

# Informe de la Auditoría

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN

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**



TÉCNICAS DE CONTROL, PREVENCIÓN Y GESTIÓN AMBIENTAL, S.L.  
[www.geprecon.es](http://www.geprecon.es)

## ÍNDICE DEL DOCUMENTO

<b>1. ANTECEDENTES.....</b>	<b>4</b>
<b>2. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA .....</b>	<b>4</b>
<b>3. DOCUMENTACIÓN REVISADA.....</b>	<b>4</b>
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 .....	5
<b>4. NORMATIVA APLICABLE.....</b>	<b>6</b>
4.1. SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA: .....	6
4.2. SERVICIO DE DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN:.....	6
4.3. SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS.....	7
4.4. SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES .....	7
<b>5. METODOLOGÍA GENERAL .....</b>	<b>8</b>
5.1. INTRODUCCIÓN .....	8
5.2. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE INDICADORES .....	8
5.3. AUDITORIA EXTERNA DE LOS SERVICIOS .....	9
<b>6. METODOLOGIA DESARROLLADA.....</b>	<b>9</b>
6.1. PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA .....	9
6.2. PROCESO DE LA AUDITORÍA.....	10
6.3. EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.....	10
6.4. CIERRE DE LA AUDITORÍA .....	12
<b>7. RESUMEN EJECUTIVO.....</b>	<b>12</b>
<b>8. DATOS GENERALES DEL HOSPITAL.....</b>	<b>14</b>
<b>9. DATOS GENERALES DEL SERVICIO.....</b>	<b>15</b>
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 .....	17
<b>10. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA .....</b>	<b>19</b>
10.1. VALORACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO. RESUMEN DE RESULTADOS.....	19
10.2. ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS CONTRACTUALES Y NORMATIVA APLICABLE.....	29
10.3. DESCRIPTIVO DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS.....	34
<b>11. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO DEL SERVICIO.....</b>	<b>41</b>
11.1. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.....	41
11.2. CUADRO DE MANDO Y PLAN DE SEGUIMIENTO.....	42

<b>12. PROPUESTAS DE MEJORA.....</b>	<b>44</b>
<b>13. ANEXOS.....</b>	<b>45</b>
13.1. REPORTAJE FOTOGRÁFICO.....	45
13.2. CD CON DOCUMENTACIÓN REVISADA .....	55
13.3. “CHECK LIST” CUMPLIMENTADOS .....	56

## 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 Universitario de Torrejón, 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**

- Contratos de tratamiento de residuos
- Cartelería de actuación ante emergencias ambientales
- Clasificación e inventario de residuos
- PPPs-Gestionar aspectos ambientales
- Autorizaciones en materia de residuos
- Características de los envases de recogida y almacenamiento
- Planos de logística intracentro y extracentro.
- Documentación del transportista y del gestor de residuos.
- Modelos de etiquetas identificativas
- Libro de registro residuos hospital
- Procedimiento de gestión de residuos sanitarios
- Certificados de destrucción de residuos biosanitarios

### **3.4. SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES**

- Plan de Mantenimiento Preventivo de Viales
- Plan de Mantenimiento Jardinería
- Plan de Movilidad y Accesibilidad
- Procedimiento sobre rotulación e identificación

- Planes de Emergencias: Plan de Autoprotección (21/01/2016), Informe de Simulacro de Emergencias (24/04/2017) y Registro de Evaluación de riesgos por servicio, departamento y puesto de trabajo.
- Certificados de normativa: Certificado Medio Ambiente CO2 Verificado (HCO-2014/0021), ISO 9001:2015 (15/02/2018), ISO 14001:2015 (12/02/2018), UNE-EN ISO 50001:2011 (GE-2014/0043), UNE 170001-2:2007 (09/02/2018) y Registro de huella de carbono, compensación y proyectos de absorción de CO2 del Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente (27/09/2017).

#### **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 Nº 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. METODOLOGIA 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.
- Tratamiento de datos
- Revisión del plan de trabajo
- Ejecución del plan de trabajo durante dos jornadas

- Tratamiento de los datos.

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 20 de febrero 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 87,96 %. 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 20 de febrero 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 91,57%. 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 5 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 19 de febrero 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 95,3 %. 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 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 CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES**

La auditoría de este servicio fue realizada el día 19 de febrero 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 95,06%. 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 4 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 de Torrejón, inaugurado el 21 de septiembre de 2011, da cobertura asistencial sanitaria a los municipios de Ajalvir, Fresno de Torote, Ribatejada y Torrejón de Ardoz, con una población aproximada de 147.000 habitantes.

Se ubica en la zona norte de Torrejón de Ardoz, en el Soto del Henares, con acceso directo desde la N-II (salida 22) y con fácil acceso a través de Renfe Cercanías Soto del Henares-Hospital de Torrejón y varias líneas de autobuses urbanos e interurbanos.

Este centro hospitalario de unos 700 empleados, cuenta con 250 camas, 10 quirófanos, 10 salas de dilatación y parto, 16 puestos de diálisis, 83 boxes en el

Servicio de Urgencias, entre otras dependencias; distribuidos en una superficie de 66.000 m<sup>2</sup>.

Forma parte de la Dirección Asistencial Este del SERMAS, junto al Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares y al Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Enmarcado dentro del modelo PPP (public private partnership), pertenece al Servicio Madrileño de Salud y por tanto está sostenido con fondos públicos, pero está gestionado íntegramente por Sanitas Hospitales, y anteriormente por el Grupo Ribera Salud. Conforme a este estándar, la titularidad, la propiedad y el control siguen siendo públicos, mientras que se confía la gestión a la entidad privada. Además, con este sistema de colaboración la definición de los servicios y el control de calidad siguen en manos de las Administraciones Públicas.

Involucrado con la puesta en marcha de programas de intervención comunitaria para promover hábitos saludables, es miembro de la Red de Hospitales sin Humos de la Comunidad de Madrid teniendo la Categoría de Oro de la Red HSH. Así como, debido al interés en ofrecer al paciente una atención personalizada, disponen de unos tiempos de espera medios de 15 días para acceder a cualquier consulta y de 30 días para intervenciones quirúrgicas.

## 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, a través de un procedimiento general de "Procedimiento General almacén": (Última actualización 25-Jul-2017. Elaborado por Antonio Capllure Ramón y aprobado por Joaquín Martínez).

- PPPs: Comprar productos o servicios
- PPPs: Definir pactos de consumo de suministros
- PPPs: Suministrar material a almacenes periféricos
- PPPs: Reponer almacén Central
- PPPs: Controlar caducidades de suministros
- PPPs: Gestionar depósitos.

#### 9.1.2. UNIDADES DE QUE CONSTA EL SERVICIO

CÓDIGO	NOMBRE
GENERAL	ALMACÉN GENERAL
MSP0AND	ANDROLOGÍA
MSP0BS	BANCO DE SANGRE
MSP0CEX	CONSULTAS EXTERNAS
MSP0END	ENDOSCOPIAS
MSP0HD	HOSPITAL DE DIA
MSP0HDA	PLANTA 0 HEMODINÁMICA



CÓDIGO	NOMBRE
MSP0NEF	DIÁLISIS
MSP0RAD	RADIOLOGÍA
MSP0RHB	REHABILITACIÓN
MSP0UHD	UD. HOSP. DOMICILIO
MSP0URG	URGENCIAS
MSP1HOSP	PLANTA 1 HOSPITALIZACIÓN
MSP1MTRD	PLANTA 1 MATERNIDAD
MSP1NEO	NEONATOS
MSP1PAR	PARITORIO
MSP1QUI	PLANTA 1 BLOQUE QUIRÚRGICO
MSP2HOSP	PLANTA 2 HOSPITALIZACIÓN
MSP2UCI	UCI
MSPSAP	ANATOMÍA PATOLÓGICA
MSPSEST	ESTERILIZACIÓN
MSPSFARMA	MS FARMACIA
OADMISION	ADMISIÓN
OAFICINAS	OFICINAS

### 9.1.3. PERSONAL RESPONSABLE

- Responsable general del servicio: Doña Patricia Bonilla
- Responsable Almacenes: Doña Teresa Baz.
- Encargado almacén: Pablo Gallardo

## 9.2. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN

Los datos del servicio recabados durante la auditoría son:

### 9.2.1. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

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 ANTICIMEX 3D SANIDAD AMBIENTAL, S.A. (RD 830/2010) y gestionado por el departamento de la sección de limpieza del Hospital de Torrejón de Ardoz.

### 9.2.2. UNIDADES DE QUE CONSTA EL SERVICIO

- Unidad de limpieza de servicios generales del hospital de Torrejón de Ardoz.
- Contratista del servicio: empresa ANTICIMEX 3D SANIDAD AMBIENTAL, S.A. con C.I.F. A82850611, registrada en el Registro Oficial de Servicios y Establecimientos Biocidas con el N° 140-CM-ESR, es responsable, desde el 1 de DICIEMBRE de 2014, del Programa de Prevención y Control de Vectores en las instalaciones en la localidad de Torrejón de Ardoz (Madrid).

### 9.2.3. PERSONAL RESPONSABLE

- Responsable general del servicio: Doña Patricia Bonilla
- Responsable Servicio generales, sección de limpieza: Doña María Isabel Martínez

### **9.3. SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS**

#### **9.3.1. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO**

El Hospital Universitario de Torrejón es un hospital público de gestión privada que se enmarca dentro del modelo PPP (public private partnership). La empresa concesionaria es TORREJON SALUD, S.A.

El servicio de gestión de residuos está basado en el procedimiento de gestión de residuos sanitarios que afecta a todos los trabajadores de TORREJON SALUD, S.A., así como a todas las empresas externas que desarrollan su actividad en las instalaciones del Hospital de Torrejón. La organización y control del servicio se lleva a cabo desde el Dpto. de Servicios Generales y del Dpto. de Calidad de la empresa concesionaria.

#### **9.3.2. UNIDADES DE QUE CONSTA EL SERVICIO**

- La organización y Gestión del servicio a través del Departamento Servicios Generales y del Departamento de Calidad de la empresa concesionaria TORREJÓN SALUD, S.A..
- *Contratista del servicio de limpieza sanitaria:* La empresa LIMCAMAR c/Suecia. 94, 28022, Madrid. Es responsable de la limpieza, recogida y traslado intracentro de residuos producidos en el hospital.
- *Contratista del servicio de gestión extracentro:* La empresa CESPA G.R. S.A, con NIF A59202861, inscrita en el registro de gestores autorizados de residuos peligrosos de la Comunidad de Madrid, con número de autorización: 13G01A1300002185A. La empresa es responsable de la gestión externa de RNP's y RP's.

#### **9.3.1. PERSONAL RESPONSABLE**

- Responsable de Servicios Generales: Patricia Bonilla Pintado
- Responsable de Limpieza, recogida y traslado de residuos: Ezequiel Bento (LIMCAMAR)
- Responsable de Calidad: Patricia Moreno

### **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.

Unidades de que consta:

- Servicio de Jardinería.

*Contratista del servicio:* INICIA SERVICIOS INTEGRALES S.L. con CIF B73692725 en el Registro Mercantil de Murcia.

*Actividad:* Adapta a las necesidades de las diversas zonas verdes del hospital, en los horarios y turnos necesarios para su óptimo estado, mediante el Programa Anual de Labores de Mantenimiento Zonas Verdes desglosado en tareas mensuales. Trabajos realizados por operarios formados, informados, uniformados, identificados y dotados con EPIs en horario de 7:00 a 14:30 h de lunes a viernes.

- Servicio de Limpieza.

*Contratista del servicio:* LIMCAMAR SL., con CIF B30132724 en el Registro Mercantil de MURCIA.

*Actividad:* Realizada según la Planificación de Limpieza semanal contemplada en Plan de Mantenimiento. Diferenciando en los servicios a ejecutar entre fines de semana y semana laboral ordinaria (lunes a viernes).

- Departamento de Prevención de Riesgos Laborales

*Actividad:* Aplicar el plan de Autoprotección, evaluando riesgos personales, materiales y medioambientales junto con la puesta en marcha del sistema de emergencias mediante simulacros periódicos, 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

- Departamento de Calidad

*Actividad:* Garantizar el desempeño de las actividades y desarrollo de proyectos en concordancia con la Política Ambiental y de Seguridad y Salud en el trabajo planteada por la Organización, así como los principios éticos que la rigen. Mediante la implementación de medios físicos y humanos se trata de detectar potenciales incidencias, procediendo a su subsanación, e incorporar innovaciones que mejoren la calidad del servicio al usuario.

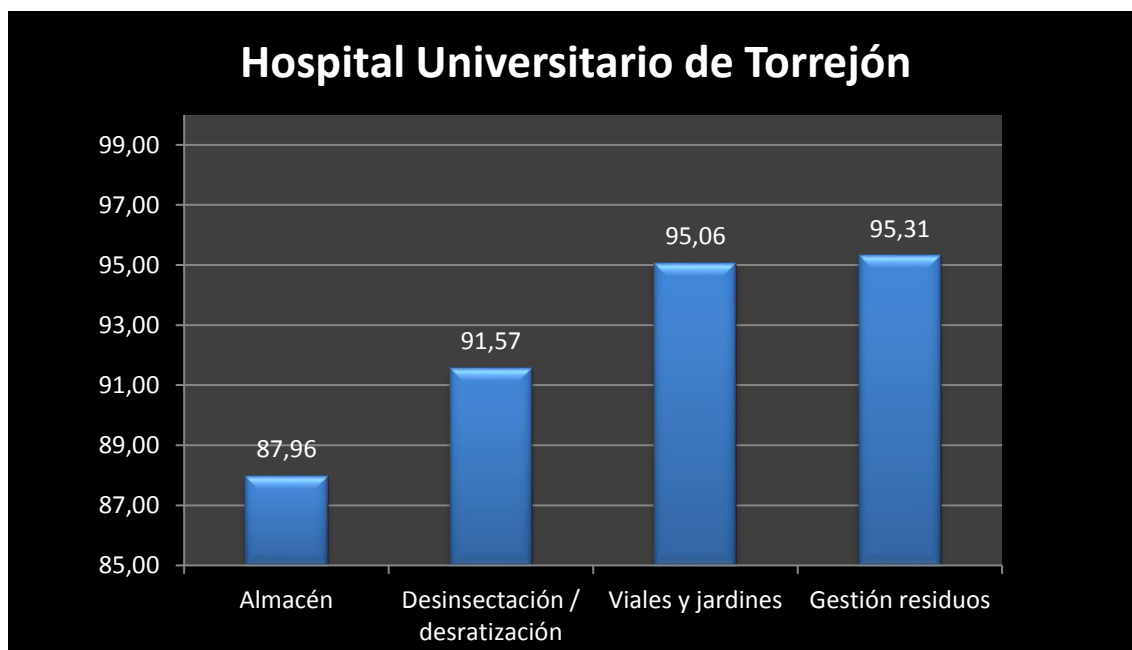
#### 9.4.3. PERSONAL RESPONSABLE

- Responsable de Servicios Generales: Patricia Bonilla Pintado
- Responsable de Jardinería: Daniel Ebias
- Responsable de Limpieza: Ezequiel Bento
- Responsable de Prevención de Riesgos Laborales: Fernando Arce
- Responsable de Calidad: Patricia Moreno

## 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.

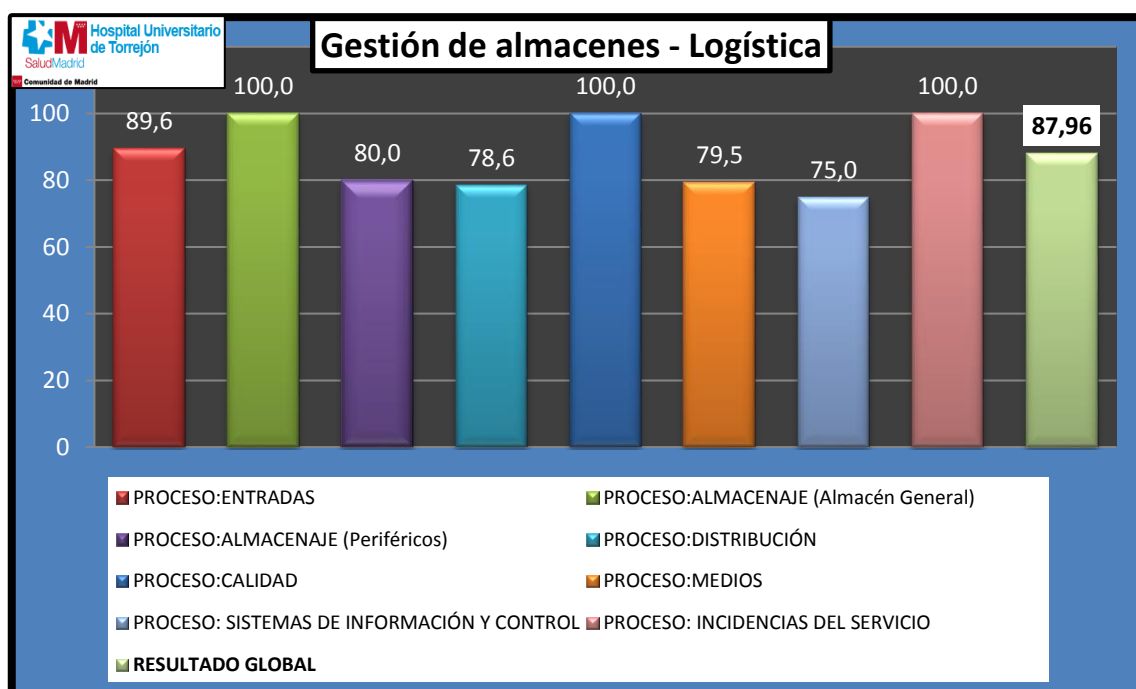
Los fallos de disponibilidad pueden ser graves, cuando afectan directamente a la operatividad y/o uso de las citadas áreas funcionales o parte de las mismas (FD1) o de riesgo, cuando podrían o pudiesen afectar a dicha operatividad y uso (FD2)

