



# Servicio Madrileño de Salud



AUDITORIAS DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA, RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS, CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES Y DD - Desinsectación y Desratización-

**EXPTE.:** PA SER-41/2017-AE



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



# ÍNDICE DEL DOCUMENTO

1.	A	NTECEDENTES	4
2.	Ol	BJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA	4
3.	DO	DCUMENTACIÓN REVISADA	4
	3.1.	SERVICIO DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA	5
	3.2.	SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN	5
	3.3.	SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS	5
	3.4.	SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES	6
4.	NO	DRMATIVA APLICABLE	7
	4.1.	SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA	7
	4.2.	SERVICIO DE DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN:	7
	4.3.	SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS	8
	4.4.	SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES	8
5.	M	ETODOLOGÍA GENERAL	9
	5.1.	INTRODUCCIÓN	9
	5.2.	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE INDICADORES	
	5.3.	AUDITORIA EXTERNA DE LOS SERVICIOS	10
6.	M	ETODOLOGIA DESARROLLADA	10
	6.1.	PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA	10
	6.2.	PROCESO DE LA AUDITORÍA	11
	6.3.	EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	
	6.4.	CIERRE DE LA AUDITORÍA	13
7.		ESUMEN EJECUTIVO	
8.		ATOS GENERALES DEL HOSPITAL	
9.	DA	ATOS GENERALES DEL SERVICIO	16
	9.1.	SERVICIO DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA	
	9.2.	SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN	18
	9.3.	SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS	19
		SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES	
10		ESULTADOS DE LA AUDITORÍA	
	10.1.	VALORACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO. RESUMEN DE RESULTADOS	21
	10.2.	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS CONTRACTUALES	
		NORMATIVA APLICABLE	
		DESCRIPTIVO DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS	
11		ARÁMETROS DE DESEMPEÑO DEL SERVICIO	
		PARÁMETROS DE DESEMPEÑO	
	11.2.	CUADRO DE MANDO Y PLAN DE SEGUIMIENTO	45



12.	PROPUESTAS DE MEJORA	47
13.	ANEXOS	48
1	13.1. REPORTAJE FOTOGRÁFICO	48
1	13.2. CD CON DOCUMENTACIÓN REVISADA	55
-	13.3 "CHECK LIST" CLIMPLIMENTADOS	56



#### 1. ANTECEDENTES

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

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

## 2. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA

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

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

En resumen, los objetivos generales de la Auditoría son:

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

## 3. DOCUMENTACIÓN REVISADA.

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





## 3.1. SERVICIO DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

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

#### 3.2. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN

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

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

- Responsable del servicio y datos
- Planos intracentro y finales
- Características de los envases
  - FT Biocompact 3L amarillo, 5L amarillo, 5L azul, 10L amarillo y 10L azul.
  - FT Biogrip 30-60L Negro, Azul y Rojo
  - FT Bolsa 120L con soporte
  - FT bolsa contenedor bisagra 60L
  - FT Contenedor bisagra negro 60L
  - FT Garrafa 25L traslucida
  - FT Minicompact 1L amarillo
- Plan de control y gestión:
  - Verificación retirada residuos Depósitos Intermedios
  - Control de matrículas de transporte de residuos
  - Registro Incidencias Residuos
  - Control de Peso de Residuos
  - Gestión intrahospitalaria de residuos
  - Anexo 1 Clasificación acumulación de RNS
  - 2 Clasificación acumulación de RS
  - Plan Minimización 2017
- Personal adscrito al servicio de Manejo y Gestión de Residuos
- Empresas encargadas del transporte:
  - Certificado de Actividad Infanta Elena





- Efectividad Autorización SRCL CONSENUR CEE
- Solicitud prórroga Autorización Fuenlabrada
- Autorización transporte residuos peligrosos SRCL CONSENUR CEE
- Autorización MBA Transporte
- Autorización telemática 2011
- CT MBA
- Empresas encargadas de la gestión:
  - CARPA
  - CONSENUR
  - RECUPERACIONES PEREZ
  - RECYCLING HISPANIA
- Contratos de tratamiento:
  - CT CARPA SRCL CONSENUR papel y cartón
  - CT CARPA SRCL CONSENUR plástico
  - CT CARPA SRCL CONSENUR vidrio
  - CT Pinto 2016 LER 200301 basura
- Autorizaciones:
  - Plan minimización 2017
  - Autorización productor RP 2009
  - Consulta de Número de Identificación Medio Ambiental (NIMA)
  - Notificación previa de traslado de los residuos
- Archivo cronológico: Registro 2017 de DCS
- Informes de actividad:
  - Ficha Informe Mensual Residuos Urbanos y Sanitarios Año 2017
  - Cuadro de Indicadores 2017 Residuos
- Notificación de traslado: NP traslado
- Modelo de etiquetas: 180123 MOD. ETIQUETAS HUIE
- Registro de quejas anual
- Otra información relevante:
  - Justificación Declaración Anual de Envases
  - Cortes observacionales de residuos

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

- Definición del interlocutor para el control del servicio
- Planos de viales y jardines
- Plan de Mantenimiento de Viales y Jardines: Registros de la Gestión Integral Mantenimiento
- Plano situación Plazas Minusválidos
- Plan de emergencia y autoprotección
  - Planos: Evacuación, PCI y Sectorización.
  - Anexos I-III
  - Capítulos 1-9
  - Informe de simulacro de emergencias del 31/10/2017
  - Informe de simulacro de emergencias del 01/03/2017
- Recomendaciones de Estilo SERMAS publicado





#### 4. NORMATIVA APLICABLE.

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

# 4.1. SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

- REAL DECRETO 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- REAL DECRETO 1215/1997, de 18 de julio por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo.
- REAL DECRETO 513/2017 Reglamento de instalaciones de protección contra incendios.
- Norma UNE-EN 15635:2010 "Almacenaje en estanterías metálicas. Uso y mantenimiento del equipo de almacenamiento".
- Norma UNE 58013:2010 "Almacenaje en estanterías metálicas. Requisitos para el tratamiento de elementos dañados",.
- Norma UNE 23580-1:2005: Seguridad contra incendios. Actas para la revisión de las instalaciones y equipos de protección contra incendios. Inspección técnica para mantenimiento.
- NTP 713: Carretillas elevadoras automotoras (I): conocimientos básicos para la prevención de riesgos
- NTP 715: Carretillas elevadoras automotoras (III): mantenimiento y utilización
- NTP 319: Carretillas manuales: transpaletas manuales.

## 4.2. SERVICIO DE DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN:

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





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

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

#### 4.4. SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES

- REAL DECRETO 630/2013, de 2 de agosto, por el que se regula el Catálogo español de especies exóticas invasoras (BOE Nº 185 del 3 de agosto de 2013).
- LEY 8/2005, de 26 de diciembre, de Protección y Fomento del Arbolado Urbano de la Comunidad de Madrid.
- LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- REAL DECRETO 1215/1997, de 18 de julio por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo.
- REAL DECRETO 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de Seguridad y Salud en los lugares de trabajo
- REAL DECRETO 485/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas en materia de señalización de seguridad y salud en el trabajo.
- LEY 8/1993, de 22 de junio de Promociones de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas.
- LEY 15/1995, de 30 de mayo sobre límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad.
- Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo del Código Técnico de la Edificación (CTE).
- REAL DECRETO 173/2010 de 19 de febrero, por el que se modifica el Código Técnico de la Edificación, aprobado por el R.D. 314/2006, de 17 de marzo, en materia de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad.
- DB-SU Seguridad de utilización y accesibilidad especifica parámetros objetivos y procedimientos cuyo cumplimiento asegura la satisfacción de las exigencias básicas y la superación de los niveles mínimos de calidad propios del requisito básico de seguridad de utilización y accesibilidad.
- LEY 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil
- DECRETO LEGISLATIVO 1/2006, de 28 de septiembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley por la que se regulan los Servicios de Prevención, Extinción de Incendios y Salvamentos de la Comunidad de Madrid.
- REAL DECRETO 513/2017, de 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de instalaciones de protección contra incendios.
- REAL DECRETO 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.





 REAL DECRETO 1468/2008, de 5 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la norma básica de autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.

## 5. METODOLOGÍA GENERAL

#### 5.1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

#### 5.2. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE INDICADORES

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

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

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

Los indicadores se desarrollan a través de los siguientes aspectos:





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

#### 5.3. AUDITORIA EXTERNA DE LOS SERVICIOS

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

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

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

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

## 6. METODOLOGIA DESARROLLADA

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

#### 6.1. PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA

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

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

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





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

## 6.2. PROCESO DE LA AUDITORÍA

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

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

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

El equipo auditor y el personal auditado realizan la auditoría mediante entrevistas y análisis de la documentación correspondiente. El trabajo comprende la obtención, mediante procesos de auditoría, de evidencia comprobatoria válida, pertinente y suficiente, de forma que permita respaldar las valoraciones que realice el auditor del grado de cumplimiento de los criterios evaluados.

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

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

#### 6.3. EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

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

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

CRITICIDAD DEL ASPECTO	GRADO DE CUMPLIMIENTO					
A AUDITAR	T01	TAL	PAR	RCIAL	NUL	.0
ALTA	Penalización	0 puntos	Penalización	3 puntos	Penalización	4 puntos
MEDIA	Penalización	0 puntos	Penalización	2 puntos	Penalización	3 puntos
BAJA	Penalización	0 puntos	Penalización	1 puntos	Penalización	2 puntos





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

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

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

Al tratarse de un método de auditoría por deméritos, esto significa que si las actividades auditadas se están llevando a cabo correctamente (Grado de cumplimiento Total), no ganan o suman puntos (0), pero si se hacen mal (Grado de cumplimiento Parcial o Nulo), se penaliza restando puntos; esa resta de puntos dependerá de la criticidad que se haya establecido a cada pregunta, pudiendo ir desde 1 punto (Grado de cumplimiento Parcial - Criticidad Media) a 4 puntos (Grado de cumplimiento Nulo - Criticidad Alta)..

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

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

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

#### 6.3.1. ANÁLISIS Y PROCESADO DE LOS DATOS

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

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

Finalmente, las incidencias se clasifican según los criterios establecidos.





#### 6.3.2. PROPUESTA DE CAMBIOS Y MEJORAS

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

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

#### 6.3.3. ANÁLISIS DE PARÁMETROS ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

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

### 6.4. CIERRE DE LA AUDITORÍA

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

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

#### 7. RESUMEN EJECUTIVO

## AUDITORÍA DEL SERVICIO DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

La auditoría de este servicio fue realizada el día 5 de febrero de 2018.

Fueron auditados los siguientes procesos:

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

El resultado de la auditoría (realizada mediante la metodología de deméritos) fue de un 91,8 %. Aunque se han detectado algunas pequeñas incidencias, ninguna ha sido de gravedad. En general, se ha observado un desempeño correcto de las actividades.

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





Fueron detectadas 6 desviaciones, las cuales se exponen en las observaciones de dicho informe de verificación y en el apartado 10 de este informe.

#### AUDITORÍA DEL SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN

La auditoría de este servicio fue realizada el día 5 de febrero de 2018.

Fueron auditados los siguientes procesos:

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

El resultado de la auditoría (realizada mediante la metodología de deméritos) fue de un 95,2%. Aunque se han detectado algunas pequeñas incidencias, ninguna ha sido de gravedad. En general se ha observado un desempeño correcto de las actividades.

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

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

#### **AUDITORÍA DEL SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS**

La auditoría de este servicio fue realizada el día 6 de febrero de 2018.

Fueron auditados los siguientes procesos:

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

El resultado de la auditoría (realizada mediante la metodología de deméritos) fue de un 95,0%. Aunque se han detectado algunas pequeñas incidencias, ninguna ha sido de gravedad. En general, se ha observado un desempeño correcto de las actividades.

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

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





## AUDITORÍA DEL SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES

La auditoría de este servicio fue realizada el día 6 de febrero de 2018.

Fueron auditados los siguientes procesos:

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

El resultado de la auditoría (realizada mediante la metodología de deméritos) fue de un 94,7%. Aun habiéndose detectado alguna anomalía, sólo la relativa al punto de reunión sería relevante. En general, se ha observado un desempeño correcto de las actividades.

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

En este servicio se detectaron 4 desviaciones, las cuales se exponen en las observaciones del informe de verificación y en el apartado 10 de este informe.

#### 8. DATOS GENERALES DEL HOSPITAL

El Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, inaugurado el 24 de noviembre de 2007 por S.A.R. Doña Elena de Borbón y Grecia, da asistencia sanitaria a unos 110.000 ciudadanos de los municipios de Valdemoro, Ciempozuelos, Titulcia y San Martín de la Vega.

Se encuentra al noroeste del municipio de Valdemoro, junto a la nueva autovía M-410, una zona de nueva construcción denominada El Restón, a la que se accede en transporte público mediante la línea C3 de Renfe Cercanías de Valdemoro y líneas urbanas e interurbanas de autobús. Además, está previsto que el futuro Metro Ligero de Valdemoro tenga una parada junto al centro hospitalario.

El Hospital cuenta con 260 habitaciones individuales, 47 consultas, 10 puestos de hospital de día médico y 12 puestos de diálisis. En el área quirúrgica dispone de 10 quirófanos, 32 gabinetes de exploración, 78 puestos de urgencias, 21 salas de radiología, 10 puestos neonatología y 18 puestos de UCI. Construido sobre una superficie de 45.000 metros cuadrados y formado por cuatro plantas incluyendo un semi-sótano, ha sido concebido con capacidad de modificar y ampliar su estructura en función de las necesidades futuras.

Forma parte del Área de Salud 11, junto al Hospital del Tajo (Aranjuez) y al Hospital Universitario 12 de octubre (Madrid). En el año 2006 se formalizó el contrato de gestión de servicio público, por concesión, según el modelo Alzira, para la prestación





de la asistencia sanitaria del hospital, entre el SERMAS y la entonces sociedad mercantil CAPIO VALDEMORO S.A., en la actualidad QUIRÓN SALUD S.A., estableciéndose un plazo temporal de la concesión de 30 años.

En el marco del acto institucional conmemorativo del X aniversario del centro, se hizo entrega del Premio EFQM "Excellence Award 2017" por el concepto fundamental de excelencia "Añadir Valor para los Pacientes". Además, por otra parte, ha sido galardonado en la decimoctava edición del Programa Hospitales TOP 20 a la Gestión Hospitalaria Global que concede IASIST.

#### 9. DATOS GENERALES DEL SERVICIO

#### 9.1. SERVICIO DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

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

## 9.1.1. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

El servicio de gestión de almacenes está desarrollado mediante un esquema de gestión de stock, a través de un procedimiento general de "Procedimiento General de compras y almacenes" realizado `por departamento de compras y almacenes, propietarios del proceso y aprobado por NPC, y actualizado en febrero de 2017, a partir del cual se desarrolla el sistema documental que a continuación se detalla y que ha sido auditado en fase documental:

- Procedimiento general de almacenes y compras
- Listado de almacenes periféricos
- Documentación de propuesta de pedido de material a CECO
- Documentación de propuesta de pedido de material a proveedor
- Documentación de propuesta de pedido de interno de artículos
- Documentación dispensación a almacenes
- Documentación de control de caducidad de material fungible
- Evaluación de proveedores y suministradores
- Evaluación de proveedores de servicios
- Fichas de proceso de compras
- Flujogramas de los procesos de compras y almacenaje
- Planos:
  - ✓ Almacén general
  - ✓ Almacenes periféricos

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

ALMACÉN	DESCRIPCIÓN
ADMG	ALMACEN ADMISION
ADMON	ALMACEN ADMINISTRACION
ALERGIA_C	ALMACEN DE ALERGOLOGIA CEX
ANAPAT	ALMACEN ANATOMIA PATOLOGICA
ATTPAC	ALMACEN DE ATENCION AL PACIENTE





ALMACÉN	DESCRIPCIÓN
BLOBST	ALMACEN BLOQUE OBSTÉTRICO
BLQUI	ALMACEN BLOQUE QUIRÚRGICO
CARDIO C	ALMACEN DE CARDIOLOGIA CEX
CARI	ALMACÉN DE CARDIOLOGÍA INVASIVA
CEMP	ALMACEN COMITE DE EMPRESA
CEIVIF	ALMACEN CONSULTAS EXTERNAS
CIRMAX C	ALMACEN DE CIRUGIA MAXILOFACIAL CEX
CIRUGIA C	ALMACEN DE CIRUGIA MAXILOFACIAL CEX
_	ALMACEN DE CIRUGIA CEX  ALMACEN DE CIRUGIA PLASTICA-C
CIRUPLAS_G	
CIRUTORA-G	ALMACEN DE CIRUGÍA TORÁCICA CEX
CIRUVASC_G	ALMACEN COCINA CONSUMO INTERNO
COCINA-CI	ALMACEN DE CONTINUEDAD ASISTENCIAL LI
CONTASIS-H	ALMACEN DE CALA DE CUDAC
CURAS_C	ALMACEN DE SALA DE CURAS
DERMA_C	ALMACEN DE DERMATOLOGIA CEX
DIALISIS	ALMACEN DIÁLISIS
DIGES_C	ALMACEN DE DIGESTIVO CEX
DONANT_C	ALMACEN DE DONANTES
ENDO_C	ALMACEN DE ENDOCRINOLOGIA
ENDOSC	ALMACEN DE ENDOSCOPIAS
ENDOVASC_T	ALMACEN DE ENDOVASCULAR_TRANSITO
ESTERIL	ALMACEN ESTERILIZACION
EXTRAC_C	ALMACEN DE EXTRACCIONES
FARMA-CI	ALMACEN FARMACIA CONSUMO INTERNO
GERIA_GRAL	ALMACEN DE GERIATRIA CEX
GINE_C	ALMACEN DE GINECOLOGIA CEX
HODL	ALMACEN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA
HOQX2	ALMACEN HOSPITALIZACIÓN QUIRÚGICA 2
HOSP-0	ALMACEN HOSPITALIZACION 0
HOSP-2	ALMACEN HOSPITALIZACIÓN 2
HOSP-CE	ALMACEN HOSPITALIZACION CORTA ESTANCIA
HOSP-DIA	ALMACEN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO
HOSP-DOMIC	ALMACEN HOSPITALIZACION A DOMICILIO
HOSP-MI	ALMACEN HOSP. MATERNO INFANTIL
INFORMATIC	ALMACEN INFORMATICA
LABGENERAL	ALMACEN GENERAL DE LABORATORIO
LABO	ALMACEN DE LABORATORIO
LIMPIEZA	ALMACEN DE LIMPIEZA
MANG.CI	ALMACEN MANTENIMIENTO CONSUMO INTERNO
MEDINTER_C	ALMACEN DE MEDICINA INTERNA CEX
NEONAT	ALMACEN NEONATOS
NEUMO_C	ALMACEN DE NEUMOLOGIA CEX



ALMACÉN	DESCRIPCIÓN
NEURO_C	ALMACEN DE NEUROLOGIA CEX
OFTALM_C	ALMACEN DE OFTALMOLOGÍA CEX
ORL_C	ALMACEN DE OTORRINOLARINGOLOGIA CEX
PEDIA_C	ALMACEN DE PEDIATRIA CEX
PREANES_C	ALMACEN DE PREANESTESIA CEX
PSIQU_C	ALMACEN PSIQUIATRIA CEX
RAINT	ALMACEN RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
RAYOS	ALMACEN RAYOS
REHAB	ALMACEN DE REHABILITACION
REHAB_C	ALMACEN DE REHABILITACION CEX
REHACA	ALMACEN DE REHABILITACION CARDIO
REUMA_C	ALMACEN DE REUMATOLOGIA CEX
SALUDLAB_C	ALMACEN DE SALUD LABORAL CEX
SANGRE	ALMACEN DEPÓSITO DE SANGRE
TRAUMA_C	ALMACEN DE TRAUMATOLOGIA CEX
UCI	ALMACEN UCI
UDOLOR_C	ALMACEN DE UNIDAD DEL DOLOR CEX
URGENCIAS	ALMACEN URGENCIAS
URO_C	ALMACEN DE UROLOGIA CEX

#### 9.1.3. PERSONAL RESPONSABLE

- Responsable general del servicio: Leticia Muller
- Responsable Almacenes: Pilar Dagustín, Amanda Rodríguez.
- Encargado almacén: Jaime Fernández, Jorge Álvarez

#### 9.2. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN

Los datos del servicio recabados durante la auditoría son:

#### 9.2.1. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

El servicio de gestión de DD está basado en el documento de gestión de plagasdocumentos específicos y los planos de situación de cebos y portacebos, desarrollado por el responsable técnico de AMBISÁN AMBIENTE SANO S.L., Registro Nº AS/ES-1. en las instalaciones del complejo hospitalario HOSPITAL DE VALDEMORO desde el año 2014 se basa en un CONTROL INTEGRADO DE PLAGAS cumpliendo la normativa vigente y gestionado por el departamento de la sección de limpieza del Hospital de Valdemoro

### 9.2.2. UNIDADES DE QUE CONSTA EL SERVICIO

- Unidad de limpieza de servicios generales del hospital de Villalba.
- Contratista del servicio: empresa AMBISÁN AMBIENTE SANO S.L., Registro Nº AS/ES-1, es responsable, desde el 1 de DICIEMBRE de 2014, del





Programa de Prevención y Control de Vectores en las instalaciones en la localidad de Valdemoro (Madrid).

