

Informe de la Auditoría

HOSPITAL REY JUAN CARLOS
(MÓSTOLES)

Marzo 2018



Servicio Madrileño de Salud

 Comunidad de Madrid

**AUDITORIAS DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ALMACENES Y
DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA, RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS,
CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES Y DD - Desinsectación y
Desratización-
EXPTE.: PA SER-41/2017-AE**



GEPRECON
GESTIÓN PREVENCIÓN CONTROL

TÉCNICAS DE CONTROL, PREVENCIÓN Y GESTIÓN AMBIENTAL, S.L.

www.geprecon.es

ÍNDICE DEL DOCUMENTO

1.	ANTECEDENTES.....	4
2.	OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA	4
3.	DOCUMENTACIÓN REVISADA.....	4
3.1.	SERVICIO DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA.....	5
3.2.	SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN.....	5
3.3.	SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS.....	5
3.4.	SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES	6
4.	NORMATIVA APLICABLE.....	6
4.1.	SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA:	6
4.2.	SERVICIO DE DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN:.....	7
4.3.	SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS.....	7
4.4.	SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES	7
5.	METODOLOGÍA GENERAL	8
5.1.	INTRODUCCIÓN.....	8
5.2.	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE INDICADORES	9
5.3.	AUDITORIA EXTERNA DE LOS SERVICIOS	9
6.	METODOLOGIA DESARROLLADA.....	10
6.1.	PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA	10
6.2.	PROCESO DE LA AUDITORÍA.....	10
6.3.	EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.....	11
6.4.	CIERRE DE LA AUDITORÍA	13
7.	RESUMEN EJECUTIVO.....	13
8.	DATOS GENERALES DEL HOSPITAL.....	15
9.	DATOS GENERALES DEL SERVICIO.....	15
9.1.	SERVICIO DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA.....	15
9.2.	SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN.....	16
9.3.	SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS.....	17
9.4.	SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES	18
10.	RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	20
10.1.	VALORACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO. RESUMEN DE RESULTADOS.....	20
10.2.	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS CONTRACTUALES Y NORMATIVA APLICABLE.....	31
10.3.	DESCRIPTIVO DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS.....	35
11.	PARÁMETROS DE DESEMPEÑO DEL SERVICIO.....	42
11.1.	PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.....	42
11.2.	CUADRO DE MANDO Y PLAN DE SEGUIMIENTO.....	43

12. PROPUESTAS DE MEJORA.....	45
13. ANEXOS.....	46
13.1. REPORTAJE FOTOGRÁFICO.....	46
13.2. CD CON DOCUMENTACIÓN REVISADA.....	49
13.3. “CHECK LIST” CUMPLIMENTADOS.....	50

1. ANTECEDENTES

Con fecha diciembre 2017 el Servicio Madrileño de Salud (en adelante SERMAS) adjudicó el contrato: AUDITORIAS DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA, RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS, CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES Y DD - Desinsectación y Desratización- DE LOS HOSPITALES INFANTA ELENA (VALDEMORO), REY JUAN CARLOS (MÓSTOLES), GENERAL DE VILLALBA Y DE TORREJÓN a la empresa Técnicas de Control, Prevención y Gestión Ambiental S.L. (en adelante Geprecon.)

Con fecha de enero 2018 se inician los trabajos descritos en el pliego de prescripciones técnicas del contrato.

2. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA

El objeto de las Auditorías en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, es revisar, analizar y evaluar los servicios No Sanitarios de Gestión de Almacenes y Distribución Logística, DD (Desinsectación y Desratización), Residuos Urbanos y Sanitarios y Conservación de Viales y Jardines, de acuerdo a lo recogido en los Pliegos de Prescripciones Técnicas, con el fin de detectar la causas de los problemas que impactan en la entrega de los mismos.

Se pretende verificar el cumplimiento de los indicadores de calidad- disponibilidad, las obligaciones técnicas y documentales, establecidos en los Pliegos de los contratos de concesión (PCAP y PPTE) y otros documentos contractuales. Así como, normativas vigentes, obligaciones medioambientales y seguimiento de Buenas Prácticas. Además, del uso y satisfacción de los pacientes, usuarios y personal, durante su estancia en el mencionado centro.

En resumen, los objetivos generales de la Auditoría son:

- Comprobar el cumplimiento de los indicadores de calidad- disponibilidad establecidos en los PPTE para los Servicios de Gestión de Almacenes y Distribución Logística, DD (Desinsectación y Desratización), Residuos Urbanos y Sanitarios y Conservación de Viales y Jardines.
- Evidenciar el cumplimiento de las obligaciones técnicas y documentales establecidas en los PCAP y PPTE que afectan a estos servicios.
- Verificar el cumplimiento de las especificaciones de la normativa vigente en relación a los servicios auditados.
- Evaluar específicamente el cumplimiento de requisitos de accesibilidad en las áreas exteriores

3. DOCUMENTACIÓN REVISADA.

La documentación revisada en relación a los distintos servicios, ya sea previamente a la auditoría como durante la misma, ha sido la siguiente:

3.1. SERVICIO DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

- Procedimiento de almacén general
- Plano de almacén general
- Calendario reposición interno 2018
- Hojas de demanda almacén general
- Listado de almacenes
- Pedidos de transferencia
- Procedimientos almacén general
- Registros de caducados
- Solicitudes internas de pedidos
- Registros de pedidos de inversión autorizada
- Registros de programas de mantenimiento
- Registros de incidencias
- Registros de servicios PCI en las áreas afectadas

3.2. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN

- Plan de gestión de plagas y mantenimiento
- Planos de situación de portacebos
- Documentación de la empresa subcontratada: (Anticimex)
- Procedimientos específicos de actuación
- Equipos de aplicación
- Listado y registros ROB biocidas
- Procedimiento compras biocidas
- Registros de quejas y reclamaciones

3.3. SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS

- Responsable del servicio y datos
- Planos de logística intracentro de residuos urbanos y sanitarios (ubicaciones y puntos de recolección).
- Planos de logística extracentro (almacenamientos finales y expedición de residuos urbanos y sanitarios).
- Características de los envases de recogida y almacenamiento de residuos.
- Estudio y Plan de control y gestión de residuos urbanos y sanitarios: Documentos internos CS-PCL08-FPOC01
- Personal adscrito al servicio de manejo y gestión de residuos y responsabilidades.
- Datos de empresas encargadas del transporte de residuos urbanos y sanitarios.
- Datos de empresas encargadas de la gestión de residuos urbanos y sanitarios: CARPA, CONSENUR, RECUPERACIONES PEREZ y RECYCLING HISPANIA
- Contratos de tratamiento para cada tipología de residuos generados.
- Autorizaciones, comunicaciones o inscripciones del Hospital en materia de residuos: NIMA, Plan minimización, autorizaciones Osera y comunicación inicio actividad.
- Archivo cronológico de residuos

- Informes de actividad en materia de gestión de residuos: Informes mensuales y Buenas Prácticas Medioambientales 2017
- Documentos de identificación y, en su caso, notificaciones de traslado, para los residuos gestionados.
- Modelos de etiquetas identificativas de almacenamiento temporales y finales de los residuos urbanos y sanitarios.
- Registro de quejas, incidencias de usuarios. (Sin contenido)
- Registros de denuncias sobre almacenamiento, transporte o gestión de residuos. (Sin contenido)

3.4. SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES

- Plano de Viales y Jardines
- Planes mensuales de mantenimiento preventivo viales de 2017
- Planes mensuales de mantenimiento de jardinería y poda de 2017
- Responsable de UNICA y especies de árboles plantados en zonas ajardinadas
- Datos de empresas subcontratadas
- Plan de Autoprotección de agosto 2015 e Informe simulacro de 12/12/2017
- Memoria descriptiva de 4 ascensores adaptados o practicables para bajar al parking subterráneo
- Memoria descriptiva de 799 plazas parking y 18 adaptadas
- Manual Identidad Corporativa Salud Madrid con anexos
- Reclamación parking Bordillo (08/02/2017) y respuesta (06/03/2017).

4. NORMATIVA APLICABLE.

Para la realización de la auditoría se ha tenido en cuenta toda aquella documentación de tipo legal, reglamentario y de buenas prácticas aplicable a la actividad desarrollada por cada uno de los servicios.

4.1. SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA:

- REAL DECRETO 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- REAL DECRETO 1215/1997, de 18 de julio por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo.
- REAL DECRETO 513/2017 Reglamento de instalaciones de protección contra incendios.
- Norma UNE-EN 15635:2010 “Almacenaje en estanterías metálicas. Uso y mantenimiento del equipo de almacenamiento”.
- Norma UNE 58013:2010 “Almacenaje en estanterías metálicas. Requisitos para el tratamiento de elementos dañados”,

- Norma UNE 23580-1:2005: Seguridad contra incendios. Actas para la revisión de las instalaciones y equipos de protección contra incendios. Inspección técnica para mantenimiento
- NTP 713: Carretillas elevadoras automotoras (I): conocimientos básicos para la prevención de riesgos
- NTP 715: Carretillas elevadoras automotoras (III): mantenimiento y utilización
- NTP 319: Carretillas manuales: transpaletas manuales.

4.2. SERVICIO DE DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN:

- Directiva europea 98/8/CE relativa a la comercialización de biocidas.
- REAL DECRETO 1054/2002 de 10 de Octubre. Proceso de evaluación para registro y autorización de biocidas.
- REAL DECRETO 3349/1983 de 30 de Noviembre. Reglamentación técnico-sanitaria para utilización de plaguicidas.
- REAL DECRETO 1311/2012 de 14 de Septiembre. Marco de actuación para el uso sostenible de productos biocidas.
- Reglamento UE 528/2012, de 22 de Mayo. Listas y registros oficiales de biocidas.
- REAL DECRETO 830/2010 de 25 de Junio. Normativa reguladora de la capacitación para realizar tratamientos con biocidas.
- Norma Europea EN 16636:2015. Servicios de gestión de plagas. Requisitos y competencias.
- Ley 31/1995 de 8 de Noviembre. Prevención de riesgos laborales.
- REAL DECRETO 1215/1997, de 18 de julio por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo.
- Ley 22/2011 de 28 de Julio de residuos y suelos contaminados.

4.3. SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS

- REAL DECRETO 83/1999, de 3 de junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de los residuos biosanitarios y citotóxicos de la CAM
- LEY 5/2003 de 20 de marzo de residuos de la Comunidad de Madrid
- LEY 22/2011 de 28 de julio de residuos y suelos contaminados
- LEY 5/2013 de 11 de junio que modifica la ley 22/2011 de residuos y suelos contaminados y la ley 16/2002
- REAL DECRETO 180/2015, de 13 de marzo de traslado de residuos en el interior del territorio del estado
- NTP 635: Clasificación, envasado y etiquetado de las sustancias peligrosas
- LEY 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales

4.4. SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES

- REAL DECRETO 630/2013, de 2 de agosto, por el que se regula el Catálogo español de especies exóticas invasoras (BOE N° 185 del 3 de agosto de 2013).
- LEY 8/2005, de 26 de diciembre, de Protección y Fomento del Arbolado Urbano de la Comunidad de Madrid.
- LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

- REAL DECRETO 1215/1997, de 18 de julio por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo.
- REAL DECRETO 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de Seguridad y Salud en los lugares de trabajo
- REAL DECRETO 485/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas en materia de señalización de seguridad y salud en el trabajo.
- LEY 8/1993, de 22 de junio de Promociones de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas.
- LEY 15/1995, de 30 de mayo sobre límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad.
- Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo del Código Técnico de la Edificación (CTE).
- REAL DECRETO 173/2010 de 19 de febrero, por el que se modifica el Código Técnico de la Edificación, aprobado por el R.D. 314/2006, de 17 de marzo, en materia de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad.
- DB-SU Seguridad de utilización y accesibilidad específica parámetros objetivos y procedimientos cuyo cumplimiento asegura la satisfacción de las exigencias básicas y la superación de los niveles mínimos de calidad propios del requisito básico de seguridad de utilización y accesibilidad.
- LEY 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil
- DECRETO LEGISLATIVO 1/2006, de 28 de septiembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley por la que se regulan los Servicios de Prevención, Extinción de Incendios y Salvamentos de la Comunidad de Madrid.
- REAL DECRETO 513/2017, de 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de instalaciones de protección contra incendios.
- REAL DECRETO 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.
- REAL DECRETO 1468/2008, de 5 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la norma básica de autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.

5. METODOLOGÍA GENERAL

5.1. INTRODUCCIÓN

La estructura de un control de calidad de los servicios a través de indicadores se debe apoyar en los siguientes planteamientos:

- **Basada en resultados:** Se controlará la calidad del servicio prestado, no en los medios empleados.
- **Indicadores de Calidad:** Responsables objetivos de los resultados obtenidos. Serán la base para la monitorización del servicio prestado.

Por tanto, el esquema del Sistema de Control de la Calidad de los servicios a través de indicadores deberá incluir:

- Un Control Objetivo de la prestación del servicio.

- Un Control Subjetivo de la percepción del servicio.
- Una planificación de actuaciones dirigidas a mejorar la Inspección por parte de los Servicios Técnicos de Control del SERMAS.
- Una monitorización del seguimiento de la contrata prestataria del Servicio

El grupo de **indicadores objetivos** (control objetivo) será resultado del control de parámetros también objetivos, es decir, de **información procedente de la propia gestión del servicio**, que no requieren de un tratamiento previo y cuya captación se consigue mediante controles, listas de comprobación, entrevistas, visitas a instalaciones, etc.

5.2. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE INDICADORES

El sistema de medición debe ser un **sistema coherente, sencillo y proporcionado** en su totalidad, que permita valorar todos los aspectos relevantes en la calidad de cada servicio.

Los indicadores de calidad estarán orientados a medir el resultado final de las operaciones realizadas, con el fin de **alcanzar los objetivos de calidad** propuestos en la prestación de cada uno de los servicios, por tanto, todos los valores de estos indicadores serán **realistas y cumplibles y profundizarán en la verdadera problemática de los servicios** y en la **opinión y percepción** de sus usuarios.

El sistema de gestión y control de la calidad permite una gran flexibilidad en la organización de medios y procedimientos, ya que la adecuada prestación de los servicios se medirá mediante el cumplimiento de dichos indicadores.

Los indicadores se desarrollan a través de los siguientes aspectos:

- I. Nombre del indicador.
- II. Definición.
- III. Nivel del cumplimiento exigible.
- IV. Frecuencia del control
- V. Criterio de evaluación del indicador. Método de cálculo
- VI. Fuente y método de obtención de datos para el indicador.

5.3. AUDITORIA EXTERNA DE LOS SERVICIOS

Para este proyecto se realizarán auditorías externas sobre los procesos y subprocesos que intervienen en los siguientes servicios:

- Gestión de almacenes y distribución
- Residuos urbanos y sanitarios
- Conservación de viales y jardines
- Desinsectación y desratización

Se trata de **auditorías de proceso** que consisten en el examen sistemático e independiente de los elementos de un proceso para determinar si las actividades y los resultados relativos a la Calidad satisfacen a las disposiciones previamente establecidas y si estas disposiciones se llevan a cabo efectivamente y son aptas para alcanzar los objetivos.

La realización de auditorías externas permite tener una **valoración imparcial** de la calidad del servicio prestado.

6. METODOLOGÍA DESARROLLADA

Las auditorías se realizan por el personal de GEPRECON, con la incorporación de especialistas en determinados procesos de los servicios.

6.1. PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA

La planificación temporal de las fases de estas auditorías se ha desarrollado de la siguiente manera:

- Fase previa de solicitud de información.
- Elaboración de un plan de trabajo para el hospital de Móstoles
- Ejecución del plan de auditorías a los servicios del hospital de Móstoles a lo largo de dos jornadas
- Tratamiento de datos
- Revisión del plan de trabajo a los hospitales de Valdemoro y Villalba.
- Ejecución del plan de trabajo durante dos jornadas en cada hospital
- Tratamiento de datos del resto de hospitales.

Con el fin de preparar la auditoría, previamente al inicio de los trabajos, se ha elaborado un Programa de Trabajo de la Auditoría que fue presentado al órgano de contratación para su aprobación. El Programa de Trabajo de la Auditoría fue aprobado el 18 de enero de 2018.

El Programa de Trabajo de la Auditoría incluye una metodología general, un plan de mediciones, un cronograma, un conjunto de parámetros estándar de desempeño por servicio, una propuesta de índice de informes, el equipo de trabajo y otra información relevante.

6.2. PROCESO DE LA AUDITORÍA

Para cada servicio a auditar se forma el equipo, constituido por el Auditor Jefe y uno o dos técnicos de apoyo, según los casos.

El Auditor Jefe prepara una lista de verificación o “check-list” como herramienta de estudio y elabora una agenda de trabajo o plan de visitas, indicando los auditores que intervendrán, los servicios y el personal que se va a auditar y las actividades que se realizarán durante la auditoría.

La agenda de trabajo se presenta al responsable del Servicio Auditado para realizar los ajustes correspondientes.

El equipo auditor y el personal auditado realizan la auditoría mediante entrevistas y análisis de la documentación correspondiente. El trabajo comprende la obtención, mediante procesos de auditoría, de evidencia comprobatoria válida, pertinente y

suficiente, de forma que permita respaldar las valoraciones que realice el auditor del grado de cumplimiento de los criterios evaluados.

Una vez revisada en su totalidad la lista de verificación, y realizada una inspección a los distintos procesos del servicio correspondiente, el equipo auditor y el personal auditado dan por finalizada la auditoría.

Posteriormente, el equipo auditor analiza los resultados de la auditoría y determina las no conformidades de acuerdo al no cumplimiento de un requisito especificado (contractual, procedimiento o normativa).

6.3. EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

El método empleado para la realización de las auditorías es el método denominado **Auditoría por deméritos**. Este método permite traducir el resultado de la auditoría a un valor numérico expresado como "Grado de Cumplimiento", donde un 100% significaría que todos los aspectos auditados se realizan de forma correcta.

Esta metodología se basa en la siguiente tabla, cuyo contenido aclaramos a continuación:

CRITICIDAD DEL ASPECTO A AUDITAR	GRADO DE CUMPLIMIENTO					
	TOTAL		PARCIAL		NULO	
ALTA	Penalización	0 puntos	Penalización	3 puntos	Penalización	4 puntos
MEDIA	Penalización	0 puntos	Penalización	2 puntos	Penalización	3 puntos
BAJA	Penalización	0 puntos	Penalización	1 puntos	Penalización	2 puntos

En primer lugar se han clasificado los aspectos a auditar en **tres niveles de criticidad**: Alta. Media y Baja. El criterio seguido para determinar dicha criticidad ha sido considerar como más graves aquellos aspectos que son de obligado cumplimiento en base a requisitos legales o reglamentarios o que puedan suponer fallos de disponibilidad.

Por otro lado, este método implica también la clasificación del **Grado de Cumplimiento en tres niveles**. En el transcurso de la auditoría, el auditor marca en el cuestionario: Grado de Cumplimiento Nulo (N) en el caso de que el requisito al que se hace referencia en la pregunta no se cumpla, en el de Grado de Cumplimiento Parcial (P), en el caso de que se cumpla sólo a medias o sólo en determinados casos, y en Grado de Cumplimiento Total (T) si se cumple siempre.

Así mismo, podrá marcar en la casilla del N/A (No aplicable) si no existe evidencia del cumplimiento de un requisito por razones justificables, es decir, si no hay base para auditar y poder decir si se cumple o no.

Al tratarse de un método de auditoría por deméritos, esto significa que si las actividades auditadas se están llevando a cabo correctamente (Grado de cumplimiento Total), no ganan o suman puntos (0), pero si se hacen mal (Grado de cumplimiento

Parcial o Nulo), se penaliza restando puntos; esa resta de puntos dependerá de la criticidad que se haya establecido a cada pregunta, pudiendo ir desde 1 punto (Grado de cumplimiento Parcial - Criticidad Media) a 4 puntos (Grado de cumplimiento Nulo - Criticidad Alta)..

Para calcular los deméritos obtenidos, es decir, las penalizaciones obtenidas, se suman los valores de las preguntas que se hayan puntuado como Grado de cumplimiento Parcial o Nulo, por estar haciéndose a medias, o por no estar haciéndose directamente.

A continuación se calculan los porcentajes de deméritos. Para calcular el resultado de la auditoría, es decir, el grado de cumplimiento, simplemente se resta a 100 el valor obtenido, lo que representaría el grado de cumplimiento. El 100% habría significado que cumplen perfectamente todo lo auditado y un 0% que incumplen en todo lo auditado.

Este método permite de manera más objetiva que el método tradicional de auditoría (cumple o no cumple) determinar un grado de cumplimiento por el auditado en forma numérica lo que favorecerá el análisis del grado de desempeño de cada uno de los servicios auditados, la comparación de los mismos y el establecimiento de objetivos de mejora medibles.

6.3.1. ANÁLISIS Y PROCESADO DE LOS DATOS

Una vez recopilados los datos y la información necesaria durante el proceso de auditoría, se lleva a cabo un análisis y tratamiento de la información obtenida.

El tratamiento de los datos permite realizar un análisis funcional de los servicios auditados, identificando los subprocesos y actividades críticas que puedan originar problemas que afecten a la calidad y disponibilidad de los servicios.

Finalmente, las incidencias se clasifican según los criterios establecidos.

6.3.2. PROPUESTA DE CAMBIOS Y MEJORAS

La propuesta identifica las medidas para la mejora de las ya existentes o para el desarrollo de nuevas actuaciones.