- 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			216
Incidenias detectadas	9 <sup>1</sup>	Deméritos obtenidos	26
Porcentaje de deméritos			12,04
Grado de cumplimiento			87,96 %

<sup>1</sup> 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 26 deméritos

### 10.1.1.2. Valoración del servicio por proceso

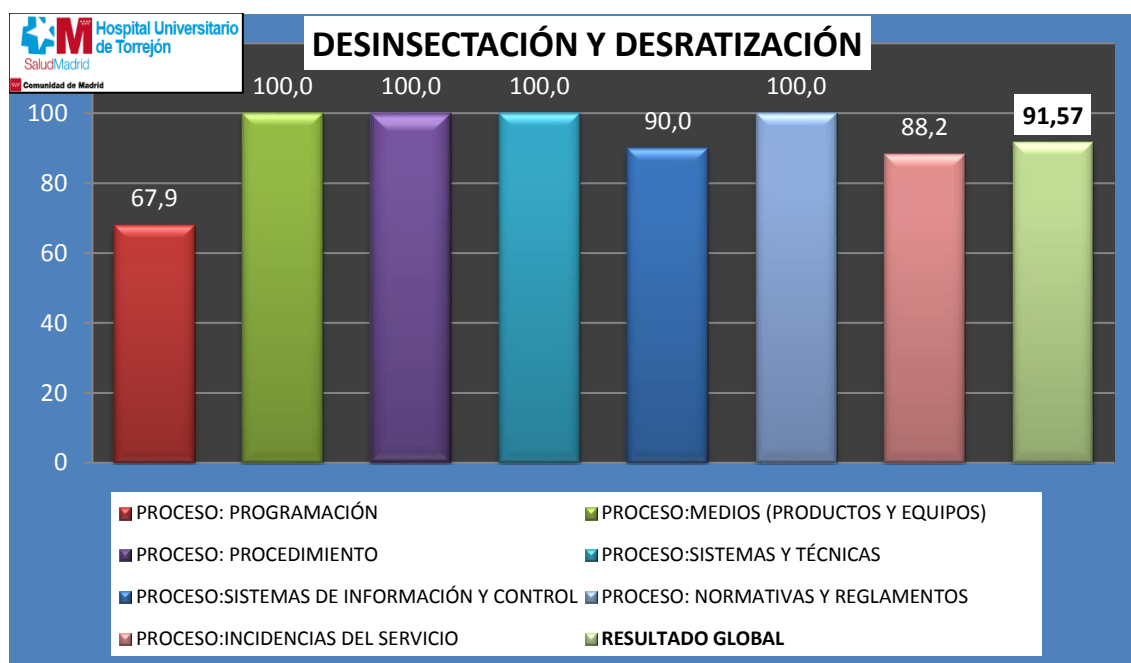
PROCESO:ENTRADAS	
Deméritos potenciales	67
Deméritos obtenidos (FC2)	7
Porcentaje de deméritos	10
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>89,6 %</b>
PROCESO:ALMACENAJE (Almacén General)	
Deméritos potenciales	31
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>
PROCESO:ALMACENAJE (Periféricos)	
Deméritos potenciales	20
Deméritos obtenidos (FC2) (FD2)	4
Porcentaje de deméritos	20
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>80,0 %</b>
PROCESO:DISTRIBUCIÓN	
Deméritos potenciales	14
Deméritos obtenidos (FD1)	3
Porcentaje de deméritos	21
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>78,6 %</b>
PROCESO:CALIDAD	
Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>
PROCESO:MEDIOS	
Deméritos potenciales	44
Deméritos obtenidos (FD2) (FD2) (FC1)	9
Porcentaje de deméritos	20
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>79,5 %</b>
PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	
Deméritos potenciales	12

**PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL**

Deméritos obtenidos	3
Porcentaje de deméritos	25
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>75,0 %</b>

**PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO**

Deméritos potenciales	12
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

**10.1.2. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN.**

**10.1.2.1. Valoración global del servicio**
**RESULTADO GLOBAL**

Deméritos potenciales	166
Incidencias detectadas	5 <sup>2</sup>
Deméritos obtenidos	14
Porcentaje de deméritos	8,43
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>91,57 %</b>

<sup>2</sup> 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 5 incidencias detectadas suponen una valoración de 14 deméritos

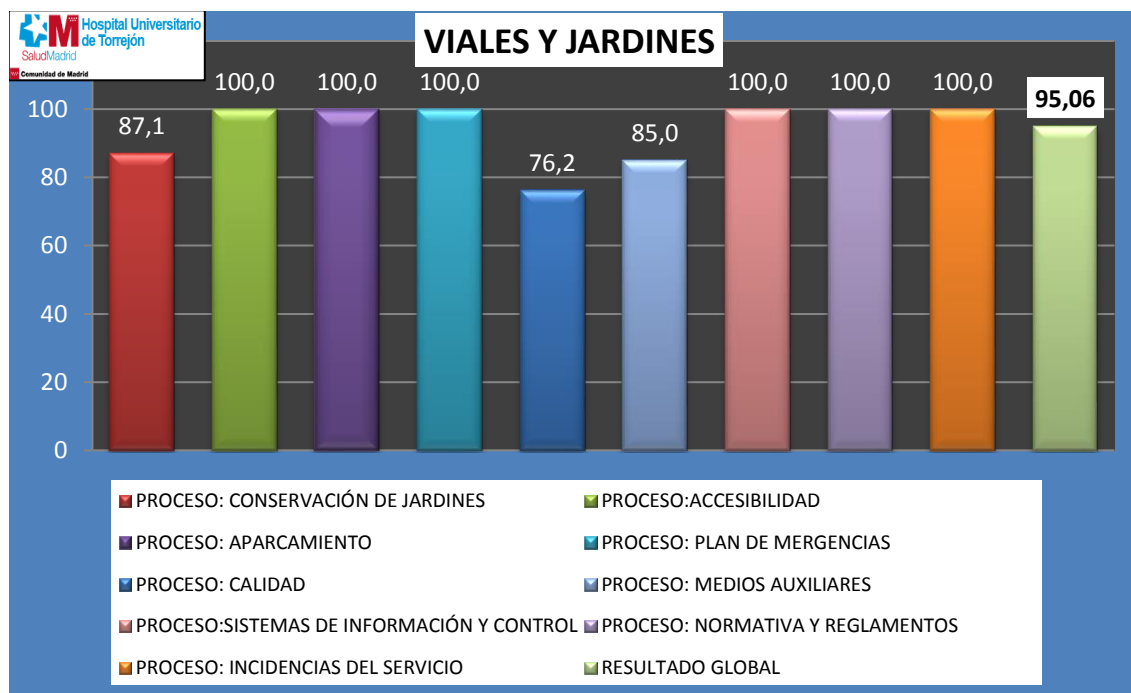


### 10.1.2.2. Valoración del servicio por proceso

PROCESO: PROGRAMACIÓN	
Deméritos potenciales	28
Deméritos obtenidos (FC2) (FD2)	9
Porcentaje de deméritos	32
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>67,9 %</b>
PROCESO:MEDIOS (PRODUCTOS Y EQUIPOS)	
Deméritos potenciales	21
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>
PROCESO: PROCEDIMIENTO	
Deméritos potenciales	18
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>
PROCESO:SISTEMAS Y TÉCNICAS	
Deméritos potenciales	20
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>
PROCESO:SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	
Deméritos potenciales	30
Deméritos obtenidos (FD2)	3
Porcentaje de deméritos	10
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>90,0 %</b>
PROCESO: NORMATIVAS Y REGLAMENTOS	
Deméritos potenciales	32
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>
PROCESO:INCIDENCIAS DEL SERVICIO	
Deméritos potenciales	17

Deméritos obtenidos (FC2)	2
Porcentaje de deméritos	12
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>88,2 %</b>

### 10.1.3. SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE VIALES Y JARDINES.



#### 10.1.3.1. Valoración global del servicio

RESULTADO GLOBAL			
Deméritos potenciales			243
Incidencias detectadas	4 <sup>3</sup>	Deméritos obtenidos	12
Porcentaje de deméritos			4,94
<b>Grado de cumplimiento</b>			<b>95,06 %</b>

#### 10.1.3.2. Valoración del servicio por proceso

PROCESO: CONSERVACIÓN DE JARDINES	
Deméritos potenciales	31
Deméritos obtenidos (FC2) (FD2)	4

<sup>3</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia se debe a un incumplimiento parcial o total, las 4 incidencias detectadas suponen una valoración de 12 deméritos

Porcentaje de deméritos	13
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>87,1</b>

PROCESO: ACCESIBILIDAD	
Deméritos potenciales	62
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0</b>

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

PROCESO: PLAN DE MERGENCIAS	
Deméritos potenciales	42
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

PROCESO: CALIDAD	
Deméritos potenciales	21
Deméritos obtenidos (FD2)(FC2) (FC2)	5
Porcentaje de deméritos	24
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>76,2 %</b>

PROCESO: MEDIOS AUXILIARES	
Deméritos potenciales	20
Deméritos obtenidos (FD2)	3
Porcentaje de deméritos	15
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>85,0 %</b>

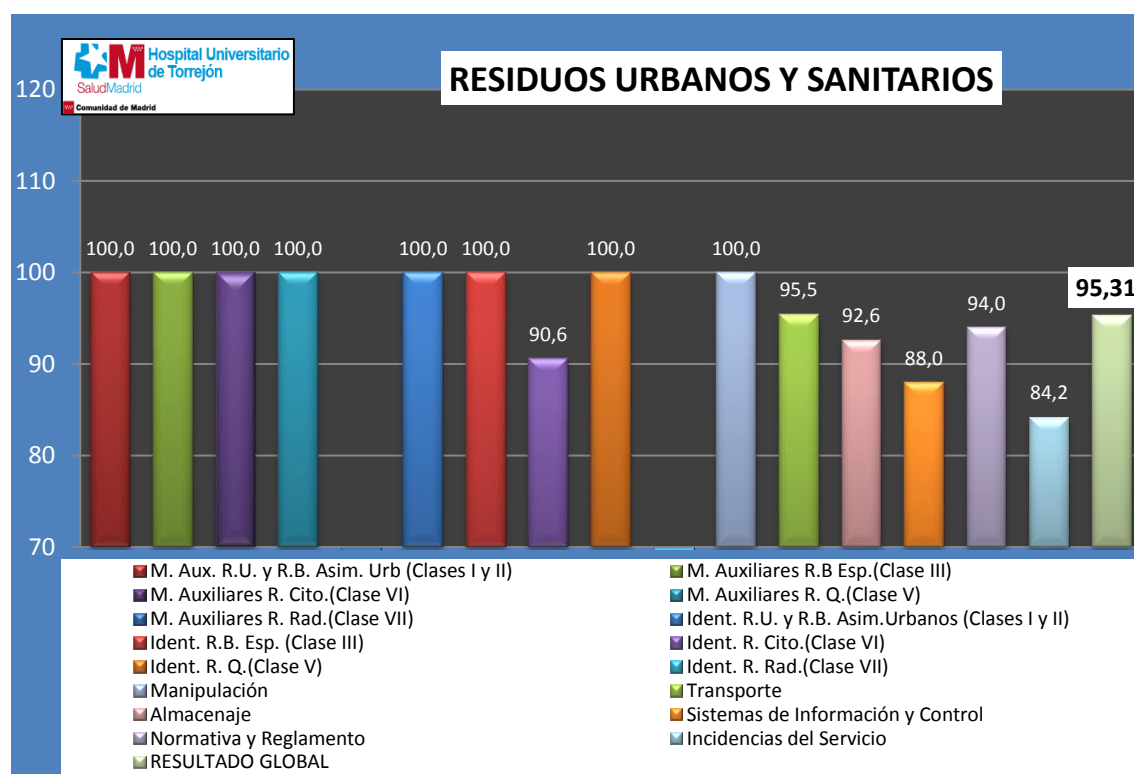
PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	
Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

PROCESO: NORMATIVA Y REGLAMENTOS	
Deméritos potenciales	16

Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

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

#### 10.1.4. SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS.



#### 10.1.4.1. Valoración global del servicio

RESULTADO GLOBAL			
Deméritos potenciales			512
Incidencias detectadas	9 <sup>4</sup>	Deméritos obtenidos	24
Porcentaje de deméritos			4,69
Grado de cumplimiento			95,31 %

#### 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			0
Porcentaje de deméritos			0
Grado de cumplimiento			100,0 %

PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Biosanitarios Especiales (Clase III)			
Deméritos potenciales			32
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
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 %

<sup>4</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia se debe a un incumplimiento parcial o total, las 9 incidencias detectadas suponen una valoración de 24 deméritos

PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Radioactivos (Clase VII)	
Deméritos potenciales	N/A
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>N/A</b>
PROCESO: Identificación Residuos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (Clases I y II)	
Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>
PROCESO: Identificación Residuos Biosanitarios Especiales (Clase III)	
Deméritos potenciales	32
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>
PROCESO: Identificación Residuos Citotóxicos (Clase VI)	
Deméritos potenciales	32
Deméritos obtenidos (FC1)	3
Porcentaje de deméritos	9
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>90,6 %</b>
PROCESO: Identificación Residuos Químicos (Clase V)	
Deméritos potenciales	20
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>
PROCESO: Identificación Residuos Radioactivos (Clase VII)	
Deméritos potenciales	N/A
Deméritos obtenidos (FD)	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>N/A</b>
PROCESO: Manipulación	
Deméritos potenciales	16

PROCESO: Manipulación	
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>
PROCESO: Transporte	
Deméritos potenciales	66
Deméritos obtenidos (FC1)	3
Porcentaje de deméritos	4,5
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>95,5 %</b>
PROCESO: Almacenaje	
Deméritos potenciales	122
Deméritos obtenidos (FD2) (FC2) (FC1)	9
Porcentaje de deméritos	7,38
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>92,62 %</b>
PROCESO: Sistemas de Información y Control	
Deméritos potenciales	25
Deméritos obtenidos (FD2) (FC2) (FC1)	3
Porcentaje de deméritos	12
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>88,0 %</b>
PROCESO: Normativa y Reglamento	
Deméritos potenciales	50
Deméritos obtenidos (FD2) (FC2) (FC1)	3
Porcentaje de deméritos	6
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>94 %</b>
PROCESO: Incidencias del Servicio	
Deméritos potenciales	19
Deméritos obtenidos (FD2) (FC2) (FC1)	3
Porcentaje de deméritos	16
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>84,2 %</b>

## 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 %
<b>GLOBALIDAD DEL SERVICIO</b>	<b>&lt; 50 %</b>	<b>51 - 70 %</b>	<b>71-90 %</b>	<b>91-100 %</b>

#### 10.2.1.2. Resultados obtenidos

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
ENTRADA	89,6 %	Muy bueno
ALMACENAJE (Central)	100 %	Excelente
ALMACENAJE (Periféricos)	80 %	Bueno
DISTRIBUCIÓN	78,6 %	Bueno
CALIDAD	100 %	Excelente
MEDIOS	79,5 %	Muy bueno
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	75 %	Bueno
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	100 %	Excelente
<b>GLOBALIDAD DEL SERVICIO</b>	<b>87,96 %</b>	<b>Muy bueno</b>

TIPO DE FALLO/INCUMPLIMIENTO		
FC1	2	
FC2	3	
FD1	1	
FD2	3	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 %
<b>GLOBALIDAD DEL SERVICIO</b>	<b>&lt; 50 %</b>	<b>51 - 70 %</b>	<b>71-90 %</b>	<b>91-100 %</b>

### 10.2.2.2. Resultados obtenidos

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
PROGRAMACIÓN	67,9 %	Bueno
MEDIOS (Productos y equipos)	100 %	Excelente
PROCEDIMIENTO	100 %	Excelente
SISTEMAS Y TÉCNICAS	100 %	Excelente
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	90 %	Muy bueno
NORMATIVAS Y REGLAMENTOS	100,0 %	Excelente
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	88,2 %	Bueno
<b>GLOBALIDAD DEL SERVICIO</b>	<b>91,57 %</b>	<b>Excelente</b>

TIPO DE FALLO/INCUMPLIMIENTO		
FC2 FD2	1	
FC2	3	
FD1	1	Total: 5

### 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	87,1%	Muy Bueno
ACCESIBILIDAD	100%	Excelente
APARCAMIENTO	100%	Excelente
PLAN DE EMERGENCIAS	100%	Excelente
CALIDAD	76,2%	Bueno
MEDIOS AUXILIARES	85,0%	Muy bueno
SIST. DE INFORMACIÓN Y CONTROL	100%	Excelente
NORMATIVA Y REGLAMNETOS	100%	Excelente
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	100%	Excelente
<b>GLOBALIDAD DEL SERVICIO</b>	<b>95,06%</b>	<b>Excelente</b>

#### TIPO DE FALLO/INCUMPLIMIENTO

FC1	1	
FD1 FC1	3	Total: 4

## 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)	100 %	Excelente
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)	100 %	Excelente
IDENT. R.B. ESP. (CLASE III)	100 %	Excelente
IDENT. R. CITO.(CLASE VI)	90,6 %	Muy bueno
IDENT. R. Q.(CLASE V)	100 %	Excelente
IDENT. R. RAD.(CLASE VII)	N/A	
MANIPULACIÓN	100 %	Excelente

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
TRANSPORTE	95,5 %	Muy bueno
ALMACENAJE	92,6 %	Muy bueno
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	88 %	Muy bueno
NORMATIVA Y REGLAMENTO	94 %	Excelente
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	84,2 %	Muy bueno
<b>GLOBALIDAD DEL SERVICIO</b>	<b>95,31 %</b>	<b>Excelente</b>