#### 9.2.3. PERSONAL RESPONSABLE

- Responsable general del servicio: Leticia Muller
- Responsable Servicio generales, sección de limpieza: Doña Susana Garrido

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

#### 9.3.1. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

El servicio de gestión de residuos está basado en el procedimiento de gestión de residuos sanitarios que afecta a todos los trabajadores de QUIRÓN SALUD, S.A., así como a todas las empresas externas que desarrollan su actividad en las instalaciones del Hospital de Valdemoro.

El Hospital Infanta Elena es un Centro integrado en la Red Sanitaria Única de la Comunidad de Madrid que presta atención sanitaria especializada a los usuarios conforme a la Cartera de Servicios pactada con la Consejería de Sanidad.

Ha implantado un Sistema integral de Calidad, Medioambiente y Gestión Energética según el modelo de la Gestión por Procesos, de forma que el paciente y la satisfacción de sus requisitos se sitúa en el Centro de la Organización; y el respeto y la protección del Medioambiente, el cumplimiento de la legislación vigente y la progresiva minimización de actuaciones de impacto ambiental negativo y el uso responsable de consumos energéticos se convierten en objetivos relevantes.

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

La organización y control del servicio se lleva a cabo desde el Dpto. de Servicios Generales y del Dpto. de Calidad de la empresa concesionaria.

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

- La organización y Gestión del servicio a través del Departamento Servicios Generales y del Departamento de Calidad de la empresa concesionaria QUIRÓN SALUD, S.A.
- Contratistas del servicio de gestión extracentro: Las empresas CARPA Y CONSENUR están inscritas en el registro de gestores autorizados de residuos peligrosos de la Comunidad de Madrid. Las empresas son responsables de la gestión externa de RNP's y RP's.
- Gestión Residuos Intrahospitalaria:





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

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

#### Gestión Residuos Extrahospitalaria:

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

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

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

#### 9.3.1. PERSONAL RESPONSABLE

- Responsable general del servicio: Leticia Muller
- Gobernanta Corporativa: Dolores Muñiz Batista
- Responsable de limpieza: Doña Susana Garrido

## 9.4. SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES

#### 9.4.1. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

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

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

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

#### Departamento de Calidad:

Actividad: Se ha implantado un Sistema integral de Calidad, Medioambiente y Gestión Energética según el modelo de la Gestión por Procesos, de forma que el paciente y la satisfacción de sus requisitos se sitúa en el Centro de la Organización; y el respeto y la protección del Medioambiente, el cumplimiento de la legislación vigente y la progresiva minimización de actuaciones de impacto ambiental negativo y el uso responsable de consumos energéticos se convierten en objetivos relevantes





#### • Departamento de Mantenimiento:

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

Incluidos dentro del Departamento de Mantenimiento, están los subprocesos de jardinería y limpieza, siendo en el presente caso, el único hospital auditado sin contrata habitual de jardinería, solicitándose los servicios de UNICA SERVICIOS EMPRESARIALES, S.L sólo en situaciones en los que los trabajos por su envergadura precisen de productos químicos o maquinaria especial.

Creado en 2012 el procedimiento documentado para el mantenimiento de los jardines e Incluido dentro del Procedimiento Global de mantenimiento en GEMAO tiene una Programación Mensual complementada con un Check-List. Aunque la vegetación debido a las características topográficas es árida y de bajo mantenimiento, se realiza un riego sostenible.

Las tareas de mantenimiento, jardinería y limpieza son realizadas por personal formado, informados, uniformado y dotados con EPIs, ejecutando las labores que pueden interferir en la accesibilidad al centro en horario de perfil bajo o cuando éste está cerrado de 23-8 h.

Las actuaciones derivadas del Plan de Emergencia, además de ser gestionadas por el Departamento de Prevención de Riesgos Labores, y con Marta Sánchez Menan (Directora Médica) como Director del plan de actuación ante emergencias, también comprenden parte de las funciones del personal de mantenimiento.

#### - Plan de Autoprotección

Actividad: Aplicar el plan de Autoprotección, evaluando riegos personales, materiales y medioambientales junto con el mantenimiento de la eficacia a través de la puesta en marcha del sistema de emergencias mediante simulacros periódicos, consigue poner en marcha un sistema de acciones y medidas encaminadas a prevenir y controlar los riesgos sobre las personas y los bienes, a dar respuesta adecuada a las posibles situaciones de emergencia y a garantizar la integración de éstas actuaciones con el sistema público de protección civil

#### 9.4.3. PERSONAL RESPONSABLE

- Responsable de Calidad: Leticia Müller
- Responsable de Mantenimiento: Jorge Álvarez Poveda

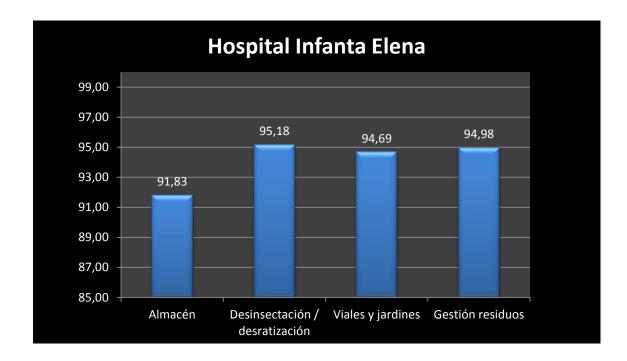
### 10. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

10.1. VALORACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO. RESUMEN DE RESULTADOS.





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



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

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

Se entiende por:

#### Fallo de disponibilidad (FD):

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

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

#### Fallo de calidad (FC):

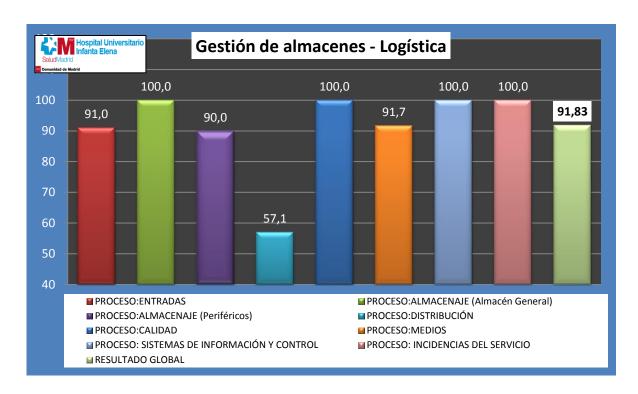
Son fallos de calidad los que se derivan del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de normativa vigente, pliegos y protocolos.

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





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



## 10.1.1.1. Valoración global del servicio

RESULTADO GLOBAL				
Deméritos poten	ciales		232	
Incidencias detectadas	6 <sup>1</sup>	Deméritos obtenidos	17	
Porcentaje de de	méritos		8	
Grado de cumplimiento			91,83 %	

## 10.1.1.2. Valoración del servicio por proceso

PROCESO:ENTRADAS	
Deméritos potenciales	67
Deméritos obtenidos (FC2)	6
Porcentaje de deméritos	9
Grado de cumplimiento	91,0 %

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 6 incidencias detectadas suponen una valoración de 17 deméritos





PROCESO:ALMACENAJE (Almacén General)	
Deméritos potenciales	31
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %
PROCESO: AL MACENIA IE (Porifériose)	
PROCESO: ALMACENAJE (Periféricos)	20
Deméritos potenciales  Deméritos obtenidos (FC2)	20
Porcentaje de deméritos	10
	90,0 %
Grado de cumplimiento	30,0 70
PROCESO:DISTRIBUCIÓN	
Deméritos potenciales	14
Deméritos obtenidos (FD1) (FC1)	6
Porcentaje de deméritos	43
Grado de cumplimiento	57,1 %
PROCESO:CALIDAD	
Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %
DDOCESO,MEDIOS	
PROCESO:MEDIOS	36
Deméritos potenciales	
Deméritos obtenidos (FD2)	3
Porcentaje de deméritos	8
Grado de cumplimiento	91,7 %
PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	
Deméritos potenciales	12
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %
PROCESS INCIDENCIAS DEL GERVIOLO	
PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO	
Deméritos potenciales	12
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %





## 10.1.2. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN.



#### 10.1.2.1. Valoración global del servicio

RESULTADO GLOBAL				
Deméritos potenciales	166			
Incidencias detectadas	Deméritos obtenidos			
Porcentaje de deméritos	5			
Grado de cumplimiento	95,18 %			

## 10.1.2.2. Valoración del servicio por proceso

PROCESO: PROGRAMACIÓN	
Deméritos potenciales	28
Deméritos obtenidos (FC2) (FD2)	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 3 incidencias detectadas suponen una valoración de 8 deméritos



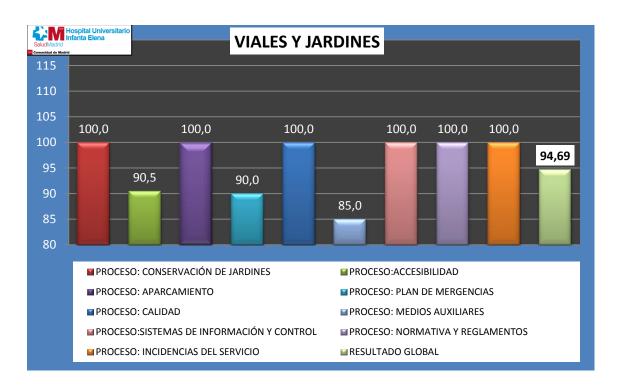


PROCESO:MEDIOS (PRODUCTOS Y EQUIPOS)	
Deméritos potenciales	21
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %
PROCESO, PROCEDIMIENTO	
PROCESO: PROCEDIMIENTO  Deméritos potenciales	18
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %
PROCESO:SISTEMAS Y TÉCNICAS	
Deméritos potenciales	20
Deméritos obtenidos (FD1)	6
Porcentaje de deméritos	30
Grado de cumplimiento	70,0 %
PROCESO:SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	
Deméritos potenciales	30
Deméritos obtenidos (FD2)	2
Porcentaje de deméritos	7
Grado de cumplimiento	93,3 %
<u> </u>	
PROCESO: NORMATIVAS Y REGLAMENTOS	
Deméritos potenciales	32
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %
PROCESO:INCIDENCIAS DEL SERVICIO	
Deméritos potenciales	17
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %





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



## 10.1.3.1. Valoración global del servicio

RESULTADO GLOBAL			
Deméritos potenciales			245
Incidencias detectadas	<b>4</b> <sup>3</sup>	Deméritos obtenidos	13
Porcentaje de deméritos			5,31
Grado de cumplimi	ento		94,69 %

## 10.1.3.2. Valoración del servicio por proceso

PROCESO: CONSERVACIÓN DE JARDINES	
Deméritos potenciales	31
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 4 incidencias detectadas suponen una valoración de 13 deméritos





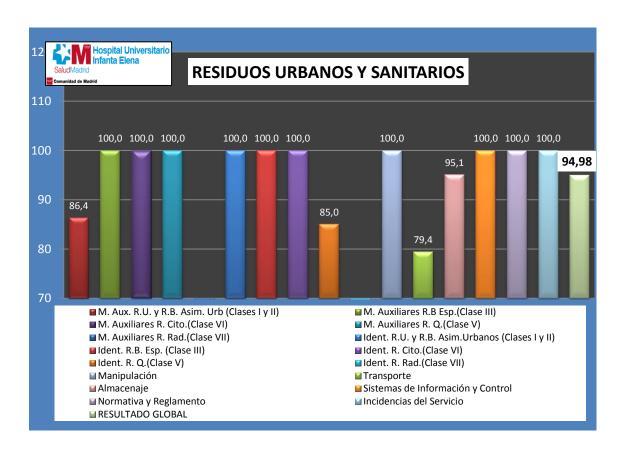
PROCESO: ACCESIBILIDAD	
Deméritos potenciales	
Deméritos obtenidos (FD2 ) (FC2 )	63
Porcentaje de deméritos	6 10
Grado de cumplimiento	
	90,5 %
PROCESO: APARCAMIENTO	
Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %
PROCESO: PLAN DE MERGENCIAS	
Deméritos potenciales	40
Deméritos obtenidos (FD2 ) (FC2 )	4
Porcentaje de deméritos	10
Grado de cumplimiento	90,0 %
PROCESO: CALIDAD	
Deméritos potenciales	24
Deméritos obtenidos (FD2)(FC2) (FC2)	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %
PROCESO: MEDIOS AUXILIARES	
Deméritos potenciales	20
Deméritos obtenidos (FD2 ) (FC2 )	20
Porcentaje de deméritos	3
	15
Grado de cumplimiento	85,0 %
PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	
Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %
PROCESO: NORMATIVA Y REGLAMENTOS	
Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %





PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO	
Deméritos potenciales	19
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

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



### 10.1.4.1. Valoración global del servicio

RESULTADO GLOBAL			
Deméritos potenciales			518
Incidencias detectadas	84	Deméritos obtenidos	26
Porcentaje de deméritos			5,02
Grado de cumplimier	nto		94,98 %

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 8 incidencias detectadas suponen una valoración de 26 deméritos





## 10.1.4.2. Valoración del servicio por proceso

PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (Clases I y II)  Deméritos potenciales  Deméritos obtenidos (FC1) (FD2)  Porcentaje de deméritos	
Deméritos potenciales  Deméritos obtenidos (FC1) (FD2)	
· · · ·	22
Porcentaje de deméritos	3
	14
Grado de cumplimiento	
	86,4 %
PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Biosanitarios Especiales (Clase III)	
Deméritos potenciales	36
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %
	·
PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Citotóxicos (Clase VI)	
Deméritos potenciales	36
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %
	100,0 /0
	100,0 70
PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Químicos (Clase V)	100,0 70
PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Químicos (Clase V)  Deméritos potenciales	24
Deméritos potenciales  Deméritos obtenidos	
Deméritos potenciales	24
Deméritos potenciales  Deméritos obtenidos	24
Deméritos potenciales  Deméritos obtenidos  Porcentaje de deméritos  Grado de cumplimiento	24 0 0
Deméritos potenciales  Deméritos obtenidos  Porcentaje de deméritos	24 0 0
Deméritos potenciales Deméritos obtenidos Porcentaje de deméritos  Grado de cumplimiento  PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Radioactivos (Clase	24 0 0
Deméritos potenciales  Deméritos obtenidos  Porcentaje de deméritos  Grado de cumplimiento  PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Radioactivos (Clase VII)	24 0 0 100,0 %
Deméritos potenciales Deméritos obtenidos Porcentaje de deméritos Grado de cumplimiento  PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Radioactivos (Clase VII) Deméritos potenciales	24 0 0 100,0 %
Deméritos potenciales Deméritos obtenidos Porcentaje de deméritos Grado de cumplimiento  PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Radioactivos (Clase VII) Deméritos potenciales Deméritos obtenidos	24 0 0 100,0 % N/A 0
Deméritos potenciales Deméritos obtenidos Porcentaje de deméritos  Grado de cumplimiento  PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Radioactivos (Clase VII)  Deméritos potenciales Deméritos obtenidos Porcentaje de deméritos  Grado de cumplimiento  PROCESO: Identificación Residuos Urbanos y Residuos	24 0 0 100,0 % N/A 0 0
Deméritos potenciales Deméritos obtenidos Porcentaje de deméritos  Grado de cumplimiento  PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Radioactivos (Clase VII)  Deméritos potenciales Deméritos obtenidos Porcentaje de deméritos  Grado de cumplimiento  PROCESO: Identificación Residuos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (Clases I y II)	24 0 0 100,0 % N/A 0 0 N/A
Deméritos potenciales Deméritos obtenidos Porcentaje de deméritos Grado de cumplimiento  PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Radioactivos (Clase VII) Deméritos potenciales Deméritos obtenidos Porcentaje de deméritos Grado de cumplimiento  PROCESO: Identificación Residuos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (Clases I y II) Deméritos potenciales	24 0 0 100,0 % N/A 0 0
Deméritos potenciales Deméritos obtenidos Porcentaje de deméritos Grado de cumplimiento  PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Radioactivos (Clase VII) Deméritos potenciales Deméritos obtenidos Porcentaje de deméritos Grado de cumplimiento  PROCESO: Identificación Residuos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (Clases I y II) Deméritos potenciales Deméritos obtenidos	24 0 0 100,0 % N/A 0 0 N/A
Deméritos potenciales Deméritos obtenidos Porcentaje de deméritos Grado de cumplimiento  PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Radioactivos (Clase VII) Deméritos potenciales Deméritos obtenidos Porcentaje de deméritos Grado de cumplimiento  PROCESO: Identificación Residuos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (Clases I y II) Deméritos potenciales	24 0 0 100,0 % N/A 0 0 N/A