Una vez clasificadas las incidencias, se elabora una propuesta de medidas y recomendaciones de manera que permita asociar las incidencias detectadas y clasificadas con las propuestas de mejora para solucionarlas.

6.3.3. ANÁLISIS DE PARÁMETROS ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

Definidos los parámetros estándar de desempeño se lleva a cabo un análisis de resultados, la elaboración del “Cuadro de Mando” y una propuesta de Plan de Seguimiento de los mismos.

6.4. CIERRE DE LA AUDITORÍA

Finalmente, se lleva a cabo la redacción y entrega del borrador de Informe Final y Resumen Ejecutivo para cada hospital y del Informe Comparativo para su revisión por la Unidad Técnica de Control.

Efectuadas, en su caso, las correcciones a los borradores se editan y entregan los informes finales y resúmenes ejecutivos.

7. RESUMEN EJECUTIVO

AUDITORÍA DEL SERVICIO DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

La auditoría de este servicio fue realizada el día 29 de enero de 2018.

Fueron auditados los siguientes procesos:

- Entradas
- Almacenaje: almacén central
- Almacenaje: almacenes periféricos
- Distribución
- Calidad
- Medios
- Sistemas de información y control
- Incidencias del servicio

El resultado de la auditoría (realizada mediante la metodología de deméritos) fue de un 86,6 %. Aunque se han detectado algunas pequeñas incidencias, ninguna ha sido de gravedad. En general, se ha observado un desempeño correcto de las actividades.

En el “check-list” correspondiente que se presenta como anexo a este informe pueden observarse las conclusiones a cada uno de los 66 ítems auditados, con sus evidencias y hallazgos.

Fueron detectadas 9 desviaciones, las cuales se exponen en las observaciones de dicho informe de verificación y en el apartado 10 de este informe.

AUDITORÍA DEL SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN

La auditoría de este servicio fue realizada el día 30 de enero de 2018.

Fueron auditados los siguientes procesos:

- Programación
- Medios (productos y equipos)
- Procedimiento
- Sistema y técnicas
- Sistemas de información y control
- Normativa y reglamentos

- Incidencias del servicio

El resultado de la auditoría (realizada mediante la metodología de deméritos) fue de un 87,95 %. Aunque se han detectado algunas pequeñas incidencias, ninguna ha sido de gravedad. En general se ha observado un desempeño correcto de las actividades.

En el “check-list” correspondiente que se presenta como anexo pueden observarse las conclusiones a cada uno de los 47 ítems auditados, con sus evidencias y hallazgos.

En este caso, se detectaron también 8 desviaciones, las cuales se exponen en las observaciones de dicho informe de verificación y en el apartado 10 de este informe.

AUDITORÍA DEL SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS

La auditoría de este servicio fue realizada el día 30 de enero de 2018.

Fueron auditados los siguientes procesos:

- Medios auxiliares
- Identificación y segregación
- Manipulación
- Transporte
- Almacenaje
- Sistemas de información y control
- Normativa y reglamento
- Incidencias del servicio

El resultado de la auditoría (realizada mediante la metodología de deméritos) fue de un 94,75 %. Aunque se han detectado algunas pequeñas incidencias, ninguna ha sido de gravedad. En general, se ha observado un desempeño correcto de las actividades.

En el “check-list” correspondiente que se presenta como anexo a este informe pueden observarse las conclusiones a cada uno de los 149 ítems auditados, con sus evidencias y hallazgos.

Fueron detectadas 8 desviaciones, las cuales se exponen en las observaciones de dicho informe de verificación y en el apartado 10 de este informe.

AUDITORÍA DEL SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES

La auditoría de este servicio fue realizada el día 30 de enero de 2018.

Fueron auditados los siguientes procesos:

- Conservación de jardines
- Accesibilidad
- Aparcamiento
- Plan de emergencias
- Calidad
- Medios auxiliares
- Sistemas de información y control
- Normativa y reglamentos
- Incidencias del servicio

El resultado de la auditoría (realizada mediante la metodología de deméritos) fue de un 95,28 %. Aun habiéndose detectado alguna anomalía, no reviste gravedad. En general, se ha observado un desempeño correcto de las actividades.

En el “check-list” correspondiente que se presenta como anexo a este informe pueden observarse las conclusiones a cada uno de los 67 ítems auditados, con sus evidencias y hallazgos.

En este servicio se detectaron 3 desviaciones, las cuales se exponen en las observaciones del informe de verificación y en el apartado 10 de este informe.

8. DATOS GENERALES DEL HOSPITAL

El Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles, inaugurado el 21 de marzo de 2012, da asistencia sanitaria a unos 174.000 ciudadanos de los municipios de Móstoles, Navalcarnero, Villaviciosa de Odón y San Martín de Valdeiglesias.

Se encuentra ubicado en el área norte del municipio, junto a la autovía A-5, en la zona de la Universidad. El acceso en transporte público puede realizarse tanto a través de la línea C5 servicio de Renfe Cercanías como de la Línea 12 de Metrosur. Existen además múltiples líneas urbanas e interurbanas que conectan con los municipios colindantes y con Madrid.

El Hospital, construido sobre una superficie de más de 65.000 metros cuadrados, cuenta con 358 habitaciones individuales, 90 consultas externas, 36 puestos de hospital de día médico y 17 puestos de diálisis. En el área quirúrgica dispone de 12 quirófanos, 8 gabinetes de exploración, 82 puestos de urgencias, 21 salas de radiología, 11 puestos neonatología, 18 puestos de UCI y dos Centros de Especialidades en Navalcarnero y Villaviciosa de Odón.

En 2010 se hizo pública la adjudicación del contrato de gestión del servicio en modalidad de concesión a la agrupación de licitadores “Ibérica de Diagnóstico y Cirugía, Sociedad Limitada”, “Hospital Sur, Sociedad Limitada Unipersonal”, “Lener Grupo Asesor, Sociedad Limitada” y “Ghesa Ingeniería y Tecnología, Sociedad Anónima” por un periodo de 30 años. Actualmente la gestión del servicio es responsabilidad de QUIRÓN SALUD S.A.

El Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles fue galardonado en 2016 con el Premio Best in Class (BiC) al Mejor Hospital en la XI Edición de estas distinciones promovidas por Gaceta Médica, del grupo Wecare-U, y la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos, para reconocer la excelencia en la asistencia sanitaria.

9. DATOS GENERALES DEL SERVICIO

9.1. SERVICIO DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

Los datos del servicio recabados durante la auditoría han sido los siguientes:

9.1.1. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

El servicio de gestión de almacenes está desarrollado mediante un esquema de gestión por stock, en sus almacenes generales (general y almacén de voluminosos).

Así mismo existen almacenes periféricos gestionados mediante el sistema de doble cajón.

La gestión de los distintos almacenes se rige por lo establecido en los procedimientos:

HRJC 23.1-P01 Compras del Almacén General v.2 Elaborado por Fernando Hidalgo Bravo y aprobado por Jaime Fernández Roca

HRJC 11.1-P59 Procedimiento de Uso de Doble Cajón v.2 Elaborado por Vanesa Carrasco y Ana María Rodríguez

Se han analizado ambos procedimientos y la colección de formatos asociados:

Propuesta de inversión CORP 27.4_P1_F2
Pedido de Material a Proveedor (IFMS: PDPR1)
Pedido interno de artículos (IFMS: PDPLA)
Dispensación a Almacén (IFMS: PDPLZ)

9.1.2. UNIDADES DE QUE CONSTA EL SERVICIO

El servicio consta de dos almacenes, uno general de consumibles y otro para productos consumibles voluminosos.

Además, existen almacenes periféricos o de planta en las siguientes ubicaciones.

Urgencias	Diálisis
UCI	3ª Torre Universidad
Quirófano	3ª Torre Plaza
Paritorio	4ª Torre Universidad
Consultas	4ª Torre Plaza
Hospital de día	5ª Torre Universidad
Radioterapia	5ª Torre Plaza
Rayos	6ª Torre Plaza
Medicina Nuclear	6ª Torre Universidad
Neonatos	7ª Torre Universidad
Hemodinámica	

9.1.3. PERSONAL RESPONSABLE

- Responsable General del Servicio: Jaime Fernández Roca
- Responsable Almacenes: Fernando Hidalgo.

9.2. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN

Los datos del servicio recabados durante la auditoría son:

El servicio de gestión de DD está basado en el documento de gestión de plagas-documentos específicos y los planos de situación de cebos y portacebos, desarrollado por el responsable técnico de AMBISÁN AMBIENTE SANO S.L., Registro Nº AS/ES-1. en las instalaciones del complejo hospitalario HOSPITAL REY JUAN CARLOS MÓSTOLES desde el año 2014 se basa en un CONTROL INTEGRADO DE PLAGAS cumpliendo la normativa vigente y gestionado por el departamento de la sección de limpieza del Hospital Rey Juan Carlos Móstoles (Madrid).

9.2.1. UNIDADES DE QUE CONSTA EL SERVICIO

- Unidad de limpieza de servicios generales del hospital Rey Juan Carlos Móstoles (Madrid).
- Contratista del servicio: empresa AMBISÁN AMBIENTE SANO S.L., Registro Nº AS/ES-1, es responsable, desde el DICIEMBRE de 2014, del Programa de Prevención y Control de Vectores en las instalaciones en la localidad de Móstoles (Madrid).

9.2.2. PERSONAL RESPONSABLE

- Responsable general del servicio: Doña Marta González
- Responsable Servicio generales, sección de limpieza: Doña Dolores Muñiz, Antonio Sierra

9.3. SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS

La correcta gestión y el aprovechamiento óptimo de los residuos generados en el hospital, desde los asimilables a urbanos hasta los peligrosos, son parte esencial del desarrollo sostenible para que día a día el hospital pueda ofrecer a pacientes y usuarios o empleados un mejor trato de calidad, siempre sobre la base del máximo respeto al medio ambiente.

La correcta segregación y almacenamiento de residuos se realiza en depósitos habilitados, por lo que no hay riesgo de contacto, con personal, visitantes o pacientes.

9.3.1. UNIDADES DE QUE CONSTA EL SERVICIO

- Gestión Residuos Intrahospitalaria:

Actividad: Actuaciones generales para la correcta clasificación de los residuos, su almacenamiento en un envase adecuado y su correspondiente identificación, con el objeto de lograr un adecuado funcionamiento en la recogida selectiva de los residuos.

Dispone de un procedimiento interno denominado CS-PCL08-POC01 de aplicación a todos los residuos generados en el hospital a excepción de los residuos radioactivos.

- Gestión Residuos Extrahospitalaria:

Contrata: SRCL CONSENUR, S.L. con C.I.F. B86208824

Actividad: Como gestor autorizado para la gestión integral de residuos sanitarios y la gestión intermedia de otros, lleva a cabo su gestión de acuerdo a los requerimientos especificados por el Hospital Rey Juan Carlos.

De manera interna realiza la Identificación, segregación, envasado y acumulación de los diferentes tipos de residuos, así como su transporte interno en las instalaciones productoras de residuos. Mientras que externamente, ejecuta la recogida, transporte y tratamiento final de los residuos generados. El tratamiento final es variable de acuerdo a la tipología de residuo recogido, y en base a lo establecido en la legislación vigente actual.

9.3.1. PERSONAL RESPONSABLE

- Responsable General del Servicio: Marta González
- Gobernanta Corporativa: Dolores Muñiz Batista.
- Responsable de CONSENUR S.L.: Emilio Poveda

9.4. SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES

9.4.1. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

El Servicio No Sanitarios de Conservación de Viales y Jardines es fundamental para obtener una adecuada ordenación de los espacios con zonas peatonales de pase, áreas de jardines, zonas de aparcamiento y tránsito de vehículos. Por tanto, está estrechamente ligado al concepto de accesibilidad.

De esta manera se garantiza a todas las personas independientemente de edad, discapacidad, condición física puntual o transitoria, de manera universal, las mismas posibilidades de acceso a cualquier entorno junto con el uso y disfrute de sus servicios prestados, con la mayor autonomía.

9.4.2. UNIDADES DE QUE CONSTA EL SERVICIO

- Departamento de Mantenimiento:

Actividad: Adaptar aquello que en el diseño no fue considerado inicialmente bajo los criterios de diseño para todos, así como de mantener todos aquellos elementos que dotan de accesibilidad a un entorno y que, por el desgaste propio de su uso, se deterioran afectando entonces a sus condiciones de accesibilidad. Incluidos dentro del Departamento de Mantenimiento, están los subprocesos de jardinería y limpieza.

- Servicio de Jardinería.

Contrata: UNICA SERVICIOS EMPRESARIALES, S.L con CIF: B85534154

Actividad: Mantenimiento y conservación de zonas verdes del hospital, realización de proyectos de jardinería y paisajismo, instalación y mantenimiento de sistemas de riego, además de la decoración de espacios profesionales con plantas y flores.

UNICA tiene un procedimiento propio mensual para realizar las tareas específicas según necesidades de la época del año y situación climatológica, desglosado en parterres y macizos, jardineras, arboleda y plantas de interior junto con su correspondiente desbroce y riego automático. El mantenimiento, a su vez, se efectúa según las características de la vegetación, siendo Abedul, Hiedra, Poto y Kentia como plantas de interior y Roble, Melia, Aligustre y Lavanda de exterior.

Las tareas de mantenimiento, jardinería y limpieza son realizadas por personal formado, informado, uniformado y dotados con EPIs, en horarios de bajo perfil en caso de interferir en la accesibilidad y teniendo en cuenta que para poder trabajar deben pasar el filtro del departamento de PRL.

Las actuaciones derivadas del Plan de Emergencia, además de ser gestionadas por el Departamento de Prevención de Riesgos Labores, también comprenden parte de las funciones del personal de mantenimiento.

- Plan de Autoprotección

Director Plan de Actuación ante emergencia: Ricardo Trujillo Casas (Gerente HRJC)
Actividad: El Plan de Autoprotección de agosto 2015 ha sido revisado por la empresa SGS TECNOS, S.A., es aplicado, evaluando riesgos personales, materiales y medioambientales junto con el mantenimiento de la eficacia a través de la puesta en marcha del sistema de emergencias mediante simulacros periódicos (ultimo simulacro: 12/12/2017), consigue poner en marcha un sistema de acciones y medidas encaminadas a prevenir y controlar los riesgos sobre las personas y los bienes, a dar respuesta adecuada a las posibles situaciones de emergencia y a garantizar la integración de éstas actuaciones con el sistema público de protección civil.

ACTIVIDAD	PERIODICIDAD MÍNIMA
PROGRAMA DE RECICLAJE DE FORMACIÓN E INFORMACIÓN	
Charla de divulgación / entrega de información del plan de autoprotección para todo el personal de los equipos de emergencia	Anual
Curso básico de protección contra incendios para los equipos de emergencia: lucha contra incendios, alarma y evacuación.	Anual
Formación práctica para el personal de intervención en el manejo de equipos contra incendios.	Anual
PROGRAMA DE SUSTITUCIÓN DE MEDIOS Y RECURSOS	
Revisión y actualización de medios humanos, teléfonos, ...	Siempre que existan cambios y al menos una vez al año
Revisión del programa de mantenimiento de instalaciones	Anual
PROGRAMA DE EJERCICIOS Y SIMULACROS	
Reunión del comité de autoprotección para la programación del simulacro de emergencia	Anual
Simulacro de emergencia	Anual
Informe de conclusiones del simulacro de emergencia	Anual
Reunión del comité de autoprotección para el análisis y valoración del simulacro de emergencia.	Anual
PROGRAMA DE REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE TODA LA DOCUMENTACIÓN QUE FORMA PARTE DEL PLAN DE AUTOPROTECCIÓN.	
Reuniones del comité de autoprotección (*)	Anual
Revisión de procedimientos y consignas de actuación	Siempre que existan cambios y al menos una vez cada 3 años
Revisión del plan de autoprotección	Siempre que existan cambios y al menos una vez cada 3 años
PROGRAMA DE AUDITORÍAS E INSPECCIONES.	
Programa de auditorías e inspecciones de seguridad	Anual

- Departamento de Calidad

Actividad: Se ha constituido el Plan de Calidad como una herramienta de planificación operativa para fomentar la cultura de gestión de calidad total (TQM) teniendo como marco de referencia el Modelo EFQM de Excelencia. Este sistema permite la integración de los Sistemas de Calidad ISO 9001, Medioambiente ISO 14001 y Gestión Energética ISO 50001 así como, junto con la Seguridad y Salud en el trabajo (OSHAS 18.001) o la Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente (UNE 179.003001)

El Sistema de Gestión Integral es autoevaluado cada tres años periódicamente según los criterios del Modelo EFQM a través de seguimiento de indicadores, objetivos, auditorías internas y externas y revisión por parte de la Dirección. Además, el contenido de este plan es revisado cada cuatro años de forma global y anualmente se realiza la revisión de los objetivos e indicadores del plan de acuerdo a los Objetivos Institucionales establecidos con la Gerencia del Hospital por la Consejería de Sanidad.

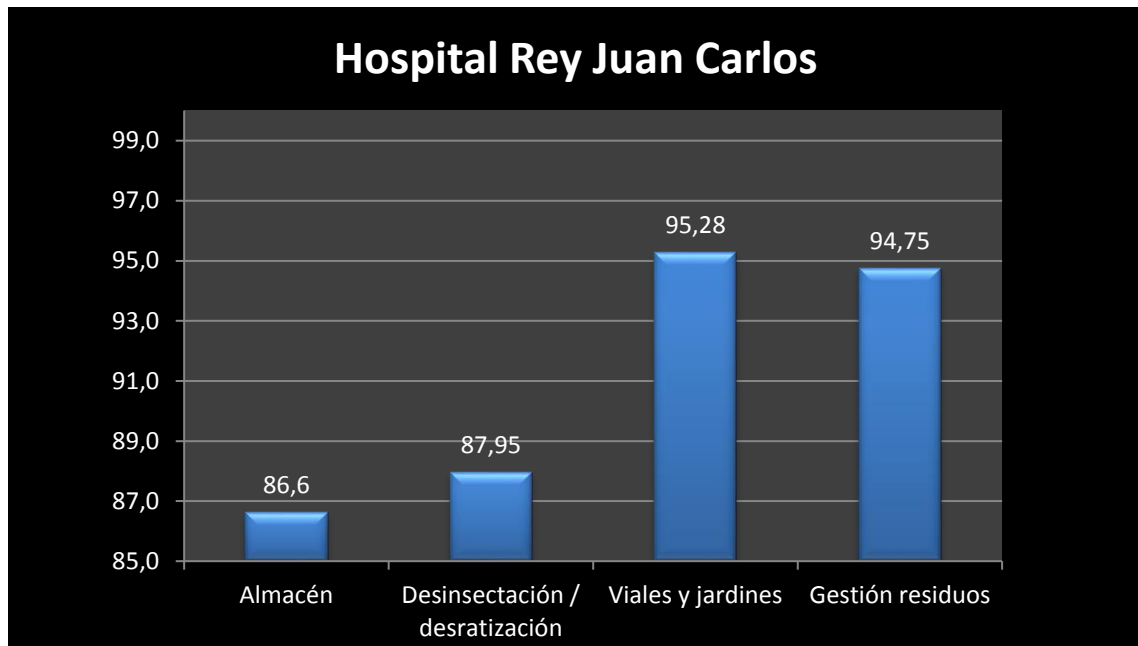
9.4.3. PERSONAL RESPONSABLE

- Responsable de Mantenimiento: Antonio Sierra.
- Responsable de Jardinería:: David Liaño Piña
- Director Plan Actuación Emergencia: Ricardo Trujillo Casas (Gerente HRJC)
- Responsable de Calidad: Marta González

10. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

10.1. VALORACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO. RESUMEN DE RESULTADOS.

En el siguiente gráfico se muestra el grado de cumplimiento respecto a los requisitos establecidos en los pliegos de condiciones, requisitos legales y reglamentarios aplicables y normas y manuales de buenas prácticas.



A continuación se muestra el análisis detallado del grado de cumplimiento por servicio y dentro de éste, por cada proceso en los que se ha dividido la actividad llevada a cabo en cada uno de ellos.

Además de dar a conocer el porcentaje de deméritos obtenido, se indican también el tipo de fallo detectado, clasificándolos en Fallos de Calidad o Fallos de Disponibilidad.

Se entiende por:

- **Fallo de disponibilidad (FD):**

Son fallos de disponibilidad los que afectan o pueden afectar a la operatividad y/o el uso, de áreas funcionales del hospital o parte de las mismas, directamente relacionadas con la correcta prestación de los servicios sanitarios.

