

## INFORME

AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES  
“INFANTA ELENA” (VALDEMORO), “REY JUAN CARLOS”  
(MÓSTOLES), GENERAL DE VILLALBA Y TORREJÓN.

NºEXPEDIENTE: P.A. SER-32/2016-AE

ENERO 2017

## HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA DE VALDEMORO



## ÍNDICE

<b>1. OBJETO</b>	<b>1</b>
<b>2. ALCANCE</b>	<b>2</b>
<b>3. METODOLOGÍA SEGUIDA</b>	<b>2</b>
<b>4. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN</b>	<b>13</b>
<b>4.1. SERVICIO DE LIMPIEZA</b>	<b>14</b>
4.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	14
4.1.2. DIAGNÓSTICO	16
4.1.3. PUNTOS FUERTES	23
4.1.4. ÁREAS DE MEJORA	23
4.1.5. SEGUIMIENTO DE LAS DESVIACIONES DE LA AUDITORÍA ANTERIOR	24
4.1.6. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA	24
4.1.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO	28
<b>4.2. SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA</b>	<b>53</b>
4.2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	53
4.2.2. DIAGNÓSTICO	54
4.2.3. PUNTOS FUERTES	65
4.2.4. ÁREAS DE MEJORA	65
4.2.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR	65
4.2.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN	66
4.2.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO	67
<b>4.3. SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS</b>	<b>70</b>
4.3.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	70
4.3.2. DIAGNÓSTICO	70
4.3.3. PUNTOS FUERTES	82
4.3.4. ÁREAS DE MEJORA	82
4.3.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR	83
4.3.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN	83
4.3.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO	88



<b>4.4. SERVICIO DE VIALES Y JARDINES</b>	<b>100</b>
4.4.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	100
4.4.2. DIAGNÓSTICO	101
4.4.3. PUNTOS FUERTES	104
4.4.4. ÁREAS DE MEJORA	104
4.4.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR	104
4.4.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN	111
4.4.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO	113
<b>4.5. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN</b>	<b>120</b>
4.5.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	120
4.5.2. DIAGNÓSTICO	120
4.5.3. PUNTOS FUERTES	122
4.5.4. ÁREAS DE MEJORA	122
4.5.5. SEGUIMIENTO DE LAS DESVIACIONES DE LA AUDITORÍA ANTERIOR	122
4.5.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN	122
4.5.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO	124
<b>4.6. SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA</b>	<b>126</b>
4.6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	126
4.6.2. DIAGNÓSTICO	126
4.6.3. PUNTOS FUERTES	141
4.6.4. ÁREAS DE MEJORA	141
4.6.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR	141
4.6.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN	142
4.6.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO	143
<b>4.7. SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO Y TRASLADO DE PACIENTES Y MATERIALES</b>	<b>156</b>
4.7.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	156
4.7.2. DIAGNÓSTICO	158
4.7.3. PUNTOS FUERTES	165
4.7.4. ÁREAS DE MEJORA	165
4.7.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR	165
4.7.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN	165
4.7.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO	166

<b>4.8. SERVICIO DE EXPLOTACIONES COMERCIALES</b>	<b>169</b>
4.8.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	169
4.8.2. DIAGNÓSTICO	169
4.8.3. PUNTOS FUERTES	171
4.8.4. ÁREAS DE MEJORA	171
4.8.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR	171
4.8.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN	171
<b>5. ANEXOS</b>	<b>172</b>
ANEXO I	172
ANEXO II	175
ANEXO III	178
ANEXO IV	184
ANEXO V	186
ANEXO VI	188
ANEXO VII	192
ANEXO VIII	195
ANEXO IX	201
ANEXO X	204
ANEXO XI	205

## 1. OBJETO

El presente informe responde al pliego PA SER-32/2016-AE(A/SER-007226/2016) relativo a las prescripciones técnicas de los servicios de auditoría de calidad de los Servicios de Mantenimiento, lencería y lavandería, esterilización y operativa de los Hospitales H. Infanta Elena (Valdemoro), H. Rey Juan Carlos(Móstoles), H. General de Villalba y H. de Torrejón-4 lotes", en particular al lote 3 AUDITORIA OPERATIVA DE CALIDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA DE VALDEMORO.

Con carácter general, la finalidad de la auditoría ha sido la revisión de todos los procesos de los servicios de la auditoría operativa, con el fin de detectar problemas que afecten a la calidad y disponibilidad del servicio e identificar sus causas, evaluando el cumplimiento por parte de las concesionarias de las obligaciones inherentes a la prestación de este servicio.

Para esta evaluación se han tomado como punto de partida, las indicaciones recogidas en el Pliego de Prescripciones Técnicas del Hospital Infanta Elena deValdemoro, concretamente en el Anexo IV "Especificaciones técnicas mínimas que deberá cumplir la sociedad ccesionaria respecto a las diferentes prestaciones no sanitarias".

Por lo que los objetivos de la auditoría han sido:

- La realización de un análisis exhaustivo de los servicios recogidos en el alcance de la auditoría operativa, precisando los subprocesos y las actividades críticas que puedan originar problemas que afecten la seguridad, calidad y disponibilidad del servicio.
- La comprobación del cumplimiento de las obligaciones técnicas y documentales de las concesionarias en relación a los servicios recogidas en el PPT.
- La verificación del cumplimiento de las especificaciones de la normativa vigente en relación a los servicios recogidos en el alcance.

Concretamente el objeto del presente informe es la “Auditoría operativa de calidad del Hospital Infanta Elena de Valdemoro de la Comunidad de Madrid”.

## 2. ALCANCE

El alcance del presente informe son los siguientes servicios del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro de la Comunidad de Madrid:

- Limpieza
- Servicio de Seguridad y Vigilancia
- Residuos Urbanos y sanitarios
- Conservación de viales y jardines
- Desinsectación y desratización
- Gestión de almacenes y distribución logística
- Apoyo administrativo
- Traslado de Pacientes y Materiales
- Explotaciones comerciales

## 3. METODOLOGÍA SEGUIDA

La metodología seguida ha consistido en las siguientes actuaciones por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.:

- Propuesta de elementos que componen el servicio en cuanto al establecimiento de las actuaciones a realizar al Servicio Madrileño de Salud, con objeto de su revisión y aprobación.
- Propuesta del cuadro de mando del servicio en cuanto a los parámetros estándar de desempeño al Servicio Madrileño de Salud, con objeto de su revisión y aprobación.
- Solicitud y análisis de la documentación inicial al Hospital a través del Servicio Madrileño de Salud.

- Propuesta y aprobación del Plan de Visitas in situ, tanto a la Dirección de SS.GG. del Hospital como al Servicio Madrileño de Salud.

Esta planificación se presentó en las instalaciones Servicio Madrileño de Salud el 25 de noviembre de 2016 a las 11:00 en una reunión a la que asistieron:

HOSPITAL INFANTA ELENA DE VALDEMORO:

- o Dolores Pita
- o Dolores Muñiz
- o Susana Garrido
- o Leticia Muller
- o Jorge Álvarez
- o Francisco Muñoz
- o Arantxa Tejero

GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.:

- o Ainhoa Lloria
- o Camilo Blasco
- o Mari Luz Narváez.

Así mismo, se presentaron los objetivos de la auditoria y se consensuó la planificación:

- Ejecución de las verificaciones in situ documentales y a través de entrevistas y registros, estando acompañados por personal del Hospital.

- Verificación del grado de cumplimiento del pliego de condiciones administrativo y técnico a nivel documental en las instalaciones de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.
- Elaboración del presente Informe de la Auditoría Operativa de la Calidad del Hospital recogidos en el alcance.
- Presentación, revisión y aprobación del presente Informe de la Auditoría Operativa del Hospital Infanta Elena de Valdemoro.

El Plan de Visitas in situ para los servicios recogidos en el alcance del presente informe del Hospital se ha realizado en las fechas comprendidas entre el 20 de diciembre de 2.016 y el 22 de diciembre de 2.016.

Los Parámetros estándar de desempeño (Cuadro de Mando), son los siguientes:

- Limpieza:
  - N° de incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Por Áreas.
  - N° de incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área Médica.
  - N° de incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área Quirúrgica.
  - N° de incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área Materno-Infantil.
  - N° de incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área de Servicios Centrales.
  - N° de incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Por Áreas.
  - N° de incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área Médica.

- N° de incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área Quirúrgica.
- N° de incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área Materno-Infantil.
- N° de incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área de Servicios Centrales.
- Incumplimientos de los mínimos requeridos en el PPT de Limpieza.
- Grado de cumplimiento de la normativa de aplicación:
  - Prevención de riesgos.
  - Gestión de Residuos.
  - Protección de datos.
- Seguimiento de las Políticas en materia de control de infecciones del SERMAS:
  - % de controles de calidad realizados frente a los requeridos.
  - % medio de parámetros dentro del rango requerido.
- Incumplimientos relativos al uso, concentración y tipos de desinfectantes aprobados por Medicina Preventiva.
- Incumplimientos relativos al uso, concentración y tipos de desinfectantes aprobados por Medicina Preventiva. Área Médica.
- Incumplimientos relativos al uso, concentración y tipos de desinfectantes aprobados por Medicina Preventiva. Área Quirúrgica.
- Incumplimientos relativos al uso, concentración y tipos de desinfectantes aprobados por Medicina Preventiva. Área Materno-Infantil.
- Incumplimientos relativos al uso, concentración y tipos de desinfectantes aprobados por Medicina Preventiva. Área de Servicios Centrales.

- Seguridad y Vigilancia:
  - Realización de los planes de catástrofes o emergencias.
  - Cualificación o capacitación del personal empleado.
  - Cumplimiento de la legislación vigente en materia de Seguridad.
  - Cumplimiento de las obligaciones que pueda repercutir en el paciente o usuario. Por Área.
  - Cumplimiento de las obligaciones que pueda repercutir en el paciente o usuario. Área Médica.
  - Cumplimiento de las obligaciones que pueda repercutir en el paciente o usuario. Área Quirúrgica.
  - Cumplimiento de las obligaciones que pueda repercutir en el paciente o usuario. Área Materno-Infantil.
  - Cumplimiento de las obligaciones que pueda repercutir en el paciente o usuario. Área de Servicios Centrales.
  - Cumplimiento de aquellos aspectos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas:
    - Accesos y salidas.
    - Rondas.
    - RR.HH.
  - Cumplimiento de aquellos aspectos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas:
    - Alarmas.
    - Medios Técnicos.
    - Organización.
    - Seguridad de la Información.

- Residuos Urbanos y Sanitarios:
  - Cumplimiento de la Normativa de Residuos. GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA. Según Área.
  - Cumplimiento de la Normativa de Residuos. GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA. Según Concepto:
    - Mezcla.
    - Envase.
    - Transporte interno.
    - Almacén intermedio.
  - Cumplimiento de la Normativa de Residuos. GESTIÓN EXTRAHOSPITALARIA. Punto de Evacuación Final:
    - Arquitectura y señalización.
    - Frecuencia.
  - Cumplimiento de la Normativa de Residuos. GESTIÓN EXTRAHOSPITALARIA. Transporte, tratamiento y eliminación. Servicio de residuos.
  - Cualquier otra obligación que pueda repercutir sobre el Paciente / usuario. Por Área.
  - Cualquier otra obligación que pueda repercutir sobre el Paciente / usuario. Por aspecto:
    - Los residuos no tocan el suelo.
    - Los contenedores están cerrados.
    - Protocolos.
    - Formación.

- Conservación de Viales y Jardines:
  - Garantía de que las rutas de acceso cumplen con la normativa de supresión de barreras arquitectónicas.
  - Garantía de que los vehiculos de emergencia tienen acceso a las instalaciones del centro y a las fachadas de los edificios:
  - Cumplimiento de otras obligaciones que pueden repercutir en el paciente/usuario:
    - Jardines.
    - Señalización.
- Desinsectación y desratización
  - Seguimiento de las Políticas en materia de control de infecciones del SERMAS:
    - % de controles de calidad realizados frente a los requeridos.
    - % medio de parámetros dentro del rango requerido.
- Gestión de almacenes y distribución logística:
  - Cumplimientos que afectan directamente a la operatividad y / o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.
  - Cumplimientos que afectan directamente a la operatividad y / o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Area Médica.
  - Cumplimientos que afectan directamente a la operatividad y / o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Area Quirúrgica.
  - Cumplimientos que afectan directamente a la operatividad y / o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área Materno-Infantil.

- Cumplimientos que afectan directamente a la operatividad y / o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Area de Servicios Centrales.
- Incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.
- Garantía de la trazabilidad de los productos que lo requieran.
- Cumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el Paciente / Usuario.
  
- Apoyo administrativo:
  - Actualización del listado telefónico trimestralmente.
  - Cumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente/usuario:
    - Gestión de llamadas.
    - Gestión de la comunicación de las personas discapacitadas.
    - Satisfacción de los usuarios en la comunicación.
  
- Explotaciones comerciales:
  - Cafetería, Bar y comedor:
    - ISO 9.001.
    - Carnet de manipulador de alimentos.
    - Seguridad e Higiene.
  
  - Servicio de aparcamiento:
    - Área para uso preferente.
    - Tarifas de aparcamiento.

La Documentación inicial, solicitada por GESMAN al Hospital objeto de la presente Auditoría Operativa a través del SERMAS ha sido la siguiente:

SERVICIO DE LIMPIEZA:

- Programas de limpieza por zonas con indicación de su periodicidad: diaria, semanal, mensual, etc.
- Programa de limpiezas a fondo para el mes de Octubre de 2.016.
- Relación de productos a emplear aprobados por Medicina Preventiva.
- Procedimientos de la metodología a emplear en función de las zonas, en caso de disponer de éstos.
- Listado de la maquinaria de limpieza comprometida en la Oferta licitante.
- Plan de Prevención de riesgos laborales.
- Requisitos en materia de control de infecciones del SERMAS y aplicación en el Hospital, en caso de disponer de él.

SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA:

- Planes de catástrofes internas o emergencias.
- Plan de catástrofes externas.
- Registro de incidencias del mes de Octubre de 2.016.
- Número de vigilantes en turno de mañana, en turno de tarde y de noche.
- Procedimiento de control de accesos, en caso de disponer de él.
- Procedimiento de gestión de rondas, en caso de disponer de él.
- Hoja resumen de los cursos previstos en el Plan de Formación del año 2.016.

SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS:

- Autorización vigente como gestor de residuos sanitarios.
- Plan de gestión de Prevención de Riesgos Laborales.
- Hoja resumen de los cursos previstos en el Plan de Formación del año 2.016.

- Características técnicas de los envases de residuos en función del grupo al que pertenecen.

SERVICIO DE VIALES Y JARDINES:

- Programa de mantenimiento del segundo trimestre de 2.016.
- Planos con indicación de las rutas de acceso conforme a la normativa de supresión de barreras arquitectónicas.
- Planos con indicación de las rutas de accesos a los vehículos de emergencia.
- Planos con indicación de las vías de evacuación alternativas en caso de incendio o cualquier otra eventualidad.

SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA:

- Procedimiento de trazabilidad en el almacenamiento y distribución, en caso de disponer de él.
- Procedimiento utilizado en la recepción, en caso de disponer de él.
- Procedimiento utilizado en la identificación, en caso de disponer de él.
- Procedimiento utilizado en la entrega al usuario, en caso de disponer de él.
- Procedimiento utilizado en las devoluciones o cambios, en caso de disponer de él.
- Listado de stocks utilizados y cuantías de los mismos, en caso de disponer de él
- Normas de funcionamiento interno del Servicio de Farmacia, en caso de disponer de éstas.

SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO:

- Listado telefónico.
- Informe de llamadas atendidas, perdidas y no atendidas.
- Encuesta de satisfacción a los clientes o del instrumento de medición que se haya habilitado.

EXPLOTACIONES COMERCIALES:

*Cafetería-bar y comedor:*

- Certificado ISO 9.000 o equivalente de la cafetería-bar, comedor público y comedor de personal.
- Proyecto sobre seguridad e higiene.

*Servicio de aparcamiento:*

- Relación de las áreas para uso preferente de aparcamiento.
- Tarifas de aparcamiento.

*Servicio de teléfono y televisores en habitaciones y zonas comunes:*

- Tarifas de teléfono y servicio de televisión.

DESINSECTACIÓN, DESINFECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN:

- Plano de localización de los dispositivos.
- Relación de productos aprobados

Los documentos recibidos a fecha de elaboración del presente informe se han considerado suficientes.

**4. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA. SERVICIOS NO SANITARIOS**



## 4.1. SERVICIO DE LIMPIEZA

### 4.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Limpieza, en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, consisten en lo siguiente:

- La limpieza se realiza desde las zonas más limpias a las más sucias.
- Se coloca todo el material que se va a necesitar en el carro, incluidas bolsas de basura.
- Los pomos de las puertas se limpian diariamente con desinfectante.
- El agua no se debe emplear sola, ya que puede convertirse en un cúmulo de gérmenes. Siempre se le debe añadir detergente más desinfectante en las concentraciones adecuadas según la normativa del servicio de medicina preventiva del centro. Si el germicida utilizado es hipoclorito, se debe emplear mezclado con detergente (no amoniacal).
- No se debe barrer en seco en el Hospital ya que con este tipo de barrido, los gérmenes que están en el suelo vuelven a suspenderse en el aire. El único sistema adecuado y permitido es por lo tanto la limpieza húmeda. Antes de limpiar el suelo, se debe retirar el polvo del mismo, empleando la mopa. El fregado de suelos se debe hacer mediante sistema de doble cubo, uno para la solución jabonosa y desinfectante y otro para el aclarado, o mediante mopas de microfibra. En cualquiera de los casos, se debe dejar seco.
- El polvo se debe retirar con una gamuza humedecida con detergente más desinfectante. No se debe pasar el mismo lado de la gamuza por superficies diferentes. Se debe dejar seco.

- Se debe emplear, material diferente para despachos, habitaciones, cuartos de baño, zonas sucias, vertederos, etc. Las bayetas deben ser de distinto color para su contraste y por ende distinta utilización. Se debe atender al código de colores recomendado por la O.M.S.: **rojo** para WC, **azul** para mobiliario, **amarillo** para sanitarios y **verde** para office de planta...Todo este material se debe enjuagar y aclarar escrupulosamente al terminar cada Unidad y en especial cada habitación de enfermos, y siempre antes de iniciar una nueva limpieza, a fin de evitar que el material de limpieza sea una fuente de contaminación.
- Nunca debe utilizarse la misma agua para dos habitaciones distintas de enfermos.
- Cuartos de baño. Se debe prestar especial atención a la limpieza de cuartos de baño, inodoros, lavabos, etc., Con el fin de garantizar una adecuada higiene de la red de distribución de agua, en cada limpieza –diariamente-, se debe dejar correr el agua de cisternas, lavacuñas y todos los grifos existentes en el cuarto de baño (lavabo y ducha).
- Las bolsas de basura que nunca deberán exceder del 75% de su capacidad de llenado, se deben cerrar previamente antes de ser evacuadas.
- Vertederos. Igualmente, debe tener especial atención la limpieza y descontaminación de los vertederos. En cada limpieza se debe hacer correr el agua acompañada de un detergente; una vez limpio se debe aplicar lejía dejándolo actuar durante 20 minutos.
- Al final de la jornada, se deben lavar bien con agua caliente y detergente todos los materiales empleados, introduciéndolos a continuación durante 20 minutos en una solución desinfectante. Los útiles de limpieza, deben guardarse secos. La empresa adjudicataria debe optar por gasas y bayetas de un solo uso.
- Los productos de limpieza deben ir correctamente etiquetados de acuerdo con la normativa vigente, y no se debe transvasar el contenido a recipientes diferentes que no lleven incorporada la etiqueta del producto que portan en su interior.

Se debe aportar una detallada relación de los productos a emplear en cada uno de los servicios, con indicación de su uso, concentración y tipos de desinfectantes a utilizar, aprobados por el Servicio de Medicina Preventiva. En la utilización de productos se debe mantener, en todo momento, el respeto al medio ambiente.

#### 4.1.2. DIAGNÓSTICO

A continuación se detalla el cumplimiento de los requisitos definidos en el Pliego de Condiciones de la Concesión:

- Se ha comprobado que se coloca todo el material que se va a necesitar en el carro, incluidas bolsas de basura.
- Se ha verificado que los pomos de las puertas se limpian diariamente con desinfectante.
- En el análisis muestral de la auditoría operativa realizada, se ha evidenciado que el agua no se emplea sola, ya que puede convertirse en un cúmulo de gérmenes.
- El polvo se retira con una gamuza humedecida con detergente más desinfectante. No se tienen evidencias de que se pase el mismo lado de la gamuza por superficies diferentes. Se deja seco.
- Se ha verificado que se emplea, material diferente para despachos, habitaciones, cuartos de baño, zonas sucias, vertederos, etc. Las bayetas son efectivamente de distinto color para su contraste y por ende distinta utilización.
- Se ha comprobado que no se emplea la misma agua para dos habitaciones distintas de enfermos.
- Se ha verificado que en cada limpieza se hace correr el agua acompañada de un detergente; una vez limpio se aplica lejía dejándolo actuar durante 20 minutos.

- Los productos de limpieza están correctamente etiquetados de acuerdo con la normativa vigente, y no se tienen evidencias de que se transvase el contenido a recipientes diferentes que no lleven incorporada la etiqueta del producto que portan en su interior.

El grado de limpieza observado se ha considerado positivo, tal y como se evidencia en las fotos anexas, para cada uno de los Servicios médicos, Área de quirófanos, Plantas de Hospitalización, Servicios centrales y Zonas comunes inspeccionadas, a excepción de las desviaciones contempladas en el presente informe.

En el momento de la auditoria operativa se ha podido evidenciar el correcto estado de los carros de limpieza, así como la organización de los mismos:



Existen carros de limpieza con el equipamiento de: cubos, fregona, mopa, escoba y productos de limpieza. Existe jabón líquido para las manos, papel higiénico, papel secamanos, escobillas para la limpieza del WC y papeleras específicas para compresas:

En las zonas con suelos mojados se señalizan mediante letreros indicativos con objeto de evitar resbalones y caídas de los usuarios:

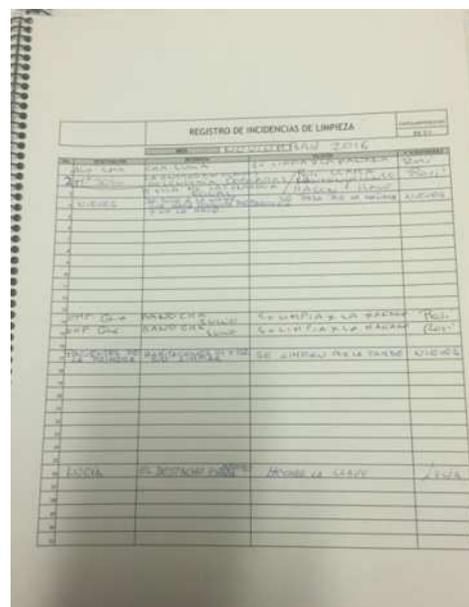
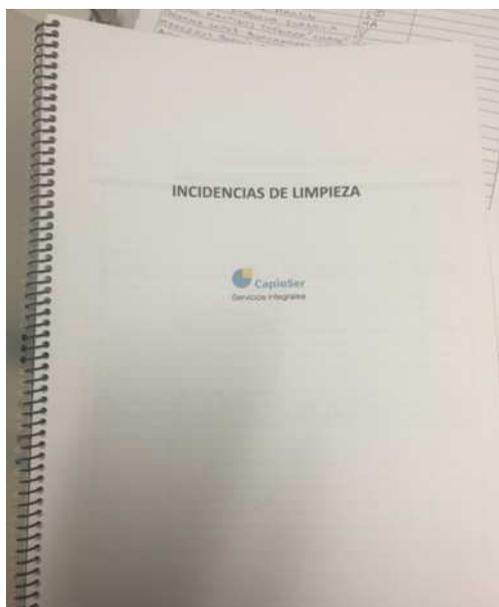


Se tienen evidencias del inventario de los productos de limpieza y se han podido evidenciar parte de las fichas técnicas y de seguridad durante la auditoría, si bien no se han podido evidenciar la totalidad en formato digital. Se adjunta parte de ellas como **ANEXO I**

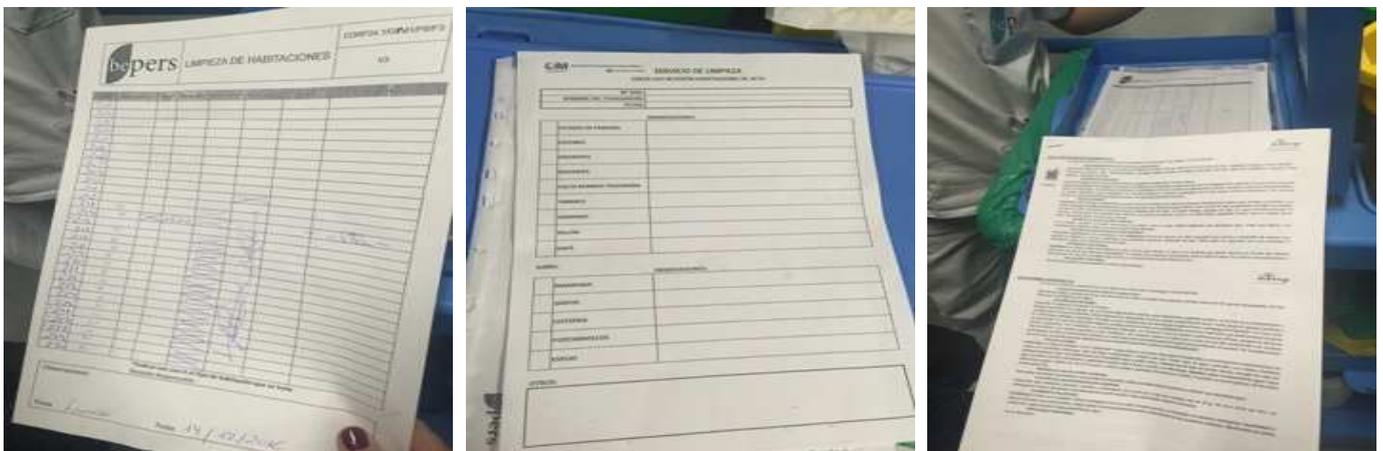
A continuación, se indican los puntos fuertes del Servicio de Limpieza del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, tras la realización de la Auditoría Operativa durante el mes de diciembre de 2016 por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.

- El grado de limpieza observado se ha considerado positivo, tal y como se evidencia en las fotos anexas, para cada uno de los Servicios médicos, Área de quirófanos, Plantas de Hospitalización, Servicios centrales y Zonas comunes inspeccionadas.
- En la documentación remitida se ha podido evidenciar el cumplimiento de las frecuencias de las limpiezas diarias, éstas también visualmente, así como de las limpiezas generales, más específicas, realizándose semanal, mensual, trimestral y semestralmente, cumpliendo con lo requerido para garantizar la operatividad y/o uso de las Áreas Funcionales del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro. Se ha revisado la correcta ejecución de las limpiezas generales, evidenciándose un elevado grado de limpieza en la mayor parte de las estancias inspeccionadas.

- Las Coordinadoras de la Limpieza organizan al personal de la limpieza diariamente y atienden las llamadas telefónicas del Personal del Hospital, en las que se les indican posibles incidencias, para su subsanación de forma inmediata. Se ha evidenciado en el momento del control de calidad, la correcta subsanación de las incidencias por parte de los profesionales de la limpieza, cerrándolas de forma positiva en plazo y forma.
- Se ha podido evidenciar la correcta cumplimentación del Registro de Limpiezas diarias y mensuales de las Zonas de Bajo, Medio y Alto Riesgo.
- Se ha considerado positivo el hecho de que las Profesionales de la Limpieza indican y registran las incidencias de limpieza para su cierre y posterior análisis, con objeto de determinar si es necesario establecer una Acción Correctiva que impida que vuelva a producirse una incidencia por el mismo motivo. Se ha podido verificar que todas las incidencias de limpieza son subsanadas en plazo y forma, siendo revisadas todas ellas por las Responsables del Servicio de Limpieza.



- Las Responsables del Servicio de Limpieza llevan a cabo un estudio de satisfacción trimestral del servicio de limpieza a los Pacientes Hospitalizados, a través del Cuestionario de Visitas de Cortesía, obteniéndose un resultado positivo en el grado de satisfacción de los Pacientes del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro con la limpieza y sus profesionales.
- Las Coordinadoras de la Limpieza llevan a cabo controles de calidad internos para subsanar posibles deficiencias en la limpieza y mejorar continuamente el servicio de limpieza prestado.
- En el momento del control de calidad se ha podido evidenciar el correcto estado de los carros de limpieza, así como la organización de los mismos. Además se han podido evidenciar tanto los check – list de las limpiezas de mantenimiento y de alta/cierre como las fichas de los técnicos de los productos en cada uno de los carros inspeccionados:



- En el momento de la auditoria operativa se ha podido evidenciar que se dispone de la maquinaria requerida para prestar de un modo correcto el servicio de limpieza en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, observándose en buen estado de funcionamiento y mantenimiento. Se ha podido evidenciar que los profesionales de la limpieza conocen el correcto funcionamiento y manejo de la maquinaria.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa de calidad del Servicio de Limpieza en el Hospital Universitario de Torrejón realizada en Noviembre de 2.016, con indicación de los parámetros, evidencias, datos e ítems que han servido a GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. para su cuantificación objetiva:

➤ **INCUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. POR ÁREAS:**

Indicador	Se evidencia la prestación del servicio en todas las áreas del hospital.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Reportaje fotográfico.

➤ **INCUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. ÁREA MÉDICA:**

Indicador	Se evidencian desviaciones respecto al uso de desinfectante.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	0% (No se cumple)
Evidencias	Incidencia detallada.

➤ **INCUMPLIMIENTOS QUE PODRÍAN HABER AFECTADO A LA OPERATIVIDAD Y USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. POR ÁREAS:**

Indicador	No procede
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	N/A (No Aplica)
Evidencias	No porcede.

➤ **INCUMPLIMIENTOS DE LOS MÍNIMOS REQUERIDOS EN EL PPT DE LIMPIEZA:**

Indicador	Se evidencian zonas con deficiente grado de limpieza
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	0% (No se cumple)
Evidencias	Reportaje fotográfico.

➤ **GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE APLICACIÓN:**

Indicador	Se evidencia el cumplimiento de normativa y protocolos establecidos.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Protocolos de limpieza.

➤ **INCUMPLIMIENTOS RELATIVOS AL USO, CONCENTRACIÓN Y TIPOS DE DESINFECTANTES APROBADOS POR MEDICINA PREVENTIVA. POR ÁREAS:**

Indicador	No se evidencia la aprobación de los productos empleados para la limpieza por Medicina Preventiva.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	0% (No se cumple)
Evidencias	Incidencia detallada.

#### 4.1.3. PUNTOS FUERTES

No procede.

#### 4.1.4. ÁREAS DE MEJORA

En la limpieza de cierre de quirófanos se propone determinar un orden de las zonas a limpiar claramente definido, ya que durante la auditoría al tener que pausarse dicha limpieza (por peonadas) no se tenía la seguridad, por parte del personal de limpieza, de por qué elemento se debía seguir al retomar la limpieza de cierre del quirófano.

#### 4.1.5. SEGUIMIENTO DE LAS DESVIACIONES DE LA AUDITORIA ANTERIOR

- Respecto al almacenamiento de productos de limpieza peligrosos (aquellos que en su envase presentan al menos un símbolo de peligrosidad) no disponen de medidas de retención en caso de accidente o vertido (recipientes para derrames), si bien, si que disponen de un kit mediante el cual evitarían la contaminación de las zonas próximas, con todos los EPI's necesarios para que los Profesionales de la Limpieza puedan limpiar dicho vertido sin riesgo para su salud.

No se considera cerrada, ya que se mantenido la incidencia en esta auditoría operativa.

- En algún caso las bolsas de basura han excedido el 75% de su capacidad de llenado, si bien, se ha tratado de casos puntuales.

Se considera CERRADA ya que no se tienen evidencias de dicha incidencia en la auditoría.

#### 4.1.6. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA

##### INCIDENCIA CRÍTICA

- Se ha podido evidenciar en quirófano que no se mide la dosis de desinfectante que se diluye en el agua, sino que se echa a ojo en algunas ocasiones, por lo que se propone el uso de dosificadores en todas las ocasiones.

##### INCIDENCIA CRÍTICA:

- Se ha podido visualizar un elevado grado de suciedad en las zonas exteriores del Hospital Infanta Elena, principalmente en zonas ajardinadas y parking, lo que supone un riesgo medioambiental elevado.



INCIDENCIA MEDIA

- Se debe realizar la limpieza partiendo de las zonas más limpias hacia las más sucias, ya que se pudo evidenciar que no se seguía dicho proceso durante la limpieza de quirófanos.

INCIDENCIA MEDIA:

- En el almacén de productos de limpieza, no se disponen de las medidas necesarias para evitar retención en caso de accidente o el vertido de los productos peligrosos. No obstante, sí se dispone de un kit para evitar la contaminación de las zonas próximas.

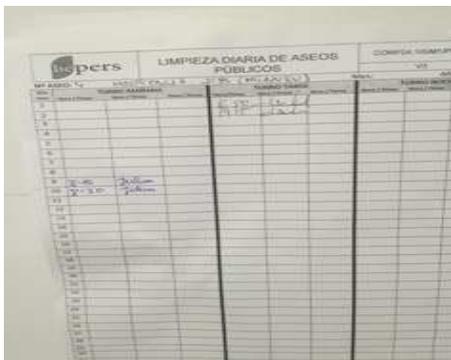


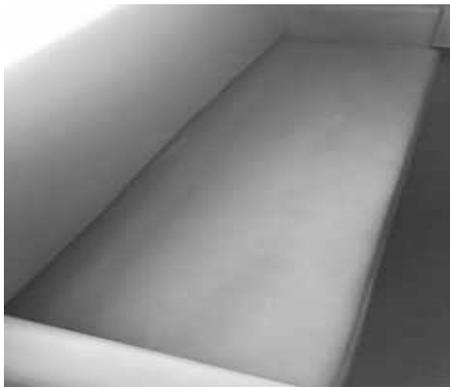
INCIDENCIA LEVE:

- Se han podido visualizar ventanas con suciedad, si bien se trata de casos puntuales y se han podido evidenciar los registros de la limpieza de cristales de la zona de hospitalización y de las plantas.