PROCESO: Identificación Residuos Biosanitarios Especiales	
(Clase III)	
Deméritos potenciales	32
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %
PROCESO: Identificación Residuos Citotóxicos (Clase VI)	
Deméritos potenciales	32
Deméritos obtenidos (FC1)	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %
PROCESO: Identificación Residuos Químicos (Clase V)	
Deméritos potenciales	20
Deméritos obtenidos (FC1) (FD1)	3
Porcentaje de deméritos	15
Grado de cumplimiento	85,0 %
PROCESO: Identificación Residuos Radioactivos (Clase VII)	
Deméritos potenciales	N/A
Deméritos obtenidos (FD)	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	N/A
PROCESO: Manipulación	
Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %
BROOFSO Townson	
PROCESO: Transporte	
Demánitos notonoiales	
Deméritos potenciales	68
Deméritos obtenidos (FC1)	14
Deméritos obtenidos (FC1) Porcentaje de deméritos	
Deméritos obtenidos (FC1)	14
Deméritos obtenidos (FC1) Porcentaje de deméritos  Grado de cumplimiento	14 21
Deméritos obtenidos (FC1) Porcentaje de deméritos Grado de cumplimiento  PROCESO: Almacenaje	14 21 <b>79,4</b> %
Deméritos obtenidos (FC1) Porcentaje de deméritos  Grado de cumplimiento	14 21





PROCESO: Almacenaje	
Porcentaje de deméritos	5
Grado de cumplimiento	95,1 %
	55,211
PROCESO: Sistemas de Información y Control	
Deméritos potenciales	25
Deméritos obtenidos (FD2) (FC2) (FC1)	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %
PROCESO: Normativa y Reglamento	
Deméritos potenciales	50
Deméritos obtenidos (FD2) (FC2) (FC1)	0
Porcentaje de deméritos	60
Grado de cumplimiento	100 %
PROCESO: Incidencias del Servicio	
Deméritos potenciales	19
Deméritos obtenidos (FD2) (FC2) (FC1)	0
Porcentaje de deméritos	0
Grado de cumplimiento	100,0 %

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

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

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

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

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





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

## 10.2.1.1. Tabla de valoración

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

## 10.2.1.2. Resultados obtenidos

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
ENTRADA	91 %	Excelente
ALMACENAJE (Central)	100 %	Excelente
ALMACENAJE (Periféricos)	90 %	Muy Bueno
DISTRIBUCIÓN	57,1 %	Deficiente
CALIDAD	100 %	Excelente
MEDIOS	91,7 %	Excelente
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	100 %	Excelente
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	100 %	Excelente
GLOBALIDAD DEL SERVICIO	91,83 %	Excelente

TIPO DE FALLO/INCUMPLIMIENTO			
FC1	1		
FC2	3		
FD1	1		
FD2	1	Total: 6	



# 10.2.2. SERVICIO DE DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN.

## 10.2.2.1. Tabla de valoración

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

## 10.2.2.2. Resultados obtenidos

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
PROGRAMACIÓN	100 %	Excelente
MEDIOS (Productos y equipos)	100 %	Excelente
PROCEDIMIENTO	100 %	Excelente
SISTEMAS Y TÉCNICAS	<b>70</b> %	Bueno
SISTEMAS DE INFORMACIÓNY CONTROL	93,3 %	Muy bueno
NORMATIVAS Y REGLAMENTOS	100,0 %	Excelente
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	100,0 %	Excelente
GLOBALIDAD DEL SERVICIO	95,18 %	Excelente

TIPO DE FALLO/INCUMPLIMIENTO			
FD2	1		
FD1	2	Total: 3	





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

## 10.2.3.1. Tabla de valoración

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

## 10.2.3.2. Resultados obtenidos

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
CONSERVACIÓN DE JARDINES	100%	Excelente
ACCESIBILIDAD	90,5%	Muy bueno
APARCAMIENTO	100%	Excelente
PLAN DE EMERGENCIAS	90%	Muy bueno
CALIDAD	100%	Excelente
MEDIOS AUXILIARES	85,0%	Muy bueno
SIST. DE INFORMACIÓN Y CONTROL	100%	Excelente
NORMATIVA Y REGLAMNETOS	100%	Excelente
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	100%	Excelente
GLOBALIDAD DEL SERVICIO	94,69%	Excelente

TIPO DE FALLO/INCUMPLIMIENTO			
FD2 / FC2	4	Total: 4	





## 10.2.4. SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS.

## 10.2.4.1. Tabla de valoración

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

## 10.2.4.2. Resultados obtenidos

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
M. AUX. R.U. Y R.B. ASIM. URB (CLASES I Y II)	86,4 %	Muy bueno
M. AUXILIARES R.B ESP.(CLASE III)	100 %	Excelente
M. AUXILIARES R. CITO.(CLASE VI)	100 %	Excelente
M. AUXILIARES R. Q.(CLASE V)	100 %	Excelente
M. AUXILIARES R. RAD.(CLASE VII)	N/A	
IDENT. R.U. Y R.B. ASIM.URBANOS (CLASES I Y II)	100 %	Excelente
IDENT. R.B. ESP. (CLASE III)	100 %	Excelente
IDENT. R. CITO.(CLASE VI)	100 %	Excelente
IDENT. R. Q.(CLASE V)	85 %	Muy bueno
IDENT. R. RAD.(CLASE VII)	N/A	
MANIPULACIÓN	100 %	Excelente





PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
TRANSPORTE	79,4 %	Muy bueno
ALMACENAJE	95,1 %	Muy bueno
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	100 %	Excelente
NORMATIVA Y REGLAMENTO	100 %	Excelente
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	100 %	Excelente
GLOBALIDAD DEL SERVICIO	94,98 %	Excelente

TIPO DE FALLO/INCUMPLIMIENTO			
FC1	4		
FC1 / FD1	3		
FC1/FD2	1 Total: 8		

#### 10.3. DESCRIPTIVO DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS.

#### 10.3.1. INCIDENCIAS DETECTADAS SOBRE LOS SERVICIOS AUDITADOS.

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



No	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA		
Alı	Almacenes y distribución logística					
1	ENTRADAS	En algún caso no se cumple con fecha y horario de recepción de mercancía Pedido 18VMG00423. 29/Enero/2018. En reclamación debe entrar el lunes 5 de febrero, pero no llega. NOTA: no se llega a estar descrito de forma clara en el procedimiento de compras y almacenes, aunque se evidencia la existencia en una instrucción al respecto	Fallo Calidad 2	Plan corrector en el que se apliquen acciones de información respecto a entregas a todos los proveedores e incluir instrucción en el apartado 3, punto referente a almacenes centrales		
2	ENTRADAS	Se evidencia la no existencia de área de ubicación de productos rechazados, devoluciones o no conformes en almacén central de voluminosos	Fallo Disponibilidad 2	Incluir un área identificada para este fin		
3	ALMACENAJE (ALMACENES PERIFÉRICOS)	Se evidencia un error en la gestión de devoluciones de material de almacén periférico a almacén central:  Existe algún error en la devolución de una partida de gasas por parte de la responsable de UCI a almacén general. Ref. MS02020013 en la que el 2 de febrero se realiza dicha devolución (475 unidades), pero no hay una trazabilidad correcta en el proceso completo hasta que es introducido por el departamento de almacén en el almacén físico. (Se detecta el 5 de febrero en almacén y no se ha registrado la devolución y la introducción de dicho material en el stock).	Fallo Disponibilidad 2	Realizar un plan de acción analizando causa raíz del error y determinar las actuaciones pertinentes mediante comunicación más efectiva entre la "supervisión" de los departamentos y almacén central		





No	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
		Fallo de disponibilidad por parte del personal de almacén central a la hora de registrar en IFSM y colocarlo en el sitio de dicho almacén		
4	PROCESO: DISTRIBUCIÓN	Se evidencia su existencia en el tablón de las oficinas de almacén mediante una matriz entre días semanales y almacenes periféricos, pero no está documentado en el procedimiento HV/PSN02/POC0	Fallo Calidad 1	Incluir en el Procedimiento de compras y almacenes. Referencia HV/PSN02/POC0, como anexo.
5	DISTRIBUCIÓN	Se evidencia la falta de instrucción procedimental referente a los horarios de reposición NOTA: aunque se evidencia por las personas responsables de unidad la hora de reparto existente	Fallo Disponibilidad 2	Realizar instrucción por escrito, documentarla y distribuirla a las personas afectadas en este proceso
6	MEDIOS	Se evidencia la existencia de un plan correctivo "Plan de mantenimiento correctivo de carretillas manuales", pero no así de uno preventivo.	Fallo Disponibilidad 2	Realizar plan preventivo y empezar a ejecutarlo

Número de incidencia detectadas: 6

**Deméritos obtenidos: 17**<sup>5</sup>

# 7 SISTEMAS Y Se evidencia que no en todos los planos TÉCNICAS están correctamente fijadas las Fallo Disponibilidad 1 posteriormente la eficacia de la numeraciones de los cebos de feromonas

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 6 incidencias detectadas suponen una valoración de 17 deméritos.





No	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
		respecto a su numeración en planos (área cocinas)		
8	SISTEMAS Y TÉCNICAS	Se evidencia que no en todos los planos están correctamente fijadas las numeraciones de los portacebos respecto a su numeración en planos (área cocinas)	Fallo Disponibilidad 1	Identificarlos y comprobar posteriormente la eficacia de la acción correctiva
9	SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	Se evidencia que en zonas exteriores y cocinas existen algunos protacebos con mala legibilidad de su etiqueta	Fallo Disponibilidad 2	Sustituir todas las etiquetas de los portacebos cuanto antes.  NOTA: solamente quedan un 25% aproximadamente de todos los portacebos existentes

Número de incidencia detectadas: 3

Deméritos obtenidos: 86

Residuos urbanos y san	itarios		
10 MEDIOS AUXILIARES PARA CLASES I Y II	Examinados 3 contenedores desinfectados en zona de limpieza RRSS Clase I y II, se encontró en 2 de ellos, unos guantes adheridos en el fondo.	Fallo de disponibilidad/Calidad	Se recomienda feedback de formación y concienciación del personal para evitar que se depositen residuos inadecuadamente.
11 IDENTIFICACIÓN RESIDUOS QUÍMICOS (Clase V)	Almacenamiento de RAEES y contenedores de residuos de mantenimiento se depositan en pasillo del área de mantenimiento. Evidenciada acumulación directamente en suelo de lámparas LED.	Fallo de disponibilidad/Calidad	Reubicar material de mantenimiento y sus residuos en los puestos correspondientes y estudio de una posible creación de almacén interno para guardar material.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 3 incidencias detectadas suponen una valoración de 8 deméritos.





No	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
12	TRANSPORTE INTRACENTRO	El Circuito de sucio, como en otros casos está obligado a discurrir por zonas comunes al personal, pero en este caso además, al menos en una de las zonas (Hospital de Día), al ser zona de consulta, discurre constantemente por zonas comunes a pacientes y visitantes	Fallo de disponibilidad/Calidad	Se recomienda estudiar si existe algún otro itinerario alternativo que evitase este punto.
13	TRANSPORTE INTRACENTRO	En el transcurso de la auditoría esperando en la zona de ascensores se evidenció en el circuito Sucio, un carro con bandejas de comida independientemente de estar llenas o vacías.  Además al no tener llave u otro método de restricción de paso, cualquier paciente o visitante podría equivocarse.	Fallo de disponibilidad/Calidad	Al ser un incumplimiento grave se requiere restringir el paso a personal no autorizado y actividades no compatibles con el circuito Sucio
14	TRANSPORTE INTRACENTRO	Revisando el registro de actividad de los almacenes intermedios de Hospitalización quirúrgica se detectó la falta de registro de la recogida de residuos los domingos, no habiendo evidencia de cumplir la frecuencia mínima de retirada.	Fallo de calidad Buenas prácticas	Se solicita comprobar si hay recogida los domingos y en tal caso, actualizar los registros correspondientes.
15	TRANSPORTE EXTRACENTRO	Siendo Productores de RRPP (media mensual superior a 1000Kg) su gestión interna marca la recogida martes y viernes (96h) siendo superior a la legal (72h)	Fallo de calidad	Se requiere establecer un nuevo calendario interno de recogidas que no supere las 72h para cumplir con el Art18 Decreto 83/1999.
16	ALMACENAJE	Kits de derrames para todo el Hospital ubicados en Hospital de día y Farmacia, siendo insuficientes.	Fallo de calidad	Se requiere cumplir con el Art15 del Decreto 83/1999: "Cada local destinado al depósito intermedio de residuos dispondrá de los equipos y





No	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
				productos adecuados para las labores de limpieza y desinfección del área en caso de vertido o derrame accidental de residuos biosanitarios o citotóxicos".
17	CALIDAD	Aun existiendo protocolos, procedimientos e instrucciones de manipulación de RRSS disponibles en intranet, había personal de limpieza como Alfonso Jiménez que no supo contestar sobre el protocolo de actuación ante emergencias, refiriéndose en avisar a su superior.	Fallo de calidad	Se recomienda realizar feedback periódico de formación, información y concienciación sobre actuación ante emergencias.

Número de incidencia detectadas: 8

**Deméritos obtenidos: 26**<sup>7</sup>

Conservación de viale	es y jardines		
18 ACCESIBILIDAD	Vías debidamente señalizadas pero pudiendo no ser seguras por el mal aparcamiento	Fallo de disponibilidad/Calidad	Señalizar visiblemente zonas prohibido aparcar e incluso, concertar un acuerdo con los servicios municipales de movilidad del ayuntamiento de Valdemoro. Previniendo, en caso de emergencia, que los Servicios de Emergencia Externa no encuentren dificultades en su acceso.
19 ACCESIBILIDAD	Los pasos peatones en el aparcamiento exterior no tienen señalización vertical.	Fallo de disponibilidad/Calidad	Los pasos peatones en el aparcamiento exterior no tienen

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 8 incidencias detectadas suponen una valoración de 26 deméritos.





No	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
				señalización vertical.
20	PLAN DE EMERGENCIA	Los puntos de reunión ante evacuación no están señalizados, porque como cada integrante del plan sabe dónde es, ellos guían a los evacuados.	Fallo de disponibilidad/Calidad	Se requiere señalizar los puntos de concentración o reunión exterior ante evacuaciones.
21	MEDIOS AUXILIARES	La Sociedad concesionaria ofrece un programa correctivo y no preventivo de mantenimiento de viales y jardines  Respecto a la no existencia de bancos de descanso exteriores, se pone de manifiesto la disuasión ante el tabaquismo. Prohibición que no se respeta y que ensucia suelos y zonas ajardinadas	Fallo de calidad Procedimiento Mantenimiento	Realizar mantenimiento preventivo de viales y jardines. Y poner bancos de descanso puntual.  Para aplicar la Ley 42/2010 antitabaco, se recomienda mayor presencia de los servicios de seguridad del hospital en el exterior.
Nú	Número de incidencia detectadas: 4			

**Deméritos obtenidos: 138** 

<sup>8</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 4 incidencias detectadas suponen una valoración de 13 deméritos.





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

No se ha tenido ninguna incidencia reseñable al respecto.

# 11. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO DEL SERVICIO

#### 11.1. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO

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

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





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

#### 11.2. CUADRO DE MANDO Y PLAN DE SEGUIMIENTO

#### 11.2.1. GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
Entradas	89,6	95,0	Anual	
Almacenaje (Alm. General)	100,0	100,0	Anual	
Almacenaje (Periféricos)	80,0	90,0	Anual	
Distribución	78,6	85,0	Anual	
Calidad	100,0	100,0	Anual	
Medios	79,5	85,0	Anual	
Sist. información y control	75,0	90,0	Anual	
Incidencias	100,0	100,0	Anual	
RESULTADO GLOBAL	87,96	90,0	Anual	

# 11.2.2. DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
Programación	67,9	95,0	Anual	
Medios (product y equipos)	100,0	100,0	Anual	
Procedimiento	100,0	100,0	Anual	





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

# 11.2.3. CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
Conservación de jardines	87,1	90,0	Anual	
Accesibilidad	100,0	100,0	Anual	
Aparcamiento	100,0	100,0	Anual	
Plan de emergencias	100,0	100,0	Anual	
Calidad	76,2	98,0	Anual	
Medios auxiliares	85,0	90,0	Anual	
Sist. información y control	100,0	100,0	Anual	
Normativa y reglamentos	100,0	100,0	Anual	
Incidencias del servicio	100,0	100,0	Anual	
RESULTADO GLOBAL	95,06	98,0	Anual	

#### 11.2.4. RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS

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





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

#### 12. PROPUESTAS DE MEJORA.

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

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

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

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



# 13. ANEXOS

## 13.1. REPORTAJE FOTOGRÁFICO

#### 13.1.1. MANTENIMIENTO DE VIALES Y JARDINES

#### 13.1.1.1. ACCESOS A LAS INSTALACIONES.



Foto 1: Acceso principal.



Foto 2: Acceso a la zona de Urgencias



#### 13.1.1.2. ZONAS AJARDINADAS.





Foto 3: Estado de zonas ajardinadas. Ver Ítem 50.



#### 13.1.2. APARCAMIENTO.

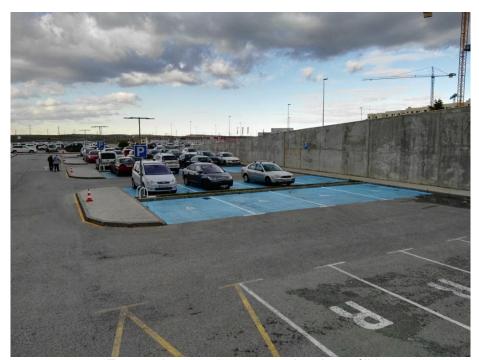


Foto 4: Aparcamiento zona de minusválidos.



Foto 5: Plazas de uso preferente en aparcamiento.





Foto 6: Vehículos aparcados en zona no habilitada. Ver Ítem 11.

#### 13.1.3. MANTENIMIENTO DE VIALES.



Foto 7: Estado de las aceras. Ver Ítem 50





Foto 8: Estado de la calzada. Ver Ítem 50



Foto 9: Trabajos de mantenimiento de la calzada.





Foto 10: Trabajos de mantenimiento de señales.

# 13.1.4. GESTIÓN DE RESIDUOS



Foto 11: Almacén residuos mantenimiento y RAEE. Ver Ítem 56.





Foto 12: Contenedor residuos Clase I y II. Ver Ítem 6.



Foto 13: Letrero almacén residuos peligrosos



# 13.2. CD CON DOCUMENTACIÓN REVISADA

La entrega se llevará a cabo con el informe definitivo.