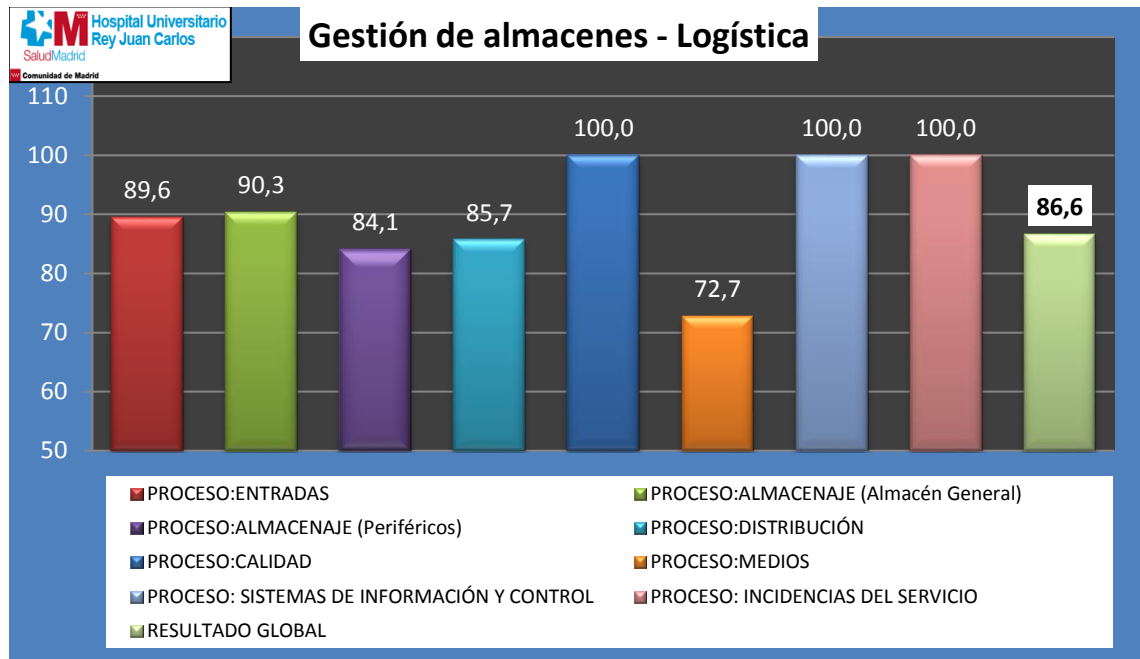
Los fallos de disponibilidad pueden ser graves, cuando afectan directamente a la operatividad y/o uso de las citadas áreas funcionales o parte de las mismas (FD1) o de riesgo, cuando podrían o pudiesen afectar a dicha operatividad y uso (FD2)

- **Fallo de calidad (FC):**

Son fallos de calidad los que se derivan del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de normativa vigente, pliegos y protocolos.

Los fallos de calidad pueden ser graves o menos graves según se perciban directamente por el usuario o le puedan afectar (FC1), o no (FC2).

10.1.1. SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA.



10.1.1.1. Valoración global del servicio

RESULTADO GLOBAL	
Deméritos potenciales	232
Incidencias detectadas	9 ¹
Deméritos obtenidos	31
Porcentaje de deméritos	13
Grado de cumplimiento	86,6 %

10.1.1.2. Valoración del servicio por proceso

PROCESO:ENTRADAS	
Deméritos potenciales	67
Deméritos obtenidos (FC2)(FD2)	7
Porcentaje de deméritos	10
Grado de cumplimiento	89,6 %

PROCESO:ALMACENAJE (Almacén General)	
Deméritos potenciales	31
Deméritos obtenidos (FD2)	3

¹ Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 9 incidencias detectadas suponen una valoración de 31 deméritos

PROCESO:ALMACENAJE (Almacén General)	
Porcentaje de deméritos	10
Grado de cumplimiento	90,3 %

PROCESO:ALMACENAJE (Periféricos)	
Deméritos potenciales	44
Deméritos obtenidos (FD1) (FC2)	7
Porcentaje de deméritos	16
Grado de cumplimiento	84,1 %

PROCESO:DISTRIBUCIÓN	
Deméritos potenciales	14
Deméritos obtenidos (FD2)	2
Porcentaje de deméritos	14
Grado de cumplimiento	85,7 %

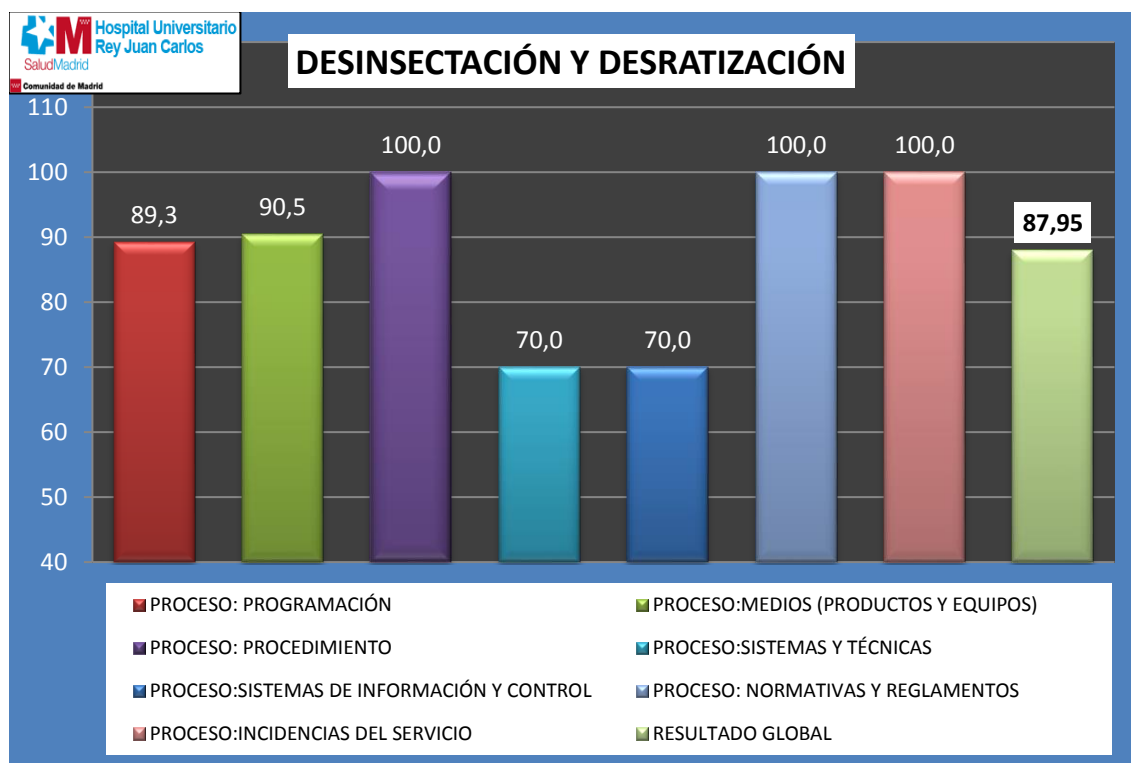
PROCESO:CALIDAD	
Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

PROCESO:MEDIOS	
Deméritos potenciales	44
Deméritos obtenidos (FD2)(FD2) (FC1)	12
Porcentaje de deméritos	27
Grado de cumplimiento	72,7 %

PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	
Deméritos potenciales	12
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO	
Deméritos potenciales	4
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

10.1.2. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN.



10.1.2.1. Valoración global del servicio

RESULTADO GLOBAL	
Deméritos potenciales	166
Incidencias detectadas	8 ²
Deméritos obtenidos	20
Porcentaje de deméritos	12
Grado de cumplimiento	87,95 %

10.1.2.2. Valoración del servicio por proceso

PROCESO: PROGRAMACIÓN	
Deméritos potenciales	28
Deméritos obtenidos (FC2)	3
Porcentaje de deméritos	11
Grado de cumplimiento	89,3 %

² Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 8 incidencias detectadas suponen una valoración de 20 deméritos

PROCESO: MEDIOS (PRODUCTOS Y EQUIPOS)	
Deméritos potenciales	21
Deméritos obtenidos FC2)	2
Porcentaje de deméritos	10
Grado de cumplimiento	90,5 %

PROCESO: PROCEDIMIENTO	
Deméritos potenciales	18
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

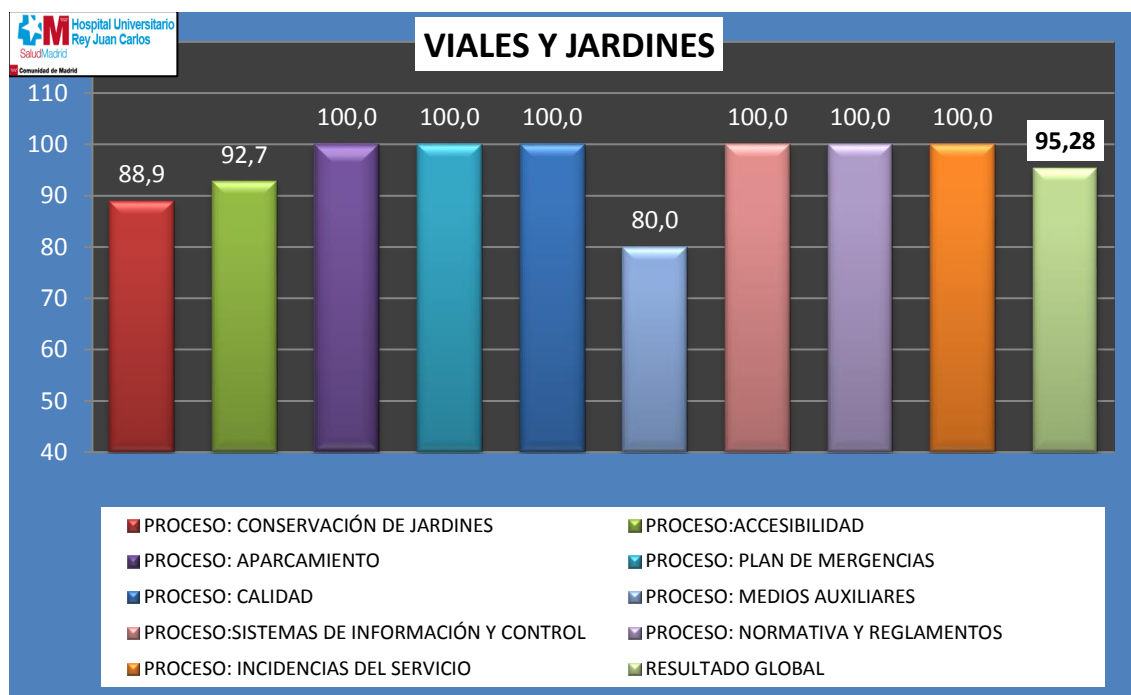
PROCESO: SISTEMAS Y TÉCNICAS	
Deméritos potenciales	20
Deméritos obtenidos (FD1)	6
Porcentaje de deméritos	30
Grado de cumplimiento	70,0 %

PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	
Deméritos potenciales	30
Deméritos obtenidos (FD2)	9
Porcentaje de deméritos	30
Grado de cumplimiento	70,0 %

PROCESO: NORMATIVAS Y REGLAMENTOS	
Deméritos potenciales	32
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO	
Deméritos potenciales	17
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

10.1.3. SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE VIALES Y JARDINES.



10.1.3.1. Valoración global del servicio

RESULTADO GLOBAL			
Deméritos potenciales			233
Incidencias detectadas	3 ³	Deméritos obtenidos	11
Porcentaje de deméritos			4,72
Grado de cumplimiento			95,28 %

10.1.3.2. Valoración del servicio por proceso

PROCESO: CONSERVACIÓN DE JARDINES	
Deméritos potenciales	27
Deméritos obtenidos (FC2)	3
Porcentaje de deméritos	11
Grado de cumplimiento	88,9 %

³ Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 3 incidencias detectadas suponen una valoración de 11 deméritos

PROCESO: ACCESIBILIDAD	
Deméritos potenciales	55
Deméritos obtenidos (FD2) (FC2)	4
Porcentaje de deméritos	7
Grado de cumplimiento	92,7 %

PROCESO: APARCAMIENTO	
Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

PROCESO: PLAN DE MERGENCIAS	
Deméritos potenciales	40
Deméritos obtenidos (FD2) (FC2)	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

PROCESO: CALIDAD	
Deméritos potenciales	24
Deméritos obtenidos (FD2)(FC2) (FC2)	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

PROCESO: MEDIOS AUXILIARES	
Deméritos potenciales	20
Deméritos obtenidos (FD2) (FC2)	4
Porcentaje de deméritos	20
Grado de cumplimiento	80,0 %

PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	
Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

PROCESO: NORMATIVA Y REGLAMENTOS	
Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO	
Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

10.1.4. SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS.

10.1.4.1. Valoración global del servicio

RESULTADO GLOBAL			
Deméritos potenciales			514
Incidencias detectadas	8 ⁴	Deméritos obtenidos	27
Porcentaje de deméritos			5,25
Grado de cumplimiento			94,75 %

10.1.4.2. Valoración del servicio por proceso

PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (Clases I y II)	
Deméritos potenciales	22
Deméritos obtenidos (FC1) (FD2)	3
Porcentaje de deméritos	14
Grado de cumplimiento	86,4 %

PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Biosanitarios Especiales (Clase III)	
Deméritos potenciales	36
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Citotóxicos (Clase VI)	
Deméritos potenciales	36
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0

⁴ Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 8 incidencias detectadas suponen una valoración de 27 deméritos

PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Citotóxicos (Clase VI)

Grado de cumplimiento	100,0 %
------------------------------	----------------

PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Químicos (Clase V)

Deméritos potenciales	24
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Radioactivos (Clase VII)

Deméritos potenciales	N/A
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	N/A

PROCESO: Identificación Residuos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (Clases I y II)

Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	3
Porcentaje de deméritos	18,75
Grado de cumplimiento	81,3 %

PROCESO: Identificación Residuos Biosanitarios Especiales (Clase III)

Deméritos potenciales	32
Deméritos obtenidos	4
Porcentaje de deméritos	12,5
Grado de cumplimiento	87,5 %

PROCESO: Identificación Residuos Citotóxicos (Clase VI)

Deméritos potenciales	32
Deméritos obtenidos (FC1)	4
Porcentaje de deméritos	12,5
Grado de cumplimiento	87,5 %

PROCESO: Identificación Residuos Químicos (Clase V)

Deméritos potenciales	20
Deméritos obtenidos (FC1) (FD1)	4
Porcentaje de deméritos	20
Grado de cumplimiento	80,0 %

PROCESO: Identificación Residuos Radioactivos (Clase VII)	
Deméritos potenciales	N/A
Deméritos obtenidos (FD)	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	N/A
PROCESO: Manipulación	
Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %
PROCESO: Transporte	
Deméritos potenciales	68
Deméritos obtenidos (FC1)	6
Porcentaje de deméritos	8,82
Grado de cumplimiento	91,2 %
PROCESO: Almacenaje	
Deméritos potenciales	122
Deméritos obtenidos (FD2) (FC2) (FC1)	3
Porcentaje de deméritos	2,46
Grado de cumplimiento	97,5 %
PROCESO: Sistemas de Información y Control	
Deméritos potenciales	25
Deméritos obtenidos (FD2) (FC2) (FC1)	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %
PROCESO: Normativa y Reglamento	
Deméritos potenciales	46
Deméritos obtenidos (FD2) (FC2) (FC1)	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100 %
PROCESO: Incidencias del Servicio	
Deméritos potenciales	19
Deméritos obtenidos (FD2) (FC2) (FC1)	0

PROCESO: Incidencias del Servicio	
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

10.2. ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS CONTRACTUALES Y NORMATIVA APLICABLE.

Para valorar el nivel de servicio ofrecido, se ha establecido una escala siguiendo para cada uno de los servicios auditados. Para aquellos procesos y actividades, dentro de cada servicio auditado, que incluyan aspectos legales de obligado cumplimiento, la escala se ha realizado con mayor rigurosidad.

Por otro lado, también se ha tenido en cuenta para establecer la rigurosidad de la escala de valoración si el incumplimiento de los aspectos auditados en cada proceso conlleva a fallos de disponibilidad o fallos de calidad en el servicio ofrecido.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, se han elaborado las tablas de valoración que se emplean en el siguiente apartado para categorizar el grado de cumplimiento de los distintos servicios en 4 niveles:

- ✓ Deficiente
- ✓ Bueno
- ✓ Muy bueno
- ✓ Excelente

10.2.1. SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA.

10.2.1.1. Tabla de valoración

GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN				
PROCESOS	Grado de cumplimiento			
	Deficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
ENTRADA	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %
ALMACENAJE (Central)	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
ALMACENAJE (Periféricos)	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
DISTRIBUCIÓN	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
CALIDAD	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %
MEDIOS	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %
GLOBALIDAD DEL SERVICIO	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %

10.2.1.2. Resultados obtenidos

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
ENTRADA	89,6 %	Muy bueno
ALMACENAJE (Central)	90,3 %	Muy bueno
ALMACENAJE (Periféricos)	84,1 %	Muy Bueno
DISTRIBUCIÓN	85,7 %	Muy bueno
CALIDAD	100 %	Excelente
MEDIOS	72,7 %	Muy bueno
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	100 %	Excelente
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	100 %	Excelente
GLOBALIDAD DEL SERVICIO	86,6 %	Muy bueno

TIPO DE FALLO/INCUMPLIMIENTO

FC1	1	
FC2	2	
FD1	1	
FD2	5	Total: 9

10.2.2. SERVICIO DE DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN.
10.2.2.1. Tabla de valoración

SERVICIO DE DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN				
PROCESOS	Grado de cumplimiento			
	Deficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
PROGRAMACIÓN	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
MEDIOS (Productos y equipos)	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %
PROCEDIMIENTO	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %
SISTEMAS Y TÉCNICAS	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
NORMATIVAS Y REGLAMENTOS	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %
GLOBALIDAD DEL SERVICIO	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %

10.2.2.2. Resultados obtenidos

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
PROGRAMACIÓN	89,3 %	Muy bueno
MEDIOS (Productos y equipos)	90,5 %	Muy bueno

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
PROCEDIMIENTO	100 %	Excelente
SISTEMAS Y TÉCNICAS	70 %	Bueno
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	70 %	Bueno
NORMATIVAS Y REGLAMENTOS	100,0 %	Excelente
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	100,0 %	Excelente
GLOBALIDAD DEL SERVICIO	87,95 %	Muy bueno

TIPO DE FALLO/INCUMPLIMIENTO		
FD2	4	
FD1	2	
FC2	2	Total: 8

10.2.3. SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE VIALES Y JARDINES.

10.2.3.1. Tabla de valoración

SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE VIALES Y JARDINES				
PROCESOS	Grado de cumplimiento			
	Deficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
CONSERVACIÓN DE JARDINES	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
ACCESIBILIDAD	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
APARCAMIENTO	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %
PLAN DE EMERGENCIAS	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
CALIDAD	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %
MEDIOS AUXILIARES	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %
SIST. DE INFORMACIÓN Y CONTROL	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
NORMATIVA Y REGLAMNETOS	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %
GLOBALIDAD DEL SERVICIO	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %

10.2.3.2. Resultados obtenidos

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
CONSERVACIÓN DE JARDINES	88,9 %	Muy bueno
ACCESIBILIDAD	92,7%	Muy bueno
APARCAMIENTO	100%	Excelente
PLAN DE EMERGENCIAS	100%	Excelente
CALIDAD	100%	Excelente

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
MEDIOS AUXILIARES	80,0%	Muy bueno
SIST. DE INFORMACIÓN Y CONTROL	100%	Excelente
NORMATIVA Y REGLAMNETOS	100%	Excelente
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	100%	Excelente
GLOBALIDAD DEL SERVICIO	95,28%	Excelente

TIPO DE FALLO/INCUMPLIMIENTO

FD2 / FC2	2	
FC2	1	Total: 3

10.2.4. SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS.
10.2.4.1. Tabla de valoración

SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS				
PROCESOS	Grado de cumplimiento			
	Deficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
M. AUX. R.U. Y R.B. ASIM. URB (CLASES I Y II)	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %
M. AUXILIARES R.B ESP.(CLASE III)	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
M. AUXILIARES R. CITO.(CLASE VI)	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
M. AUXILIARES R. Q.(CLASE V)	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
M. AUXILIARES R. RAD.(CLASE VII)	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
IDENT. R.U. Y R.B. ASIM.URBANOS (CLASES I Y II)	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %
IDENT. R.B. ESP. (CLASE III)	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
IDENT. R. CITO.(CLASE VI)	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
IDENT. R. Q.(CLASE V)	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
IDENT. R. RAD.(CLASE VII)	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
MANIPULACIÓN	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %
TRANSPORTE	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
ALMACENAJE	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %
NORMATIVA Y REGLAMENTO	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	< 60 %	61 - 80 %	81-95 %	96-100 %
GLOBALIDAD DEL SERVICIO	< 50 %	51 - 70 %	71-90 %	91-100 %

10.2.4.2. Resultados obtenidos

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
M. AUX. R.U. Y R.B. ASIM. URB (CLASES I Y II)	86,4 %	Muy bueno
M. AUXILIARES R.B ESP.(CLASE III)	100 %	Excelente
M. AUXILIARES R. CITO.(CLASE VI)	100 %	Excelente
M. AUXILIARES R. Q.(CLASE V)	100 %	Excelente
M. AUXILIARES R. RAD.(CLASE VII)	N/A	
IDENT. R.U. Y R.B. ASIM.URBANOS (CLASES I Y II)	81,3 %	Excelente
IDENT. R.B. ESP. (CLASE III)	87,5 %	Excelente
IDENT. R. CITO.(CLASE VI)	87,5 %	Excelente
IDENT. R. Q.(CLASE V)	80 %	Bueno
IDENT. R. RAD.(CLASE VII)	N/A	
MANIPULACIÓN	100 %	Excelente
TRANSPORTE	91,2 %	Muy bueno
ALMACENAJE	97,5 %	Excelente
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	100 %	Excelente
NORMATIVA Y REGLAMENTO	100 %	Excelente
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	100 %	Excelente
GLOBALIDAD DEL SERVICIO	94,98 %	Excelente

TIPO DE FALLO/INCUMPLIMIENTO

FC1	4
FC1 / FD1	3 Total: 7

10.3. DESCRIPTIVO DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS.

10.3.1. INCIDENCIAS DETECTADAS SOBRE LOS SERVICIOS AUDITADOS.

Se detallan en la siguiente tabla las incidencias detectadas durante el proceso de auditoría para los diferentes servicios así como una propuesta de mejoras.