TIPO DE FALLO/INCUMPLIMIENTO	
FC1	8
FC2/FD2	1 Total: 9

### 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
<b>Almacenes y distribución logística</b>				
1	ENTRADAS	No se explicita de manera clara la instrucción a seguir en el caso de producirse alguna incidencia referente a rechazo en el almacén central.	Fallo de calidad <i>Procedimiento general de almacén</i>	Desarrollar dentro del procedimiento general de almacenes, de una manera más detallada, el tratamiento a seguir para rechazos y devoluciones del almacén central.
2	ENTRADAS	No se evidencia zona en almacén central para ubicar el producto no conforme  <i>Comentario: Al estar certificados en la Norma ISO 9001:2015, se incumple el referente al numeral 8.7</i>	Fallo de calidad  <i>Procedimiento general de almacén</i>	Determinar e identificar zona en almacén central el producto no conforme en área claramente visible y apartada para no lograr confusión con el resto de productos bien determinados en su ubicación. Así como incluirlo en el procedimiento general de almacén
3	ALMACENAJE (ALMACENES PERIFÉRICOS)	No se puede establecer de forma clara una medida referente al buen desempeño en la gestión de compras referido a los pedidos no estándar y/o urgentes	Fallo de disponibilidad/Aplicación de oportunidad de mejora  Buenas prácticas	Se recomienda establecer un control numérico de los pedidos no estándar y urgentes, para establecer un indicador de desempeño de la gestión de compras.
4	ALMACENAJE (ALMACENES PERIFÉRICOS)	Se evidencia que la gestión de la devolución de productos, por error, enviados desde almacén central a periféricos, sólo se realiza vía telefónica, sin quedar ningún rastro de dicha gestión.	Fallo de disponibilidad/Aplicación de oportunidad de mejora  Buenas prácticas	Para la gestión de las devoluciones de producto en el servicio de almacenes periféricos se recomienda usar la reclamación por escrito vía email o similar para quedar constancia en almacén y proceder de una forma más eficaz, y no sólo la llamada telefónica desde el servicio a almacén central
5	DISTRIBUCIÓN	No se evidencia dentro del procedimiento general de almacén un anexo con el plan de reparto a almacenes periféricos	Fallo de disponibilidad/Aplicación de oportunidad de mejora <i>Procedimiento general de almacén</i>	Incluir en el procedimiento general un anexo con el calendario de reposición con el plan de reparto a los servicios peticionarios

Nº	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
6	MEDIOS	No se prevé el posible riesgo de funcionamiento operativo en los trabajos de almacén con los medios mecánicos de apoyo (traspaletas)	Fallo de disponibilidad/Aplicación de oportunidad de mejora	Realizar un control preventivo periódico de las traspaletas de forma periódica, según instrucciones del fabricante
7	MEDIOS	Posible riesgo de caídas a distinto nivel de los trabajadores al manipular cargas a través de las banquetas-escalerillas destinadas a ese uso.	Buenas prácticas	Colocar tapas antideslizantes a todas las escalerillas de los almacenes periféricos que no las posean para evitar posibles caídas del personal al coger o ubicar productos en las zonas altas de las estanterías.
8	SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	Potencial fallo a la hora de identificar, según la plataforma "Navisión" las ubicaciones físicas de los productos en almacén central.	Fallo de disponibilidad/Aplicación de oportunidad de mejora	Incluir en la plataforma "Navision" un apartado con las ubicaciones de los productos en el almacén central (pasillos, estanterías, etc). Se recomienda incluirlas para una mayor eficacia del proceso.
9	MEDIOS	Extintor de incendios en almacén central no accesible	Buenas prácticas	Dar una formación a los operarios de almacén referente a PCI y emergencias.
			Fallo de calidad	
			<i>Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de PRL</i>	
			<i>Incumplimiento del RD 513/2017 (Anexo I. Apartado 4. Punto 4)</i>	

**Número de incidencia detectadas: 9**  
**Deméritos obtenidos: 26<sup>5</sup>**

### Desinsectación y desratización

11	PROGRAMACIÓN	No se evidencia de forma clara un estudio completo y exhaustivo del estudio de los factores de riesgos en el site.	Fallo de Calidad	Desarrollarlo más eficazmente e incluirlo en el dicho plan de plagas.
			<i>Norma UNE – EN -</i>	<i>véase el plan de plagas "protocolo de</i>

<sup>5</sup> 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 26 deméritos.



Nº	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
			16636:2015. (apartado 5.4) Norma UNE 171210:2008 (apartado 5)	actuación en el servicio de control de plagas” del emplazamiento del Hospital de Torrejón de Ardoz
12	PROGRAMACIÓN	No se evidencia la fecha de realización del plan de plagas, así como su última actualización.	Fallo de Calidad/Fallo de disponibilidad/aplicación de oportunidad de mejora Norma UNE – EN - 16636:2015. (apartado 5.6) Norma UNE 171210:2008	Incluir en el plan de plagas la fecha de la última actualización
13	PROGRAMACIÓN	No se evidencia en el contenido del plan de plagas la frecuencia de los tratamientos, aunque en el contrato de servicios está establecido	Fallo de disponibilidad/aplicación de oportunidad de mejora	Aunque en el contrato de servicios está establecido el <i>timing</i> y calendario, debería de incluirse en el plan de plagas el calendario y frecuencia de las tareas de monitoreo.
14	SISTEMA DE INFORMACIÓN Y CONTROL	En visita de campo se detecta que un portacebos de la zona de exteriores junto a la sala de máquinas está suelto (ha perdido el anclaje), así como alguno de ellos está un poco borrada la leyenda identificativa	Fallo de disponibilidad/aplicación de oportunidad de mejora	Sustituir portacebos exteriores; algunos de ellos se tienen borrada la información relevante: pictogramas de peligro, empresa mantenedora, teléfono de emergencias, etc), o al menos colocar a los portacebos de difícil legibilidad etiqueta con dicha información. Además anclar aquellos que están sueltos.
15	INCIDENCIAS DEL SERVICIO	En algunos trabajos por aviso del servicio de limpieza no se detecta el estudio de la causa raíz de alguna infestación Evidencia: -Parte nº DS662969 de fecha 19/05/2017. Infestación por hormigas en jardines exteriores.	Fallo de disponibilidad/aplicación de oportunidad de mejora	Estudiar la causa origen de la incidencia en todos los casos de ocurrencia de una incidencia e incluirlo en el parte de trabajo.

**Número de incidencia detectadas: 5**

**Deméritos obtenidos: 14<sup>6</sup>**

<sup>6</sup> 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 5 incidencias detectadas suponen una valoración de 14 deméritos.

Nº	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
<b>Residuos urbanos y sanitarios</b>				
16	IDENTIFICACIÓN RE SIDUOS CITOTÓXICOS (CLASE VI)	Etiquetas de Residuos clase VI no codificadas sin información registrada sobre fechas y zonas de generación. No hay registro de retirada en el almacén intermedio que lo certifique.	Fallo de calidad	Aplicar sistema de etiquetas codificadas para a posteriori hacer un registro de fechas y zonas de generación y de retirada en el almacén intermedio que lo certifique para control de la gestión.
17	TRANSPORTE EXTRACENTRO	En los contratos de tratamiento de CESPA comprobados no se refleja la fecha. Es requisito imprescindible para su verificación.	Fallo de calidad	Pedir que a partir de ahora todos los contratos de tratamiento lleven fecha.
18	ALMACENAJE	Inexistencia de almacenes intermedios refrigerados, ni tampoco neveras en los puntos de recogida.	Fallo de disponibilidad/Calidad	Si no hay posibilidad de crear un almacén intermedio refrigerado, se sugiere utilizar neveras en los puntos de recogida.
19	ALMACENAJE	No hay almacenes específicos para cada tipo de residuo, estando todos en el mismo almacén aunque separados y convenientemente segregados en estanterías móviles.	Fallo de calidad Buenas prácticas	Segregar residuos en almacenes de forma independiente para evitar riegos.
20	TRANSPORTE INTRACENTRO	No se señala en procedimiento de gestión de residuos del hospital, una frecuencia de retirada para residuos peligrosos en los almacenes intermedios. Aunque la frecuencia de retirada observada en trabajo de campo cumple con normativa, al no incorporarse en el procedimiento podría conllevar riesgo de incumplimientos futuros.	Fallo de calidad Buenas prácticas	Incluir en el procedimiento de gestión de residuos una frecuencia de retirada para residuos peligrosos en almacenes intermedios, que cumpla con la Normativa. Al menos una vez al día.
21	ALMACENAJE	La arqueta de contención del depósito final incumple la obligatoriedad de estar tapada para evitar incidentes tras derrames o vertidos.	Fallo de calidad Incumplimiento de normativa	Colocar tapa en la arqueta de contención de desagüe y tener alguna otra de repuesto en caso de rotura de la misma.
22	ALMACENAJE	La puerta exterior del depósito final puede dejar paso a roedores o insectos, ya que es de tipo menorquina	Fallo de calidad Incumplimiento de normativa	Se sugiere tapar la menorquina con una tela que cubra toda la puerta.
23	SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	Error en la carta de porte del transportista del día 17/01/18, indica recogida de 107 contenedores de 60 Kg, pero el libro de registro refleja una recogida de 186 contenedores de 60	Fallo de calidad	Revisión documental periódica de registros para control ante incidencias con los gestores de residuos.

Nº	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
24	NORMATIVA Y REGLAMENTO	Kg. Error en la hoja de porte, habiendo verificado dato correcto en libro de registros. En comprobación matrícula camión de recogidas se verifica que en la orden de porte del día 17/01/18, se indica como matrícula: 6171GTR, difiriendo de lo indicado en el libro de registro: 6792HHR	Fallo de calidad	Revisión documental periódica de registros para vigilancia ante incidencias con los transportistas de residuos.
25	INCIDENCIAS DEL SERVICIO	No se marca un plazo inicial para la consecución del objetivo de las AC, sino que cierran la AC cuando se ha verificado su eficacia, por lo que la única persona capaz de comprobar eficacia de la AC es el responsable que abrió la NC	Fallo de calidad	Es primordial la imposición de un plazo inicial (independientemente que luego haya que ampliarlo), para poder evaluar la eficacia y cumplimiento de manera objetiva.

**Número de incidencia detectadas: 9**

**Deméritos obtenidos: 24<sup>7</sup>**

### Conservación de viales y jardines

26	CONSERVACIÓN DE JARDINES	Mayoritariamente hay césped plantado, ya en mal estado y con gran necesidad de riego	Fallo de calidad/Aplicación de oportunidad de mejora  Buenas prácticas	Se recomienda cambiar césped por otro tipo de vegetación más sostenible, siendo adecuadas, en cuanto a riego y mantenimiento las especies autóctonas mediterráneas.
27	CALIDAD	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.

<sup>7</sup> 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 24 deméritos.

Nº	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
28	CALIDAD	No existe personal específico de información y apoyo a la accesibilidad	Fallo de disponibilidad/Calidad Aplicación de oportunidad de mejora Buenas prácticas	Se aconseja crear el puesto de “Personal de apoyo” para aquellos casos en los que usuarios o pacientes necesiten asistencia en la accesibilidad durante su estancia en el centro.
29	MEDIOS AUXILIARES	Algunas estructuras del mobiliarios exterior, como señales verticales y bolardos verdes de plástico están en mal estado	Fallo de calidad Procedimiento Mantenimiento	Realizar reparación y mantenimiento preventivo de viales y jardines.

**Número de incidencia detectadas: 4**  
**Deméritos obtenidos: 12<sup>8</sup>**

<sup>8</sup> 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 4 incidencias detectadas suponen una valoración de 12 deméritos.

### 10.3.2. INCIDENCIAS DETECTADAS EN RELACIÓN AL TRABAJO DE LA AUDITORÍA

No se ha tenido ninguna incidencia reseñable al respecto, excepto que las personas responsables del departamento de compras no se encontraban en el horario planificado, previamente, de auditoría y se tuvo que realizar un pequeño análisis de cuestiones relativas al mismo en horario adicional al establecido en el plan inicial.

## 11. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO DEL SERVICIO

### 11.1. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO

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

<b>SERVICIO: GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA</b>	Entradas
	Almacenaje (almacén general)
	Almacenaje (almacenes periféricos)
	Distribución
	Calidad
	Medios
	Sistemas de información y control
	Incidentes del servicio
<b>SERVICIO: DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN – (DD)</b>	Programación
	Medios (productos y equipos)
	Procedimiento
	Sistemas y técnicas
	Sistemas de información y control
	Normativas y reglamentos
<b>SERVICIO: RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS</b>	Incidentes 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
	Almacenaje
	Calidad
	Sistemas de Información y Control
	Normativa y Reglamento
	Incidencias del Servicio
<b>SERVICIO: MANTENIMIENTO DE VIALES Y JARDINES</b>	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)	100,0	100,0	Anual	
Almacenaje (Periféricos)	80,0	90,0	Anual	
Distribución	78,6	85,0	Anual	
Calidad	100,0	100,0	Anual	
Medios	79,5	85,0	Anual	
Sist. información y control	75,0	90,0	Anual	
Incidencias	100,0	100,0	Anual	
<b>RESULTADO GLOBAL</b>	<b>87,96</b>	<b>90,0</b>	Anual	

### 11.2.2. DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
Programación	67,9	95,0	Anual	

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
Medios (product y equipos)	100,0	100,0	Anual	
Procedimiento	100,0	100,0	Anual	
Sistemas y técnicas	100,0	100,0	Anual	
Sist. Información y control	90,0	95,0	Anual	
Normativas y reglamentos	100,0	100,0	Anual	
Incidencias	88,2	90,0	Anual	
<b>RESULTADO GLOBAL</b>	<b>91,57</b>	95,0	Anual	

### 11.2.3. CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
Conservación de jardines	87,1	90,0	Anual	
Accesibilidad	100,0	100,0	Anual	
Aparcamiento	100,0	100,0	Anual	
Plan de emergencias	100,0	100,0	Anual	
Calidad	76,2	98,0	Anual	
Medios auxiliares	85,0	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	
<b>RESULTADO GLOBAL</b>	<b>95,06</b>	<b>98,0</b>	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)	100,0	100,0	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)	100,0	100,0	Anual	

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
Ident. R.B. Esp. (clase III)	100,0	100,0	Anual	
Ident. R. Cito.(clase VI)	90,6	95	Anual	
Ident. R. Q.(clase V)	100,0	100,0	Anual	
Ident. R. Rad.(clase VII)	N/A		Anual	
Manipulación	100,0	100,0	Anual	
Transporte	95,5	97	Anual	
Almacenaje	92,6	95	Anual	
Sistemas de información y control	88	95	Anual	
Normativa y reglamento	94	95	Anual	
Incidencias del servicio	84,2	90	Anual	
<b>RESULTADO GLOBAL</b>	<b>95,31</b>	<b>98</b>	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. ACCESOS A LAS INSTALACIONES.



Foto 1: Acceso principal.

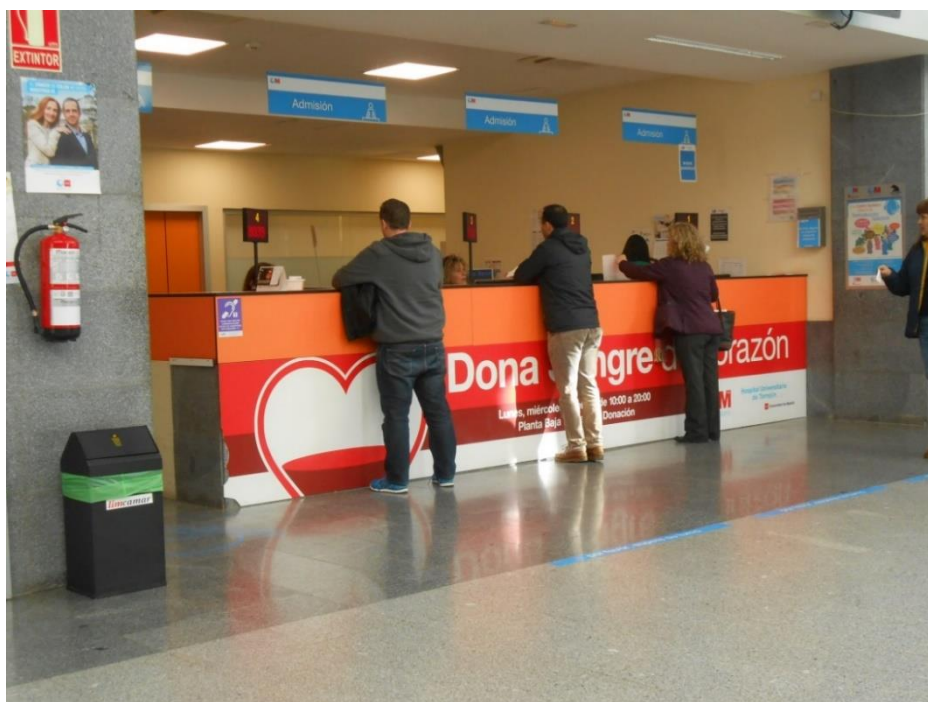


Foto 2: Hall de la zona de Admisión. **Ver Ítem 48.**



Foto 3: Acceso al área de Diálisis y Rehabilitación Cardíaca. Ver Ítems 43 y 50



Foto 4: Acceso a la zona de Parking subterráneo



### 13.1.2. ZONAS AJARDINADAS.



Foto 5: Estado de zonas ajardinadas. **Ver Ítem 3**



Foto 6: Incidencias detectadas. **Ver Ítems 43 y 50**



### 13.1.3. APARCAMIENTO.



Foto 7: Aparcamiento exterior con señal doblada. Ver Ítems 43 y 50.



Foto 8: Plazas de uso preferente en aparcamiento subterráneo.



Foto 9: Zona habilitada aparcamientos minusválidos.



Foto 10: Zona reservada ambulancias y situación del punto de reunión.

#### 13.1.4. LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO DE VIALES.



Foto 11: Productos y herramientas para limpieza de zonas comunes.



Foto 12: Maquinaria de limpieza de zonas comunes (I).





Foto 13: Maquinaria de limpieza de zonas comunes (II).

#### 13.1.5. GESTIÓN DE RESIDUOS



Foto 14: Zona de almacenamiento intermedio de residuos.