## 13.3. "CHECK LIST" CUMPLIMENTADOS

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



# **CUESTIONARIO DE AUDITORÍA**

Código					
CA-H	M-AL				
Edición	Fecha edición				
1	19.01.18				

Hospital Auditado	Hospital Infanta Elena Valdemoro
Servicio Auditado	Gestión de almacenes y distribución logística
Fecha de la Auditoría	5 de Febrero de 2018
Equipo auditor	Vicente Luis Martínez Camacho
Responsable del Servicio auditado	Leticia Müller
Otros interlocutores	Jaime Fernández, Jorge Álvarez, Pilar De Gustín, Amanda Rodríguez

RESULTADO DE LA AUDITORÍA				
Total deméritos posibles :	246-40= 206			
Deméritos obtenidos :	17			
Porcentaje de deméritos :	8,25			
RESULTADO: 100% - (% deméritos)	91,75%			

CRITERIOS DE EVALUACIÓN								
CRITICIDAD DEL ASPECTO	O	GRADO DE IMPLANTACIÓN DEL ASPECTO A AUDITAR						
A AUDITAR	тот	AL (T)	PARCIAL (P) NULO (N)					
ALTA	TA	0	PA	3	NA	4		
MEDIA	TM	0	PM	2	NM	3		
ВАЈА	ТВ	0	РВ	1	NB	2		

			EVALUACION			EVIDENCIA O V ODOEDVA OLONIEO		
N°	ASPECTO A AUDITAR	Т	Р	N	N/A		EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
	PROCESO:ENTRADAS	Tipo fallo						
1	Analizar el registro de la última auditoría interna	0	2	3		FD2	Realizada por AD Qualitatem, 2 y 5 de Junio 2017.	
2	¿Existe un catálogo de productos actualizado?	0	3	4		FC2	"Listado de artículos" actualizado a 05/Febrero/2018.	
3	Ver propuesta de compras aprobada por la comisión	0	3	4		FC2	Centro HUIE. 15 sillas confidente. Aprobado 03/05/17	
4	Ver los tres presupuestos solicitados	0	2	3		FC2	PPto. 20285. Se estudian ofertas de Burodecor y mobiliar	
5	Ver la confirmación del pedido por la central de compras	0	3	4		FC2	Pedido VM17IA0089. 29/05/2017	
6	Ver trazabilidad de un pedido a un proveedor	0	3	4		FD2	Se traza pedido interno PDPLA/095679. 05- Feb-2018. Centro de coste = Urgencias.	
7	¿Existe un procedimiento documentado para la recepción de pedidos?	0	3	4		FC2	"Ficha de proceso de compras". Febrero de 2017.Edición 2.4 cóg. HV-PSN02	
8	¿Existe un procedimiento documentado para la recepción de mercancías?	0	3	4		FC2	"Ficha de proceso de compras". Febrero de 2017.Edición 2.4 cóg. HV-PSN02	
9	¿Existe una planificación para la recepción de mercancías?	0	3	4		FC1	Se utiliza el mismo documento referido anteriormente. Se evidencia el buen	

						conocimiento de la planificación por parte de la persona responsable (Amanda Rodríguez)
10	¿Se verifican los productos recepcionados?	0	3	4	FC1	Evidencia: albrarán 1014025530
11	¿Se coteja el albarán con las mercancías recibidas?	0	3	4	FC2	Evidencia: albrarán 1014025530
12	¿Se cumplen los horarios para la recepción de mercancías?	0	3	4	FC2	Pedido 18VMG00423. 29/Enero/2018. En reclamación debe entrar el lunes 5 de febrero, pero no llega.
13	¿Se clasifica la mercancía recibida?	0	2	3	FC1	"Ficha de proceso de compras". Febrero de 2017.Edición 2.4 cóg. HV-PSN02
14	¿Existe un procedimiento de gestión de rechazos y devoluciones?	0	3	4	FC2	"Ficha de proceso de compras". Febrero de 2017.Edición 2.4 cóg. HV-PSN02
15	Existe una zona para ubicar los productos rechazados, devoluciones o no conformes?	0	3	4	FD2	No existe en el almacén de voluminosos
16	¿Están designados los operarios encargados de la recepción?	0	1	2	FD2	Celador de almacén. HV/PES03/IA00/01.
17	¿Están definidas las funciones y responsabilidades de las personas encargadas de la recepción?	0	3	4	FD2	Administrativo. HV/PES03/IA00/01 Celador de almacén. HV/PES03/IA00/01.
18	¿Se gestiona adecuadamente la documentación asociada al pedido?	0	3	4	FC2	Se traza pedido interno PDPLA/095679. 05-Feb-2018. Centro de coste = Urgencias.

N°		E/	/ALU	ACIO	NC			
	ASPECTO A AUDITAR		Р	N	N/A		EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
	PROCESO:ALMACENAJE (Almacén General)							
19	¿Existen procedimientos documentados para la gestión del almacén?	0	3	4		FC2	"Ficha de proceso de compras". Febrero de 2017.Edición 2.4 cóg. HV-PSN02	
20	¿Existen KPI's para analizar la eficacia y eficiencia del almacén?	0	1	2		FD2	Se realiza por rotación	
21	¿Existe un stock mínimo y máximo definido para todos los productos?	0	3	4		FC2	Listado de artículos" actualizado a 05/Febrero/2018.	
22	¿Hay establecido un nivel de stock de seguridad?	0	2	3		FC1	Listado de artículos" actualizado a 05/Febrero/2018	
23	¿Hay establecido un segundo punto de pedido para los productos?	0	3	4		FC2	Listado de artículos" actualizado a 05/Febrero/2018	
24	¿Se realizan inventarios y con qué periodicidad?	0	3	4		FC2	Se realizan dos veces al año.	
25	Ver si hay productos por debajo de stock mínimo y si existe propuesta de pedido al proveedor	0	3	4		FC1	Ref. IN 01990012 OK Ref. MS02020013 OK	

26	Ver funcionamiento de almacén en tránsito: comprobar petición del servicio IFMS:PDPLA, ver pedido de material al proveedor IFMS: PDPR1, ver la baja en el almacén de tránsito, dispensación a servicio IFMS:PDPLZ	0	3	4		FC2	Se traza y comprueba el funcionamiento del proceso en dos almacenes (Pedido, baja en almacén, dispensación): Urgencias y extracciones. A través de los pedidos siguientes:  *Urgencias: -PDPLA/095679 de 02/02/2018.  *Extracciones: -PDPLA/095649 de 02/02/2018.
	PROCESO: ALMACENAJE (Almacenes periféricos)				l		HVPSN02 POC 01. Ed. 2.2 Feb. 2017.
27	¿Existen procedimientos documentados para la gestión del almacén?	0	2	3		FC2	
28	Existen pactos de consumo actualizados con los distintos servicios peticionarios	0	3	4		FC2	Evidencia: a través del soporte informático. Ref. UCI_GN
29	Comprobar el correcto funcionamiento del Doble Cajón	0	3	4	N/A	FC2	Se realiza gestión por stock
30	Se corresponden las etiquetas con los productos y cantidades almacenadas en los compartimentos?	0	3	4	N/A	FC2	
31	¿Los compartimentos contienen el 50% de la cantidad estipulada?	0	2	3	N/A	FC2	
32	En el caso de agotarse el stock, la etiqueta se pasa por el panel antes de las 7 am. Verificar si es así.	0	2	3	N/A	FC2	
33	¿Queda constancia de la verificación por el supervisor del pedido no registrado en doble cajón?	0	2	3	N/A	FC2	
34	¿Está establecida una ubicación específica para los productos no almacenados en armario?	0	2	3	N/A	FC2	
35	¿Se realiza un control del número de pedidos realizados por urgencia?	0	2	3		FD2	Sí, se realiza a través del IFMS. Evidencia: a través del soporte informático. Ref. UCI_GN.
36	¿Cómo se gestionan las devoluciones de producto del Servicio al almacén?	0	2	3		FD2	A través del soporte informático IFSM. Evidencia: Ref. UCI_GN. Existe algún error en la devolución de una partida de gasas por parte de la responsable de UCI a almacén general. Ref. MS02020013 en la que el 2 de Febrero se

						realiza dicha devolución (475 unidades), pero no hay una trazabilidad correcta en el proceso completo hasta que es introducido por el departamento de almacén en el almacén físico. (Se detecta el 5 de Febrero en almacén y no se ha registrado la devolución y la introducción de dicho material en el stock).
--	--	--	--	--	--	--

N°		EVALUACION			ON	EVIDENCIAS V ODSEDVACIONES		
	ASPECTO A AUDITAR	T	Р	N	N/A		EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
37	¿Existe un stock mínimo definido para cada producto?	0	3	4		FC2	"Ficha de proceso de compras". Febrero de 2017.Edición 2.4 cóg. HV-PSN02. "Listado de artículos" actualizado a 05/Febrero/2018.	
38	¿Hay establecido un nivel de stock de seguridad?	0	2	3		FC2	"Ficha de proceso de compras". Febrero de 2017.Edición 2.4 cóg. HV-PSN02. "Listado de artículos" actualizado a 05/Febrero/2018.	
39	¿Se realizan inventarios y con qué periodicidad?	0	3	4		FC2	Sí, 2 veces al año.	
	PROCESO:DISTRIBUCIÓN							
40	¿Hay establecido un plan de reparto a los servicios peticionarios?	0	3	4		FC1	Se evidencia su existencia en el tablón de las oficinas de almacén mediante una matriz entre días semanales y almacenes periféricos, pero no está documentado en el procedimiento	
41	¿El plan de reparto se encuentra aprobado por dirección?	0	1	2		FD2	Sí, por la dirección económica.	
42	¿Hay establecido un horario para la reposición?	0	3	4		FD2	Falta documentar este punto, aunque se evidencia por las personas responsables de unidad la hora de reparto existente	
43	¿Se cumple el plan de reparto?	0	3	4		FC1		

	PROCESO:CALIDAD					
44	¿Existe un plan de formación para el personal del almacén?	0	3	4	FC2	Se realiza la planificación a través de la detección de necesidades formativas por supervisión.
45	¿Existen registros de las acciones formativas de los empleados?	0	3	4	FC2	Sí. Evidencia: -Formación PRL a todo el personal de almacén. Curso on-line 8 horas "PRL en almacenes", a realizar entre los días 09/12/2016 y 21/12/2016. Asistentes: José Alonso Díaz, Juana Mª Desgarga Retegui y Alejandro Merrero Muñoz.
46	¿Existe un catálogo de productos actualizado y revisado?	0	3	4	FC2	"Listado de artículos" actualizado a 05/Febrero/2018.
47	¿Se realiza una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores en el proceso de almacén?	0	3	4	FC2	Sí. Evidencia: Peón de almacén, según documento Nº HV/PES03C/FP0C01/03. Octubre 2016.

	ASPECTO A AUDITAR		E۱	/ALU	IACIO	NC	EVIDENCIAS V ODSEDVA SIGNES	
	Nº		Т	Р	N	N/A		EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
	PRO	CESO:MEDIOS						
48	¿Se c	controlan las temperaturas en aquellos productos que lo requieran?	0	3	4		FC2	HVPSA03 POC06 Control de temperaturas. Edición 2.3. Nevera 3, sueros y almacén. Diciembre de 2017. OK.
49	¿Exis	te un inventario de bienes de capital en el almacén?	0	3	4		FD2	Sí, Evidencia: Ficha de traspaletas y EPIs para trabajadores, en archivador registrado en oficinas, en formato papel
50	¿Exis	te plan de mantenimiento de bienes de capital: carretillas, elevadoras, etc?	0	3	4		FD2	Existe plan correctivo "Plan de mantenimiento correctivo de carretillas manuales", pero no preventivo. El resto de mobiliario no es necesario desarrollarlo, como son estanterías metálicas, mesas, etc.

51	¿Se realiza un diario de mantenimiento de las carretillas elevadoras?	0	3	4	N/A	FD2	
52	¿Se guardan registros de los mantenimientos realizados a los bienes de capital?	0	3	4	N/A	FD2	
53	¿Se realiza un mantenimiento de las instalaciones: estanterías	0	3	4	N/A	FD2	
54	¿Se realiza un mantenimiento de los medios auxiliares, escalerillas, por ejemplo	0	3	4		FD2	Existe "plan de mantenimiento preventivo de equipos y herramientas de almacén".
55	¿Se realiza un mantenimiento de las instalaciones: contraincendios?	0	3	4		FC1	Se realiza por JOMAR en 18 de Diciembre de 2017. Empresa de conformidad
56	Comprobar si las actas de mantenimiento de instalación internas o externas cumplen la legislación. Ver anexo	0	3	4		FC2	Febrero de 2017 se realiza la revisión anual con informe Nº 2224-16
57	Si lo hace personal interno, tienen la certificación requerida?	0	3	4	N/A	FC2	
58	Si el mantenimiento de la instalación contraincendios lo hace empresa mantenedora externa, se comprueba si cumple con la legislación? Ver anexo	0	3	4		FC1	Se realiza por JOMAR en Diciembre de 2017. Empresa de conformidad. Febrero de 2017 se realiza la revisión anual con informe Nº 2224-16
59	¿Las condiciones en que se desarrollas las actividades es adecuado para la correcta realización de las tareas?	0	3	4		FC2	Se evidencia el orden y limpieza en los 3 almacenes, sobre todo el nº 1.
60	¿Se proporciona a los trabajadores de almacén los equipos de protección individual adecuados para el desempeño de sus funciones?	0	3	4		FC2	Se evidencia con fecha 24/11/2017
	PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL						
61	Trazabilidad de pedidos compras-almacén	0	3	4		FD2	Se traza pedido interno PDPLA/095679. 05- Feb-2018. Centro de coste = Urgencias.
62	Revisar registro de entradas y salidas	0	3	4		FD1	Se traza pedido interno PDPLA/095679. 05- Feb-2018. Centro de coste = Urgencias.
63	Realizar prueba de coincidencia entre inventario informático y físico	0	3	4		FD2	Se comprueba el stock físico con el del programa y está correcto: MS 02020013. 213 unidades. MS 030207. 4928 udes. MS 02050068 168 unidades.
	PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO						
64	¿Se lleva a cabo un registro y control de incidencias en el almacén?	0	3	4		FD2	Pedido 18VMT00216. 25/01/18. Se reclama 29/01/18
65	¿Se toman acciones correctivas para solucionar las incidencias producidas?	0	3	4		FD2	Excel de acciones de incidencias de pedidos
66	¿Se cierran las acciones correctivas en plazo?	0	3	4		FD2	Se cierra 02/02/18

				,
ODCEDVACIONIES V	V CHAEDENAINS DE 1	ΛΕJORA DETECTADAS EN E	TENNICOURCE DE LA	
OBSEKVACIONES	T OUGERENCIAS DE I	MEJUKA DETEGTADAS EN E	L IRANSCURSO DE LA A	AUDITURIA

- -Se recomienda incluir en el procedimiento: Ficha de proceso de compras". Febrero de 2017. Edición 2.4 cóg. HV-PSN02. La leyenda procedimental de que el pacto de compras se revisará teniendo en cuenta los picos de actividad.
- -Se recomienda la inclusión del "plan de distribución" en el procedimiento general proceso de compras". Febrero de 2017. Edición 2.4 cóg. HV-PSN02.
- -Se recomienda realización de un plan preventivo de las traspaletas.

Firma del auditor
t. taling

	Firma del auditado
Función:	

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

#### TRIMESTRAL, ANUAL Y QUINQUENAL

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

#### NOTA ACLARATORIA

- a) Información general.
- 1.º Nombre y domicilio de la propiedad de la instalación. 2.º Nombre y cargo del representante de la propiedad responsable de la instalación. 3.º Nombre y cargo del representante de la propiedad responsable ante las operaciones de mantenimiento que se van a llevar a cabo. 4.º Domicilio de localización de la instalación y fecha de instalación. 5.º Empresa responsable de la última inspección y fecha de la misma. 6.º Empresa responsable del último mantenimiento y fecha del mismo. 7.º Nombre, n.º de identificación y domicilio de la empresa mantenedora. Declaración de que se está habilitada para todos y cada uno de los productos y sistemas sobre los que va a efectuar el mantenimiento.
- 8.º Nombre de la/s persona/s responsable/s de realizar las operaciones de mantenimiento. Declaración de que dicha/s persona/s se encuentra/n cualificada/s para realizar los mantenimientos. 9.º Tipos de productos y sistemas que van a ser objeto de mantenimiento.
- b) Para cada producto o sistema sobre el que se realice mantenimiento. 1.º Tipo de producto o sistema, marca y modelo. 2.º Identificación unívoca del producto o sistema (ej.: mediante identificación de número de serie, ubicación...). 3.º Operaciones de mantenimiento realizadas y resultado. En caso de presentarse incidencias, acciones propuestas.

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



# **CUESTIONARIO DE AUDITORÍA**

Código					
CA-HV-DD					
Edición	Fecha edición				
1	19.01.18				

Hospital Auditado	Hospital Infanta Elena Valdemoro
Servicio Auditado	Gestión del servicio de desisnsectación / desratización (DD)
Fecha de la Auditoría	5 Febrero 2018
Equipo auditor	Vicente Luis Martínez Camacho - Alfonso Guzmán
Responsable del Servicio auditado	Leticia Müller
Otros interlocutores	Francisco del Saz, Lola Muñiz, Susana Garrido

RESULTADO DE LA AUDITORÍA							
Total deméritos posibles :	166						
Deméritos obtenidos :	8						
Porcentaje de deméritos :	4,82						
RESULTADO: 100% - (% deméritos)	95,18						

CRITERIOS DE EVALUACIÓN												
CRITICIDAD DEL ASPECTO		GRADO DE IMPLANTACIÓN DEL ASPECTO A AUDITAR										
A AUDITAR	тот	AL (T)	PAR	PARCIAL (P) NUL								
ALTA	TA	0	PA	3	NA	4						
MEDIA	TM	0	PM	2	NM	3						
BAJA	ТВ	0	РВ	1	NB	2						

		ΕV	/ALU	ACIO	NC		
N°	ASPECTO A AUDITAR	T	Р	N	N/A		EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
	PROCESO: PROGRAMACIÓN					Tipo fallo	
1	¿Se han estudiado las situaciones previas respecto al sitio o emplazamiento?	0	3	4		FC1	Estudios realizados e incluidos en el plan de plagas Pddd 0183/0118 18 enero 2018
2	¿Se han estudiado los factores de riesgo en el sitio (respecto al medioambiente y salud de usuarios / trabajadores / pacientes?	0	3	4		FC2	Estudios realizados e incluidos en el plan de plagas Pddd 0183/0118 18 enero 2018
3	¿Se ha establecido un plan de plagas para este hospital?	0	3	4		FC2	Pddd 0183/0118 18 enero 2018
4	¿Se establecen planos con la situación de los cebos/portacebos?	0	3	4		FC2	Cafetería, cocina, Planta primera, centrales y residuos, planta baja, zona técnica y parking
5	¿Se ha realizado una zonificación atendiendo a la situación de riesgo?	0	3	4		FC2	Se refleja en los planos anteriormente comentados
6	Derivado del establecimiento del plan de plagas, ¿Se establece calendario de actividad según tratamiento?	0	3	4		FC2	Reflejado en el plan de plagas. Pddd 0183/0118 18 enero 2018
7	¿Se han llevado a cabo las actividades según la programación?	0	3	4		FC1	Se cotejan las correspondientes a los trabajos realizados - Nº 3520940. Fecha: 05/02/2018.