Nº	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
Almacenes y distribución logística				
1	ENTRADAS	No se evidencia una forma estandarizada de actuación frente a la existencia de productos rechazados, en proceso de devolución o no conformes	Fallo Calidad 2	Identificar claramente una zona para el producto pendiente de inspección, producto no conforme y pendiente de devolución
2	ENTRADAS	No existe una ubicación concreta para aquellos productos que sean no conformes ni para rechazos y devoluciones.	Fallo Disponibilidad 2	Idem
3	ALMACENAJE (Almacén General)	No existe un análisis sistemático de determinados parámetros como por ejemplo el porcentaje de pedidos de urgencia para ir ajustando los stocks de cada producto	Fallo Disponibilidad 2	Establecer indicadores que permitan ajustar mejor los stocks y anticipar posibles roturas de stocks
4	ALMACENAJE (Almacenes periféricos)	En contra de lo indicado en el procedimiento HRJC 11.1-P59, en el almacén de RX existen dos referencias: MS 03040193 y MS03020042 para los que se ha terminado la reserva y no se ha realizado el pedido.	Fallo Disponibilidad 1	Cumplir el procedimiento
5	ALMACENAJE (Almacenes periféricos)	En el almacén de RX se encuentran productos no identificados colocados en dos cestas sobre el suelo	Fallo Calidad 2	Cumplir el procedimiento
6	DISTRIBUCIÓN	En contra de lo que se dice en el Pliego de Condiciones en su página 7, no existe evidencia de que el plan de reparto esté aprobado por la Gerencia	Fallo Disponibilidad 2	Cumplir lo que se indica en el Pliego o bien, modificarlo.
7	MEDIOS	No existe un plan preventivo de todos los bienes de capital del almacén siguiendo las instrucciones de los fabricantes, la legislación y la buenas prácticas existentes	Fallo Disponibilidad 2	Elaborar un plan de mantenimiento para todos los bienes de capital empleados en los almacenes: carretillas, estanterías, etc.
8	MEDIOS	En el transcurso de la auditoría al almacén de RX se evidencia una luminosidad insuficiente como para realizar las tareas adecuadamente	Fallo Calidad 1	Realizar periódicamente una revisión de las instalaciones y establecer un sistema de registro de incidencias y comunicación al servicio de mantenimiento del hospital.
9	MEDIOS	Se observa un larguero doblado en una de las	Fallo Disponibilidad 2	Elaborar un plan de mantenimiento para

Nº	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
		<p>estanterías, no se evidencia ninguna acción tomada al respecto.</p> <p>Además existen algunas estanterías del almacén de voluminosos en los que no figura el peso máximo admitida. Las escalerillas para acceder a los bultos en altura, no poseen gomas en las patas, lo que implica un riesgo de caída para los empleados</p>		<p>todos los bienes de capital empleados en los almacenes: carretillas, estanterías, etc.</p>

Número de incidencia detectadas: 9
Deméritos obtenidos: 31⁵

Desinsectación y desratización

10	PROGRAMACIÓN	<p>Se evidencia que el plan de plagas hace referencia a la normativa UNE 711210, la cual fue derogada en el año 2015 y no hace referencia a la nueva UNE-EN-16636.</p> <p>No se evidencia en el plan de plagas los posibles trabajos derivados de incidencias potenciales con otras especies no incluidas en el ámbito de aplicación del plan de plagas y contrato con el hospital</p>	Fallo Calidad 2	<p>Actualizar el plan de plagas, incluyéndose la referencia normativa UNE-EN 16636:2015.</p> <p>Se recomienda incluir en el plan de plagas “ante cualquier incidencia acaecida aparte de los roedores y cucarachas, se procederá de forma establecida según especie, riesgo, etc.; en un presupuesto adicional”.</p>
11	MEDIOS (PRODUCTOS Y EQUIPOS)	<p>Se evidencia que las fichas de seguridad de productos biocidas (RD 255/2003) no están actualizadas con los pictogramas de peligros según se especifica en el nuevo reglamento</p>	Fallo Calidad 2	<p>Se recomienda actualizar las fichas de seguridad, ya que los pictogramas de peligros no están según el reglamento CLP CE 1272/2008</p>

⁵ Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 9 incidencias detectadas suponen una valoración de 31 deméritos.

Nº	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
		CLP		
12	SISTEMAS Y TÉCNICAS	Se evidencia en trabajo de campo que existen trampas de feromonas en cocinas que no están identificados acordes a planos, referente a situación	Fallo Disponibilidad 1	Marcar la identificación necesaria en aquellos a los que no se hayan realizado, acorde a su situación real
13	SISTEMAS Y TÉCNICAS	Se evidencia en trabajo de campo que existen portacebos en cocinas que no están identificados acordes a planos, referente a su situación	Fallo Disponibilidad 1	Marcar la identificación necesaria en aquellos a los que no se haya realizado, acorde a su situación real.
14	SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	En el área de exteriores no se han identificado los portacebos con su número correspondiente	Fallo Disponibilidad 2	Se debe registrar el nº de portacebos de roedores en las zonas exteriores, acorde con el reflejado en la hoja de control de monitoreo y reflejarlos en el plano correspondiente también
15	SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	Algún portacebos de la zona de exteriores en el lateral del acceso a "Rehabilitación" no se puede leer bien la información de la tapa	Fallo Disponibilidad 2	Se recomienda sustituir aquellos portacebos cuya información de la tapa (obligatoria) no sea legible por completo. Así mismo, deben poseer los pictogramas de información de peligros según el reglamento CLP CE 1272/2008
16	SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	Sólo se realiza identificación de intervenciones en el monitoreo y la hoja de control de revisiones y no se anota en el portacebos monitorizado (Evidencia trabajos según nº 53335 (Noviembre 2017) Se tienen identificados con los pictogramas, frases de peligro, teléfonos correspondientes, empresa mantenedora (visitas a cocinas y exteriores)	Fallo Disponibilidad 2	Se puede considerar una mejora del desempeño del monitoreo de la gestión de plagas de roedores si se anotan en los portacebos la fecha de revisión, mediante una etiqueta adhesiva
17	SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	No se encuentran algunas trampas de cucarachas en sus lugares correspondientes (evidencias: -Falta trampa de feromonas en la zona de emplatado. -Falta trampa de feromonas en fregadero de la	Fallo Disponibilidad 2	Se recomienda asegurarse de su correcta ubicación y fijación, en esta zona, que es más crítica, en el momento de la revisión mensual de monitoreo, para evitar que se pudieran desubicar de la zona efectiva de actuación

Nº	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
		<p><i>zona de emplazado)</i> NOTA: Se suelen caer de los sifones de desagüe de los lugares de fregaderos, etc . Aunque se siguen manteniendo cerca del lugar exacto al que deberían encontrarse</p>		

Número de incidencia detectadas: 8

Deméritos obtenidos: 20⁶

Residuos urbanos y sanitarios

18	MEDIOS AUXILIARES RESIDUOS CLASES I Y II	Se detecta un contenedor Negro con la tapa Roja (para R. Clase I y II), que no coincide con la descripción de las fichas técnicas proporcionadas.	Fallo de Calidad	Se recomienda cambiar contenedor por uno con tapa naranja según manual interno o bien, modificar manual interno de características de los contenedores
19	IDENTIFICACIÓN RESIDUOS CLASES I Y II	Incumplimiento Art15 Decreto 83/1999 por almacén intermedio sin señalizar: "Área de depósito de Residuos" "Prohibida la entrada a toda persona no autorizada".	Fallo de disponibilidad / Calidad	Poner cartel o señalización para los almacenes intermedios de R. Clase I y II
20	IDENTIFICACIÓN RESIDUOS BIOSANITARIOS ESPECIALES (CLASE III)	Incumplimiento Art15 Decreto 83/1999 por almacén intermedio sin señalizar: "Área de depósito de Residuos" "Prohibida la entrada a toda persona no autorizada".	Fallo de disponibilidad / Calidad	Poner cartel o señalización para los almacenes intermedios de R. Clase III
21	IDENTIFICACIÓN RESIDUOS CITOTÓXICOS (CLASE VI)	Incumplimiento Art15 Decreto 83/1999 por almacén intermedio sin señalizar: "Área de depósito de Residuos" "Prohibida la entrada a toda persona no autorizada".	Fallo de disponibilidad / Calidad	Poner cartel o señalización para los almacenes intermedios de R. Clase VI
22	IDENTIFICACIÓN RESIDUOS QUÍMICOS (CLASE V)	Incumplimiento Art15 Decreto 83/1999 por almacén intermedio sin señalizar: "Área de depósito de Residuos" "Prohibida la entrada a	Fallo de disponibilidad / Calidad	Poner cartel o señalización para los almacenes intermedios de R. Clase V

⁶ Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 8 incidencias detectadas suponen una valoración de 20 deméritos.

Nº	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
		toda persona no autorizada”.		
23	TRANSPORTE INTRACENTRO	Detectados incumplimientos puntuales de registros de recogida en almacenes intermedios para residuos peligrosos, no pudiendo evidenciar la obligatoria frecuencia mínima de recogida de 1 vez al día.	Fallo de calidad	Se requiere comprobar la cumplimentación correcta de registros, puesto que si no, se tratará de una NC grave por retirada de residuos peligrosos superior a 24h.
24	TRANSPORTE EXTRACENTRO	Incumplimiento de frecuencia de recogida marcada por el Hospital de 48-72h en festivos y fines de semana comprobando retiradas de 96h.	Fallo de calidad	Se solicita modificar tiempos de retirada para cumplir al menos, con el máximo de 72h.
25	CALIDAD	Ninguno de los cursos de formación que verificados incluye la correspondiente “evaluación de eficacia”.	Fallo de calidad	Se recomienda incluir y aplicar la “evaluación de eficacia”, en todos los cursos formativos.
26	CONSERVACIÓN DE JARDINES	Riego no sostenible y uso de productos tradicionales de jardinería, pudiendo no ser respetuosos con el MA.	Fallo de Calidad Buenas Practicas	Se recomienda plantar arbustos autóctonos de poco consumo de agua en parterres, como medida disuasoria al mal aparcamiento, evitando erosión del suelo y mejorando el impacto visual del recinto. Uso de productos de jardinería sostenibles con el MA, seguros para la salud de usuarios y operarios
27	ACCESIBILIDAD	Vías debidamente señalizadas pero pudiendo	Fallo de disponibilidad	Señalizar visiblemente zonas prohibido

Número de incidencia detectadas: 8

Deméritos obtenidos: 27⁷

Conservación de viales y jardines

⁷ Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 8 incidencias detectadas suponen una valoración de 27 deméritos.

Nº	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
		no ser seguras por el mal aparcamiento en vías de circulación y por vehículos subidos a bordillos.	Calidad Aplicación de oportunidad de mejora	aparcar e incluso, concertar un acuerdo con los servicios municipales de movilidad del ayuntamiento de Móstoles. Previniendo, ante emergencia, problemas de acceso a los Servicios de Emergencia Externa.
28	MEDIOS AUXILIARES	La Sociedad concesionaria ofrece un programa correctivo y no preventivo de mantenimiento de viales y jardines	Fallo de calidad Procedimiento Mantenimiento	Realizar mantenimiento preventivo de viales y jardines: <ul style="list-style-type: none"> • Poner bancos de descanso puntual. • Arreglar bordillos rotos

Número de incidencia detectadas: 3
Deméritos obtenidos: 11⁸

⁸ Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 3 incidencias detectadas suponen una valoración de 11 deméritos.

10.3.2. INCIDENCIAS DETECTADAS EN RELACIÓN AL TRABAJO DE LA AUDITORÍA

No se ha tenido ninguna incidencia reseñable al respecto.

11. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO DEL SERVICIO

11.1. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO

Los parámetros de desempeño considerados para cada servicio figuran en la siguiente tabla:

SERVICIO: GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA	Entradas
	Almacenaje (almacén general)
	Almacenaje (almacenes periféricos)
	Distribución
	Calidad
	Medios
	Sistemas de información y control
SERVICIO: DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN – (DD)	Incidencias del servicio
	Programación
	Medios (productos y equipos)
	Procedimiento
	Sistemas y técnicas
	Sistemas de información y control
SERVICIO: RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS	Normativas y reglamentos
	Incidencias del servicio
	Medios Auxiliares Residuos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (Clases I y II)
	Medios Auxiliares Residuos Biosanitarios Especiales (Clase III)
	Medios Auxiliares Residuos Citotóxicos (Clase VI)
	Medios Auxiliares Residuos Químicos (Clase V)
	Medios Auxiliares Residuos Radioactivos (Clase VII)
	Identificación Residuos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (Clases I y II)
	Identificación Residuos Biosanitarios Especiales (Clase III)
	Identificación Residuos Citotóxicos (Clase VI)
	Identificación Residuos Químicos (Clase V)
	Identificación Residuos Radioactivos (Clase VII)
	Manipulación
	Transporte

SERVICIO: MANTENIMIENTO DE VIALES Y JARDINES	Almacenaje
	Calidad
	Sistemas de Información y Control
	Normativa y Reglamento
	Incidencias del Servicio
	Conservación de jardines
	Accesibilidad
	Aparcamiento
	Plan de emergencia
	Calidad
Medios auxiliares	
Sistema de información y control	
Normativa y reglamentos	
Incidencias del servicio	

11.2. CUADRO DE MANDO Y PLAN DE SEGUIMIENTO

11.2.1. GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
Entradas	89,6	95,0	Anual	
Almacenaje (Alm. General)	90,3	95,0	Anual	
Almacenaje (Periféricos)	84,1	90,0	Anual	
Distribución	85,7	90,0	Anual	
Calidad	100,0	100,0	Anual	
Medios	72,7	85,0	Anual	
Sist. información y control	100,0	100,0	Anual	
Incidencias	100,0	100,0	Anual	
RESULTADO GLOBAL	86,6	90,0	Anual	

11.2.2. DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
Programación	89,3	95,0	Anual	
Medios (product y equipos)	90,5	95,0	Anual	
Procedimiento	100,0	100,0	Anual	
Sistemas y técnicas	70,0	85,0	Anual	

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
Sist. Información y control	70,0	85,0	Anual	
Normativas y reglamentos	100,0	100,0	Anual	
Incidencias	100,0	100,0	Anual	
RESULTADO GLOBAL	87,95	95,0	Anual	

11.2.3. CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
Conservación de jardines	88,9	95,0	Anual	
Accesibilidad	92,7	95,0	Anual	
Aparcamiento	100,0	100,0	Anual	
Plan de emergencias	100,0	100,0	Anual	
Calidad	100,0	100,0	Anual	
Medios auxiliares	80,0	90,0	Anual	
Sist. información y control	100,0	100,0	Anual	
Normativa y reglamentos	100,0	100,0	Anual	
Incidencias del servicio	100,0	100,0	Anual	
RESULTADO GLOBAL	95,28	98,0	Anual	

11.2.4. RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
M. Aux. R.U. y R.B. asim. urb (clases I y II)	86,4	90,0	Anual	
M. Auxiliares R.B Esp.(clase III)	100,0	100,0	Anual	
M. Auxiliares R. Cito.(clase VI)	100,0	100,0	Anual	
M. Auxiliares R. Q.(clase V)	100,0	100,0	Anual	
M. Auxiliares R. Rad.(clase VII)	N/A		Anual	
Ident. R.U. y R.B. asim. urbanos (clases I y II)	81,3	90,0	Anual	
Ident. R.B. Esp. (clase III)	87,5	90,0	Anual	
Ident. R. Cito.(clase VI)	87,5	90,0	Anual	

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
Ident. R. Q.(clase V)	80,0	90,0	Anual	
Ident. R. Rad.(clase VII)	N/A		Anual	
Manipulación	100,0	100,0	Anual	
Transporte	91,2	95	Anual	
Almacenaje	97,5	100	Anual	
Sistemas de información y control	100,0	100,0	Anual	
Normativa y reglamento	100,0	100,0	Anual	
Incidencias del servicio	100,0	100,0	Anual	
RESULTADO GLOBAL	94,75	98	Anual	

12. PROPUESTAS DE MEJORA.

El diseño e implantación de un plan de acciones se trata de una labor que corresponde a la empresa concesionaria que es quien dispone de la información necesaria y conoce la disponibilidad de recursos para ello.

Como auditores, se trata de llevar a cabo un proceso sistemático, independiente y documentado, basado en el muestreo, con el propósito de obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría. Asimismo, proporcionar o establecer una serie de recomendaciones que permitan corregir las incidencias detectadas.

Estos criterios de auditoría son los señalados en el pliego de condiciones y emanan de la documentación operativa proporcionada, de los requisitos legales y reglamentarios aplicables a la actividad desarrollada por cada uno de los servicios auditados y de las buenas prácticas consensuadas para llevar a cabo dichas actividades.

Se establecen una serie de recomendaciones que figuran recogidas en el apartado 10.3.1 del presente informe

13. ANEXOS

13.1. REPORTAJE FOTOGRÁFICO

13.1.1. SERVICIO DE ALMACENES.



Foto 1: Depósito inadecuado de productos sobrantes.



Foto 2: Etiquetado cajón doble.

13.1.2. GESTIÓN DE RESIDUOS



Foto 3: Incidencia observada en almacén de residuos. Ver Ítems 36,40,48 y 56

13.1.3. MANTENIMIENTO DE VIALES Y JARDINES

13.1.3.1. APARCAMIENTO.



Foto 4: Aparcamiento en zona no señalizada. Ver Ítem 11



Foto 5: Incidencia en zona de aparcamiento (I). **Ver Ítems 11 y 50**



Foto 6: Bordillo roto. **Ver Ítems 11 y 50**

13.2. CD CON DOCUMENTACIÓN REVISADA

La entrega se llevará a cabo con el informe definitivo.

13.3. “CHECK LIST” CUMPLIMENTADOS

Se presentan a continuación los “check list” cumplimentados para los diferentes servicios.



GEPRECON
GESTIÓN PREVENCIÓN CONTROL
AMBIENTAL

CUESTIONARIO DE AUDITORÍA

Código	
CA-HM-AL	
Edición	Fecha edición
1	19.01.18

Hospital Auditado	HOSPITAL REY JUAN CARLOS MOSTOLES
Servicio Auditado	Gestión de almacenes y distribución logística
Fecha de la Auditoría	29 de enero de 2018
Equipo auditor	José Luis Delgado, Vicente Martínez, Alfonso Guzmán, Virginia Villarejo
Responsable del Servicio auditado	Jaime Fernández, Marta González Contreras
Otros interlocutores	

RESULTADO DE LA AUDITORÍA	
Total deméritos posibles :	232
Deméritos obtenidos :	31
Porcentaje de deméritos :	13%
RESULTADO: 100% - (% deméritos)	86,6%

CRITERIOS DE EVALUACIÓN						
CRITICIDAD DEL ASPECTO A AUDITAR	GRADO DE IMPLANTACIÓN DEL ASPECTO A AUDITAR					
	TOTAL (T)		PARCIAL (P)		NULO (N)	
ALTA	TA	0	PA	3	NA	4
MEDIA	TM	0	PM	2	NM	3
BAJA	TB	0	PB	1	NB	2

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
	PROCESO:ENTRADAS					Tipo fallo
1	Analizar el registro de la última auditoría interna	0	2	3		FD2 No se detectan no conformidades
2	¿Existe un catálogo de productos actualizado?	0	3	4		FC2 "Listado de productos actualizado"
3	Ver propuesta de compras aprobada por la comisión	0	3	4		FC2 ok
4	Ver los tres presupuestos solicitados	0	2	3		FC2 ok
5	Ver la confirmación del pedido por la central de compras	0	3	4		FC2 ok
6	Ver trazabilidad de un pedido a un proveedor	0	3	4		FD2 Comprobación en aplicación informática
7	¿Existe un procedimiento documentado para la recepción de pedidos?	0	3	4		FC2 HRJC 23.1-P01
8	¿Existe un procedimiento documentado para la recepción de mercancías?	0	3	4		FC2 HRJC 23.1-P01
9	¿Existe una planificación para la recepción de mercancías?	0	3	4		FC1 Sí, existe un plan
10	¿Se verifican los productos recepcionados?	0	3	4		FC1 Comprobado por observación
11	¿Se coteja el albarán con las mercancías recibidas?	0	3	4		FC2 Sí se comprueba. Se observa en la recepción de mercancía en el trascurso de la

							auditoría
12	¿Se cumplen los horarios para la recepción de mercancías?	0	3	4		FC2	Se evidencia en trabajo de campo
13	¿Se clasifica la mercancía recibida?	0	2	3		FC1	Material poco crítico. la clasificación básicamente es por voluminoso o no voluminosos, existiendo dos almacenes
14	¿Existe un procedimiento de gestión de rechazos y devoluciones?	0	3	4		FC2	No se evidencia una forma estandarizada de actuación frente a la existencia de productos rechazados, en proceso de devolución o no conformes. De hecho, aparecen productos de esta naturaleza en distintas zonas del almacén lo que puede llevar a un uso indebido de los mismos. Observación. 1
15	Existe una zona para ubicar los productos rechazados, devoluciones o no conformes?	0	3	4		FD2	No existe una ubicación concreta para aquellos productos que sean no conformes ni para rechazos y devoluciones. Observación 1
16	¿Están designados los operarios encargados de la recepción?	0	1	2		FD2	Todos tienen formación para llevarla a cabo
17	¿Están definidas las funciones y responsabilidades de las personas encargadas de la recepción?	0	3	4		FD2	Existen perfiles de puesto de trabajo
18	¿Se gestiona adecuadamente la documentación asociada al pedido?	0	3	4		FC2	Gestión informática
Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION					EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A		
PROCESO:ALMACENAJE (Almacén General)							
19	¿Existen procedimientos documentados para la gestión del almacén?	0	3	4		FC2	
20	¿Existen KPI´s para la gestión del almacén?.	0	3	4		FD2	No existe un análisis sistemático de determinados parámetros como por ejemplo el porcentaje de pedidos de urgencia para ir ajustando los stocks de cada producto.
21	¿Existe un stock mínimo y máximo definido para todos los productos?	0	3	4		FC2	Sí. comprobado en campo