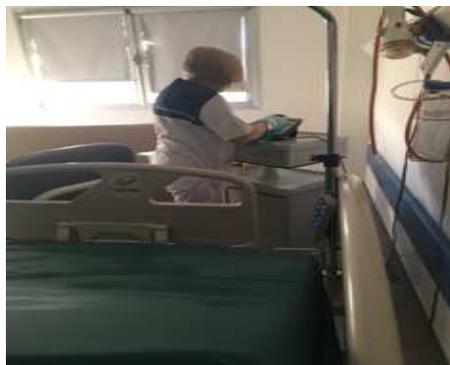
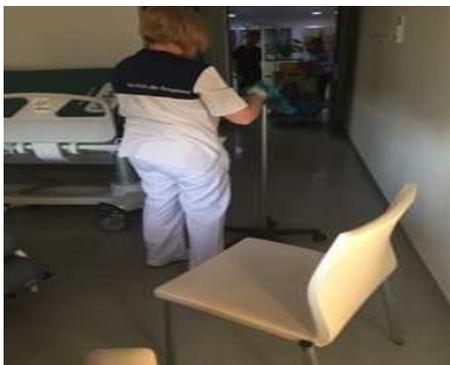


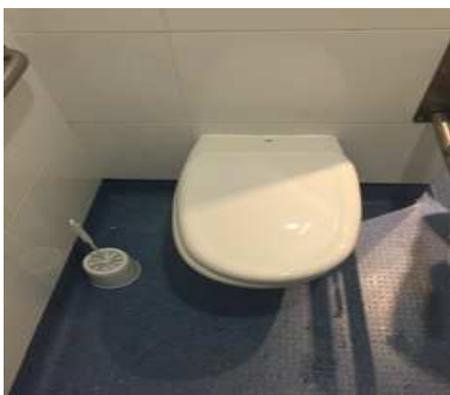
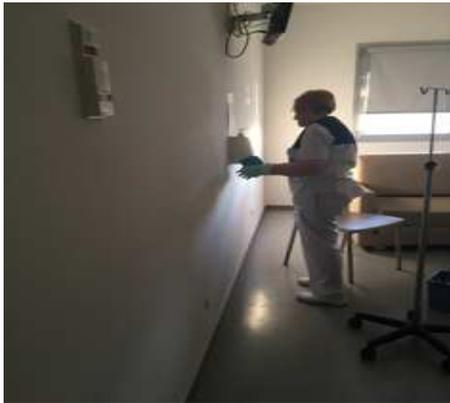
**4.1.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO**

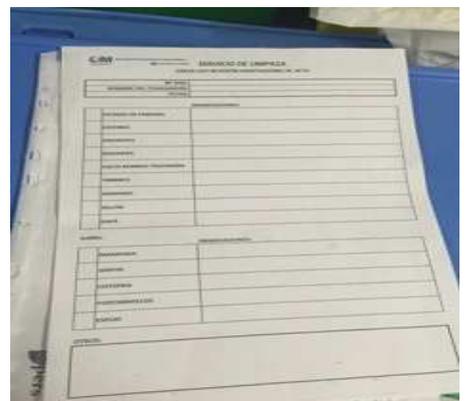
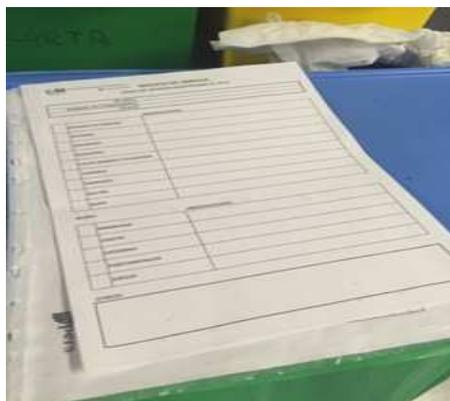


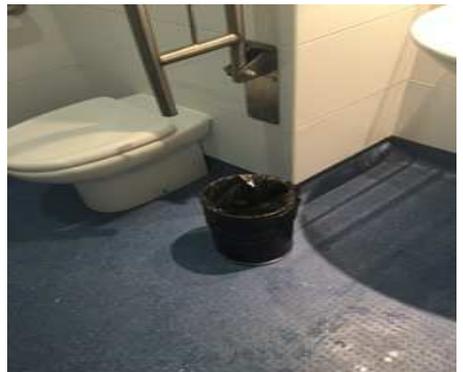


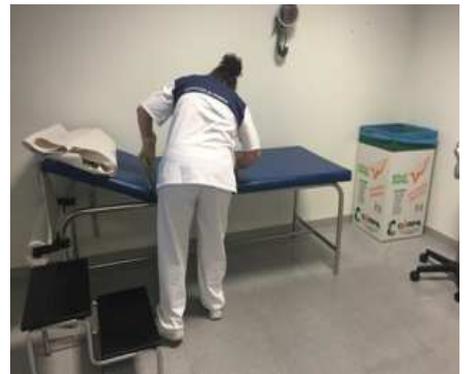


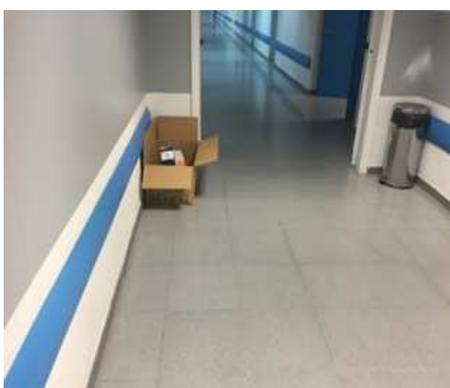


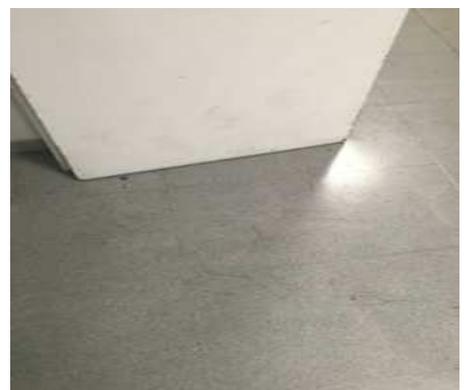
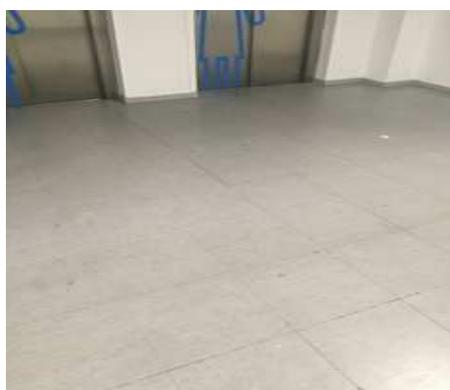
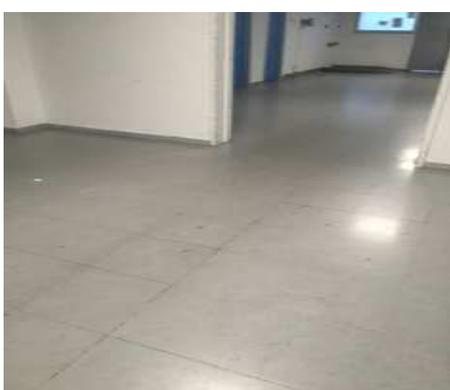




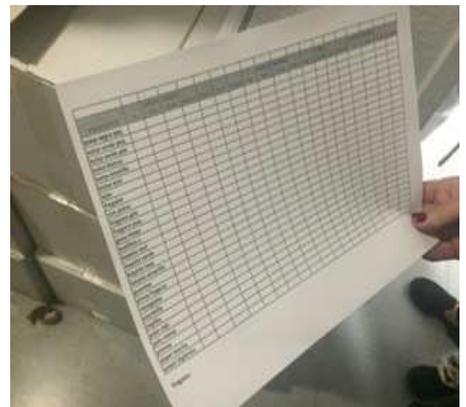
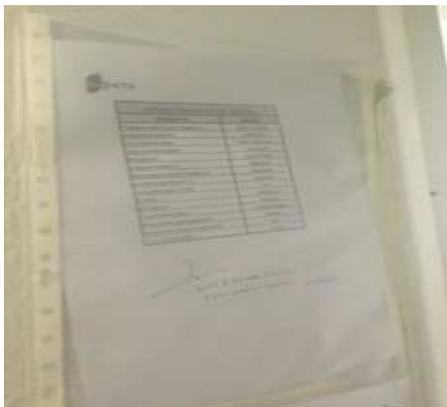
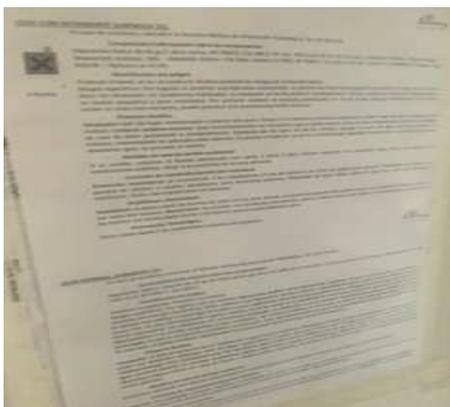
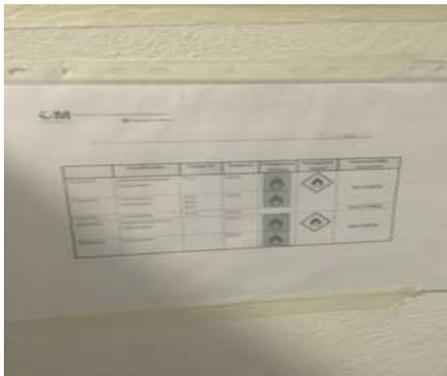


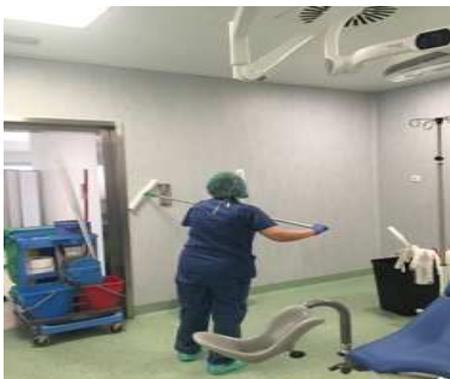
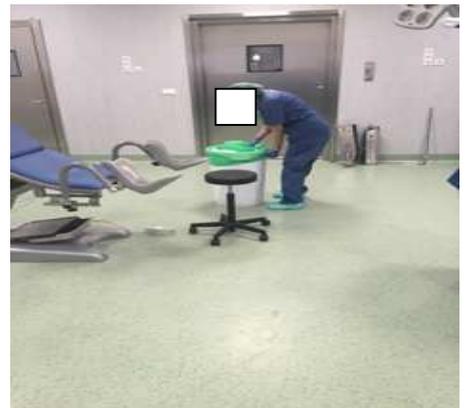
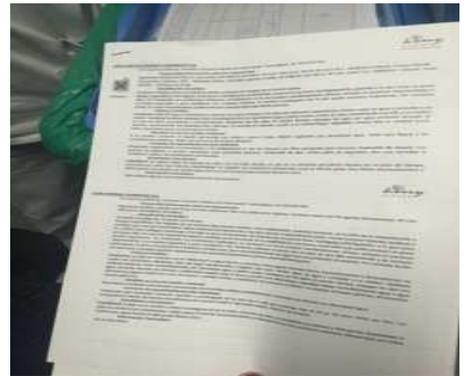
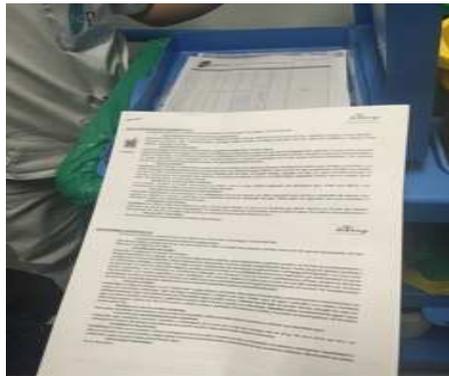




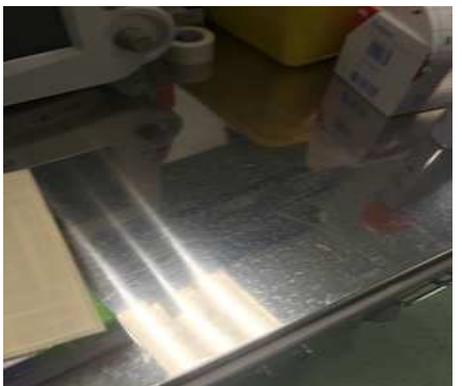
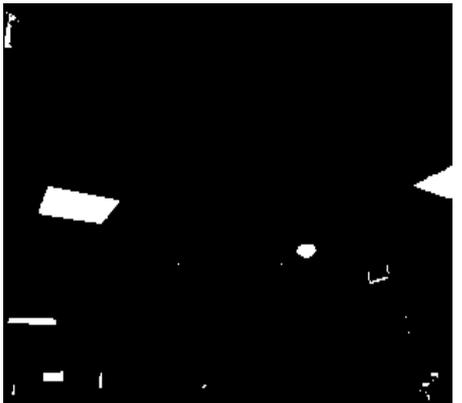
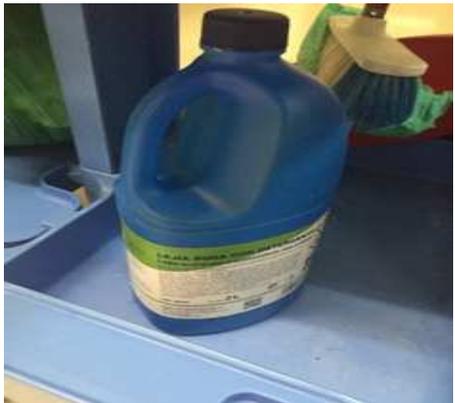
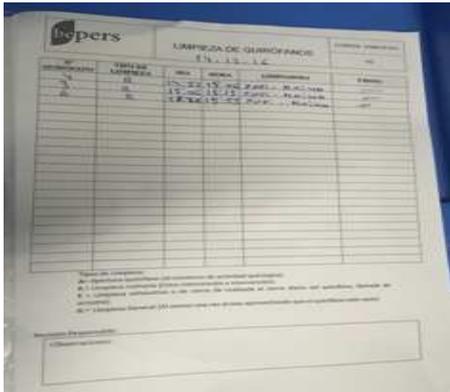




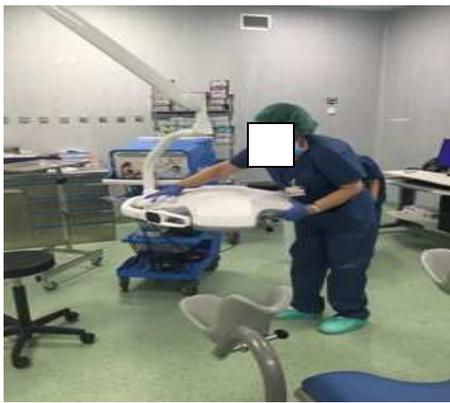
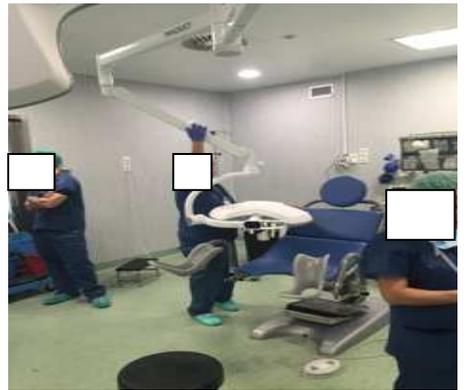


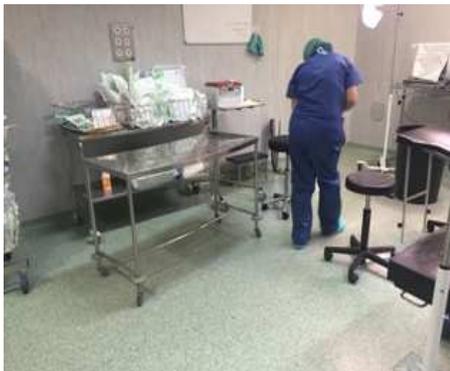






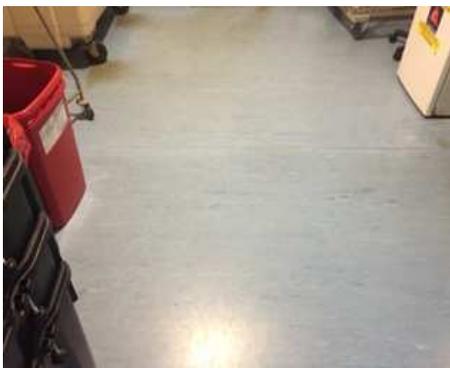
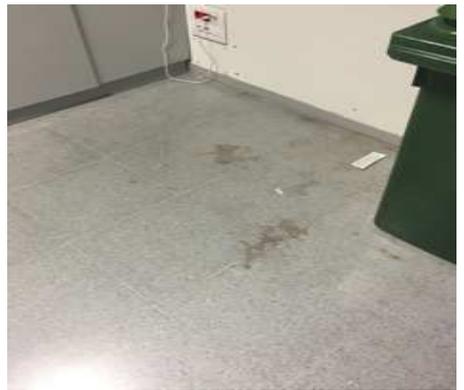


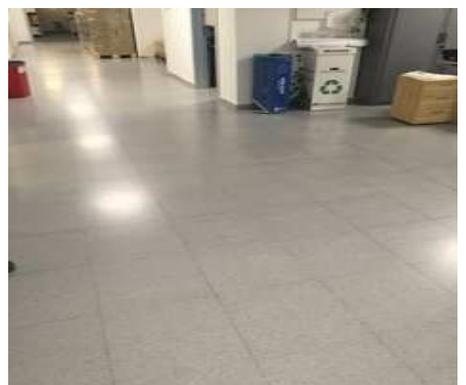
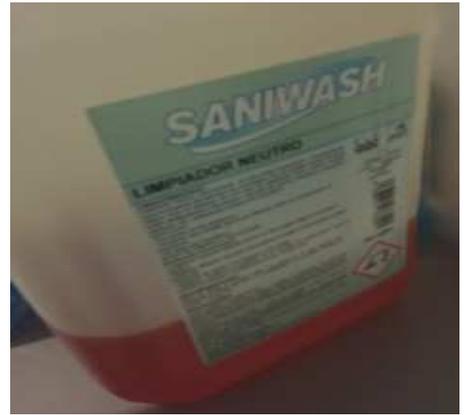
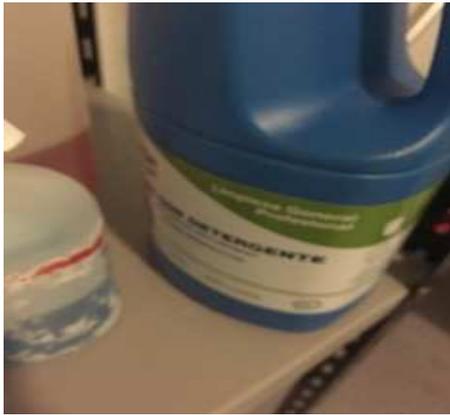


















## 4.2. SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA

### 4.2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Seguridad y Vigilancia, en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro, consisten en lo siguiente:

- Servicio integral de Seguridad y Vigilancia que garantice la seguridad y ausencia de riesgos a pacientes, empleados y visitantes debiendo intervenir en aquellas situaciones conflictivas que puedan generarse en el Hospital y en el Centro de especialidades, así como colaborar en su prevención.
- El servicio de vigilancia y seguridad se extiende a todas las dependencias, edificios y recinto que forman parte del Hospital y Centro de Especialidades, incluyéndose los edificios anexos, aparcamientos y centrales.
- Se garantiza una permanencia física 24 horas/día, los 365 días en al menos; el centro de control, urgencias y patrulla móvil así como el control de accesos al Hospital mediante presencia física o cámaras de seguridad.
- Además, se llevan a cabo las siguientes obligaciones:
  - Disponer de un Plan de emergencia o catástrofes internas y un plan de catástrofes externas que deberán presentar para su aprobación por la Administración en el plazo de un año desde la formalización del contrato.
  - Disponer de un libro o documento equiparable que se establezca, de registro diario de las incidencias acontecidas.
  - Cumplir todas las normas y requisitos técnicos administrativos de la legislación vigente en cuanto a Empresas de Seguridad, en especial las dictadas por el Ministerio del Interior.

## 4.2.2. DIAGNÓSTICO

El Hospital Infanta Elena dispone de un Manual de la Operativa seguida en el Servicio de Seguridad y Vigilancia, en el que se indica que la prestación del Servicio consiste en lo siguiente:

- ✓ Vigilancia para evitar hurtos, con atención especial a vestuarios, zonas de material de alto coste y, zonas de alta seguridad (Farmacia, Almacenes Generales, Servicio de Informática, etc.).
- ✓ Control de que los usuarios cumplan con sus obligaciones, actuando con la máxima discreción, particularmente en zonas como las Urgencias Generales, entrada de las visitas, etc.
- ✓ Vigilancia de las normas de circulación interna de los centros, que se deberá atender conforme al horario establecido por la Dirección para las visitas.
- ✓ Control del correcto funcionamiento de las puertas, particularmente en lo que se refiere a horario de apertura y funciones que en las mismas se tienen encomendadas. Deberán estar presentes en la apertura y cierre de las puertas de acceso a las dependencias, el principio y final de cada jornada, verificando previamente antes del cierre el que no quede persona alguna en el interior de aquellas.
- ✓ Manejo de los equipos de vigilancia y alarmas centralizados o complementarios por circuitos cerrados de televisión, ordenadores o de cualquier otro tipo de control eléctrico o electrónico que se instalará, previa instrucción al efecto.
- ✓ Vigilancia y rondas exteriores e interiores determinadas por la Dirección del Centro. Deberá dar curso inmediato, en caso de necesidad, a otro u otros vigilantes o jefe de equipo.
- ✓ Acudir rápidamente a cualquier dependencia del edificio o edificios cuando ante cualquier incidencia o altercado sea requerida su presencia por el personal de este organismo, permaneciendo en aquel si la gravedad del caso lo requiere, previo aviso mediante los medios de intercomunicación que deberán disponer en la prestación del servicio.

- ✓ Protección del personal y pacientes del hospital para evitar agresiones al mismo, así como de sus instalaciones.
- ✓ Protección de los usuarios del hospital.
- ✓ Cualquier otra función señalada por la Dirección, que se encuentre comprendida en el concepto de protección y vigilancia.

El personal de Vigilancia se atenderá en sus actuaciones a los principios de integridad y dignidad, protección y trato correcto a las personas, evitando abusos, arbitrariedades y violencias, así como actuando con congruencia y proporcionalidad en la utilización de sus facultades y medios disponibles, todo ello conforme lo dispuesto en el Reglamento de Seguridad Privada.

Asimismo deberá identificarse con su tarjeta de identidad profesional cuando, por razones del servicio, así lo soliciten los ciudadanos afectados.

Se ha podido evidenciar que se dispone del manual de funcionamiento operativo, accesible en la Centralita de Vigilancia:



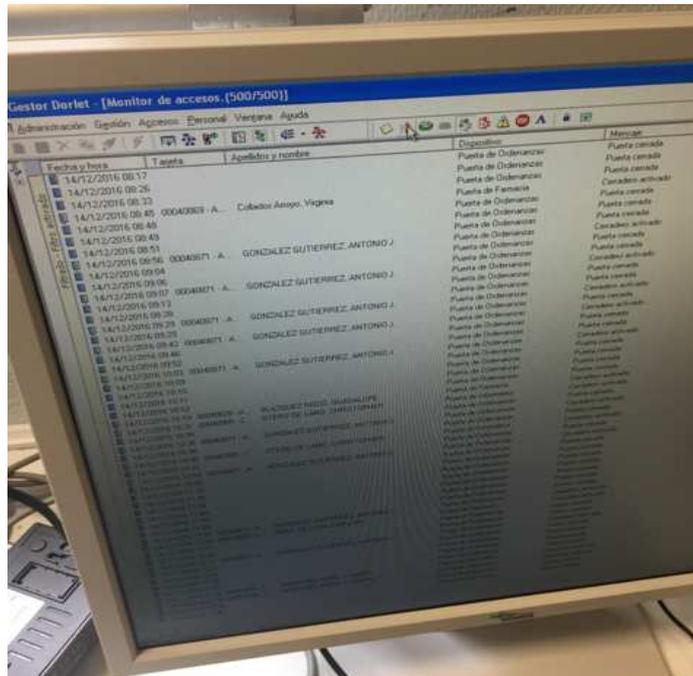
Desde la Centralita de Seguridad, se pueden vigilar todas las entradas al Hospital mediante las cámaras de vigilancia, y se vigilan los accesos a las zonas restringidas del Centro, ya que disponen de una aplicación que registra todos los accesos.



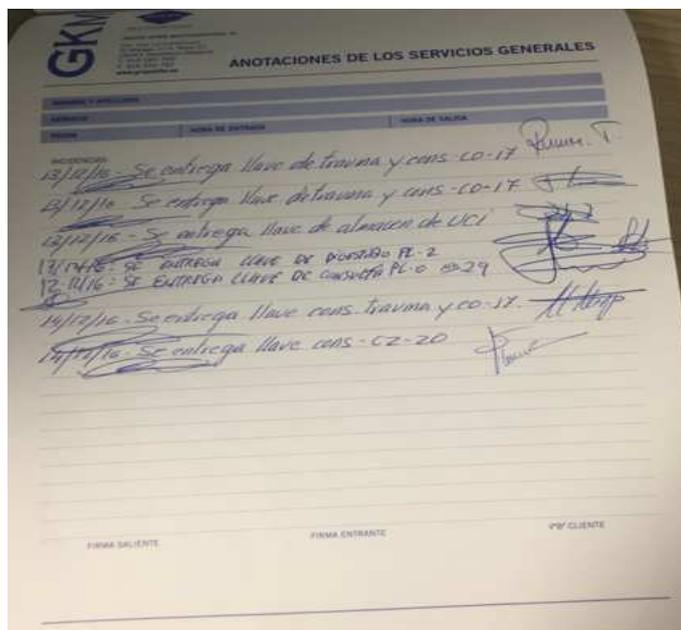
Se han colocado cámaras en todas las entradas al Hospital y en zonas interiores, indicando que es una Zona Videovigilada en cumplimiento de la LOPD,

### **ACCESOS Y SALIDAS:**

El personal autorizado del Hospital dispone de tarjetas de acceso con diferentes permisos, definidos por el Jefe de Mantenimiento y SS.GG., con objeto de controlar los accesos a las distintas áreas del Hospital. Los vigilantes de seguridad pueden controlar los distintos accesos a las diversas áreas restringidas del Hospital a través de la aplicación informática que registra todas las entradas.



Se registran las actuaciones diarias y las incidencias que hayan podido detectarse, así como las entregas de llaves a los distintos servicios:

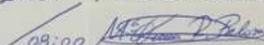


**14/12/16**

00:44 → 3009 CERRAR LA CO-12.  
 01:45 → SE PERSONA LIMPIEZA PARA ABRIR LA SALA DE LOS ESPEJOS.  
 03:47 → 2038 ABRIR LAS CO-16 Y CO-30 PARA RECO Y DEJAR UN ELOGENFO.  
 07:45 → 3064 → ABRIR EL AULA 7  
 08:00 → 1317 → ABRIR EL AULA 1  
 08:05 → Se van a gestionar la dirección y solista peticion del salon de actos  
 08:34 → 2107 → Abria camufla n.º 6 y 8 de planta primera  
 08:48 → 1332 → Abria despacho gobernante  
 08:55 → 3002 → Abria Aula informatica  
 09:04 → 3028 → Abria Aula 113  
 10:56 → 3002 → Abria archivo de planta -1  
 11:35 → 1375 → Abria dormitorio y vestuario de 1.ª planta  
 12:15 → 1358 → Abria camufla n.º 70 en la segunda plant

**Informe diario** 

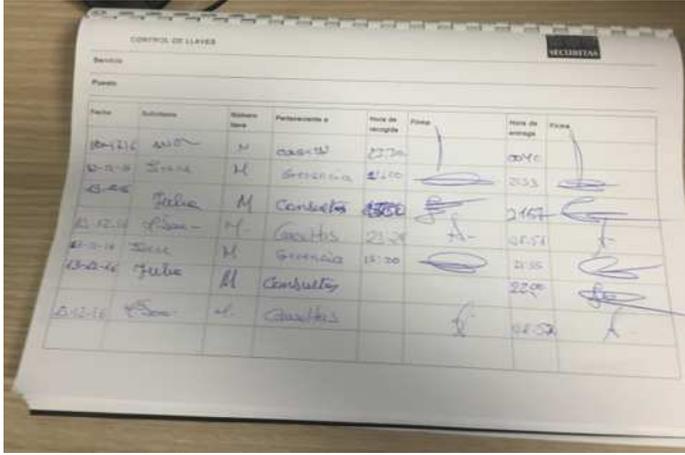
SERVICIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA    FECHA: 13/12/16  
 PUESTO: CENTRO DE CONTROL    HORARIO: 20:00 - 08:00    PAGINA: 1 de 1

COMUNICO MI INICIO DE SERVICIO AL C.A.C.		VIGILANTES	
COMPRUEBO EL ESTADO DE		Horario	Nombre, apellidos y firma
Linternas	<input checked="" type="checkbox"/>	20:00	M <sup>o</sup> TERESA REBOLLO
Teléfonos	<input checked="" type="checkbox"/>	08:00	
Lectores de Ronda	<input type="checkbox"/>		
Vehiculos	<input type="checkbox"/>		
Sistemas de intrusión	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sistemas contra incendios	<input checked="" type="checkbox"/>		
Armeros, armas y dotación	<input type="checkbox"/>		
COMUNICO FIN DE SERVICIO AL C.A.C.	<input type="checkbox"/>		

HORA    ORDEN CRONOLÓGICO DE ACONTECIMIENTOS - INCIDENTES - ALARMAS

20:00    INICIA EL SERVICIO EN SALA DE CONTROL LA V/S M<sup>o</sup> TERESA REBOLLO  
 RELEVANDO AL V/S FCO. JAVIER MARIN Y RECIBIENDO LAS NOVEDADES.  
 SALTA ALARMA EN 0133 SOTANO 1 PISILLO SERVICIOS Y AVISO A MANTENIMIENTO  
 QUE ME COMENTA AHORA LA MIRA. DESCONECTA Y REARMA. S/N.  
 21:01    ACCIDE DÑA. BEATRIZ DE LA CAPETERIA A LA C.A. FUERTE Y LE AGRAHARA  
 POR D. LUIS J/G CON LA BOLSA DEL DINERO. S/N.  
 \*    DURANTE LA NOCHE SE OBSERVAN FALLOS INTERMITENTES EN LA CA  
 M II PL. I ENTRADA CON PERDIDA DE VIDEO EN EL MONITOR N.º 5. S/N.  
 05:34    ME PREGUNTA EL V/S TITO SI HAN ENTREGADO UNAS LLAVES DE COCHE  
 EN EL TRANSURSO DEL TURNO Y LE INFORMO QUE NO. S/N  
 08:00    FIN ALICA EL SERVICIO EN SALA DE CONTROL LA V/S M<sup>o</sup> TERESA REBOLLO  
 SIENDO RELEVADA POR EL V/S FCO. JAVIER MARIN Y DANDO LAS NOVEDADES.

Mensajes para los vigilantes del siguiente turno



CONTROL DE LLAVES							
Servicio							
Puntos							
Fecha	Actividad	Nombre	Permisos	Hora de salida	Firma	Hora de entrada	Firma
18-12-16	AVD	M	Comedor	23:30		00:00	
17-12-16	Tronca	M	Gerencia	21:00		21:55	
15-12-16	Telera	M	Comedor	18:50		21:57	
13-12-16	Pisa	M	Comedor	21:20		21:51	
13-12-16	Telera	M	Gerencia	18:20		21:55	
13-12-16	Telera	M	Comedor			22:00	
13-12-16	Pisa	M	Comedor			21:50	

Están identificadas las zonas cuyo acceso está sólo permitido a personal autorizado:



No se inspeccionan los objetos, carteras de mano, bolsos, paquetes, etc. que porten las visitas, aunque en los casos que se considere conveniente por la seguridad del Hospital, por parte de los vigilantes de seguridad se puede solicitar. No se lleva a cabo la inspección de la correspondencia y paquetería dirigidas al personal del Hospital por parte del Servicio de Vigilancia y Seguridad, esta actividad la lleva a cabo personal propio del Hospital.

En relación con el acceso al Parking subterráneo, el Personal del Centro puede ser abonado al mismo con lo que se les facilita una tarjeta de acceso y en el caso de usuarios del Centro, pueden adquirir un tique para acceder al mismo, registrándose en todo momento las matrículas y existiendo cámaras de vigilancia en el parking así como una Central de Atención y Vigilancia en el mismo

Parking exterior no vigilado aunque con las cámaras instaladas en el perímetro del centro se podría enfocar en los mismos pero es no vigilado.

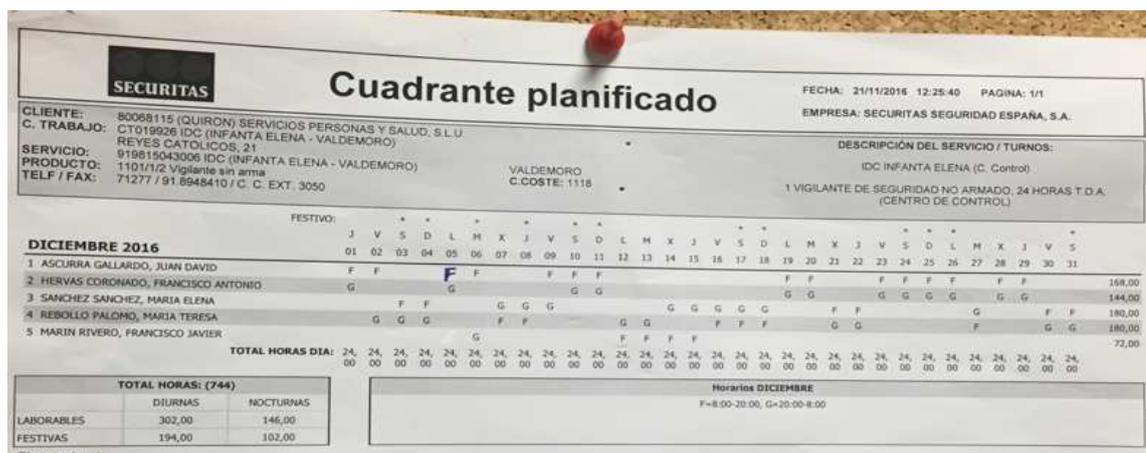
**RONDAS:**

Las rondas exteriores, incluyendo jardines, viales e instalaciones anexas no se ha podido evidenciar visualmente que sean diarias, lo que podría afectar a la seguridad de las personas.

**RECURSOS HUMANOS Y ORGANIZACIÓN:**

Los trabajadores que prestan el servicio lo hacen sin armas. Según el documento de Operativa del Servicio, se organizan de la forma siguiente:

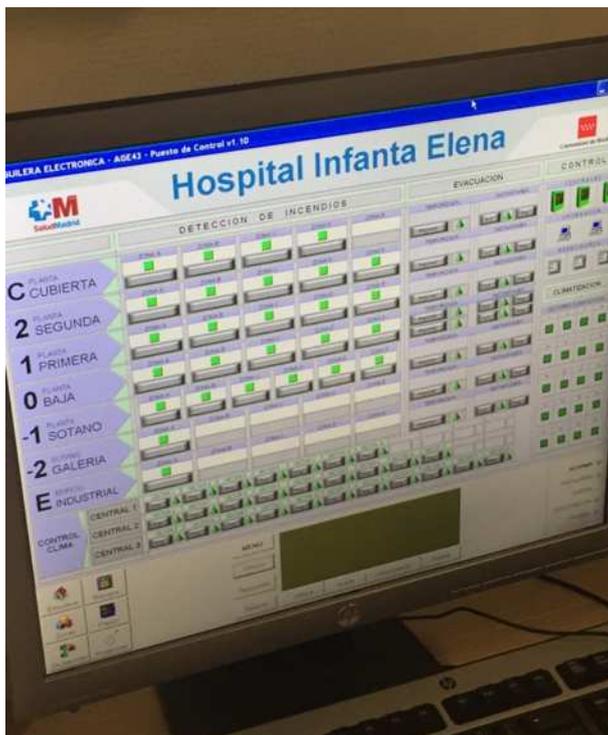
Siendo el cuadrantes de diciembre de 2016 el siguiente:



TOTAL HORAS: (744)	
DIURNAS	NOCTURNAS
LABORABLES 302,00	146,00
FESTIVAS 194,00	102,00







Se opera desde los Centros de Control (Centralita de Seguridad) los Sistemas de Seguridad (Cámaras de Vigilancia, Sistemas de alarmas, Protección de Incendios, Instalaciones Técnicas, etc.), dando respuesta a las alarmas producidas por los sistemas de seguridad instalados

En determinados puntos de atención a los usuarios del Hospital, se han instalado botones antipánico para que, en caso de que un usuario del Centro realice amenazas o se comporte de forma agresiva, el personal del Hospital pueda avisar al Personal del Servicio de Seguridad y Vigilancia y éste se presente en el menor plazo posible



A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa de calidad del Servicio de Seguridad y Vigilancia en el Hospital Infanta Elena realizada en diciembre de 2.016, con indicación de los parámetros, evidencias, datos e ítems que han servido a GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. para su cuantificación objetiva:

➤ **REALIZACIÓN DE LOS PLANES DE CATÁSTROFES O EMERGENCIAS:**

Indicador	Se evidencia la disponibilidad del Manual de Emergencias
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Manual de Emergencias.

➤ **CUALIFICACIÓN O CAPACITACIÓN DEL PERSONAL EMPLEADO:**

Indicador	Se evidencia la capacitación del personal de seguridad.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Planes de formación

➤ **CUMPLIMIENTO DE LA LEGISLACIÓN VIGENTE EN MATERIA DE SEGURIDAD:**

Indicador	Se evidencia el cumplimiento de legislación y procedimientos establecidos.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Plan de autoprotección

➤ **CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE PUEDA REPERCUTIR EN EL PACIENTE O USUARIO:**

Indicador	No procede.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	N/A (No Aplica)
Evidencias	No procede

➤ **CUMPLIMIENTO DE AQUELLOS ASPECTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS:**

Indicador	Se evidencia la prestación del servicio en el edificio, pero no en el exterior del recinto.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	0% (No se cumple)
Evidencias	Incidencia detallada.

➤ **CUMPLIMIENTO DE AQUELLOS ASPECTOS QUE PODRÍAN AFECTAR DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS:**

Indicador	No se evidencian rondas exteriores de forma diaria
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	0% (No se cumple)
Evidencias	Incidencia detallada.

#### 4.2.3. PUNTOS FUERTES

No procede

#### 4.2.4. ÁREAS DE MEJORA

No procede.

#### 4.2.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORIA ANTERIOR

- El Parking de superficie es público y no vigilado aunque las cámaras de vigilancia perimetrales pueden obtener imágenes del mismo.

Se considera no cerrada, ya que se ha vuelto a detectar en la auditoría.

- Se han detectado determinadas zonas que no quedan completamente vigiladas con las cámaras de vigilancia existentes, tal como es el caso de la entrada de consultas externas y urgencias, así como en determinadas salas de espera, por lo que se deberían revisar estas zonas para colocar cámaras de seguridad que garanticen la total vigilancia de las mismas.

CERRADA.

#### 4.2.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN

INCIDENCIA LEVE:

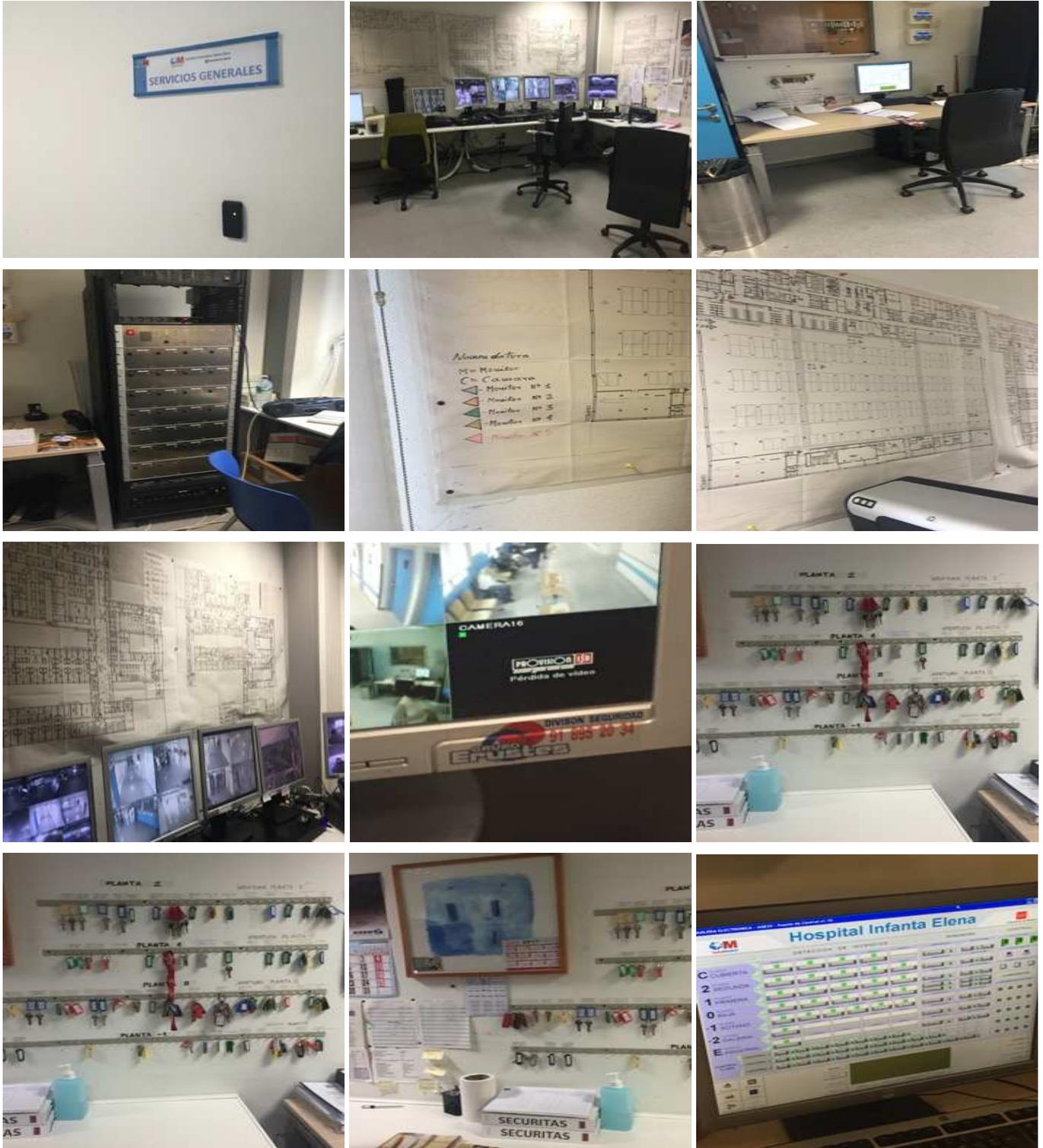
- Las rondas exteriores, incluyendo jardines, viales e instalaciones anexas no se ha podido evidenciar visualmente que sean diarias.