							9:26 – 15:42 h. Tratamiento mensual.  - Noviembre. № 35552. Trabajos correspondientes al tratamiento mensual. 21/11/2017. 7,30 a 12,32 h.
	PROCESO: MEDIOS (PRODUCTOS Y EQUIPOS)						
8	¿Existe un procedimiento de compras de productos biocidas?	0	2	3	N/A	FC2	
9	¿Se describen los productos utilizados según técnica aplicada?	0	2	3		FC1	Se refleja en el plan de plagas. Pddd 0183/0118 18 enero 2018
10	¿Se atiende a la peligrosidad en la utilización de biocidas a la seguridad y salud de empleados, pacientes y técnicos, así como al medioambiente?	0	2	4		FC1	. Se establece en el contrato Nºº35553 y el plan de plagas.
11	¿Existen fichas de seguridad de los productos empleados?	0	2	4		FC2	Evidencias, según RD255/2003 -Massforce quantum. Revisado 18/05/205 -Nupilac Hidro AZM Green. Fecha 29/11/2016.
12	¿Disponen todos los aplicadores de dichas fichas de seguridad?	0	3	4		FC2	Evidenciado a través de la tablet de Francisco del Saz, técnico aplicador
13	¿Existe un listado de EPIs para uso de los aplicadores?	0	2	3		FC2	Se encuentran entregados por cada uno de los aplicadores. Evidencia: a D. Francisco Javier Isidoro del cerro. (29/06/2015). Felipe Amador Baeza. (29/06/2015)
14	¿Autorización Medicina preventiva de técnicos aplicadores?	0	2	3		FC2	D. Francisco Javier Isidoro del cerro. (28/11/2016). Felipe Amador Baeza. (21/11/2016)

N°	ASPECTO A AUDITAR	T	VALU P	JACIO N	N/A		EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
	PROCESO: PROCEDIMIENTO					Tipo fallo	
15	¿Existen procedimientos documentados para la realización del método de desinsectación?	0	2	3		FC2	Procedimiento incluido en el plan de plagas 0183/0118 18 enero 2018
16	¿Existen procedimientos documentados para la realización del método de desratización?	0	2	3		FC2	Procedimiento incluido en el plan de plagas 0183/0118 18 enero 2018
17	¿Se especifica el método a seguir con todo detalle?	0	3	4		FC2	Véase plan de plagas.
18	¿Existe una secuencia lógica del proceso/método en desinsectación?	0	3	4		FC2	Procedimiento incluido en el plan de plagas 0183/0118 18 enero 2018
19	¿Existe una secuencia lógica del proceso/método en desratización?	0	3	4		FC2	Procedimiento incluido en el plan de plagas 0183/0118 18 enero 2018
	PROCESO: SISTEMAS Y TÉCNICAS						
20	¿Se realizan las técnicas de aplicación atendiendo al índice de riesgo de personas, empleados y medioambiente en la desinsectación?	0	3	4		FD1	Se tiene en cuenta los trabajos realizados según especifica el plan de plagas y el parte de intervención 3520940 05-Feb-2018.

21	¿Se realizan las técnicas de aplicación atendiendo al índice de riesgo de personas, empleados y medioambiente en la desratización?	0	3	4	FD	Se tiene en cuenta los trabajos realizados según especifica el plan de plagas y el parte de intervención 3520940 05-Feb-2018.
22	¿Se realizan las aplicaciones según el plan de plagas/procedimientos descritos/I.T., etc en desinsectación?	0	3	4	FD	Se tiene en cuenta los planos que se entregan tras una intervención en el informe de trabajo. No está en todos partes la identificación numerada
						(Observaciones punto 2)
23	¿Se realizan las aplicaciones según el plan de plagas/procedimientos descritos/I.T., etc en desratización?	0	3	4	FD	Se tiene en cuenta los planos que se entregan tras una intervención en el informe de trabajo. No está en todos partes la identificación numerada  (Observaciones punto 2)
24	¿Se tienen en cuenta los riesgos de entorno según técnica aplicada: avisos con antelación al cliente, periodos de reentrada, etc.?	0	3	4	FD	Se tiene en cuenta los trabajos realizados según especifica el plan de plagas y el
	PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL					
25	¿Se llevan a cabo los controles en los trabajos realizados mediante registros de control?	0	2	3	FC	A través del One dive se puede acceder a los controles del servicio y pueden rellenar los datos necesarios.  Nº 3520940. Fecha: 05/02/2018. 9:26 – 15:42 h.
26	¿Están los portacebos y trampas en buen estado y con la información en la tapa visible y legible por completo?	0	2	3	FC	(Observaciones punto 1)
27	¿Están todos los portacebos y trampas colocados según plano?	0	3	4	FC	Evidenciado en visita de campo
28	¿Se marcan los planos de portacebos y otros sistemas físicos de control de plagas con fecha de revisión y aplicador que lo realiza?	0	2	3	FC	Evidenciado en visita de campo realizada
29	¿Se identifican los portacebos con número según plano?	0	2	3	FC	Evidenciado en visita de campo
30	¿Se registran todos los tratamientos realizados en libros físicos, digitales, etc.?	0	3	4	FC	Se evidencia a través de la aplicación de One Drive de la tablet de Francisco del Saz.

						-Se tiene en cuenta los trabajos realizados según especifica el plan de plagas y el parte de intervención 3520940 05-Feb-2018 Parte de trabajo № 3520940. Fecha: 05/02/2018. 9:26 – 15:42 h.
31	¿Se tienen en cuenta procedimiento, tipología, área de actuación?	0	3	4	FD2	Se ha realizado en el plan de plagas
32	¿Las hojas de trabajos llevan la hora de ejecución, materiales empleados, composición, técnico aplicador, etc?	0	2	3	FD2	Se cotejan las correspondientes a los trabajos realizados: -Se tiene en cuenta los trabajos realizados según especifica el plan de plagas y el parte de intervención 3520940 05-Feb-2018 Parte de trabajo Nº 3520940. Fecha: 05/02/2018. 9:26 – 15:42 h
33	¿Todos los registros de ejecución de trabajos están firmados por el cliente?	0	2	3	FD2	Se cotejan las correspondientes a los trabajos realizados: -Se tiene en cuenta los trabajos realizados según especifica el plan de plagas y el parte de intervención 3520940 05-Feb-2018 Parte de trabajo Nº 3520940. Fecha: 05/02/2018. 9:26 – 15:42 h

		ACDECTO A AUDITAD	E	VALU	JACIO	ON			
	Nº	ASPECTO A AUDITAR	T	Р	N	N/A		EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
	PRO	CESO: NORMATIVAS Y REGLAMENTOS	-	-			Tipo fallo		
34	¿Pos DD?	ee la empresa el registro de autorización legal de realización de servicios	0	3	4		FC1	Registro nº AS/ES-1. 06/03/2000.	
35		ertificados de tratamientos firmados por cliente, según epígrafe anterior, an correctamente archivados y conservados?	0	3	4		FD2	Se registra en la carpeta de UTC (Unidad técnica de control). Evidencia: Informe Diciembre/2017 (14/12/2017)	
36	¿Pos	een los técnicos aplicadores el título vigente según RD 830/2010?	0	3	4		FC2	-Felipe Amador Baeza. 50219000B. Vigencia: 27/03/2022 -Fco. Javier Isidoro del cerro. 51354670V.Vigencia: 17/12/2018.	
37		ee la empresa un responsable técnico y está en plantilla, según establece 830/2010?	0	3	4		FC2	Esperanza Santaolalla. Licenciada en Ciencias Biológicas.	
38		productos utilizados están inscritos en el registro oficial de biocidas, según 054/2002?	0	3	4		FC2	-Nupilac Hidro AZM Green. Nº 13-30-06623. Fecha: 10/04/2015Massocide alfa Plus. Nº 16-30-05828 27/06/2016	
39		cumplen todos los requisitos relacionados con la ley de PRL (31/1995) para llos trabajadores que realizan el servicio?	0	3	4		FC2	Se evidencian con las formaciones y entregas de equipos EPIs comentados.	
40		ne la empresa suscrito contrato con gestor de residuos autorizado por la (Ley 22/2011)?	0	3	4		FC2	Se gestionan a a través de Consenur	

41	¿Segregan bien los residuos generados en las actividades de DD (Ley 22/2011)?	0	3	4		FC2	Evidenciado en visita de campo
42	¿Posee la empresa algún pequeño almacén en el hospital que almacene productos químicos biocidas?	0	3	4	N/A	FD2	No aplica
	PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO						
43	¿Se lleva a cabo un registro y control de incidencias en el servicio?	0	3	4		FC2	"Registro de incidencias de limpieza". Evidencia: Personal de cafetería detectan presencia de hormigas. (Junio 2017).
44	¿Se investigan todas las incidencias y se estudia y determina la causa raíz?	0	2	3		FC2	Se realizan estudios de causas ante las incidencias. Causa raíz: hoquedades en fachada de separación estancia cafetería.
45	¿Se realizan correcciones inmediatas para solucionar las incidencias producidas?	0	2	3		FC2	Intervención por parte de Ambisán, según trabajo nº 3517040 09/06/2017
46	Se establecen planes de acciones correctivas con responsables, recursos a emplear, tiempo de ejecución y comprobación de la eficacia del plan corrector?	0	3	4		FC2	Plan de acciones, según parte de trabajo nº 3517040 09/06/2017.Se realiza la intervención se los servicios del hospital y se refleja en el parte Nº 35552 en 22/06/2017.
47	¿Se establecen indicadores o KPIs para determinar el índice de satisfacción del servicio DD?	0	2	3		FC2	Se realizan de forma indirecta a través de un valor para el conjunto de servicios, pero no de forma específica para el de DD

					,
OBSERVACIONES Y				TO ANIONIDOS DE I	A ALIDITADIA
ORZERVACIONEZ A	SHIGHRENICIAS	1)F WF 1()K	·(: A )A> =N =	TRANSCIRSO DE	
	JUGENERAL		OIADAO LII LL	TIVANIOCUNOU DE I	

- 1. Hay que sustituir todas las etiquetas de los portacebos cuanto antes. NOTA: solamente quedan un 25% aproximadamente de todos los portacebos existentes.
- 2. Se recomienda numerar la situación de portacebos y trampas en los planos entregados al parte de trabajo del servicio

Firma del auditor

Firma del auditado

Función:



# CUESTIONARIO DE AUDITORÍA

Código							
Edición	Fecha edición						
3	01.02.18						

Hospital Auditado	HOSPITAL INFANTA ELENA (VALDEMORO)
Servicio Auditado	Servicio de Residuos Urbanos y Sanitarios
Fecha de la Auditoría	6/2/2018
Equipo auditor	V. Villarejo/A. Guzmán/J.L. González
Responsable del Servicio auditado	Dolores Muñiz Batista – Gobernanta Corporativa Silvia Parra Fernández – Responsable de limpieza
Otros interlocutores	Leticia Muller – Coordinación de Calidad y Medioambiente

RESULTADO DE LA AUDITORÍA								
Total deméritos posibles :	518							
Deméritos obtenidos:	26							
Porcentaje de deméritos :	5							
RESULTADO: 100% - (% deméritos)	95%							

CRITERIOS DE EVALUACIÓN										
CRITICIDAD DEL	GRADO DE	E IMPLA	NTACIÓN D	EL ASF	PECTO A AU	DITAR				
ASPECTO A AUDITAR	Parcial	(P)	Nulo (N)							
Alta	TA	0	PA	3	NA	4				
Media	TM	0	PM	2	NM	3				
Baja	ТВ	0	PB	1	NB	2				

	ACRECTO A AUDITAR	E۷	/AL	JAC	ION		EVIDENCIAS Y
N°	ASPECTO A AUDITAR	Т	Р	N	N/A		OBSERVACIONES
	PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Urba Urbanos (Clases I y II)	inos	y R	esic	luos	Biosa	nitarios Asimilables a
1	¿Existen Puntos de recogida específicos para RRSS Clase I y RRSS Clase II?	0	3	4		FC1/ FD1	Existen almacenes de recogida, con contenedores separados del resto.
2	De existir estos puntos de recogida, ¿Están convenientemente identificados?	0	3	4		FC1/ FD1	Todos los puntos de recogida están señalizados mediante letreros o se identifican perfectamente por ubicación y presencia de contenedores específicos. Se revisan: Hospitalización quirúrgica, UCI y Diálisis.
3	¿Existen compactadores u otros elementos de mecanización por presión de residuos?	0	1	2		FD2	En el deposito final tienen dos compactadores, uno para RRSS Clase I y II y otro para cartón.
4	Los contenedores, recipientes y envases, ¿cumplen con los requisitos requeridos en cuanto a sus características físicas?	0	3	4		FC1	Todos los contenedores registrados cumplen con las características reflejadas en las fichas técnicas.
5	Las zonas de recogida y almacenamiento, ¿poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4		FC1/ FD2	Los puntos de recogida, tienen disponible un equipo de extinción de incendios, cerca y señalizado.
6	¿La limpieza de contenedores, recipientes, medios de transporte, maquinaria y demás utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4		FC1/ FD2	Hay una zona específica de Limpieza de contenedores para RRSS Clase I y II. Realizada inspección visual de 3 contenedores limpios y desinfectados, encontramos guantes adheridos en el fondo de los contenedores en 2 de ellos, (ANEXO FOTOGRAFICO). (OBSERVACIÓN 1)
	PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Bios	anit	ario	s Es	pecia	ales (	Clase III)
7	¿Existen Puntos de recogida específicos para RRSS Clase III?	0	3	4		FC1/ FD1	Existen puntos de recogida en las zonas revisadas donde se generan habitualmente este tipo de RRSS (En nuestro caso Hospitalización Quirúrgica y ocasionalmente UCI).
8		0	3	4			zonas revisadas donde se generan habitualmente este tipo de RRSS
	RRSS Clase III?  De existir estos puntos de recogida, ¿están					FD1	zonas revisadas donde se generan habitualmente este tipo de RRSS (En nuestro caso Hospitalización Quirúrgica y ocasionalmente UCI).  Están señalizados mediante letreros o se identifican perfectamente por ubicación y presencia de
8	RRSS Clase III?  De existir estos puntos de recogida, ¿están convenientemente identificados?  ¿Se utilizan envases no rígidos específicos (color	0	3	4		FD1 FC1/ FD1	zonas revisadas donde se generan habitualmente este tipo de RRSS (En nuestro caso Hospitalización Quirúrgica y ocasionalmente UCI).  Están señalizados mediante letreros o se identifican perfectamente por ubicación y presencia de contenedores específicos.  Los contenedores en uso que revisamos de la zona de Hospitalización quirúrgica, tenían bolsa roja dentro del contenedor
8	RRSS Clase III?  De existir estos puntos de recogida, ¿están convenientemente identificados?  ¿Se utilizan envases no rígidos específicos (color rojo) para recoger los residuos Clase III?  ¿Se utilizan contenedores y recipientes rígidos o	0	3	4		FD1 FC1/FD1 FC1	zonas revisadas donde se generan habitualmente este tipo de RRSS (En nuestro caso Hospitalización Quirúrgica y ocasionalmente UCI).  Están señalizados mediante letreros o se identifican perfectamente por ubicación y presencia de contenedores específicos.  Los contenedores en uso que revisamos de la zona de Hospitalización quirúrgica, tenían bolsa roja dentro del contenedor negro correspondiente.  Existen contenedores específicos para este tipo de residuo. Son de color negro y sus especificaciones están marcadas en las fichas técnicas que nos envían.  Todos los contenedores revisados de R.Clase III, cumplen con las especificaciones de las fichas técnicas y son acordes a normativa.
9	PRRSS Clase III?  De existir estos puntos de recogida, ¿están convenientemente identificados?  ¿Se utilizan envases no rígidos específicos (color rojo) para recoger los residuos Clase III?  ¿Se utilizan contenedores y recipientes rígidos o semirrígidos, exclusivos para este tipo de residuo?  ¿Los contenedores, recipientes y/o envases cumplen las características físicas y requerimientos	0 0	3 3	4 4		FD1 FC1/FD1 FC1 FC1	zonas revisadas donde se generan habitualmente este tipo de RRSS (En nuestro caso Hospitalización Quirúrgica y ocasionalmente UCI). Están señalizados mediante letreros o se identifican perfectamente por ubicación y presencia de contenedores específicos.  Los contenedores en uso que revisamos de la zona de Hospitalización quirúrgica, tenían bolsa roja dentro del contenedor negro correspondiente.  Existen contenedores específicos para este tipo de residuo. Son de color negro y sus especificaciones están marcadas en las fichas técnicas que nos envían.  Todos los contenedores revisados de R.Clase III, cumplen con las especificaciones de las fichas
8 9 10	PRRSS Clase III?  De existir estos puntos de recogida, ¿están convenientemente identificados?  ¿Se utilizan envases no rígidos específicos (color rojo) para recoger los residuos Clase III?  ¿Se utilizan contenedores y recipientes rígidos o semirrígidos, exclusivos para este tipo de residuo?  ¿Los contenedores, recipientes y/o envases cumplen las características físicas y requerimientos requeridos?  ¿Existen contenedores específicos para residuos	0 0 0	3 3 3	4 4 4		FD1 FC1/FD1 FC1 FC1 FC1	zonas revisadas donde se generan habitualmente este tipo de RRSS (En nuestro caso Hospitalización Quirúrgica y ocasionalmente UCI).  Están señalizados mediante letreros o se identifican perfectamente por ubicación y presencia de contenedores específicos.  Los contenedores en uso que revisamos de la zona de Hospitalización quirúrgica, tenían bolsa roja dentro del contenedor negro correspondiente.  Existen contenedores específicos para este tipo de residuo. Son de color negro y sus específicaciones están marcadas en las fichas técnicas que nos envían.  Todos los contenedores revisados de R.Clase III, cumplen con las específicaciones de las fichas técnicas y son acordes a normativa.  Verificada su existencia en las zonas de Hospitalización quirúrgica, UCI y diálisis, se dispone de fichas