22	¿Hay establecido un nivel de stock de seguridad?	0	2	3		FC1	Sí. Se comprueba en trabajo de campo
23	¿Hay establecido un segundo punto de pedido para los productos?	0	3	4		FC2	Sí. Se comprueba en trabajo de campo
24	¿Se realizan inventarios y con qué periodicidad?	0	3	4		FC2	Sí se realizan
25	Ver si hay productos por debajo de stock mínimo y si existe propuesta de pedido al proveedor	0	3	4		FC1	Sí, se evidencia
26	Ver funcionamiento de almacén en tránsito: comprobar petición del servicio IFMS:PDPLA , ver pedido de material al proveedor IFMS: PDPR1 , ver la baja en el almacén de tránsito, dispensación a servicio IFMS:PDPLZ	0	3	4		FC2	Se analiza en la aplicación informática de gestión
PROCESO:ALMACENAJE (Almacenes periféricos)							
27	¿Existen procedimientos documentados para la gestión del almacén?	0	2	3		FC2	HRJC 23.1-P01
28	Existen pactos de consumo actualizados con los distintos servicios peticionarios	0	3	4		FC2	
29	Comprobar el correcto funcionamiento del Doble Cajón	0	3	4		FD1	En contra de los indicado en el procedimiento HRJC 11.1-P59, en el almacén de RX existen dos referencias: MS 03040193 y MS03020042 para los que se ha terminado la reserva y no se ha realizado el pedido.
30	Se corresponden las etiquetas con los productos y cantidades almacenadas en los compartimentos?	0	3	4		FC2	Realmente sí, aunque por falta de espacio, para algunos productos puede existir confusión en cuanto su ubicación
31	¿Los compartimentos contienen el 50% de la cantidad estipulada?	0	2	3		FC2	Sí. comprobado en trabajo de campo
32	En el caso de agotarse el stock, la etiqueta se pasa por el panel antes de las 7 am. Verificar si es así.	0	2	3		FC2	Sí. comprobado en trabajo de campo
33	¿Queda constancia de la verificación por el supervisor del pedido no registrado en doble cajón?	0	2	3		FC2	No hay incidencias
34	¿Está establecida una ubicación específica para los productos no almacenados en armario?	0	2	3		FC2	En el almacén de RX se encuentran productos no identificados colocados dentro de unas cestas sobre el suelo sin que el personal pueda aclarar su origen. Observación 2
35	¿Se realiza un control del número de pedidos realizados por urgencia?	0	2	3		FD2	Sí. Se comprueban en aplicación informática
36	¿Cómo se gestionan las devoluciones de producto del Servicio al almacén?	0	2	3		FD2	A través de los responsables de las secciones y recogido por los mozos cuando se realizan nuevas entregas

N°	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
37	¿Existe un stock mínimo definido para cada producto?	0	3	4		FC2 Sí. Comprobado en trabajo de campo
38	¿Hay establecido un nivel de stock de seguridad?	0	2	3		FC2 Sí. Comprobado en trabajo de campo
39	¿Se realizan inventarios y con qué periodicidad?	0	3	4		FC2 Sí, se evidencia
PROCESO:DISTRIBUCIÓN						
40	¿Hay establecido un plan de reparto a los servicios peticionarios?	0	3	4		FC1 Sí existe una planificación
41	¿El plan de reparto se encuentra aprobado por Gerencia?	0	1	2		FD2 En contra de lo que se dice en el Pliego de Condiciones en su página 7, no existe evidencia de que el plan de reparto esté aprobado por la Gerencia. Observación 3
42	¿Hay establecido un horario para la reposición del almacén periférico?	0	3	4		FD2 Indicado en la planificación
43	¿Se cumple el plan de reparto?	0	3	4		FC1 Sí. Comprobado en trabajo de campo
PROCESO:CALIDAD						
44	¿Existe un plan de formación para el personal del almacén?	0	3	4		FC2 Sí. Se evidencia la existencia de dicho plan
45	¿Existen registros de las acciones formativas de los empleados?	0	3	4		FC2 Muestran las fichas de formación del personal
46	¿Existe un catálogo de productos actualizado y revisado?	0	3	4		FC2 "Listado de productos actualizado"
47	¿Se realiza una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores en el proceso de almacén?	0	3	4		FC2 Sí, se evidencia el informe de riesgos.
N°	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	

PROCESO:MEDIOS							
48	¿Se controlan las temperaturas en aquellos productos que lo requieran?	0	3	4	X	FC2	
49	¿Existe un inventario de bienes de capital en el almacén?	0	3	4		FD2	Sí.
50	¿Existe plan de mantenimiento de bienes de capital: carretillas, elevadoras, etc?	0	3	4		FD2	Solo existe mantenimiento correctivo. No valoro como negativa esta pregunta porque lo hago en las preguntas 52 y 53
51	¿Se realiza un diario de mantenimiento de las carretillas elevadoras?	0	3	4		FD2	Solo existe mantenimiento correctivo. No valoro como negativa esta pregunta porque lo hago en las preguntas 52 y 53
52	¿Se guardan registros de los mantenimientos realizados a los bienes de capital?	0	3	4		FD2	Solo existe mantenimiento correctivo. No valoro como negativa esta pregunta porque lo hago en las preguntas 52 y 53
53	¿Se realiza un mantenimiento de las instalaciones: estanterías	0	3	4		FD2	Ante la evidencia de un larguero doblado en una de las estanterías, no se evidencia ninguna acción tomada al respecto. Además existen algunas estanterías del almacén de voluminosos en los que no figura el peso máximo admitida. Observación 3
54	¿Se realiza un mantenimiento de los medios auxiliares, escalerillas, por ejemplo	0	3	4		FD2	Las escalerillas para acceder a lo bultos colocados en altura en el almacén de voluminosos carecen de tacos de goma en sus patas, lo que representa un riesgo importante de caídas para los empleados. Observación 3
55	¿Se realiza un mantenimiento de las instalaciones: contraincendios?	0	3	4		FC1	Sí. Por empresa externa
56	Comprobar si las actas de mantenimiento de instalación internas o externas cumplen la legislación. Ver anexo	0	3	4		FC2	Se cumplen los requisitos
57	Si lo hace personal interno, tienen la certificación requerida?	0	3	4	X	FC2	
58	Si el mantenimiento de la instalación contraincendios lo hace empresa mantenedora externa, se comprueba si cumple con la legislación? Ver anexo	0	3	4		FC1	Sí se cumplen
59	¿Las condiciones en que se desarrollas las actividades es adecuado para la correcta realización de las tareas?	0	3	4		FC1	Observación 4.
60	¿Se proporciona a los trabajadores de almacén los equipos de protección individual adecuados para el desempeño de sus funciones?	0	3	4		FC2	Sí. Evidencia en trabajo de campo

PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL							
61	Trazabilidad de pedidos compras-almacén	0	3	4		FD2	Comprobados varios casos en la aplicación informática
62	Revisar registro de entradas y salidas	0	3	4		FD1	Comprobados varios casos en la aplicación informática
63	Realizar prueba de coincidencia entre inventario informático y físico	0	3	4		FD2	Correctos. Productos MS3020155 y MS05010171
PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO							
64	¿Se lleva a cabo un registro y control de incidencias en el almacén?	0	3	4		FD2	No ha habido necesidad de apertura pero existe metodología para ello.
65	¿Se toman acciones correctivas para solucionar las incidencias producidas?	0	3	4	X	FD2	
66	¿Se cierran las acciones correctivas en plazo?	0	3	4	X	FD2	

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS DE MEJORA DETECTADAS EN EL TRANCURSO DE LA AUDITORÍA

1. No se evidencia una forma estandarizada de actuación frente a la existencia de productos rechazados, en proceso de devolución o no conformes. No hay una zona señalizada para ello y aparecen productos en este estado en diversas zonas del almacén, incluso en las estanterías (al menos en este caso, se ha identificado con una etiqueta de "no usar")
2. En el almacén de RX se encuentran productos no identificados colocados en dos cestas sobre el suelo.
3. No existe un plan preventivo de todos los bienes de capital del almacén siguiendo las instrucciones de los fabricantes, la legislación y la buenas prácticas existentes. No sólo con el fin de optimizar las tareas sino también de garantizar la seguridad de los trabajadores, por ejemplo en el caso de las escalerillas. Uno de los largueros de una de las estanterías de voluminosos está doblado. En algunas estanterías del almacén de voluminosos no figura el peso máximo admitido.
4. En el transcurso de la auditoría al almacén de RX se evidencia una luminosidad insuficiente como para realizar las tareas adecuadamente. (Apenas pueden leerse las descripciones de los productos), incumpléndose lo recogido en el Artículo 8 RD 486/1987 y sin que exista evidencia de aviso para subsanar la situación.
5. Debería registrarse el nombre de la persona que recepciona el pedido en planta.
6. Aunque se controlan los pedidos de urgencia no existe un KPI como tal que pudiera permitir si un alto valor del mismo pudiera llevar a tener que modificar los niveles de stock o los puntos de pedido.
5. En el almacén de paritorio convendría alargar los soportes de etiquetas de ubicación de producto para evitar posibles confusiones en la ubicación de los productos.
6. Se recomienda que la colocación de los productos en el almacén siga algún criterio estratégico: por rotación, por sistema ABC costing, etc.
7. Se recomienda eliminar la ubicación de productos en papel que existe en el almacén al tener esta información informatizada y así evitar el problema de que quede desactualizado y pueda llevar a confusión al personal del almacén.

Firma del auditor

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'H. Martínez', is centered within a rectangular box. The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke at the end.

Firma del auditado

Función:

A continuación se muestra el reparto diario de cada uno de los Almacenes según acuerdo con los mismos.

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
QX	QX	QX	QX	QX
CMA	CMA	CMA	CMA	CMA
URGENCIAS	URGENCIAS	URGENCIAS	URGENCIAS	URGENCIAS
UCI	UCI	UCI	UCI	UCI
RX	HOSP.DIA	RX	HOSP.DIA	RX
PLANTAS	HEMO	PLANTAS	HEMO	PLANTAS
PARITORIO	GABINETES	PARITORIO	GABINETES	PARITORIO
CEP NV	CEX 1 Y 2	CEP NV	CEX 1 Y 2	1ª UNIV
CEP VILLA	EXTRACCIONES	1ª UNIV	EXTRACCIONES	
1ª UNIV	URG.PED		URG.PED	
	APAC		M.NUCLEAR	
	DIALISIS		LABORATORIO	
			BANCO DE SANGRE	
			RADIOTERAPIA	
			FARMA	
			LABORATORIO INV.	
			CEP VILLA	

DIAS DE PEDIDO				
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
QUIROFANO	QUIROFANO	QUIROFANO	QUIROFANO	QUIROFANO
CMA	CMA	CMA	CMA	CMA
URGENCIAS	URGENCIAS	URGENCIAS	URGENCIAS	URGENCIAS
UCI	UCI	UCI	UCI	UCI
PARITORIO	GABINETES	PARITORIO	GABINETES	PARITORIO
HEMODINAMICA	CONSULTAS EXTERNAS	HEMODINAMICA	CONSULTAS EXTERNAS	HEMODINAMICA
RAYOS	MEDICINA NUCLEAR	RAYOS	MEDICINA NUCLEAR	RAYOS
URG. PEDIATRICAS	HOSPITAL DE DIA	URG. PEDIATRICAS	HOSPITAL DE DIA	URG. PEDIATRICAS
1ª UNIVERSIDAD		1ª UNIVERSIDAD		1ª UNIVERSIDAD
3ª TORRE UNIVERSIDAD	EXTRACCIONES	3ª TORRE UNIVERSIDAD	LABORATORIO	3ª TORRE UNIVERSIDAD
4ª TORRE UNIVERSIDAD	REHABILITACION	4ª TORRE UNIVERSIDAD	BANCO DE SANGRE	4ª TORRE UNIVERSIDAD
5ª TORRE UNIVERSIDAD	ANATOMIA PATOLOGICA	5ª TORRE UNIVERSIDAD	RADIOTERAPIA	5ª TORRE UNIVERSIDAD
6ª TORRE UNIVERSIDAD		6ª TORRE UNIVERSIDAD	FARMACIA	6ª TORRE UNIVERSIDAD
7ª TORRE UNIVERSIDAD		7ª TORRE UNIVERSIDAD	EXTRACCIONES	7ª TORRE UNIVERSIDAD
3ª TORRE PLAZA		3ª TORRE PLAZA	REHABILITACION	3ª TORRE PLAZA
4ª TORRE PLAZA		4ª TORRE PLAZA	ANATOMIA PATOLOGICA	4ª TORRE PLAZA
5ª TORRE PLAZA		5ª TORRE PLAZA		5ª TORRE PLAZA

- ¿Se realiza el mantenimiento mínimo de las instalaciones de protección contra incendios según las tablas I y II del Real Decreto 513/2017?

TRIMESTRAL, ANUAL Y QUINQUENAL

- ¿Se elaboran las actas de seguimiento de los programas de mantenimiento de los equipos y sistemas de protección contra incendios conformes con la serie de normas UNE 23580?

NOTA ACLARATORIA

a) Información general.

1.º Nombre y domicilio de la propiedad de la instalación. 2.º Nombre y cargo del representante de la propiedad responsable de la instalación. 3.º Nombre y cargo del representante de la propiedad responsable ante las operaciones de mantenimiento que se van a llevar a cabo. 4.º Domicilio de localización de la instalación y fecha de instalación. 5.º Empresa responsable de la última inspección y fecha de la misma. 6.º *Empresa responsable del último mantenimiento y fecha del mismo.* 7.º *Nombre, n.º de identificación y domicilio de la empresa mantenedora. Declaración de que se está habilitada para todos y cada uno de los productos y sistemas sobre los que va a efectuar el mantenimiento.*

8.º *Nombre de la/s persona/s responsable/s de realizar las operaciones de mantenimiento. Declaración de que dicha/s persona/s se encuentra/n cualificada/s para realizar los mantenimientos.* 9.º Tipos de productos y sistemas que van a ser objeto de mantenimiento.

b) Para cada producto o sistema sobre el que se realice mantenimiento. 1.º Tipo de producto o sistema, marca y modelo. 2.º Identificación unívoca del producto o sistema (ej.: mediante identificación de número de serie, ubicación...). 3.º Operaciones de mantenimiento realizadas y resultado. En caso de presentarse incidencias, acciones propuestas.

En el caso de que una o varias operaciones de mantenimiento las realice el usuario o titular de la instalación, tal y como se permite para las operaciones recogidas en las tablas I y III, no será obligatorio que las actas de tales operaciones sean conformes con lo dispuesto en la norma UNE 23580, sino que será suficiente con que estas contengan, al menos, la información citada anteriormente (salvo los apartados a.6, a.7 y a.8, que deben sustituirse por los datos del último mantenimiento y el nombre de la/s persona/s responsable/s de realizar las operaciones).



GEPRECON
GESTIÓN PREVENCIÓN CONTROL
AMBIENTAL

CUESTIONARIO DE AUDITORÍA

Código	
CA-HM-DD	
Edición	Fecha edición
1	19.01.18

Hospital Auditado	Hospital Rey Juan Carlos I Móstoles
Servicio Auditado	Gestión del servicio de desinsectación / desratización (DD)
Fecha de la Auditoría	30 Enero 2017
Equipo auditor	Vicente Luis Martínez Camacho - Alfonso Guzmán
Responsable del Servicio auditado	Marta González
Otros interlocutores	Dolores Muñiz, Antonio Sierra

RESULTADO DE LA AUDITORÍA	
Total deméritos posibles :	166
Deméritos obtenidos :	20
Porcentaje de deméritos :	12,05
RESULTADO: 100% - (% deméritos)	87,95

CRITERIOS DE EVALUACIÓN						
CRITICIDAD DEL ASPECTO A AUDITAR	GRADO DE IMPLANTACIÓN DEL ASPECTO A AUDITAR					
	TOTAL (T)		PARCIAL (P)		NULO (N)	
ALTA	TA	0	PA	3	NA	4
MEDIA	TM	0	PM	2	NM	3
BAJA	TB	0	PB	1	NB	2

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
PROCESO: PROGRAMACIÓN						Tipo fallo
1	¿Se han estudiado las situaciones previas respecto al sitio o emplazamiento?	0	3	4		FC1 Pddd 0130/0214, Se refleja en el plan de plagas.
2	¿Se han estudiado los factores de riesgo en el sitio (respecto al medioambiente y salud de usuarios / trabajadores / pacientes)?	0	3	4		FC2 Pddd 0130/0214, Se refleja en el plan de plagas
3	¿Se ha establecido un plan de plagas para este hospital?	0	3	4		FC2 Pddd 0130/0214. (Observaciones puntos 1 2)
4	¿Se establecen planos con la situación de los cebos/portacebos?	0	3	4		FC2 Cafetería, cocina, planta técnica y la planta baja. Sótano.
5	¿Se ha realizado una zonificación atendiendo a la situación de riesgo?	0	3	4		FC2 Se refleja en los planos anteriormente comentados
6	Derivado del establecimiento del plan de plagas, ¿Se establece calendario de actividad según tratamiento?	0	3	4		FC2 Reflejado en el plan de plagas. Pddd 0130/0214
7	¿Se han llevado a cabo las actividades según la programación?	0	3	4		FC1 Se cotejan las correspondientes a los trabajos realizados - Octubre. Nº 35553.. programación mensual respecto al mes de

							<p>Octubre - Noviembre. N°35553. Trabajos correspondiente al tratamiento mensual. 08/11/2017.</p>			
PROCESO: MEDIOS (PRODUCTOS Y EQUIPOS)										
8	¿Existe un procedimiento de compras de productos biocidas?	0	2	3	N/A	FC2				
9	¿Se describen los productos utilizados según técnica aplicada?	0	2	3		FC1	Se refleja en el plan de plagas. Pddd 0130/0214			
10	¿Se atiende a la peligrosidad en la utilización de biocidas a la seguridad y salud de empleados, pacientes y técnicos, así como al medioambiente?	0	2	4		FC1	. Se establece en el contrato N°35553 y el plan de plagas.			
11	¿Existen fichas de seguridad de los productos empleados?	0	2	4		FC2	Evidencias, según RD255/2003 -Massocide TP plas. Seg <i>(observaciones punto 3)</i>			
12	¿Disponen todos los aplicadores de dichas fichas de seguridad?	0	3	4		FC2	Llevar las FDS en una tablet, que a través de OneDrive acceden a ellas. "Leuco Bloque" Ok			
13	¿Existe un listado de EPIs para uso de los aplicadores?	0	2	3		FC2	Se encuentran entregados por cada uno de los aplicadores. Evidencia: a D. Francisco Javier Isidoro del cerro. (29/06/2015). Felipe Amador Baeza. (29/06/2015)			
14	¿Autorización Medicina preventiva de técnicos aplicadores?	0	2	3		FC2	D. Francisco Javier Isidoro del cerro. (28/11/2016). Felipe Amador Baeza. (21/11/2016)			
N°	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				T	P	N	N/A	EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A					
PROCESO: PROCEDIMIENTO							Tipo fallo			
15	¿Existen procedimientos documentados para la realización del método de desinsectación?	0	2	3		FC2	Procedimiento incluido en el plan de plagas Pddd 0130/0214			
16	¿Existen procedimientos documentados para la realización del método de desratización?	0	2	3		FC2	Procedimiento incluido en el plan de plagas Pddd 0130/0214			
17	¿Se especifica el método a seguir con todo detalle?	0	3	4		FC2	Véase plan de plagas.			
18	¿Existe una secuencia lógica del proceso/método en desinsectación?	0	3	4		FC2	Procedimiento incluido en el plan de plagas Pddd 0130/0214			
19	¿Existe una secuencia lógica del proceso/método en desratización?	0	3	4		FC2	Procedimiento incluido en el plan de plagas Pddd 0130/0214			