Vista general del depósito final de residuos con desagüe sin tapa. **Ver Ítems 110 y 103.**



Foto 15: Zona de acopio de residuos: Contenedor para RSU y compactadoras



Foto 16: Puerta de acceso al depósito final. **Ver Ítem 112.**

### **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.



## CUESTIONARIO DE AUDITORÍA

Código	
CA-HT-AL	
Edición	Fecha edición
1	19.01.18

<b>Hospital Auditado</b>	Hospital Universitario Torrejón de Ardoz
<b>Servicio Auditado</b>	Gestión de almacenes y distribución logística
<b>Fecha de la Auditoría</b>	20 de Febrero de 2018
<b>Equipo auditor</b>	Vicente Luis Martínez Camacho
<b>Responsable del Servicio auditado</b>	Patricia Bonilla
<b>Otros interlocutores</b>	Teresa Baz, Pablo Gallardo

RESULTADO DE LA AUDITORÍA	
<b>Total deméritos posibles :</b>	<b>216</b>
<b>Deméritos obtenidos :</b>	<b>26</b>
<b>Porcentaje de deméritos :</b>	<b>12,04%</b>
<b>RESULTADO: 100% - (% deméritos)</b>	<b>87,96%</b>

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		
	<b>PROCESO:ENTRADAS</b>					<b>Tipo fallo</b>	
1	Analizar el registro de la última auditoría interna	0	2	3		FD2	Se realiza los días 12 y 13 de Junio de 2017. La lleva a cabo Patricia Moreno Arroyo, persona competente.
2	¿Existe un catálogo de productos actualizado?	0	3	4		FC2	Está en Navision (plataforma digital operativa). El archivo es actualizado automáticamente. Archivo llamado "listado de unidad de almacenamiento".
3	Ver propuesta de compras aprobada por la comisión	0	3	4		FC2	Se evidencia a través de la autorización de inversiones de capital. Evidencia: Autorización de inversión de compra de un impedanciómetro para consultas de ORL. N° 124. Autorización HUT1714-72, de fecha 01/09/2017. Aprobada el 01/09/2017 por la gerencia del

							gospital
4	Ver los tres presupuestos solicitados	0	2	3		FC2	Se solicitan 2 ofertas: -Optomic. Nº de oferta lanzada: 12961. Presupuesto: 9514 €. -Diatec. Nº de oferta lanzada: DC17-000024. Presupuesto: 5460 €.
5	Ver la confirmación del pedido por la central de compras	0	3	4		FC2	Se adjudica a Distec el día 01/09/2017 mediante contrato "acuerdo de compra venta y mantenimiento de equipo". Firmado por ambas partes en la fecha indicada y asignado al pedido de compra: PQT17-00126, en la misma fecha: 01/09/2017.
6	Ver trazabilidad de un pedido a un proveedor	0	3	4		FD2	Se realiza a través de la plataforma "Navision". Nº PCT18-01579. Fecha: 19/02/2018. Son 3 referencias. Se recepciona 20/02/2018. Albarán 18409122. 19/02/2018. Son 2 referencias para almacén quirófanos y una referencia para paritorio. Se comprueba la mercancía en el almacén de tránsito, previo entrega a las 13,00 horas a sus almacenes respectivos.
7	¿Existe un procedimiento documentado para la recepción de pedidos?	0	3	4		FC2	Se detalla dentro del procedimiento de almacén general, en el primer apartado descrito, y correspondiente a "Comprar productos o servicios". Última actualización de 18 de Enero de 2018.
8	¿Existe un procedimiento documentado para la recepción de mercancías?	0	3	4		FC2	Se detalla dentro del procedimiento de almacén general, en el apartado correspondiente de "Reponer almacén general". Última actualización de 18 de Enero de 2018.
9	¿Existe una planificación para la recepción de mercancías?	0	3	4		FC1	Se detalla dentro del procedimiento de almacén general, en el apartado

						correspondiente de “Reponer almacén general”. Última actualización de 18 de Enero de 2018. Nº PCT18-01579. Fecha: 19/02/2018. Albarán nº 18409122. 19/02/2018.
10	¿Se verifican los productos recepcionados?	0	3	4	FC1	Detallado en el procedimiento anteriormente comentado. Nº PCT18-01579. Fecha: 19/02/2018. Albarán nº 18409122. 19/02/2018.
11	¿Se coteja el albarán con las mercancías recibidas?	0	3	4	FC2	Nº PCT18-01579. Fecha: 19/02/2018. Albarán nº 18409122. 19/02/2018.
12	¿Se cumplen los horarios para la recepción de mercancías?	0	3	4	FC2	Recepcionan de 7,30 h. a 13,00 h. Evidencia de recepción: Nº PCT18-01579. Fecha: 19/02/2018. Albarán nº 18409122. 19/02/2018. Se recibe a las 10,45 h.
13	¿Se clasifica la mercancía recibida?	0	2	3	FC1	Evidenciado en trabajo de campo y concordancia con el punto 5 del apartado correspondiente de “procedimiento de almacenes”, mediante agrupación por familias y utilizando el sistema FIFO.  Evidencia: Nº PCT18-01579. Fecha: 19/02/2018. Albarán nº 18409122. 19/02/2018
14	¿Existe un procedimiento de gestión de rechazos y devoluciones?	0	3	4	FC2	Sólo se ve en puntos 7 y 8 de apartado de “Reponer almacén central” según el procedimiento general de almacenes.  <i>Poner en comentarios: Posible OFI, ya que está muy pobre.</i>
15	Existe una zona para ubicar los productos rechazados, devoluciones o no conformes?	0	3	4	FD2	<i>No se evidencia</i>
16	¿Están designados los operarios encargados de la recepción?	0	1	2	FD2	Peón de almacén. Perfil de puesto completamente desarrollado. Visto en organigrama.
17	¿Están definidas las funciones y responsabilidades de las personas encargadas de la recepción?	0	3	4	FD2	Peón de almacén. Perfil de puesto completamente desarrollado



18	¿Se gestiona adecuadamente la documentación asociada al pedido?	0	3	4		FC2	Se realiza a través de la plataforma "Navision". Nº PCT18-01579. Fecha: 19/02/2018. Son 3 referencias. Se recepciona 20/02/2018. Albarán 18409122. 19/02/2018. Son 2 referencias para almacén quirófanos y una referencia para paritorio.
----	---	---	---	---	--	-----	--

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	Evidenciado en el procedimiento general de “almacén general” en todos sus apartados. Actualizado a fecha de 18 de Enero de 2018.
20	¿Existen KPI’s para analizar la eficacia y eficiencia del almacén?	0	2	3		FD2	ok
21	¿Existe un stock mínimo y máximo definido para todos los productos?	0	3	4		FC2	Así está establecido en la lista de artículos “listado de unidad de almacenamiento”.
22	¿Hay establecido un nivel de stock de seguridad?	0	2	3		FC1	Coincide con el determinado por el stock mínimo.
23	¿Hay establecido un segundo punto de pedido para los productos?	0	3	4		FC2	No es necesario ya que se determina por un sistema de alertas y es actualizado a diario.
24	¿Se realizan inventarios y con qué periodicidad?	0	3	4		FC2	Se realizan inventarios trimestrales, coincidiendo en día Miércoles de la semana, por ser día que no hay servicio a periféricos y al ser central de la semana.
25	Ver si hay productos por debajo de stock mínimo y si existe propuesta de pedido al proveedor	0	3	4		FC1	-Día 19/02/2018 se produce la baja de: MS211065 está a cero y punto pedido está en 1 udad. MS250047 está a cero y el punto pedido está en 2 udes. -Día 20/02/2018 Se lanza el pedido automáticamente para pedido a proveedor

							Con la referencia PCT19-01670.
26	Ver funcionamiento de almacén en tránsito: comprobar petición del servicio, ver pedido de material al proveedor, ver la baja en el almacén de tránsito, dispensación a servicio	0	3	4		FC2	<p>Todo el material de los distintos servicios en los almacenes periféricos se realiza a través de la imputación diaria en cada uno de los almacenes.</p> <p>Los pedidos se realizan directamente desde el Navision de forma automática por el stock mínimo y punto de pedido.</p> <p>Evidencia: Nº PCT18-01579. Fecha: 19/02/2018. Son 3 referencias.</p> <p>Se recepciona 20/02/2018. Albarán 18409122. 19/02/2018.</p> <p>Son 2 referencias para almacén quirófanos y una referencia para paritorio.</p>
<b>PROCESO:ALMACENAJE (Almacenes periféricos)</b>							
27	¿Existen procedimientos documentados para la gestión del almacén?	0	2	3		FC2	<p>Se detalla dentro del procedimiento de almacén general, en el apartado descrito, y correspondiente a “Suministrar material a almacén periférico”. Última actualización de 18 de Enero de 2018.</p>
28	Existen pactos de consumo actualizados con los distintos servicios peticionarios	0	3	4		FC2	<p>Se detalla dentro del procedimiento de almacén general, en el apartado descrito, y correspondiente a “Definir pacto de consumo de suministros”. Última actualización de 18 de Enero de 2018.</p> <p>Evidencia: Nº PCT18-01579. Fecha: 19/02/2018. Son 3 referencias.</p> <p>Se recepciona 20/02/2018. Albarán 18409122. 19/02/2018.</p> <p>Son 2 referencias para almacén quirófanos y una referencia para paritorio.</p>

							También se puede evidenciar altas creadas para familias de productos, según el servicio requerido
29	Comprobar el correcto funcionamiento del Doble Cajón	0	3	4	N/A	FC2	<u>Se realiza gestión por stock</u>
30	Se corresponden las etiquetas con los productos y cantidades almacenadas en los compartimentos?	0	3	4	N/A	FC2	
31	¿Los compartimentos contienen el 50% de la cantidad estipulada?	0	2	3	N/A	FC2	
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	N/A	FC2	
33	¿Queda constancia de la verificación por el supervisor del pedido no registrado en doble cajón?	0	2	3	N/A	FC2	
34	¿Está establecida una ubicación específica para los productos no almacenados en armario?	0	2	3	N/A	FC2	
35	¿Se realiza un control del número de pedidos realizados por urgencia?	0	2	3		FD2	<p>Aunque se realizan altas de productos solicitados por los servicios, como se ha comentado en el punto 28, por ejemplo:          -El servicio de cirugía, con fecha 19/02/2018 envía solicitud de necesidad con características especiales para un producto a compras y se gestiona un pedido, pero no se gestiona como tal, ya que el pedido en sí se lanza después, tal como material de depósito. Pero no es considerado en sí como “pedido de urgencia”</p> <p><i>Observaciones:          es recomendable incluir un control numérico de los pedidos no estándar y urgentes.</i></p>
36	¿Cómo se gestionan las devoluciones de producto del Servicio al almacén?	0	2	3		FD2	<p>Se suelen realizar telefónicamente desde el servicio suministrado al departamento de almacén.</p> <p><i>Observaciones:          Se recomienda usar la reclamación por escrito vía email o similar para quedar constancia en almacén y proceder de una</i></p>

							forma más eficaz.
--	--	--	--	--	--	--	-------------------

Nº	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, a través del archivo llamado "listado de unidad de almacenamiento".
38	¿Hay establecido un nivel de stock de seguridad?	0	2	3		FC2	Sí, a través del archivo llamado "listado de unidad de almacenamiento".
39	¿Se realizan inventarios y con qué periodicidad?	0	3	4		FC2	Se realizan inventarios trimestrales, coincidiendo en día Miércoles de la semana, por ser día que no hay servicio a periféricos y al ser central de la semana.
<b>PROCESO:DISTRIBUCIÓN</b>							
40	¿Hay establecido un plan de reparto a los servicios peticionarios?	0	3	4		FC1	Sí, está establecido en el "calendario reposición interno 2018". Se realiza de forma diaria, excepto al centro de especialidades que se realiza una vez por semana.  <i>Observaciones: Incluir en el procedimiento general un anexo con el calendario de reposición</i>
41	¿El plan de reparto se encuentra aprobado por dirección?	0	3	4		FD2	Se ha consensuado con los servicios
42	¿Hay establecido un horario para la reposición?	0	3	4		FD2	A las 13,00 h. diariamente.
43	¿Se cumple el plan de reparto?	0	3	4		FC1	ok
<b>PROCESO:CALIDAD</b>							
44	¿Existe un plan de formación para el personal del almacén?	0	3	4		FC2	Evidencia: "Plan de formación 2017" actualizado
45	¿Existen registros de las acciones formativas de los empleados?	0	3	4		FC2	Evidencias: -Sergio Alfonso Pacheco Agudo. Formación en manipulación de cargas. 17/02/2017. 1,5 horas. -Miguel Ángel pardo. Formación en LOPD.

						Fecha: 20/12/2017. 1 hora.
46	¿Existe un catálogo de productos actualizado y revisado?	0	3	4	FC2	Está en Navision (plataforma digital operativa). El archivo es actualizado automáticamente. Archivo llamado "listado de unidad de almacenamiento".
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	Realizada por el servicio de prevención del hospital universitario de prevención, según documento de formato de referencia SP-ER en fecha 28/08/2014.

Nº	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		FC2	Solamente el material susceptible de frío está en tránsito, como mucho un rato.
49	¿Existe un inventario de bienes de capital en el almacén?	0	3	4		FD2	Sí, Evidencia: Ficha de traspaletas y EPIs para trabajadores, en archivador registrado en oficinas, en formato papel
50	¿Existe plan de mantenimiento de bienes de capital: carretillas, elevadoras, etc?	0	3	4		FD2	Existe un mantenimiento correctivo, pero no preventivo  <i>Observaciones: Realizar un control preventivo periódico de las traspaletas de forma periódica, según instrucciones del fabricante</i>
51	¿Se realiza un diario de mantenimiento de las carretillas elevadoras?	0	3	4	N/A	FD2	
52	¿Se guardan registros de los mantenimientos realizados a los bienes de capital?	0	3	4		FD2	Solamente los correctivos de traspaletas
53	¿Se realiza un mantenimiento de las instalaciones: estanterías	0	3	4		FD2	No es obligatorio, pero se realiza una inspección visual de forma continua y se avisa a mantenimiento ante cualquier pequeña incidencia.
54	¿Se realiza un mantenimiento de los medios auxiliares, escalerillas, por ejemplo	0	3	4		FD2	Se realiza de forma visual.  <i>Observaciones: Se detecta una escalerilla en el el almacén</i>

							<i>de urgencias sin tapas antideslizantes en las patas traseras.</i>
55	¿Se realiza un mantenimiento de las instalaciones: contraincendios?	0	3	4		FC1	Realizada por la empresa "Prinsser. Sistemas de detección y extinción de incendios": empresa de conformidad.
56	Comprobar si las actas de mantenimiento de instalación internas o externas cumplen la legislación. Ver anexo	0	3	4		FC2	Intervención de mantenimiento anual. Nº de informe: M-1711547. Fecha: 30/11/2017.
57	Si lo hace personal interno, tienen la certificación requerida?	0	3	4	N/A	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	Evidenciado según informe último de servicio ejecutado. Intervención de mantenimiento anual. Nº de informe: M-1711547. Fecha: 30/11/2017.  <i>Observaciones: Existe un extintor del almacén central el cual no está accesible (RD 513/2017)</i>
59	¿Se proporciona a los trabajadores de almacén los equipos de protección individual adecuados para el desempeño de sus funciones?	0	3	4		FC2	Evidenciado en visita de campo
60	¿Las condiciones en que se desarrollan las actividades es adecuado para la correcta realización de las tareas?	0	3	4		FC2	Se evidencia el orden y limpieza en todos los almacenes, aparte de estar bien conservados y tener los espacios necesarios para manejar con efectividad y comodidad.
<b>PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL</b>							
61	Trazabilidad de pedidos compras-almacén	0	3	4		FD2	Se realiza a través de la plataforma "Navision". Nº PCT18-01579. Fecha: 19/02/2018. Son 3 referencias. Se recepciona 20/02/2018. Albarán 18409122. 19/02/2018. Son 2 referencias para almacén quirófanos y una referencia para paritorio. Se comprueba la mercancía en el almacén de tránsito, previo entrega a las 13,00 horas a sus almacenes respectivos.
62	Revisar registro de entradas y salidas	0	3	4		FD1	Evidencias: MS020254 MS020135 MS100737

							Es correcto
63	Realizar prueba de coincidencia entre inventario informático y físico	0	3	4		FD2	<p>Se comprueba la coincidencia entre el stock físico y el inventario mediante la inspección de varias referencias.</p> <p>Evidencias:  MS020254 = 13 udes. Ok  MS020135 = 9 udes. Ok.  MS100737 = 72 udes. Ok.</p> <p><i>Observaciones:</i>  <i>No se evidencian en la plataforma "Navision" las ubicaciones de los productos en el almacén central (pasillos, estanterías, etc). Se recomienda incluirlas para una mayor eficacia del proceso.</i></p>
<b>PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO</b>							
64	¿Se lleva a cabo un registro y control de incidencias en el almacén?	0	3	4		FD2	Se realiza a través del documento Excel "NC Almacenes" actualizado a 20/02/2018.
65	¿Se toman acciones correctivas para solucionar las incidencias producidas?	0	3	4		FD2	<p>Se realiza una planificación de las acciones correctivas asociadas a las no conformidades.</p> <p>Evidencia:  Nº 1105. Apertura 13/06/2017. Descripción: "En los almacenes del bloque quirúrgico se encuentra material caducado".  Se analizan las causas. Se determina la causa origen, se implementa plan de acción, se asignan responsabilidades. Se ejecuta el plan y se cierra.</p>
66	¿Se cierran las acciones correctivas en plazo?	0	3	4		FD2	<p>Evidencia anterior:  Cierre en fecha 25/07/2017.</p>

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

- 1.- Desarrollar dentro del procedimiento general de almacenes, de una manera más detallada, el tratamiento a seguir para rechazos y devoluciones del almacén central.
- 2.- Determinar e identificar zona en almacén central el producto no conforme.
- 3.- Se recomienda establecer un control numérico de los pedidos no estándar y urgentes, para establecer un indicador de desempeño de la gestión de compras.
- 4.- Para la gestión de las devoluciones de producto en el servicio de almacenes periféricos se recomienda usar la reclamación por escrito vía email o similar para quedar constancia en almacén y proceder de una forma más eficaz, y no sólo la llamada telefónica desde el servicio a almacén central
- 5.- Incluir en el procedimiento general un anexo con el calendario de reposición con el plan de reparto a los servicios peticionarios.
- 6.- Se recomienda establecer un registro de incidencias con proveedores: fechas de retraso, errores de facturación, material en mal estado, etc. (por ejemplo tipo Excel u otro)
- 7.- Realizar un control preventivo periódico de las traspaletas de forma periódica, según instrucciones del fabricante
- 8.- Colocar tapas antideslizantes a todas las escalerillas de los almacenes periféricos que no las posean para evitar posibles caídas del personal al coger o ubicar productos en las zonas altas de las estanterías.
- 9.- Incluir en la plataforma "Navision" un apartado con las ubicaciones de los productos en el almacén central (pasillos, estanterías, etc). Se recomienda incluirlas para una mayor eficacia del proceso.