15	¿La limpieza de contenedores, recipientes, medios de transporte, maquinaria y demás utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4		FC1/ FD2	Los contenedores de residuos peligrosos, los retira y repone el Gestor autorizado (Consenur). Se comprueba que los contenedores repuestos y el carro de transporte estaban limpios.				
	PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Citotóxicos (Clase VI)										
16	¿Existen Puntos de recogida específicos para RRSS Clase VI?	0	3	4		FC1/ FD1	En los puntos de recogida revisados (Hospitalización quirúrgica y UCI), existen neveras para el almacén de muestras, estás neveras están separadas del resto de residuos e identificadas con el pictograma y texto R. Citotóxico.				
17	¿De existir estos puntos de recogida, están convenientemente identificados?	0	3	4		FC1/ FD1	Hay un letrero visible con texto y pictograma de R. Citotóxico.				
18	¿Se utilizan envases y contenedores de color azul para recoger los residuos Clase VI?	0	3	4		FC1	En los almacenes intermedios y finales, se evidencia que sí.				
19	¿Se utilizan contenedores y recipientes rígidos o semirrígidos, exclusivos para este tipo de residuo?	0	3	4		FC1	Son recipientes rígidos con tapa, acordes a las fichas técnicas entregadas.				
20	Los contenedores, recipientes y/o envases. ¿Cumplen las características físicas y requerimientos requeridos?	0	3	4		FC1	Todos los contenedores y envases verificados cumplen con las características plasmadas en las fichas técnicas, que a su vez cumplen con la Normativa de referencia.				
21	¿Existen contenedores específicos para residuos punzantes y cortantes?	0	3	4		FC1	Existen y son adecuados.				
22	¿Los contenedores de residuos punzantes o cortantes, están diseñados específicamente y cumplen con los requerimientos físicos requeridos?	0	3	4		FC1	Se comprueba que son acordes con la documentación entregada y Normativa.				
23	¿Las zonas de recogida y almacenamiento, poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4		FC1/ FD2	No tenía en el mismo almacén, pero si en el pasillo contiguo, señalizado correctamente.				
24	¿La limpieza de contenedores, recipientes, medios de transporte, maquinaria y demás utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4		FC1/ FD2	Los contenedores de Residuos peligrosos, los retira y repone el Gestor autorizado (Consenur). No se detecta suciedad en almacenes, ni medios auxiliares.				
	PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Quín	nico	s (C	lase	· V)						
25	¿Existen Puntos de recogida específicos para Residuos Clase V?	0	3	4		FC1/ FD1	Verificada su existencia en diálisis y depósito final.				
26	¿De existir estos puntos de recogida, están convenientemente identificados?	0	3	4		FC1/ FD1	Se identifica la zona de recogida por la presencia de contenedores específicos segregados del resto.				
27	¿Se utilizan bidones y garrafas específicos y adecuados para recoger los residuos Clase V?	0	3	4		FC1	Se utilizan garrafas traslucidas específicas, cuyas características técnicas se muestran en las fichas técnicas entregadas.				
28	Los bidones, garrafas y recipientes, ¿cumplen con los requisitos requeridos en cuanto a sus características físicas?	0	3	4		FC1	La ficha técnica entregada cumple con los requerimientos de Normativa.				
29	¿Las zonas de recogida y almacenamiento, poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4		FC1/ FD2	Tienen un equipo de extinción cerca, identificado y accesible.				
30	¿La limpieza de bidones, garrafas y demás recipientes, medios de transporte, maquinaria y resto de utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4		FC1/ FD2	Los contenedores de Residuos peligrosos, los retira y repone el Gestor autorizado (Consenur).				
	PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Radi	oac	tivos	s (Cl	lase \	/II)					
31	¿Existen Puntos de recogida específicos para Residuos Clase VII?	0	3	4	N/A	FC1/ FD1	En el hospital no se producen residuos radiactivos.				
32	¿De existir estos puntos de recogida, están convenientemente identificados?	0	3	4	N/A	FC1/ FD1					

33	Los contenedores, recipientes y/o envases. ¿Cumplen las características físicas y requerimientos requeridos?	0	3	4	N/A	FC1	
34	Las zonas de recogida y almacenamiento, ¿poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4	N/A	FC1/ FD2	
35	¿La limpieza de contenedores, recipientes, medios de transporte, maquinaria y demás utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4	N/A	FC1/ FD2	

		EV	/AL	JAC	ION		EVIDENCIAS Y	
N°	ASPECTO A AUDITAR	Т	Р	N	N/A		OBSERVACIONES	
	PROCESO: Identificación Residuos Urbanos Urbanos (Clases I y II)	y Ro	esid	uos	Bios	anita	rios Asimilables a	
36	¿Las zonas de almacenamiento de RRSS Clases I y II, están claras y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4		FC1/ FD1	Todos los almacenes intermedios están identificados mediante un letrero, y en caso de contener RRSS peligrosos con avisos de uso restringido y/o pictogramas y texto de Residuo Biopeligroso o Residuo Citotóxico.	
37	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los RRSS Clases I y II?	0	3	4		FC1	Todos los contenedores están separados e identificados correctamente para evitar errores de segregación.	
38	¿Todos los envases y contenedores se encuentran identificados correctamente?	0	3	4		FC1	Todos los contenedores revisados estaban identificados y etiquetados correctamente.	
39	¿Se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4		FC1	La fecha y zona de generación se refleja en cada almacén en una hoja de registro.	
	PROCESO: Identificación Residuos Biosanita	arios	s Es	peci	iales (	(Clas	e III)	
40	Las zonas de almacenamiento de residuos Clase III, ¿Están clara y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4		FC1/ FD1	Todos los almacenes intermedios están identificados mediante un letrero con avisos de uso restringido y/o pictogramas y texto de Residuo Biopeligroso.	
41	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los residuos Clase III?	0	3	4		FC1	Todos los contenedores están separados e identificados correctamente para evitar errores de segregación.	
42	¿La segregación y acumulación de residuos Clase III se realiza fuera de las zonas de hospitalización y atención al paciente y en lugares dispuestos para ello?	0	3	4		FC1/ FD1	Se realiza en cuartos cerrados fuera del alcance de zonas comunes.	
43	¿Se minimiza el riesgo de exposición y contacto del personal, los pacientes y el público en general con este tipo de residuo?	0	3	4		FC1/ FD1	Existen almacenes intermedios específicos e identificados para el almacenamiento de estos residuos, con puertas cerradas. El protocolo es adecuado.	
44	¿Todos los envases y contenedores se encuentran etiquetados e identificados correctamente?	0	3	4		FC1	En el almacén intermedio de UCI, uno de los contenedores rígidos, se encuentra dado la vuelta y no se ve la etiqueta, pero se comprueba que está correctamente etiquetado. Se recomienda verbalmente, que intenten poner los contenedores de manera que la etiqueta siempre este visible, para no tener posibilidad de error en la segregación.	
45	¿El etiquetado de envases y contenedores es adecuado y correcto?	0	3	4		FC1	El etiquetado es correcto y está actualizado.	
46	¿En envases y contenedores se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4		FC1	La fecha y zona de generación queda indicada en el registro de recogida de cada almacén intermedio.	
47	¿Todos los recipientes y contenedores están marcados con el logo y texto Biopeligroso?	0	3	4		FC1	Todos los contenedores revisados estaban marcados con el logo y texto de Biopeligroso.	
	PROCESO: Identificación Residuos Citotóxio	os (	Clas	se V	I)			
48	Las zonas de almacenamiento de residuos Clase VI, ¿Están clara y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4		FC1/ FD1	Todos los almacenes intermedios están identificados mediante un letrero con avisos de uso restringido y/o pictogramas y texto de Residuo Citotóxico.	

		EV	ΆL	JAC	ION		EVIDENCIAS Y			
N°	ASPECTO A AUDITAR	Т	Р	N	N/A		OBSERVACIONES			
49	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los residuos Clase VI?	0	3	4		FC1	Todos los contenedores están separados e identificados. En particular los Residuos Peligrosos siempre están separados de los demás.			
50	¿La segregación y acumulación de residuos Clase VI se realiza fuera de las zonas de hospitalización y atención al paciente y en lugares dispuestos para ello?	0	3	4		FC1/ FD1	Se realiza en almacenes específicos, identificados con carteles de residuos peligrosos y con puertas cerradas.			
51	¿Se minimiza el riesgo de exposición y contacto del personal, los pacientes y el público en general con este tipo de residuo?	0	3	4		FC1/ FD1	El protocolo de gestión de residuos es adecuado y los almacenes cumplen los requisitos para minimizar riesgos de contacto.			
52	¿Todos los envases y contenedores se encuentran etiquetados e identificados correctamente?	0	3	4		FC1	Todos los contenedores para residuo Clase VI, que hemos encontrado en la visita de campo, estaban etiquetados correctamente.			
53	¿El etiquetado de envases y contenedores es adecuado y correcto?	0	3	4		FC1	El etiquetado es correcto y está actualizado.			
54	¿En envases y contenedores se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4		FC1	La fecha y zona de generación queda indicada en el registro de cada almacén intermedio.			
55	¿Todos los Recipientes y contenedores están marcados con el logo y texto Citotóxico?	0	3	4		FC1	Evidenciado en la comprobación de etiquetado en visita de campo.			
	PROCESO: Identificación Residuos Químicos (Clase V)									
56	Las zonas de almacenamiento de residuos Clase V, ¿Están clara y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4		FC1/ FD1	La zona de almacenamiento y sus contenedores para residuos de mantenimiento y RAEES se encuentran en el pasillo del área de mantenimiento. Algunos como las lámparas LED se almacenan directamente en el suelo.  (OBSERVACIÓN 2)			
57	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los residuos Clase V?	0	3	4		FC1	Se evidencia que se realiza segregación de residuos Clase V. Si bien, los residuos de mantenimiento y RAEE se almacenan de manera inadecuada en almacenes no específicos.			
58	¿Todos los bidones, garrafas y recipiente, se encuentran etiquetados e identificados correctamente?	0	3	4		FC1	Las garrafas comprobadas durante la visita de campo estaban etiquetadas, segregadas y se identificaban claramente.			
59	¿El etiquetado de envases y contenedores es adecuado y correcto?	0	3	4		FC1	El Etiquetado es correcto y esta actualizado.			
60	¿En envases y contenedores se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4		FC1	La fecha y zona de generación queda indicada en el registro de actividad de cada almacén.			
	PROCESO: Identificación Residuos Radioact	ivos	(Cla	ase	VII)					
61	¿Las zonas de almacenamiento de residuos Clase VII, están claras y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4	N/A	FC1/ FD1	El Hospital no genera este tipo de residuos.			
62	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los Residuos Radioactivos?	0	3	4	N/A	FC1				
63	¿Todos los envases y contenedores se encuentran etiquetados e identificados correctamente?	0	3	4	N/A	FC1				
64	¿El etiquetado de envases y contenedores es adecuado y correcto?	0	3	4	N/A	FC1				
65	¿En envases y contenedores se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4	N/A	FC1				

	AODEOTO A AUDITAD	EVALUACION		ON	EVIDENCIAS Y		
N°	ASPECTO A AUDITAR	Т	Р	N	N/A		OBSERVACIONES
	PROCESO: Manipulación						
66	¿Los protocolos para la manipulación de residuos, están identificados y al alcance del personal?	0	3	4		FC1	Existe un procedimiento escrito, al alcance del personal en la intranet.
67	¿Existe algún tipo de autorización especial para la manipulación de residuos específicos? Si es así, ¿el personal que se encarga de su manipulación está convenientemente autorizado?	0	3	4		FD1/ FD2	No existe ninguna autorización específica para la Manipulación de Residuos. El personal que los manipula tiene un uniforme diferente al del personal sanitario, por lo que se les identifica rápidamente y utilizan el ascensor del circuito de sucio para el transporte interno ( no el de personal sanitario), pero no tienen llave u otro tipo de método que restrinja el acceso y pueda servir como autorización.
68	¿Existen equipos de protección individual (EPIs) para la manipulación de residuos peligrosos?	0	3	4		FC1	Existen y se utilizan. Verificado en visita de campo.
69	¿Existe un plan de prevención elaborado para casos de emergencia o accidente?	0	3	4		FC1	Existe, está redactado y registrado, y además está al alcance del personal en la Intranet del Hospital.
	PROCESO: Transporte						
	INTRAC	CENT	ΓRO	)			
70	El traslado interno de los residuos, ¿Tiene un circuito alternativo (circuito limpio y sucio) que evite las vías de circulación de los pacientes, visitantes y personal del hospital?	0	3	4		FD1/ FC1	Al igual que ocurría en Móstoles el Circuito de sucio, debido a la disponibilidad arquitectónica, está obligado a discurrir por zonas comunes al personal en algún punto, pero en este caso además, al menos en una de las zonas (Hospitalización quirúrgica), discurre por zonas comunes a Pacientes y visitantes (Por delante de habitaciones).
71	¿El traslado interno de residuos se realiza adecuadamente cumpliendo los requisitos marcados en la normativa?	0	3	4		FC1	El protocolo es adecuado.
72	En caso de usar ascensores, ¿se utilizan unos diferentes a los usados para alimentos, personal, pacientes o visitantes?	0	3	4		FD1/ FC1	En el transcurso de la auditoría se evidencio un buen uso de los ascensores, sin embargo, de camino a la auditoria de Viales, se detecta en el ascensor del circuito Sucio, un carro con bandeja de comida (independientemente que estuviesen llenas o vacías, es un incumplimiento grave). Además al no tener llave u otro método de restricción de paso, cualquier paciente o visitante podría equivocarse. (OBSERVACIÓN 4)
73	¿Se cumplen la frecuencia mínima de retirada indicada en normativa para cada tipo de residuo (Clases III y VI)?	0	3	4		FC1	Revisamos el registro de actividad de los almacenes intermedios de Hospitalización quirúrgica detectándose que la recogida de residuos no se registra los domingos, por lo que no tenemos evidencia de que cumplan la frecuencia mínima de retirada.  (OBSERVACIÓN 5)

74	¿Existe registro de frecuencia de recogida de	0	ာ	Л		EC4	. Verificado en Hospitalización
/4	residuos?	0	3	4		FC1	Quirúrgica, UCI y Diálisis.
75	¿Los residuos Clases III, V y VI se transportan individualmente y separados de los demás?	0	3	4		FC1	En la visita de campo nos encontramos un peón de limpieza transportando en un carro residuos Clase III (Banco de sangre). Nos confirmó que el carro de transporte se utilizaba solo para RRSS Peligrosos y que se limpiaba/ Desinfectaba con Frecuencia.
76	¿Los residuos permanecen identificados y segregados en el transporte?	0	3	4		FC1	Se verificó en el transporte de los Residuos del Banco de sangre.
77	¿Existen diagramas de flujo o planos específicos para el transporte de residuos?	0	2	3		FD2	Existen figuras manuscritas de las distintas plantas, con los circuitos y depósitos intermedios y finales, si bien no están demasiado claros, ni tampoco fácilmente disponibles para el personal.
78	¿Existen carros o medios de transporte exclusivos según el tipo de residuo?	0	2	3		FC2	Es el mismo carro, pero se usa de manera individual con cada residuo.
	EXTRA	CEN	TRC	)			
79	¿El transporte de los residuos los realiza una empresa autorizada?	0	3	4		FC1	Consenur Todos los Peligrosos. Además para cartón, vidrío y demás (Carpa, Recycling Hispania, Recuperaciones Pérez).
80	¿Se verifica el estado de los contenedores de residuos, la ausencia de fugas y el vehículo en el transporte?	0	3	4		FC1	Los peones de limpieza verifican el estado de los contenedores en el almacén. Además se hace revisión de la matrícula y autorización del camión de transporte.
81	¿Se encuentran registrados los datos de la empresa de transporte autorizado?	0	2	3		FC2	Verificado.
82	En caso de incumplimiento del transportista, ¿se registra la incidencia?	0	2	3	N/A	FC2	No hay ninguna registrada desde que se contrató el servicio.
83	¿Existe un Gestor Autorizado para cada tipo de residuo?	0	3	4		FC1	En Residuos Peligrosos es CONSENUR, pero tiene un contrato por cada Residuo. CARPA está autorizada para RNP y RP, es subcontrata de CONSENUR.
84	¿Se encuentran registrados los datos del gestor de residuos autorizado?	0	2	3		FC2	Verificado.
85	En caso de incumplimiento del gestor de residuos, ¿se registra la incidencia?	0	2	3	N/A	FC2	No hay ninguna registrada desde que se contrató el servicio. En caso de tenerla y de ser importante, Lucia, Responsable del servicio, la hubiese registrado en Gescal, sino fuese importante se registraría en el cuadro de incidencias.
86	¿Se cumple la frecuencia mínima de recogida para cada tipo de residuo?	0	3	4		FC1	Al ser Productores de Residuos Peligrosos con una producción media mensual de más de 1000Kg, la frecuencia de recogida es de 72h (Art18 Decreto 83/1999). Ellos tienen marcado como días de recogida martes y viernes, por lo que incumplirían la frecuencia de recogida mínima exigida, del viernes al martes (96h). (OBSERVACIÓN 6)

		1				Registros del transportiata
87	¿Existe registro de frecuencia de recogida de residuos?	0	3	4	FC1	Registros del transportista, actividad de Residuos, Partes de control de pesadas
88	¿Existen y se archivan los contratos con las diferentes empresas transportistas y gestoras autorizadas?	0	3	4	FC1	Verificado.
89	¿Existen y se archivan las autorizaciones de las empresas transportista y gestora?	0	3	4	FC1	Verificado.
	PROCESO: Almacenaje					
90	¿Todos los almacenes y puntos de recogida de residuos cumplen la normativa vigente?	0	3	4	FC1	Se verifica que son adecuados.
91	¿Existe un registro de la gestión de residuos intracentro?	0	2	3	FC1	Verificado. Registro de actividad de residuos.
92	Aparte de las zonas de recogida establecidas, ¿Existen almacenes intermedios para el almacenamiento temporal de los diferentes residuos producidos?	0	2	3	FC1/ FD1	Existen, verificándose sus condiciones en Hospitalización quirúrgica y UCI.
93	Los almacenes intermedios, ¿son adecuados y cumplen con los requisitos mínimos obligatorios?	0	3	4	FC1	No hay evidencias de incumplimiento, todos los almacenes revisados cumplen con los requisitos obligatorios.
94	Los almacenes intermedios ¿disponen de equipos y productos de limpieza y desinfección del área en caso de vertido o derrame accidental?	0	3	4	FC1	Existen kits de derrames, pero resultan insuficientes, sólo hay dos equipos para todo el Hospital: Hospital de día y Farmacia. Según se indica en el Art15 del Decreto 83/1999: "Cada local destinado al depósito intermedio de residuos dispondrá de los equipos y productos adecuados para las labores de limpieza y desinfección del área en caso de vertido o derrame accidental de residuos biosanitarios o citotóxicos".  (OBSERVACIÓN 7)
95	¿Existen puntos de recogida o almacenes intermedios refrigerados para Clase III y/o Clase VI?	0	1	2	FC2/ FD2	para Citotóxicos en los puntos de producción.
96	¿Existen zonas perfectamente identificadas, destinadas al almacenamiento final de los residuos?	0	3	4	FC1	Se verifica su existencia y correcta identificación. Los almacenes finales están identificados y solo puede acceder personal autorizado (personal de limpieza) con llave.
97	¿Los residuos en el depósito final se encuentran segregados e identificados?	0	3	4	FC1	Hay un almacén por cada tipo de Residuo. Se comprueba que están Segregados e identificados correctamente.
98	Los contenedores en la zona de almacenaje final, ¿tienen tapa y están protegidos contra roedores e insectos?	0	3	4	FC1	Los contenedores en el almacenaje final están tapados y protegidos.
99	Los contenedores en el almacenaje final, ¿se encuentran alejados de los conductos de ventilación del hospital?	0	3	4	FD2/ FC1	Separados físicamente del Hospital por la vía de acceso de transportistas.
100	¿Hay escalones en la zona de acceso del transportista a la zona final de almacenamiento?	0	3	4	FC1	La vía de acceso no presenta escalones.
101	La zona final de almacenaje, ¿está dotada de equipos contra incendio?	0	3	4	FD2/ FC1	Tienen sistemas de extinción de incendios comunes y accesibles desde cualquier almacén.
102	La zona final de almacenaje, ¿dispone de productos para la limpieza y desinfección y se llevan a cabo dichas labores?	0	3	4	FC1	Existe una toma de agua y manguera para limpieza de contenedores, que puede llegar a cualquiera de los almacenes desde donde está situada. Los