PROCESO: SISTEMAS Y TÉCNICAS						
20	¿Se realizan las técnicas de aplicación atendiendo al índice de riesgo de personas, empleados y medioambiente en la desinsectación?	0	3	4		FD1 Se tiene en cuenta los trabajos realizados según especifica el plan de plagas. (30/01/2018). evidenciado
21	¿Se realizan las técnicas de aplicación atendiendo al índice de riesgo de personas, empleados y medioambiente en la desratización?	0	3	4		FD1 Se tiene en cuenta los trabajos realizados según especifica el plan de plagas. (30/01/2018). evidenciado
22	¿Se realizan las aplicaciones según el plan de plagas/procedimientos descritos/I.T., etc en desinsectación?	0	3	4		FD1 Algunos tratamientos en cocina no han sido bien aplicados (<i>Evidencias observadas en trabajo de campo, según se especifica en el punto 27</i>)
23	¿Se realizan las aplicaciones según el plan de plagas/procedimientos descritos/I.T., etc en desratización?	0	3	4		FD1 Algunos tratamientos en cocina no han sido bien aplicados (<i>Evidencias observadas en trabajo de campo, según se especifica en el punto 27</i>)
24	¿Se tienen en cuenta los riesgos de entorno según técnica aplicada: avisos con antelación al cliente, periodos de reentrada, etc.?	0	3	4		FD1 Se tiene en cuenta los trabajos realizados según especifica el plan de plagas. (30/01/2018). Evidenciado
PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL						
25	¿Se llevan a cabo los controles en los trabajos realizados mediante registros de control?	0	2	3		FD2 Parte 35553. 17/10/2017. 08:55 – 15:30h.
26	¿Están los portacebos y trampas en buen estado y con la información en la tapa visible y legible por completo?	0	2	3		FD2 Algún portacebos de la zonas de exteriores en el lateral del acceso a “Rehabilitación” no se puede leer bien la información de la tapa. (<i>Observaciones punto 5</i>)
27	¿Están todos los portacebos y trampas colocados según plano?	0	3	4		FD2 <i>Faltan en cocinas:</i> -Portacebos roedores en la zona de fregaderos. -Falta trampa de feromonas en la zona de emplatado. -Falta trampa de feromonas en fregadro de la zona de emplatado. (<i>Observaciones puntos 4 y 6</i>)

28	¿Se marcan los portacebos y otros sistemas físicos de control de plagas con fecha de revisión y aplicador que lo realiza?	0	2	3		FD2	Sólo se realiza en el monitoreo y la hoja de control de revisiones (Evidencia trabajos según nº 53335 (Noviembre 2017)Se tienen identificados con los pictogramas, frases de peligro, teléfonos correspondientes, empresa mantenedora (visitas a cocinas y exteriores).
29	¿Se identifican los portacebos con número según plano?	0	2	3		FD2	No se realiza en los de exteriores. En el resto sí. <i>Incumplimiento de disponibilidad</i>
30	¿Se registran todos los tratamientos realizados en libros físicos, digitales, etc.?	0	3	4		FD2	Se cotejan las correspondientes a los trabajos realizados en los meses de Abril, Mayo y octubre: <ul style="list-style-type: none"> - Abril: relativo a actuación frente a ácaro rojo. Nº 3515981.. - Mayo. Nº 3516969.Tratamiento contra hormigas. - Octubre. Nº 35553.. programación mensual respecto al mes de Octubre
31	¿Se tienen en cuenta procedimiento, tipología, área de actuación?	0	3	4		FD2	Se ha realizado en el plan de plagas
32	¿Las hojas de trabajos llevan la hora de ejecución, materiales empleados, composición, técnico aplicador, etc?	0	2	3		FD2	Se cotejan las correspondientes a los trabajos realizados en los meses de Abril, Mayo y octubre: <ul style="list-style-type: none"> - Abril: relativo a actuación frente a ácaro rojo. Nº 3515981.. - Mayo. Nº 3516969.Tratamiento contra hormigas. - Octubre. Nº 35553.. programación mensual respecto al mes de Octubre
33	¿Todos los registros de ejecución de trabajos están firmados por el cliente?	0	2	3		FD2	Se cotejan las correspondientes a los trabajos realizados en los meses de Abril, Mayo y octubre: <ul style="list-style-type: none"> - Abril: relativo a actuación frente a ácaro rojo. Nº 3515981.. - Mayo. Nº 3516969.Tratamiento contra hormigas.

40	¿Tiene la empresa suscrito contrato con gestor de residuos autorizado por la CAM (Ley 22/2011)?	0	3	4		FC2	Se gestionan a a través de Consenur
41	¿Segregan bien los residuos generados en las actividades de DD (Ley 22/2011)?	0	3	4		FC2	Evidenciado en circuito.
42	¿Posee la empresa algún pequeño almacén en el hospital que almacene productos químicos biocidas?	0	3	4	N/A	FD2	No aplica
PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO							
43	¿Se lleva a cabo un registro y control de incidencias en el servicio?	0	3	4		FC2	“Registro de incidencias de limpieza”. Evidencia: Aparición de cucarachas en pasillo sucio. 16/07/2017. 22/07/2017 se realiza intervención N° 3518824.
44	¿Se investigan todas las incidencias y se estudia y determina la causa raíz?	0	2	3		FC2	Se realizan estudios de causas ante las incidencias. Limpieza bajo barra cafetería y autoservicio.
45	¿Se realizan correcciones inmediatas para solucionar las incidencias producidas?	0	2	3		FC2	Evidencia: Aparición de cucarachas en pasillo sucio. 16/07/2017. 22/07/2017 se realiza intervención N° 3518824.
46	Se establecen planes de acciones correctivas con responsables, recursos a emplear, tiempo de ejecución y comprobación de la eficacia del plan corrector?	0	3	4		FC2	Plan de acciones correctivas. Se cierra Limpieza bajo barra cafetería y autoservicio 30/05/2017
47	¿Se establecen indicadores o KPIs para determinar el índice de satisfacción del servicio DD?	0	2	3		FC2	Se realizan de forma indirecta a través de un valor para el conjunto de servicios, pero no de forma específica para el de DD

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS DE MEJORA DETECTADAS EN EL TRANCURSO DE LA AUDITORÍA

1. Se recomienda actualizar el plan de plagas, ajustándose a la norma UNE-EN 16636:2015.
2. Se recomienda incluir en el plan de plagas que ante cualquier incidencia acaecida aparte de los roedores y cucarachas, se procederá de forma establecida según especie, riesgo, etc.; en un presupuesto adicional.
3. Se recomienda actualizar las fichas de seguridad, ya que los pictogramas de peligros no están según el reglamento CLP CE 1272/2008
4. Se debe registrar el nº de portacebos de roedores en las zonas exteriores, acorde con el reflejado en la hoja de control de monitoreo y reflejarlos en el plano correspondiente también.
5. Se recomienda sustituir aquellos portacebos cuya información de la tapa (obligatoria) no sea legible por completo. Así mismo, deben poseer los pictogramas de información de peligros según el reglamento CLP CE 1272/2008
6. Se recomienda repasar algún portacebos suelto en el lateral de acceso a "Rehabilitación" en la zona de exteriores.

Firma del auditor



Firma del auditado

Función:



GEPRECON
GESTIÓN PREVENCIÓN CONTROL
AMBIENTAL

CUESTIONARIO DE AUDITORÍA

Código

Edición	Fecha edición
3	01.02.18

Hospital Auditado	HOSPITAL REY JUAN CARLOS
Servicio Auditado	Servicio de Residuos Urbanos y Sanitarios
Fecha de la Auditoría	30/1/2018
Equipo auditor	V. Villarejo/A. Guzmán/J.L. González
Responsable del Servicio auditado	<i>Dolores Muñiz Batista – Gobernanta Corporativa</i>
Otros interlocutores	<i>Marta González – Responsable del servicio Calidad y Procesos</i>

RESULTADO DE LA AUDITORÍA

Total deméritos posibles :	514
Deméritos obtenidos:	27
Porcentaje de deméritos :	5,25
RESULTADO: 100% - (% deméritos)	94,75%

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

CRITICIDAD DEL ASPECTO A AUDITAR	GRADO DE IMPLANTACIÓN DEL ASPECTO A AUDITAR					
	Total (T)		Parcial (P)		Nulo (N)	
Alta	TA	0	PA	3	NA	4
Media	TM	0	PM	2	NM	3
Baja	TB	0	PB	1	NB	2

N°	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (Clases I y II)							
1	¿Existen Puntos de recogida específicos para RRSS Clase I y RRSS Clase II?	0	3	4		FC1/ FD1	Existen almacenes de recogida.
2	De existir estos puntos de recogida, ¿Están convenientemente identificados?	0	3	4		FC1/ FD1	No existen carteles identificativos específicos para las zonas de almacenaje, pero sí que son específicos e inconfundibles.
3	¿Existen compactadores u otros elementos de mecanización por presión de residuos?	0	1	2		FD2	Existe compactadora de RU y RBAU, que está situada en el depósito final de Residuos, ubicada en el exterior y convenientemente separada de los conductos de ventilación del hospital. La recogida por el camión de transporte se hace en una zona y por un circuito diferente al de Residuos peligrosos.
4	Los contenedores, recipientes y envases, ¿cumplen con los requisitos requeridos en cuanto a sus características físicas?	0	3	4		FC1	Encontramos unos contenedores Negros con la tapa Roja, nos informan que eran contenedores de RU, que no cumplen con la descripción de los contenedores para este tipo de Residuos, que encontramos en el documento interno "GESTION INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS" (Anexo I) del propio hospital, donde se especifica que este tipo de Contenedor debe ser gris con la tapa naranja. (OBSERVACIÓN 1)
5	Las zonas de recogida y almacenamiento, ¿poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4		FC1/ FD2	Todos los almacenes revisados tenían un detector de humos, además de tener cerca y claramente identificados equipos de extinción.
6	¿La limpieza de contenedores, recipientes, medios de transporte, maquinaria y demás utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4		FC1/ FD2	No se encuentran evidencias de falta de limpieza en el material auxiliar. Las zonas del almacenamiento final se limpian todos los días.
PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Biosanitarios Especiales (Clase III)							
7	¿Existen Puntos de recogida específicos para RRSS Clase III?	0	3	4		FC1/ FD1	No son específicos, se comparten en ocasiones con los RBAU, pero están claramente segregados e identificados.
8	De existir estos puntos de recogida, ¿están convenientemente identificados?	0	3	4		FC1/ FD1	Al igual que en los RU y RABU, no existe posibilidad de error, y el personal tiene a su alcance planos con la localización exacta, pero no están identificados mediante cartel o reseña alguna.
9	¿Se utilizan envases no rígidos específicos (color rojo) para recoger los residuos Clase III?	0	3	4		FC1	Bolsas rojas dentro de contenedores rígidos negros.
10	¿Se utilizan contenedores y recipientes rígidos o semirrígidos, exclusivos para este tipo de residuo?	0	3	4		FC1	Contenedores rígidos negros. Etiquetados con logo y texto "Biopeligroso".
11	¿Los contenedores, recipientes y/o envases cumplen las características físicas y requerimientos requeridos?	0	3	4		FC1	Se comprobaron las zonas de recogida de Enfermería, Hospital de día y Hospitalización. En todos los casos los contenedores y envases eran adecuados y estaban identificados, si bien en algún caso la etiqueta identificadora no estaba visible directamente para el personal.

12	¿Existen contenedores específicos para residuos punzantes y cortantes?	0	3	4		FC1	Existen, se verifica en visita que ponen fecha en los contenedores de cortantes/punzantes.
13	Los contenedores de residuos punzantes o cortantes ¿están diseñados específicamente y cumplen con los requerimientos físicos requeridos?	0	3	4		FC1	Se verifica con las fichas técnicas enviadas.
14	¿Las zonas de recogida y almacenamiento, poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4		FC1/ FD2	Todas incluían detector de humos y estaban cerca de un sistema de extinción de incendios.
15	¿La limpieza de contenedores, recipientes, medios de transporte, maquinaria y demás utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4		FC1/ FD2	Los contenedores de R. Clase III son retirados y sustituidos por otros por la empresa Gestora de Residuos. La limpieza de contenedores se ha verificado, todos los contenedores se limpian y se reciclan a excepción de los provenientes de quirófano. Las zonas del almacenamiento final se limpian todos los días.
PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Citotóxicos (Clase VI)							
16	¿Existen Puntos de recogida específicos para RRSS Clase VI?	0	3	4		FC1/ FD1	No son específicos, se comparten en ocasiones con otros tipos de residuo, pero están claramente segregados e identificados.
17	¿De existir estos puntos de recogida, están convenientemente identificados?	0	3	4		FC1/ FD1	Al igual que en los RU y RABU, no existe posibilidad de error, y el personal tiene a su alcance planos con la localización exacta, pero no están identificados mediante cartel o reseña.
18	¿Se utilizan envases y contenedores de color azul para recoger los residuos Clase VI?	0	3	4		FC1	Se comprobaron las zonas de recogida de Hospital de día y Hospitalización. En todos los casos los contenedores y envases eran adecuados y estaban identificados.
19	¿Se utilizan contenedores y recipientes rígidos o semirrígidos, exclusivos para este tipo de residuo?	0	3	4		FC1	Contenedores rígidos azules etiquetados con el logo y texto "citotóxico"
20	Los contenedores, recipientes y/o envases. ¿Cumplen las características físicas y requerimientos requeridos?	0	3	4		FC1	Son adecuados y acordes a las fichas técnicas enviadas.
21	¿Existen contenedores específicos para residuos punzantes y cortantes?	0	3	4		FC1	Se verifica su existencia en visita de campo.
22	¿Los contenedores de residuos punzantes o cortantes, están diseñados específicamente y cumplen con los requerimientos físicos requeridos?	0	3	4		FC1	Son adecuados y acordes a las fichas técnicas. Se verifica su uso correcto en visita de campo.
23	¿Las zonas de recogida y almacenamiento, poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4		FC1/ FD2	Todas incluían detector de humos y estaban cerca de un sistema de extinción de incendios.
24	¿La limpieza de contenedores, recipientes, medios de transporte, maquinaria y demás utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4		FC1/ FD2	La empresa Gestora de Residuos, se ocupa de retirar y reponer todos los envases de Residuos peligrosos.
PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Químicos (Clase V)							
25	¿Existen Puntos de recogida específicos para Residuos Clase V?	0	3	4		FC1/ FD1	Tienen puntos de recogida habilitados además tienen puntos de recogida de envases de Productos Peligrosos.
26	¿De existir estos puntos de recogida, están convenientemente identificados?	0	3	4		FC1/ FD1	No están identificados mediante cartel o reseña, pero están identificados y no existe posibilidad de error.
27	¿Se utilizan bidones y garrafas específicos y adecuados para recoger los residuos Clase V?	0	3	4		FC1	Acorde a las fichas técnicas y a Normativa.
28	Los bidones, garrafas y recipientes, ¿cumplen con los requisitos requeridos en cuanto a sus características físicas?	0	3	4		FC1	Según las fichas técnicas son correctos y adecuados.

29	¿Las zonas de recogida y almacenamiento, poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4		FC1/ FD2	Todas incluían detector de humos y estaban cerca de un sistema de extinción de incendios.
30	¿La limpieza de bidones, garrafas y demás recipientes, medios de transporte, maquinaria y resto de utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4		FC1/ FD2	La empresa Gestora de Residuos, se ocupa de retirar y reponer todos los envases de Residuos peligrosos.
PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Radioactivos (Clase VII)							
31	¿Existen Puntos de recogida específicos para Residuos Clase VII?	0	3	4	N/A	FC1/ FD1	No tenemos evidencias para evaluar los procesos relacionados con este tipo de residuos, ya que no pudimos visitar esta zona de generación y el Hospital no nos ha hecho llegar los registros relacionados.
32	¿De existir estos puntos de recogida, están convenientemente identificados?	0	3	4	N/A	FC1/ FD1	
33	Los contenedores, recipientes y/o envases. ¿Cumplen las características físicas y requerimientos requeridos?	0	3	4	N/A	FC1	
34	Las zonas de recogida y almacenamiento, ¿poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4	N/A	FC1/ FD2	
35	¿La limpieza de contenedores, recipientes, medios de transporte, maquinaria y demás utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4	N/A	FC1/ FD2	

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
PROCESO: Identificación Residuos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (Clases I y II)						
36	¿Las zonas de almacenamiento de RRSS Clases I y II, están claras y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4		FC1/ FD1 No existe ningún tipo de cartel o señalización. Los almacenes intermedios deben estar señalizados con el texto "Área de depósito de Residuos" "Prohibida la entrada a toda persona no autorizada", según el Art15 del Decreto 83/1999. El caso de residuos clase I y II, no es crítico. (OBSERVACIÓN 2)
37	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los RRSS Clases I y II?	0	3	4		FC1 Al igual que los puntos de Recogida, las zonas de almacenamiento intermedias, cumplen con las funciones de segregación e identificación.
38	¿Todos los envases y contenedores se encuentran identificados correctamente?	0	3	4		FC1 Los contenedores se identifican en función a las fichas técnicas, no habiendo posibilidad de error. Exceptuando la incidencia indicada en la pregunta 4.
39	¿Se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4		FC1 Existe un registro en cada almacén incluyendo las zonas y fechas de generación.
PROCESO: Identificación Residuos Biosanitarios Especiales (Clase III)						
40	Las zonas de almacenamiento de residuos Clase III, ¿Están clara y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4		FC1/ FD1 Las zonas de almacenamiento intermedias, no están identificados mediante cartel o reseña, incumpliendo el Art 15 Decreto 83/1999 3jun: Los almacenes intermedios debe estar señalizados con el texto "Área de depósito de Residuos. Prohibida la entrada a toda persona no autorizada". (OBSERVACIÓN 3)
41	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los residuos Clase III?	0	3	4		FC1 Al igual que los puntos de Recogida, las zonas de almacenamiento intermedias, cumplen con las funciones de segregación e identificación.
42	¿La segregación y acumulación de residuos Clase III se realiza fuera de las zonas de hospitalización y atención al paciente y en lugares dispuestos para ello?	0	3	4		FC1/ FD1 Se realiza en cuartos cerrados fuera del alcance de zonas comunes.
43	¿Se minimiza el riesgo de exposición y contacto del personal, los pacientes y el público en general con este tipo de residuo?	0	3	4		FC1/ FD1 La segregación y almacenamiento se realiza en almacenes habilitados, por lo que no hay riesgo de contacto, con personal, visitantes o pacientes.
44	¿Todos los envases y contenedores se encuentran etiquetados e identificados correctamente?	0	3	4		FC1 Se verifica que los contenedores están etiquetados e identificados correctamente.
45	¿El etiquetado de envases y contenedores es adecuado y correcto?	0	3	4		FC1 El etiquetado cumple con la Normativa vigente y esta actualizado.
46	¿En envases y contenedores se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4		FC1 La información de las etiquetas se completa con un registro de recogida de residuos en cada almacén, que incluye las zonas y fechas de generación.
47	¿Todos los recipientes y contenedores están marcados con el logo y texto Biopeligroso?	0	3	4		FC1 Verificado en visita de los almacenes revisados (Enfermería, Hospital de día y Hospitalización).

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
PROCESO: Identificación Residuos Citotóxicos (Clase VI)						
48	Las zonas de almacenamiento de residuos Clase VI, ¿Están clara y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4		FC1/ FD1 No existe ningún tipo de cartel o señalización. Los almacenes intermedios deben estar señalizados con el texto "Área de depósito de Residuos" "Prohibida la entrada a toda persona no autorizada", según el Art15 del Decreto 83/1999. (OBSERVACIÓN 4)
49	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los residuos Clase VI?	0	3	4		FC1 Se evidencia una correcta segregación a lo largo del proceso de gestión de residuos.
50	¿La segregación y acumulación de residuos Clase VI se realiza fuera de las zonas de hospitalización y atención al paciente y en lugares dispuestos para ello?	0	3	4		FC1/ FD1 Se realiza en cuartos cerrados fuera del alcance de zonas comunes.
51	¿Se minimiza el riesgo de exposición y contacto del personal, los pacientes y el público en general con este tipo de residuo?	0	3	4		FC1/ FD1 La segregación y almacenamiento se realiza en almacenes habilitados, por lo que no hay riesgo de contacto, con personal, visitantes o pacientes.
52	¿Todos los envases y contenedores se encuentran etiquetados e identificados correctamente?	0	3	4		FC1 Se verifica que los contenedores están etiquetados e identificados correctamente.
53	¿El etiquetado de envases y contenedores es adecuado y correcto?	0	3	4		FC1 El etiquetado cumple con la Normativa vigente y esta actualizado.
54	¿En envases y contenedores se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4		FC1 La información de las etiquetas se completa con un registro de recogida de residuos en cada almacén, que incluye las zonas y fechas de generación.
55	¿Todos los Recipientes y contenedores están marcados con el logo y texto Citotóxico?	0	3	4		FC1 Verificado en visita de campo.
PROCESO: Identificación Residuos Químicos (Clase V)						
56	Las zonas de almacenamiento de residuos Clase V, ¿Están clara y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4		FC1/ FD1 Las zonas de almacenamiento intermedias, cumplen con las funciones de segregación e identificación. Si bien, no están identificados mediante cartel o reseña. Art 15 Decreto 83/1999 3jun: Los almacenes intermedios debe estar señalizados con el texto "Área de depósito de Residuos. Prohibida la entrada a toda persona no autorizada". (OBSERVACIÓN 5)
57	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los residuos Clase V?	0	3	4		FC1 Se verifica una correcta segregación mediante inspección visual.
58	¿Todos los bidones, garrafas y recipiente, se encuentran etiquetados e identificados correctamente?	0	3	4		FC1 Todos los envases comprobados cumplieron con etiquetado e identificación.
59	¿El etiquetado de envases y contenedores es adecuado y correcto?	0	3	4		FC1 El etiquetado cumple con la Normativa vigente y esta actualizado.
60	¿En envases y contenedores se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4		FC1 Existe un registro en cada almacén incluyendo las zonas y fechas de generación.
PROCESO: Identificación Residuos Radioactivos (Clase VII)						

N°	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION					EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A		
61	¿Las zonas de almacenamiento de residuos Clase VII, están claras y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4	N/A	FC1/ FD1	No existen evidencias.
62	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los Residuos Radioactivos?	0	3	4	N/A	FC1	
63	¿Todos los envases y contenedores se encuentran etiquetados e identificados correctamente?	0	3	4	N/A	FC1	
64	¿El etiquetado de envases y contenedores es adecuado y correcto?	0	3	4	N/A	FC1	
65	¿En envases y contenedores se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4	N/A	FC1	