Firma del auditor


Firma del auditado
<p>Función:</p>

- ¿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).

Código	
CA-HT-DD	
Edición	Fecha edición
1	19.01.18

<b>Hospital Auditado</b>	Hospital Universitario Torrejón de Ardoz
<b>Servicio Auditado</b>	Gestión del servicio de desinsectación / desratización (DD)
<b>Fecha de la Auditoría</b>	20 Febrero 2018
<b>Equipo auditor</b>	Vicente Luis Martínez Camacho - Alfonso Guzmán
<b>Responsable del Servicio auditado</b>	Patricia Bonilla
<b>Otros interlocutores</b>	Maribel Martínez, Rafael Pérez, Daniel López

RESULTADO DE LA AUDITORÍA	
<b>Total deméritos posibles :</b>	<b>166</b>
<b>Deméritos obtenidos :</b>	<b>14</b>
<b>Porcentaje de deméritos :</b>	<b>8,43%</b>
<b>RESULTADO: 100% - (% deméritos)</b>	<b>91,57%</b>

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		
	<b>PROCESO: PROGRAMACIÓN</b>					<b>Tipo fallo</b>	
1	¿Se han estudiado las situaciones previas respecto al sitio o emplazamiento?	0	3	4		FC1	Estudios realizados e incluidos en el plan de plagas “protocolo de actuación en el servicio de control 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	Estudios realizados e incluidos en el plan de plagas “protocolo de actuación en el servicio de control de plagas”.  <b>Aunque no se evidencia claramente el estudio de los riesgos debidos a la implementación del plan que deberían llevar a cabo y tener en cuenta para minimizarlos</b>
3	¿Se ha establecido un plan de plagas para este hospital?	0	3	4		FC2	“protocolo de actuación en el servicio de control de plagas”.  <b>No se evidencia la fecha de realización</b>

							<b>del plan de plagas, así como su última actualización</b>
4	¿Se establecen planos con la situación de los cebos/portacebos?	0	3	4		FC2	Planos correspondientes a la planta baja y planta de calle.
5	¿Se ha realizado una zonificación atendiendo a la situación de riesgo?	0	3	4		FC2	Se refleja en los planos anteriormente comentados. Aunque como se ha comentado en el punto 2 no se evidencia de forma detallada por zonas, en el plan de plagas.
6	Derivado del establecimiento del plan de plagas, ¿Se establece calendario de actividad según tratamiento?	0	3	4		FC2	<b>Debería de incluirse en el plan de plagas el calendario y frecuencia de las tareas de monitoreo de trampas y portacebos.</b>
7	¿Se han llevado a cabo las actividades según la programación?	0	3	4		FC1	Se cotejan las correspondientes a los trabajos realizados en diciembre de 2017 y Enero 2018, según partes de trabajo: -Parte de trabajo N° DS798393 de 09/01/2018. -Parte de trabajo n° DS783237 de 11/12/2017.
<b>PROCESO: MEDIOS (PRODUCTOS Y EQUIPOS)</b>							
8	¿Existe un procedimiento de compras de productos biocidas?	0	2	3	N/A	FC	
9	¿Se describen los productos utilizados según técnica aplicada?	0	2	3		FC	Se refleja en el plan de plagas “protocolo de actuación en el servicio de control de plagas”.
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		FC	Evidenciado en el plan de plagas “protocolo de actuación en el servicio de control de plagas”.
11	¿Existen fichas de seguridad de los productos empleados?	0	2	4		FC	Evidencias, según RD255/2003 -Massforce quantum. Revisado 18/05/2015 -Nupilac Hidro AZM Green. Fecha 29/11/2016. -Avispa clac aerosol.

12	¿Disponen todos los aplicadores de dichas fichas de seguridad?	0	3	4		FC	Evidenciado a través del trabajo de campo efectuado conjuntamente con Rafael Pérez y Daniel López, técnicos aplicadores competentes. Las llevan en sus carpetas y en las tablets
13	¿Existe un listado de EPIs para uso de los aplicadores?	0	2	3		FC	Se encuentran entregados por cada uno de los aplicadores. Evidencia: enseñado por el jefe de equipo Rafael Pérez.
14	¿Autorización Medicina preventiva de técnicos aplicadores?	0	2	3		FC	Se ven las evidencias de la aptitud según los reconocimientos médicos de la vigilancia de la salud de 2 aplicadores, realizadas por el servicio de prevención y vigilancia de la salud Gabinetesme prevención: -Luis Eduardo Rubio López, de fecha 22/05/2017. APTO. -Daniel López de Barrera Chamorro, fecha 22/05/2017. APTO.
Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
	<b>PROCESO: PROCEDIMIENTO</b>					<b>Tipo fallo</b>	
15	¿Existen procedimientos documentados para la realización del método de desinsectación?	0	2	3		FC2	Procedimiento incluido en el plan de plagas "protocolo de actuación en el servicio de control de plagas".
16	¿Existen procedimientos documentados para la realización del método de desratización?	0	2	3		FC2	Procedimiento incluido en el plan de plagas "protocolo de actuación en el servicio de control de plagas".
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 "protocolo de actuación en el servicio de control de plagas".
19	¿Existe una secuencia lógica del proceso/método en desratización?	0	3	4		FC2	Procedimiento incluido en el plan de plagas "protocolo de actuación en el servicio de control de plagas".
<b>PROCESO: SISTEMAS Y TÉCNICAS</b>							
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 y el partes de intervención: -Parte de trabajo Nº DS798393 de 09/01/2018. -Parte de trabajo nº DS783237 de 11/12/2017.
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 y el partes de intervención: -Parte de trabajo Nº DS798393 de 09/01/2018. -Parte de trabajo nº DS783237 de 11/12/2017.
22	¿Se realizan las aplicaciones según el plan de plagas/procedimientos descritos/I.T., etc en desinsectación?	0	3	4		FD1	Se tienen en cuenta los planos que se entregan tras una intervención en el informe de trabajo. Se evidencia en trabajo de campo. Visita a exteriores planta baja y salas de máquinas.
23	¿Se realizan las aplicaciones según el plan de plagas/procedimientos descritos/I.T., etc en desratización?	0	3	4		FD1	Se tiene en cuenta los planos que se entregan tras una intervención en el informe de trabajo. Se evidencia en trabajo de campo. Visita a exteriores planta baja y salas de máquinas.

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 y el partes de intervención: -Parte de trabajo N° DS798393 de 09/01/2018. -Parte de trabajo n° DS783237 de 11/12/2017.
<b>PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL</b>							
25	¿Se llevan a cabo los controles en los trabajos realizados mediante registros de control?	0	2	3		FD2	Se realizan de manera eficaz. Evidencias: -Parte de trabajo N° DS798393 de 09/01/2018. -Parte de trabajo n° DS783237 de 11/12/2017.
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	No todos.  Evidencia:  <b><i>Se recomienda sustituir los portacebos de exteriores ya que en algunos de ellos se encuentra borrada la información relevante reglamentaria: pictogramas de peligro, empresa mantenedora, teléfono para emergencias, etc).</i></b> <b><i>Así mismo, anclar de nuevo aquellos que están sueltos.</i></b>
27	¿Están todos los portacebos y trampas colocados adecuadamente según plano?	0	3	4		FD2	Evidenciado en visita de campo.
28	¿Se marcan los planos de portacebos y otros sistemas físicos de control de plagas con fecha de revisión y aplicador que lo realiza?	0	2	3		FD2	Se evidencia en trabajo realizado en campo

29	¿Se identifican los portacebos con número según plano?		0	2	3		FD2	Se evidencia en trabajo realizado en campo
30	¿Se registran todos los tratamientos realizados en libros físicos, digitales, etc.?		0	3	4		FD2	Se archivan en soporte papel situada en despacho de Área supervisión limpieza.
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 tiene en cuenta los trabajos realizados según especifica el plan de plagas y el partes de intervención: -Parte de trabajo N° DS798393 de 09/01/2018. -Parte de trabajo n° DS783237 de 11/12/2017.
33	¿Todos los registros de ejecución de trabajos están firmados por el cliente?		0	2	3		FD2	-Parte de trabajo N° DS798393 de 09/01/2018. -Parte de trabajo n° DS783237 de 11/12/2017.
	Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
			T	P	N	N/A		
PROCESO: NORMATIVAS Y REGLAMENTOS							Tipo fallo	
34	¿Posee la empresa el registro de autorización legal de realización de servicios DD?		0	3	4		FC1	Registrada en el Registro Oficial de Servicios y Establecimientos Biocidas con el N° 140-CM-ESR, es responsable, desde el 1 de DICIEMBRE de 2014, del Programa



							de Prevención y Control de Vectores en las instalaciones en la localidad de Torrejón de Ardoz (Madrid).
35	Los certificados de tratamientos firmados por cliente, según epígrafe anterior, ¿están correctamente archivados y conservados?	0	3	4		FD2	En soporte papel situada en despacho de Área supervisión limpieza y se registra en la carpeta de UTC (Unidad técnica de control). Evidencia: Informe Diciembre/2017 (11/12/2017)
36	¿Poseen los técnicos aplicadores el título vigente según RD 830/2010?	0	3	4		FC2	Se evidencian con los siguientes: -Luis Eduardo Rubio López. Certificado de profesionalidad. DNI 50098423 F. fecha 30/05/2016. -Fernando tena Amaya. DNI 50963438S. Fecha: 28/04/2011.
37	¿Posee la empresa un responsable técnico y está en plantilla, según establece el RD 830/2010?	0	3	4		FC2	José María Herraz. Técnico superior de higiene ambiental.
38	Los productos utilizados están inscritos en el registro oficial de biocidas, según RD 1054/2002?	0	3	4		FC2	-Nupilac Hidro AZM Green. Nº 13-30-06623. Fecha: 10/04/2015. -Massocide alfa Plus. Nº 16-30-05828 27/06/2016
39	¿Se cumplen todos los requisitos relacionados con la ley de PRL (31/1995) para aquellos trabajadores que realizan el servicio?	0	3	4		FC2	Se evidencian con las formaciones y entregas de equipos EPIs comentados.
40	¿Tiene la empresa suscrito contrato con gestor de residuos autorizado por la CAM (Ley 22/2011)?	0	3	4		FC2	Se gestionan a través de CESP.A.
41	¿Segregan bien los residuos generados en las actividades de DD (Ley 22/2011)?	0	3	4		FC2	Evidenciado en visita de campo
42	¿Posee la empresa algún pequeño almacén en el hospital que almacene productos químicos biocidas?	0	3	4	N/A	FD2	No aplica
<b>PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO</b>							
43	¿Se lleva a cabo un registro y control de incidencias en el servicio?	0	3	4		FC2	"Registro de maestro de incidencias".
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. Pero no se estudian la Causas raíz en todos los casos. Evidencias: -Parte nº DS662969 de fecha 19/05/2017.

						<p>Infestación por hormigas en jardines exteriores.</p> <p>Observaciones:  <b>Estudiar la causa origen de la incidencia en todos los casos de ocurrencia de una incidencia.</b></p>
45	¿Se realizan correcciones inmediatas para solucionar las incidencias producidas?	0	2	3	FC2	<p>Intervención por parte de Anticimex, según trabajo nº DS662969 de fecha 19/05/2017. Infestación por hormigas en jardines exteriores.</p>
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	<p>Aunque se tiene una aplicación informática de “No Conformidad” a través de la cual el departamento de calidad gestiona las No Conformidades. Por parte, en este caso del servicio de limpieza no ha abierto ninguna No conformidad respecto a gestión de plagas DD que se deba gestionar mediante un plan de acciones correctivas.</p> <p>Todas las habidas hasta el momento han sido muy pequeñas intervenciones puntuales que se gestionan y cierran en el mismo día o al siguiente atacando la causa principal.</p> <p>Evidencia:          -Intervención por parte de Anticimex, según trabajo nº DS662969 de fecha 19/05/2017. Infestación por hormigas en jardines exteriores.</p>
47	¿Se establecen indicadores o KPIs para determinar el índice de satisfacción del servicio DD?	0	2	3	FC2	<p>Se realizan de forma indirecta a través de un valor para el conjunto de servicios, pero no de forma específica para el de DD</p>

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

- 1.- No se evidencia de forma clara un estudio completo y exhaustivo del estudio de los factores de riesgos en el site. (véase el plan de plagas "protocolo de actuación en el servicio de control de plagas" del emplazamiento del Hospital de Torrejón de Ardoz. Desarrollarlo más eficazmente e incluirlo en el dicho plan de plagas.
- 2.- Actualizar el plan de plagas, incluyendo fecha de la actualización. No se evidencia la fecha de realización del plan de plagas, así como su última actualización.
- 3.- Aunque en el contrato de servicios está establecido el timing y calendario, debería de incluirse en el plan de plagas el calendario y frecuencia de las tareas de monitoreo.
- 4.- Se recomienda sustituir los portacebos de exteriores ya que en algunos de ellos se encuentra borrada la información relevante reglamentaria: pictogramas de peligro, empresa mantenedora, teléfono para emergencias, etc), o al menos colocar a los portacebos de difícil legibilidad etiqueta con dicha información.  
Así mismo, anclar de nuevo aquellos que están sueltos.
- 5.- Estudiar la causa origen de la incidencia en todos los casos de ocurrencia de una incidencia e incluirlo en el parte de trabajo.

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 Universitario de Torrejón
Servicio Auditado	Servicio de Residuos Urbanos y Sanitarios
Fecha de la Auditoría	19/2/2018
Equipo auditor	V. Villarejo/A. Guzmán/J.L. González
Responsable del Servicio auditado	Patricia Bonilla Pintado, Patricia Moreno (Responsable de Calidad)
Otros interlocutores	Ezequiel Bento (Limcamar)

RESULTADO DE LA AUDITORÍA	
Total deméritos posibles :	512
Deméritos obtenidos:	18
Porcentaje de deméritos :	4,69
<b>RESULTADO: 100% - (% deméritos)</b>	<b>95,31%</b>

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: 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	Se comprueba que existen puntos de recogida. No se utilizan contenedores al uso, sino unos cubetos con ruedas para el traslado interno de bolsas. En zona exterior junto al almacenamiento de peligrosos se traspasan a una bañera (como las de RCD's) que es la que se lleva el gestor.
2	De existir estos puntos de recogida, ¿Están convenientemente identificados?	0	3	4		FC1/ FD1	Los puntos de recogida de Residuos se identifican perfectamente y no existe posibilidad de confusión, pero ningún hospital tiene en estos puntos carteles identificativos.
3	¿Existen compactadores u otros elementos de mecanización por presión de residuos?	0	1	2		FD2	Se comprueba que existen compactadores: uno de cartón y plásticos, otro de orgánicos. En este caso, los Residuos Clase I y II no tienen contenedores grandes y se vuelca todo directamente en el compactador, que el camión recoge directamente. Están en el exterior junto al almacén de peligrosos.
4	Los contenedores, recipientes y envases, ¿cumplen con los requisitos requeridos en cuanto a sus características físicas?	0	3	4		FC1	Se comprueba que cumplen con los requisitos requeridos. Todos son pequeños, no hay contenedores grandes. Los residuos se transportan al depósito final en unas tinas de plástico habilitadas (ANEXO FOTOGRAFICO) y se vuelcan directamente en el compactador. No utilizan contenedores de RSU con posibilidad de cierre, sino bañeras abiertas, depositando ahí las bolsas cerradas Intracentro.
5	Las zonas de recogida y almacenamiento, ¿poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4		FC1/ FD2	Todos los puntos de recogida, almacenes intermedios y depósito final cuentan con equipos de extinción de incendios.
6	¿La limpieza de contenedores, recipientes, medios de transporte, maquinaria y demás utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4		FC1/ FD2	En este hospital no hay contenedores grandes, por lo tanto no existe una zona habilitada para su limpieza. En los envases y contenedores pequeños (Papeleras y cubos) se aprecia una limpieza suficiente. La limpieza de las bañeras con ruedas la realizan en el exterior junto a las compactadoras con una frecuencia de una o dos veces/día.
PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Biosanitarios Especiales (Clase III)							
7	¿Existen Puntos de recogida específicos para RRSS Clase III?	0	3	4		FC1/ FD1	Se comprueba que existen puntos de recogida. En concreto registramos su evidencia en 3 zonas diferenciadas: Banco de sangre, Hospital de día y Anatomía patológica.
8	De existir estos puntos de recogida, ¿están convenientemente identificados?	0	3	4		FC1/ FD1	No existe cartel identificativo, pero si zonas habilitadas perfectamente identificadas.
9	¿Se utilizan envases no rígidos específicos (color rojo) para recoger los residuos Clase III?	0	3	4	N/A	FC1	No utilizan bolsa de color rojo. Los cubos que les proporciona el Gestor son herméticos y cuando se cierran ya no se pueden abrir, por lo que el uso de la bolsa roja no aplicaría. No utilizan bolsas de color rojo.