103	¿Existen almacenes finales diferenciados, específicos y adecuados para cada tipo de residuo	0	1	2	FC	almacenes de peligrosos se limpian con lejía por el personal de limpieza unas 3 veces/año. Los cubos de RSU se limpian con lejía en el área de limpieza todos los días, cuando se bajan los cubos.  Cada almacén es individual y está clara y correctamente identificado.
104	peligroso? ¿El depósito final presenta contenedores específicos para los distintos tipos de residuos?	0	3	4	FC	Cada almacén tiene los contenedores específicos para
105	¿El almacenamiento de los residuos es inferior a dos años, o a seis meses si se trata de residuos Clase V?	0	3	4	FC	los tipos de residuo que guarda.  Los residuos Clase III, V y VI son retirados dos veces por semana. (martes y viernes).
106	¿El almacenamiento final de residuos presenta un control de acceso?	0	3	4	FC:	No hay un control de acceso físico, pero el transportista necesita que la persona autorizada le abra el almacén para realizar el transporte. Por lo que sí que tiene un control de acceso a los Residuos.
107	¿Los accesos al área están diferenciados para la gestión externa y la gestión interna de los residuos?	0	2	3	FC:	Verificado, las dos zonas están
108	¿El área de depósito final dispone de un espacio destinado a la recepción, clasificación y entrega de los residuos a los gestores externos?	0	2	3	FC:	El depósito final tiene un muelle donde el transportista carga los residuos que tenga que transportar. Estos residuos se sacan del almacén especifico del que se trate, donde anteriormente han sido clasificados.
109	¿Existen dentro del área de trabajo del depósito final equipos y productos para actuar en caso de derrames y vertidos accidentales?	0	3	4	FC <sup>2</sup>	i lina conia dei nian de
110	¿El almacén de Clase III, V y VI dispone de desagüe cerrado en todo momento, para evitar que en caso de derrame este vierta a la red de saneamiento pública?	0	3	4	FC	Se verifica que el desagüe esta cegado y que tienen un método y equipo de actuación ante derrames.
111	¿Hay un espacio para alojar los envases y contenedores vacíos de los residuos peligrosos?	0	3	4	FC	limpiados. Sí existe un almacén para los contenedores limpios de estos residuos, proporcionados por el gestor.
112	¿Los almacenes de residuos finales y/o de contenedores finales, presentan las juntas de la pared con las del suelo continuas, están dotados de toma de agua para facilitar la limpieza y presentan ventilación eficaz que impide la entrada de pájaros, roedores e insectos?	0	3	4	FC	No se limpian con agua. Aunque en caso de necesidades puntuales, utilizan la manguera de la zona de limpieza de contenedores, que llega a todos los almacenes. Para desaguar utilizan un aragán.  No pueden entrar pájaros, roedores o insectos.
113	¿En el depósito final se lleva a cabo una inspección visual de contenedores, comprobando que están en perfecto estado y adecuación, que no están rotos, sucios, etc., y en caso contrario son devueltos al	0	3	4	FC	Los peones de limpieza comprueban los contenedores al almacenarlos. Sólo los recogen de los almacenes intermedios si están conveniente tapados.

	gestor?						
114	¿En el depósito final se llevan a cabo tareas de pesaje y cuantificación de residuos peligrosos?	0	3	4		FC1	Verificada la presencia de bascula y registro diario de pesaje de residuos. Está pesada se realiza sin descontar el peso de los contenedores, por lo que el peso debe ser "aproximado" o de referencia con el que hace el transportista.
115	¿Se comprueba que la retirada es adecuada (según normativa) de los distintos residuos generados en el hospital, principalmente los de Clase III y Clase VI?	0	3	4		FC1/ FD1	El protocolo de retirada es adecuado, si bien la frecuencia de retirada por el gestor no lo es.
116	Residuos Radioactivos Clase VII: ¿El Hospital dispone de un almacén para el depósito de este tipo de residuos hasta que baja la actividad de los mismos y son recogidos por gestor autorizado?		3	4	N/A	FC1	No se producen residuos radiactivos.

<b>N</b> 10	ACRECTO A AURITAR	EV	ALU	JAC	ION		EVIDENCIAS Y
Nº	ASPECTO A AUDITAR	Т	P	N	N/A		OBSERVACIONES
	PROCESO: Calidad			_			
117	¿El personal que pueda entrar en contacto o manipular los diferentes tipos de residuos se encuentra perfectamente identificado?	0	3	4		FC1	Todo el personal en contacto con RRSS está identificado.
118	¿Se cumple con la uniformidad del personal que trabaja en la manipulación de residuos?	0	3	4		FC1	Todo el personal que nos hemos encontrado en la visita está uniformado correctamente.
119	¿Se adoptan las medidas de prevención y protección personal a la hora de manipular los diferentes tipos de residuos peligrosos?	0	3	4		FC1	Todo el personal que hemos identificado en la manipulación de RRSS llevaba guantes pe protección.
120	¿El personal encargado de la manipulación de residuos (sobre todo peligrosos), dispone de instrucciones y protocolos de actuación a su alcance?	0	3	4		FC1	Existen protocolos, procedimientos e instrucciones sobre la manipulación de RRSS disponibles en la intranet del Hospital. Si bien tendrían que fomentar la formación en este punto, ya que al menos dos personas del personal, no supieron explicar el mecanismo para obtener esta información. Alfonso Jiménez personal de limpieza, no supo respondernos sobre el protocolo de actuación en caso de este tipo de emergencia, refiriéndonos como única acción llamar a su superior. Tampoco sabía de la existencia de un plan de emergencias, ni supo explicar cómo acceder a él a través de la intranet. (OBSERVACIÓN 8)
121	¿Todo el personal que pueda estar en contacto con residuos peligrosos, tiene la formación adecuada y conocimientos suficientes, para llevar a cabo la manipulación de residuos peligrosos sin riesgo alguno?	0	3	4		FC1	Se comprueba la formación de Alfonso Jiménez y Miguel González (Peones de limpieza de Residuos), el último curso que nos proporcionan es del 02/06/2014 (PRL para personal de limpieza). No existe un plan de formación anual, sino que se propone formación específica en función de las necesidades detectadas. Se recomienda una revisión más exhaustiva de las necesidades de formación o al menos del control de formación mínima, ya que tener un curso en 4 años resulta escaso. Se evidencia necesidad de formación para que el personal sepa acceder a ciertos documentos relacionados con la gestión de recursos en la intranet. (RECOMENDACIÓN 1)
122	¿Existe algún sistema o plan de calidad implantado que incluya el servicio de Residuos Urbanos y Sanitarios?	0	1	2		FC2	Los RRSS se contemplan dentro de varios sistemas y procedimientos, como: sistema de Calidad ISO 9001, medioambiental ISO14001, ISO 50001, OSHAS, procedimiento de emergencias ambientales, evaluación de aspectos medioambientales, etc.
123	¿Existe un plan o procedimiento de Control y Gestión de Residuos?	0	3	4		FC1	Lo tienen documentado como tal y es accesible a los trabajadores.
	PROCESO: Sistemas de Información y Cont	rol					
124	¿Existen registros de Control y Seguimiento de residuos?	0	3	4		FC1	Existen numerosos registros de control y seguimiento. Se comprueba la trazabilidad con: Albaranes e

210		EV	'ALI	JAC	ION		EVIDENCIAS Y
Nº	ASPECTO A AUDITAR	Т	Р	N	N/A		OBSERVACIONES
125	¿Existe un libro de registro o archivo cronológico	0	3	4		FC1	informe de transportista, informe del gestor, Registro de actividad de residuo del hospital, además existen registros de recogida y pesaje de RRSS.  Se verifica que existe y se utiliza para realizar el ejercicio de
126	¿Existe una trazabilidad completa de los residuos desde el punto de generación hasta su eliminación final?	0	3	4		FC1	trazabilidad.  Se comprueba la trazabilidad de los Residuos relacionando el control de pesadas del transportista (camión), el albarán o la hoja de porte, el control de pesos del gestor y el registro de actividad de Residuos. En la verificación, se detecta un error en el alabaran de recogida del 26/09/17 que no ha sido encontrado ni registrado por el responsable de Gestión. En este albarán se registra que se han recogido 9 cubos de R.Clase V, cuando en realidad fueron 2, como se verifica después en el informe del transportista y el registro de actividad, y también se registran 44 Cubos de R.Clase III cuando tendría que ser 49, verificándose de igual modo. Es un problema puntual, pero no hay constancia de registro que lo evidencie. Al proponer otro ejercicio de trazabilidad, para comprobar si es un fallo importante de protocolo, se verifica que se rellena de manera correcta.
127	Aparte de los documentos anteriores, ¿existe una gestión documental para indicadores, reportes, incidencias, incumplimientos y errores?	0	2	3		FC2	Disponen de cuaderno de incidencias, cuadro de indicadores, cuadro de mandos KPIs Qualicus (New 2018), memorias de actividad.
128	¿Se elaboran los informes, memorias y declaraciones necesarios para el control de los residuos y el cumplimiento de la legislación aplicable?	0	3	4		FC1	Disponen de estudio de minimización de mayo de 2017 presentado a la CAM. Por normativa, el hospital está exento de elaborar memoria anual de residuos clase II y clase VI, o declaración anual de residuos peligrosos. Las declaraciones las hace el gestor para sus residuos, incluidos los del hospital.
129	¿Se encuentra toda la información registrada accesible para los trabajadores?	0	1	2		FC2	Accesible para los trabajadores relacionados con la Gestión de Residuos, a través de la intranet del Hospital. En la plataforma GESCAL abren NC para cualquier servicio. Para 2019 se sustituirá por QUALIOS que se utilizará para cualquier incidencia de gestión de calidad. A estas plataformas y a la gestión de calidad solo tienen acceso los responsables de proceso/servicios. El resto de la intranet pueden acceder todos los trabajadores.
130	¿Se registran y actualizan los formatos de etiquetas correspondientes a envases, recipientes y contenedores?	0	3	4		FC1	El gestor es quien proporciona las etiquetas, fijándolas en los contenedores limpios que lleva en cada transporte. Se verifica que están convenientemente actualizadas.

		ΕV	'ALI	JAC	ION		EVIDENCIAS Y
No	ASPECTO A AUDITAR	Т	Р	N	N/A		OBSERVACIONES
	PROCESO: Normativa y Reglamento						
131	¿Se dispone de la autorización del gestor de residuos? ¿Se encuentra en vigor?	0	3	4		FC1	Es parte de la documentación entregada por el Hospital. SRCL CONSENUR CEE, S.A. dispone de renovación de autorización de RNP y RP de fecha 23/12/2016.
132	¿El hospital dispone de la autorización (NIMA) como productor de residuos peligrosos?	0	3	4		FC1	Se ha actualizado la Normativa y ya no es necesaria está autorización, siempre y cuando la Comunidad de Madrid haya asignado un Nº NIMA (Nº de identificación medioambiental) para el productor de residuos. Verificado.
133	¿Se ha elaborado un plan de ordenación y/o de minimización de residuos biosanitarios y citotóxicos?	0	3	4		FC1	Disponen de plan de producción de residuos peligrosos del hospital (memoria de actividad) de 2008. Los cambios en la ubicación de puntos de recogida y de almacenamiento con las ampliaciones del hospital se van indicando en los planes de minimización.
134	¿Se dispone del documento de aceptación (Contrato de Tratamiento) del gestor autorizado?	0	3	4		FC1	Verificado.
135	¿Se comprueba la matrícula y la documentación de los vehículos de transporte en cada retirada?	0	3	4		FC1	Se realiza una inspección de Matricula del camión de transporte (4465GVZ), comprobando que es un camión autorizado. En caso de no cumplir los requisitos, no se llevaría la carga. Lo hace la encargada de limpieza. Está presente en retiradas y permite el acceso al gestor.
136	¿Se registran los incumplimientos y/o incidencias relacionadas con la normativa?	0	2	3		FC2	Las incidencias relacionadas con RRSS y medioambiente (Registro de incidencias, documentación y legislación) se registran a través de una herramienta informática llamada "INTRAL", normativa actualizada. Se reevalúa cada 6 meses. Se verifica el siguiente registro de NC y AC: HV/Al2017/NC004-HV/Al2017/AC005. No figura código LER del Residuo que retiran.
137	¿Se realiza periódicamente un control documental de la gestión de residuos?	0	2	3		FC2	Mínimo cada 3 años, pero si hay una actualización de Normativa o un cambio importante en el procedimiento o registros de Gestión, se aprovecha para revisar y actualizar la documentación del sistema.
138	¿Se requiere al gestor autorizado el certificado de destrucción o de depósito/vertido, especificando la cantidad gestionada?	0	3	4		FC1	El gestor se encarga de la eliminación. Presentan certificado de eliminación, incluyendo cantidades.
139	¿Se incluyen fecha, cantidades, pesos y demás características significativas, en los albaranes de retirada?	0	3	4		FC1	Además del peso, fecha y tipo de residuos, la matrícula del camión del transportista: 4465GVZ y los datos del Gestor.
140	¿Antes de la retirada de RRSS Clase I y II se dispone de la autorización de vertido a vertedero, en su caso?	0	3	4		FC1	CARPA como gestor de no peligrosos dispone de autorización (Contrato de Tratamiento) de 6/7/2016 para depositar los residuos en vertedero controlado gestionado por la Mancomunidad del Sur, situado en Pinto para residuos urbanos y asimilables a urbanos.

		EV	EVALUACION				EVIDENCIAS Y	
Nº	ASPECTO A AUDITAR	Т	Р	N	N/A		OBSERVACIONES	
141	¿Antes de cada retirada de Residuos Peligrosos se realiza la correspondiente "Notificación Previa de Traslado de Residuos Peligrosos" con suficiente antelación al organismo competente dependiendo del destino final del residuo?	0	3	4		FC1	El gestor dispone de una autorización del productor para realizar los traslados de residuos (Notificación Telemática de Traslado), así como otras gestiones (documentos de aceptación, NPT, etc). El gestor prepara las NPT.	
142	¿Se cumplimenta el Documento de Identificación de los residuos y se comprueba que contiene los datos correctos del tipo de residuo, cantidad y fecha?	0	3	4		FC1	En la CAM todavía se sigue denominando Documento de Seguimiento y Control.	
143	¿Se recoge el albarán o documento de retirada de residuos con la firma del conductor?	0	3	4		FC1	Disponen de albaranes de retirada. No firma el conductor, aunque aparece su nombre en el albarán. Se recomienda que el conductor firme la hoja de porte para verificar que es quien conduce el camión en el momento de la recogida. (RECOMENDACIÓN 2)	
	PROCESO: Incidencias del Servicio							
144	¿Existe un registro actualizado y cronológico de incidencias, reclamaciones de pacientes y fallos?	0	3	4		FC1	Se verifica su existencia, es el mismo sistema utilizado para la gestión de incidencias relacionadas con gestión de RRSS y Transporte. Comprobamos NC relacionada con la Gestión de Residuos: Rotura de compactadora de R.Clase ly II, se comprueba que existe un seguimiento de las acciones y el día 23/07/14, se evidencia otra NC en la que se especifica que la compactadora sigue estropeada y que ha tenido que verterse unos cubos de RRSS urbanos en la compactadora de cartón.	
145	¿Se aplican acciones correctoras para solucionar las incidencias, reclamaciones o fallos?	0	3	4		FD1	Verificado.	
146	¿Se realiza un seguimiento de las reclamaciones de pacientes?	0	3	4	N/A	FD1	Verificado. Aunque nunca han tenido una reclamación de paciente.	
147	¿Se realiza un seguimiento de las incidencias y fallos?	0	3	4		FD1	Sí, como hemos comentado antes se realiza a través de INTRAL. Periódicamente (cada 2-3 meses) se reúne el Comité de Medio Ambiente donde se analizan los "cortes observacionales" anteriores, tomando las acciones correctoras oportunas.	
148	¿Las acciones correctoras propuestas, se cierran en el plazo fijado?	0	2	3		FC1	Las acciones que hemos verificado se habían cerrado en el plazo fijado. Periódicamente se llevan a cabo reuniones donde se analizan los "cortes observacionales" anteriores comprobando si se han implementado.	
149	¿Existe un registro de acciones correctoras?	0	3	4		FC1	La plataforma INTRAL, sirve como libro de registro de NC y AC.	

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

#### **OBSERVACIONES:**

- 1. La Limpieza de contenedores para RRSS Clase I y II no es suficiente. En inspección visual de 3 contenedores, encontramos guantes adheridos en el fondo de los contenedores en 2 de ellos.
- 2. Almacenes no específicos para residuos químicos de mantenimiento y RAEES. Algunos directamente en el suelo.
- 3. El Circuito de sucio, obligado a discurrir por zonas comunes al personal por zonas comunes a Pacientes y visitantes (Por delante de habitaciones en hospitalización quirúrgica).
- Se detecta en el ascensor del circuito Sucio, un carro con bandeja de comida.
- 5. El registro de actividad de los almacenes intermedios de Hospitalización quirúrgica no evidencia que cumplan la frecuencia mínima de retirada (No registran las recogidas el domingo).
- 6. No se cumple la frecuencia mínima de recogida de 72h en el depósito final para residuos peligrosos. (días de recogida martes y viernes, del viernes al martes 96h).
- 7. kits de derrames insuficientes. Sólo dos para almacenes intermedios en todo el hospital.
- 8. Se verifica que el responsable de limpieza y el personal que nos atendió en diálisis, no sabían acceder a la documentación relacionada con residuos (Plan de emergencia) de la intranet del sistema.

### **RECOMENDACIONES:**

- 1. Se recomienda una revisión más exhaustiva de las necesidades de formación o al menos del control de formación mínima.
- 2. La firma del conductor en la hoja de porte como verificación.