N°	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
PROCESO: Manipulación						
66	¿Los protocolos para la manipulación de residuos, están identificados y al alcance del personal?	0	3	4		FC1 Toda la documentación de aplicación (Normativa, Procedimientos, Buenas practicas, etc) se encuentran a disposición del personal en la intranet. Además existen carteles en las zonas de recogida y almacenes.
67	¿Existe algún tipo de autorización especial para la manipulación de residuos específicos? Si es así, ¿el personal que se encarga de su manipulación está convenientemente autorizado?	0	3	4		FD1/ FD2 No existe una autorización escrita como tal, pero sí que el personal que manipula los Residuos está identificado y autorizado, por ejemplo mediante el uso de llaves personales en los ascensores del circuito de transporte de Residuos Peligrosos.
68	¿Existen equipos de protección individual (EPIs) para la manipulación de residuos peligrosos?	0	3	4		FC1 Se identifican los EPI necesarios (básicamente guantes para manipulación y kit para vertidos y derrames: bata, guantes, gafas, mascarilla, etc). Se verifica que están a disposición del personal.
69	¿Existe un plan de prevención elaborado para casos de emergencia o accidente?	0	3	4		FC1 Existe, se denomina "Plan de actuación ante emergencias ambientales", disponible para el personal en la Intranet. Además como apoyo, Procedimiento de Gestión de Residuos, que es un documento más completo y de aplicación a nivel nacional. También realizan simulacros de inundaciones, derrames, etc.
PROCESO: Transporte						
INTRACENTRO						
70	El traslado interno de los residuos, ¿Tiene un circuito alternativo (circuito limpio y sucio) que evite las vías de circulación de los pacientes, visitantes y personal del hospital?	0	3	4		FD1/ FC1 Existe un circuito específico para, en medida de lo posible, trasladar los residuos peligrosos por vías de circulación alternativas a las usadas por los pacientes (Circuito limpio y sucio).
71	¿El traslado interno de residuos se realiza adecuadamente cumpliendo los requisitos marcados en la normativa?	0	3	4		FC1 El protocolo de traslado es adecuado.
72	En caso de usar ascensores, ¿se utilizan unos diferentes a los usados para alimentos, personal, pacientes o visitantes?	0	3	4		FD1/ FC1 Se utilizan ascensores diferentes, los restringidos al personal especializado necesitan llave. (Punto fuerte) .
73	¿Se cumplen la frecuencia mínima de retirada indicada en normativa para cada tipo de residuo (Clases III y VI)?	0	3	4		FC1 En todos los registros de los almacenes revisados en las zonas de enfermería, hospital de día y hospitalización, se observan incumplimientos en la anotación de las frecuencias de recogida, apreciándose huecos de 2 a 4 días en los que no se registra recogida alguna. La Frecuencia de retirada para RBE y RC en almacenes intermedios, debe ser como mínimo diaria. (OBSERVACIÓN 6)
74	¿Existe registro de frecuencia de recogida de residuos?	0	3	4		FC1 Tienen una hoja de verificación en cada punto de recogida y

							almacén intermedio donde se fechan y se firman las retiradas.
75	¿Los residuos Clases III, V y VI se transportan individualmente y separados de los demás?	0	3	4		FC1	Los protocolos de transporte están individualizados y se utilizan medios auxiliares específicos.
76	¿Los residuos permanecen identificados y segregados en el transporte?	0	3	4		FC1	Todos los residuos comienzan su identificación e identificación en los puntos de recogida, respetándose hasta su retira en el depósito final.
77	¿Existen diagramas de flujo o planos específicos para el transporte de residuos?	0	2	3		FD2	Cuando requerimos un plano donde se evidenciará el recorrido de los Residuos Peligros (indicado en el Anexo IV del procedimiento de Gestión de Residuos), nos informaron que ese documento no existía como tal, sin embargo a lo largo del proceso de auditoría, nos presentaron un plano realizado a mano que cumplía los requisitos mínimos exigidos. (RECOMENDACIÓN 1)
78	¿Existen carros o medios de transporte exclusivos según el tipo de residuo?	0	2	3		FC2	Se utiliza el mismo carro para RC y RBE. Que en teoría se limpia y desinfecta después de cada uso en la zona habilitada para ello en el depósito final (aunque no tenemos evidencia alguna). Sería recomendable que usaran uno específico para cada residuo, pero no es "obligatorio", siempre y cuando se transporten por separado, como parece ser que hacen.
EXTRACENTRO							
79	¿El transporte de los residuos los realiza una empresa autorizada?	0	3	4		FC1	CONSENUR es la responsable de la Gestión de todos los tipos de Residuo, desde el depósito final del hospital hasta la destrucción y/o vertido final.
80	¿Se verifica el estado de los contenedores de residuos, la ausencia de fugas y el vehículo en el transporte?	0	3	4		FC1	Cuando el camión de transporte llega a la zona de recogida del depósito final del Hospital, la persona encargada de autorizar la retirada y facilitar el acceso al transportista, comprueba tanto la matrícula como la autorización del vehículo y hace una revisión ocular.
81	¿Se encuentran registrados los datos de la empresa de transporte autorizado?	0	2	3		FC2	Verificado.
82	En caso de incumplimiento del transportista, ¿se registra la incidencia?	0	2	3	N/A	FC2	Tienen un formato para registrar las Incidencias y acciones correctoras que se llevan a cabo (aunque este formato no incluye seguimiento de las acciones, ni evaluación de eficacia). Pero no han registrado ninguna en los últimos años.
83	¿Existe un Gestor Autorizado para cada tipo de residuo?	0	3	4		FC1	CONSENUR (Delegado: Emilio Poveda), actúa como Gestor autorizado de todos los tipos de residuos del Hospital, es el encargado del transporte y la Gestión.
84	¿Se encuentran registrados los datos del gestor de residuos autorizado?	0	2	3		FC2	Verificado. Tienen una tabla Excel donde se recopilan todos los datos.

85	En caso de incumplimiento del gestor de residuos, ¿se registra la incidencia?	0	2	3	N/A	FC2	Al igual que con el transporte no han tenido que registrar ninguna incidencia relacionada en los últimos años. En este caso, también el Gestor registraría la incidencia comunicándose al Hospital.
86	¿Se cumple la frecuencia mínima de recogida para cada tipo de residuo?	0	3	4		FC1	La Frecuencia de recogida marcada por el Hospital, sería 48-72h (aprox. 3 días/semana), aunque esta frecuencia no se cumple puntualmente algunos festivos y fines de semana, por lo que comprobamos que en algún caso don 96h. La Frecuencia de recogida obligatoria, produciendo una media de más 1000Kg de RBE y RC, sería 72h. (OBSERVACIÓN 7)
87	¿Existe registro de frecuencia de recogida de residuos?	0	3	4		FC1	Libro de registro del gestor. Documentación (albarán) en cada retirada. Tienen un registro de pesadas. También se hace un seguimiento trimestral con indicadores: Kg de residuo/estancia, para comprobar variaciones en la generación de residuos.
88	¿Existen y se archivan los contratos con las diferentes empresas transportistas y gestoras autorizadas?	0	3	4		FC1	Verificado.
89	¿Existen y se archivan las autorizaciones de las empresas transportista y gestora?	0	3	4		FC1	Verificado.
PROCESO: Almacenaje							
90	¿Todos los almacenes y puntos de recogida de residuos cumplen la normativa vigente?	0	3	4		FC1	Se verifica que son adecuados,
91	¿Existe un registro de la gestión de residuos intracentro?	0	2	3		FC1	Verificado. Tienen un libro de registro.
92	Aparte de las zonas de recogida establecidas, ¿Existen almacenes intermedios para el almacenamiento temporal de los diferentes residuos producidos?	0	2	3		FC1/ FD1	Existen, verificándose sus condiciones en Enfermería y Hospital de día (Torre universidad) y Hospitalización (Torre plaza).
93	Los almacenes intermedios, ¿son adecuados y cumplen con los requisitos mínimos obligatorios?	0	3	4		FC1	Aunque no están identificados, son adecuados y cumplen los requisitos requeridos.
94	Los almacenes intermedios ¿disponen de equipos y productos de limpieza y desinfección del área en caso de vertido o derrame accidental?	0	3	4		FC1	Disponen de un kit de derrames. La limpieza es adecuada.
95	¿Existen puntos de recogida o almacenes intermedios refrigerados para Clase III y/o Clase VI?	0	1	2		FC2/ FD2	No existen almacenes intermedios refrigerados, si bien en la zona de recogida del Hospital de día, había unas neveras pequeñas para ir recogiendo los Residuos Clase. VI.
96	¿Existen zonas perfectamente identificadas, destinadas al almacenamiento final de los residuos?	0	3	4		FC1	Existe un espacio determinado, en el que se encuentran almacenes específicos identificados mediante cartel, para cada tipo de residuo, que actúa como depósito final hasta su recogida.
97	¿Los residuos en el depósito final se encuentran segregados e identificados?	0	3	4		FC1	Hay un almacén por cada tipo de Residuo. Se comprueba que están Segregados e identificados correctamente.
98	Los contenedores en la zona de almacenaje final, ¿tienen tapa y están protegidos contra roedores e	0	3	4		FC1	Los contenedores en el almacenaje final están tapados y

	insectos?						protegidos.
99	Los contenedores en el almacenaje final, ¿se encuentran alejados de los conductos de ventilación del hospital?	0	3	4		FD2/ FC1	Separados físicamente del Hospital.
100	¿Hay escalones en la zona de acceso del transportista a la zona final de almacenamiento?	0	3	4		FC1	La vía de acceso no presenta escalones.
101	La zona final de almacenaje, ¿está dotada de equipos contra incendio?	0	3	4		FD2/ FC1	Tienen sistemas de extinción de incendios.
102	La zona final de almacenaje, ¿dispone de productos para la limpieza y desinfección y se llevan a cabo dichas labores?	0	3	4		FC1	Dispone de productos para la limpieza y desinfección. La limpieza es adecuada.
103	¿Existen almacenes finales diferenciados, específicos y adecuados para cada tipo de residuo peligroso?	0	1	2		FC1	Hay un almacén por cada tipo de Residuo. Se comprueba que son adecuados y que cumplen las especificaciones requeridas.
104	¿El depósito final presenta contenedores específicos para los distintos tipos de residuos?	0	3	4		FC1	Cada almacén tiene los contenedores específicos para los tipos de residuo que guarda.
105	¿El almacenamiento de los residuos es inferior a dos años, o a seis meses si se trata de residuos Clase V?	0	3	4		FC1	Los residuos Clase. V son retirados tres veces por semana.
106	¿El almacenamiento final de residuos presenta un control de acceso?	0	3	4		FC2	No hay un control de acceso físico, pero el acceso a los almacenes requiere la intervención de personal autorizado que dispone de llaves para los depósitos finales, por lo que existe un acceso restringido y controlado.
107	¿Los accesos al área están diferenciados para la gestión externa y la gestión interna de los residuos?	0	2	3		FC2	Son circuitos diferentes.
108	¿El área de depósito final dispone de un espacio destinado a la recepción, clasificación y entrega de los residuos a los gestores externos?	0	2	3		FC2	Todos los Residuos pasan por esta zona de control antes de ser retirados por el Gestor, que una vez llega a sus instalaciones vuelve a pesar y compara los valores, comprobando que las pesadas coinciden aproximadamente.
109	¿Existen dentro del área de trabajo del depósito final equipos y productos para actuar en caso de derrames y vertidos accidentales?	0	3	4		FC1/ FD2	Los depósitos finales de Residuos peligrosos están equipados con un Kit contra vertidos y derrames. Disponen de procedimiento para incidentes y derrames de peligrosos.
110	¿El almacén de Clase III, V y VI dispone de desagüe cerrado en todo momento, para evitar que en caso de derrame este vierta a la red de saneamiento pública?	0	3	4		FC1	No existe arqueta de contención en los almacenes, el desagüe está cegado.
111	¿Hay un espacio para alojar los envases y contenedores vacíos de los residuos peligrosos?	0	3	4		FC1	Existe almacén de envases y contenedores vacíos para R. Peligrosos. Es adecuado y cumple los requisitos obligatorios. Sin embargo el Cartel de identificación es erróneo. (ANEXO FOTOGRAFICO) (RECOMENDACIÓN 2)
112	¿Los almacenes de residuos finales y/o de contenedores finales, presentan las juntas de la pared con las del suelo continuas, están dotados de toma de agua para facilitar la limpieza y presentan	0	3	4		FC1	Cumple el punto 1 del Art 17 del Decreto 83/1999 3 jun. Dentro del almacén no hay puntos de toma de agua, pero se limpian habitualmente.

	ventilación eficaz que impide la entrada de pájaros, roedores e insectos?						Son cerrados y se impide la entrada de pájaros, roedores o insectos.
113	¿En el depósito final se lleva a cabo una inspección visual de contenedores, comprobando que están en perfecto estado y adecuación, que no están rotos, sucios, etc., y en caso contrario son devueltos al gestor?	0	3	4		FC1	El personal de limpieza encargado del transporte de residuos comprueba los contenedores al almacenarlos.
114	¿En el depósito final se llevan a cabo tareas de pesaje y cuantificación de residuos peligrosos?	0	3	4		FC1	Se lleva a cabo el pesaje de R. tipo III y tipo VI. Se registran los pesos y la procedencia.
115	¿Se comprueba que la retirada es adecuada (según normativa) de los distintos residuos generados en el hospital, principalmente los de Clase III y Clase VI?	0	3	4		FC1/ FD1	El protocolo de retirada es adecuado.
116	Residuos Radioactivos Clase VII: ¿El Hospital dispone de un almacén para el depósito de este tipo de residuos hasta que baja la actividad de los mismos y son recogidos por gestor autorizado?	0	3	4	N/A	FC1	Según nos informan, los residuos radioactivos producidos en el Hospital, tienen un bajo nivel de radioactividad, por lo que normalmente no son tratados por Enresa. En cualquier caso, como mencionamos con anterioridad, no disponemos de evidencias para evaluar este punto.

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
PROCESO: Calidad						
117	¿El personal que pueda entrar en contacto o manipular los diferentes tipos de residuos se encuentra perfectamente identificado?	0	3	4		FC1 Se verifica que todo el personal responsable relacionado está identificado.
118	¿Se cumple con la uniformidad del personal que trabaja en la manipulación de residuos?	0	3	4		FC1 Se verifica que el personal que encontramos en la visita está uniformado correctamente.
119	¿Se adoptan las medidas de prevención y protección personal a la hora de manipular los diferentes tipos de residuos peligrosos?	0	3	4		FC1 Todo el personal en contacto con R. Peligrosos utiliza guantes, además existen kits especiales para derrames y vertidos (guantes, mascarilla, gorro, bata, gafas, etc) a disposición del personal en caso de emergencia.
120	¿El personal encargado de la manipulación de residuos (sobre todo peligrosos), dispone de instrucciones y protocolos de actuación a su alcance?	0	3	4		FC1 Existe un Plan de Prevención de emergencias, plan de actuación ante emergencias ambientales, a disposición del personal, publicado en la intranet del Hospital.
121	¿Todo el personal que pueda estar en contacto con residuos peligrosos, tiene la formación adecuada y conocimientos suficientes, para llevar a cabo la manipulación de residuos peligrosos sin riesgo alguno?	0	3	4		FC1 Existe un plan de formación vivo, en función de necesidades detectadas, que incluye este área de formación en concreto. Se comprueba el registro y contenido de los cursos, evidenciándose que ninguno de ellos incluye la correspondiente "evaluación de eficacia". (OBSERVACIÓN 8)
122	¿Existe algún sistema o plan de calidad implantado que incluya el servicio de Residuos Urbanos y Sanitarios?	0	1	2		FC2 No hay procedimientos y/o procesos específicos. Pero si está contemplado dentro del sistema de Calidad del Hospital, así como en otros documentos de Gestión, como el Procedimiento de Gestión intracentro de Residuos. Han renovado 14.001 (2015), AENOR y DNV.
123	¿Existe un plan o procedimiento de Control y Gestión de Residuos?	0	3	4		FC1 A parte del Procedimiento interno de Gestión de Residuos y procedimiento para incidentes y derrames de residuos peligrosos (citotóxicos,..), están certificados según ISO 14001
PROCESO: Sistemas de Información y Control						
124	¿Existen registros de Control y Seguimiento de residuos?	0	3	4		FC1 Se verifica la existencia de registros de control y seguimiento.
125	¿Existe un libro de registro o archivo cronológico de residuos actualizado?	0	3	4		FC1 Se verifica que existe, se encuentra entre la documentación que el Hospital nos envió antes de la auditoría.
126	¿Existe una trazabilidad completa de los residuos desde el punto de generación hasta su eliminación final?	0	3	4		FC1 Se comprueba que hay trazabilidad y que es correcta.
127	Aparte de los documentos anteriores, ¿existe una gestión documental para indicadores, reportes, incidencias, incumplimientos y errores?	0	2	3		FC2 Se lleva un registro de incidencias y se comprueba que la documentación existente, es suficiente para la correcta gestión de los residuos.
128	¿Se elaboran los informes, memorias y declaraciones necesarios para el control de los residuos y el cumplimiento de la legislación aplicable?	0	3	4		FC1 Son elaborados y suministrados por el Gestor autorizado (incluidas las de R. urbanos, debido a que el Ayto les pide una declaración anual), que además está certificado según ISO 9000, 14000 y 18000.

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
129	¿Se encuentra toda la información registrada accesible para los trabajadores?	0	1	2		FC2	Se verifica que existe información disponible para los trabajadores a través de la intranet del Hospital.
130	¿Se registran y actualizan los formatos de etiquetas correspondientes a envases, recipientes y contenedores?	0	3	4		FC1	La edición de las etiquetas la lleva a cabo el Gestor, que es el encargado de suministrarlas al Hospital, y fijarlas en los contenedores que proporcione. Así mismo, se verifica, que existe una actualización de las mismas.
PROCESO: Normativa y Reglamento							
131	¿Se dispone de la autorización del gestor de residuos? ¿Se encuentra en vigor?	0	3	4		FC1	Verificado.
132	¿El hospital dispone de la autorización (NIMA) como productor de residuos peligrosos?	0	3	4		FC1	No tienen obligatoriedad de poseer autorización como Productor de Residuos Peligrosos, al carecer de Gestión integrada de Residuos, solamente necesitarían autorización como Pequeño productor de Residuos (que tienen). Tienen asignado un N° NIMA para los R. Peligrosos
133	¿Se ha elaborado un plan de ordenación y/o de minimización de residuos biosanitarios y citotóxicos?	0	3	4		FC1	Verificado documentalmente.
134	¿Se dispone del documento de aceptación (Contrato de Tratamiento) del gestor autorizado?	0	3	4		FC1	Verificado.
135	¿Se comprueba la matrícula y la documentación de los vehículos de transporte en cada retirada?	0	3	4		FC1	Se verifica que existe una comprobación de las matrículas del camión de recogida y además queda registrada en cada recogida.
136	¿Se registran los incumplimientos y/o incidencias relacionadas con la normativa?	0	2	3		FC2	No suelen tener este tipo de incidencias, pero el Gestor les avisa en caso de cambios en la legislación.
137	¿Se realiza periódicamente un control documental de la gestión de residuos?	0	2	3		FC2	Frecuencia mínima establecida de 6 meses (aunque suele ser más habitual). Aprovechando las revisiones pertinentes en los procesos de auditoría.
138	¿Se requiere al gestor autorizado el certificado de destrucción o de depósito/vertido, especificando la cantidad gestionada?	0	3	4		FC1	Verificado documentalmente..
139	¿Se incluyen fecha, cantidades, pesos y demás características significativas, en los albaranes de retirada?	0	3	4		FC1	Se evidencia en el ejercicio de trazabilidad.
140	¿Antes de la retirada de RRSS Clase I y II se dispone de la autorización de vertido a vertedero, en su caso?	0	3	4	N/A	FC1	No se lleva a vertedero.
141	¿Antes de cada retirada de Residuos Peligrosos se realiza la correspondiente "Notificación Previa de Traslado de Residuos Peligrosos" con suficiente antelación al organismo competente dependiendo del destino final del residuo?	0	3	4		FC1	Verificado documentalmente.
142	¿Se cumplimenta el Documento de Identificación de los residuos y se comprueba que contiene los datos correctos del tipo de residuo, cantidad y fecha?	0	3	4		FC1	Se verifica mediante inspección visual.

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
143	¿Se recoge el albarán o documento de retirada de residuos con la firma del conductor?	0	3	4		FC1	Verificada hoja de porte en ejercicio de trazabilidad.
PROCESO: Incidencias del Servicio							
144	¿Existe un registro actualizado y cronológico de incidencias, reclamaciones de pacientes y fallos?	0	3	4		FC1	Tienen un registro de Incidencias y NC cronológico.
145	¿Se aplican acciones correctoras para solucionar las incidencias, reclamaciones o fallos?	0	3	4		FD1	Las acciones correctoras están registradas en el mismo documento.
146	¿Se realiza un seguimiento de las reclamaciones de pacientes?	0	3	4	N/A	FD1	No hay registrada ninguna reclamación de cliente vinculada a residuos.
147	¿Se realiza un seguimiento de las incidencias y fallos?	0	3	4		FD1	Se verifica que existe un seguimiento de las acciones. Se contemplan las causas de las NC, se propone una AC para solucionarlas y se realiza un seguimiento hasta su cierre, para ver si se ha conseguido el objetivo.
148	¿Las acciones correctoras propuestas, se cierran en el plazo fijado?	0	2	3		FC1	Verificado, aunque en una de las acciones correctoras que hemos revisado, y que aún no se ha cerrado, se verifica que tiene de plazo hasta mañana (31/01/18).
149	¿Existe un registro de acciones correctoras?	0	3	4		FC1	El mismo documento sirve como libro de registro de NC y AC.

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS DE MEJORA DETECTADAS EN EL TRANSCURSO DE LA AUDITORÍA

OBSERVACIONES:

1. Se detecta un contenedor Negro con la tapa Roja (para R. Clase I y II), que no coincide con la descripción de las fichas técnicas proporcionadas.
2. No existe ningún tipo de cartel o señalización para los almacenes intermedios de R. Clase I y II
3. No existe ningún tipo de cartel o señalización para los almacenes intermedios de R. Clase III
4. No existe ningún tipo de cartel o señalización para los almacenes intermedios de R. Clase VI
5. No existe ningún tipo de cartel o señalización para los almacenes intermedios de R. Clase V
6. Se observan incumplimientos puntuales en los registros de recogida de los almacenes intermedios para residuos peligrosos, no pudiendo evidenciar la frecuencia de recogida mínima obligatoria para este tipo de residuos (una vez al día).
7. La Frecuencia de recogida de los depósitos finales para residuos peligrosos, no se cumple algunos festivos y fines de semana, por lo que comprobamos que en algún caso se contabilizan 96h (Máximo 72h para productores >1000Kg).
8. Ninguno de los cursos de formación que hemos verificado incluye la correspondiente "evaluación de eficacia".

RECOMENDACIONES:

1. Se recomienda una mejora de la gestión documental en cuanto a diagramas de flujo o planos específicos para el transporte de residuos, así como su introducción como documentación accesible para el personal del hospital..
2. Se propone como acción de mejora la revisión y actualización de la señalización de depósitos finales, para evitar confusiones.

Firma del auditor

Firma del auditado

Función:



GEPRECON
GESTIÓN PREVENCIÓN CONTROL
AMBIENTAL

CUESTIONARIO DE AUDITORÍA

Código

Edición	Fecha edición
1	19.01.18

Hospital Auditado	Hospital Rey Juan Carlos
Servicio Auditado	Servicio de Conservación de Viales y Jardines
Fecha de la Auditoría	30 de Enero de 2018
Equipo auditor	V. Villarejo/A. Guzmán/J.L. González
Responsable del Servicio auditado	Antonio Sierra- Responsable de Mantenimiento
Otros interlocutores	Marta González - Responsable de Calidad

RESULTADO DE LA AUDITORÍA

Total deméritos posibles :	258 - 25N/A = 233
Deméritos obtenidos:	11
Porcentaje de deméritos :	4,72 %
RESULTADO: 100% - (% deméritos)	95,3 %

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
PROCESO: CONSERVACIÓN DE JARDINES						
1	¿Existe un procedimiento documentado para el mantenimiento de los jardines?	0	3	4		FC1 Contrata: UNICA. Responsable: David Liaño Piña. Procedimiento propio.
2	¿Existe un Plan de poda: Estacional o anual, documentado?	0	3	4		FC1 Planificación Temporal del Servicio de Jardinería por meses con alcance de tareas para pradera y plantaciones
3	¿Se utilizan preferentemente especies autóctonas y de poco consumo de agua? (riego sostenible)	0	3	4		FC2 Árboles y Plantas resistentes: Roble, Melia, Aligustre y Lavanda
4	¿El riego se hace dentro de lo posible con agua reciclada, y se usan productos químicos que respeten el medio ambiente?	0	2	3		FC2 No riego con agua reciclada. Productos químicos corrientes, no respetuosos con el MA, pudiendo ser bioacumulables (<i>observaciones 1 y 2</i>)
5	¿Los abonos utilizados contienen productos químicos mínimamente agresivos y controlados?	0	3	4		FC2 Abonos químicos poco agresivos o sin efectos nocivos para el MA como el ISABIÓN. Todos tienen ficha de Seguridad
6	¿Se desarrollan las actividades de jardinería que puedan interferir en la accesibilidad durante el horario de perfil bajo?	0	3	4		FD2 En Horario regular pero sin interferir en la accesibilidad.
7	¿Se indica la zona de trabajo con señales verticales o luminosas (noches o días nublados)?	0	3	4		FD2 FC2 Si se interfiere, se señala y baliza, excepto zona de parterres.
8	Durante las labores de jardinería, ¿los vehículos de trabajo tienen señalización luminosa y sonora durante su movimiento?	0	3	4	N/A	FD1 FC2 No Aplica No utilizan vehículos
9	¿La recogida y eliminación de residuos derivados de la actividad se hace según el protocolo referente a Residuos?	0	3	4	N/A	FD2 FC2 No Aplica: HRJC no gestiona estos residuos, como los de poda, que son retirados y gestionados por UNICA, siendo requisito contractual.
PROCESO: ACCESIBILIDAD						
10	¿Existe un procedimiento documentado para el mantenimiento y la limpieza de las vías de acceso?	0	3	4		FC1 Responsable : Antonio Sierra Programa gestión y Plan preventivo de viales, revisión de señales, etc.
11	¿Están las vías de tránsito mantenidas en condiciones seguras y debidamente señalizadas para facilitar el acceso al Centro de todos los usuarios?	0	3	4		FD2 FC2 Vías debidamente señalizadas pero pudiendo no ser seguras por mal aparcamiento en vías de circulación y por vehículos subidos a bordillos. (<i>Observaciones puntos 3 y 4</i>)
12	¿Existen planos y carteles informativos de la ubicación de los accesos?	0	2	3		FD1 Evidenciado en inspección visual: Carteles informativos de acceso y ubicación
13	¿Se desarrollan las actividades de mantenimiento y limpieza que puedan interferir en la accesibilidad durante el horario de perfil bajo?	0	3	4		FD2 Trabajos en horario laborable. Pero mantenimiento alumbrado realizado de noche.
14	En caso de interferir en la accesibilidad, ¿Se indica la zona de trabajo con señales verticales o luminosas (noches o días nublados)?	0	3	4		FD2 FC2 Si interfiere en accesibilidad se baliza y delimitan los trabajos.
15	En caso de usar maquinaria móvil para el mantenimiento y limpieza, ¿tienen señalización luminosa y sonora durante su movimiento?	0	3	4	N/A	FD2 FC2 No Aplica Sólo elevador para cambio a LEDs por Servicio subcontratado.
16	¿Están las vías de circulación de personas y vehículos diferenciadas y señalizadas?	0	3	4		FD2 FC2 Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo
17	¿Existen espejos cóncavos en zonas de poca visibilidad para facilitar las maniobras de los vehículos de emergencia?	0	2	3	N/A	FD1 No Aplica: No zonas conflictivas
18	¿El pavimento es antideslizante en seco o mojado y está libre de resaltes, bordes o huecos que haga posible el tropiezo de personas?	0	3	4		FD2 FC2 Evidenciado por inspección visual. Disponen de máquina esparcidora de sal para echar en accesos.

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
19	¿Se utiliza la diferenciación de textura y color, para informar del encuentro con otros modos de transporte?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual Rebajes con suelo abotonado y bandas en suelo para delimitar.
20	¿Son adecuadas las características de los pasos de peatones en cuanto a recorrido, señalización, iluminación, posición, tiempos de recorrido y encuentro con otros?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo. Señalizados, rebajados y abotonados.
21	¿Las escaleras, rampas y plataformas están limpias, con perfil antideslizante, en buen estado y libres de obstáculos?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección. Perfiles en hormigón en bloque junto con escalón.
22	¿El tramo de escaleras de acceso de un itinerario peatonal está complementado con una rampa?	0	3	4		FD2 FC2	Una en la entrada principal y otra en acceso a Urgencias
23	¿Las escaleras disponen de barandillas de una altura no inferior a 90 cm en sus lados abiertos y de pasamanos en sus lados cerrados?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual. Diseñadas y construidas según el CTE/2006.
24	¿Las puertas de salida tienen el acceso visible y señalizado y se abren en dirección al exterior?	0	3	4		FD2 FC2	Hay dos puertas giratorias principales en entradas Universidad y Plaza, otra automática corredera en Urgencias y Rehabilitación/Diálisis y 3 de emergencia con apertura hacia el exterior por cada puerta giratoria.
25	¿La salida de peatones hacia vías de circulación está protegida mediante una barandilla que impide el acceso directo?	0	3	4	N/A	FD1 FC2	No Aplica: No zonas conflictivas
26	¿Se han evitado obstáculos en fachadas y otros elementos verticales a alturas inferiores a 2,10 metros?	0	3	4		FD2 FC2	Cumplen Art14. Ley 8/1993. Edificio con fachada recubierta con paneles metálicos que aclimatan el interior y protegen el exterior.
27	En caso de estar realizando obras en la vía, ¿están los andamios, zanjas o cualquier otro tipo de obra señalizados y protegidos de manera que garanticen la seguridad física de los viandantes?	0	3	4	N/A	FD2 FC2	NO Aplica. Momento inspección no había obras.
PROCESO: APARCAMIENTO							
28	¿Están reservadas de manera permanente y tan cerca como sea posible de los accesos peatonales plazas debidamente señalizadas para vehículos que transporten personas en situación de movilidad reducida?	0	3	4		FD2 FC2	Cumplen Art.12. Ley 8/1993. Aparcamiento en URG de 20 min que consiste en aparcar, registrar al paciente, dejarlo allí e ir a aparcar a al parking de larga duración.
29	En caso de aparcamiento subterráneo, ¿cuenta con ascensor adaptado o practicable?	0	3	4		FD2 FC2	Cumplen Art.12. Ley 8/1993. Aparcamiento en planta -1 con su correspondiente ascensor adaptado.
30	¿Está delimitada el área de la plaza destacándose su condición por tener su superficie color azul e incorporar el símbolo de accesibilidad?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo. Cumplen Art.12. Ley 8/1993.
31	¿Está el área de acercamiento dotada de una señal vertical por el símbolo de accesibilidad y la inscripción "reservado a personas con movilidad reducida"?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual. Señal vertical pero sin inscripción. Cumplen Art.12. Ley 8/1993.
PROCESO: PLAN DE EMERGENCIA							
32	¿Existen protocolos de notificación de la emergencia?	0	3	4		FD2 FC2	Plan de emergencias y catástrofes integrado en Capítulos 6 y 7 del Plan de Autoprotección.
33	¿Se realiza mantenimiento de la eficacia y actualización del plan de autoprotección?	0	3	4		FD2 FC2	Revisión documental siempre que existan cambios y al menos una vez cada 3 años. En la práctica con simulacros anuales.
34	¿Se realizan simulacros periódicos de emergencias para comprobar la efectividad en la evacuación y accesibilidad al centro?	0	3	4		FD2 FC2	Min 1 año. 12/12/2017 Simulacro incendio parcial en zona gerencia y evacuación de la zona hasta apagar el fuego. Timeline: 9min.
35	Existe un punto de concentración o reunión exterior de fácil acceso y amplitud suficiente en caso de evacuación?	0	3	4		FD2 FC2	Hay 2 puntos exteriores: Salida Zona Universidad y Salida Zona Plaza.

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
36	¿Están los medios de extinción, columnas secas y BIES en su lugar de ubicación, visible y accesible?	0	3	4		FD2 FC2	Siguen el RD 315/2017 e incluido en el Plan Autoprotección apartado 4.2.2.
37	¿Se garantiza que los vehículos de emergencia tengan acceso directo a las instalaciones de la Institución y a las fachadas de los edificios?	0	3	4		FD2 FC2	Acceso total para ambulancia, bomberos y policía. Se encuentra marcado estacionamiento del camión escalera.
38	¿Se garantizan vías de evacuación alternativa en caso de incendio o cualquier otra eventualidad?	0	3	4		FD2 FC2	Plan Evacuación con vías principales y alternativas incluidas en el apartado 3.4 del Plan Autoprotección.
39	¿Dichas vías alternativas han sido acordadas con el Servicio de Bomberos y con Protección Civil?	0	3	4		FD2 FC2	El Plan de Autoprotección está en conocimiento de los servicios de Protección Civil de Móstoles.
40	¿Existen bolardos desmontables para facilitar el acceso de los Servicios de Bomberos y Protección Civil?	0	1	2	N/A	FD2	NO Aplica. Bolardos flexibles verdes no interferentes en accesibilidad. .
41	¿Las puertas de emergencia se abren hacia el exterior y no están cerradas con llave? (Se prohíben, como puertas específicamente de emergencia, las correderas o giratorias)?	0	3	4		FD2 FC2	Cumplen CTE/2006. Se comprueba existencia de 3 puertas emergencia con apertura exterior anexas a cada salida principal giratoria.
42	En caso de avería de la iluminación general, ¿están las vías equipadas con iluminación de seguridad suficiente conforme a lo establecido en el RD 485/1997 y RD 513/2017?	0	3	4		FD2 FC2	Cumplen legislación según RD513/2017.Sección 1ª.Punto 15 e Indicado en el Plan Autoprotección en el punto 4.2.2.12.
PROCESO: CALIDAD							
43	¿La Sociedad concesionaria ofrece un programa preventivo de mantenimiento de viales y jardines trimestral en el que se identifique y planifique todo el trabajo preventivo, la naturaleza del mismo y las zonas afectadas?	0	3	4		FD1 FC1	Programa preventivo de mantenimiento mensual con propio informe mantenimiento y jardinería que se envía a la UTC
44	¿Están definidas las personas, las funciones y responsabilidades encargadas de la conservación de viales y jardinería?	0	3	4		FC1	En el contrato con las subcontratas se especifican los cargos y funciones
45	¿Está el personal de conservación de viales y jardinería correctamente uniformados para ser identificados?	0	1	2		FC1	Uniformados según normativa de UNICA y del centro.
46	¿Está el personal encargado de la conservación de viales y jardines formado, entrenado y dotado de los EPIs necesarios, en función de los riesgos a los que puedan verse sometidos?	0	3	4		FD2 FC2	UNICA forma, entrena y dota a su personal de EPIs con registros a disposición del centro. No certificados o no EPIs no trabajo.
47	¿Se realiza una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores de conservación de viales y jardinería?	0	3	4		FD2 FC2	UNICA evalúa riesgos, genera informe y lo dispone al HRJC.
48	¿Existe personal informativo y apoyo a la accesibilidad?	0	2	3		FD1 FC1	Chaquetas verdes y Auxiliares. Programa de voluntariado de Acompañamiento a Pacientes Ambulatorios con Discapacidad (APAD) y para sordomudos. Son informadores y acompañantes.
49	¿El personal de apoyo está debidamente formado y uniformado para facilitar su localización?	0	2	3		FD1 FC1	Formados y uniformados según protocolo interno.
PROCESO: MEDIOS AUXILIARES							
50	¿Se mantienen en perfecto estado el mobiliario y estructuras externas de las instalaciones realizando un mantenimiento programado, preventivo y correctivo?	0	3	4		FD2 FC2	Sólo papeleras. Mantenimiento correctivo, no preventivo. No hay bancos de descanso y algunos bordillos están en malas condiciones por el mal aparcamiento, estando uno de ellos roto y tumbado en el suelo (Ver observaciones 5 y 6)

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
51	¿Existe un plan de mantenimiento periódico de herramientas, maquinaria y vehículos utilizados en conservación de viales y jardines?	0	3	4		FC2	Revisión realizada por UNICA cuyos informes están a disposición del responsable de mantenimiento.
52	Se realizan el mantenimiento mínimo que se debe realizar a los aparatos, equipos y sistemas de protección contra incendios, aplicable en todos los usos, establecido en el RD 1942/1993 y RD 315/2017?	0	3	4		FD2 FC2	Inspecciones y revisiones periódicas de acuerdo con el Programa de Mantenimiento y según reglamentación. Incluido en Anexo IV del Plan de Autoprotección.
53	¿Las fuentes de luz artificial están protegidas para no interferir en el campo visual del usuario?	0	3	4		FD2 FC2	Cumplen legislación RD 486/1997 de PRL y UNE-EN 60588 con cubiertas correspondientes. No focos. Se cambió iluminación del helipuerto para evitar incidencias.
54	¿Permiten las fuentes de luz percibir contrastes y profundidad de los objetos, con el fin de evitar efectos estroboscópicos según el RD 486/1997?	0	3	4		FD2 FC2	Cumplen legislación RD 486/1997 de PRL Están cambiado el alumbrado por uno más eficiente de LED
PROCESO: SISTEMA DE INFORMACIÓN Y CONTROL							
55	¿Se guardan y se revisan registros de los mantenimientos realizados a herramientas, maquinaria y vehículos utilizados en las operaciones de conservación de viales y jardinería?	0	3	4		FC1	Responsable mantenimiento guarda y revisa registros. Subcontratas ponen a disposición del HRJC sus registros.
56	¿Se guardan los registros derivados de la actividad de jardinería?	0	3	4		FC1	La empresa de jardinería manda copia parte de trabajo. Visto Parte de trabajo de 18/01/2017:Riego, limpieza y desbroce
57	¿Se guardan y se revisan los registros de los mantenimientos y limpieza periódicos de viales?	0	3	4		FC1	Responsable mantenimiento guarda y revisa registros. Visto en nºOT 22522: Alumbrado rampas, escaleras, fachada perimetral y marquesina. Además, existe Plan de Aviso para que todo el personal notifique anomalías vía intranet.
58	¿Se guardan y se revisan los registros de simulacros en situaciones de emergencia para comprobar la eficacia de evacuación y accesibilidad al centro?	0	3	4		FC2	Visto en Documentación facilitada. Simulacro incendios parcial el 12/12/17 en zona de gerencia.
PROCESO: NORMATIVA Y REGLAMENTOS							
59	¿Se garantizan las rutas de acceso conforme a la normativa de supresión de barrera arquitectónicas?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual que cumplen Legislación que se ha diseñado y construido según el CTE/2006. Adicionalmente, existen accesos independientes y directos en servicios para pacientes crónicos (hemodiálisis y rehabilitación).
60	¿Se facilitan rutas de acceso alternativas que garanticen la supresión de barreras arquitectónicas para personas con discapacidad?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual que cumple leyes 8/ 1993 y 15/1995. Existencia de dos rampas complementarias a las escaleras.
61	¿Hay al menos, una de cada 50 plazas reservadas para personas con movilidad reducida conforme al N° Parking /Discapitado establecido por ley?	0	3	4		FD2 FC2	Total de 799 plazas estando reservadas 18 para minusválidos y 22 para vehículos de baja emisión.
62	¿Existe un Plan de Autoprotección?	0	3	4		FD2 FC2	Plan Autoprotección elaborado en 03/2012 y revisado en 08/2015 por SGS TECNOS, S.A.
PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO							
63	¿Se lleva a cabo un registro y control de incidencias en las actividades de jardinería?	0	3	4		FC1	Visto en documentación facilitada la supervisión y control de jardinería. Incidencia: 12/07/2017 de rotura accidental de cristal coche con sopladora.

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
64	¿Se lleva a cabo un registro y control de incidencias en las actividades de mantenimiento y limpieza?	0	3	4		FC1 Visto en Documentación facilitada nºOT: 22533: Revisión alumbrado de viales pidiendo reposición de lámparas y fijación del báculo.
65	¿Se lleva a cabo un registro y control de quejas, reclamaciones o sugerencias interpuestas por usuarios del centro?	0	3	4		FC1 Centralizado en atención al paciente en Sistema de sugerencias, reclamaciones y felicitaciones. Vista reclamación 08/02/2017 de usuaria Esther Castillo Díaz.
66	¿Se toman acciones correctivas para solucionar las incidencias producidas?	0	3	4		FD1 FC2 Visto en Documentación facilitada el Procedimiento para clasificar las incidencias, dirigirlas al responsable y darle contestación. Vista contestación a reclamación con propuesta de acciones correctivas a 06/03/2017
67	¿Las reclamaciones, sugerencias o agradecimientos se gestionan en un plazo máximo de 30 días como indica la Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria?	0	2	3		FC2 Como objetivo interno tienen que gestionar, solventar y contestarlas en 15 días naturales. Encargado gestión quejas: atención al paciente.

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS DE MEJORA DETECTADAS EN EL TRANCURSO DE LA AUDITORÍA

1. Se recomienda la plantación de arbustos autóctonos con poco consumo de agua en zonas de parterre, como medida disuasoria al mal aparcamiento, evitando erosión medioambiental del suelo y generando así mismo, una mejora visual del recinto exterior del hospital.
2. Uso de productos de jardinería sostenibles con el medio ambiente y seguros para la salud de usuarios y operarios
3. Existen espacios donde los coches se dejan subidos a la acera o en zonas de parterre. Se recomienda colocar bolardos en zonas habituales de mal aparcamiento para evitar que un mal uso de vías y jardines.
4. Se aconseja el Incorporar señalización de prohibido aparcar en la calzada o de tipo vertical que impida el aparcamiento inadecuado, por ejemplo frente a la zona de urgencias.
5. En la zona de aparcamiento Universidad, se detecta deficiencia en el bordillo junto a una plaza de aparcamiento con el que podría tropezar un usuario. Se requiere su reparación.
6. Sería conveniente instalar bancos de descanso en las proximidades exteriores del centro para el descanso de usuarios o pacientes en un momento puntual. Una zona recomendada podría ser la zona arbolada de la salida de la Plaza de Toros, así como en las aceras más externas del recinto.

Firma del auditor

--

Firma del auditado

Función:

--