						únicamente contenedores rígidos negros con tapa amarilla, conforme a procedimiento.
10	¿Se utilizan contenedores y recipientes rígidos o semirrígidos, exclusivos para este tipo de residuo?	0	3	4	FC1	Existen contenedores y recipientes rígidos específicos. Son negros con tapa amarilla y junta de estanqueidad.
11	¿Los contenedores, recipientes y/o envases cumplen las características físicas y requerimientos requeridos?	0	3	4	FC1	Cumplen las especificaciones de las fichas técnicas enviadas y son acordes al reglamento.
12	¿Existen contenedores específicos para residuos punzantes y cortantes?	0	3	4	FC1	Se comprueba que existen en los puntos de recogida y se utilizan adecuadamente.
13	Los contenedores de residuos punzantes o cortantes ¿están diseñados específicamente y cumplen con los requerimientos físicos requeridos?	0	3	4	FC1	Se comprueba que cumplen con los requerimientos requeridos. Aunque hay registrada una NC (26/05/17) relacionada con un pinchazo a una persona del personal sanitario, por mal almacenaje de los contenedores, ya que no pueden ser sometidos a presión y en este caso se almacenaba uno encima de otro, produciendo la rotura del contenedor. Parte de la acción correctora motivo el cambio de los contenedores, además de una necesidad de formación que se vio satisfecha el 14/07/17, el seguimiento de las acciones es adecuado y se evidencia que no han vuelto a registrar ninguna otra incidencia relacionada.
14	¿Las zonas de recogida y almacenamiento, poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4	FC1/ FD2	Todas las zonas inspeccionadas contaban con equipos de extinción cercanos (menos de 5m).
15	¿La limpieza de contenedores, recipientes, medios de transporte, maquinaria y demás utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4	FC1/ FD2	Los contenedores llenos son retirados por el gestor y repuestos por unidades nuevas. Realizan limpieza del carro para traslado intracentro de los contenedores. Se comprueba que el carro estaba limpio.
<b>PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Citotóxicos (Clase VI)</b>						
16	¿Existen Puntos de recogida específicos para RRSS Clase VI?	0	3	4	FC1/ FD1	Se comprueba que existen puntos de recogida, verificamos su existencia en las zonas de Hospital de día y Anatomía patológica. No tienen neveras para la recogida, lo almacenan directamente en contenedores especiales y específicos.
17	¿De existir estos puntos de recogida, están convenientemente identificados?	0	3	4	FC1/ FD1	Se comprueba que están convenientemente identificados, aunque como en los demás casos, no hay cartel o letrero.
18	¿Se utilizan envases y contenedores de color azul para recoger los residuos Clase VI?	0	3	4	FC1	Se comprueba que son adecuados y característicos.
19	¿Se utilizan contenedores y recipientes rígidos o semirrígidos, exclusivos para este tipo de residuo?	0	3	4	FC1	Se comprueba que los envases son los reglamentarios, acordes con las fichas técnicas entregadas.
20	Los contenedores, recipientes y/o envases. ¿Cumplen las características físicas y requerimientos requeridos?	0	3	4	FC1	Cumplen con los requerimientos requeridos en la legislación.
21	¿Existen contenedores específicos para residuos punzantes y cortantes?	0	3	4	FC1	Se comprueba que existen en los puntos de recogida y se utilizan adecuadamente.
22	¿Los contenedores de residuos punzantes o cortantes, están diseñados específicamente y cumplen con los requerimientos físicos requeridos?	0	3	4	FC1	Se comprueba que cumplen con los requerimientos requeridos.

23	¿Las zonas de recogida y almacenamiento, poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4		FC1/ FD2	Se comprueba que en todas las zonas inspeccionadas existen equipos de extinción de incendios cercanos (menos de 5m).
24	¿La limpieza de contenedores, recipientes, medios de transporte, maquinaria y demás utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4		FC1/ FD2	Al igual que ocurría con los contenedores Clase III, son retirados y repuestos por el Gestor autorizado. Realizan limpieza del carro para traslado intracentro de los contenedores. Se comprueba que el carro estaba limpio.
<b>PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Químicos (Clase V)</b>							
25	¿Existen Puntos de recogida específicos para Residuos Clase V?	0	3	4		FC1/ FD1	Se evidencia su existencia en la zona de Anatomía Patológica.
26	¿De existir estos puntos de recogida, están convenientemente identificados?	0	3	4		FC1/ FD1	Al igual que con el resto de RRSS Peligrosos, tienen una zona acondicionada y claramente identificada, pero no disponen de cartel señalizador.
27	¿Se utilizan bidones y garrafas específicos y adecuados para recoger los residuos Clase V?	0	3	4		FC1	Garrafas Blancas transparentes con tapones rojos. Se verifica en la visita a la unidad de anatomía: se utilizan garrafas para productos químicos (formol y para metales pesados). Las garrafas estaban etiquetadas.
28	Los bidones, garrafas y recipientes, ¿cumplen con los requisitos requeridos en cuanto a sus características físicas?	0	3	4		FC1	Se comprueba que cumplen las características técnicas de las fichas entregadas, que cumplen los requisitos normativos.
29	¿Las zonas de recogida y almacenamiento, poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4		FC1/ FD2	Extintor a menos de 5 m.
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	Al igual que ocurría con los otros residuos, el gestor se encarga de la retirada de envases llenos y los sustituye por otros nuevos. Realizan limpieza del carro para traslado intracentro de los contenedores. Se comprueba que el carro estaba limpio.
<b>PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Radioactivos (Clase VII)</b>							
31	¿Existen Puntos de recogida específicos para Residuos Clase VII?	0	3	4	N/A	FC1/ FD1	Este Hospital no genera Residuos radioactivos que necesiten un protocolo de actuación especial. Los Residuos relacionados que puedan generarse, no tienen peligrosidad y se tratan como Residuos asimilables a urbanos.
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	Se comprueba que están identificadas correctamente. Aunque comparten almacén intermedio con los residuos peligrosos, están separados, identificados y clasificados convenientemente.
37	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los RRSS Clases I y II?	0	3	4		FC1	Se comprueba que se segregan adecuadamente.
38	¿Todos los envases y contenedores se encuentran identificados correctamente?	0	3	4		FC1	Se comprueba que por tipo de contenedor están identificados, pero no es necesario que estén etiquetados (Clase I y II).
39	¿Se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4		FC1	Sólo es necesario en Residuos peligrosos. El hospital tiene un sistema de etiquetado por código de barras, que permite trazar la fecha y zona 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	Se comprueba que están identificadas mediante carteles: "Almacén de residuos".
41	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los residuos Clase III?	0	3	4		FC1	Se segregan adecuadamente, cada zona revisada tiene contenedores separados unos de otros por clases.
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	La segregación y acumulación se realiza en los almacenes intermedios, fuera del alcance de pacientes o visitantes.
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	No hay riesgo de exposición o de contacto, se guardan en un cuarto cerrado e identificado con cartel.
44	¿Todos los envases y contenedores se encuentran etiquetados e identificados correctamente?	0	3	4		FC1	Se comprueban etiquetas en todas las zonas revisadas y resultan ser correctas. En este hospital no hay registro de recogidas, se utiliza un sistema de códigos de barras en las etiquetas para mejorar la trazabilidad. En la etiqueta quedaría vinculada la información relativa a cada contenedor, de cualquier tipo de residuo, pudiéndose sacar información inmediata, sobre: Tipo de residuo, Fecha de producción Fecha de retirada, zona de origen, Cantidad, Peso, etc. Se cierran estén o no llenos a los dos días máximo.
45	¿El etiquetado de envases y contenedores es adecuado y correcto?	0	3	4		FC1	Todos los contenedores revisados tenían un etiquetado correcto y actualizado.
46	¿En envases y contenedores se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4		FC1	Verificado que marcaban la fecha, LIMCAMAR les pone la fecha del día que se abre y al día siguiente se le pone la de cierre: Se comprueban las fechas 18/2 y 19/2. La recogida la realiza LIMCAMAR todos los días. No deja registro físico de cuando se las llevan. Sin embargo, la retirada se marca a través de una etiqueta con código de barras (con la fecha y el origen).

N°	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
47	¿Todos los recipientes y contenedores están marcados con el logo y texto Biopeligroso?	0	3	4		FC1	Todos los contenedores revisados tenían logo y texto de biopeligroso
<b>PROCESO: Identificación Residuos Citotóxicos (Clase VI)</b>							
48	Las zonas de almacenamiento de residuos Clase VI, ¿Están clara y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4		FC1/ FD1	Todos los almacenes verificados están correctamente identificados con un cartel de Almacén de Residuos. NO se utilizan neveras para almacenar los residuos.
49	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los residuos Clase VI?	0	3	4		FC1	La segregación de residuos es adecuada en procedimiento. Si bien en el caso de los residuos Clase VI, se detecta una incidencia puntual que podría llegar a provocar un error en la segregación. Como el sistema lleva funcionando pocos días, las etiquetas acaban de llegar ese mismo día (Verificado), por lo que no se han puesto en los contenedores. Aunque el personal de Limpieza nos asegura que los días que ha estado sin etiquetas, marca con un rotulador la fecha y zona de generación en el contenedor antes de su retirada de los almacenes, introduciendo después los datos a mano en el libro de registro (Verificado).
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	La segregación y acumulación se realiza en los almacenes intermedios, fuera del alcance de pacientes o visitantes.
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	No hay riesgo de exposición o de contacto, los contenedores se almacenan una vez cerrados en zonas habilitadas sin riesgo.
52	¿Todos los envases y contenedores se encuentran etiquetados e identificados correctamente?	0	3	4		FC1	Todos los contenedores revisados tenían etiqueta identificativa OBSOLETA (antiguo formato sin código de barras) aunque actualizada según Normativa.
53	¿El etiquetado de envases y contenedores es adecuado y correcto?	0	3	4		FC1	El etiquetado es correcto en base a normativa.
54	¿En envases y contenedores se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4		FC1	Al no estar codificadas como el resto de Residuos, no existiría información registrada sobre fechas y zonas de generación. Aunque nos dicen que se rellena a mano no tenemos evidencia, ya que no hay registro de retirada en el almacén intermedio que lo certifique. <b>(OBSERVACIÓN 1)</b>
55	¿Todos los Recipientes y contenedores están marcados con el logo y texto Citotóxico?	0	3	4		FC1	Se comprueba que están marcados con logo y texto.
<b>PROCESO: Identificación Residuos Químicos (Clase V)</b>							
56	Las zonas de almacenamiento de residuos Clase V, ¿Están clara y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4		FC1/ FD1	Son los mismos almacenes que para los anteriores residuos. Tienen cartel identificativo, comprobado en inspección visual en trabajo de campo.
57	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los residuos Clase V?	0	3	4		FC1	La segregación es adecuada y se realiza en contenedores específicos.

N°	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
58	¿Todos los bidones, garrafas y recipiente, se encuentran etiquetados e identificados correctamente?	0	3	4		FC1	Todos los contenedores revisados estaban etiquetados e identificados.
59	¿El etiquetado de envases y contenedores es adecuado y correcto?	0	3	4		FC1	Etiquetado correcto en contenido.
60	¿En envases y contenedores se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4		FC1	Contiene código de barras para su caracterización y trazabilidad.
<b>PROCESO: Identificación Residuos Radioactivos (Clase VII)</b>							
61	¿Las zonas de almacenamiento de residuos Clase VII, están claras y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4	N/A	FC1/ FD1	El Hospital no genera este tipo de Residuos.
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	

Nº	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 Existe un procedimiento de Gestión de Residuos, además de carteles de actuación ante emergencias ambientales, todo disponible y al alcance del personal en la intranet del Hospital. Se preguntó a personal de limpieza y de la zona de anatomía patológica y en ambos casos, supieron decir procedimiento y ubicación del documento. (En el caso de anatomía patológica, además tenían registro escrito de estos documentos en la zona de trabajo). También disponen de fichas de clasificación e inventario de residuos con instrucciones de uso de envases, contenedores y traslado interno.
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 El personal que se ocupa de la manipulación y traslado de residuos, está identificado como personal de limpieza (Limcamar) y tiene una tarjeta magnética que le da acceso a las zonas restringidas del circuito sucio del hospital.
68	¿Existen equipos de protección individual (EPIs) para la manipulación de residuos peligrosos?	0	3	4		FC1 En cada zona visitada se verifica la existencia de EPIs a disposición del personal. Al preguntar a los trabajadores por los diferentes protocolos de actuación ante emergencias y/o derrames se evidencia un uso correcto de estos equipos de protección.
69	¿Existe un plan de prevención elaborado para casos de emergencia o accidente?	0	3	4		FC1 Plan de actuación ante emergencias ambientales y fichas de actuación de cómo actuar en caso de derrames y emergencias ambientales, con fecha de 12/9/2017. Carteles derrames biosanitarios, derrames citotóxicos, emisión de gas, radiación electromagnética, consumo excesivo de Energía, Legionela, fugas de agua, radiación ionizante, incendio, ruido. Todos disponibles en la intranet del sistema. Además se hacen simulaciones de emergencias ambientales, revisado ejemplo de vertido citotóxico del 30/03/17 (09:00h)
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 De toda la comparativa, quizás sea el Hospital que tiene mejor infraestructura en este aspecto, minimizándose los puntos comunes de personal, visitantes y pacientes. Disponen de circuito sucio y limpio diferenciados y de acceso

							restringido, por lo que el acceso a visitantes y pacientes esta denegado (tarjetas magnéticas para personal autorizado), en la visita realizada, el circuito sólo se encuentra con zonas puntuales de transito de personal no relacionado con residuos (3 ó 4 cruces de pasillo). Existe un ascensor específico para el uso de residuos, que aunque no tiene llave de autorización, está claramente identificado con un cartel. El tiempo que estuvimos delante, no se evidencio un mal uso por parte de personal o visitantes.
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, cumple según Normativa.
72	En caso de usar ascensores, ¿se utilizan unos diferentes a los usados para alimentos, personal, pacientes o visitantes?	0	3	4		FD1/ FC1	Disponen de un ascensor de limpio y otro de sucio, que no utiliza ni personal sanitario, ni visitantes, ni pacientes. Los ascensores presentan etiqueta identificativa: "uso exclusivo residuos sanitarios". El ascensor para traslado de residuos peligrosos, se encuentra situado en una zona restringida, para cuyo acceso se requiere una tarjeta electromagnética que tiene el personal autorizado (Incluido el personal de limpieza de Limcamar).
73	¿Se cumplen la frecuencia mínima de retirada indicada en normativa para cada tipo de residuo (Clases III y VI)?	0	3	4		FC1	No marcan una frecuencia de retirada interna en el procedimiento de gestión, nos indican que como mucho permanecerían en los almacenes intermedios un máximo de 72h (48h de almacenamiento y 24h de recogida). Los Residuos Citotóxicos tienen una frecuencia de recogida mayor, permaneciendo como mucho 48h, si bien nos aseguran que se retiran prácticamente todos los días. En el almacén intermedio de anatomía patológica se encuentra una nota en uno de los carteles protocolarios que indica 3 días de almacén, que puede inducir a error, se recomienda su retirada. En trabajo de campo se han comprobado las fechas 18/2 y 19/2. La recogida la realiza LIMCAMAR todos los días. Aunque no se deja un registro físico de las retiradas, se marcan sin embargo, a través de una etiqueta con código de barras (con la fecha y el origen). <b>Si bien, no se ha detectado evidencia de que no se retiren a diario, según el protocolo que nos han explicado podrían llegar a incumplir con Normativa, ya que la frecuencia mínima de retirada de este tipo de residuos según el Art15.3 del Decreto 83/1999 indica una frecuencia de</b>

							retirada diaria. (RECOMEDACIÓN 1).
74	¿Existe registro de frecuencia de recogida de residuos?	0	3	4		FC1	No existen registros de recogida físicos, pero tienen implementado un sistema de códigos de barras que les permite gestionar la trazabilidad de los residuos (frecuencias de recogida, zonas de generación, etc). Se comprueba que el sistema funciona. En cualquier caso, esta información se vuelca en un registro de pesadas y en el libro de registro de residuos.
75	¿Los residuos Clases III, V y VI se transportan individualmente y separados de los demás?	0	3	4		FC1	Se transportan individualmente y separados de los demás.
76	¿Los residuos permanecen identificados y segregados en el transporte?	0	3	4		FC1	Permanecen identificados y segregados desde su recogida hasta el traslado al depósito final
77	¿Existen diagramas de flujo o planos específicos para el transporte de residuos?	0	2	3		FD2	Se verifica la existencia de planos que muestran el recorrido de residuos. Contemplando: puntos de recogida, almacenes intermedios, ascensor específico y depósito final.
78	¿Existen carros o medios de transporte exclusivos según el tipo de residuo?	0	2	3		FC2	Disponen de un carro hecho a medida y cerrado completamente (ANEXO FOTOGRAFICO), único y específico para el transporte de residuos peligrosos, facilitando su transporte y minimizando los riesgos de accidente.
<b>EXTRACENTRO</b>							
79	¿El transporte de los residuos los realiza una empresa autorizada?	0	3	4		FC1	CESPA (Nº NIMA:28000025991, 2800006900, 2800071959) es el transportista y gestor autorizado para RP's y RNP's Como transportista tienen autorización de la Agencia de Residuos de Cataluña de fecha de 30/12/2015 con relación de vehículos (matrículas) y tipo de residuos que pueden transportar. Según el gestor esta autorización es válida para toda España También interviene ALANSU que es una planta de transferencia para los de C-V.
80	¿Se verifica el estado de los contenedores de residuos, la ausencia de fugas y el vehículo en el transporte?	0	3	4		FC1	El personal de limpieza (Limcamar), comprueba el estado de los contenedores en el depósito final antes de montarlos en el camión.
81	¿Se encuentran registrados los datos de la empresa de transporte autorizado?	0	2	3		FC2	Disponen de registro de datos de la empresa transportista
82	En caso de incumplimiento del transportista, ¿se registra la incidencia?	0	2	3	N/A	FC2	No se ha registrado incidencia alguna relacionada, pero en caso de generarse, la incidencia quedaría registrada en la plataforma informática que tienen implantada para cualquier tipo de NC
83	¿Existe un Gestor Autorizado para cada tipo de residuo?	0	3	4		FC1	CESPA GR. S.A. para RP's y RNP's. Las luminarias se gestionan con Ambilamp y los RAEES con Red Ibérica. Los toner se depositan en contenedor en el almacén general, se los lleva el proveedor.

84	¿Se encuentran registrados los datos del gestor de residuos autorizado?	0	2	3		FC2	Disponen de información registrada del gestor.
85	En caso de incumplimiento del gestor de residuos, ¿se registra la incidencia?	0	2	3	N/A	FC2	No hay notificación de denuncias o incidencias relacionadas con el gestor o el transportista
86	¿Se cumple la frecuencia mínima de recogida para cada tipo de residuo?	0	3	4		FC1	La retirada de Residuos peligrosos se realiza tres veces a la semana (lunes, miércoles y viernes), cumpliéndose las frecuencias mínimas obligatorias, por producir más de 1000Kg de residuos mensuales, que sería de 72h. Además se comprueba que en fechas señaladas como fiestas o puentes, hacen hincapié para adaptar fechas de recogida a sus necesidades. Para los RNP's diaria y mensual para Papel y cartón.- CESPA, recogida semanal.
87	¿Existe registro de frecuencia de recogida de residuos?	0	3	4		FC1	Las hojas de porte (albaranes e informes) de transportista y gestor. Disponen además de libro de registro.
88	¿Existen y se archivan los contratos con las diferentes empresas transportistas y gestoras autorizadas?	0	3	4		FC1	Se comprueba que existen y se archivan, es parte de la documentación entregada antes de la auditoria por el hospital. Se observa que en todos los contratos de CESPA (Grupo Ferrovial) comprobados, no se refleja la fecha. Es requisito imprescindible para su verificación. <b>(OBSERVACIÓN 2)</b>
89	¿Existen y se archivan las autorizaciones de las empresas transportista y gestora?	0	3	4		FC1	En los contratos registrados se refleja el Número de identificación medioambiental (NIMA), de las empresas transportistas y gestoras.
<b>PROCESO: Almacenaje</b>							
90	¿Todos los almacenes y puntos de recogida de residuos cumplen la normativa vigente?	0	3	4		FC1	Son correctos y adecuados.
91	¿Existe un registro de la gestión de residuos intracentro?	0	2	3		FC1	Existe, es uno de los documentos que hemos utilizado en el ejercicio de trazabilidad de residuos. Con el sistema que aplican mediante código de barras queda registrado a través de aplicación informática, pesada, fechas y área de origen del residuo.
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	Las unidades visitadas presentan almacenes intermedios adecuados.
93	Los almacenes intermedios, ¿son adecuados y cumplen con los requisitos mínimos obligatorios?	0	3	4		FC1	Los almacenes de Banco de sangre, Hospital de día y anatomía patológica cumplen con los requisitos obligatorios.
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	Cada uno de los almacenes visitados disponía de un kit de derrames, compuesto por una bolsa de Sepiolita para absorber el vertido, una mascarilla y guantes. Además, se comprueba que disponen de equipos y productos de limpieza y desinfección.
95	¿Existen puntos de recogida o almacenes intermedios refrigerados para Clase III y/o Clase	0	1	2		FC2/ FD2	En ninguno de los Hospitales visitados tenían almacenes



	VI?						intermedios refrigerados. El Hospital de Torrejón es el único que no tiene neveras en los puntos de recogida. <b>(OBSERVACIÓN 3)</b>
96	¿Existen zonas perfectamente identificadas, destinadas al almacenamiento final de los residuos?	0	3	4		FC1	El depósito final está identificado con un cartel.
97	¿Los residuos en el depósito final se encuentran segregados e identificados?	0	3	4		FC1	Se comprueba que están segregados e identificados con las etiquetas con las que se les identifican desde el punto de recogida.
98	Los contenedores en la zona de almacenaje final, ¿tienen tapa y están protegidos contra roedores e insectos?	0	3	4		FC1	Se comprueba que están tapados y protegidos contra roedores e insectos
99	Los contenedores en el almacenaje final, ¿se encuentran alejados de los conductos de ventilación del hospital?	0	3	4		FD2/ FC1	El depósito final está en un bloque aparte de los departamentos sanitarios del hospital, incluido en el edificio técnico de calderas y maquinaria (edificio industrial).
100	¿Hay escalones en la zona de acceso del transportista a la zona final de almacenamiento?	0	3	4		FC1	El acceso es la continuación de la carretera de acceso al hospital, por tanto no hay escalones.
101	La zona final de almacenaje, ¿está dotada de equipos contra incendio?	0	3	4		FD2/ FC1	El depósito final está equipado con extintor y rociadores de agua.
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	Se comprueba que disponen de productos para la limpieza y desinfección y kits antiderrames (sepiolita, recogedor, mascarilla, guantes). El almacén se limpia periódicamente con agua y productos de limpieza.
103	¿Existen almacenes finales diferenciados, específicos y adecuados para cada tipo de residuo peligroso?	0	1	2		FC1	No hay almacenes diferenciados para cada residuo, sino que dentro del mismo almacén, se almacenan separados y convenientemente segregados en estanterías móviles (una por cada tipo de Residuo, aunque no están identificadas mediante cartel) (ANEXO FOTOGRAFICO). Los C-V se depositan en una bañera y contenedores para los medicamentos caducados y peligrosos sólidos y envases usados. Para los RNP's existen una bañeras como las de las obras donde se depositan las bolsas para cargar el gestor en camión. Estos residuos son trasladados en bañeras con ruedas. En principio no se incumple la normativa pues la separación de los residuos entre si se refiere a los envases no a los almacenes. Sin embargo, sería una buena práctica que los residuos peligrosos estuviesen en almacenes independientes, para evitar riesgos en cadena. <b>(OBSERVACIÓN 4)</b>
104	¿El depósito final presenta contenedores específicos para los distintos tipos de residuos?	0	3	4		FC1	Sí, cada residuo tiene contenedores específicos diferenciados.

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	Cumpliría normativa ya que los de Clase III, V y VI se retiran por gestor tres veces a la semana (lunes, miércoles y viernes).
106	¿El almacenamiento final de residuos presenta un control de acceso?	0	3	4		FC2	El personal de limpieza da acceso al transportista, comprobando las matrículas de los vehículos, el conductor se tiene que identificar, además hay una barrera de acceso, por lo que el paso está restringido.
107	¿Los accesos al área están diferenciados para la gestión externa y la gestión interna de los residuos?	0	2	3		FC2	Están diferenciados. Uno sería por dentro del hospital y el otro se realiza fuera.
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	En el depósito final existe una báscula (Proporcionada por el Transportista) donde se realiza la pesada y leído de los códigos de barras, así como su segregación. Dispone de espacio para la recepción, pesaje, clasificación de contenedores en las jaulas y entrega de los residuos a gestores externos. El etiquetado de contenedores se realiza previamente
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	Existe un kit anti derrames algo más completo que el que había en los almacenes intermedios y los puntos de recogida. Se comprueba que el personal de limpieza sabe utilizarlo realizando un simulacro in situ. Además se han hecho simulacros (registrados) de vertidos de citotóxicos, fugas de agua y derrames de C-III: se hizo el 30/3/2017 con resultado de OK.
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	El depósito final cuenta con arqueta de contención y desagüe, uso que por normativa, por seguridad ante derrames y emergencias medioambientales quedo obsoleto, ahora es obligatorio cegarlas. En este caso se había tapado con una tapa de plástico, pero por el uso de carros y el transporte de residuos, se había roto la tapa, motivo por el cual estaba descubierto, incumpliendo la normativa de prevención en caso de derrames o vertidos. (ANEXO FOTOGRAFICO). <b>(OBSERVACIÓN 5)</b>
111	¿Hay un espacio para alojar los envases y contenedores vacíos de los residuos peligrosos?	0	3	4		FC1	Como en el resto de casos disponen de espacios para envases vacíos (Limpios). Los sucios son retirados por el gestor autorizado y repuestos por nuevos.
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 ventilación eficaz que impide la entrada de pájaros, roedores e insectos?	0	3	4		FC1	La puerta puede dejar paso a roedores o insectos, ya que es de tipo Menorquina (ANEXO FOTOGRAFICO). <b>(OBSERVACIÓN 6)</b>

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	Se comprueban visualmente los contenedores por el personal de limpieza (Limcamar), cuando se almacenan en el depósito final después de pesar.
114	¿En el depósito final se llevan a cabo tareas de pesaje y cuantificación de residuos peligrosos?	0	3	4		FC1	Se comprueba que se hace pesaje y que hay registro informatizado de datos, pesaje y cuantificación de residuos.
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 cumple todos los requisitos establecidos.
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	El centro no genera este tipo de residuos.

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	No tienen una identificación específica, pero si van identificados como personal de limpieza, tienen uniforme diferenciado (Limcamar) y además tienen un perfil laboral específico, como Personal de limpieza especialista en residuos. Disponen de tarjeta de identificación electromagnética que usan para el acceso a zonas restringidas.
118	¿Se cumple con la uniformidad del personal que trabaja en la manipulación de residuos?	0	3	4		FC1	El personal aparece perfectamente uniformado
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	El personal que manipula los residuos peligrosos dispone de EPI's y kits de derrames. Mientras realizamos la visita, se evidencia el buen uso de estos equipos por el personal especializado.
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	El personal involucrado en la manipulación de residuos dispone de instrucciones y protocolos de actuación a su alcance a través de la aplicación "Sistema de Gestión" de la INTRANET. Se evidencia su existencia y conocimiento del personal en el depósito final y la zona de anatomía patológica.
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	Se realizan cursos específicos para todo el personal en contacto con residuos, concediendo más importancia a esta formación en el personal de limpieza especializado en residuos. Realizan acciones formativas en gestión de residuos al menos al 60% del personal de asistencias y al 75% del personal de subcontratas de laboratorio y mantenimiento. Se da también formación al personal de LIMCAMAR. Se comprueban los cursos de formación de Ezequiel Bento y Alejandro Martín, ambos realizan entre otros el curso: "PRL Riesgos biológicos", de 2h de duración, cuyo contenido es adecuado. La evaluación de eficacia se comprueba mediante la realización de un cuestionario después del curso. Alejandro Martín lo realiza el 07/03/17, en el diploma y registro de Ezequiel Bento no se indica la fecha de realización. El plan de formación anual tiene una parte fija que se planifica con antelación y el resto surge en función de las necesidades detectadas. Además de este curso Ezequiel realiza otros como "Riesgos y medidas preventivas en las tareas de limpieza"(20/10/17), "Riesgos y medidas preventivas en trabajos en altura" (20/02/15). Realizan además, auditorías internas basadas en controles en la gestión de residuos cada 3 meses observando in situ y hablando con el

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
							personal. P.e. el análisis de incidencias realizado el 24/7/2017.
122	¿Existe algún sistema o plan de calidad implantado que incluya el servicio de Residuos Urbanos y Sanitarios?	0	1	2		FC2	El Hospital cuenta con diferentes certificaciones: ISO 9001, 14001, 50001, 14064, 170001 y cálculo de huella de carbono.
123	¿Existe un plan o procedimiento de Control y Gestión de Residuos?	0	3	4		FC1	Gestión de Residuos Sanitarios. Además cuentan con otros documentos relacionados: Clasificación e inventario de Residuos. Sistema de Gestión (Informático).
<b>PROCESO: Sistemas de Información y Control</b>							
124	¿Existen registros de Control y Seguimiento de residuos?	0	3	4		FC1	Libro de registro de residuos, Registro anual de actividad de residuos. La documentación que se genera con el gestor se registra y se sube a un servidor denominado "Sistema de Gestión" (que es un Portal de Calidad y Medio Ambiente).
125	¿Existe un libro de registro o archivo cronológico de residuos actualizado?	0	3	4		FC1	Incluido en la documentación enviada por el hospital. Es uno de los documentos utilizados para el ejercicio de trazabilidad, junto con la hoja de porte, el registro de pesadas y registro de actividad. Se comprueba que se dispone de él, a través del Portal de Calidad y Medio Ambiente.
126	¿Existe una trazabilidad completa de los residuos desde el punto de generación hasta su eliminación final?	0	3	4		FC1	Se comprueba que la trazabilidad es adecuada, pero se detecta un error en la carta de porte del transportista del día 17/01/18, indica que se recogen 107 contenedores de 60 Kg, sin embargo en el libro de registro se refleja que han recogido 186 contenedores de 60 Kg, se comprueba y verifica que la cantidad reflejada en el libro de registros es correcta, por lo que el error (que no había sido detectado) se encuentra en la hoja de porte. <b>(OBSERVACIÓN 7)</b>
127	Aparte de los documentos anteriores, ¿existe una gestión documental para indicadores, reportes, incidencias, incumplimientos y errores?	0	2	3		FC2	Disponen de una plataforma informática (Sistema de Gestión), que utilizan para establecer indicadores, gestionar NC y AC y en general cualquier tema relacionado con la gestión de 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	Elaboran los informes de la actividad realizada en gestión de residuos.
129	¿Se encuentra toda la información registrada accesible para los trabajadores?	0	1	2		FC2	Toda la información relacionada con residuos se encuentra al alcance del personal, colgada en la intranet del Hospital (procedimientos, PRL, de emergencia de derrames de RP's, llevan a cabo simulacros y los registran), si bien parte de esta información es sólo disponible a personal autorizado en gestión de residuos.
130	¿Se registran y actualizan los formatos de etiquetas correspondientes a envases, recipientes	0	3	4		FC1	El gestor es el encargado de la actualización de las etiquetas y dispone de personal responsable de

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
	y contenedores?						ese fin. Se verifica que las etiquetas disponen de las últimas actualizaciones de Normativa.
<b>PROCESO: Normativa y Reglamento</b>							
131	¿Se dispone de la autorización del gestor de residuos? ¿Se encuentra en vigor?	0	3	4		FC1	Se ha comprobado en la documentación enviada que CESPA tienen autorización en vigor para RNP's y para RP's. Se evidencia con el NIMA de gestores y transportistas.
132	¿El hospital dispone de la autorización (NIMA) como productor de residuos peligrosos?	0	3	4		FC1	Se ha comprobado en la documentación enviada. N° NIMA: 13P02A1700005313B (Pequeño productor de residuos peligrosos).
133	¿Se ha elaborado un plan de ordenación y/o de minimización de residuos biosanitarios y citotóxicos?	0	3	4		FC1	Verificado. Disponen de un plan de ordenación de abril de 2013. Según el gestor no están obligados a hacer plan de minimización al no ser un proceso productivo.
134	¿Se dispone del documento de aceptación (Contrato de Tratamiento) del gestor autorizado?	0	3	4		FC1	Se ha comprobado en la documentación enviada y en trabajo de campo. Presentan un contrato entre CESPA y Torrejón Salud para la gestión de residuos que se renueva cada año.
135	¿Se comprueba la matrícula y la documentación de los vehículos de transporte en cada retirada?	0	3	4		FC1	Nos indican que efectivamente se revisa la documentación del camión, a través de la comprobación de matrícula, ya que siempre suele ir el mismo camión y CESPA les hace llegar la autorización del transportista. Sin embargo, realizando el ejercicio de trazabilidad, se verifica que en la orden de porte del día 17/01/18, se indica como matrícula: 6171GTR, difiriendo de lo indicado en el libro de registro: 6792HHR. Lo que evidencia un descuadre en el proceso de identificación. Nos informan que ese día hubo un error en la identificación. Se comprueban otros registros y son correctos. <b>(OBSERVACIÓN 8)</b>
136	¿Se registran los incumplimientos y/o incidencias relacionadas con la normativa?	0	2	3		FC2	Utilizan la plataforma informática para gestión que hemos indicado con anterioridad. Se comprueba una incidencia registrada de un contenedor de envases sin etiqueta. Fecha: 13/6/2017.
137	¿Se realiza periódicamente un control documental de la gestión de residuos?	0	2	3		FC2	El gestor se reúne cada 6 meses con Torrejón Salud para ver si tienen la documentación de gestión de residuos al día. La documentación se la actualiza el gestor
138	¿Se requiere al gestor autorizado el certificado de destrucción o de depósito/vertido, especificando la cantidad gestionada?	0	3	4		FC1	Se comprueba que disponen de los certificados de eliminación que les envía el gestor.
139	¿Se incluyen fecha, cantidades, pesos y demás características significativas, en los albaranes de retirada?	0	3	4		FC1	Se evidencia al realizar el ejercicio de trazabilidad, comprobando que la información de la hoja de porte de transportista incluye la información necesaria.
140	¿Antes de la retirada de RRSS Clase I y II se dispone de la autorización de vertido a vertedero,	0	3	4		FC1	Torrejón Salud tienen autorización de fecha de 21/11/2017 de la Mancomunidad de Municipios del Noroeste para vertido de RSU,

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
	en su caso?					residuos voluminosos (RNP's) y asimilables en el vertedero de Colmenar Viejo gestionado por dicha Mancomunidad.
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 Se comprueba que presentan un ejemplo de NPT. Por el RD 180/2015 hay que hacer NPT para todos los traslados intra e intercomunitarios. En el caso de la CAM como no está aún adaptada a la norma se siguen haciendo DCS en lugar de DI.
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 En el caso de la CAM se siguen haciendo DCS en lugar de DI. Se comprueba que lo realizan y que presenta los datos correctos.
143	¿Se recoge el albarán o documento de retirada de residuos con la firma del conductor?	0	3	4		FC1 Verificada la hoja de porte. Presentan albaranes de retirada de RP's durante el 2017. Además hacen la Carta de Porte.
<b>PROCESO: Incidencias del Servicio</b>						
144	¿Existe un registro actualizado y cronológico de incidencias, reclamaciones de pacientes y fallos?	0	3	4		FC1 Se utiliza el sistema de gestión como registro cronológico de NC y AC. Además existe un registro de control de incidencias de gestión de residuos (Excel), que se revisa cada 3 meses, anotándose incidencias leves que no llegan a considerarse NC, o no acarrear AC. Se verifica un Ejemplo de NC de proveedor de servicios (Limcamar) del 09/03/17, por una mala segregación de residuos, se realiza una AC inmediata, se detecta necesidad de formación y se aplica al personal implicado.
145	¿Se aplican acciones correctoras para solucionar las incidencias, reclamaciones o fallos?	0	3	4		FD1 En el registro de NC y AC, se indica las NC que acarrear una AC. Se registran en el mismo documento, que indica además los plazos de cierre.
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 Se comprueba que no marcan un plazo inicial para la consecución del objetivo de las AC, sino que cierran la AC cuando se ha verificado su eficacia. Es primordial la imposición de un plazo inicial (independientemente que luego haya que ampliarlo), para poder evaluar la eficacia y cumplimiento de manera objetiva. Con el protocolo actual, la única persona capaz de comprobar si se está cumpliendo el objetivo o no, sería la persona que abrió la NC o está realizando el seguimiento.



Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
							(OBSERVACIÓN 9)
149	¿Existe un registro de acciones correctoras?	0	3	4		FC1	El mismo que el de NC, la plataforma informática "Sistema de Gestión".

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

### OBSERVACIONES:

1. Los días que no han tenido etiquetas actualizadas con código de barras, para de residuos Clase VI, no pueden introducirse y por tanto verificarse como el resto de residuos en el libro de registro de residuos.
2. Todos los contratos de CESP (Grupo Ferrovial) comprobados el día de la auditoria, no reflejan la fecha. Requisito imprescindible para su verificación.
3. En los puntos de recogida de residuos Clase VI, debido a su peligrosidad y en algunos casos al tratarse de productos volátiles, sería recomendable tener neveras para su recepción.
4. No hay almacenes diferenciados para cada residuo, se almacenan separados en estanterías móviles. Se recomiendan almacenarlos de manera independiente, para evitar riesgos en cadena.
5. El depósito final cuenta con arqueta de contención y desagüe, que debería estar cegada. Se había tapado con una tapa de plástico, pero por el uso de carros y el transporte de residuos, se había roto la tapa.
6. El depósito final de residuos presenta una ventilación que puede permitir la entrada de pájaros, roedores e insectos.
7. Se detecta un error en la carta de porte del transportista del día 17/01/18, que afecta a la trazabilidad de residuos.
8. Se verifica que puntualmente la matricula del camión de la hoja de porte, no coincide con la reflejada en el libro de registro de residuos.
9. Se comprueba que no se marca un plazo para el cierre de las AC. Se requiere, para poder evaluar la eficacia y cumplimiento de las acciones de manera objetiva.

### RECOMENDACIONES:

1. Se recomienda incluir en el procedimiento de gestión de residuos, una frecuencia de retirada para residuos peligrosos en los almacenes intermedios, que cumpla con la Normativa. Al menos una vez al día.

Firma del auditor

Firma del auditado

Función:



**Código**

Edición	Fecha edición
1	19.01.18

<b>Hospital Auditado</b>	Hospital Universitario de Torrejón
<b>Servicio Auditado</b>	Servicio de Conservación de Viales y Jardines
<b>Fecha de la Auditoría</b>	19 de Febrero de 2018
<b>Equipo auditor</b>	V. Villarejo/A. Guzmán/J.L. González
<b>Responsable del Servicio auditado</b>	Jon Conte - Responsable de Mantenimiento
<b>Otros interlocutores</b>	Patricia Moreno - Responsable de Calidad Fernando Arce - Responsable de PRL Patricia Bonilla Pintado - Responsable de Servicios Generales

**RESULTADO DE LA AUDITORÍA**

<b>Total deméritos posibles :</b>	243
<b>Deméritos obtenidos:</b>	12
<b>Porcentaje de deméritos :</b>	4,94%
<b>RESULTADO: 100% - (% deméritos)</b>	<b>95,06%</b>

**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: CONSERVACIÓN DE JARDINES							
1	¿Existe un procedimiento documentado para el mantenimiento de los jardines?	0	3	4		FC1	Subcontrata: INICIA desde hace 4 años (certificada en ISO 9001:2008). Responsable: Daniel Ebias. <i>Memoria técnica</i> detallada con actividad y acuerdos contrato
2	¿Existe un Plan de poda: Estacional o anual, documentado?	0	3	4		FC1	Establecen un <i>Programa Anual de Labores de Mantenimiento Zonas Verdes</i>
3	¿Se utilizan preferentemente especies autóctonas y de poco consumo de agua? (riego sostenible)	0	3	4		FC2	En su mayoría es césped en mal estado. Requiere gran consumo de agua. Siguen pliego de Jardinería Sanitas con estándares de hospitales ingleses. Abetos como arbolea ( <i>observación 1</i> )
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	Riego a 1ª hora día según Programa usando agua pluvial de aljibe. Usado 2 veces insecticida por plaga (hormigas y mosquitos). Se evita su uso.
5	¿Los abonos utilizados contienen productos químicos mínimamente agresivos y controlados?	0	3	4		FC2	Abono mineral N-P-K-Mg: 2 veces/año. Evita malos olores y malas hierbas. Más limpio.
6	¿Se desarrollan las actividades de jardinería que puedan interferir en la accesibilidad durante el horario de perfil bajo?	0	3	4		FD2	Horario: 7-14:30h disponiendo de las horas de menos afluencia para actividades interferentes en la accesibilidad
7	¿Se indica la zona de trabajo con señales verticales o luminosas (noches o días nublados)?	0	3	4		FD2 FC2	Se señala si afectan a zonas de paso como cuando el riego automático está en pruebas.
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	<b>No aplica:</b> No vehículos. Sólo maquinaria manual: soplador, cortasetos, cortacésped o desbrozadora.
9	¿La recogida y eliminación de residuos derivados de la actividad se hace según el protocolo referente a Residuos?	0	3	4		FD2 FC2	Residuos a compactadora y tratados como asimilables a RSU.
PROCESO: ACCESIBILIDAD							
10	¿Existe un procedimiento documentado para el mantenimiento y la limpieza de las vías de acceso?	0	3	4		FC1	Responsable: Jon Conte Procedimiento Mantenimiento incluido en la Plataforma GMAO-Rosmiman Limpieza subcontratada: LIMCAMAR. Responsable: Ezequiel Bento <i>Planificación de Limpieza semanal</i> contemplado en Plan de Mantenimiento.
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	Evidenciado por inspección visual que las vías están debidamente señalizadas y no hay problemas aparcamiento en accesos.
12	¿Existen planos y carteles informativos de la ubicación de los accesos?	0	2	3		FD1	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo. Tótems informativos.
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	Fines semana para limpieza más tediosa y en parking. Mantenimiento tareas complejas en horario de perfil bajo
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 obstaculiza se señala con conos y vallas de tela
15	En caso de usar maquinaria móvil para el mantenimiento y limpieza, ¿tienen señalización luminosa y sonora durante su movimiento?	0	3	4		FD2 FC2	Máquina fregadora con señal sonora de marcha atrás
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		FD1	Uno a la salida del aparcamiento subterráneo planta -2. No zonas conflictivas en exterior.

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
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 en trabajo de campo
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 en trabajo de campo
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, abotonados, cambio de textura y color.
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 visual en trabajo de campo
22	¿El tramo de escaleras de acceso de un itinerario peatonal está complementado con una rampa? (Art.9. Ley 8/1993)	0	3	4		FD2 FC2	Si no hay rampa hay ascensor. Evidencia: Entrada exterior directa a bajada parking con rampa y barandilla para evitar bordillo
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. Se han 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	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo.
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	<b>No aplica:</b> No se da la situación
26	¿Se han evitado obstáculos en fachadas y otros elementos verticales a alturas inferiores a 2,10 metros?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual. Cumplen Art14. Ley 8/1993
27	En caso de estar realizando obras en la vía, ¿están los andamiajes, 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	<b>No aplica:</b> No se pudo verificar. No obras durante auditoría
<b>PROCESO: APARCAMIENTO</b>							
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	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo que cumplen con Cumplen Art.12. Ley 8/1993.
29	En caso de aparcamiento subterráneo, ¿cuenta con ascensor adaptado o practicable?	0	3	4		FD2 FC2	3 ascensores adaptados para discapacitados
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.
<b>PROCESO: PLAN DE EMERGENCIA</b>							
32	¿Existen protocolos de notificación de la emergencia?	0	3	4		FD2 FC2	Responsable PRL: Fernando Arce. Contemplados en el Plan de Autoprotección del 21/01/2015. Anexo V.
33	¿Se realiza mantenimiento de la eficacia y actualización del plan de autoprotección?	0	3	4		FD2 FC2	Anualmente. En la próxima edición incluirán anexo: "Instrucciones de evacuación de personas con discapacidad"
34	¿Se realizan simulacros periódicos de emergencias para comprobar la efectividad en la evacuación y accesibilidad al centro?	0	3	4		FD2 FC2	Pedido último Simulacro: 24/04/2017. Timeline: 30 minutos. Desarrollo: Conato Incendio en Almacén, (semisótano) con Humo en planta 2ª Hospitalización (zona 2400). Medida Protección máxima: Evacuación ambas zonas interviniendo EPI y apoyo externo (Bomberos y Policía).
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 3 exteriores: Zonas Guardería, Urgencias y Retirada de residuos
36	¿Están los medios de extinción, columnas secas y BIES en su	0	3	4		FD2 FC2	Los extintores están adaptándose al RD 513/2017 (d=80-120cm parte superior a

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
	lugar de ubicación, visible y accesible?						suelo). Demás medios cumplen legislación.
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	Vía alrededor del centro adaptada para paso de camión de bomberos y comprobado en Simulacro 2017
38	¿Se garantizan vías de evacuación alternativa en caso de incendio o cualquier otra eventualidad?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo que hay vías alternativas.
39	¿Dichas vías alternativas han sido acordadas con el Servicio de Bomberos y con Protección Civil?	0	3	4		FD2 FC2	Servicio de bomberos de Torrejón midió los tiempos de llegada al centro y analizó la ubicación de los sistemas de extinción, también distribución de instalaciones
40	¿Existen bolardos desmontables para facilitar el acceso de los Servicios de Bomberos y Protección Civil?	0	1	2		FD2	2 bolardos flexibles verdes en URG, 2 bolardos metálicos en cafetería, uno de ellos con banda roja, indicando que es desmontable con llave de Mantenimiento Resto de bolardos metálicos no afectan al acceso de Cuerpos de Seguridad.
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	Evidenciado por inspección visual. Además, la puerta automática principal de acceso, al saltar alarma emergencia se cierra no herméticamente para poder dar golpe seco y abrir. Es basculante
42	En caso de avería de la iluminación general, ¿están las vías equipadas con iluminación de seguridad 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
<b>PROCESO: CALIDAD</b>							
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	Correctivo, pero no preventivo ( <i>observación 2</i> )
44	¿Están definidas las personas, las funciones y responsabilidades encargadas de la conservación de viales y jardinería?	0	3	4		FC1	INICIA tiene su propio organigrama detallado que envía al hospital actualizado para que éste lo revise y lo registre.
45	¿Está el personal de conservación de viales y jardinería correctamente uniformados para ser identificados?	0	1	2		FC1	Uniformado con su ropa corporativa y con tarjeta identificativa
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? ( <i>RD 1215/1997 EPIs trabajadores</i> )	0	3	4		FD2 FC2	INICIA les forma y les dota de EPIs. Los documentos acreditativos son revisados y registrados por el hospital.
47	¿Se realiza una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores de conservación de viales y jardinería? ( <i>Art. 18 de la Ley 31/1995 de PRL</i> )	0	3	4		FD1 FC1	Vigilancia de la Salud gestionada por Servicio de Prevención ajeno (ASPY) Reconocimientos médicos de jardinería corren por cuenta de INICIA entregando copia al HUT.
48	¿Existe personal informativo y apoyo a la accesibilidad?	0	2	3		FC1	No. En hall hay 4puestos de Admisión que no tiene función de apoyo a la accesibilidad. Si se necesita una silla de rueda se encarga el celador. ( <i>observación 4</i> )
49	¿El personal de apoyo está debidamente formado y uniformado para facilitar su localización?	0	2	3	N/A	FC1	<b>No aplica:</b> Aunque el personal de admisión lleva chaqueta verde y camisa blanca como distintivo, no son personal de apoyo.
<b>PROCESO: MEDIOS AUXILIARES</b>							
50	¿Se mantienen en perfecto estado el mobiliario y estructuras externas de las instalaciones realizando un mantenimiento	0	3	4		FD2 FC2	Mantenimiento correctivo pero no preventivo. Durante inspección visual se observan los dos bolardos verdes de



Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
	programado, preventivo y correctivo?						URG en mal estado y 2 señales de paso peatones inclinadas. (observación 3)
51	¿Existe un plan de mantenimiento periódico de herramientas, maquinaria y vehículos utilizados en conservación de viales y jardines?	0	3	4		FC2	INICIA se encarga de inspección de sus herramientas y maquinaria según especificaciones del fabricante. Mantenimiento subcontrata servicios ajenos cuando necesita maquinaria o vehículos, corriendo por cuenta de estos el mantenimiento. Subcontrata habitual tras concurso de 3 proveedores es MASA.
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 RD513/2017?	0	3	4		FD2 FC2	Cumplen legislación según Tablas I y II del RD513/2017.
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.
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
<b>PROCESO: SISTEMA DE INFORMACIÓN Y CONTROL</b>							
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	INICIA tiene a disposición del HUT su registro, al igual que las subcontratas de mantenimiento como MASA.
56	¿Se guardan los registros derivados de la actividad de jardinería?	0	3	4		FC1	Visto en la documentación los registros de actividad.
57	¿Se guardan y se revisan los registros de los mantenimientos y limpieza periódicos de viales?	0	3	4		FC1	LIMCAMAR revisa y guarda los registros junto con los de Mantenimiento en GMAO-Rosmiman.
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 la documentación los registros de Simulacros años 2015, 2016 y 2017.
<b>PROCESO: NORMATIVA Y REGLAMENTOS</b>							
59	¿Se garantizan las rutas de acceso conforme a la normativa de supresión de barrera arquitectónicas?	0	3	4		FD2 FC2	Tienen el Certificado de Accesibilidad según UNE 17001-2:2007
60	¿Se facilitan rutas de acceso alternativas que garanticen la supresión de barreras arquitectónicas para personas con discapacidad?	0	3	4		FD2 FC2	Creación de rampa adaptada según normativa vigente en entrada bajada parking por existencia de un escalón que dificultaba al acceso.
61	¿Hay al menos, una de cada 50 plazas reservadas para personas con movilidad reducida conforme al Nº Parking /Discapacitado establecido por ley?	0	3	4		FD2 FC2	URG: 103 Plazas+ 5 Discapacitado + 5 uso preferente. Sótano -1:240 Plazas + 10 Discapacitado+ 6 Uso preferente. Sótano -2: 291 Plazas estándar siendo sólo para trabajadores.
62	¿Existe un Plan de Autoprotección?	0	3	4		FD2 FC2	Plan Autoprotección de 21/01/2015 nº visado: 2015/104 por Consulting Ingeniería ICA SL
<b>PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO</b>							
63	¿Se lleva a cabo un registro y control de incidencias en las actividades de jardinería?	0	3	4		FC1	Visto en documentación que INICIA lleva un registro de actividad realizada no habiendo presentado incidencias por el momento.
64	¿Se lleva a cabo un registro y control de incidencias en las actividades de mantenimiento y limpieza?	0	3	4		FC1	Incidencias registradas en GMAO-Rosmiman, teniendo 24-48h para comenzar a solventarlas.
65	¿Se lleva a cabo un registro y control de quejas, reclamaciones o sugerencias interpuestas por usuarios del centro?	0	3	4		FC1	Visto en documentación Reclamación del 09/05/2017 (necesidad de rebaje bordillo) y Sugerencia del 06/02/2017 (tener más disponibilidad de sillas de

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
							ruedas)
66	¿Se toman acciones correctivas para solucionar las incidencias producidas?	0	3	4		FD1 FC2	Reclamación del 09/05/2017 contestada el 12/05/2017 y solventada días después.
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	Tienen establecido gestionarlas antes de 30 días y se ha corroborado con la revisión documental.

<b>OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS DE MEJORA DETECTADAS EN EL TRANCURSO DE LA AUDITORÍA</b>
---

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dado el mal estado del césped y requiriendo éste, un mantenimiento intenso en cuanto a siega, riego, siembra y abonado además de que el equilibrio entre el porcentaje de cada variedad se rompe en beneficio de las más aptas y adaptadas al terreno, aunque el césped se cuide, su aspecto varía al cabo de los años y será inevitable resembrar de vez en cuando. Se recomienda, cambiar césped por otro tipo de vegetación más sostenible, siendo adecuadas, en cuanto a riego y mantenimiento las especies mediterráneas.</li><li>2. Realizar mantenimiento preventivo de viales y jardines.</li><li>3. Realizar un mantenimiento preventivo de mobiliario y estructuras externas de ls instalaciones</li><li>4. Sería recomendable crear el puesto de “Personal de apoyo” para aquellos casos en los que usuarios o pacientes necesiten asistencia en la accesibilidad durante su estancia en el centro. Además, los usuarios también lo proponen según la sugerencia del 06/02/2017 sobre necesidad de mayor disponibilidad de sillas de ruedas, por lo que este personal de apoyo podría ser muy útil.</li></ol> |
|---|

Firma del auditor

Firma del auditado

Función:
----------