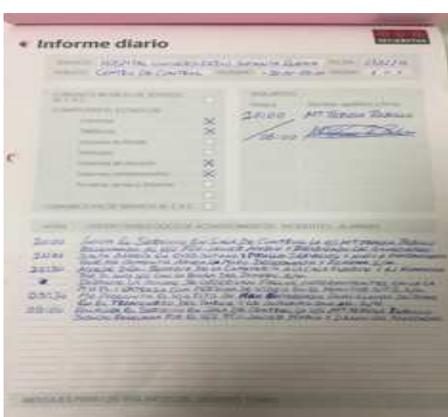
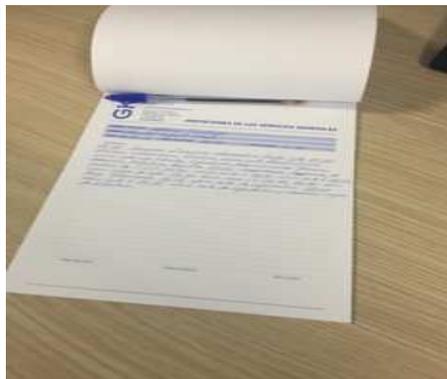
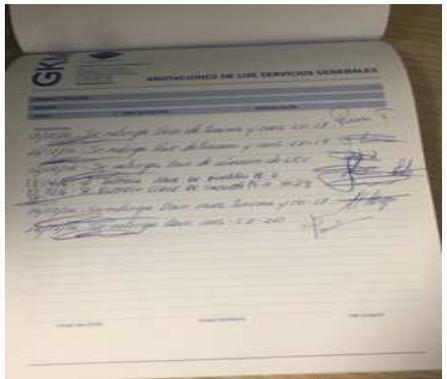
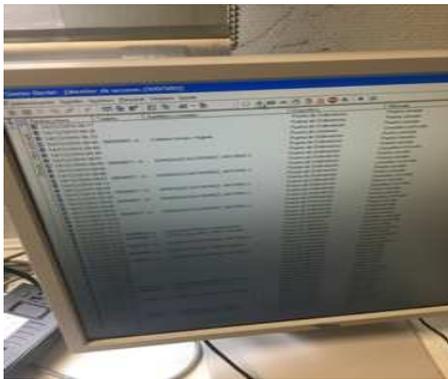
INCIDENCIA LEVE:

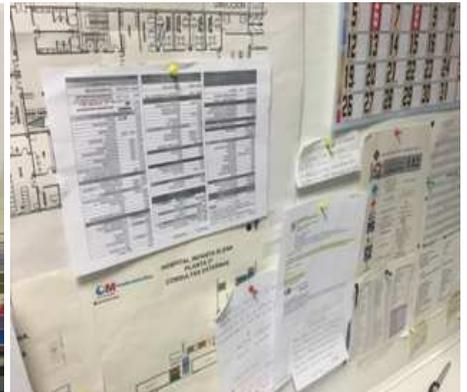
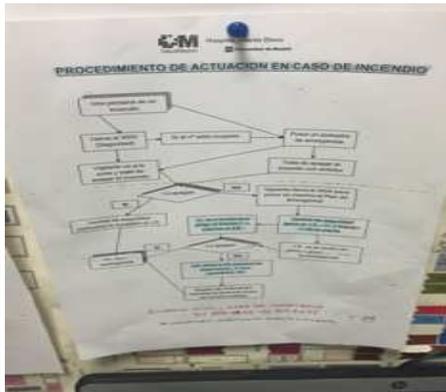
- El Parking de superficie es público y no vigilado aunque las cámaras de vigilancia perimetrales pueden obtener imágenes del mismo con detalle de las matrículas:



**4.2.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO**







**Cuadrante planificado**

FECHA	HORA	PERSONAL	ESTADO
18/07/16	22:30	Bon, Lobo, Alonso, Lopez	OK
18/07/16	23:30	Bon, Lobo, Alonso, Lopez	OK



**PARTE DE CONTROL - CAJA DE CAFETERIA - HOSPITAL INFANTA ELENA**

FECHA	HORA DE SALIDA	NOMBRE Y APELLIDOS	Nº HORAS	FORMA
18/07/16	22:30	Bon, Lobo, Alonso, Lopez	2h	OK
18/07/16	23:30	Bon, Lobo, Alonso, Lopez	2h	OK

**ENTRAGAS**

FECHA	HORA ENTRADA	NOMBRE Y APELLIDOS	Nº HORAS	FORMA
18/07/16	22:00	Bon, Lobo, Alonso, Lopez	2h	OK
18/07/16	23:00	Bon, Lobo, Alonso, Lopez	2h	OK



## 4.3. SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS

### 4.3.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Se ha evidenciado la correcta implantación de la Gestión Intrahospitalaria de los Residuos, cuyo procedimiento se adjunta como **ANEXO II**.

### 4.3.2. DIAGNÓSTICO

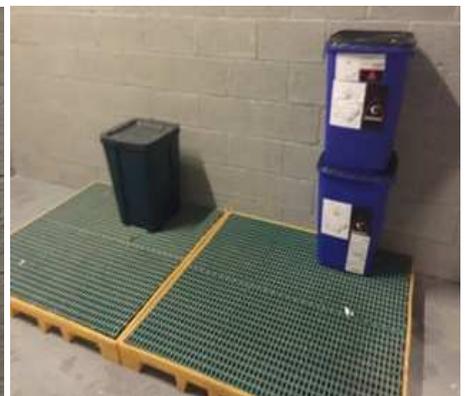
A continuación se detalla el cumplimiento de los requisitos definidos en el Pliego de Condiciones de la Concesión:

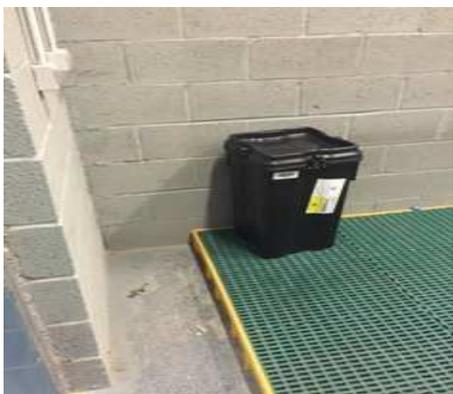
- La Sociedad concesionaria ofrece un servicio seguro, higiénico y eficaz de gestión de los distintos tipos de residuos generados en los servicios del Hospital y del Centro de especialidades, que trata de eliminar cualquier riesgo para la salud y el medio ambiente que pudiera derivarse de la existencia de dichos residuos.
- El prestador del servicio dispone de autorización vigente como gestor de residuos sanitarios y la segregación, recogida y tratamiento de los residuos generados en el ámbito hospitalario, se realiza conforme a la normativa vigente.
- El personal que desempeña este Servicio se ha constatado que tiene la formación adecuada del servicio que está desarrollando.

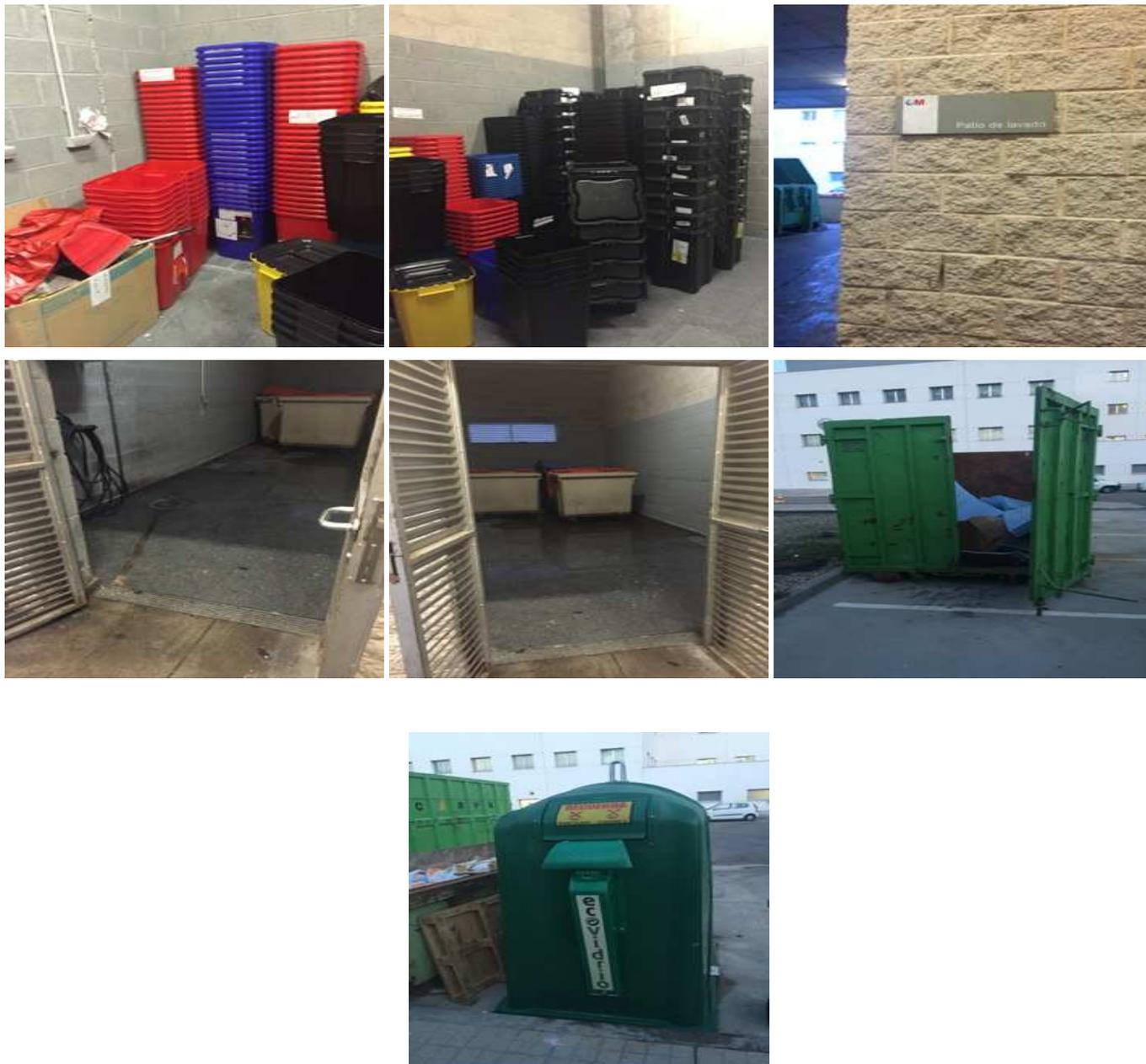
#### **PUNTO DE EVACUACIÓN FINAL. ALMACÉN DE RESIDUOS SANITARIOS:**

El almacén de residuos sanitarios está ubicado en la planta 0, en un edificio independiente al de los demás servicios del Hospital Infanta Elena con acceso directo a la calle para la retirada de residuos sanitarios por parte del Gestor Autorizado. Está señalizado y queda prohibida la entrada a toda persona no autorizada, estando cerrado bajo llave. El almacén de residuos sanitarios está cubierto, de una superficie fácil de limpiar, alejado de ventanas y rejillas, con acceso sin escalones y pendientes menor al 5%. El punto de

evacuación final se compone de varios almacenes en función del tipo de residuo, una zona de lavada de cubos y carros así como de contenedores exteriores, uno para objetos más grandes como muebles, y otro para el vidrio.

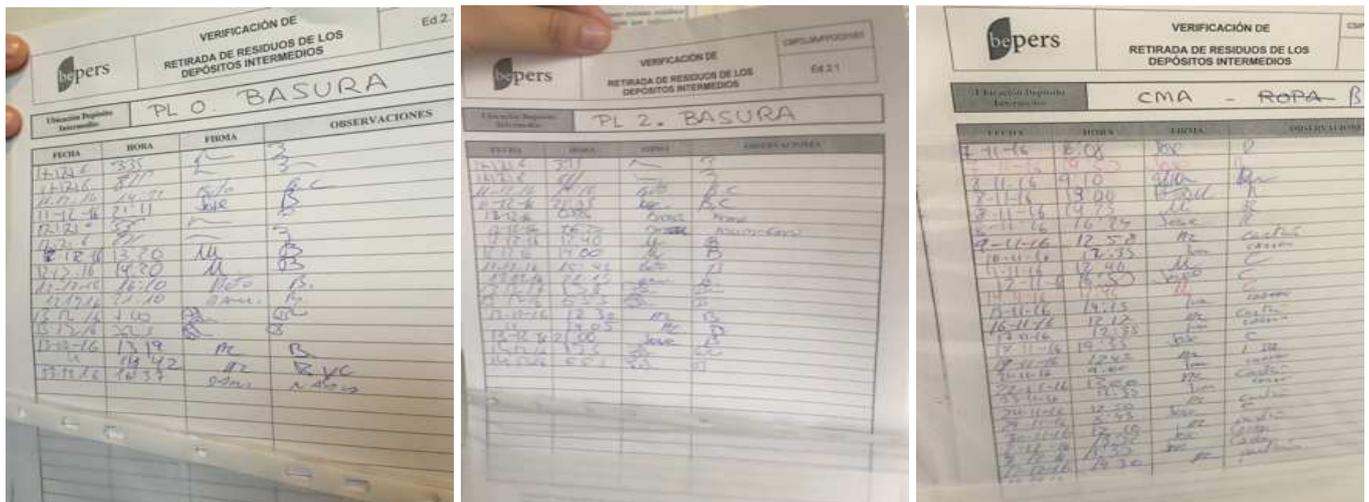






**PLAN DE GESTIÓN DE RESIDUOS DEL HOSPITAL:**

La retirada de los envases contaminados de residuos sanitarios de cada uno de los Servicios y la reposición de envases se realiza diariamente por parte del Responsable de la Gestión de Residuos de acuerdo a la siguiente Programación, si bien, se puede modificar en función de los residuos sanitarios generados que depende directamente del volumen de actividad asistencial en cada uno de los Servicios.



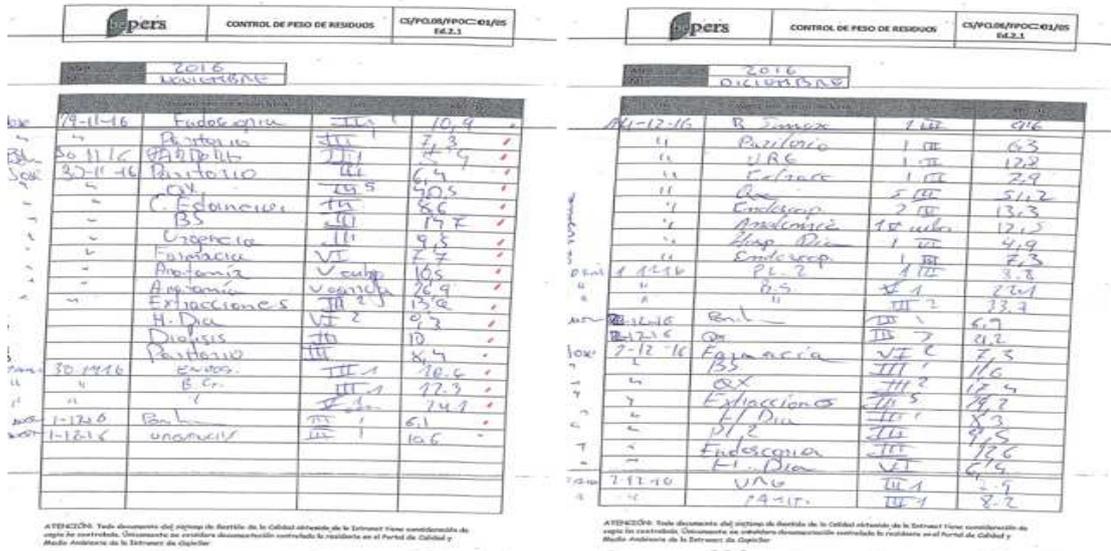
El Responsable de la Gestión de Residuos lleva a cabo el pesaje de todos los envases de residuos tóxicos retirados para comprobar que coincide con lo indicado por el Proveedor, empleando para ello una báscula correctamente calibrada.



Los cuartos intermedios de residuos deben limpiarse y desinfectarse para cada turno de trabajo.

La retirada definitiva de los residuos sanitarios se lleva a cabo cada 48 horas por el Gestor Autorizado SISTEMAS INTEGRALES SANITARIOS, S.A., llevándose a cabo un control del pesaje de los residuos sanitarios por parte del Responsable de la Gestión de Residuos, para verificar que coincide con los kg de la factura emitida a posteriori por el Gestor Autorizado. Se

realiza también un conteo del número de contenedores para poder analizar la generación hospitalaria de residuos posteriormente.



**ATENCIÓN:** Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad elaborado por el Entrenador tiene carácter orientador de apoyo de control. Únicamente se considera documentación controlada la realizada en el Portal de Calidad y Medio Ambiente de la Entrenadora de Gestión.

Con este control se generan los indicadores del hospital de producción de residuos, donde se recogen las cantidades de residuos producidos por trimestre y tipo de residuo:

2016		GESTION DE RESIDUOS		TOMA DE DATOS						
		UNIDAD	1er TRIMESTE	2do TRIMESTE	3er TRIMESTE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE		
RESIDUOS NO PELIGROSOS	Plásticos	kg	1.370	2.825	2.870	1.230	1.040			
	Papel y cartón	kg	8.210	11.764	8.610	3.690	3.120			
	Papel confidencial	kg	0	0	0					
	Vidrio	kg	720	1.560	860	0	680			
	Toner (neto)	kg	208	0	0					
	Pilas	kg	18	15	25					
	Aceite vegetal	kg	432	161	345					
	residuos voluminoso	kg	0	1.280	0		2.500			
	Asimilable Urbano	kg	129.066	121.780	103.260	38.100	36.180			
	Residuos no peligrosos reciclados	kg	10.300	16.149	12.340	4.920	4.840	0		
<b>Residuos no peligrosos totales</b>			<b>140.024</b>	<b>139.385</b>	<b>115.970</b>	<b>43.020</b>	<b>43.520</b>	<b>0</b>		
RESIDUOS PELIGROSOS	Biosanitarios especiales brutos (Clase III)	kg	11.677	11.854	10.508	3.549	4.021			
	Número de envases (60 l)	nº	1.321	1.309	1.179	393	450			
	<b>Biosanitarios especiales netos (Clase III)</b>	kg	<b>9.167</b>	<b>9.367</b>	<b>8.268</b>	<b>2.802</b>	<b>3.166</b>	<b>0</b>		
	Químicos brutos (Clase V)	kg	3.156	3.315	2.983	1.085	1.350			
	Número de envases (60 l)	nº	118	115	95	32	39			
	Número de envases (30 l)	nº	89	99	91	30	43			
	<b>Químicos netos (Clase V)</b>	kg	<b>2.825</b>	<b>2.978</b>	<b>2.693</b>	<b>988</b>	<b>1.224</b>	<b>0</b>		
	Residuos citotóxicos brutos (Clase VI)	kg	837	747	816	216	305			
	Número de envases (60 l)	nº	166	140	167	44	64			
	Número de envases (30 l)	nº	13	14	8	3	2			
	<b>Residuos citotóxicos netos (Clase VI)</b>	kg	<b>506</b>	<b>464</b>	<b>489</b>	<b>129</b>	<b>181</b>	<b>0</b>		
	RAEE peligrosos	kg	0	0	0					
	Total de envases (60 l)	nº	1.605	1.564	1.441	469	553	0		
Total de envases (30 l)	nº	102	113	99	33	45	0			
<b>Residuos peligrosos totales (Bruto)</b>	kg	<b>15.670</b>	<b>15.916</b>	<b>14.307</b>	<b>4.850</b>	<b>5.676</b>	<b>0</b>			
<b>Residuos peligrosos totales (Neto)</b>	kg	<b>12.498</b>	<b>12.809</b>	<b>11.450</b>	<b>3.919</b>	<b>4.571</b>	<b>0</b>			
Biosanitarios especiales (Clase III) en Hospitalización	kg	976,3	908,2	746	315,9	291,2				
Nº de incidencias en la segregación de residuos	nº	3	6	3	1	1				
Nº de accidentes en la gestión de residuos	nº	2	0	0		0				
Nº de Altas en Hospitalización	nº	2501	2548	2020	788	824				
Nº de estancias	nº	12841	11680	10018	3418	3999				

		2016	GESTION DE RESIDUOS										
		TOMA DE DATOS											
		UNIDAD	1er TRIMESTE	2do TRIMESTE	3er TRIMESTE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE					
IND-01-RES (Externo)	Generación de residuos no peligrosos	kg/estancia	Nº de estancias	11,65%	12841	11680	10018	3418	3999	0			
		Resultado			10,90	11,93	11,58	12,59	10,88	#DIV/0!			
IND-02-RES (Externo)	Generación de residuos peligrosos	kg/estancia	Kg de residuos peligrosos	1,48%	15670	15916	14307	4850	5676	0			
		Resultado			1,22	1,36	1,43	1,42	1,42	#DIV/0!			
IND-03-RES (Externo)	Generación de residuos biosanitarios clase III	kg/estancia	Kg de residuos biosanitarios grupo III	1,15%	11677	11854	10508	3549	4021	0			
		Resultado			0,91	1,01	1,05	1,04	1,01	#DIV/0!			
IND-04-RES (Externo)	Generación de residuos químicos clase V	kg/estancia	kg de residuos químicos clase V	0,28%	3156	3315	2983	1085	1350	0			
		Resultado			0,25	0,28	0,30	0,32	0,34	#DIV/0!			
IND-05-RES (Externo)	Generación de residuos citotóxicos clase VI	kg/estancia	Kg de residuos citotóxicos clase VI	0,16%	837	747	816	216	305	0			
		Resultado			0,07	0,06	0,08	0,06	0,08	#DIV/0!			
IND-10-REC (Externo)	Residuos reciclados	%	Kgs residuos reciclables o valorizable	12%	10300	16149	12340	4920	4840	0			
		Resultado			7,4%	11,6%	10,6%	11,4%	11,1%	#DIV/0!			
SC-PCL10-IB01	Residuos grupo III en Hospitalización	kg/alta	Kg de residuos Grupo III en Hospitalización	1 Kg/alta al mes	976,3	908,2	746	315,9	291,2	0			
		Resultado			0,390	0,356	0,369	0,401	0,353	#DIV/0!			
SC-PCL10-IB02	Incidencias en la segregación de residuos	nº	Nº de incidencias en la segregación de residuos	< 7 mensual	3	6	3	2	1	1			
		Resultado			3	6	3	2	1	1			
SC-PCL10-IB03	Accidentes en la gestión de residuos	nº	Nº de accidentes en la gestión de residuos	< 1 mensual	2	0	0	1	0	0			
		Resultado			2	0	0	1	0	0			

Se valora de forma positiva el registro de las incidencias y comentarios relacionados con la evolución del servicio, así como las acciones correctivas aplicadas para su resolución:

		2016	GESTION DE RESIDUOS											
		TOMA DE DATOS												
		UNIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	1er TRIM	ABRIL	MAYO	JUNIO	2do TRIM	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	3er TRIM
Análisis		1er Trimestre	En este primer trimestre, se puede comprobar que en el mes de febrero tuvimos un problema con el compactador de papel, plástico y no tuvimos kilos de este tipo de residuos ya que fue al vendedor de residuos urbanos se averió el compactador de urbano.			2do Trimestre	Podemos comprobar que cumplimos con los límites de alarma de castidos, exceptuando no llegamos al límite de alarma de conseguir los kilos reciclables o valorizable, que son 12%. Y se ha conseguido un 11,6%. NOS APROXIMAMOS			3er Trimestre	Hemos cumplido con los límites de alarma, aunque los kilos de reciclables bajo un poco, al igual que los kilos de químicos suben un poco.			
		Propuesta	seguimiento con cortes observacionales de servicios			Se siguen con los cortes observacionales y charlas para la sensibilización del reciclaje.			seguimos con los cortes observacionales					
Acciones		1er Trimestre	comunicar a todos los servicios que no estén realizando bien la segregación-			2do Trimestre	Charla en cocina por parte del Gestor.			3er Trimestre	Reposición de papeleras donde se haya roto.			
		Propuesta												

Se evidencia también el registro de los albaranes de recogida de las retiradas por parte del gestor, así como el control de matrículas de los vehículos autorizados para la realización de la retirada. Se adjuntan como **ANEXO III**

Documentación que evidencia que SISTEMAS INTEGRALES SANITARIOS, S.A. está autorizado para la gestión de residuos peligrosos:



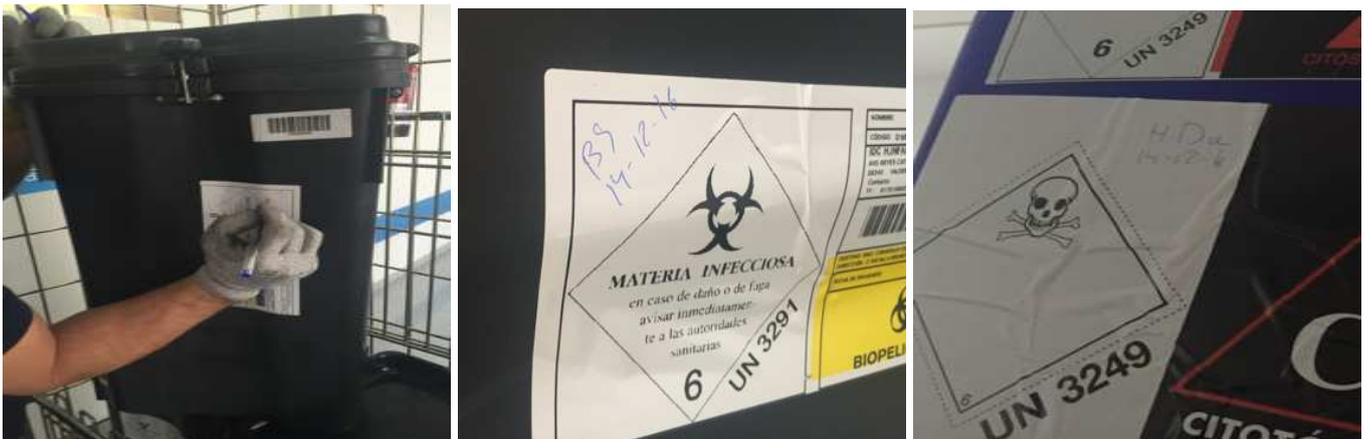
En el Hospital Infanta Elena de Valdemoro existe un circuito técnico por donde se lleva a cabo la retirada de los residuos sanitarios de cada uno de los Servicios del Hospital, disponiendo de un ascensor para uso exclusivo de retirada de residuos sanitarios, identificado como tal. Se muestran algunos de los dichos circuitos en los planos adjuntados como **ANEXO IV**



Con una periodicidad diaria el Responsable de la Gestión de Residuos del Hospital retira los residuos sanitarios de cada uno de los Servicios y repone los contendores correspondientes, mediante la utilización de carros (no cerrados), por la zona técnica del Hospital, empleando el ascensor para su transporte hasta el almacén definitivo de residuos sanitarios.



Se ha podido evidenciar que se anota la fecha de cierre en los envases de residuos tóxicos en los almacenes intermedios por parte del personal sanitario, tal y como se requiere para controlar el plazo de retirada por parte del gestor autorizado.



Se ha verificado el correcto funcionamiento del software y el hardware necesario para llevar a cabo el control del pesaje de los residuos tóxicos retirados por el gestor autorizado.

Los almacenes de residuos sanitarios de cada una de las plantas están identificados y con buena ventilación, desde donde los retira diariamente el Responsable de la Gestión de Residuos del Hospital.



Cabe destacar la formación llevada a cabo en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro por parte de Medicina Preventiva y la Coordinadora de Formación, Calidad y Medioambiente en relación con la gestión de residuos sanitarios. Se adjuntan algunos listados de asistencia como **ANEXO V**.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa de calidad del Servicio de Gestión de Residuos Sanitarios en el Hospital Universitario de Torrejón realizada en Noviembre de 2016, con indicación de los parámetros, evidencias, datos e ítems que han servido a GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. para su cuantificación objetiva:

➤ **CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE RESIDUOS. GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA. SEGÚN ÁREA:**

Indicador	Se evidencia traslado de residuos en carros sin cerrar. Depósitos cerrados incorrectamente. Puertas abiertas.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	0 % (No se cumple)
Evidencias	Incidencias detalladas

➤ **CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE RESIDUOS. GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA. SEGÚN CONCEPTO:**

Indicador	Fallos en la segregación de los residuos.
Definición de los términos	Se entiende como segregación la separación de los residuos en función de sus características.
Grado de cumplimiento	0 % (No se cumple)
Evidencias	Incidencia detallada.

➤ **CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE RESIDUOS. GESTIÓN EXTRAHOSPITALARIA. PUNTO DE EVACUACIÓN FINAL:**

Indicador	Se evidencia cumplimiento de especificaciones dictadas por normativa.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100 % (Se cumple)
Evidencias	Reportaje fotográfico

➤ **CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE RESIDUOS. GESTIÓN EXTRAHOSPITALARIA. TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y ELIMINACIÓN:**

Indicador	Se evidencia contrato con gestor autorizado
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100 % (Se cumple)
Evidencias	Autorización gestor CESPA.

- **CUALQUIER OTRA OBLIGACIÓN QUE PUEDA REPERCUTIR SOBRE EL PACIENTE/USUARIO.  
POR ÁREA:**

Indicador	No procede.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	N/A ( No Aplica)
Evidencias	No procede

- **CUALQUIER OTRA OBLIGACIÓN QUE PUEDA REPERCUTIR SOBRE EL PACIENTE/USUARIO.  
POR ASPECTO:**

Indicador	No procede.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	N/A ( No Aplica)
Evidencias	No procede.

### 4.3.3. PUNTOS FUERTES

No procede

### 4.3.4. ÁREAS DE MEJORA

No procede.

#### 4.3.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORIA ANTERIOR

- No se ha podido evidenciar que los carros para el transporte interno de los envases de residuos tóxicos sean cerrados, lo cual sería recomendable para ofrecer un servicio seguro, higiénico y eficaz de gestión de los distintos tipos de residuos generados en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro, si bien, los envases de residuos tóxicos se han observado cerrados en el transporte interno durante la Auditoría Operativa realizada.

No se considera cerrada, ya que se mantenido la incidencia en esta auditoría operativa.

#### 4.3.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN

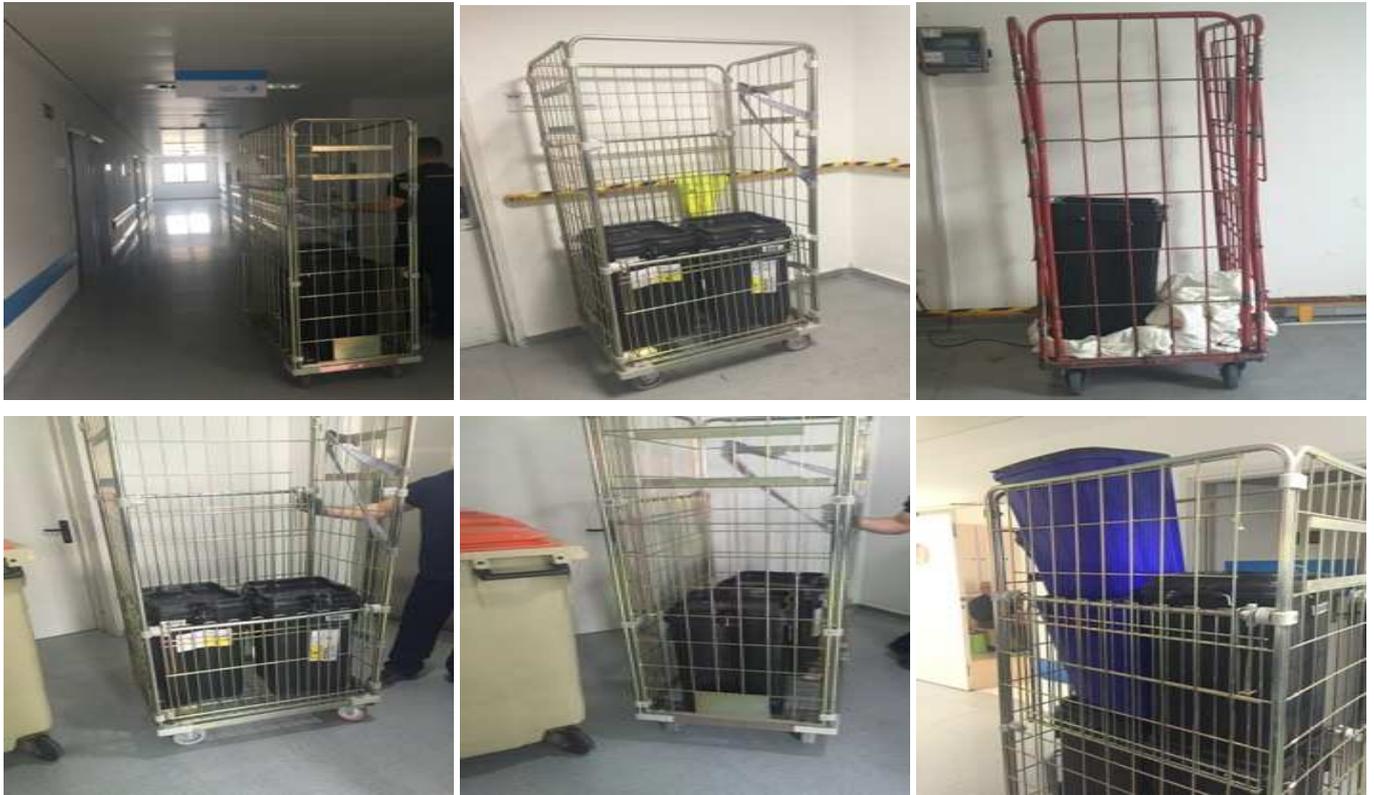
INCIDENCIA LEVE:

- Se han podido evidenciar puertas de los almacenes intermedios de residuos abiertas en varias ocasiones durante el desarrollo de la auditoría. Según el 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 en la Comunidad de Madrid *"Todos los locales destinados al depósito intermedio de residuos deberán estar cerrados o bajo constante supervisión por parte del personal del centro productor"*.



INCIDENCIA LEVE:

- No se ha podido evidenciar que los carros para el transporte interno de los envases de residuos tóxicos sean cerrados, lo cual es recomendable para ofrecer un servicio seguro, higiénico y eficaz. Según el DECRETO 83/1999, de 3 de junio, *“Si se utilizan carros o contenedores móviles, deben ser de uso exclusivo, tener paredes lisas, sin elementos cortantes o perforantes, fabricados de materiales resistentes a la corrosión y a los desinfectantes químicos”*



INCIDENCIA LEVE:

- Se ha podido evidenciar un envase de residuos tóxicos sin etiquetar en el almacén de residuos de clase VI, si bien se ha tratado de un caso aislado.



INCIDENCIA LEVE:

- Se ha podido evidenciar un envase de residuos tóxicos sin cerrar en uno de los almacenes intermedios, si bien se ha tratado de un caso aislado.



INCIDENCIA LEVE:

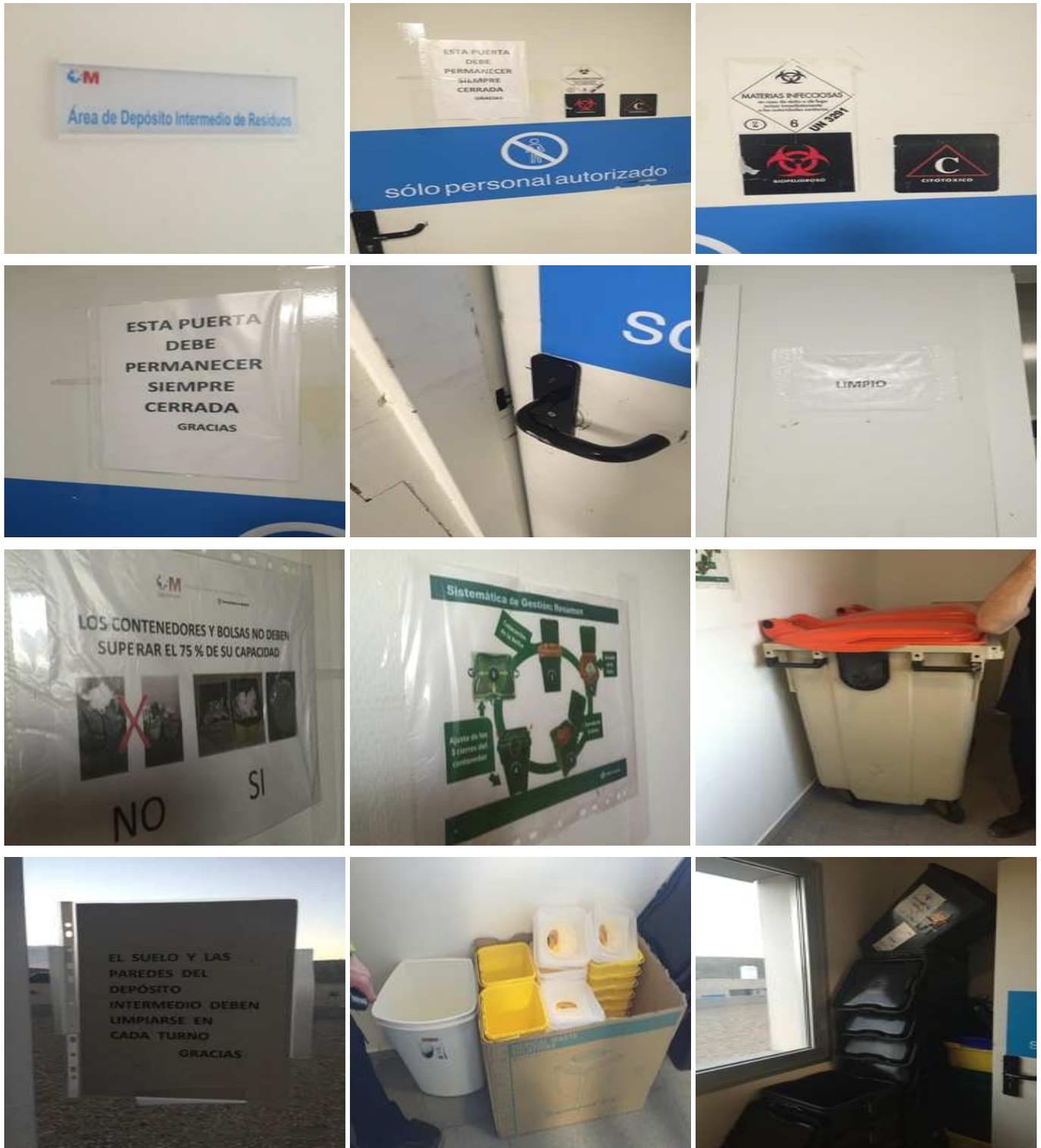
- No se ha podido visualizar que se realice un control de la correcta segregación de los residuos. No obstante, se ha podido evidenciar que ya se ha generado un registro para poder reflejarlo a partir de ahora como parte del protocolo.



Quiroñsalud		OCRE OBSERVACIONAL DE GESTIÓN DE RESIDUOS			SPS	
Centro:						
Fecha:						
Turno:						
Observador:						
Servicio:						
Control de segregación de residuos en la unidad y visible	SÍ		NO			
¿Falta contenedor para algún tipo de residuo?	NO		SÍ		¿Otras?	
OBSERVACIÓN DE CONTENEDORES	NO se contornearon envases				NO de contornearon en segregación correcta	Observaciones (Señalar en el error de segregación o las dudas detectadas)
Residuos Urbanos						
Residuos Asimilables a Urbanos						
Papel/Cartón						
Papel Confidencial						
Vidrio						
Packings Termostáticos						
Residuos Biosanitarios Especiales						
HNA: Pinzantes y cortantes						
Residuos Citotóxicos						
Residuos Químicos						
Medicamentos caducados						
Aguas de laboratorio (Solutivos balanceados)						
Aguas de laboratorio (HC balanceados)						
Orinales contorneados						
Pilas						
Toner						
RABES						

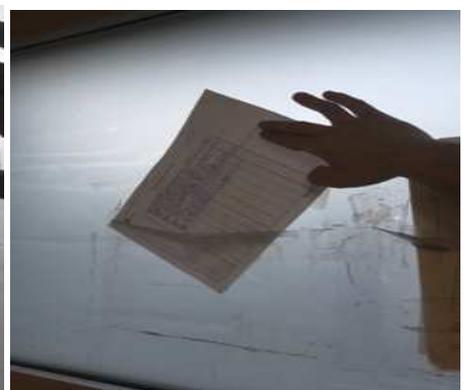
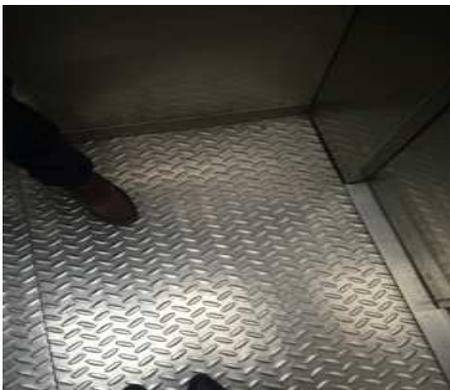
Quiroñsalud		REVISIÓN DOCUMENTAL DE RESIDUOS			SPS	
Centro:						
Fecha:						
Observador:						
Procedimiento e instalaciones	Correcto	Incorrecto	No procede	Observaciones		
Realice las actividades de gestión de residuos de acuerdo al procedimiento gestión residuos						
Existencia de ruta de traslado de residuos peligrosos dentro del edificio, definida y diferenciada del paso del público.						
Existencia de almacén final de residuos peligrosos con las siguientes características:						
<i>Puerta cerrada y únicamente tiene acceso el personal autorizado</i>						
<i>Dispone de cartel en la puerta indicado "Almacén de residuos Peligrosos. Acceso restringido a personal autorizado"</i>						
<i>Está protegido de la lluvia o inclemencias meteorológicas (ya sea interior o en exterior con tejado)</i>						
<i>No hay arquetas ni sumideros, y en caso de tenerlos, los residuos se almacenan con cubeto antiderrame y/o el sumidero tiene sistema de retención</i>						
<i>Cada residuo se almacena por separado de forma diferenciada e identificada.</i>						
<i>Se dispone de kit de recogida accidental de derrames. (sepiolita, escoba, recogedor, mascarilla FFP3 y guantes)</i>						
Documentación	Correcto	Incorrecto	No procede	Observaciones		
Listado de residuos generados en el centro.						
Inscripción como productor Residuos Peligrosos .						
Todos los residuos peligrosos generados están recogidos en la inscripción como productor de residuos peligrosos (según anexo): <i>(residuos biosanitarios y otros residuos peligrosos que se generen en el centro)</i>						
Dispone de copia contratos de retirada de residuos con gestor autorizado. <i>(tanto para peligrosos como para urbanos)</i>						
Autorización del gestor y del transportista de residuos.						
Existencia de documentos de aceptación para cada residuo por parte del gestor. <i>(documento facilitado por el gestor)</i>						
Existencia del listado/evidencia, de vehículos autorizados para la retirada de residuos peligrosos. <i>(documento facilitado por el gestor)</i>						
Existencia de documentos de notificación de traslado de residuos peligrosos. <i>(documento facilitado por el gestor)</i>						
Existencia de Documento de Control, y Seguimiento (DCS) para cada retirada de residuos. <i>(documento facilitado por el gestor)</i>						
Existencia de Libro de Registro de Residuos Peligrosos. <i>(documento facilitado por el gestor o de elaboración interna)</i>						

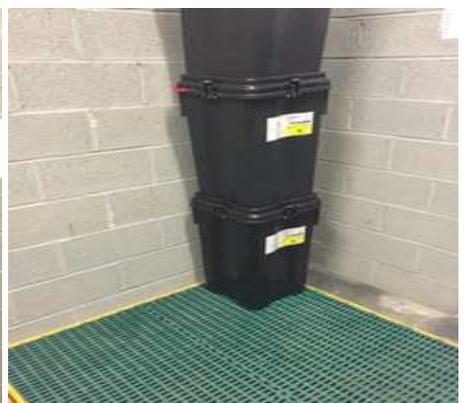
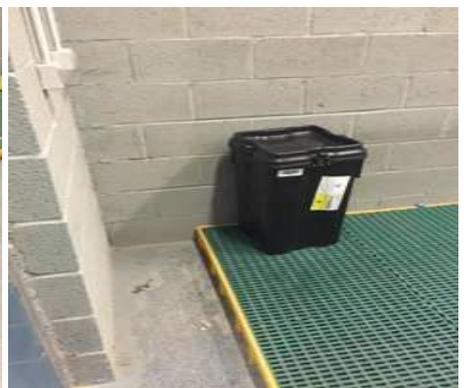
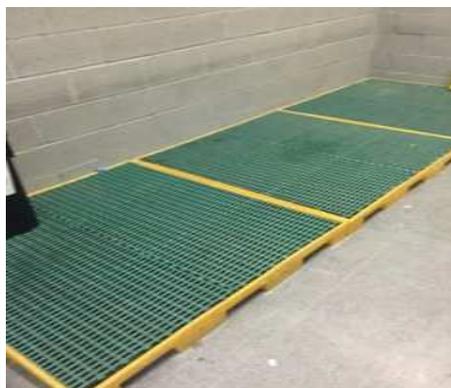
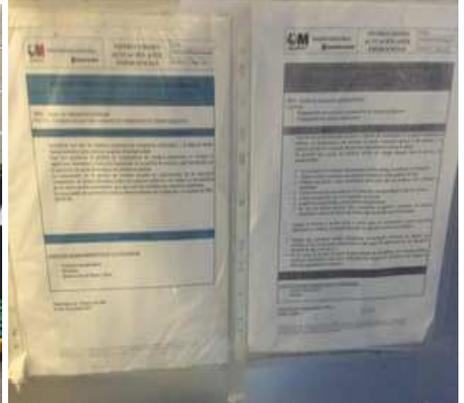
**4.3.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO**

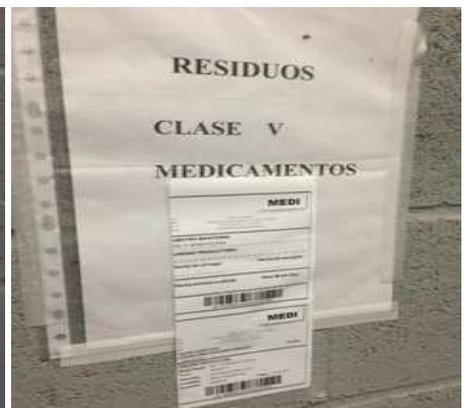
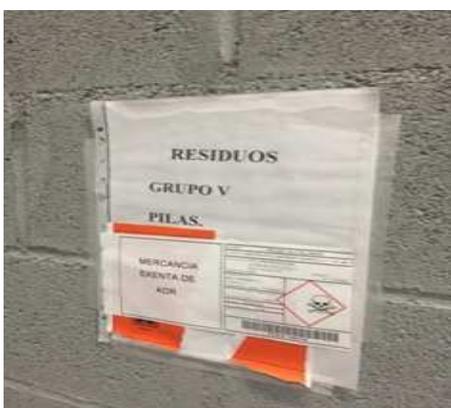
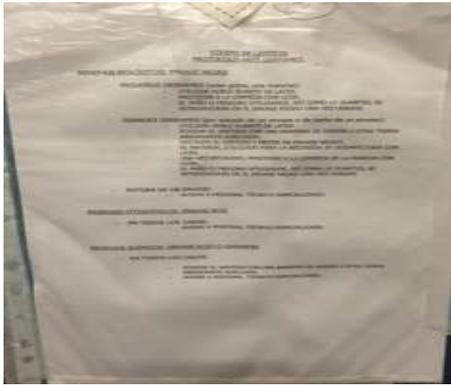


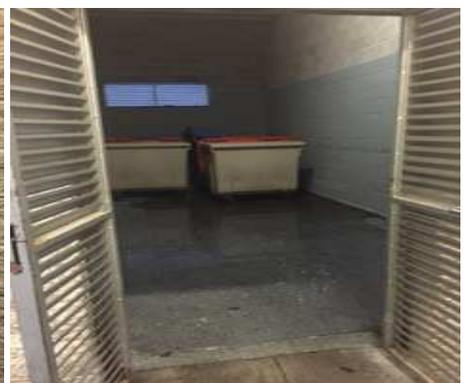
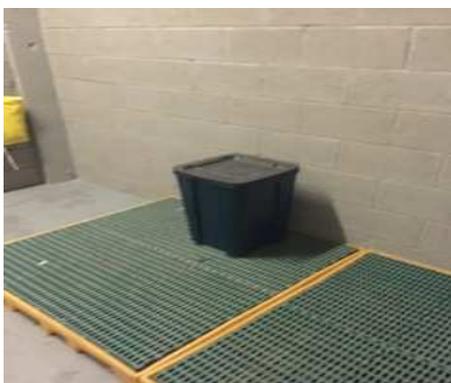
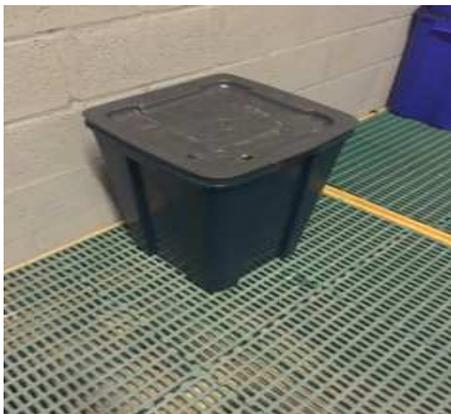


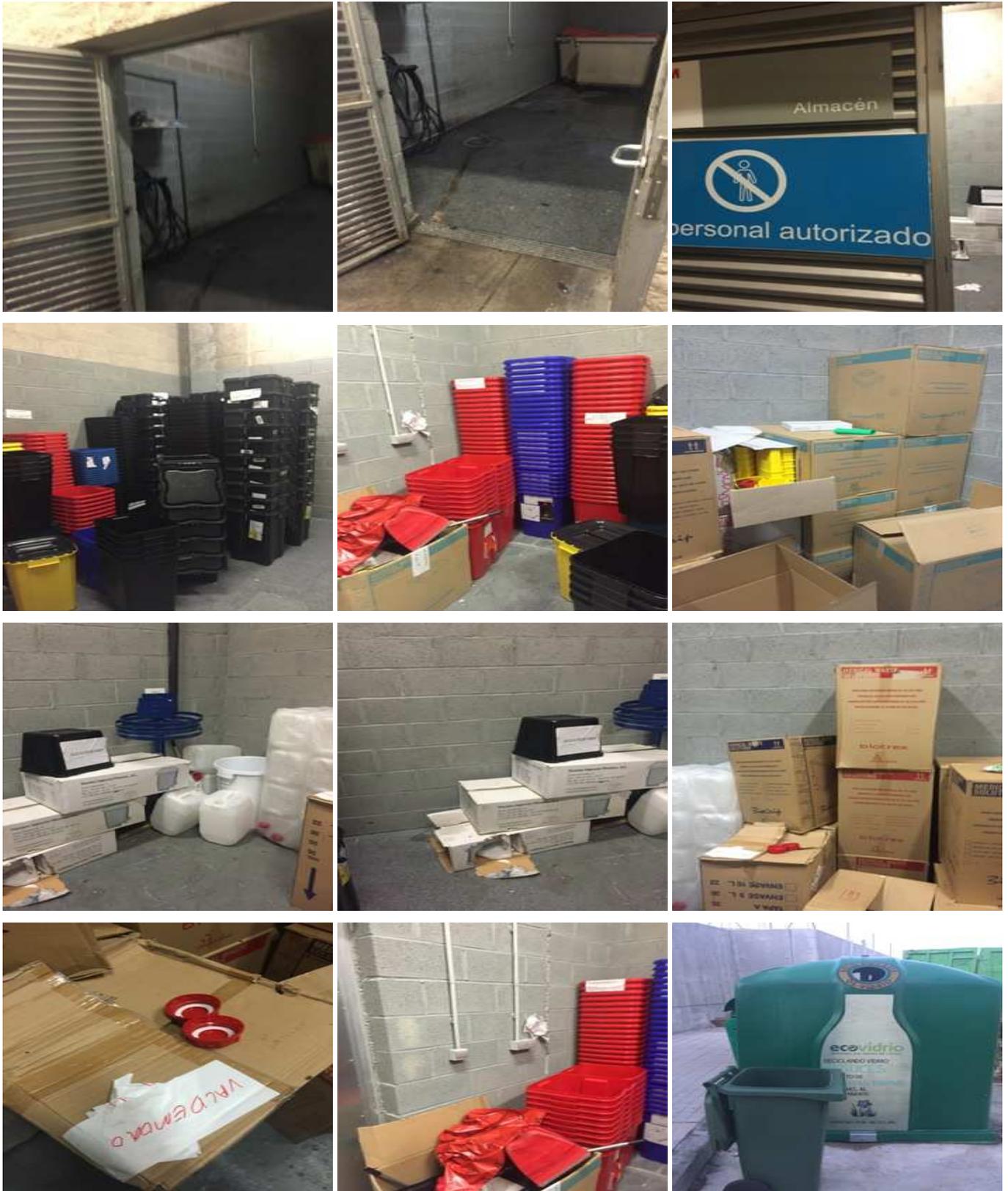
VERIFICACIÓN DE RETIRADA DE RESIDUOS DE LOS DEPOSITOS INTERMEDIOS				Ed 2.1
P.O. BASURA		OBSERVACIONES		
FECHA	ITEMA	FORMA		
14/02	11	1	B	
14/02	11	2	B	
14/02	11	3	B	
14/02	11	4	B	
14/02	11	5	B	
14/02	11	6	B	
14/02	11	7	B	
14/02	11	8	B	
14/02	11	9	B	
14/02	11	10	B	
14/02	11	11	B	
14/02	11	12	B	
14/02	11	13	B	
14/02	11	14	B	
14/02	11	15	B	
14/02	11	16	B	
14/02	11	17	B	
14/02	11	18	B	
14/02	11	19	B	
14/02	11	20	B	
14/02	11	21	B	
14/02	11	22	B	
14/02	11	23	B	
14/02	11	24	B	
14/02	11	25	B	
14/02	11	26	B	
14/02	11	27	B	
14/02	11	28	B	
14/02	11	29	B	
14/02	11	30	B	

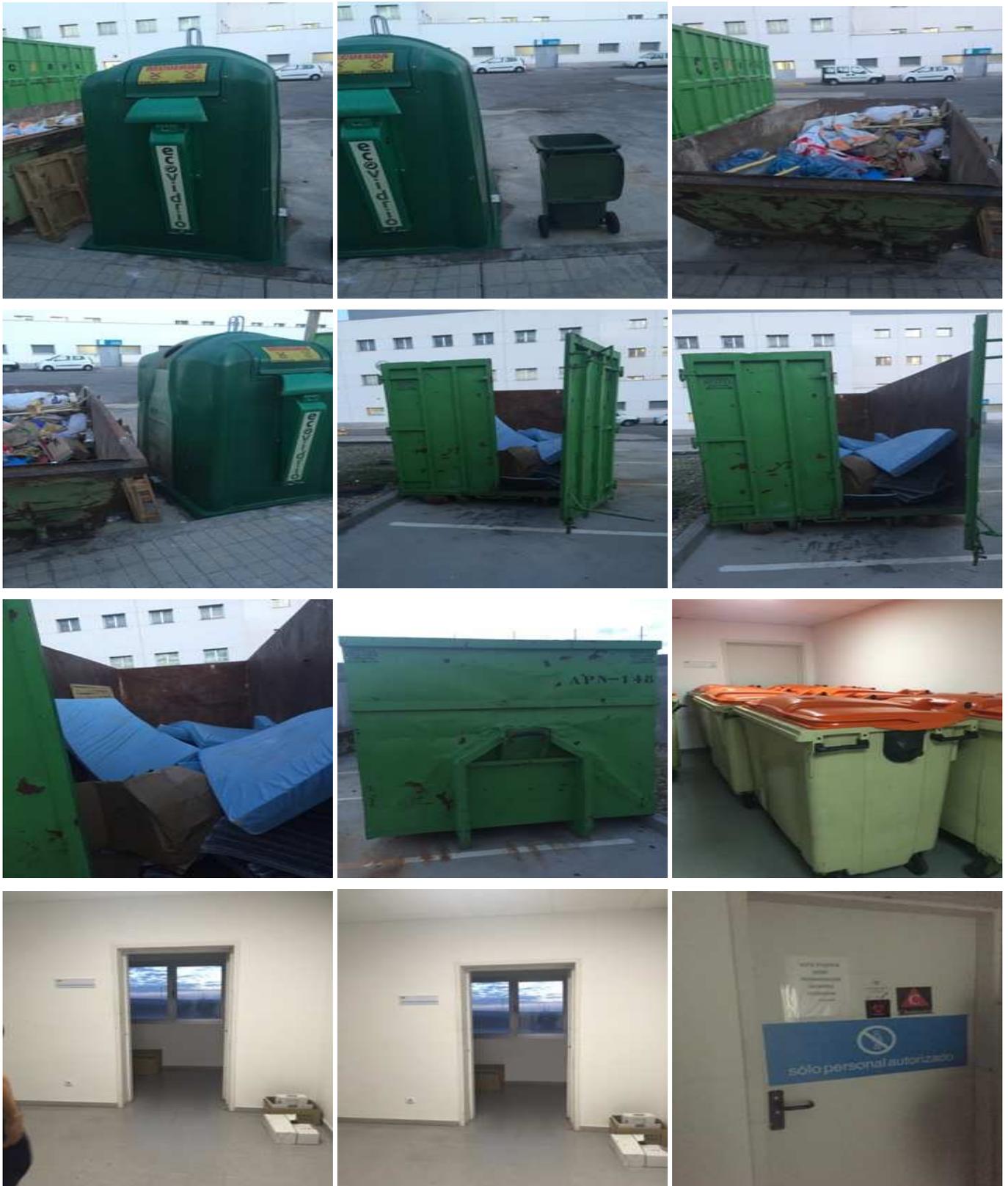


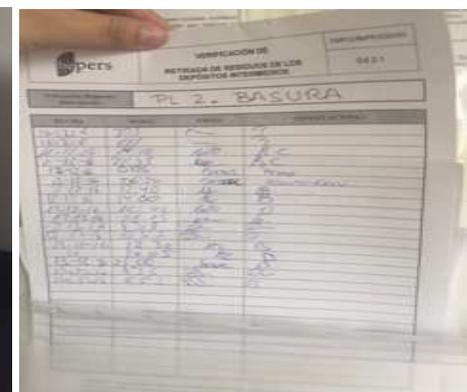


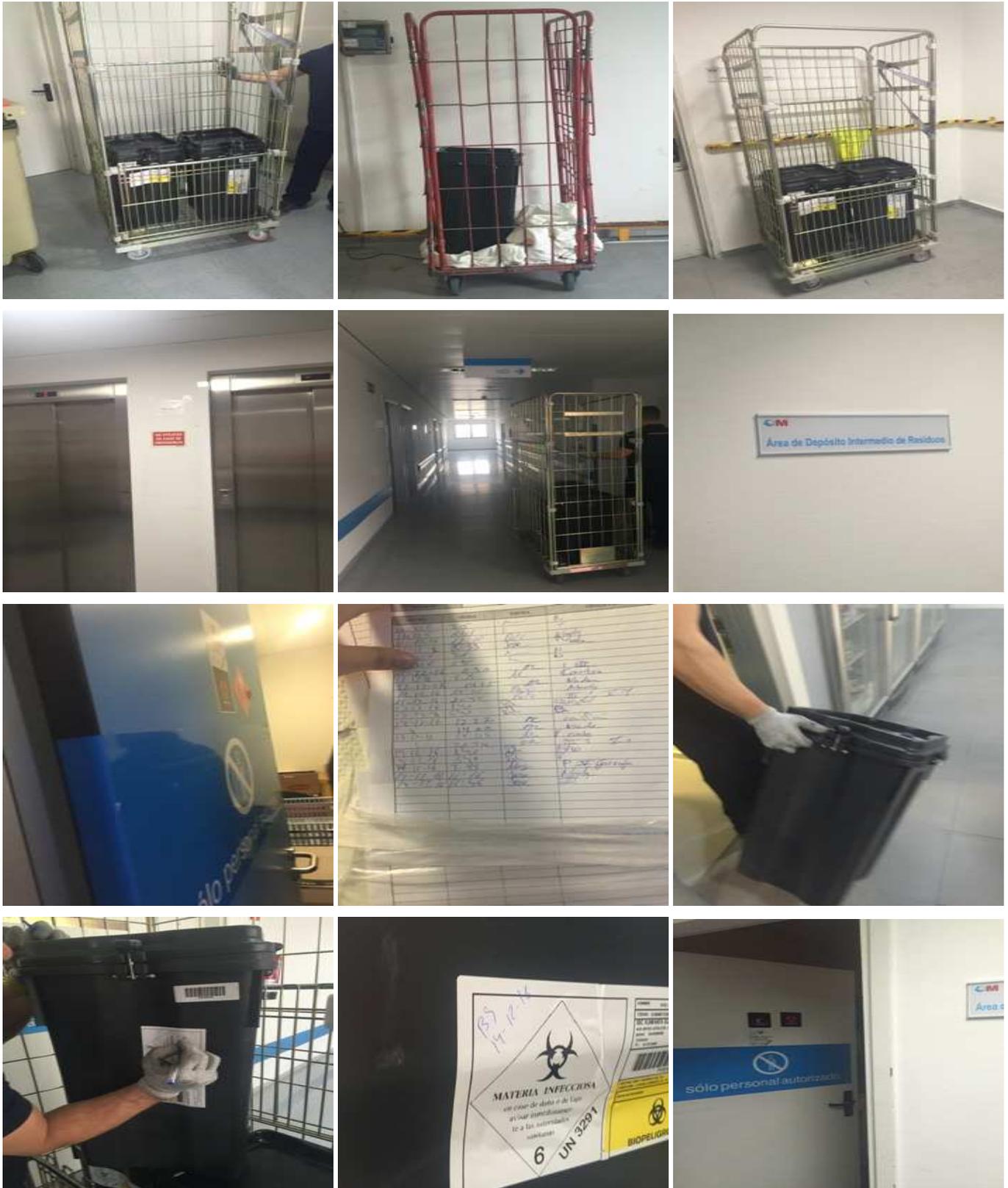


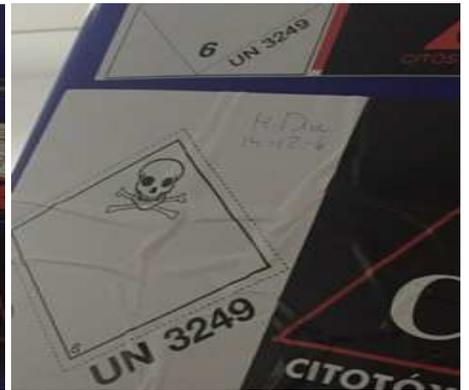




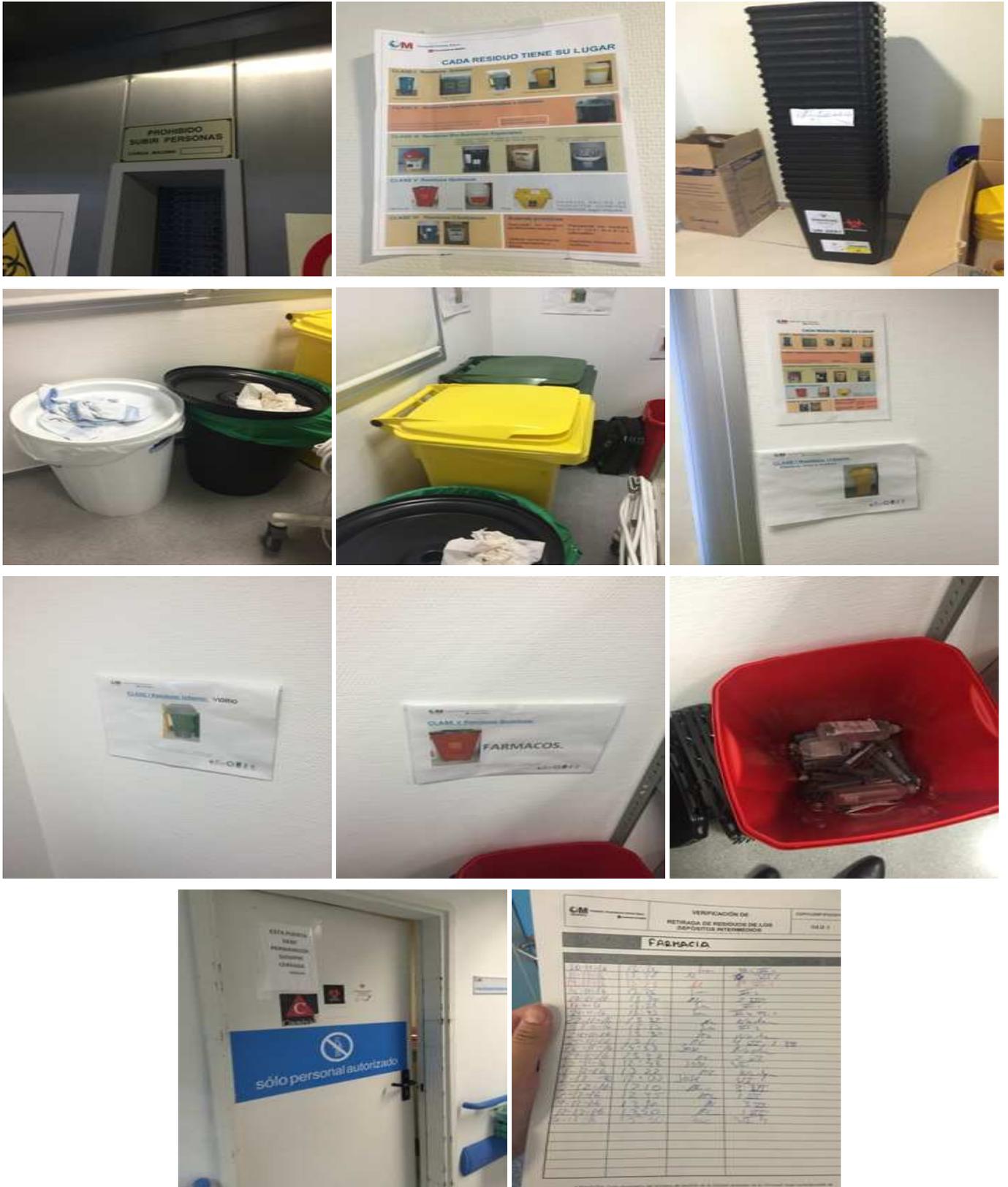












## 4.4. SERVICIO DE VIALES Y JARDINES

### 4.4.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Viales y Jardines, en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, consisten en lo siguiente:

- Conservación desarrollo y fomento de la zona ajardinada tanto del interior como del exterior de la institución, de las vías de tránsito que deben mantenerse en condiciones seguras y debidamente señalizadas para facilitar el acceso a los Centros de todos los usuarios (paciente, visitantes y empleados) y del mobiliario y estructuras externas de las instalaciones, realizando el mantenimiento programado, preventivo y correctivo para mantener dichas zonas en perfecto estado.
- El Servicio de Jardinería debe buscar en todo momento la utilización de especies autóctonas, de poco consumo de agua, que debe dentro de lo posible ser reciclada, y la utilización de productos químicos que respeten el medio ambiente.
- La Sociedad concesionaria debe ofrecer un servicio programado y preventivo de Mantenimiento de viales y jardines basado en un programa de mantenimiento trimestral que a su vez recoja el programa de trabajo establecido en los protocolos del servicio aprobados por la administración (en el que debe identificar y planificar todo el trabajo preventivo, la naturaleza del mismo y las zonas afectadas).
- La Sociedad concesionaria debe garantizar:
  - Rutas de acceso conforme a la Normativa de supresión de barrera arquitectónicas.

- Que los vehículos de emergencia tengan acceso a las instalaciones de la Institución y a las fachadas de los edificios.
- Se deben garantizar las vías de evacuación alternativa en caso de incendio o cualquier otra eventualidad, cuando no sea posible la utilización de las vías habituales. Dichas vías alternativas deberán haberse acordado con el Servicio de Bomberos, y Protección Civil.

#### 4.4.2. DIAGNÓSTICO

A continuación se detalla el cumplimiento de los requisitos definidos en el Pliego de Condiciones de la Concesión:

##### **JARDINERÍA:**

Se ha podido evidenciar una correcta poda, la eficacia de los tratamientos fitosanitarios, un riego de acuerdo a las necesidades y un correcto mantenimiento de la red de riego por goteo instalada en los jardines. Se adjunta el Plan de Gestión de Viales como **ANEXO VI**.

##### **SEÑALIZACIÓN:**

Señalización	Señalización vertical correcta	OK
	No existencia de señales rotas o caídas	OK
	Señales del suelo correctas	OK
	Señales del suelo pintadas	OK

**ACCESIBILIDAD:**

Se ha evidenciado el cumplimiento del Decreto 13/2007, de 15 de marzo, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Reglamento Técnico de Desarrollo en materia de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas.

En aplicación de la Ley 8/1993, de 22 de junio, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, el objeto de este Reglamento es el establecimiento de normas de desarrollo dictadas para alcanzar el fin social pretendido por la Ley, es decir, garantizar que toda la población y, en especial, las personas con algún tipo de discapacidad, puedan utilizar los bienes y servicios de la sociedad sin limitaciones causadas por la presencia de dificultades de accesibilidad.

Se establecen criterios y normas básicas que hacen posible la accesibilidad, evitando la aparición de nuevas barreras, así como otras que ordenan la eliminación de las existentes en el diseño y ejecución de las vías y espacios libres públicos y del mobiliario urbano, en la construcción o reestructuración de edificios y en los medios de transporte y de la comunicación sensorial, tanto de uso público como privado. Tal como se evidencia en los siguientes planos, existen rutas de acceso conforme a la Normativa de supresión de barrera arquitectónicas de la Comunidad de Madrid, Decreto 13/2007, de 15 de Marzo. Los vehículos de emergencia tienen acceso a las instalaciones del Hospital Universitario de Torrejón y a las fachadas de los edificios y se garantizan las vías de evacuación alternativa en caso de incendio o cualquier otra eventualidad, cuando no sea posible la utilización de las vías habituales. Dichas vías alternativas han sido acordadas con el Servicio de Bomberos, y Protección Civil. Se adjuntan como **ANEXO VII**

Se han podido evidenciar los presupuestos generados para las reparaciones requeridas en materia de accesibilidad en el Hospital Infanta Elena. Se adjuntan como **ANEXO VIII**

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa de calidad del Servicio de Viales y Jardines en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro realizada en diciembre de 2016, con indicación de los parámetros, evidencias, datos e ítems que han servido a GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. para su cuantificación objetiva:

➤ **GARANTÍA DE QUE LAS RUTAS DE ACCESO CUMPLEN CON LA NORMATIVA DE SUPRESIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS :**

Indicador	Se evidencia el incumplimiento de alguno de los puntos de la normativa.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	0 % (No se cumple)
Evidencias	Incidencia detallada

➤ **GARANTÍA DE QUE LOS VEHÍCULOS DE EMERGENCIA TIENEN ACCESO A LAS INSTALACIONES DEL CENTRO Y A LAS FACHADAS DE LOS EDIFICIOS :**

Indicador	Se evidencian los permisos de acceso ante emergencias
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100 % (Se cumple)
Evidencias	Planos de rutas de emergencias.

➤ **CUMPLIMIENTO DE OTRAS OBLIGACIONES QUE PUEDEN REPERCUTIR EN EL PACIENTE/USUARIO :**

Indicador	Se observan varios desperfectos en los exteriores del edificio.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	N/A (No Aplica)
Evidencias	Reportaje fotográfico

#### 4.4.3. PUNTOS FUERTES

No procede

#### 4.4.4. ÁREAS DE MEJORA

No procede

#### 4.4.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORIA ANTERIOR

- Se dispone de plazas adaptadas a minusválidos en todas las zonas, con un total de 16 plazas adaptadas para minusválidos, cumpliendo con lo requerido en la Legislación Vigente, si bien, faltaría la señalización vertical de las mismas, más 6 plazas reservadas a Pacientes: *El área de acercamiento se dota de una señal vertical, en lugar visible que no represente obstáculo, compuesta por el símbolo de accesibilidad y la inscripción «reservado a personas con movilidad reducida».*

Se considera CERRADO.

- ESCALERAS: Se ha evidenciado el cumplimiento de todos los puntos a excepción del b) y el e):

b) Las barandillas y/o paramentos que delimitan las escaleras cuentan, en ambos lados, con un pasamanos cuya altura de colocación está comprendida entre 95 y 105 cm, medidos desde el borde de cada peldaño. Dichos pasamanos mantienen la continuidad a lo largo de todo su recorrido, independientemente de que se produzcan cambios de dirección y se prolonga un mínimo de 30 cm en arranque y fin de escalera. Cuando la escalera tiene un ancho libre superior a 400 cm, dispone de un pasamanos central. En los edificios de uso público destinados a actividades de salud o de atención a niños, ancianos o personas con discapacidad, se disponen barandillas a doble altura; la inferior estará emplazada entre 65 y 75 cm, medidos desde el borde de cada peldaño, y la superior entre 95 y 105 cm.

Se considera CERRADO.

e) Evidenciar que la presencia de la escalera se indique mediante la colocación en los rellanos -zona de embarque y desembarque- de una franja de señalización tacto-visual de acanaladura homologada dispuesta en perpendicular a la dirección de acceso. Dicha franja tendrá alto contraste de color en relación con los dominantes en las áreas de pavimento adyacentes y debería abarcar el ancho completo de la escalera. En el sentido descenso, está situada con respecto al borde del escalón; una distancia equivalente a la de una huella, su profundidad es de 120 cm, con una tolerancia de más menos 5 cm.

No se cierra la incidencia ya que se ha podido observar nuevamente durante la realización de la auditoría.

- ASCENSORES: Se ha evidenciado el cumplimiento de los siguientes requisitos a excepción de los puntos f) y k), ya que el ascensor no indica de modo sonoro la planta en la que se encuentra ni el sentido en los ascensores de personal sanitario, si en los de pública concurrencia, y no se señala la zona de embarque del ascensor:
  - f) Cuando el ascensor comunique dos o más niveles, su cabina debería contar con un indicador de parada e información sonora y visual que refleje el número de planta y si éste sube o baja. Dichas señales deberían de ser detectables tanto desde el interior como desde el exterior de la propia cabina.

Se considera CERRADO.

- k) La presencia de la zona de embarque del ascensor se señala mediante la instalación, en el pavimento adyacente a la puerta, de una franja tacto-visual de acanaladura homologada dispuesta en perpendicular a la dirección de acceso, centrada respecto a la puerta, y de dimensiones 120 cm de ancho por 120 cm de fondo mínimo. Dicha franja cuenta con alto contraste en color en relación con los dominantes en las zonas de pavimento próximas.

No se cierra la incidencia ya que se ha podido observar nuevamente durante la realización de la auditoría

- ASEOS ACCESIBLES: No se ha podido evidenciar el cumplimiento de los siguientes requisitos, por lo que se considera un área a ser mejorada:
  - a) Los espacios y elementos de los aseos y baños adaptados y los del resto de baños y aseos son comunes. Dichos espacios y elementos disponen de las condiciones funcionales y dotaciones que garantizan la accesibilidad.

b) Se ha verificado que cumplen los siguientes requisitos:

1. La entrada y uso de estos espacios y de todos sus elementos, está permanentemente disponible para su utilización inmediata por cualquier usuario. En ningún caso las puertas de los mismos permanecen cerradas a los usuarios.
2. Las puertas y huecos de paso permiten un ancho libre mínimo de 80 cm. Su altura libre mínima no es inferior a los 210 cm. Las correspondientes al acceso al aseo o baño y las existentes dentro del mismo, cuentan con alto contraste de color en relación con el de las áreas adyacentes. De igual forma, las manillas o tiradores de las mismas se diferencian cromáticamente con respecto a la propia puerta.
3. Cuentan con unas dimensiones mínimas que permiten inscribir dos cilindros concéntricos superpuestos libres de obstáculos: El inferior desde el suelo hasta una altura de 30 cm, con un diámetro de 150 cm, y el superior hasta una altura de 210 cm medidos desde el suelo y un diámetro de 130 cm. Todo ello de forma que se garantiza a los usuarios la realización de una rotación de 360° y el acceso a los elementos, cabinas, duchas o bañeras adaptados.
4. El suelo es antideslizante tanto en seco como en mojado. Al igual que las paredes, no se ha evidenciado que se produzcan reflejos que comporten deslumbramiento. No se ha verificado la existencia de resaltes o rehundidos.
5. La iluminación general del espacio es uniforme y se ajusta en cuanto a temperatura de color e intensidad a los «Niveles de iluminación general» requeridos. No se ha evidenciado la instalación de mecanismos de control temporizados.

6. **La localización del aseo adaptado se señala con el logotipo internacional de accesibilidad, ajustándose éste a lo establecido en la Norma «Señalización y comunicación adaptadas».**
7. Los accesorios colocados en voladizo que sobresalen más de 10 cm se sitúan de tal forma que no producen riesgos de impactos.
8. Al menos el área de paramento adyacente a la proyección de los aparatos sanitarios y accesorios se diferencia de éstos mediante alto contraste de color según lo indicado en la Norma 5 «Señalización y comunicación adaptadas».
9. No se ha detectado la existencia de conducciones o canalizaciones al descubierto sin la protección o aislamiento térmico necesarios.
10. Al menos una de las cabinas de aseo es accesible. Para ello se ha comprobado que cumple con los siguientes requisitos:
  - Cuenta con las condiciones dimensionales indicadas en el punto 3.
  - Dispone de puertas batientes o plegables hacia fuera o correderas.
  - Cuenta con un inodoro en el que la altura del asiento está comprendida entre 45 y 50 cm medidos desde el suelo.
  - Permite todas las posibles transferencias, para ello dispone de espacio libre a ambos lados de 80 cm de ancho y las barras de apoyo son adecuadas. En cualquier caso, las horizontales laterales son abatibles y las horizontales posteriores no fuerzan la posición del usuario. En ambos supuestos, la altura está comprendida entre 70 y 75 cm medidos desde el suelo.
  - Dispone de mecanismos de descarga cuya acción es táctil, de presión o palanca. Dichos mecanismos están situados a una altura entre 70 y 120 cm.

- Posee un sistema de llamada de auxilio desde el interior, de manera que, por su localización, señalización y forma, permite ser utilizado por todos los usuarios con facilidad. Sus puertas disponen de un mecanismo que permite desbloquear las cerraduras desde el exterior en caso de emergencia.
11. Al menos uno de los lavabos y uno de los equipos de accesorios son ser accesibles, para ello se ha comprobado que cumplen los siguientes requisitos:
- La parte inferior del lavabo se sitúa a una altura mínima de 70 cm hasta un fondo mínimo de 25 cm y su parte superior a una altura comprendida entre 80 y 85 cm, ambas medidas desde el suelo. En todo caso, su colocación permite la completa aproximación frontal al mismo y a su grifería. Los mecanismos de accionamiento de la grifería son de palanca, táctiles o de detección de presencia.
  - El equipo de accesorios se sitúa a una altura entre 70 y 120 cm y la parte inferior de los espejos a una altura máxima de 90 cm, ambas medidas desde el suelo.
12. Al menos una de las duchas es accesible. Para ellos se ha verificado que cumple con los siguientes requisitos:
- Su suelo es continuo con el del recinto, antideslizante en seco y en mojado, y su pendiente no resulta superior al 2 por 100.
  - Cuenta con un asiento abatible o desmontable fijado a la pared. Dicho asiento está situado a una altura comprendida entre 45 y 50 cm medidos desde el suelo. Permite todas las posibles transferencias, para ello, las barras de apoyo son adecuadas.

En cualquier caso, las horizontales laterales son abatibles y las horizontales posteriores no fuerzan la posición del usuario. En ambos supuestos, la altura está comprendida entre 70 y 75 cm medidos desde el suelo.

13. Al menos una de las bañeras es accesible. Para ello se ha verificado que cumple con los siguientes requisitos:

- La parte superior de la bañera está comprendida entre 45 y 50 cm medidos desde el suelo. Cuenta con una superficie a la misma altura que permite todas las transferencias, así como con las ayudas técnicas que posibilitan el acceso y evacuación de la misma de forma autónoma. Las barras de apoyo están situadas entre 70 y 75 cm medidos desde el suelo.
- El fondo es antideslizante en seco y en mojado.

Se considera CERRADO.

- LIMPIEZA GENERAL DE LAS ZONAS VERDES → se ha evidenciado suciedad en alguna zona del jardín, si bien, se ha tratado de un caso puntual.

No se considera cerrada por mantenerse la incidencia durante la realización de la auditoría.

- Señalización vertical correcta: OK, aunque habían 2-3 señales rotas y/o tiradas en el suelo:

No se considera cerrada por mantenerse la incidencia durante la realización de la auditoría.

#### 4.4.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN

INCIDENCIA MEDIA:

- Escaleras: Se ha evidenciado el cumplimiento de todos los puntos a excepción del e):
  - e) Evidenciar que la presencia de la escalera se indique mediante la colocación en los rellanos -zona de embarque y desembarque- de una franja de señalización tacto-visual de acanaladura homologada dispuesta en perpendicular a la dirección de acceso. Dicha franja tendrá alto contraste de color en relación con los dominantes en las áreas de pavimento adyacentes y debería abarcar el ancho completo de la escalera. En el sentido descenso, está situada con respecto al borde del escalón; una distancia equivalente a la de una huella, su profundidad es de 120 cm, con una tolerancia de más menos 5 cm:



INCIDENCIA MEDIA:

- Ascensores: Se ha evidenciado el cumplimiento de los siguientes requisitos a excepción del punto k), ya que no se señaliza la zona de embarque de los ascensores:

k) La presencia de la zona de embarque del ascensor se señaliza mediante la instalación, en el pavimento adyacente a la puerta, de una franja tacto-visual de acanaladura homologada dispuesta en perpendicular a la dirección de acceso, centrada respecto a la puerta, y de dimensiones 120 cm de ancho por 120 cm de fondo mínimo. Dicha franja cuenta con alto contraste en color en relación con los dominantes en las zonas de pavimento próximas.



INCIDENCIA LEVE:

- Señalización vertical correcta, aunque se han observado varias señales rotas y/o en mal estado, así como el firme agrietado puntualmente:

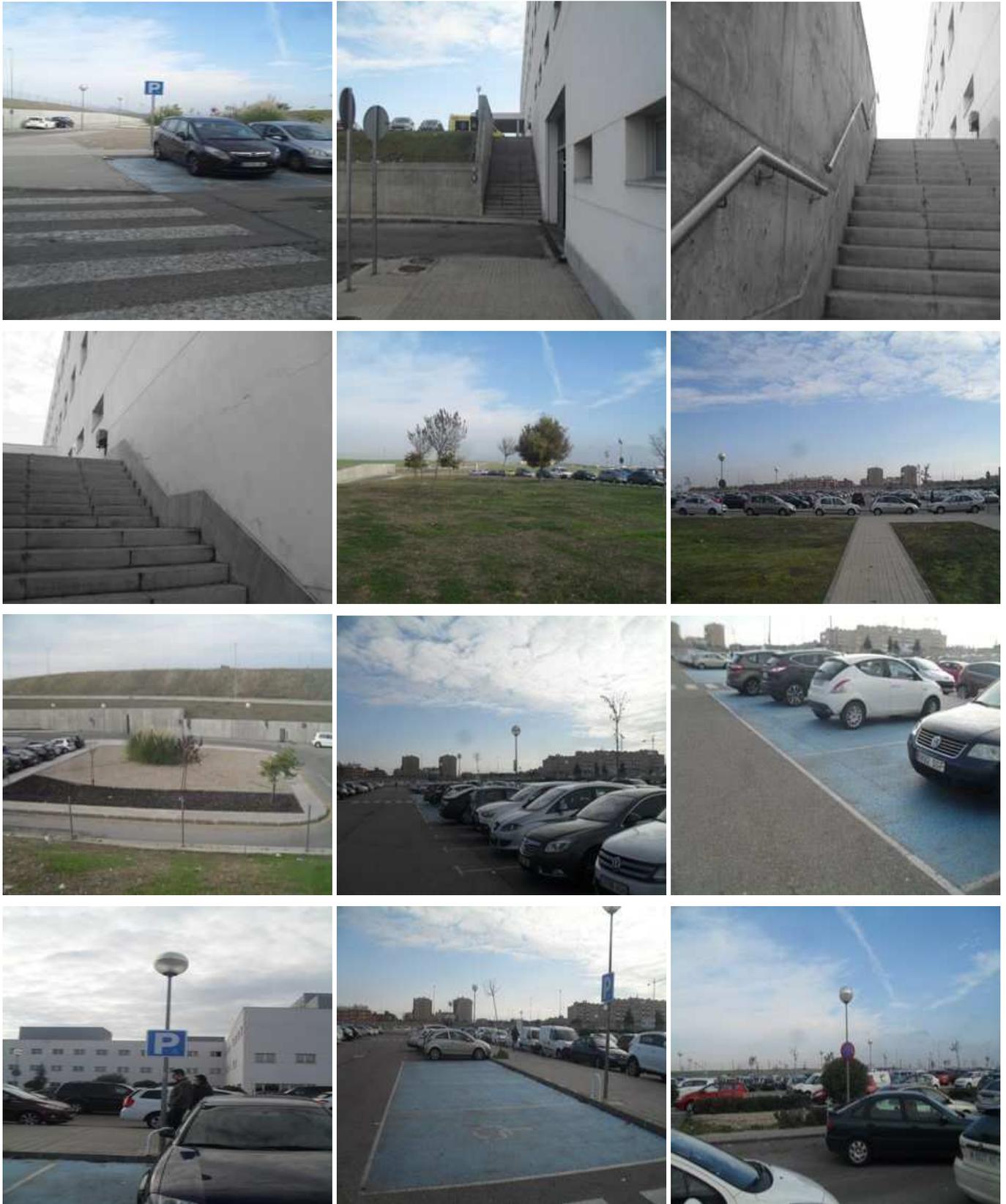


#### 4.4.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO

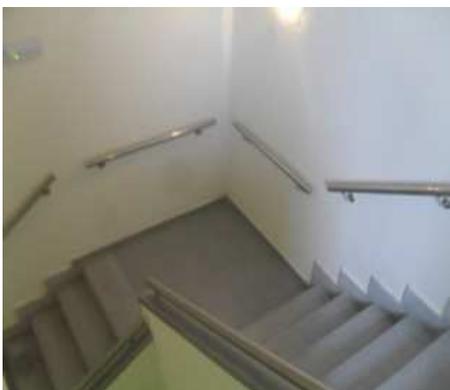
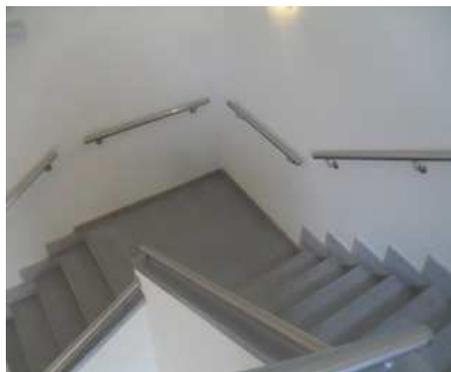














## 4.5. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN

### 4.5.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Desinsectación y desratización, en el Hospital Universitario de Torrejón, se han verificado durante la realización de la presente Auditoría Operativa del Hospital.

### 4.5.2. DIAGNÓSTICO

En relación con los indicadores de desinsectación y de desratización se ha podido evidenciar que la Empresa subcontratada para prestar ese servicio, AMBISAN, está inscrita en el Registro de Establecimientos y Servicios Plaguicidas.

Se ha facilitado el listado de productos susceptibles de ser utilizados por AMBISAN en las instalaciones del Hospital Infanta Elena, si bien no se han podido evidenciar las fichas de seguridad de los productos empleados durante la prestación del Servicio ni la autorización por parte del Servicio de Medicina Preventiva.



Madrid, 30 de noviembre de 2016

**PRODUCTOS QUE SE ESTIMA QUE PODRÍAN SER UTILIZADOS A LO LARGO DE NUESTROS SERVICIOS.**  
Se opta por uno y/u otro/s según diferentes condicionantes técnicos.

RODENTICIDAS			
NOMBRE COMERCIAL	PRINCIPIO ACTIVO	Nº DE REGISTRO	PLAZO DE SEGURIDAD
Leuco BM Bloque	Bromadiolona 0'005%	ES/94-2014-14-00233	No procede
Leuco BF pasta fresca	Bromadiolona 0'005%	ES/94-2015-14-00313	No procede
Serga rat block Bromadiolona	Bromadiolona 0'005%	ES/94-2014-14-00389	No procede
Serga rat block Brodifacum	Brodifacoum 0'005%	ES/94-2015-14-00299	No procede
Talon Block	Brodifacoum 0'005%	10-10-01493	No procede

INSECTICIDAS			
NOMBRE COMERCIAL	PRINCIPIO ACTIVO	Nº DE REGISTRO	PLAZO DE SEGURIDAD
Adhvin Gel Cucarachas	Indoxacarb 0,6%	ES/94-2011-15-00503	No procede
Golath Gel	Fipronil 0,05%	09-30-01343 *	No procede
Heltrin descarga total	G' Fenitro 0,33 % Pralletrina 0,10%	10-30-00659 *	12 horas
k-Ochrine WG 250	Deltamethrina 25'4	09-30-01385 * 09-30-01385 HA	12 horas
Massacide AD	Alfa cipermetrina 1%	10-30-00845 *	No procede
Massacide alphaphus	Alfa cipermetrina 2% Diflubenzurón 10%	10-30-00928 *	12 horas
Massomatic natural descarga total	Extracto de peltre 0'25% Diflubenzurón 0'1 % Butoxido pipericilo 10%	12-30-01139	12 horas
Maxforce quantum	Imidacloprid 0'03% Sulmetoxato 0'01%	13-30-05092 13-30-05092 HA	No procede

OFICINAS CENTRALES: C/ Músala 9 y 11 - 28004 Madrid  
TEL: 91 518 78 43 Fax: 91 518 78 82 E-mail: ambisan@ambisan.es - WEB: www.ambisan.es - C.I.F.: B-00219189  
EMPRESA AUTOCERTIFICADA Y REGISTRADA CON EL NÚMERO R.U.E.S.B.1 2-CP-9



Oficinas: C/Mineña,  
9-11 local  
28024 MADRID  
☎ 91 518 78 43  
www.ambisan.es

Nupilac Hidro azm	Bifentrín 01% Acetamiprid 1%	13-30-06623 13-30-06623 HA	No procede
Serpa Ciper-20	Cipermetrina 20%	13-30-01902 13-30-01902 HA	12 horas
Sofac WP 10	Ciflutrin 10% Sílice 47.5%	15-30-00496 15-30-00496 HA	12 horas

DESINFECTANTES			
NOMBRE COMERCIAL	PRINCIPIO ACTIVO	Nº DE REGISTRO	PLAZO DE SEGURIDAD
Bardival 96	Cloruro de didecidimetilamonio 4'5%	12-20/40-01988 12-20/40-01988 HA	Pulverización; no procede Nebulización, 3 horas
Rely-On Virkon	Monopersulfato potásico 49'8%	13-20/40/90-01562 HA	Pulverización no procede Nebulización 3 horas

**En renovación**

- \* Permitida su comercialización hasta su inscripción en el Registro Oficial de Biocidas
- \*\* Permitida comercialización hasta el 20 de marzo de 2017. Después solo existencias hasta el 20 de septiembre de 2017

Fdo.: Esperanza Santaolalla  
Responsable Técnico

Se ha evidenciado en la documentación remitida la Resolución de Inscripción en el Registro de Plaguicidas de los desinfectantes, insecticidas y rodenticidas empleados por AMBISAN en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro:

**CERTIFICADO DE SERVICIO N° 30907-19**

ACTIVIDAD: HOSPITAL

UBICACIÓN: *servicio de control y control de plagas*

TIPO DE SERVICIO PRESTADO: *control de plagas*

PRODUCTOS UTILIZADOS:

Producto	Marca	Forma	Concentración	Uso	Fecha	Observaciones
...	...	...	...	...	...	...

Fecha: 21/10/16  
Firma: *[Signature]*

**CERTIFICADO DE SERVICIO N° 30907-20**

ACTIVIDAD: HOSPITAL

UBICACIÓN: *no procede*

TIPO DE SERVICIO PRESTADO: *no procede*

PRODUCTOS UTILIZADOS:

Producto	Marca	Forma	Concentración	Uso	Fecha	Observaciones
...	...	...	...	...	...	...

Fecha: 21/10/16  
Firma: *[Signature]*



Se ha evidenciado en la documentación remitida los Planos donde se identifica la ubicación de los Portacebos, y éstos, además, se identifican con una pegatina en su punto de colocación. Se adjuntan planos de situación como **ANEXO IX**.

#### 4.5.3. PUNTOS FUERTES

No procede.

#### 4.5.4. ÁREAS DE MEJORA

No procede.

#### 4.5.5. SEGUIMIENTO DE LAS DESVIACIONES DE LA AUDITORIA ANTERIOR

No procede.

#### 4.5.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN

INCIDENCIA MEDIA

- Se tienen evidencias de dispositivos vacíos, sin el producto correspondiente para el control de plagas.



#### INCIDENCIA MEDIA

- Se han podido visualizar luminarias con insectos en dos de los almacenes intermedios de residuos situados en el Hospital Infanta Elena.



**4.5.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO**





## 4.6. SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

### 4.6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Gestión de Almacenes y distribución Logística, en el Hospital Universitario de Torrejón, consisten en lo siguiente:

- Proporcionar un Servicio eficiente, eficaz y de alta calidad para la recepción, almacenamiento y distribución de materiales destinados al uso hospitalario.
- Tanto el almacenamiento, como la distribución se debe llevar a cabo garantizando la trazabilidad de los productos cuando estos así lo requieran.

### 4.6.2. DIAGNÓSTICO

A continuación se detalla el cumplimiento de los requisitos definidos en el Pliego de Condiciones de la Concesión:

- La concesionaria proporciona un Servicio eficiente, eficaz y de alta calidad para la recepción, almacenamiento y distribución de materiales destinados al uso hospitalario, habiéndose detectado áreas de mejora, reflejadas en el presente informe.
- Tanto el almacenamiento, como la distribución se llevan a cabo garantizado la trazabilidad de los productos cuando estos así lo requieran.

- RECEPCIÓN:

El acceso al almacén general está cercano al muelle de descarga del Hospital, empleando transpalets para el transporte de la mercancía desde el muelle al almacén central.



Se dispone de la relación de recepciones esperadas en función de plazos de entrega de los pedidos, que es aproximadamente de 72-96 horas. En la recepción se llevan a cabo las siguientes tareas:

- Recepción de envíos de proveedores con albarán de entrega del transportista.

- Desembala y comprueba que lo recibido coincide con lo solicitado.
- Recuenta bultos y comprueba que no existen daños exteriores.
- Confronta pedido y albarán y si coincide lo registra en la aplicación informática del almacén. Si coincide pedido y albarán lo sella como evidencia de su comprobación.
- Anota las anomalías en el albarán del transportista y del proveedor.
- Informa a compras de la llegada del pedido una vez subsanadas las incidencias.
- Control de calidad.
- Si el control de calidad es correcto da entrada definitiva al material y lo registra en la aplicación informática y le da un número de registro.
- Envío de datos de identificación, recuento y verificación a compras y contabilidad.
- Da de alta el producto en el inventario de existencias.

Una vez chequeado el albarán con lo recibido y coincide todo, imprime el pedido y lo grapa todo junto y le da el VºBº con el cuño del Hospital tras verificar que coincide.



Se realiza un registro para el control y seguimiento de las reclamaciones realizadas a los proveedores:

16VMG03965	04/10/2016	NO STOCK NI FECHA	BYNURSING S.L.	TSPA457560GB
16VMG04524	11/11/2016	26-dic	BECTON DICKINSON, S.A.	365968
16VMG04758	25/11/2016	15	TELEFLEX MEDICAL, S.A.	174130-000240
16VMG04785	28/11/2016	NO STOCK NI FECHA	MEDTRONIC IBERICA, S.A.	SN-659G
16VMG04785	28/11/2016	NO STOCK NI FECHA, PEDIDO A PROVEEDOR SECUNDARIO	MEDTRONIC IBERICA, S.A.	9161306
16VMG04813	29/11/2016	15 DIAS FECHA PEDIDO	FRANCISCO SORIA MELGUIZO, S.A.	091106/01 CE
16VMG04813	29/11/2016	15 DIAS FECHA PEDIDO	FRANCISCO SORIA MELGUIZO, S.A.	091106/01 VA
16VMG04813	29/11/2016	15 DIAS FECHA PEDIDO	FRANCISCO SORIA MELGUIZO, S.A.	091106/01 HO
16VMG04813	29/11/2016	15 DIAS FECHA PEDIDO	FRANCISCO SORIA MELGUIZO, S.A.	091106/01 PUU
16VMG04816	29/11/2016	15 O 16	INTERSURGICAL ESPAÑA, S.L.	I2122
16VMG04877	02/12/2016	15 O 16	INTERSURGICAL ESPAÑA, S.L.	I8003
16VMG04931	05/12/2016	14	BAUSCH & LOMB, S.A.	85915ST
16VMG04922	05/12/2016	15	BECTON DICKINSON, S.A.	368857
16VMG04924	05/12/2016	14 O 15	COLOPLAST PRODUCTOS MEDICOS, S.A.	28706
16VMG04935	05/12/2016	NO STOCK NI FECHA	GRUPO TAPER, S.A.	F63.1333
16VMG04939	05/12/2016	NO STOCK, SEMANA DEL 19 DIC	ZIMMER BIOMET SPAIN, S.L.	02-0305AAP
16VMG04951	07/12/2016	rotura stock, finales de diciembre	MEDTRONIC IBERICA, S.A.	31140257
16VMG04975	09/12/2016	CANCELAR	DICLISA	4897
16VMG04975	09/12/2016	CANCELAR	DICLISA	150216
16VMG04991	09/12/2016	día 13 o 14	IBERHOSPITEX, S.A.	0014090
16VMG04986	09/12/2016	día 14, solo envian 1	MEDICIMAD, S.L.U.	22-60421
16VMG04970	09/12/2016	NO STOCK, SEMANA DEL 19 DIC	ZIMMER BIOMET SPAIN, S.L.	02-0305AAP
16VMG05000	12/12/2016	15	BARNA IMPORT, S.A.	124144
16VMG05000	12/12/2016	15	BARNA IMPORT, S.A.	140158
16VMG05002	12/12/2016	15	BECTON DICKINSON, S.A.	307727
16VMG05024	12/12/2016	ANTONIO	BYNURSING S.L.	SSP2101058

MS03020369	TOALLA, PACIENTE, TEJIDO S/TEJER, DES	1	0	1	CAJA	150	150	21	31,5	181,5	500	UNUSO
MS07040982	TUBO, EXTRACCION, CAPILAR, EDTA K2, T/AMARILLO	1	0	1	CAJA	40	40	21	8,4	48,4	200	BD MICROTAINER
MS01040286	SONDA, VESICAL, FOLEY, 3 VIAS, MERCIER, SILICONA, 24CH	1	0	1	CAJA	51,05	51,05	10	5,11	56,16	5	
MS02030347	MONOSOF 5/0 C12	8	5	3	CAJA	12,96	103,68	10	10,37	114,05	12	MONOSOF
MS03020030	GAFIA PROTECTORA QUIROFANOS	7	0	7	CAJA	59,5	416,5	21	87,47	503,97	7	
MS07040999	ETIQUETA, CODIGO DE BARRAS, PRUEBAS ANALITICAS, CONSULT EXT	4	0	4	CAJA	40	160	21	33,6	193,6	1000	
MS07041002	ETIQUETA, CODIGO DE BARRAS, PRUEBAS ANALITICAS, CAP VALDEM	4	0	4	CAJA	40	160	21	33,6	193,6	1000	
MS07041004	ETIQUETA, CODIGO DE BARRAS, PRUEBAS ANALITICAS, HOSPITALIZ	4	0	4	CAJA	40	160	21	33,6	193,6	1000	
MS07041005	ETIQUETA, CODIGO DE BARRAS, PRUEBAS ANALITICAS, URGENCIAS	8	0	8	CAJA	40	320	21	67,2	387,2	1000	
MS05080355	CIRCUITO, ANESTESIA, PEDIAT, MAPLESON F 1.8M, BALON 0.5L	1	0	1	CAJA	180	180	21	37,8	217,8	15	AYRES
MS05080114	MASCARILLA LARINGEA DESECHABLE N/LATEX N°3	1	0	1	CAJA	69	69	10	6,9	75,9	20	
IN01022932	MANGO, I/A, ANGULADO, 45º, PTA SILICONA, 1.8MM	5	0	5	CAJA	144	720	21	151,2	871,2	12	
MS07040393	TUBO PH EDTA MALVA TRANSL 5/3 ML,BL	5	0	5	CAJA	57	285	21	59,85	344,85	1000	BD VACUTAINER
MS01040212	SONDA, VESICAL, PU, BAJA FRICCION, LUBRICADA, PEDIAT, GCH	1	0	1	CAJA	43,122	43,12	10	4,31	47,43	60	SPEEDICATH
MS05010175	ELECTRODO DE IONTOFORESIS REF.198810-001/199336-001	2	0	2	CAJA	56,0736	112,15	21	23,55	135,7	12	CHATTANOOGA
MS05060480	SET, MEZCLADOR, VACIO, CEMENTO, OSEO, 80GR	2	1	1	CAJA	363,689	727,38	21	152,75	880,13	10	EASYMIX
MS03010169	FUNDA, MANGO, LAMPARA QUIRURGICA, ESTERIL	4	0	4	CAJA	60	240	21	50,4	290,4	160	
IN01020012	BISTURI MANGO DESECHABLE N.21	20	0	20	CAJA	3,6	72	21	15,12	87,12	10	
IN01020082	ESPECULO VAGINAL NULIPARA	25	0	25	UNIDAD	0,43	10,75	21	2,26	13,01	1	
MS03020009	BATA, CELULOSA, AZUL, S/MANGA, T-UNICA	12	0	12	CAJA	40,16	481,92	21	101,2	583,12	150	
MS02020035	TAPON, EPISTAXIS, ANTERIOR, 5.5X1.5X2.5CM	2	0	2	CAJA	97	194	21	40,74	234,74	10	INVOTEC
MS05060480	SET, MEZCLADOR, VACIO, CEMENTO, OSEO, 80GR	2	0	2	CAJA	363,689	727,38	21	152,75	880,13	10	EASYMIX
MS03020059	GUANTE, EXPLORACION, POLIVINILO, S/POLVO, N/EST, T-M	60	0	60	CAJA	1,78	106,8	21	22,43	129,23	100	
MS03020174	GUANTE, EXPLORACION, NITRIL, AZUL, S/POLVO, N/EST, T-P	600	0	600	CAJA	2,65	1590	21	333,9	1923,9	100	SENSIFLEX
MS03040269	JERINGA 3 PIEZAS 3 ML	10	0	10	CAJA	2,4	24	21	5,04	29,04	100	
UN01010023	SABANA, PACIENTE, ENCIMERA, TEJIDO S/TEJER, S/LATEX	20	0	20	CAJA	98,7	1974	21	414,54	2388,54	100	

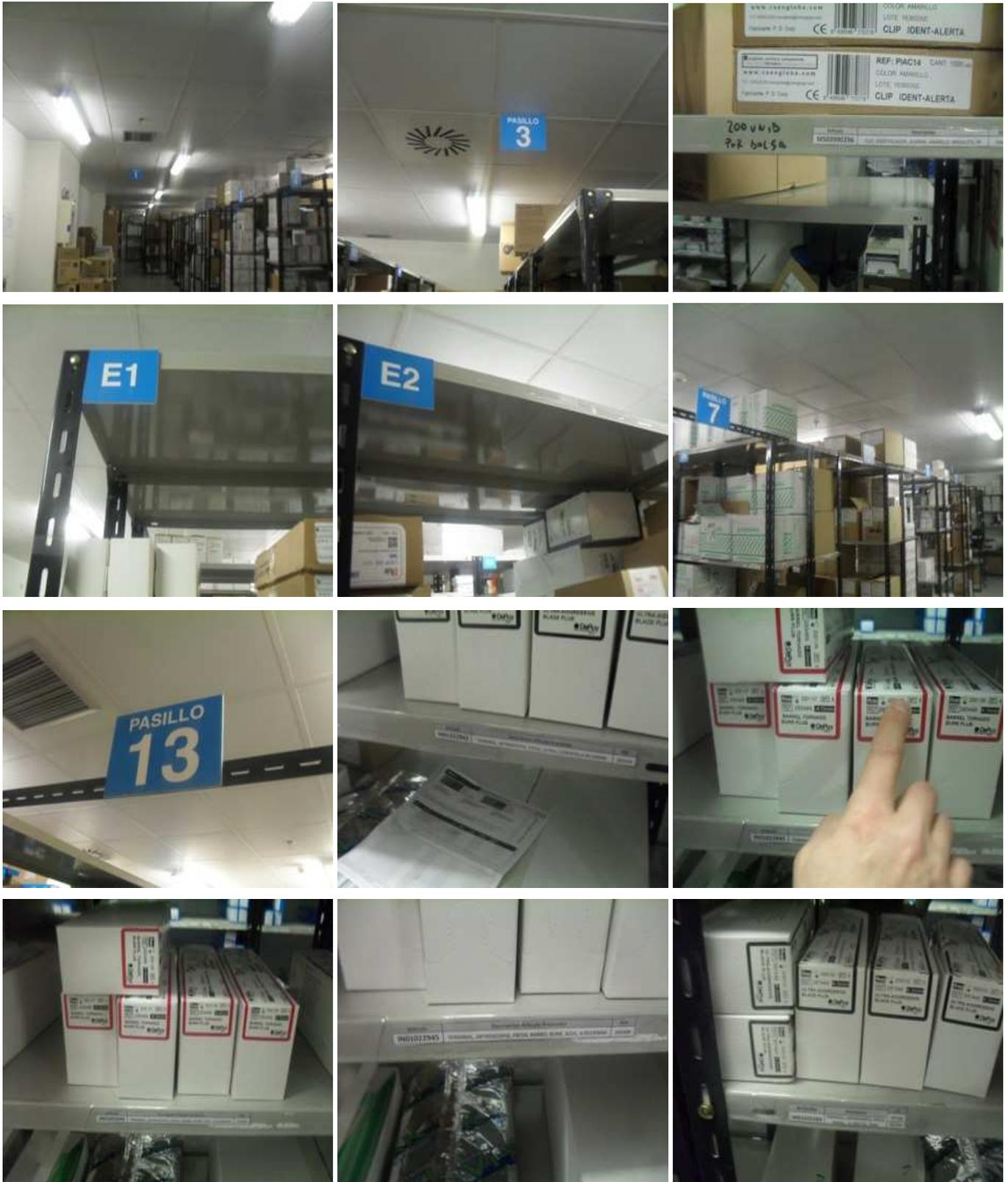


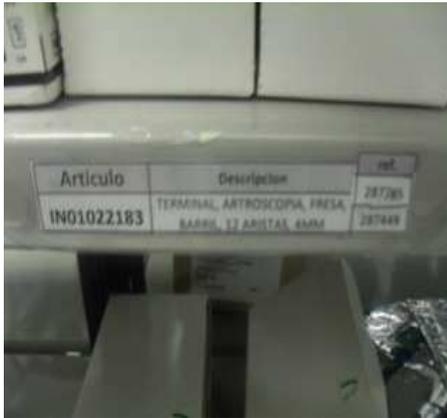
- ALMACÉN:

El material recibido se almacena por familias, a las cuales se les ha asignado un código. A continuación, se adjuntan a modo de ejemplo del Listado de Familias de Artículos y el estante en los que se encuentran en cada uno de los Almacenes Generales del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, verificándose que es así en la Auditoría Operativa:

Artículo	Desc.Artículo	Estanteria
MS03990204	ABREBOCAS, ENDOSCOPIA, DES	A3P3E8
MS07990001	ACETONA RPH 1L	A3P2E4
MS01990195	ADAPTADOR, SEGURIDAD, LUER, MACHO, SANGRE	A1P3E7
MS07040911	ADAPTADOR, SEGURIDAD, LUER, MACHO, TUBO, VACIO/HEMOCULTIVO	A1P2E4
MS02990017	ADHESIVO, TISULAR, 0.35GR	A1P4E4
MS05080240	AGUA, ESTERIL, HUMIFICADOR, 500ML	A1P1E1
MS03040555	AGUJA, AMNIOCENTESIS, 21G, 0.8X120MM	A1P15E5
MS03040005	AGUJA, ANESTESIA, EPIDURAL, TUOHY, 18G, 1.21X120MM	A1P15E3
MS03040006	AGUJA, ANESTESIA, EPIDURAL, TUOHY, 18G, 1.21X80MM	A1P15E3
MS03040008	AGUJA, ANESTESIA, ESPINAL, P.QUINCKE, 18G, 1.30X88MM	A1P15E3
MS03040023	AGUJA, ANESTESIA, ESPINAL, P.QUINCKE, 20G, 0.9X90MM	A1P15E3
MS03040016	AGUJA, ANESTESIA, ESPINAL, P.QUINCKE, 22G, 0.7X120MM	A1P15E4
MS03040012	AGUJA, ANESTESIA, ESPINAL, P.QUINCKE, 22G, 0.7X38MM	A1P15E3
MS03040014	AGUJA, ANESTESIA, ESPINAL, P.QUINCKE, 22G, 0.7X75MM	A1P15E3
MS03040516	AGUJA, ANESTESIA, ESPINAL, P.QUINCKE, 25G, 0.5X90MM	A1P15E4
MS03040025	AGUJA, ANESTESIA, ESPINAL, P.QUINCKE, S/INTR, 22G, 0.7X90MM	A1P15E4
MS03040595	AGUJA, ANESTESIA, ESPINAL, PTA LAPIZ, C/INTR, 25G, 0.4X120MM	A1P15E4
MS03040639	AGUJA, ANESTESIA, ESPINAL, PTA LAPIZ, C/INTR, 25G, 0.53X90MM	A1P15E4
MS03040452	AGUJA, ANESTESIA, ESPINAL, PTA LAPIZ, C/INTR, 27G, 0.42X90MM	A1P15E3
MS03040030	AGUJA, ANESTESIA, PLEXO, ECOGENICA, 30º, 22G, 0.8X100MM	A1P11E3

MS02050111	VENDA, MALLA, ELASTICA, ALGODON, 15CMX10M	A1P6E8
MS02050114	VENDA, ORILLADA, ALGODON, 10CMX10M	A3P3E2
MS02050107	VENDA, ORILLADA, ALGODON, 5CMX5M	A1P6E7
MS02050121	VENDA, SINT, P/ALMOHADILLADO, N/ELASTICA, 5CMX2.75M	A1P6E7
MS02050146	VENDA, TUBULAR, ELASTICA, ALGODON, FINO, Nº2, 10M	A1P6E8
MS02050139	VENDA, TUBULAR, ELASTICA, ALGODON, GRUESO, Nº4, 10M	A1P6E8
MS02050140	VENDA, TUBULAR, ELASTICA, ALGODON, GRUESO, Nº5, 10M	A1P6E7
MS02050141	VENDA, TUBULAR, ELASTICA, ALGODON, GRUESO, Nº6, 10M	A1P6E6
MS02050142	VENDA, TUBULAR, ELASTICA, ALGODON, GRUESO, Nº7, 10M	A1P6E6
MS02050157	VENDA, TUBULAR, ELASTICA, ALGODON, Nº2, 20M	A1P6E7
MS02050131	VENDA, TUBULAR, MALLA, ELASTICA, ALGODON, S/LATEX, Nº1	A1P6E7
MS02050135	VENDA, TUBULAR, MALLA, ELASTICA, ALGODON, S/LATEX, Nº5	A1P6E7
MS02050136	VENDA, TUBULAR, MALLA, ELASTICA, ALGODON, S/LATEX, Nº6	A1P6E6
MS02050137	VENDA, TUBULAR, MALLA, ELASTICA, ALGODON, S/LATEX, Nº7	A1P6E6
MS02050129	VENDA, TUBULAR, MALLA, ELASTICA, ALGODON, S/LATEX, Nº8	A1P6E5
MS02050134	VENDA, TUBULAR, MALLA, ELASTICA, POLIESTER, S/LATEX, Nº4	A1P6E7
MS05990347	VENDAJE, TRACCION, CUTANEA, ADULTO	A1P8E3
MS07010492	VIAL RECOGIDA MUESTRAS GINECOLOGICAS	A3P2E7





Todos los días se elabora una Hoja de Pedido con las necesidades de cada Servicio del Hospital, a la que se añade las necesidades del Almacén General con objeto de realizar un pedido único. Dicha Hoja de Pedido es revisada por el Responsable de Compras y del Almacén quién ejecuta la acción de la compra, agrupándose en pedidos por proveedor.

CONSULTA PEDIDOS DE ARTICULOS A PROVEEDORES PENDIENTES DE RECEPCIONAR

Archivo Edición Opciones Ayuda Acerca de... EURO(€)

PROPUESTA / PEDIDO DE ARTICULOS A PROVEEDORES PENDIENTES

Núm Pedido	Un.Ped	Fecha Pedido	U.T	Descripción Usuario	Acuerdo	Descripción Almacén	Artículo	Descripción Almacén	Proveedor	Env.Pe
57	18/MG05039	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2015-00020200	ALMACEN GENERAL	MS02000205	CINTA VASCULAR, RADIOFACO, SILICONA, PEARL, 40CM	2
58	18/MG05039	2	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2016-00020200	ALMACEN GENERAL	MS02000105	SUT, REABS. TRENZ. N.9/90CM AG/524 1/2 CIRC. 40MM	3
59	18/MG05039	3	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2015-00020200	ALMACEN GENERAL	MS02000109	SUT, AB, POLIESTER, 1,75CM, AGUJA, CIL. J. 40MM	4
60	18/MG05039	4	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2015-00020200	ALMACEN GENERAL	MS02000115	SUT, REABS. TRENZ. N.2/0 75CM AG/20 1/2 CIRC. 26MM	4
61	18/MG05039	5	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2016-00020200	ALMACEN GENERAL	MS02000120	SUT, AB, POLIESTER, 3/0, 45CM, AGUJA, CIL. 3/8, 19MM	3
62	18/MG05039	6	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2016-00020200	ALMACEN GENERAL	MS02000352	SUT, REABS. TRENZ. N.3/0 75CM AG/1223 1/2 CIRC. 17MM	3
63	18/MG05040	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2012-00027726	ALMACEN GENERAL	MS01020600	EXTRACTOR, BALON, ENDOSCOPIA, 15-20MM 8V4420 A	15
64	18/MG05041	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2012-00064652	ALMACEN GENERAL	MS02000013	GASA-XR 20x40 10H, 5/10	20
65	18/MG05042	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2009-00001181	ALMACEN GENERAL	MS02001022	EQUIPO ARTROSCOPIA DE RODILLA	5
66	18/MG05042	2	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2009-00001181	ALMACEN GENERAL	MS02010623	EQUIPO DE CABEZA Y CUELLO	5
67	18/MG05042	3	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2009-00001181	ALMACEN GENERAL	MS03010004	PAÑO, CUBREMESA, QUIROFANO, ESTERIL, 150x190CM	5
68	18/MG05042	4	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2011-00010195	ALMACEN GENERAL	MS03010148	PAÑO, BAÑOMALGAS, C/BOUSA, 86x112CM	5
69	18/MG05043	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2014-00013739	ALMACEN GENERAL	MS02010063	MICROPORÉ 8,14x42,5CM	5
70	18/MG05043	2	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2014-00013739	ALMACEN GENERAL	MS02010068	ESPARADRAPO SEDA 7,5CM	2
71	18/MG05043	3	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2014-00033923	ALMACEN GENERAL	MS02010072	ESPARADRAPO SEDA 2,5 CM	4
72	18/MG05044	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2014-00013079	ALMACEN GENERAL	MS02000011	APOSITO, HEMOSTÁTICO, ABS., CELULOSA DMD, FIBRIL, 2,5x5,1CM	3
73	18/MG05044	2	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2010-00019734	ALMACEN GENERAL	MS05000024	CIRCUITO ANESTESIA C/BOUSA DE AL	4
74	18/MG05045	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2010-00020069	ALMACEN GENERAL	IN01030011	BISTURÍ MANGO DESECHABLE N.15	30
75	18/MG05045	2	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2010-00020069	ALMACEN GENERAL	MS02000283	SUT, NO REABS. SEDA N.2/0 C/AGUJA HR26	4
76	18/MG05046	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2012-00021325	ALMACEN GENERAL	MS05000369	MASCARILLA, REANIMADOR, EN DNATL, 60MM	4
77	18/MG05047	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2010-00016260	ALMACEN GENERAL	MS07040297	PORTA OBJETOS 76x20MM C/PULIDO 8 MATE	30
78	18/MG05048	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2010-00020382	ALMACEN GENERAL	MS07010141	FORMALDEHÍDE 4% pH 6.9 1.0 L	3
79	18/MG05049	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2013-00003104	ALMACEN GENERAL	MS03010188	CAMPO, QUIRÚRGICO, ESTERIL, 40x30CM	1
80	18/MG05050	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2014-00021049	ALMACEN GENERAL	MS02990023	SOLUCION, AGUA, PURIFICADA, LAVADO, HERIDA, 350ML	2
81	18/MG05051	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2016-00016446	ALMACEN GENERAL	MS03000069	GUANTE, EXPLOSION, POLIUREA, S/PO/LVO, N/EST., T-6	50
82	18/MG05052	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2010-00020467	ALMACEN GENERAL	IN01990032	FIBROEXTRACTOR DE VARIOS	2
83	18/MG05053	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2015-00005103	ALMACEN GENERAL	MS05020287	CARTUCHO, ESTERILIZANTE, ACID PERACETICO, 35%	5
84	18/MG05054	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2010-00020439	ALMACEN GENERAL	MS03000143	ARO 60 C/COPLAST ALTERNA	4
85	18/MG05055	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2014-00024214	ALMACEN GENERAL	MS01020948	CATER, INTRAVEN, PERF, CORT., USO, S/SEGUR, 14G, 2,2x140MM	2
86	18/MG05056	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2012-00016002	ALMACEN GENERAL	DA01010141	DESINFECTANTE RELIANCE 20 CARTUCHO	5
87	18/MG05057	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2013-00031781	ALMACEN GENERAL	MS03004006	PUNZON, BIOPSIA, 4MM	5
88	18/MG05058	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2010-00019220	ALMACEN GENERAL	MS03990087	TAPON NASAL C/CANULA 18x21,5	3
89	18/MG05059	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2010-00019803	ALMACEN GENERAL	MS01050084	TUBO ENDOTRAC B/PRESION C/BALON 1/6,5	2
90	18/MG05059	2	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2010-00019803	ALMACEN GENERAL	MS01050085	TUBO ENDOTRAC B/PRESION C/BALON 1/7	6
91	18/MG05059	3	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2010-00020369	ALMACEN GENERAL	MS01050083	TUBO GUEDEL PVC INALATEX TRANS. N.5	6
92	18/MG05060	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2011-00022849	ALMACEN GENERAL	MS02000495	SUT, AB, POLIUREA, 3/0, 70CM, AGUJA, TRIANG. 3/8, 19MM	4
93	18/MG05061	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2009-00001379	ALMACEN GENERAL	MS03000100	BAMBINO PAÑAL ME	3
94	18/MG05061	2	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2009-00001360	ALMACEN GENERAL	MS03000102	BAMBINO PAÑAL GR	3
95	18/MG05062	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2016-00013215	ALMACEN GENERAL	MS05000237	SISTEMA, PRIMARIO, P/BOBINA, EN V, VAL ANTISIFON, 22xL, 240CM	4
96	18/MG05063	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2013-00014185	ALMACEN GENERAL	MS02990017	ADHESIVO, T/SULAR, 0,35GR	5
97	18/MG05064	1	14/12/2016	EG	Servicios/Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS	2012-00014726	ALMACEN GENERAL	MS02990222	BRAZALETE, IDENTIFICACION PACIENTE, PP TERMICO, 14x230MM, AZ	10



Empresa: VM /Dpto: AD /Operación: MMAT6 /CONSULTA ARTICULOS

Archivo Edición Documento Expedir Impresoras Ayuda Acerca De...

Consulta Artículo Otros Datos Desglose Datos Otras Clasificaciones

Código: MS0390059 Código Fantasma: [ ]

Descripción: CONTENEDOR, ORINA, OPACO, 24H, 2L Artículo C. Compras: [ ]

Descripción Asistencial: FRASCO, ORINA, 2L Cód. Artículo Anterior: [ ]

Grupo: Subgrupo: Familia: [ ] Unidad GH: [ ]

AT A104 A10499 VARIOS

Tipo Artículo: A ALMACENABLE Clase: 3 MATERIAL SANITARIO Unidades/Envase: 1,00 Multiplo de unidades de compra: 1

Unidad Compra: U UNIDAD Unidad Equivalencia: 0,00

Unidad Medida: U UNIDAD Precio Venta: 1,418751 Precio Venta: 0,00

Unidad Prescripción: [ ] Unidad de Compra: [ ] Unidad de Medida: [ ]

Grupo Terapéutico: [ ] Tipo IVA Venta: 0 %

Principio Activo: [ ] Tipo IVA Compra: 21 %

Código Barras: [ ]

Última Recepción:

Proveedor: EG B856620804 Servicios, Personas y Salud, S.L.U. CENTRAL DE COMPRAS

Suministrador: PR A81684492 VADUETTE ESPAÑA, S.A.

Fecha Recepción: 13/12/2016 Cantidad recepcionada: 192,00 UNIDAD Precio sin IVA: 0,352708

Cantidad recepcionada: 4,00 CAJA Precio sin IVA: 16,93

Lote: 161122 N° Serie: [ ] Fecha Caducidad: 30/11/2021

Ref./Código Nacional: 1728

Descripción Proveedor: FRASCO DE ORINA 2L

Empresa: VM /Dpto: AD /Operación: MMAT6 /CONSULTA ARTICULOS

Archivo Edición Documento Expedir Impresoras Ayuda Acerca De...

Consulta Artículo Otros Datos Desglose Datos Otras Clasificaciones

Artículo: CONTENEDOR, ORINA, OPACO, 24H, 2L

Precio última compra: 0,352708 UNIDAD F. última compra: 12/12/2016 F. Último Movimiento: 15/12/2016 PMP a Hoy: 0,523333

U.Medida Pend.Recebir: 0,00 UNIDAD Próxima Caducidad: 10/07/2018

Mes-Año	Stock Inicial	Entrada Proveedores	Producción Propia	Asistencial	Centro Coste	Ajustes	Stock Final
1 HASTA DICIEMBRE - 2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2 ENERO - 2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3 FEBRERO - 2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4 MARZO - 2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5 ABRIL - 2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6 MAYO - 2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7 JUNIO - 2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8 JULIO - 2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9 AGOSTO - 2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10 SEPTIEMBRE - 2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11 OCTUBRE - 2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12 NOVIEMBRE - 2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13 DICIEMBRE - 2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Total Entrada Prove. 0,00 Total Ventas Asistencial... 0,00 Total Ajustes: 0,00 Consumo medio mes: 0,00

Total Produc. Propia 0,00 Total Ventas Centro Coste 0,00 Stock Máximo propuesto: 0,00

Descripción Almacén	Stock	Stock Min.	2º Punto Pedido	Stock Max.	/Compra?	Valoración a PMP	Valoración a PUC	Exterior
10 ALMACEN DE ENDOCRINOLOGIA	0,00	0,00	0,00	0,00	N	0,00	0,00	0,00 EU
11 ALMACEN ESTERILIZACIÓN	0,00	0,00	0,00	0,00	N	0,00	0,00	0,00 EU
12 ALMACEN DE EXTRACCIONES	0,00	0,00	0,00	0,00	N	0,00	0,00	0,00 EU
13 ALMACEN FISIOTERAPIA	0,00	0,00	0,00	0,00	N	0,00	0,00	0,00 EU
14 ALMACEN GENERAL	192,00	35,00	75,00	150,00	S	95,25	64,19	64,19 A1P10E4
15 ALMACEN DE GINECOLOGIA CEX	0,00	0,00	0,00	0,00	N	0,00	0,00	0,00 EU
16 ALMACEN DE HEMATOLOGIA CEX	0,00	0,00	0,00	0,00	N	0,00	0,00	0,00 EU
17 ALMACEN DE HISTEROSCOPIA CEX	0,00	0,00	0,00	0,00	N	0,00	0,00	0,00 EU
19 ALMACEN HOSPITALIZACIÓN QUIRURGICA 2	0,00	0,00	0,00	0,00	N	0,00	0,00	0,00 EU

Total Stock: 192,00 Total Valoración a PMP: 95,25 Total Valoración a PUC: 64,19

La unidad de almacenamiento está entre un stock máximo y un segundo punto de pedido (stock de seguridad o stock mínimo) por debajo del cual si el Almacén General no puede cubrirlo, se incluye en el pedido del día correspondiente y se gestiona a través del Almacén General.

Cuando un artículo llega al Stock Mínimo o está por debajo de éste, el sistema de Gestión del Centro genera una Propuesta de Pedido a Proveedor que una vez revisada y aceptada por la Jefatura de Compras, genera un Pedido de Material a Proveedor, el cual en cantidad, es igual a la diferencia entre el stock Mínimo del artículo y el Stock actual, de tal forma que el pedido, una vez recepcionado, devuelve al artículo por encima de su stock Mínimo o lo más próximo a él siempre y cuando se acepten las cantidades que genera la propuesta de pedido.

La Supervisora de cada Servicio del Hospital realiza el pedido interno de artículos, de acuerdo al listado de artículos que suele consumir. El personal del Almacén prepara la entrega de la mercancía a cada uno de los Almacenes de los Servicios del Hospital, generando una dispensación a almacén. Se adjunta muestra de pedido a dispensar, así como de sus correspondientes dispensaciones como **ANEXO X**

El Calendario de Dispensaciones a cada uno de los Servicios del Hospital se adjunta a continuación:

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
ADMINISTRACIÓN	HOSP. 2	URGENCIAS	HOSP. 2	URGENCIAS
ADMISIÓN GENERAL	HOSP. 0	QUIRÓFANO	HOSP. CORTA ESTANCIA	QUIRÓFANO
ADMISIÓN URGENCIAS	HOSP.CORTA ESTANCIA	EXTRACCIONES	HOSP. MATERNO INFANTIL	HOSP. 0
ATENCIÓN AL PACIENTE	BLOQUE OBSTETRICO	CARIOLOGÍA CEX	NEONATOS	BLOQUE OBSTETRICO
CARD.INVASIVA	HOSP.MATERNO INFANTIL	REHABILITACIÓN	HOSPITAL DE DÍA	RAYOS
EXTRACCIONES	NEONATOS	RAYOS	LABORATORIO	FARMACIA
URGENCIAS	COCINA	CEX 14:15H	DONANTES	UCI
QUIRÓFANO	UCI		CEX 8:00H	CEX 8:00H
ENDOSCOPIAS				
ESTERILIZACIÓN				





Los Técnicos del Almacén distribuyen los materiales sanitarios a cada uno de los Servicios del Hospital y el personal de Enfermería de cada Servicio, es el responsable de ir gestionando los consumos de los mismos, si bien, no se registra en la aplicación informática los consumos de material sanitario que se van produciendo, por lo que no es posible realizar un inventario en los diversos almacenillos de los Servicios, además, en dichos Almacenillos no se codifica el material sanitario con la misma metodología que en el Almacén General, lo cual puede llevar a confusión en la realización de los pedidos, e incluso hay referencias sin codificar:



Por otro lado, dado que se descargan los productos de los pallets en cada uno de los almacenillos, se produce un desorden en los mismos. En uno de los casos evidenciados durante la auditoría, el problema de espacio y orden llegaba a bloquear los extintores del almacén intermedio.

Se ha podido evidenciar en todos los almacenillos y en el Almacén General un control eficaz de la fecha de caducidad, no detectándose ningún material sanitario caducado.



En relación con los artículos que requieren el mantenimiento de la cadena de frío, éstos son suministrados directamente por parte de los Técnicos del Almacén al Servicio que los ha adquirido, ya que en el Almacén General no se dispone de frigorífico (Compra Directa).

No se ha podido evidenciar que los líquidos inflamables, tales como el formol, se encuentren almacenados en zonas habilitadas para ello con las medidas de seguridad requeridas, si bien, la cantidad de stock existente es reducido y según indicaciones del personal del Almacén, este tipo de líquidos se distribuyen rápidamente a los Servicios peticionarios, tales como Anatomía Patológica, para evitar disponer de ellos en el Almacén General.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría **operativa de calidad del Servicio de Gestión de Almacenes y distribución Logística en el Hospital de Valdemoro** realizada en Noviembre de 2.016, con indicación de los parámetros, evidencias, datos e ítems que han servido a GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. para su cuantificación objetiva:

➤ **CUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. POR ÁREAS:**

Indicador	Se evidencia el correcto desarrollo del servicio.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Registro fotográfico

➤ **CUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. ÁREA MÉDICA :**

Indicador	Se evidencia el correcto desarrollo del servicio
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Registro fotográfico

➤ **CUMPLIMIENTOS QUE PODRÍAN HABER AFECTADO A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS:**

Indicador	Se evidencian inventarios de cuadro de stocks.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Inventario mensual.

➤ **GARANTÍA DE LA TRAZABILIDAD DE LOS PRODUCTOS QUE LO REQUIERAN :**

Indicador	Se evidencia registro de los pedidos puntuales realizados.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Solicitud de pedidos puntuales.

➤ **CUMPLIMIENTO DE CUALESQUIERA OTRAS OBLIGACIONES QUE PUEDA REPERCUTIR EN EL PACIENTE / USUARIO :**

Indicador	Se evidencia el bloqueo de extintores en almacenillos.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	0% (No se cumple)
Evidencias	Incidencia detallada.

#### 4.6.3. PUNTOS FUERTES

- No procede

#### 4.6.4. ÁREAS DE MEJORA

- En los almacenillos no se registran los consumos del material que se van produciendo, por lo que no es posible realizar un inventario en los mismos.
- En el momento de la distribución del material sanitario a los distintos almacenillos se propone como área de mejora mantener el pallet empleado en su traslado para garantizar el orden en los mismos. Se propone que dichos pallets sean de plástico para poder realizar las limpiezas necesarias con una frecuencia a determinar.

#### 4.6.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR

- Los Técnicos del Almacén distribuyen los materiales sanitarios a cada uno de los Servicios del Hospital y el personal de Enfermería de cada Servicio, es el responsable de ir gestionando los consumos de los mismos, si bien, no se registra en la aplicación informática los consumos de material sanitario que se van produciendo, por lo que no es posible realizar un inventario en los diversos almacenillos de los Servicios, además, en dichos Almacenillos no se codifica el material sanitario con la misma metodología que en el Almacén General, lo cual puede llevar a confusión en la realización de los pedidos, e incluso hay referencias sin codificar.

No se considera cerrada, ya que se mantenido la incidencia en esta auditoría operativa.

- Emplear un Código de Colores para evitar en la manera de lo posible que los artículos puedan caducar pudiéndose llevar a cabo una rápida inspección visual de control de caducidades.

No se considera cerrada, ya que se mantenido la incidencia en esta auditoría operativa.

- No se ha podido evidenciar en todos los casos un uso eficiente del espacio ni que los artículos con una mayor rotación estén más cerca de la salida así como la minimización del transporte de los artículos más pesados. No se ha podido evidenciar espacios altos para artículos ligeros y abultados.

Se considera cerrada, ya que no se tienen evidencias de la incidencia en esta auditoría operativa.

#### 4.6.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN

##### INCIDENCIA MEDIA:

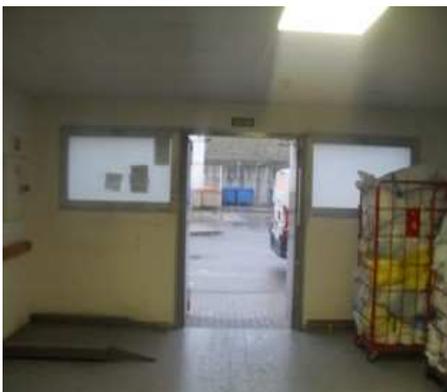
Así mismo, se ha podido evidenciar que al tener que distribuir la mercancía y debido a la falta de espacio en uno de los almacenillos, los extintores quedaban bloqueados, incumpliendo así la normativa de PCI.

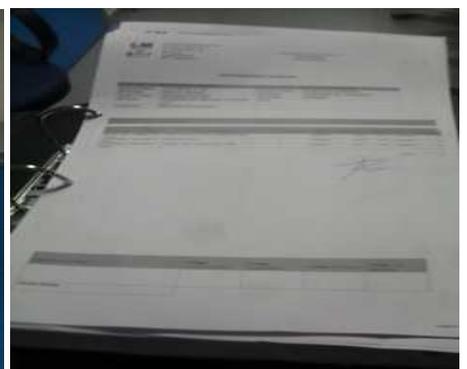
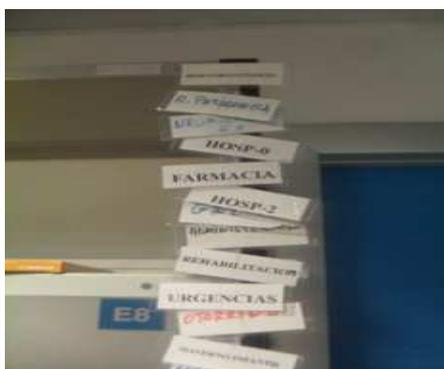
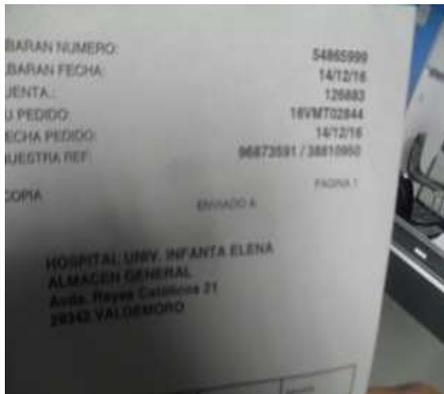


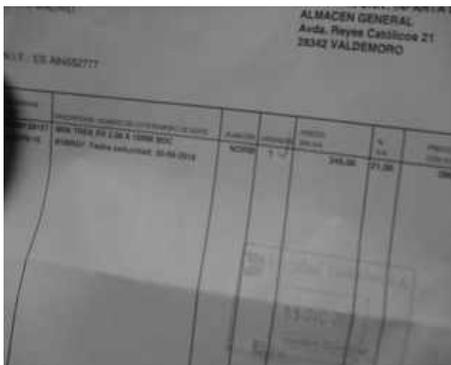
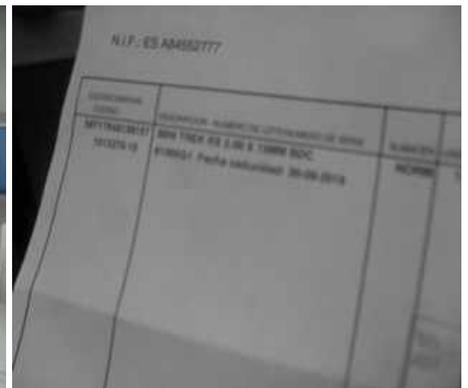
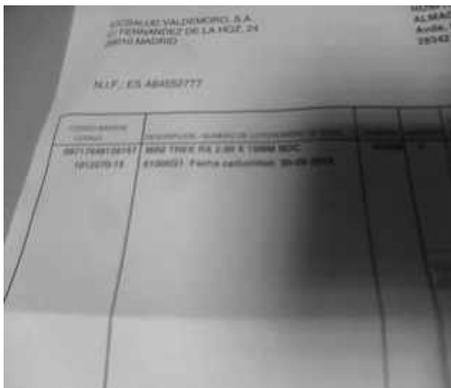
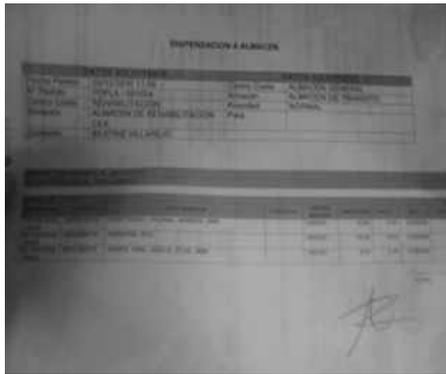


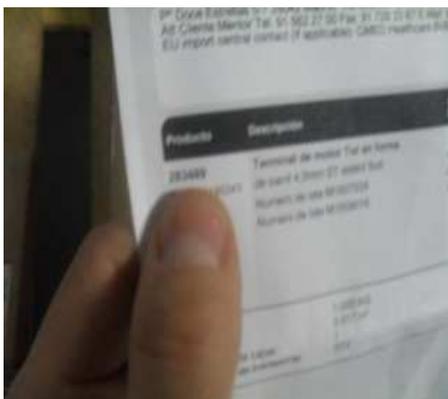
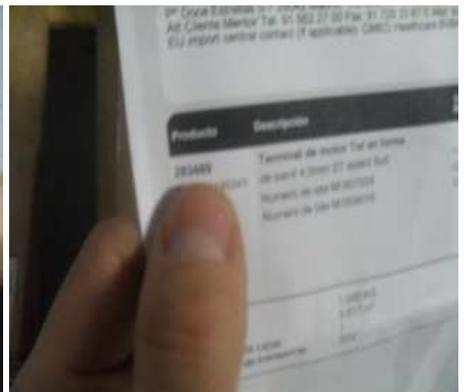
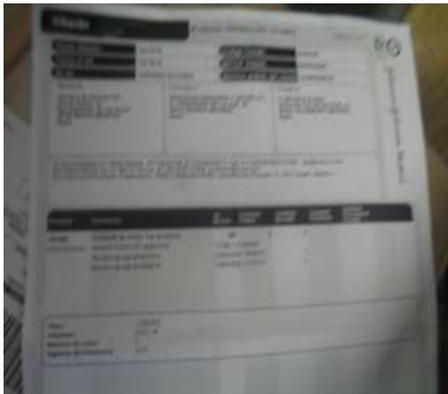
#### 4.6.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO



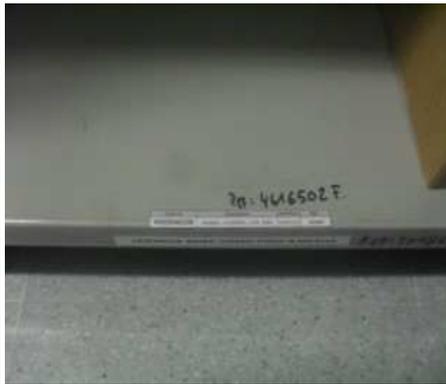












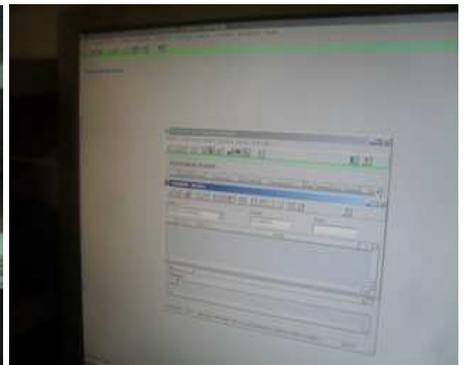
CONTACTO: BEATRIZ BARRIO

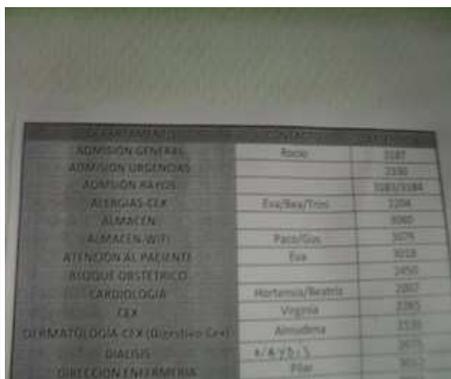
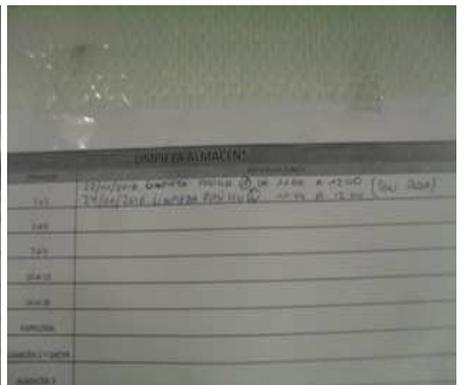
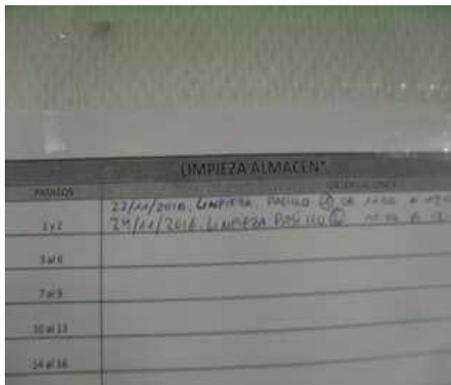
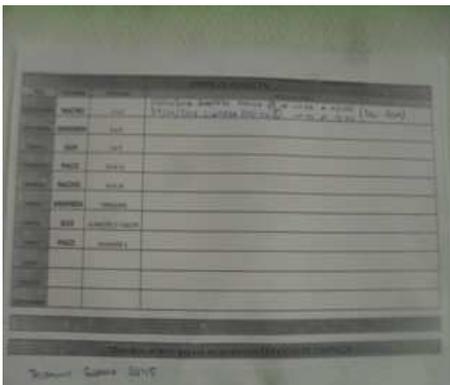
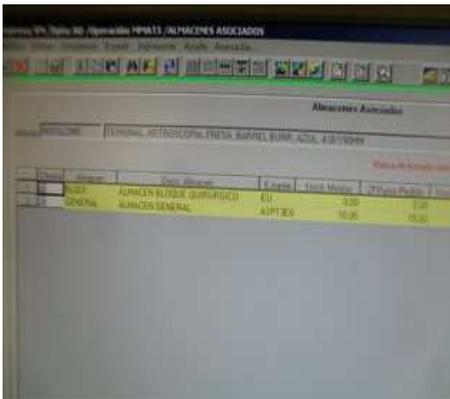
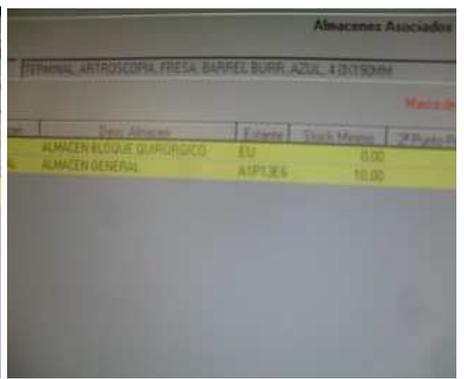
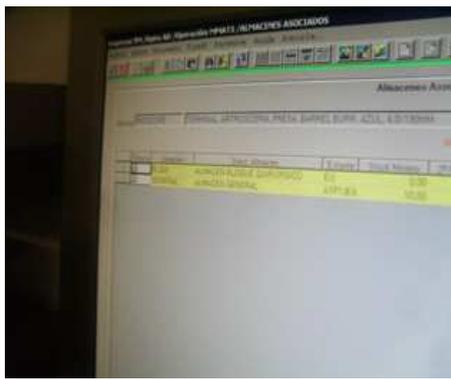
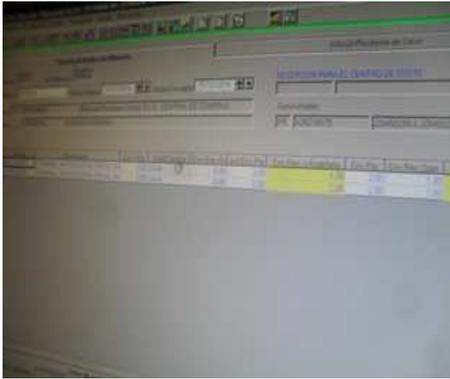
ESTANTERIA	CODIGO	DESCRIPCION
ALMACEN 1	MS03040227	BATEA, FORMA RUJON, CELULOSA
PASELO 1	2	
ESTANTE 1	MS03040227	GUANTE NITRO SPONGE (PRELIMINAR)
PASELO 1	74	
ESTANTE 1	MS03040227	JERINGA 1 CUERPOS LIBER LOCK 0.5ML
ALMACEN 1	MS03040227	JERINGA 1 CUERPOS LIBER LOCK 0.5ML
PASELO 14	88	
ESTANTE 8	MS03040227	JERINGA 1 CUERPOS LIBER LOCK 0.5ML
ALMACEN 1	MS03040227	JERINGA 1 CUERPOS LIBER LOCK 0.5ML
ESTANTE 1	81	
ALMACEN 1	MS03040227	AGUA CONVENCIONAL 1ML 13MM
PASELO 19	48	
ESTANTE 2	MS03040227	JERINGA 1 CUERPOS LIBER LOCK 0.5ML
ALMACEN 1	MS03040227	JERINGA 1 CUERPOS LIBER LOCK 0.5ML
PASELO 18	24	
ESTANTE 2	MS03040227	JERINGA 1 CUERPOS LIBER LOCK 0.5ML
ALMACEN 1	MS03040227	JERINGA 1 CUERPOS LIBER LOCK 0.5ML
PASELO 18	24	
ESTANTE 4	93	

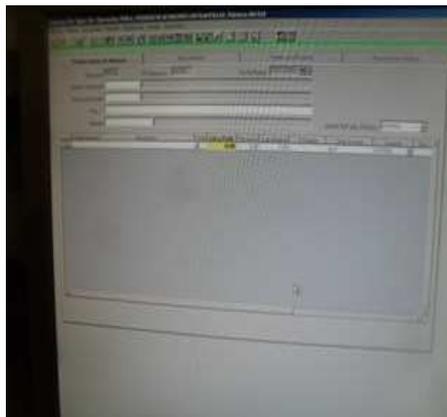
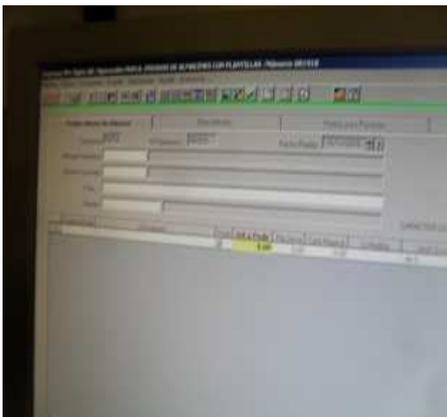
CM

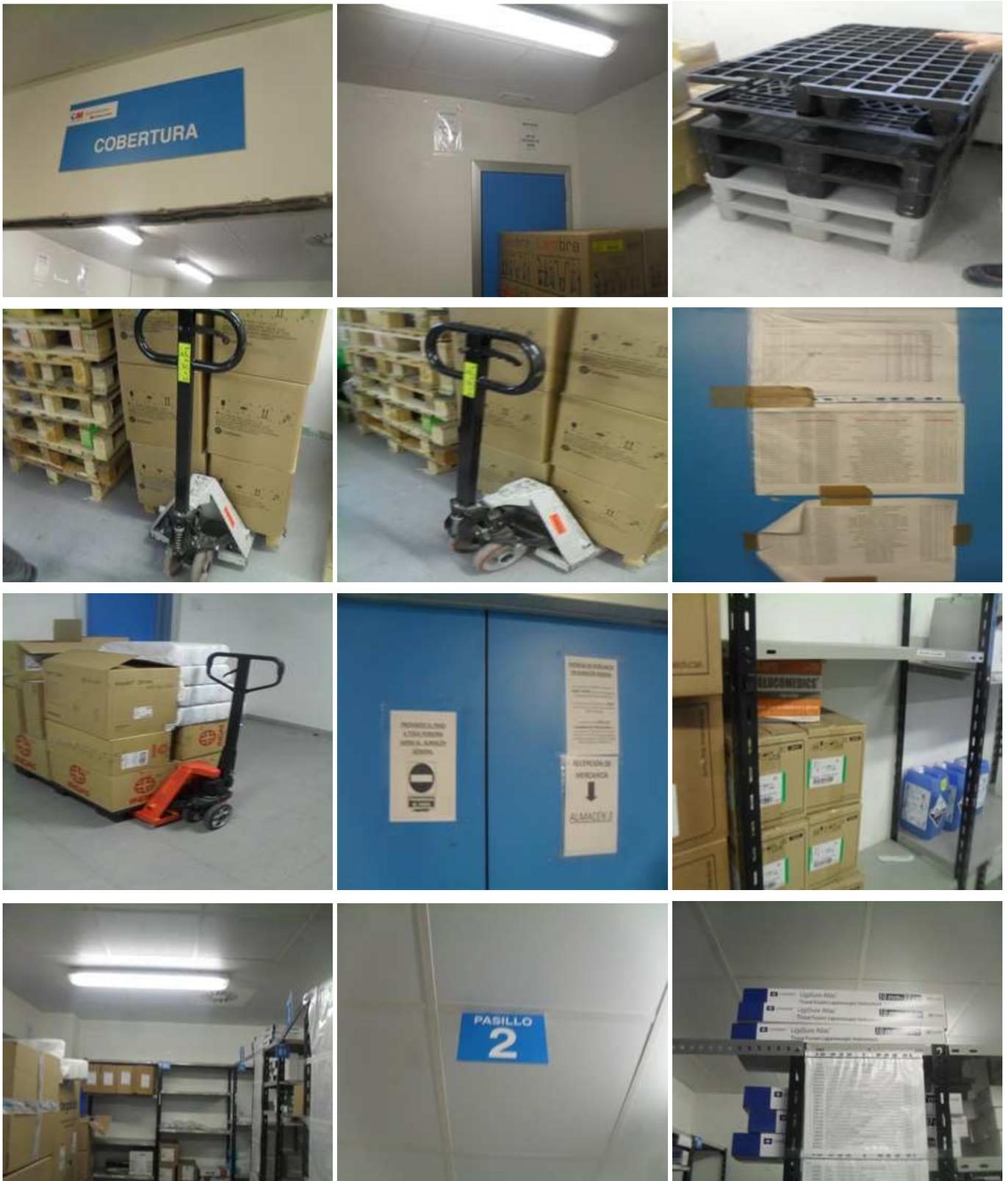
PELIDO INTERNO DE ALMACEN A DISPENSAR

MATRIEX SOLICITANTE	Centro Coste	MATRIEX SOLICITADO	Centro Coste
PAPEL 1	ALMACEN GENERAL	PAPEL 1	ALMACEN GENERAL
ALMACEN 1	ALMACEN GENERAL	ALMACEN 1	ALMACEN GENERAL
ALMACEN 1	ALMACEN GENERAL	ALMACEN 1	ALMACEN GENERAL
ALMACEN 1	ALMACEN GENERAL	ALMACEN 1	ALMACEN GENERAL



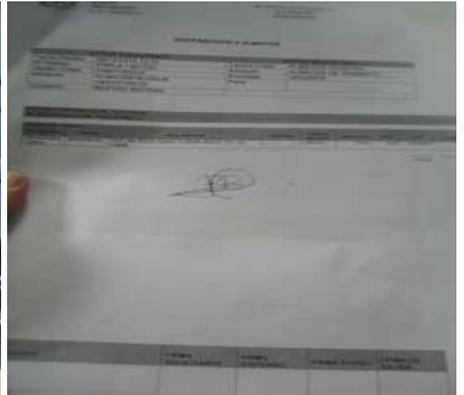












## 4.7. SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO Y TRASLADO DE PACIENTES Y MATERIALES

### 4.7.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Apoyo Administrativo Y Traslado de Pacientes y Materiales, en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, consisten en lo siguiente:

- Tareas de información, acogimiento, acompañamiento o recepción a las personas usuarias de los servicios asistenciales a cuyo efecto se debe contar con profesionales con unos conocimientos extensos en habilidades de comunicación.
- Se debe disponer de puntos de información dedicados a la atención a pacientes y usuarios así como servicios de información al paciente en Urgencias 24 horas. Deben atender todos los requerimientos de información de las personas que lo soliciten, debiendo tener conocimiento exhaustivo de la ubicación de todas las dependencias del Centro Sanitario.
- El personal del servicio debe acompañar a enfermos, familiares o visitantes al lugar donde vayan, en las circunstancias que queden establecidas en el oportuno protocolo debiendo tener conocimiento de los medios que dispone el Hospital para facilitar la comunicación a personas discapacitadas, entre las distintas áreas del mismo.
- Dado el gran número de usuarios del sistema que no conocen la lengua española, es deseable que el personal de recepción tenga conocimientos básicos de las lenguas más habituales utilizadas en el área de influencia del Hospital.
- Tareas de comunicación. Se incluye en este servicio, la atención a la Centralita Telefónica, así como a otros sistemas de comunicación que utilicen en el Hospital (buscapersonas, localización personal de guardia, llamadas internas, etc...).

Dentro de este servicio se incluye la función de Coordinar todos los sistemas de comunicación de emergencia (incendio, bombas, alarmas de instalaciones, robo, etc.) así como disponer de un listado telefónico actualizado trimestralmente.

- La prestación del servicio de traslado de pacientes y materiales comprende las siguientes funciones o tareas:
  - Movilización de pacientes y cambios posturales
  - Traslado de pacientes fallecidos, obligaciones mortuorias así como las auxiliares de autopsias
  - Traslado y circulación de especímenes, muestras y productos relacionados con laboratorios y anatomía patológica
  - Tareas de entrega, reparto, recogida y devolución a salas, servicios, unidades, instalaciones y áreas del Hospitalización, incluyendo:
    - Ropa.
    - Mobiliario general y equipamiento clínico.
    - Medicamentos.
    - Correo y mensajería.
    - Gases de uso medicinal.
  - Tareas de servicios generales, incluyendo:
    - Actuación en Incendios y en otros procedimientos acaecidos en situaciones de Emergencia y Catástrofes.
    - Centralita y otros sistemas de comunicaciones de alarmas internas.
    - Servicio de fotocopias, máquinas de encuadernación y fotografía.
    - Rasurado de pacientes pendientes de intervención quirúrgica.
    - Cuidado de las dependencias, así como de las personas y enseres.
    - Tareas complementarias que puedan ser solicitadas ocasionalmente.

#### 4.7.2. DIAGNÓSTICO

A continuación se detalla el cumplimiento de los requisitos definidos en el Pliego de Condiciones de la Concesión:

- Tareas de información, acogimiento, acompañamiento o recepción a las personas usuarias de los servicios asistenciales a cuyo efecto se cuentan con profesionales con unos conocimientos extensos en habilidades de comunicación.
- Se dispone de puntos de información dedicados a la atención a pacientes y usuarios así como servicios de información al paciente en Urgencias 24 horas. Atienden todos los requerimientos de información de las personas que lo soliciten, y se ha verificado que tienen conocimiento de la ubicación de todas las dependencias del Centro Sanitario.
- Se ha evidenciado que el personal del servicio acompaña a enfermos, familiares o visitantes al lugar donde vayan.
- Se ha comprobado que se realizan tareas de comunicación: Centralita Telefónica, así como otros sistemas de comunicación que utiliza el Hospital (buscapersonas, localización personal de guardia, llamadas internas, etc...). También se ha comprobado que se ejecuta la función de Coordinar todos los sistemas de comunicación de emergencia (incendio, bombas, alarmas de instalaciones, robo, etc.) así como disponer de un listado telefónico actualizado trimestralmente.

En el Servicio de Admisión y Atención al Paciente (Apoyo Administrativo) se llevan a cabo las siguientes tareas, verificándose que se cumple en todo momento con la operatividad y/o uso de las áreas funcionales del Hospital Infanta Elena y de los Centros de Especialidades, relacionadas con este servicio:

- Admisión
- Agendas – Gestión de Citas (mostrador o diferidas)
- Lista de Espera Quirúrgica
- Derivaciones
- Atención al Paciente → gestión de las Quejas, Reclamaciones, Sugerencias y Agradecimientos
- Urgencias
- Traslados
- Call Center → Atención telefónica de Pacientes
- Fidelización del Paciente (Publicidad y Marketing)

Se ha verificado por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. el cumplimiento de los Indicadores de disponibilidad y calidad por parte del Servicio de Admisión y Atención al Paciente en el Hospital Infanta Elena.

- Se ha evidenciado el correcto servicio de información al paciente en urgencias las 24 horas al día, llevándose a cabo la admisión y el traslado de pacientes desde las mismas urgencias.
- Se ha evidenciado que se actualiza mensualmente, e incluso diariamente, el listado telefónico del Hospital Infanta Elena de Valdemoro.



**Hospital Infanta Elena**  
Calidad y profesionalidad al servicio de la salud

**Administración y Dirección**

Referencia	Función	Designación	E-Mail	Teléfono
3	Administración General	SGS		912420112
3001	Administración de Admisión			912420112
3002	Secretaría de Dirección	Soledad González	soledad.gonzalez@infanta.es	912420112
3008	URGENCIAS			912420112
3010	Director General	Ignacio Sánchez	isanchez@infanta.es	912420112
3012	Director de Enfermería	Fátima de Guzmán	fatima@infanta.es	912420112
3013	Director Asistencial	María Sánchez	msanchez@infanta.es	912420112
3014	Medicina Preventiva			912420112
3019	URGENCIAS			912420112
3020	Manejo de Calidad y Medio Ambiente	Carolee Sotillo García		912420112
3023	Planificación de Recursos (Administración)	María Sánchez	msanchez@infanta.es	912420112
3030	DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA	HERNÁNDEZ AGUIAR MARTINEZ		912420112
3048	URGENCIAS	URGENCIAS		912420112
3050	Seguridad	Genia Elena	genia@infanta.es	912420112
3071	Seguridad			912420112
3143	Dirección de Edificios	María Dolores Fernández Baldo	mdolores@infanta.es	912420112
4009	Formación-Desarrollo de Recursos			912420112
4021	Sala de Juntas de Gobierno			912420112

**Admisión**

Referencia	Función	Designación	E-Mail	Teléfono
2230	Admisión Urgencias			912420112
3078	Call Center			912420112
3088	Sala de Espera Quirúrgica	Carolee y Carolee		912420112
3114	Admisión General			912420112
3176	ADMISIÓN CENTRAL			912420112
3177	Atención Consultas Externas	Atención Consultas Externas		912420112

- Se ha evidenciado que se analiza el porcentaje de llamadas perdidas en el Call Center, llevándose a cabo Informes en los que se detallan los motivos de las llamadas perdidas y se establecen Acciones Correctoras en su caso.
- Se ha evidenciado el cumplimiento de la LOPD y por tanto del deber de confidencialidad de todos los Profesionales del Servicio de Admisión y Atención al Paciente.
- No se ha evidenciado durante la Auditoría Operativa faltas de atención por parte del Personal del Servicio de Apoyo Administrativo que denotasen mala educación, falta de respeto, etc, hacia el paciente y sus familiares.
- Se ha evidenciado que se llevan a cabo de un modo eficaz las tareas de información, acogimiento, acompañamiento o recepción a las personas usuarias de los servicios asistenciales del Hospital Infanta Elena a cuyo efecto, se ha evidenciado que se dispone de profesionales con unos conocimientos extensos en habilidades de comunicación.
- Se ha evidenciado que se dispone de puntos de información dedicados a la atención a pacientes y usuarios así como servicios de información al paciente en Urgencias 24 horas. Se ha verificado que se atienden todos los requerimientos de información de las personas que lo soliciten, teniendo el personal del Servicio de Admisión y Atención al Paciente del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro conocimiento exhaustivo de la ubicación de todas las dependencias del Centro Sanitario.
- Se realizan Proyectos relacionados con ofrecer una mejor Atención de los Pacientes del Centro.

Mes de septiembre de 2.016:

Número de llamadas atendidas (contestadas)	13.658
Número de llamadas entrantes	14.238
*Número de llamadas perdidas	707 (total abandonadas) 396 (abandonadas + 60s )
**Porcentaje de llamadas perdidas (número de llamadas perdidas sobre el total de llamadas entrantes)	4,07 %

\*Se considera llamada perdida a aquella llamada no atendida con más de 60 segundos de espera sin respuesta

\*\* Porcentaje de llamadas perdidas: número de llamadas perdidas sobre el total de llamadas entrantes

#### Información adicional

En el mes de septiembre se ha reubicado el Servicio de Admisión, reunificando tres puestos en una Admisión Central más amplia. Con este cambio se pretenden mejorar los tiempos de atención directa y que ello nos permita también que en momentos de elevada actividad telefónica una de las personas que atiende en ventanilla, si en ese momento el tiempo de atención es el adecuado, pueda dedicarse a atender llamada entrante de cambio de cita. Se realizará el seguimiento en el mes de Octubre para evaluar las mejoras con esta nueva organización del servicio.

Mes de octubre de 2.016:

Número de llamadas atendidas (contestadas)	13.714
Número de llamadas entrantes	14.115
*Número de llamadas perdidas	604 (total abandonadas) 356 (abandonadas + 60s )
**Porcentaje de llamadas perdidas (número de llamadas perdidas sobre el total de llamadas entrantes)	2,84 %

\*Se considera llamada perdida a aquella llamada no atendida con más de 60 segundos de espera sin respuesta

\*\* Porcentaje de llamadas perdidas: número de llamadas perdidas sobre el total de llamadas entrantes

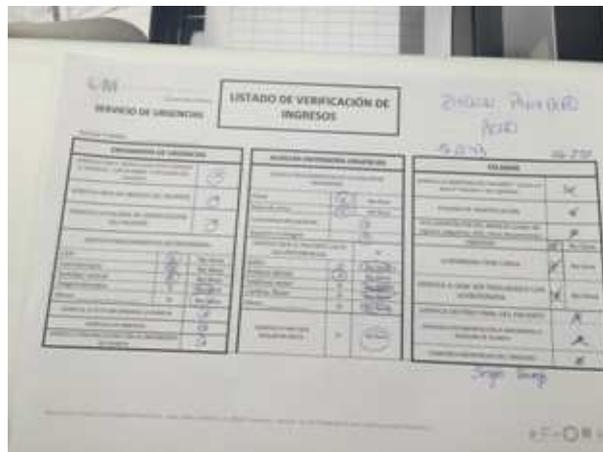
#### Información adicional

Se ha evidenciado la prestación del servicio de traslado de pacientes y materiales comprendiendo las siguientes funciones o tareas:

- Movilización de pacientes y cambios posturales
- Traslado de pacientes fallecidos, obligaciones mortuorias así como las auxiliares de autopsias
- Traslado y circulación de especímenes, muestras y productos relacionados con laboratorios y anatomía patológica
- Tareas de entrega, reparto, recogida y devolución a salas, servicios, unidades, instalaciones y áreas del Hospitalización, incluyendo:
  - Ropa.
  - Mobiliario general y equipamiento clínico.
  - Medicamentos.
  - Correo y mensajería.
  - Gases de uso medicinal.
- Tareas de servicios generales, incluyendo:
  - Actuación en Incendios y en otros procedimientos acaecidos en situaciones de Emergencia y Catástrofes.
  - Centralita y otros sistemas de comunicaciones de alarmas internas.
  - Servicio de fotocopias, máquinas de encuadernación y fotografía.
  - Rasurado de pacientes pendientes de intervención quirúrgica.
  - Cuidado de las dependencias, así como de las personas y enseres.
  - Tareas complementarias que puedan ser solicitadas ocasionalmente.
  - Se realiza el inventario de las sillas de ruedas y de las camillas striker del Hospital

Se ha podido evidenciar la correcta trazabilidad en el traslado de pacientes, haciendo todas las comprobaciones necesarias previas y posteriores al traslado y

registrandolo adecuadamente en un check – list, haciendo entrega del mismo al personal sanitario correspondiente.



Se tienen evidencias de un sistema de control de las distintas tareas pendientes, cerradas y en funcionamiento para todos los traslados de pacientes o materiales solicitados por todo el personal del Hospital Infanta Elena, gestionados adecuadamente por parte del personal encargado del servicio.



A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa de calidad del Servicio de Apoyo Administrativo y Traslado de Pacientes y Materiales en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro realizada en diciembre de 2016, con indicación de los parámetros, evidencias, datos e ítems que han servido a GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. para su cuantificación objetiva:

➤ **CUMPLIMIENTO DE CUALESQUIERA OTRAS OBLIGACIONES QUE PUEDA REPERCUTIR EN EL PACIENTE/USUARIO :**

Indicador	Se evidencia el correcto desarrollo del servicio.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Registro fotográfico

➤ **CUMPLIMIENTO DE CUALESQUIERA OTRAS OBLIGACIONES QUE PODRÍA REPERCUTIR EN EL PACIENTE/USUARIO :**

Indicador	Se evidencia una disminución de los tiempos de respuesta y quejas.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Registro fotográfico

#### 4.7.3. PUNTOS FUERTES

No procede.

#### 4.7.4. ÁREAS DE MEJORA

No procede.

#### 4.7.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR

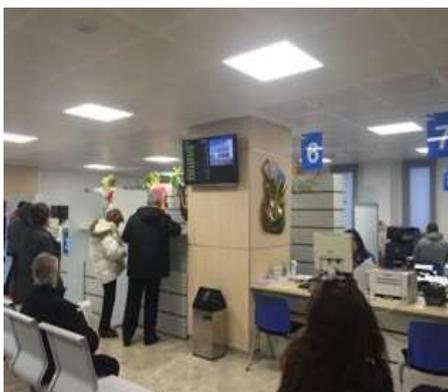
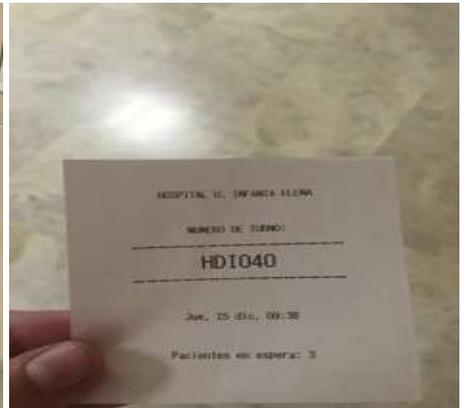
No procede.

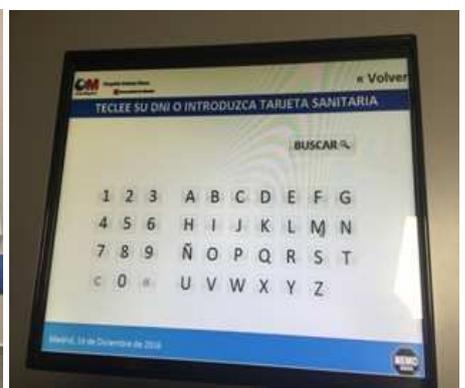
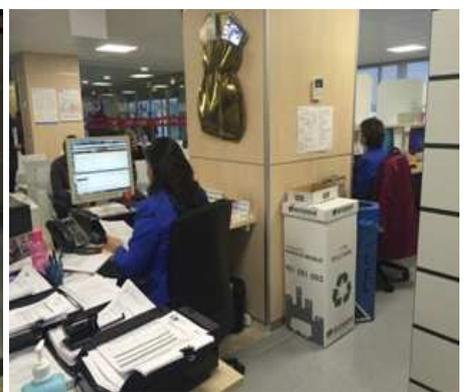
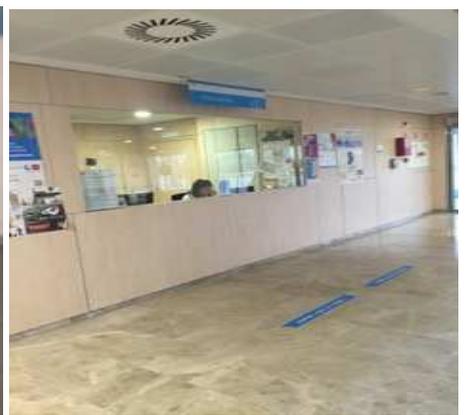
#### 4.7.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN

No procede.

**4.7.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO**

APOYO ADMINISTRATIVO





TRASLADO DE PACIENTES



## 4.8. SERVICIO DE EXPLOTACIONES COMERCIALES

### 4.8.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Explotaciones Comerciales, en el Hospital Universitario de Torrejón, consisten en lo siguiente:

- CAFETERÍA – BAR Y COMEDOR.
- SERVICIO DE APARCAMIENTO.
- SERVICIO DE TELÉFONO Y TELEVISIONES EN HABITACIONES Y ZONAS COMUNES.

### 4.8.2. DIAGNÓSTICO

A continuación se detalla el cumplimiento de los requisitos definidos en el Pliego de Condiciones de la Concesión:

#### 1. CAFETERÍA – BAR Y COMEDOR:

La gestión integral de la actividad de Cafetería-bar, comedor público y de personal.

- Figura publicado en lugar visible la lista de precios con IVA incluido.
- Existen impresos de sugerencias y quejas a disposición de los usuarios, así como hojas oficiales de reclamaciones.
- La uniformidad del personal y su aseo personal es adecuado.

#### 2. SERVICIO DE APARCAMIENTO:

No procede ya que es un servicio gratuito.

#### 3. SERVICIO DE TELÉFONO Y TELEVISIONES EN HABITACIONES Y ZONAS COMUNES:

No procede ya que es un servicio gratuito.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa de calidad del Servicio de Explotaciones Comerciales en el Hospital Infanta Elena realizada en diciembre de 2016, con indicación de los parámetros, evidencias, datos e ítems que han servido a GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. para su cuantificación objetiva:

➤ **SERVICIO DE CAFETERÍA-BAR Y COMEDOR :**

Indicador	Se evidencian cuadros de precios y certificados.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	No procede.

➤ **SERVICIO DE APARCAMIENTO :**

Indicador	No procede
Definición de los términos	Servicio gratuito
Grado de cumplimiento	N/A (No Aplica)
Evidencias	No procede

➤ **SERVICIO DE TELÉFONO Y TELEVISORES EN HABITACIONES Y ZONAS COMUNES :**

Indicador	No procede
Definición de los términos	Servicio gratuito
Grado de cumplimiento	N/A (No Aplica)
Evidencias	No procede

#### 4.8.3. PUNTOS FUERTES

No procede.

#### 4.8.4. ÁREAS DE MEJORA

No procede.

#### 4.8.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR

No procede.

#### 4.8.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN

No procede.

## 5. ANEXOS

### ANEXO I

 <b>Hospital Universitario Infanta Elena</b> 	<b>REGISTRO:</b> <b>INVENTARIO PRODUCTOS QUÍMICOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> HV/PES3C/FPOC11/01 <b>EDICIÓN:</b> 2.1
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

**EMPRESA:** SERVICIOS, PERSONAS Y SALUD  
**PUESTO DE TRABAJO / ÁREA DE TRABAJO:** LIMPIEZA  
**FECHA REVISIÓN:** SEPTIEMBRE 2016

PRODUCTO QUÍMICO	FABRICANTE	FRASES R/H Y S/P	SIMBOLOS	EQUIPOS DE PROTECCIÓN	FDS (marca con un X donde corresponda)		
LEJIA CON DETERGENTE SANIWASH	BUNZL	H319: Provoca irritación ocular grave. P264: Lavarse concienzudamente tras la manipulación. P280: Llevar guantes/prendas/gafas/máscara de protección. P305+P351+P338: EN CASO DE CONTACTO CON LOS OJOS: Aclarar cuidadosamente con agua durante varios minutos. Quitar las lentes de contacto, si lleva y resulta fácil. Seguir aclarando. P337+P313: Si persiste la irritación ocular. Consultar a un médico.		<b>Protección de manos</b> Utilización de guantes de protección química (guantes de caucho o plástico) <b>Protección ocular</b> Gafas de protección en el caso de que exista riesgo de salpicadura	SI	X	NO
PRIME SOURCE-ESPUMA PARA EL LAVADO DE MANOS - FORESBERRY	ERODEL HARPAS	H315: Provoca irritación cutánea. H319: Provoca irritación ocular grave. H335: Puede irritar las vías respiratorias. H373: Puede provocar daños en los órganos tras exposiciones prolongadas o repetidas			SI	X	NO

Página 1 de 5

**FDS:** FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD DEL PRODUCTO QUÍMICO

**NOTA:** En caso de no disponer la FDS, deberá solicitarse al suministrador del producto.

Las FDS deberán estar a disposición de todos los trabajadores que los manipulan en un lugar conocido y accesible en el Área o Servicio donde se utilizan.

 <b>Hospital Universitario Infanta Elena</b> 	<b>REGISTRO:</b> <b>INVENTARIO PRODUCTOS QUÍMICOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> HV/PES3C/FPOC11/01 <b>EDICIÓN:</b> 2.1
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

								
LIMPIACRISTALES MULTIUSOS SANI WASH	BUNZL	S2: Manténgase fuera del alcance de los niños.			SI	X	NO	
AMBIENTADOR LIMON SANI WASH	BUNZL	R11: Fácilmente inflamable R36: Irrita los ojos R67: La inhalación de vapores puede provocar somnolencia y vértigo S2: Manténgase alejado de los niños S7: Manténgase el recipiente bien cerrado S16: Conservar alejado de toda llama o fuente de chispas. No fumar. S24/25: Evítese contacto con los ojos y la piel S46: En caso de ingestión, acúdase inmediatamente al médico y muéstrele la etiqueta o el envase	 		SI	X	NO	
TASKI JONTEC RESITOL	BUNZL			Protección ocular Se recomienda el uso de gafas de seguridad cuando existe riesgo de salpicadura Protección de manos Se recomienda el uso de	SI	X	NO	

FDS: FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD DEL PRODUCTO QUÍMICO

NOTA: En caso de no disponer la FDS, deberá solicitarse al suministrador del producto.

Las FDS deberán estar a disposición de todos los trabajadores que los manipulan en un lugar conocido y accesible en el Área o Servicio donde se utilizan.

Página 2 de 5

				guantes para su manipulación				
TASKI JONTEC COMBI	BUNZL			Protección ocular En caso de riesgo de salpicadura se recomienda el uso de gafas protectoras	SI	X	NO	
DETERGENTE NEUTRO FREGADORA	BUNZL			Protección de manos Uso de guantes de protección química Protección ocular Uso de gafas protectoras si existe riesgo de salpicadura Protección respiratoria Uso de protección respiratoria en el caso de utilizarlo en dosis superiores a las indicadas por el fabricante.	SI	X	NO	
VISION STAR	BUNZL	S2: Manténgase fuera del alcance de los niños. S49: Consérvese en el recipiente original S51: Úsese únicamente en lugares bien ventilados		Protección ocular Se recomienda la utilización de gafas de protección cuando se manipule el producto sin diluir	SI	X	NO	
DIVERSEY ACTIVAL	BUNZL	H314: Provoca quemaduras graves en la piel y lesiones oculares graves P280: Llevar guantes, prendas, gafas, mascarara de protección P303+ P361 +353: En caso de contacto con la piel ( o el pelo): quitar		Protección ocular Uso de gafas protectoras Protección de manos Uso de guantes de protección química (EN 374): guantes de nitrilo o	SI	X	NO	

FDS: FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD DEL PRODUCTO QUÍMICO

NOTA: En caso de no disponer la FDS, deberá solicitarse al suministrador del producto.

Las FDS deberán estar a disposición de todos los trabajadores que los manipulan en un lugar conocido y accesible en el Área o Servicio donde se utilizan.

Página 3 de 5

		<p>inmediatamente todas las prendas contaminadas. Aclararse la piel con agua o ducharse.  P305+P351+P338: En caso de contacto con los ojos: aclarar cuidadosamente con agua durante varios minutos. Quitar lentes de contacto, si lleva y resulta fácil. Seguir aclarando.  P310: llamar inmediatamente a un centro de toxicología o a un médico</p>		butilo.				
<b>TASKI JONTEC FUTUR</b>	<b>BUNZL</b>	<p>R35: Provoca quemaduras graves  R37: Irrita las vías respiratorias.  S2: Manténgase fuera del alcance de los niños.  S23: No respirar los vapores  S26: En caso de contacto con los ojos, lávelose inmediata y abundantemente con agua y acúdase a un médico  S28: En caso de contacto con la piel, lávelose inmediata y abundantemente con agua  S45: En caso de accidente o malestar, acúdase inmediatamente al médico (si es posible, muéstrale la etiqueta)  S49: Conservarse únicamente en el recipiente de origen  S51: Úsese únicamente en lugares</p>		<p><b>Protección ocular</b>  Uso de gafas protectoras  <b>Protección de manos</b>  Uso de guantes de protección química: guantes de nitrilo o de butilo.</p>	<b>SI</b>	<b>X</b>	<b>NO</b>	

Página 4 de 5

**FDS: FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD DEL PRODUCTO QUÍMICO**

**NOTA:** En caso de no disponer la FDS, deberá solicitarse al suministrador del producto.

Las FDS deberán estar a disposición de todos los trabajadores que los manipulan en un lugar conocido y accesible en el Área o Servicio donde se utilizan.

		<p>bien ventilados  S36/37/39: Úsese indumentaria y guantes adecuados y protección para los ojos/cara.</p>						
<b>LEJIA CON DETERGENTE BUGA</b>	<b>BUNZL</b>	<p>H315: Provoca irritación cutánea  H318: Provoca quemaduras oculares graves  H400: Muy tóxico para organismos acuáticos.  H411 Tóxico para organismos acuáticos, con efectos nocivos duraderos.  P102: Mantener fuera del alcance de los niños  P262: evitar el contacto con los ojos, la piel o la ropa  P301+P330+P331: En caso de ingestión: enjuagarse la boca. No provocar el vómito.  P303+ P361+ P353: En caso de contacto con la piel (o el pelo): Quitar inmediatamente todas las prendas contaminadas. Aclararse la piel con agua o ducharse.  P305+ 351+ P338: En caso de contacto con los ojos: Aclarar cuidadosamente con agua durante varios minutos  P273+ P501a: Evitar su liberación al medio ambiente. Eliminar el contenido / el recipiente de conformidad con la normativa local.</p>		<p><b>Protección ocular</b>  Uso de gafas de seguridad si existe riesgo de salpicadura  <b>Protección de manos</b>  Uso de guantes de resistencia química</p>	<b>SI</b>	<b>X</b>	<b>NO</b>	

Página 5 de 5

**FDS: FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD DEL PRODUCTO QUÍMICO**

**NOTA:** En caso de no disponer la FDS, deberá solicitarse al suministrador del producto.

Las FDS deberán estar a disposición de todos los trabajadores que los manipulan en un lugar conocido y accesible en el Área o Servicio donde se utilizan.

**ANEXO II**

GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS			
	Código	Edición	Aplicable a
	CS-PCL08-POC01	2.2	DPTO. RESIDUOS
Elaborado	Revisado	Aprobado	
Comisión de Calidad y Medio Ambiente	Comisión de Calidad y Medio Ambiente	Comité de Dirección	
Mayo 2014	Mayo 2014	Mayo 2014	
<b>Objeto</b>	<p>La finalidad de este procedimiento es establecer la gestión intrahospitalaria de residuos del hospital y por tanto definir las actuaciones generales para la correcta clasificación de los residuos, su almacenamiento en un envase adecuado y su correspondiente identificación, con el objeto de lograr un adecuado funcionamiento en la recogida selectiva de los residuos.</p> <p>Los principales objetivos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminación de riesgos para la salud, sobre todo del personal y el medio ambiente.</li> <li>• Lograr una correcta clasificación y segregación de los residuos sanitarios.</li> <li>• Evitar accidentes laborales del personal en la manipulación de los residuos.</li> </ul>		
<b>Alcance</b>	Este procedimiento es de aplicación a todos los residuos generados en el hospital a excepción de los residuos radioactivos.		
<b>Documentación de Referencia/ Legislación aplicable</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma UNE-EN-ISO 9001:2008 Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos</li> <li>• Norma UNE-EN-ISO 14001:2004 Sistemas de Gestión Ambiental. Requisitos con orientación para su uso</li> <li>• Norma UNE-EN-ISO 9000:2005: Fundamentos y vocabulario</li> <li>• Manual de Calidad y Medio Ambiente de CapioSer</li> </ul> <p><b>Legislación Estatal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley 22/2011 de 18 de julio de residuos y suelos contaminados.</li> <li>• Ley 10/1998, de 21 de abril, de Residuos. (BOE n. 96, de 22 de abril de 1998)</li> <li>• Ley 11/1997, de 24 de abril, de envases y residuos de envases. (BOE n. 99, de 25 de abril de 1997)</li> <li>• Real Decreto 208/ 2005, de 25 de febrero, sobre aparatos eléctricos y electrónicos y la gestión de sus residuos. (BOE n. 49, de 26 de febrero de 2005; c.e. BOE n. 76, de 30 de marzo de 2005)</li> <li>• Real Decreto 782/1998, de 30 de abril, por el que se aprueba el Reglamento para el desarrollo y ejecución de la Ley 11/1997, de 24 de abril, de Envases y Residuos de Envases. (BOE n. 104, de 1 de mayo de 1998)</li> <li>• Real Decreto 833/1988, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento para la ejecución de la Ley 20/1986, de 14 de mayo, Básica de Residuos Tóxicos y</li> </ul>		

GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS			
	Código	Edición	Aplicable a
	CS-PCL08-POC01	2.2	DPTO. RESIDUOS
	<p>Peligrosos. (BOE n. 182, de 30 de julio de 1988)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orden MAM/304/2002, de 8 de febrero, por la que se publican las operaciones de valorización y eliminación de residuos y la lista europea de residuos. (BOE n. 43, de 19 de febrero de 2002; c.e. BOE n. 61, de 12 de marzo de 2002)</li> </ul> <p><b>Legislación Autonómica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ley 5/2003, de 20 de marzo, de Residuos de la Comunidad de Madrid. (BOCM n. 76, de 31 de marzo de 2003)</li> <li>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 en la Comunidad de Madrid. (BOCM n. 139, de 14 de junio de 1999; C.E. BOCM n. 154, de 1 de julio de 1999)</li> </ul>		
<b>Formatos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CS/PCL08/FPOC01/01 "Verificación de Retirada de Residuos de los Depósitos Intermedios"</li> <li>CS/PCL08/FPOC01/02 "Control de matriculas de transporte de residuos"</li> <li>CS/PCL08/FPOC01/03 "Registro de Incidencias en Gestión de Residuos"</li> <li>CS/PCL08/FPOC01/04 "Control de Peso de Residuos Sanitarios"</li> </ul>		
<b>Anexos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CS/PCL08/POC01/Anexo1. Clasificación y acumulación de los residuos no sanitarios.</li> <li>CS/PCL08/POC01/Anexo2. Clasificación y acumulación de los residuos sanitarios.</li> <li>CS/PCL08/POC01/Anexo3-Nombre del Centro- Plano de las Plantas del edificio con la definición de los circuitos de limpio (color azul) y sucio (color rojo).</li> </ul>		

GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS			
	Código	Edición	Aplicable a
	CS-PCL08-POC01	2.2	DPTO. RESIDUOS

## REALIZACIÓN

### Definiciones

**RESIDUOS SANITARIOS:** Los generados en centros sanitarios, incluidos los envases, y los residuos de envases, que los contengan o los hayan contenido.

**RESIDUO BIOSANITARIO:** Residuos sanitarios específicos de la actividad sanitaria propiamente dicha, potencialmente contaminados con sustancias biológicas al haber entrado en contacto con pacientes o líquidos biológicos.

**RESIDUOS CITOTÓXICOS:** Residuos compuestos por restos de medicamentos citotóxicos y todo material que haya estado en contacto con ellos, que presentan riesgos carcinogénicos, mutagénicos, o teratogénicos.

**ENVASE.** Recipiente en el que se acumulan directamente residuos, es decir, que está en contacto directo con los mismos.

**CONTENEDOR:** Recipiente en el que se acumulan envases con residuos, o residuos de envases, en el centro sanitario, a la espera de su evacuación a otra zona del mismo. También tendrá esta consideración la estancia o zona del centro sanitario donde se realiza dicho depósito.

**DEPOSITO INTERMEDIO:** La acumulación temporal de residuos, o residuos de envases, en el centro sanitario, a la espera de su evacuación a otra zona del mismo. También tendrá esta consideración la estancia o zona del centro sanitario donde se realiza dicho depósito.

**DEPOSITO FINAL:** La acumulación temporal de residuos en el centro productor, con carácter previo a las operaciones de gestión. También tendrá esta consideración la estancia o zona del centro sanitario donde se realiza el mismo.

**TRANSPORTE:** El desplazamiento de los residuos desde un único punto de origen, constituido por las instalaciones de un productor o un gestor, hasta un único punto de destino.

GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS			
	Código	Edición	Aplicable a
		CS-PCL08-POC01	2.2

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS

De acuerdo con 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 en la Comunidad de Madrid, se consideran:

- Residuos sanitarios: Todos los residuos, cualquiera que sea su estado, generados en centros sanitarios, incluidos los envases, y residuos de envases, que los contengan o los hayan contenido.
- Residuos biosanitarios: Residuos sanitarios específicos de la actividad sanitaria propiamente dicha, potencialmente contaminados con sustancias biológicas al haber entrado en contacto con pacientes o líquidos biológicos.
- Residuos citotóxicos: Residuos compuestos por restos de medicamentos citotóxicos y todo material que haya estado en contacto con ellos, que presentan riesgos carcinogénicos, mutagénicos o teratogénicos.

A los efectos de este Decreto, los residuos sanitarios se clasifican de la forma siguiente:

- Clase I o Residuos Generales: Residuos sin ningún tipo de contaminación específica, que no presentan riesgo de infección ni en el interior ni en el exterior de los centros sanitarios. Están compuestos por papel, cartón, metales, vidrio, restos de comida, así como otros tipos de residuos que normalmente se generan en estancias o áreas de un centro sanitario donde no se realizan actividades propiamente sanitarias, tales como oficinas, comedores, cafetería, almacenes, salas de espera y similares. Esta Clase incluye también los residuos de jardinería, mobiliario y, en general, todos los residuos que, de acuerdo con la Ley 10/98 de Residuos, tienen la consideración de residuos urbanos.
- Clase II o Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos: Todo residuo biosanitario que no pertenezca a ninguno de los Grupos de residuos biosanitarios definidos en el Anexo Primero, es decir, que no se clasifique como Residuo Biosanitario Especial o de Clase III. Incluye residuos tales como filtros de diálisis, tubuladuras, sondas, vendajes, gasas, guantes y otros desechables quirúrgicos, bolsas de sangre vacías y, en general, todo material en contacto con líquidos biológicos o en contacto con los pacientes cuyo riesgo de infección está limitado al interior de los centros sanitarios.





**DOCUMENTO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS**  
(Art.35 - R.O. 833/85 - B.O. 17 del 30/7/86, modificado por el R.D. 952/97 - "B.O.E." de 5/7/97 y Orden MAM/304/2002, B.O.E. nº43 de 18/3/02)

**DOCUMENTO B DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACEITES USADOS** (RD 679/06 B.O.E de 2/6/06)

Firma del responsable del envío:  Documento n.º DCS30280002100120160895957

**A. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL REMITENTE**

0020274

<b>A.1. DATOS DEL CENTRO PRODUCTOR</b>		Tipo de Productor: <u>Piqueteo productor RP</u>	
Razón Social:	<u>SERVICIOS PERSONAS Y SALUD SLU</u>		N.I.F.: <u>BB5562080</u>
Centro:	<u>2800031039 - IDC H. INFANTA ELENA,</u>		
Dirección:	<u>AVDA REYES CATOLICOS 21</u>	Provincia:	<u>28 - Madrid</u>
Municipio:	<u>281510 - VALDEMORO</u>	Nº Tel.:	
Nº de Autorización:	Persona Responsable:	<u>DOLORES MUÑIZ BATISTA</u>	
<b>A.2. DATOS DEL RESIDUO QUE SE TRANSFIERE</b>			
Nº de aceptación:	<u>DA30280002100120120010150</u>	Nº de orden de envío:	
Código NT:	<u>NT30280002100120160645680</u>		
Características relevantes para su transporte e manejo			
Código según Lista Europea de Residuos (L.E.R), Anexo 3 Orden MAM/304/2002:	<u>16 05 05</u>	(señal gráfica)	
Codificación del proceso - Residuo en el Productor:	<u>99 - 999 Productos químicos de laboratorio que consisten en, o contienen, sustancias peligrosas, incluidas las n</u>		
Cantidad Kgs. Netos:		Kgs. Brutos, incluso recipientes:	<u>4</u>
Código según tablas del Anexo 1 del R.D. 952/97:			
Tabla 1	Tabla 2	Tabla 3	Tabla 4
<u>Q5</u>	<u>D15</u>	<u>S40</u>	<u>C23</u>
			Tabla 5
			<u>HP4</u>
			<u>HP5</u>
			Tabla 6
			<u>A001</u>
			Tabla 7
			<u>B00019</u>
Estado de aceite usado: <input type="checkbox"/> Pastoso <input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Emulsión Instalación aceite usado: <input type="checkbox"/> Incineración <input type="checkbox"/> Recuperación <input type="checkbox"/> Almacenamiento			
<b>A.3. DATOS DEL GESTOR AL QUE SE ENVÍAN</b>			
Razón social/Nombre:	<u>SRCL Consensur CEE</u>		N.I.F.: <u>A81089642</u>
Centro:	<u>2800021001 - SRCL Consensur CEE-Fuencalada</u>		
Dirección:	<u>Calle Batalla de Brunete, 30 Polígono Industrial Codorn</u>		
Localidad:	<u>280587 - Fuencalada</u>		
Nº de Autorización:	<u>13G01A1300016838A</u>		
Provincia: <u>28 - Madrid</u>			
Nº Tel.: <u>914989215</u>			
Nº Fax.: <u>914989216</u>			
<b>A.4. DATOS DEL TRANSPORTE COMPLETO PREVISTO</b>			
Primer Traslado:	Fecha de inicio	<u>07/12/2016</u>	Fecha de entrega
		<u>07/12/2016</u>	Matrícula del vehículo:
			<u>4485GVZ</u>
Razón social/Nombre:	<u>SRCL Consensur CEE</u>		N.I.F.: <u>A81089642</u>
Centro:	<u>2800084156 - SRCL CONSENSUR CEE, S.A.</u>		
Nº Tel.:	<u>914989215</u>		
Nº Fax.:	<u>914989216</u>		
Tipo de envase:	Tipo de transporte:	<u>Por terrestre</u>	
		Nº de Autorización: <u>13T01A190004693Q</u>	
Segundo Traslado:	Fecha de inicio		Fecha de entrega
			Matrícula del vehículo:
Razón social/Nombre:			N.I.F.:
Centro:			
	Nº Tel.:		
	Nº Fax.:		
	Nº de Autorización:		
<b>B. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL DESTINATARIO</b>			
Incidencias respecto a los datos del bloque A:			
Kilos Netos Aceptados			
Codificación del Proceso - Residuo en el Gestor:			
ACEPTACIÓN	SI	NO	Firma del responsable:
			
Fecha			
	Firmado (Nombre y apellidos):		
Codificación de Siteworks			
Código:	<u>0020274</u>	Sitox:	<u>001</u>
Facilidad:	<u>283</u>	Ruta:	<u>800</u>
		Albaran:	<u>MDFS00064L</u>

**DOCUMENTO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS**

(Art. 36 - R.D. 831/88 - "B.O.E." del 30/7/88, modificado por el R.D. 852/97 - "B.O.E." de 5/7/97 y Orden MAH/394/2002, B.O.E. n.º43 de 13/2/02)  
**DOCUMENTO B DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACEITES USADOS (RD 678/06 B.O.E de 28/06)**

Firma del responsable del envío:  Documento n.º DCS30280002100120160695958

0020274

**A. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL REMITENTE**

<b>A.1. DATOS DEL CENTRO PRODUCTOR</b>		Tipo de Productor: Pequeño productor RP	
Razón Social:	SERVICIOS PERSONAS Y SALUD SLU	N.I.F.: B8562060	
Centro:	2800031036 - IDC H. INFANTA ELENA		
Dirección:	AVDA REYES CATOLICOS 21	Provincia:	28 - Madrid
Municipio:	281610 - VALDEMORO	Nº Tel.:	
Nº de Autorización:	Persona Responsable:	DOLORÉS MUÑIZ BATISTA	Nº Fax.:
<b>A.2. DATOS DEL RESIDUO QUE SE TRANSFIERE</b>			
Nº de aceptación:	DA30280002100120120010145	Nº de orden de envío:	
Código NT:	NT3028000210012016064561		
Características remanentes para su transporte y manejo			
Código según Lista Europea de Residuos (L.E.R.) Anexo 2 Orden MAM/314/2002	18 01 03	(seis dígitos)	
Codificación del proceso - Residuo en el Productor:	99 - 999 Residuo bioespecial		
Cantidad Kgs. Netos:	Kgs. Brutos, incluso recipientes:		52
Código según tablas del Anexo 1 del R.D. 852/97:			
Tabla 1 Q16	Tabla 2 D15	Tabla 3 S01	Tabla 4 C35
			Tabla 5 HP9 HPS
			Tabla 6 A861
			Tabla 7 B00019
Estado de aceite usado: <input type="checkbox"/> Pastoso <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Emulsión Instalación aceite usado: <input type="checkbox"/> Incineración <input type="checkbox"/> Recuperación <input type="checkbox"/> Almacenamiento			
<b>A.3. DATOS DEL GESTOR AL QUE SE ENVÍAN</b>			
Razón social/Nombre:	SRCL Consenur CEE	N.I.F.: A8108842	
Centro:	2800021001 - SRCL Consenur CEE-Fuentebrada		
Dirección:	Calle Betula de Brunete, 30 Polígono Industrial Codorn		
Localidad:	280587 - Fuentebrada		
Nº de Autorización:	13G01A1300015935A	Nº Tel.:	914989215
		Nº Fax.:	914989216
<b>A.4. DATOS DEL TRANSPORTE COMPLETO PREVISTO</b>			
Primer Traslado:	Fecha de inicio: 07/12/2016	Fecha de entrega: 07/12/2016	Matrícula del vehículo: 4405GVZ
Razón social/Nombre:	SRCL Consenur CEE	N.I.F.: A8108842	Nº Tel.: 914989215
Centro:	2800084156 - SRCL CONSENUR CEE, S.A.		
Tipo de envase:	Tipo de transporte:	Por terrestre	Nº de Autorización: 13T01A1900004693Q
Segundo Traslado:	Fecha de inicio:	Fecha de entrega:	Matrícula del vehículo:
Razón social/Nombre:	N.I.F.:		Nº Tel.:
Centro:	Nº Fax.:		Nº de Autorización:
Tipo de envase:	Tipo de transporte:		

**B. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL DESTINATARIO**

Incidencias respecto a los datos del bloque A:	
Kilos Netos Aceptados:	
Codificación del Proceso - Residuo en el Gestor:	
ACEPTACIÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Firma del responsable:	
Fecha:	
Firmado (Nombre y apellidos): D	

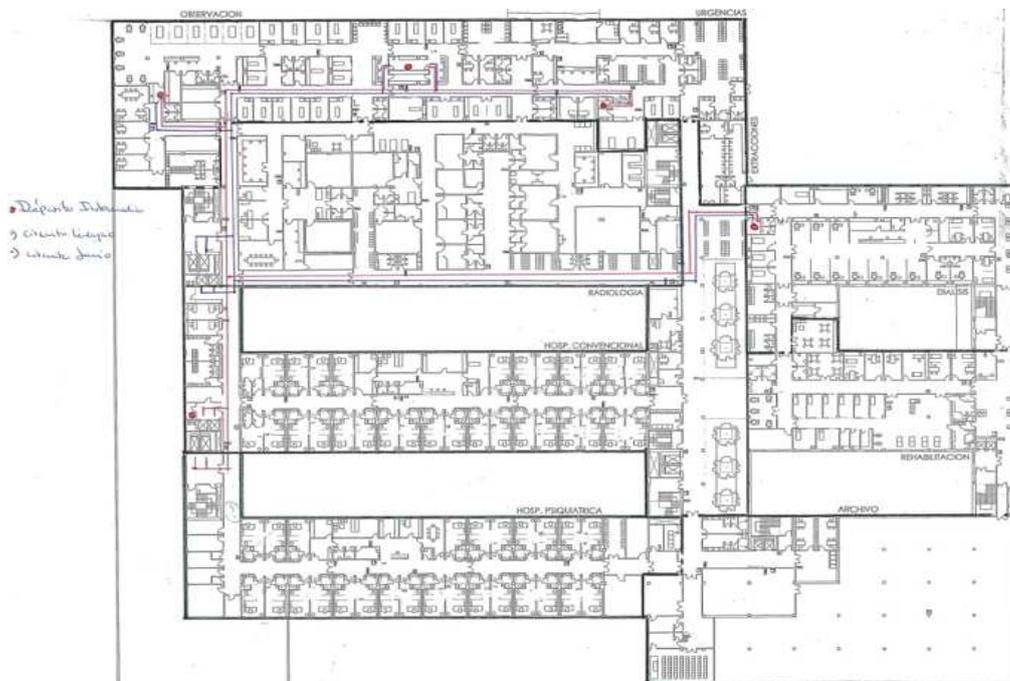
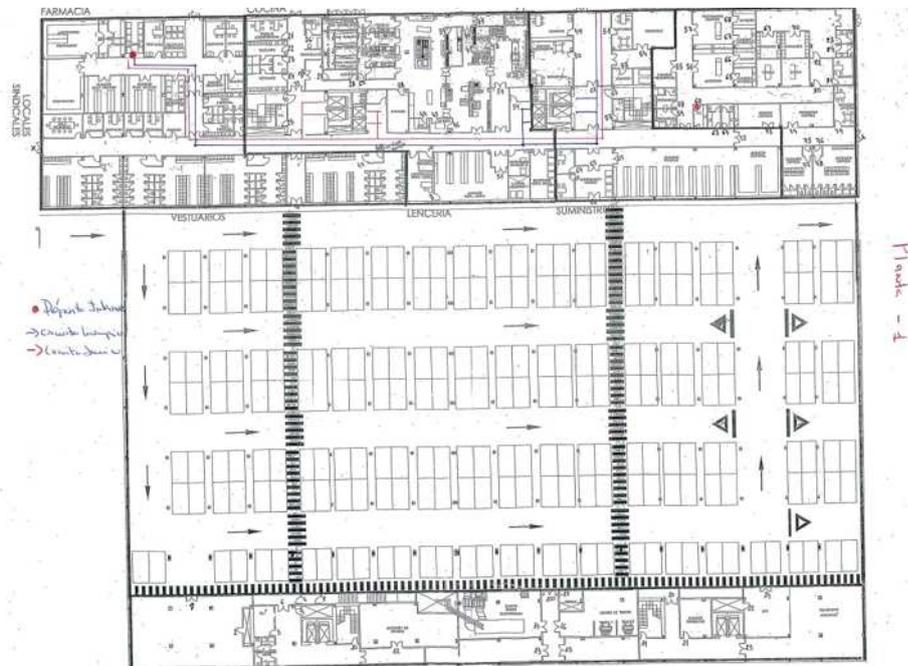
Codificación de Steriworks

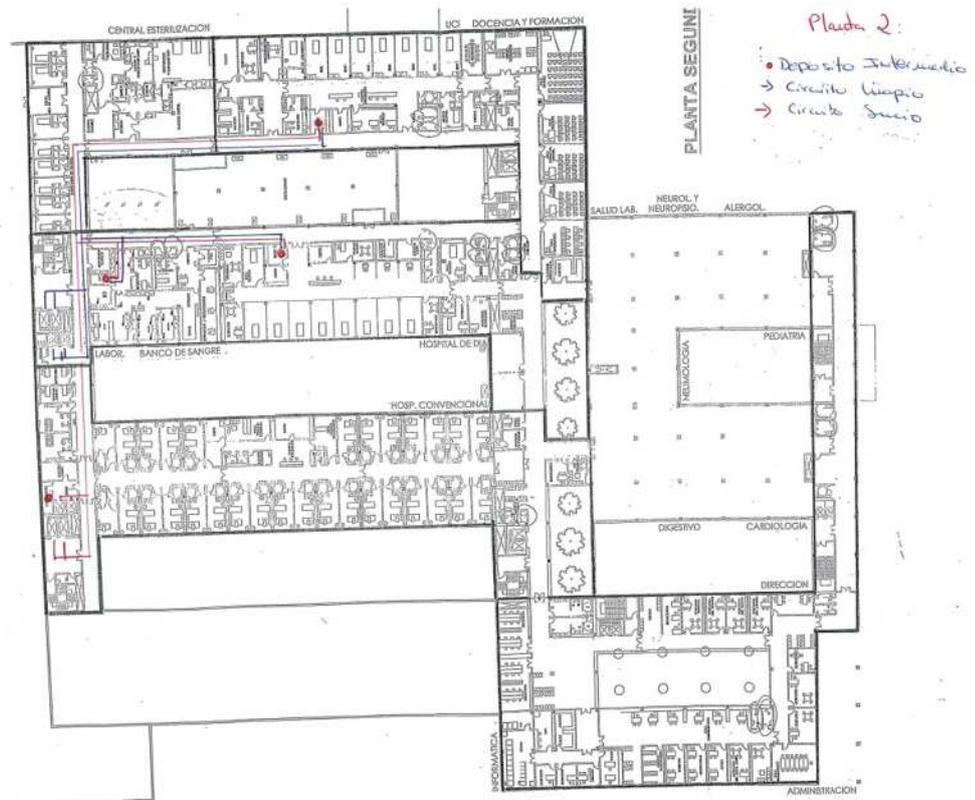
Código: 0020274      Dirección: 001      Almacen: MLP-SUUB04L  
Facilidad: 283      Ruta: 800





**ANEXO IV**







**Hospital Universitario Infanta Elena**  
SaludMadrid Comunidad de Madrid

**LISTADO DIARIO DE ASISTENCIAS FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES** Código: SC/PES03/FPOC02/03.1 Edición: 2.2

ASISTENTE Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	PUESTO DE TRABAJO	FIRMA
12	SARA PINILLA RODRIGUEZ	41674113H	DUE	[Firma]
13	VÍCTOR MÁRQUEZ GÓMEZ	50904470-L	T.C.A.E	[Firma]
14	Estrella Ortiz	02266837T	AUX.	[Firma]
15	MARIA MOLINERA	50879318-V	DUE	[Firma]
16	BENEDICTO VALERO TREJOS	70078704P	DOG	[Firma]
17	GENA GÓ SANCHEZ	49127281-B	DUE	[Firma]
18	Merce López	50469458-N	DUE	[Firma]
19	DANIELA POPACA	X4739323F	AUX.	[Firma]
20	ELENA C. PASQUAL DIAZ	05273380-B	AE	[Firma]
21	Ricardo Gudiño Hite	05282032H	Dir. Enf.	[Firma]
22	LUCIA HORRERO SANCHEZ	11894544-G	AUX.	[Firma]
23	MARCELA ADELLI MARIN	46566040T	SUBD. EJ.	[Firma]
24	Elena Hernandez	50260552-C	DUE	[Firma]
25				

**Hospital Universitario Infanta Elena**  
SaludMadrid Comunidad de Madrid

**LISTADO DIARIO DE ASISTENCIAS FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES** Código: SC/PES03/FPOC02/03.1 Edición: 2.2

NOMBRE DEL CURSO: REUNION PERSONAL DE URGENCIAS CENTRO: HURE

GRUPO: DUES y AES 27/04/2016

HORARIO DE: 12:00 A: [ ]

NOMBRE DEL PONENTE: Dirección de Enfermería FIRMA DEL PONENTE: [ ]

ASISTENTE Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	PUESTO DE TRABAJO	FIRMA
1	Eufemia Delgado	02267309-S	DUE	[Firma]
2	ISABEL GARCÍA HERRERA	02286927-C	DUE	[Firma]
3	MARIA LUCAS SANCHEZ	53400558-N	DUE	[Firma]
4	Olga Rilo	50764112-G	AUX. ENF.	[Firma]
5	LUIS ALBERTO GONZALEZ	52-098-504 Ann. Eul.		[Firma]
6	NATALIA CARBONAL	46858209-X	AUXILIAR	[Firma]
7	Chabela Galán	50-192-761P	AUX.	[Firma]
8	ANA L. DAIZ	11-992-931L	AUX.	[Firma]
9	KINEBOLD ROEMER	45404935-4	DUE	[Firma]
10	ENCARNACIÓN PEREZ DE LA CRUZ	49629602-X	DUE	[Firma]
11	ANA DELGADO HERRERA	53720258-D	DUE	[Firma]

ATENCIÓN: Toda documentación del sistema de Gestión de la Calidad elaborada en la Entidad debe conservarse en copia no controlada. Únicamente se conservará documentación generada o elaborada en la Entidad en Madrid en calidad de copia controlada.

**Hospital Universitario Infanta Elena**  
SaludMadrid Comunidad de Madrid

**LISTADO DIARIO DE ASISTENCIAS FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES** Código: SC/PES03/FPOC02/03.1 Edición: 2.2

NOMBRE DEL CURSO: Reunión Personal de Enfermería Servicio de Urgencias CENTRO: HURE

GRUPO: DUES y AES

HORARIO DE: 12:00 A: [ ]

NOMBRE DEL PONENTE: FIRMA DEL PONENTE: [ ]

ASISTENTE Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	PUESTO DE TRABAJO	FIRMA
1	AURISABEL DUPE	11795950-L	AUXILIAR	[Firma]
2	MARÍA JIMÉNEZ JARÉN	07479422Y	AE	[Firma]
3	ANA DELGADO HERRERA	53720258-D	DUE	[Firma]
4	ELENA C. PASQUAL DIAZ	05273380-B	TCAE	[Firma]
5	MARIA MOLINERA	50879318-V	DUE	[Firma]
6	DANIELA POPACA	X4739323F	AUX.	[Firma]
7	Estrella Ortiz	02266837T	AUX.	[Firma]
8	Raquel Palero Marchado	506623-F	DUE	[Firma]
9	LUCIA HORRERO SANCHEZ	11894544-G	AUX.	[Firma]
10	Genia Sanchez	11894544-G	AUX.	[Firma]
11	SARA PINILLA	41674113H	DUE	[Firma]

ATENCIÓN: Toda documentación del sistema de Gestión de la Calidad elaborada en la Entidad debe conservarse en copia no controlada. Únicamente se conservará documentación generada o elaborada en la Entidad en Madrid en calidad de copia controlada.

**Hospital Universitario Infanta Elena**  
SaludMadrid Comunidad de Madrid

**LISTADO DIARIO DE ASISTENCIAS FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES** Código: SC/PES03/FPOC02/03.1 Edición: 2.2

NOMBRE DEL CURSO: REUNION DE URGENCIAS CENTRO: HURE

GRUPO: 11113 021111C

HORARIO DE: [ ] A: [ ]

NOMBRE DEL PONENTE: FIRMA DEL PONENTE: [ ]

ASISTENTE Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	PUESTO DE TRABAJO	FIRMA
1	MARÍA JIMÉNEZ JARÉN	07479422Y	URGENCIAS ENF.	[Firma]
2	MARÍA LUCAS SANCHEZ	53400558-N	URGENCIAS ENF.	[Firma]
3	Merce López	50469458-N	URGENCIAS ENF.	[Firma]
4	EUFEMIA DELGADO	02267309-S	DUE	[Firma]
5	Genia Sanchez	11894544-G	AUX.	[Firma]
6	ESTRELLA ORTIZ	02266837T	AUX.	[Firma]
7	MARIA MOLINERA	50879318-V	DUE	[Firma]
8	ANA ALBERTO GONZALEZ	52-098-504 Ann. Eul.	AUX. ENF.	[Firma]
9	ENCARNACIÓN PEREZ DE LA CRUZ	49629602-X	AUX. ENF.	[Firma]
10	MARCELA ADELLI MARIN	46566040T	ENF.	[Firma]

ATENCIÓN: Toda documentación del sistema de Gestión de la Calidad elaborada en la Entidad debe conservarse en copia no controlada. Únicamente se conservará documentación generada o elaborada en la Entidad en Madrid en calidad de copia controlada.



## ANEXO VI



### Plan de Gestión de Viales y Jardines

#### 1.1 Urbanización

#### INSTRUCCIONES DE USO

Se debe considerar que el Hospital de Zona no termina en la puerta de la calle. El entorno y accesos son su tarjeta de presentación. Mantener la urbanización y jardines, si los hubiere, redundan en prestigio de la institución.

Una variación en la tensión de alimentación eléctrica puede estropear la instalación. Para manipular los aparatos de alumbrado y como medida de seguridad obligatoria se dejarán sin tensión todas las líneas correspondientes a la iluminación exterior.

Conviene mantener un acopio permanente del 5% de lámparas, casquillos y difusores exteriores, para su reparación o reposición inmediata.

Se efectuará la conexión y desconexión del alumbrado de la urbanización de acuerdo al horario del hospital, de forma coherente con la estación del año y previniendo las necesidades que la seguridad del edificio recomienda.

En caso de avería general, se tratarán por todos los medios de que los puntos de luz queden en servicio. Si no es posible hacerlo de forma inmediata, se hará un tendido provisional, si la seguridad del edificio lo aconseja. Se pondrá especial cuidado con la iluminación de rótulos en caso de avería en época de otoño, invierno y primavera, épocas de menor duración de luz solar.

Es importante mantener las luminarias encendidas para evitar robos y daños en los edificios del Hospital.

No se realizará ninguna modificación que disminuya los valores de iluminación.

#### OPERACIONES DE MANTENIMIENTO

Son el conjunto de actuaciones que se describen a continuación:

OPERACIONES	FRECUENCIA
<b>URBANIZACIÓN</b>	
<b>COMPROBACION DE LOS SIGUIENTES PUNTOS</b>	
Pavimentos y firmes de carretera. Inspección ocular y limpieza, si es necesario de drenajes	MENSUAL
Pavimento y firmes carretera. Verificar reparación de roturas y baches, cuidando la compactación	SEMESTRAL
Bordillos.inspección ocular de detecc y roturas	ANUAL
Pavimentos,Vallas y Mobiliario. Reparar elementos dañados y pintadas	SEMANAL
Pavimentos y Bordillos. Verificar limpieza con mangueras de agua a presión	SEMANAL
Mobiliario y alcorques. Verificar correcciones del estado del recibido anclaje	ANUAL
Pavimento y fimes carretera. Comprobar pintura gral. de toda la señalización vía horizontal	ANUAL

## 1.2 Riego

### INSTRUCCIONES DE USO

Se debe considerar que el Hospital de Zona no termina en la puerta de la calle. El entorno y accesos son su tarjeta de presentación. Mantener la urbanización y jardines, si los hubiere, redunda en prestigio de la institución.

El mantenimiento de la instalación y de sus elementos será realizado por personal cualificado.

I

## OPERACIONES DE MANTENIMIENTO

Son el conjunto de actuaciones que se describen a continuación:

OPERACIONES	FRECUENCIA
<i>RIEGO</i>	
<b>COMPROBACION DE LOS SIGUIENTES PUNTOS</b>	
REVISIÓN DE LA RED DE RIEGO, COMPROBANDO SU TOTAL ESTAQUEIDAD	MENSUAL
REVISIÓN DEL ESTADO DE ASPERSORES, COMPROBANDO SU LEVANTAMIENTO Y BARRIDO BAJO PRESIÓN DE AGUA	MENSUAL
REVISIÓN DEL ESTADO DE DIFUSORES, COMPROBANDO SU LEVANTAMIENTO Y ADECUADA PULVERIZACIÓN BAJO PRESIÓN DE AGUA	MENSUAL
REVISIÓN DE VÁLVULAS ELÉCTRICAS DE CONTROL Y PROGRAMACIÓN DE RIEGO	SEMESTRAL
REVISIÓN DE BOCAS DE RIEGO, COMPROBANDO EL CIERRE ESTANCO DE SU VÁLVULA Y ESTADO DE LA FIJACIÓN A LA MANGUERA	SEMESTRAL

### 1.3 Jardinería

#### INSTRUCCIONES DE USO

Se debe considerar que el Hospital de Zona no termina en la puerta de la calle. El entorno y accesos son su tarjeta de presentación. Mantener la urbanización y jardines, si los hubiere, redundan en prestigio de la institución.

El mantenimiento de la instalación y de sus elementos será realizado por personal cualificado.

OPERACIONES DE MANTENIMIENTO

Son el conjunto de actuaciones que se describen a continuación:

OPERACIONES	FRECUENCIA
<i>JARDINERIA</i>	
<b>COMPROBACION DE LOS SIGUIENTES PUNTOS</b>	
LIMPIEZA GENERAL DE LAS ZONAS VERDES	DIARIO
SEGADO PERIODICO DEL CESPED	QUINCENAL
PERFILADO Y LIMPIEZA DE SETOS Y PLANTAS ORNAMENTALES	SEGÚN NECESIDADES
PODA GENERAL DE LAS PLANTAS EN SU EPOCA IDONEA	ANUAL
RIEGO ADECUADO DE ZONAS VERDES, PLANTAS Y ARBOLES	DIARIO
ABONADO CON MANTILLO ANIMAL Y SULFATADO DE LAS PLANTAS	SEMANAL
ESCARIFICADO DEL CESPED	SEMESTRAL
REALIZACION DE ALCORQUES EN TODAS LAS PLANTAS	TRIMESTRAL
FUMIGACION DE LAS ROSALDAS ATACADAS POR PARASITOS PROPIOS DE ESTAS PLANTAS	SEGÚN NECESIDADES
CONTROL FITOSANITARIO	TRIMESTRAL
DESBROCE Y LIMPIEZA DE MALAS HIERBAS	SEMESTRAL
VACUADO DE BROZA A VERTEDERO AYUNTAMIENTO	SEMESTRAL
REPOSICION DE CESPED	SEGÚN NECESIDADES

## ANEXO VII



### Circulaciones Exteriores

Se han previsto diversos accesos a la parcela desde los viales municipales que rodean el hospital por el este y el sur, con el objeto de separar los distintos tipos de tráfico (público, urgencias, suministros, aparcamiento, etc.)

La red de calles interior rodea el edificio, para permitir acceso de vehículos de servicio y bomberos a todo el perímetro del hospital.

### ENTRADA PRINCIPAL

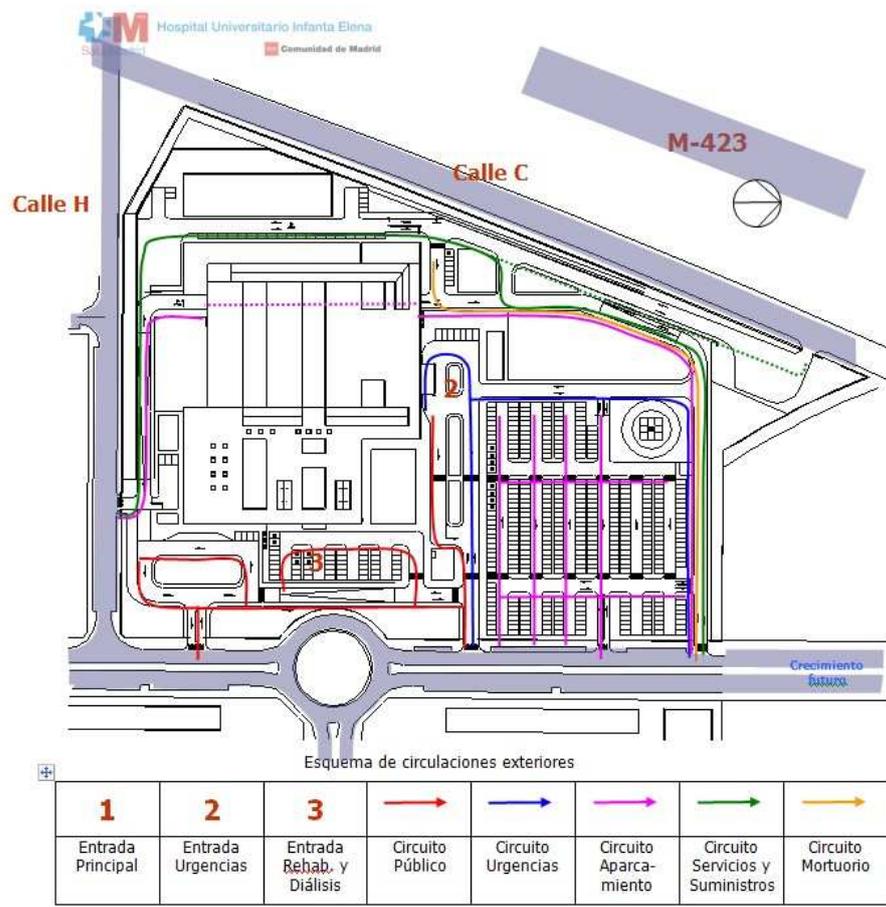
Se sitúa en la esquina sureste del edificio, accediéndose al vestíbulo que conduce a la "calle pública" que recorre el hospital en toda su longitud y desde la que se llega a las zonas de atención ambulatoria y de hospitalización.

### ACCESOS A DIÁLISIS Y REHABILITACIÓN

Sobre el testero norte de los dos bloques de dos alturas que limitan el hospital por el este.

### ACCESO A URGENCIAS

Se sitúa en planta baja, en la fachada norte, contando con accesos diferenciados para pacientes que llegan en ambulancia o por sus propios medios. El aparcamiento frente a la entrada se destina a usuarios de Urgencias y ambulancias.



#### ACCESO A MORTUORIO

El Mortuorio se sitúa en el extremo norte del bloque trasero, accediéndose por la esquina noroeste y en nivel de planta sótano.

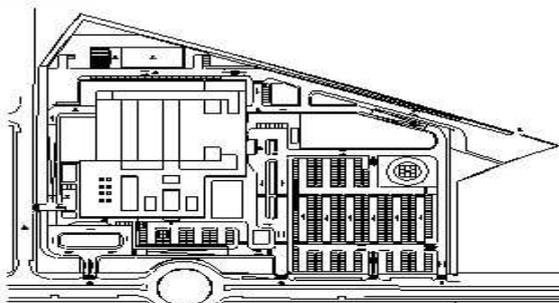
#### ACCESO DE SERVICIOS Y SUMINISTROS

Las áreas de servicio del hospital se encuentran en la planta sótano del bloque que cierra el hospital por el oeste. Las centrales de instalaciones se han previsto en el edificio independiente paralelo a este bloque y enfrentado a él. El acceso a la zona de servicios y suministros se producirá desde la calle del lindero sur. Esta calle da servicio a las entradas de Cocina, Suministros, Farmacia, Limpieza, Lencería, etc., y también al edificio de centrales de instalaciones y talleres en el lado opuesto.

El trazado de la futura M-423, que conectará la A-42 con la A-4 discurre por oeste del hospital y entre ella y el lindero está prevista una calle que se construirá con posterioridad al hospital. Una vez que esa calle esté en servicio, se podrá crear otro acceso a la zona de servicios y suministros.

### Aparcamiento

El aparcamiento en superficie se concentra sobre la fachada norte, frente a las Urgencias, disponiéndose además plazas en menor proporción, frente a las demás entradas al hospital.



Planta de Urbanización

#### 1.1 Aparcamiento en superficie

La dotación de plazas de aparcamiento:

TM	Aparcamiento público en superficie:	256 plazas (8 plazas de minusválidos)
TM	Edificio de servicios	19 plazas (2 plazas minusválidos)
TM	Servicio cafetería	3 plazas
TM	Centrales de instalaciones:	7 plazas
TM	Tanatorio:	7 plazas
TM	Entrada principal	4 plazas
TM	Rehabilitación-Diálisis:	49 plazas (6 plazas minusválidos)
TM	Urgencias (ambulancias):	7 plazas
TM	<b>Total plazas superficie:</b>	<b>352 plazas</b>

Se dispone de plazas adaptadas a minusválidos en todas las zonas.

#### 1.2 Aparcamiento en Subterráneo

También se ha previsto un aparcamiento cubierto que ocupa la parte central del hospital, en planta sótano. Los ascensores de la galería de público llegan hasta ese nivel para permitir acceso directo al hospital.

La dotación de plazas de aparcamiento cubierto es la siguiente:

TM	<b>Sótano:</b>	<b>224 plazas</b>
----	----------------	-------------------

Se dispone de plazas adaptadas a minusválidos en la proximidad a los núcleos de ascensores.

La capacidad total de aparcamiento es de 576 plazas.

**ANEXO VIII**



FUNDOSA ACCESIBILIDAD S.A.  
C/ Don Ramón de la Cruz, 38  
28001 Madrid  
Tel: 911213004  
Fax: 911213025  
NIF: A79707295

Nº Presupuesto:112/2015E

Cliente:	HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA
CIF:	
Persona de Contacto:	Jorge Alvarez Poveda
Dirección:	Avda. Reyes Católicos 21
Ciudad:	Valdemoro (Madrid)
C.Postal:	28342
Teléfono:	606037040
Mail:	jorge.alvarez@idcsalud.es
Fecha de creación:	10/04/2015

CONCEPTO	Cantidad	Precio	Importe
Avisos en escaleras y ascensores mediante la aplicación sobre suelo resina prefabricada en bandas longitudinales de 20 mm de ancho y de 3mm de altura aplicada con cola de doble componenete y tratamiento previo de limpieza y desengrasante de la zona. Según tipo de pavimento se deberá fijar e imprimir el solado.			
Señalización de borde de peldaño mediante la instalación de franjas adhesivas antideslizantes de 50mm, con tratamiento previo de limpieza y desengrasante.			
ASCENSORES A1 DE PLANTA BAJA A 2ª PL. Aviso de 1200mm de ancho (formado por 24 franjas de 20mm y separación de 30 mm)	5,00	187,50	937,50 €
Imprimación del suelo	5,00	15,00	75,00 €
Lijado del suelo	5,00	33,75	168,75 €
ESCALERA E1 DE PLANTA BJA A 2ª PLANTA. Aviso de 1200mm de ancho (formado por 24 franjas de 20 mm y separación de 30 mm)	6,00	187,50	1.125,00 €
Imprimación del suelo	6,00	15,00	90,00 €
Lijado del suelo	6,00	33,75	202,50 €



Franja antideslizante en peldaños de 50 mm de ancho.	78,00	5,25	409,50 €
ASCENSORES A2 DE PLANTA BAJA A 2ª PLANTA. Aviso de 1200mm de ancho (formado por 24 franjas de 20 mm y separación de 30 mm)	6,00	187,50	1.125,00 €
Imprimación del suelo	6,00	15,00	90,00 €
Lijado del suelo.	6,00	33,75	202,50 €
ESCALERA E2 DE PL. BAJA A 2ª PL. Embarque de 1200mm de ancho (formado por 24 franjas de 20 mm y separación de 30 mm)	6,00	187,50	1.125,00 €
Imprimación del suelo en escaleras.	6,00	15,00	90,00 €
Lijado del suelo en escaleras	6,00	33,75	202,50 €
Franja antideslizante de 50mm de ancho.	78,00	5,50	429,00 €
ASCENSOR A3 DE PL. -1 A 2ª PL. Aviso de 1200mm de ancho (formado por 24 franjas de 20mm y separación de 30mm)	8,00	187,50	1.500,00 €
Imprimación del suelo en ascensores	8,00	15,00	120,00 €
Lijado del suelo en ascensores	8,00	33,75	270,00 €
ESCALERA E3 DE PL. BAJA A 2ª PL. Embarque de 1200mm de ancho (formado por 24 franjas de 20mm de separación de 30mm)	6,00	187,50	1.125,00 €
Imprimación del suelo.	6,00	15,00	90,00 €
Lijado del suelo en escaleras.	6,00	33,75	202,50 €
Franja antideslizante en peldaños de 50 mm de ancho	72,00	5,50	396,00 €
ASCENSOR A4 DE PL. -1 A 2ª PL. Aviso de 1200mm de ancho (formado por 24 franjas de 20mm y separación de 30 mm)	8,00	187,50	1.500,00 €
Imprimación del suelo	8,00	15,00	120,00 €
Lijado del suelo	8,00	33,75	270,00 €

<b>ESCALERA E4 DE PLANTA BAJA A 2a PL. Embarque de 1200mm de ancho (formado por 24 franjas de 20mm y separación de 30 mm)</b>	<b>5,00</b>	<b>187,50</b>	<b>937,50 €</b>
Imprimación del suelo en escaleras	5,00	15,00	75,00 €
Lijado del suelo	5,00	33,75	168,75 €
Franja antideslizante en peldaños	79,00	5,50	434,50 €
<b>ESCALERA A5 DE PL -1 A PL. BAJA Embarque de 1200mm de ancho (formado por 24 franjas de 20mm y separación de 30 mm)</b>	<b>3,00</b>	<b>187,50</b>	<b>562,50 €</b>
Imprimación del suelo	3,00	15,00	45,00 €
Lijado del suelo	3,00	33,75	101,25 €
Franja antideslizante en peldaños	28,00	5,50	154,00 €
<b>ESCALERA E6 DE PL -1 DE PLANTA -1 A PL BAJA Embarque de 1200mm de ancho (formado por 24 franjas de 20mm y separación de 30 mm)</b>	<b>3,00</b>	<b>187,50</b>	<b>562,50 €</b>
Imprimación del suelo	3,00	15,00	45,00 €
Lijado del suelo	3,00	33,75	101,25 €
Franja antideslizante en peldaños de 50mm de ancho	28,00	5,50	154,00 €
<b>ESCALERA E7 DE PL BAJA A 2a PL Embarque escaleras de 1200 mm de ancho (formado por 24 franjas de 20 mm y separación de 30 mm)</b>	<b>5,00</b>	<b>187,50</b>	<b>937,50 €</b>
Imprimación del suelo en ascensores	5,00	15,00	75,00 €
Lijado del suelo en ascensores	5,00	33,75	168,75 €
Franja antideslizante en peldaños de 50 mm de ancho	78,00	5,50	429,00 €
<b>ESCALERA E8 DE PLANTA -1 A SEGUNDA PLANTA Embarque de escaleras de 1200 mm de ancho (formado por 24 franjas de 20 mm y separación de 30 mm)</b>	<b>6,00</b>	<b>187,50</b>	<b>1.125,00 €</b>

Imprimación del suelo en ascensores	6,00	15,00	90,00 €
Lijado del suelo en ascensores	6,00	33,75	202,50 €
Franja antideslizante en peldaños de 50 mm de ancho	109,00	5,50	599,50 €
ESCALERA ES DE PLANTA -1 A SEGUNDA PLANTA Embarque escaleras de 1200 mm de ancho (formado por 24 franjas de 20mm y separación de 30 mm)	6,00	187,50	1.125,00 €
Imprimación del suelo en ascensores	6,00	15,00	90,00 €
Lijado del suelo en ascensores	6,00	33,75	202,50 €
Franja antideslizante en peldaños de 50 mm de ancho	109,00	5,50	599,50 €
		<b>BASE IMPONIBLE</b>	<b>20.851,25 €</b>
		<b>21% IVA</b>	<b>4.378,76 €</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>25.230,01 €</b>

**VALIDEZ DEL PRESUPUESTO:** 30 DÍAS  
**PLAZO DE ENTREGA:** A determinar  
**FORMA DE PAGO:** 50% a la aceptación del presupuesto y  
**GASTOS DE ENVÍO NO INCLUIDOS:** 50% a la entrega del trabajo  
**TRANSFERENCIA:** BBVA 0182 5906 82 0018319695



FUNDOSA ACCESIBILIDAD S.A.  
C/Don Ramón de la Cruz, 38  
28001 Madrid  
Tel: 911213004  
Fax: 911213025  
NIF: A79707295 **Nº Presupuesto:153/2015E**

Cliente:	HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA
CIF:	
Persona de Contacto:	Jorge Alvarez Poveda
Dirección:	Avda. Reyes Católicos 21
Ciudad:	Valdemoro (Madrid)
C.Postal:	28342
Teléfono:	606037040
Mail:	jorge.alvarez@idcsalud.es
Fecha de creación:	12/05/2015

CONCEPTO	Cantidad	Precio	Importe
<b>SEÑALIZACIÓN EN ASCENSORES</b>			
Aplicación sobre el suelo de resina prefabricada en bandas longitudinales de 20 mm de ancho y de 3mm de altura, aplicada con cola de doble componente y tratamiento previo de limpieza y desengrasante. Según el tipo de pavimento se deberá lijar o/e imprimir el solado.			
<b>Ascensores A1 de planta baja a 2ª planta. Aviso de 1200 mm de ancho (formado por 24 franjas de 20 mm de ancho y 30mm de altura)</b>	5,00	212,50	1.062,50 €
Imprimación del suelo	5,00	15,00	75,00 €
Lijado del suelo	5,00	33,75	168,75 €
<b>Ascensores A2 de planta baja a 2ª planta. Aviso de 1200 mm de ancho (formado por 24 franjas de 20 mm de ancho y 30mm de altura)</b>	6,00	212,50	1.275,00 €
Imprimación del suelo	6,00	15,00	90,00 €
Lijado del suelo	6,00	33,75	202,50 €

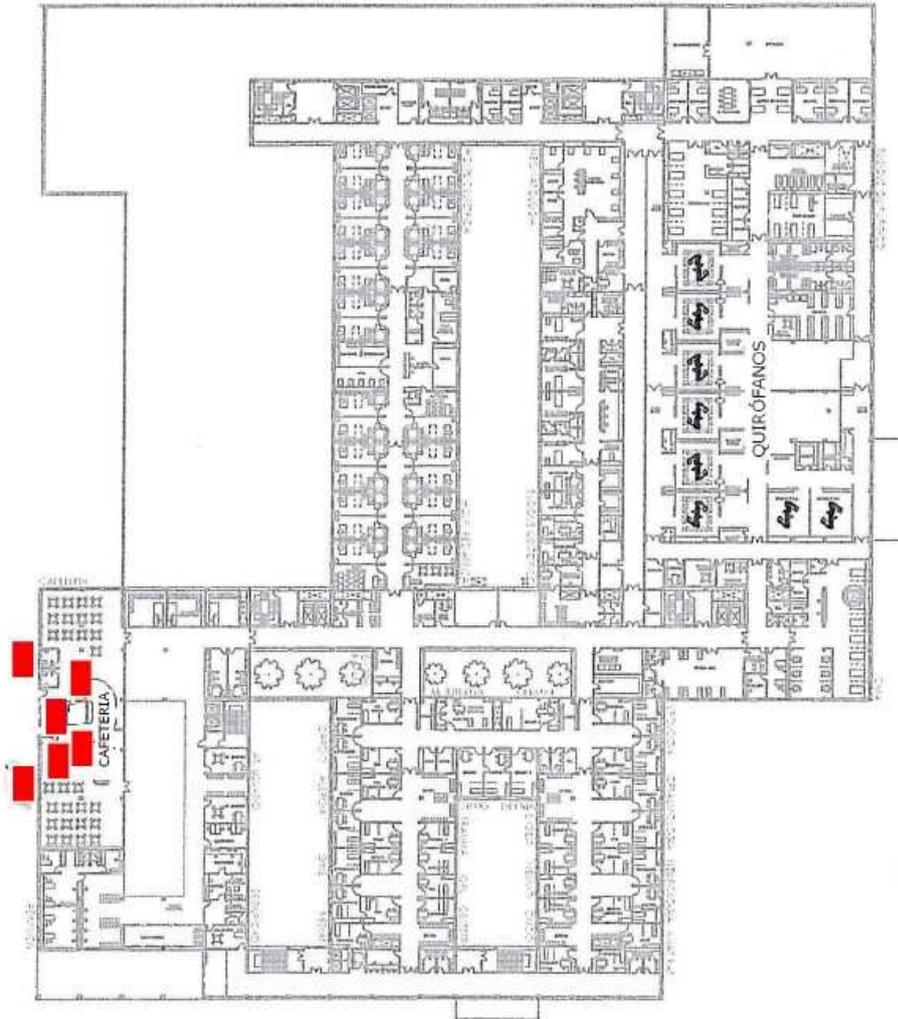


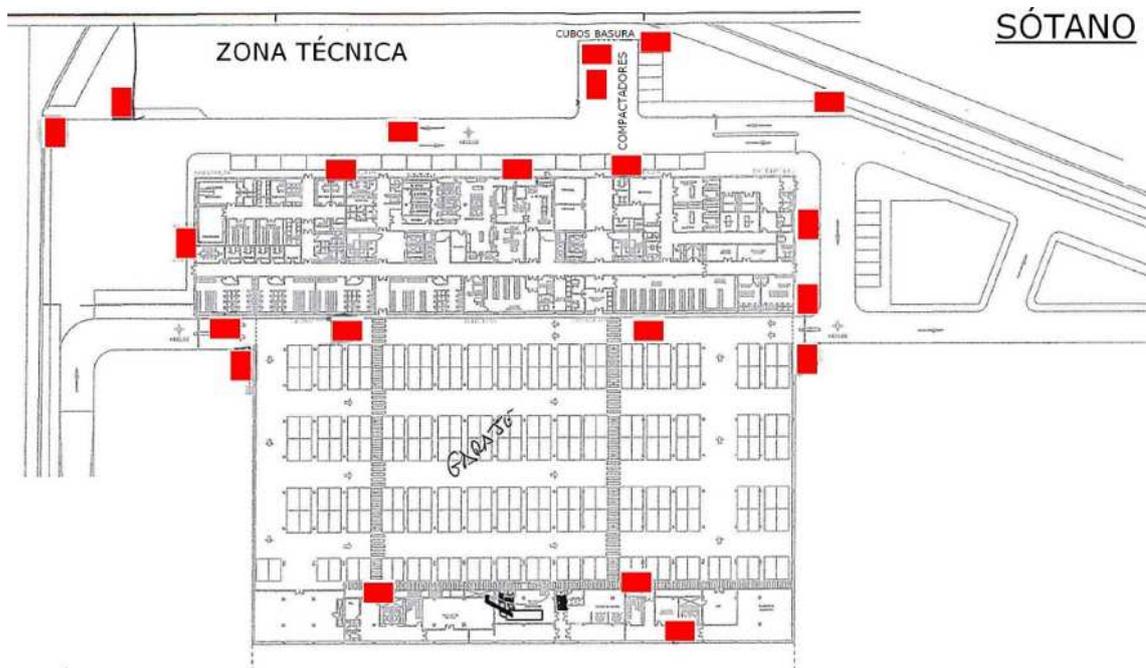
Ascensores A3 de planta -1 a 2ª planta. Aviso de 1200 mm de ancho (formado por 24 franjas de 20 mm de ancho y 30mm de altura)	8,00	212,50	1.700,00 €
Imprimación del suelo	8,00	15,00	120,00 €
Lijado del suelo	8,00	33,75	270,00 €
Ascensores A4 de planta -1 a 2ª planta. Aviso de 1200 mm de ancho (formado por 24 franjas de 20 mm de ancho y 30mm de altura)	8,00	212,50	1.700,00 €
Imprimación del suelo	8,00	15,00	120,00 €
Lijado del suelo	8,00	33,75	270,00 €
<b>BASE IMPONIBLE</b>			<b>7.053,75 €</b>
<b>21% IVA</b>			<b>1.481,29 €</b>
<b>TOTAL</b>			<b>8.535,04 €</b>

<b>VALIDEZ DEL PRESUPUESTO:</b>	30 DÍAS
<b>PLAZO DE ENTREGA:</b>	A determinar
<b>FORMA DE PAGO</b>	50% a la aceptación del presupuesto y
<b>INSTALACIÓN EN HORARIO</b>	<b>NOCTURNO</b>
<b>TRANSFERENCIA:</b>	88VA 0182 5906 82 0018319695



## PRIMERA PLANTA



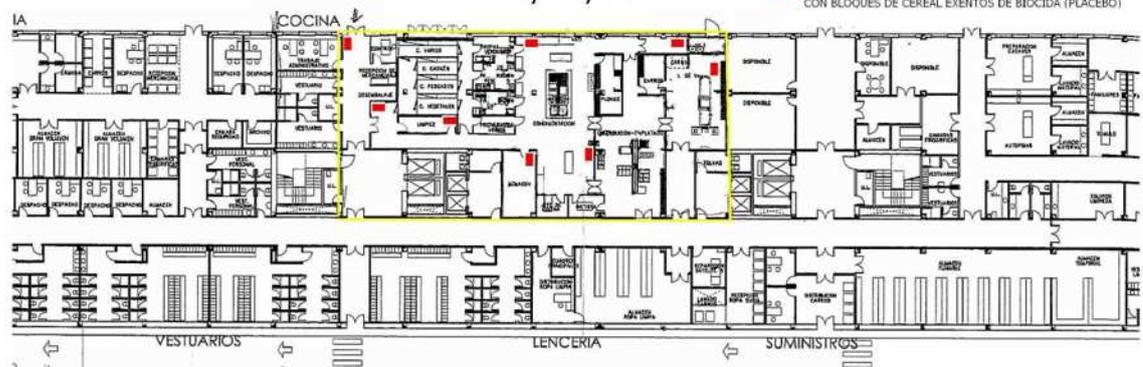


HOSPITAL INFANTA ELENA

FECHA: 28/11/2016

LEYENDA

■ PORTACEBOS DE SEGURIDAD PARA CONTROL DE ROEDOR CON BLOQUES DE CEREAL EXENTOS DE BIOCIDA (PLACEBO)





**ANEXO XI**

CODIGO	DESCIPCION ARTICULO	U. MEDIDA	ESTANTE	STOCK	PMP	TOTAL
IN01990012	BATEA, FORMA, RIÑON, CELULOSA, 600ML, DES	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 1	6.285,00	0,052423	329,48
MS01010102	CANULA, ASPIRACION, YANKAUER, C/CONTROL, C/ALARGAD, 3M, 18CH	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 1	300	1,1849	355,47
MS02050084	VENDA, ELASTICA, CREPE, COMPRESIVA, ALGODON, 10CMX10M	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 1	155	0,502571	77,9
MS03020017	CEPILLO, QUIRURGICO, SECO, ESTERIL	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 1	980	0,250143	245,14
MS03020174	GUANTE, EXPLORACION, NITRILO, AZUL, S/POLVO, N/EST, T-P	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 1	0	0,035109	0
MS03020177	GUANTE, EXPLORACION, NITRILO, AZUL, S/POLVO, N/EST, T-M	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 1	36.200,00	0,035109	1.270,95
MS03020178	GUANTE, EXPLORACION, NITRILO, AZUL, S/POLVO, N/EST, T-G	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 1	18.592,00	0,035109	652,75
MS05080240	AGUA, ESTERIL, HUMIFICADOR, 500ML	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 1	141	1,647389	232,28
MS07040187	DUQUESA, C/OBTURADOR, 125CC	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 1	170	0,39895	67,82
OA01010055	DETERGENTE, CUATRIENZIMATICO, MANUAL, 1L	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 1	79	13,704506	1.082,66
IN01022796	ASA, CORTE, BIPOLAR, 12/25/30°, 24.5CH, P/RESECTOSC	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 10	12	163,0575	1.956,69
MS05010043	ELECTRODO, ECG, CONTROL, FETAL	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 10	30	1,057834	31,74
MS05010062	ELECTRODO, VAGINAL, ESPIRAL, 813MM	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 10	25	7,9764	199,41
MS05010170	ELECTRODO, ECG, REPOSO, C/LENGÜETA, 35X21MM	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 10	7.600,00	0,020534	156,06
MS05030109	SET, RECAMBIO, AUTOTRANSFUSION, BELLOVAC	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 10	20	0	0

CODIGO	DESCIPCION ARTICULO	U. MEDIDA	ESTANTE	STOCK	PMP	TOTAL
MS05070095	ELECTRODO, DESFIBRILADOR, PEDIATRICO	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 10	25	35,578	889,45
MS05010076	ELECTRODO, DESFIBRILADOR, ADULTO	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 11	10	35,197	351,97
MS05010171	ELECTRODO, TENS, 50X50MM	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 11	400	0,34425	137,7
MS05010175	ELECTRODO, IONTOFORESIS, T-G	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 11	0	6,391458	0
MS05010184	ELECTRODO, PREGEL, 39MM, DESECHABLE	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 11	400	0,26634	106,54
MS05010189	ELECTRODO, MONITORIZACION, EEG/ECG/EMG, FOAM	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 11	1.750,00	0,041551	72,71
MS05010404	ELECTRODO, MONITORIZACION, MICROPOROSO, NEONATAL, 22X30MM	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 11	348	0,895138	311,51
MS05010411	ELECTRODO, ECG, LARGA, MONITORIZACION, 30X24MM	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 11	1.000,00	0,05936	59,36
OA01020160	SERVILLETA, PAPEL, 1 CAPA, 30X30CM	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 2	700	0,005894	4,13
OA03010011	CUCHILLO, PVC, DES	UNIDAD	ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 2	4.300,00	0,023265	100,04

Madrid, 16 de Enero de 2.017



Fdo. Camilo Blasco Perales  
Ingeniero Industrial  
GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.



**GESMAN**   
INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.  
CIF B97043194  
Av. Cardenal Benlloch, 60 - entlo. 1 - 3 - 46021 VALENCIA  
Tel: 96 372 58 53 - Fax: 96 358 32 97 - www.gesman.es

Fdo. Mariluz Narváez López  
Ingeniero Industrial  
GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.



**GESMAN**   
INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.  
CIF B97043194  
Av. Cardenal Benlloch, 60 - entlo. 1 - 3 - 46021 VALENCIA  
Tel: 96 372 58 53 - Fax: 96 358 32 97 - www.gesman.es

Fdo. Ainhoa Lloria Palmer  
Directora de Proyecto  
Ingeniero Industrial  
GESMAN INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.