Firma del auditor	Firma del auditado
	Función:



# CUESTIONARIO DE AUDITORÍA

Código						
Edición	Fecha edición					
1	19.01.18					

Hospital Auditado	Hospital Infanta Elena de Valdemoro
Servicio Auditado	Servicio de Conservación de Viales y Jardines
Fecha de la Auditoría	06 de Febrero de 2018
Equipo auditor	V. Villarejo/A. Guzmán/J.L. González
Responsable del Servicio auditado	Jorge Álvarez Poveda – Responsable de Mantenimiento
Otros interlocutores	Leticia Müller - Responsable de Calidad

RESULTADO DE LA AUDITORÍA					
Total deméritos posibles :	258 - 13N/A =245				
Deméritos obtenidos:	13				
Porcentaje de deméritos :	5,31 %				
RESULTADO: 100% - (% deméritos)	94,69%				

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

		EVALUACION					
Nº	ASPECTO A AUDITAR	Т	Р	N	N/A	EVID	ENCIAS Y OBSERVACIONES
	PROCESO: CONSERVACIÓN DE JARDINES						
1	¿Existe un procedimiento documentado para el mantenimiento de los jardines?	0	3	4		FC1	Creado en 2012 e Incluido dentro del Procedimiento Global de mantenimiento en GEMAO. Único hospital con jardinería NO subcontratada
2	¿Existe un Plan de poda: Estacional o anual, documentado?	0	3	4		FC1	Incluido dentro del Manual de mantenimiento: Programación Mensual y Check-List.
3	¿Se utilizan preferentemente especies autóctonas y de poco consumo de agua? (riego sostenible)	0	3	4		FC2	Plantas áridas y serófilas de poco consumo agua. Romeros, Lavandas y olivos aunque tienen mimosas. Requieren mantenimiento genérico
4	¿El riego se hace dentro de lo posible con agua reciclada, y se usan productos químicos que respeten el medio ambiente?	0	2	3		FC2	Agua de cubierta y agua planta de osmosis. Agua de bajo %Ca o Mg análoga a la de Parla o Pinto.
5	¿Los abonos utilizados contienen productos químicos mínimamente agresivos y controlados?	0	3	4		FC2	Mantillo vegetal (evita malos olores). No uso habitual fertilizantes o fumigadores. Último uso herbicidas hace 3años subcontratando a UNICA
6	¿Se desarrollan las actividades de jardinería que puedan interferir en la accesibilidad durante el horario de perfil bajo?	0	3	4		FD2	Escasa actividad. Recortes 2-3h/mes en horario de perfil bajo
7	¿Se indica la zona de trabajo con señales verticales o luminosas (noches o días nublados)?	0	3	4		FD2 FC2	En uso desbrozadora: Vallas obra y conos
8	Durante las labores de jardinería, ¿los vehículos de trabajo tienen señalización luminosa y sonora durante su movimiento?	0	3	4	N/A	FD1 FC2	<b>No aplica</b> : Sólo equipos manuales, desbrozadora de hilo y fumigadora de gasolina
9	¿La recogida y eliminación de residuos derivados de la actividad se hace según el protocolo referente a Residuos?	0	3	4		FD2 FC2	Se tratan como RSU. Van a la compactadora. Si son talas grandes o troncos va a voluminoso
	PROCESO: ACCESIBILIDAD						
10	¿Existe un procedimiento documentado para el mantenimiento y la limpieza de las vías de acceso?	0	3	4		FC1	Responsable: Jorge Álvarez Poveda. Procedimiento Global mantenimiento en GEMAO
11	¿Están las vías de tránsito mantenidas en condiciones seguras y debidamente señalizadas para facilitar el acceso al Centro de todos los usuarios?	0	3	4		FD2 FC2	Vías debidamente señalizadas pero pudiendo no ser seguras por el mal aparcamiento (observación 1)
12	¿Existen planos y carteles informativos de la ubicación de los accesos?	0	2	3		FD1	Evidenciado en inspección visual: 3 Tótems con indicaciones ubicación
13	¿Se desarrollan las actividades de mantenimiento y limpieza que puedan interferir en la accesibilidad durante el horario de perfil bajo?	0	3	4		FD2	Actividades interferentes realizadas en horario cierre del centro (23-8h)
14	En caso de interferir en la accesibilidad, ¿Se indica la zona de trabajo con señales verticales o luminosas (noches o días nublados)?	0	3	4		FD2 FC2	Si interfiere en accesibilidad se delimita con vallas obra o de tela y conos.
15	En caso de usar maquinaría móvil para el mantenimiento y limpieza, ¿tienen señalización luminosa y sonora durante su movimiento?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado en inspección visual: Trabajos de asfaltadora con sonido mientras reparación.
16	¿Están las vías de circulación de personas y vehículos diferenciadas y señalizadas?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo
17	¿Existen espejos cóncavos en zonas de poca visibilidad para facilitar las maniobras de los vehículos de emergencia?	0	2	3	N/A	FD1	No Aplica: No zonas conflictivas
18	¿El pavimento es antideslizante en seco o mojado y está libre de resaltes, bordes o huecos que haga posible el tropiezo de personas?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual, Estando suelo mojado, éste no era resbaladizo
19	¿Se utiliza la diferenciación de textura y color, para informar del encuentro con otros modos de transporte?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo
20	¿Son adecuadas las características de los pasos de peatones en cuanto a recorrido, señalización, iluminación, posición, tiempos de recorrido y encuentro con otros?	0	3	4		FD2 FC2	No tienen señalización vertical pasos peatones en el aparcamiento exterior. (observación 2)

		EVALUACION T P N N/A					
Nº	ASPECTO A AUDITAR			N	N/A	EVID	ENCIAS Y OBSERVACIONES
21	¿Las escaleras, rampas y plataformas están limpias, con perfil antideslizante, en buen estado y libres de obstáculos?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo. Perfiles hormigón en bloque con el resto del escalón
22	¿El tramo de escaleras de acceso de un itinerario peatonal está complementado con una rampa?	0	3	4		FD2 FC2	Escalera desde aparcamiento subterráneo (empleados) a zona urgencias NO rampa adjunta (hay que dar la vuelta por la parte exterior del aparcamiento) pero sí se permite el acceso sin obstáculos.
23	¿Las escaleras disponen de barandillas de una altura no inferior a 90 cm en sus lados abiertos y de pasamanos en sus lados cerrados?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual. Diseñadas y construidas según el CTE/2006.
24	¿Las puertas de salida tienen el acceso visible y señalizado y se abren en dirección al exterior?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo.
25	¿La salida de peatones hacia vías de circulación está protegida mediante una barandilla que impide el acceso directo?	0	3	4	N/A	FD1 FC2	No aplica: No se da la situación
26	¿Se han evitado obstáculos en fachadas y otros elementos verticales a alturas inferiores a 2,10 metros?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo: Cumplen Art14. Ley 8/1993
27	En caso de estar realizando obras en la vía, ¿están los andamiajes, zanjas o cualquier otro tipo de obra señalizados y protegidos de manera que garanticen la seguridad física de los viandantes?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado durante inspección el uso de conos y vallas tanto de obra como de tela
	PROCESO: APARCAMIENTO						
28	¿Están reservadas de manera permanente y tan cerca como sea posible de los accesos peatonales plazas debidamente señalizadas para vehículos que transporten personas en situación de movilidad reducida?	0	3	4		FD2 FC2	Cumplen Art.12. Ley 8/1993.En Urgencias: 16 plazas minusválidos en la puerta y las otras 16 están distribuidas por el resto del recinto.
29	En caso de aparcamiento subterráneo, ¿cuenta con ascensor adaptado o practicable?	0	3	4		FD2 FC2	Es sólo para empleados pero el ascensor es Practicable
30	¿Está delimitada el área de la plaza destacándose su condición por tener su superficie color azul e incorporar el símbolo de accesibilidad?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo. Cumplen Art.12. Ley 8/1993.
31	¿Está el área de acercamiento dotada de una señal vertical por el símbolo de accesibilidad y la inscripción "reservado a personas con movilidad reducida"?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual. Señal vertical pero sin inscripción. Cumplen Art.12. Ley 8/1993.
	PROCESO: PLAN DE EMERGENCIA						
32	¿Existen protocolos de notificación de la emergencia?	0	3	4		FD2 FC2	Director Plan Actuación ante Emergencias: Marta Sánchez Menan Incluidos en el Plan Autoprotección octubre 2015
33	¿Se realiza mantenimiento de la eficacia y actualización del plan de autoprotección?	0	3	4		FD2 FC2	Programa mantenimiento Anexo V Plan Autoprotección, actualizándose mediante simulacros
34	¿Se realizan simulacros periódicos de emergencias para comprobar la efectividad en la evacuación y accesibilidad al centro?	0	3	4		FD2 FC2	Mínimo 1 al año. Hubo dos en 2017. 01/03/17:Parcial.Evacuación trabajadores por humo y derrame en planta -1. Timeline: 15min 31/12/17: Simulacro incendio con Camión Bombero por incendio en planta 2. Timeline: 14min.
35	Existe un punto de concentración o reunión exterior de fácil acceso y amplitud suficiente en caso de evacuación?	0	3	4		FD2 FC2	NO está señalizado. Justificación Hospital: Como cada integrante del plan sabe dónde es, ellos guían a los evacuados hasta el punto evitando situaciones de pánico y descontrol. (observación 3)
36	¿Están los medios de extinción, columnas secas y BIES en su lugar de ubicación, visible y accesible?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual. Documentada en Anexo IV del Plan de Autoprotección: localización exacta, características y propiedades.

		EVALUACION			CION	EVIDENCIAS V ODSEDVACIONES	
Nº	ASPECTO A AUDITAR	Т	Р	N	N/A	EVID	ENCIAS Y OBSERVACIONES
37	¿Se garantiza que los vehículos de emergencia tengan acceso directo a las instalaciones de la Institución y a las fachadas de los edificios?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual de Acceso total.
38	¿Se garantizan vías de evacuación alternativa en caso de incendio o cualquier otra eventualidad?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual la existencia de vías alternativas e indicadas en Plan Autoprotección.
39	¿Dichas vías alternativas han sido acordadas con el Servicio de Bomberos y con Protección Civil?	0	3	4		FD2 FC2	A nivel Municipio Valdemoro y CAM
40	¿Existen bolardos desmontables para facilitar el acceso de los Servicios de Bomberos y Protección Civil?	0	1	2	N/A	FD2	No Aplica: No hay bolardos en zonas de acceso al hospital
41	¿Las puertas de emergencia se abren hacia el exterior y no están cerradas con llave? (Se prohíben, como puertas específicamente de emergencia, las correderas o giratorias)?	0	3	4		FD2 FC2	Demostración de que cada puerta corredera automática tiene a cada lado una puerta evacuación que se abre al exterior dándole un golpe
42	En caso de avería de la iluminación general, ¿están las vías equipadas con iluminación de seguridad suficiente conforme a lo establecido en el RD 485/1997 y RD 513/2017?	0	3	4		FD2 FC2	Cumplen legislación según RD513/2017.Sección 1ª.Punto 15 e Indicado en el Plan Autoprotección
	PROCESO: CALIDAD						
43	¿La Sociedad concesionaria ofrece un programa preventivo de mantenimiento de viales y jardines trimestral en el que se identifique y planifique todo el trabajo preventivo, la naturaleza del mismo y las zonas afectadas?	0	3	4		FD1 FC1	Rev.3meses: CCTV (cámaras de vigilancia) Rev.6meses: Señal vertical y horizontal y Puertas automáticas (GRUPSA) Rev.1/año: Pavimento, bordillos, PCI (subcontratado) y Bombeos fachada
44	¿Están definidas las personas, las funciones y responsabilidades encargadas de la conservación de viales y jardinería?	0	3	4		FC1	Incluido en el Manual de Mantenimiento
45	¿Está el personal de conservación de viales y jardinería correctamente uniformados para ser identificados?	0	1	2		FC1	Uniformado según Manual de Estilo y Señalización del SERMAS
46	¿Está el personal encargado de la conservación de viales y jardines formado, entrenado y dotado de los EPIs necesarios, en función de los riesgos a los que puedan verse sometidos?	0	3	4		FD2 FC2	Curso anual PRL y dotados de EPIs: Guantes, gafas, botas, mono papel, etc.
47	¿Se realiza una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores de conservación de viales y jardinería?	0	3	4		FD2 FC2	De todos los trabajadores junto con permiso para trabajos en altura y confinamientos
48	¿Existe personal informativo y apoyo a la accesibilidad?	0	2	3		FD1 FC1	Chaquetas verdes y Auxiliares. Controlan el tráfico de pacientes y usuarios en periodos de máxima afluencia.
49	¿El personal de apoyo está debidamente formado y uniformado para facilitar su localización?	0	2	3		FD1 FC1	Formados y uniformados según protocolo interno.
	PROCESO: MEDIOS AUXILIARES						
50	¿Se mantienen en perfecto estado el mobiliario y estructuras externas de las instalaciones realizando un mantenimiento programado, preventivo y correctivo?	0	3	4		FD2 FC2	Sólo hay papeleras con mantenimiento Correctivo, no Preventivo. No hay bancos para disuadir el tabaquismo. (observaciones 4 y 5)
51	¿Existe un plan de mantenimiento periódico de herramientas, maquinaria y vehículos utilizados en conservación de viales y jardines?	0	3	4		FC2	Check-List sacado de mantenimiento recomendado del fabricante y según manual interno.
52	Se realizan el mantenimiento mínimo que se debe realizar a los aparatos, equipos y sistemas de protección contra incendios, aplicable en todos los usos, establecido en el RD 1942/1993?	0	3	4		FD2 FC2	Periódico, revisado y registrado cumpliendo con la legislación según Tablas I y II del RD513/2017.

		EVALUA		EVALUACION			CION	EVIDENCIAS V ODSEDVACIONES		
Nº	ASPECTO A AUDITAR	Т	Р	N	N/A	EVID	ENCIAS Y OBSERVACIONES			
53	¿Las fuentes de luz artificial están protegidas para no interferir en el campo visual del usuario?	0	3	4		FD2 FC2	Cumplen legislación RD 486/1997 de PRL y UNE-EN 60588 con cubiertas correspondientes. No focos. Además están cambiando a Leds			
54	¿Permiten las fuentes de luz percibir contrastes y profundidad de los objetos, con el fin de evitar efectos estroboscópicos según el RD 486/1997?	0	3	4		FD2 FC2	Cumplen legislación RD 486/1997 de PRL			
	PROCESO: SISTEMA DE INFORMACIÓN Y CONTROL									
55	¿Se guardan y se revisan registros de los mantenimientos realizados a herramientas, maquinaria y vehículos utilizados en las operaciones de conservación de viales y jardinería?	0	3	4		FC1	Evidenciado con la Documentación facilitada en registro de GEMAO			
56	¿Se guardan los registros derivados de la actividad de jardinería?	0	3	4		FC1	Evidenciado en OT nº 65168 del 30/12/2017: Jardinería general			
57	¿Se guardan y se revisan los registros de los mantenimientos y limpieza periódicos de viales?	0	3	4		FC1	Evidenciado en OT nº 64918 del 20/11/2017: Pavimentación anual viales.			
58	¿Se guardan y se revisan los registros de simulacros en situaciones de emergencia para comprobar la eficacia de evacuación y accesibilidad al centro?	0	3	4		FC2	Visto en la documentación los registros de Simulacros del 01/03/2017 y 31/12/2017.			
	PROCESO: NORMATIVA Y REGLAMENTOS									
59	¿Se garantizan las rutas de acceso conforme a la normativa de supresión de barrera arquitectónicas?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual que cumplen Legislación porque se ha diseñado y construido según el CTE/2006			
60	¿Se facilitan rutas de acceso alternativas que garanticen la supresión de barreras arquitectónicas para personas con discapacidad?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual que cumple leyes 8/ 1993 y 15/1995			
61	¿Hay al menos, una de cada 50 plazas reservadas para personas con movilidad reducida conforme al Nº Parking /Discapacitado establecido por ley?	0	3	4		FD2 FC2	Parking -1 empleados: 224Plazas Superficie pública: 352 plazas Discapacitados:21 Plazas Uso preferente:11 Plazas			
62	¿Existe un Plan de Autoprotección?	0	3	4		FD2 FC2	Plan Autoprotección de octubre de 2015			
	PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO									
63	¿Se lleva a cabo un registro y control de incidencias en las actividades de jardinería?	0	3	4		FC1	Visto en la Documentación facilitada e incluidos dentro de mantenimiento			
64	¿Se lleva a cabo un registro y control de incidencias en las actividades de mantenimiento y limpieza?	0	3	4		FC1	Control Preventivo y Correctivo de usuario o personal. Se avisa a mantenimiento y éste abre hoja de incidencia. Si Mantenimiento mientras hace su labor ve anomalía se abre ficha para registro.  No hay incidencias de usuarios.			
65	¿Se lleva a cabo un registro y control de quejas, reclamaciones o sugerencias interpuestas por usuarios del centro?	0	3	4		FC1	21 /06/ 2017 hubo una sugerencia por mal aparcamiento y necesidad de más plazas de discapacitados			
66	¿Se toman acciones correctivas para solucionar las incidencias producidas?	0	3	4		FD1 FC2	Visto in-situ en la Documentación facilitada			
67	¿Las reclamaciones, sugerencias o agradecimientos se gestionan en un plazo máximo de 30 días como indica la Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria?	0	2	3		FC2	Contestado en 15 días como propósito de tiempo de respuesta como objetivo interno			

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

- 1. Señalizar visiblemente zonas prohibido aparcar y se debería concertar un acuerdo con los servicios municipales de movilidad del ayuntamiento de Valdemoro para la gestión del mal aparcamiento. Previniendo, que dadas las características intrínsecas del centro si hubiera una emergencia, los Servicios de Emergencia Externa no encuentren dificultades de este tipo en su acceso.
  - En caso de aparcar en una plaza de discapacitado (azul) o de movilidad reducida (verde) sin la tarjeta correspondiente, llamar a grúa para concienciación total de no aparcar en zonas reservadas para tal fin.
- 2. Los pasos de peatones están señalizados en el suelo, sin embargo, carecen de señalización vertical en la zona del parking. Se recomienda señalizar verticalmente los pasos de cebra para dar mayor cobertura a su visibilidad.
  - Este punto es de gran importancia porque debido al mal aparcamiento delos usuarios se dificulta en muchos casos la visibilidad de estos.
- **3.** Los puntos de reunión no están señalizados como deberían estar, independientemente de que los servicios de emergencia internos designados en el Plan de Emergencia guíen hasta el punto acordado, mejorando la evacuación y su acceso a aquellas personas que se puedan despistar durante la misma.
- **4.** Realizar mantenimiento preventivo además de correctivo.
- 5. El mobiliario exterior sólo está provisto de papeleras. No hay bancos para el descanso puntual de usuarios. Debido a que se pretende disuadir el tabaquismo, en tal caso, se debería aplicar la normativa antitabaco según Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

En este punto, además es importante la aplicación de la mencionada Ley, puesto que se encontraron las jardineras al acceso principal llenas de colillas. Sería recomendable mayor presencia de los servicios de seguridad del hospital en el exterior.

En conclusión, no se puede privar al usuario de una comodidad como es la de tener bancos de descanso puntual, por no involucrarse en atajar el incivismo ante el tabaquismo.

Firma del auditor	]	Firma del auditado
		Función: