

## INFORME

**AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS  
HOSPITALES INFANTA ELENA (VALDEMORO), REY  
JUAN CARLOS (MÓSTOLES), GENERAL DE VILLALBA Y  
DE TORREJÓN (LOTE 3)**

**EXPEDIENTE: PA SER-41/2018-AE**

# HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS DE MÓSTOLES



**MAYO 2019**

## ÍNDICE

1.	OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	1
2.	INFORME EJECUTIVO.....	1
3.	METODOLOGÍA DESARROLLADA.....	4
4.	SERVICIO DE LIMPIEZA .....	9
4.1.	OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA .....	9
4.2.	DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.....	9
4.3.	COMPROBACIONES POSITIVAS .....	11
4.4.	PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.....	23
4.5.	INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	24
4.5.1.	INCIDENCIAS MEDIAS.....	24
4.5.2.	INCIDENCIAS LEVES .....	25
4.6.	INCIDENCIAS DETECTADAS .....	25
4.6.1.	INCIDENCIAS CRÍTICAS .....	25
4.6.2.	INCIDENCIAS MEDIAS.....	27
4.6.3.	INCIDENCIAS LEVES .....	55
4.7.	EVIDENCIAS DOCUMENTALES .....	57
4.7.1.	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA .....	57
4.7.2.	FICHA TÉCNICA TOALLITAS EMPLEADAS EN ZONAS ALTO RIESGO .....	59
5.	SERVICIO DE DESINFECCIÓN, DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN .....	62
5.1.	OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	62
5.2.	DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA .....	62
5.3.	COMPROBACIONES POSITIVAS .....	62
5.4.	PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.....	63
5.5.	INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	63
5.6.	INCIDENCIAS DETECTADAS .....	63
6.	SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA.....	64
6.1.	OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	64
6.2.	DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.....	64
6.3.	COMPROBACIONES POSITIVAS .....	65
6.4.	PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.....	104
6.5.	INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	104
6.5.1.	INCIDENCIAS LEVES .....	104
6.6.	INCIDENCIAS DETECTADAS .....	118
6.6.1.	INCIDENCIAS LEVES .....	118
7.	SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN.....	122
7.1.	OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	122
7.2.	DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA .....	122
7.3.	COMPROBACIONES POSITIVAS .....	124
7.4.	PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.....	165
7.5.	INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	165

7.6. INCIDENCIAS DETECTADAS .....	165
7.6.1. INCIDENCIAS LEVES .....	165
8. SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS .....	169
8.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA .....	169
8.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA .....	169
8.3. COMPROBACIONES POSITIVAS .....	171
8.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO .....	182
8.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	182
8.5.1. INCIDENCIAS MEDIAS .....	182
8.5.2. INCIDENCIAS LEVES .....	185
8.6. INCIDENCIAS DETECTADAS .....	187
8.6.1. INCIDENCIAS CRÍTICAS .....	187
8.6.2. INCIDENCIAS MEDIAS .....	191
8.6.3. INCIDENCIAS LEVES .....	193
9. SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES .....	199
9.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA .....	199
9.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA .....	199
9.3. COMPROBACIONES POSITIVAS .....	201
9.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO .....	219
9.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	220
9.5.1. INCIDENCIAS MEDIAS .....	220
9.5.2. INCIDENCIAS LEVES .....	223
9.6. INCIDENCIAS DETECTADAS .....	223
9.6.1. INCIDENCIAS LEVES .....	223
9.7. EVIDENCIAS DOCUMENTALES .....	224
9.7.1. FICHAS DE SEGURIDAD DE PRODUCTOS .....	224
10. SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA .....	243
10.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA .....	243
10.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA .....	243
10.3. COMPROBACIONES POSITIVAS .....	249
10.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO .....	267
10.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	267
10.6. INCIDENCIAS DETECTADAS .....	268
10.6.1. INCIDENCIAS MEDIAS .....	268
11. SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO .....	269
11.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA .....	269
11.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA .....	269
11.3. COMPROBACIONES POSITIVAS .....	270
11.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO .....	315
11.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	315
11.6. INCIDENCIAS DETECTADAS .....	315
12. SERVICIO DE EXPLOTACIONES COMERCIALES .....	316
12.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA .....	316

---

12.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA .....	316
12.3 COMPROBACIONES POSITIVAS .....	317
12.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO .....	339
12.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	339
12.6. INCIDENCIAS DETECTADAS.....	339
13. PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO .....	340



## 1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del contrato lo constituye la prestación de un servicio de AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD que permita obtener información objetiva del cumplimiento por parte de la Sociedad Concesionaria, de las obligaciones contractuales en relación a la prestación de los servicios no sanitarios.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoría Operativa realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles (expediente PA SER-41/2018-AE), con alcance en los siguientes Servicios No Asistenciales:

- Servicio de Limpieza
- Servicio de Desinfección, Desinsectación y Desratización
- Servicio de Seguridad y Vigilancia
- Servicio de Esterilización
- Servicio de Gestión de Residuos Sanitarios
- Servicio de Conservación de Viales y Jardines
- Servicio de Gestión de Almacenes y Distribución Logística
- Servicio de Apoyo Administrativo
- Servicio de Explotaciones Comerciales

## 2.-INFORME EJECUTIVO.

Se ha verificado el grado de cumplimiento de la documentación aportada, así como las incidencias detectadas en la auditoría anterior de los siguientes servicios no asistenciales:

- Limpieza
- Desinfección, Desinsectación y Desratización
- Seguridad y Vigilancia
- Gestión de Residuos Sanitarios
- Viales y Jardines
- Esterilización
- Gestión de Almacenes y Distribución-Logística
- Apoyo Administrativo
- Explotaciones Comerciales

Se han detectado el siguiente número de incidencias por cada servicio, según su criticidad:

SERVICIO	CRÍTICAS	MEDIAS	LEVES	TOTALES
Limpieza	2	15	2	19
Desinfección, Desinsectación y Desratización				0
Seguridad y Vigilancia			3	3
Gestión de Residuos Sanitarios	3	3	3	9
Viales y Jardines			1	1
Esterilización			1	1
Gestión de Almacenes y Distribución-Logística		1		1
Apoyo Administrativo				0
Explotaciones Comerciales				0

A continuación, se exponen las incidencias detectadas en cada instalación, con indicación de su criticidad y si son o no reincidentes de la auditoría anterior:

### **LIMPIEZA**

Con la tipología de "metodología", hacemos referencia al grado de cumplimiento del sistema de trabajo implantado.

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Botella de agua en el carro	CRÍTICA	NUEVA
Botella de agua en el carro	CRÍTICA	NUEVA
Medidas de retención en almacenamiento de productos	MEDIA	REINCIDENTE
Limpieza de zonas sucias a limpias	MEDIA	REINCIDENTE
Dosificadores no conectados	MEDIA	NUEVA
Calidad de la limpieza	MEDIA	NUEVA
Calidad de la limpieza	MEDIA	NUEVA
Calidad de la limpieza	MEDIA	NUEVA

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Calidad de la limpieza	MEDIA	NUEVA
Calidad de la limpieza	MEDIA	NUEVA
Metodología	MEDIA	NUEVA
Calidad de la limpieza	MEDIA	NUEVA
Calidad de la limpieza	MEDIA	NUEVA
Calidad de la limpieza	MEDIA	NUEVA
Calidad de la limpieza	MEDIA	NUEVA
Metodología	MEDIA	NUEVA
Metodología	MEDIA	NUEVA
Formación en maquinaria	LEVE	REINCIDENTE
Calidad limpieza	LEVE	NUEVA

### DESINFECCIÓN, DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN

No procede

### SEGURIDAD Y VIGILANCIA

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Registro de rondas	LEVE	REINCIDENTE
Control accesos a los vestuarios	LEVE	REINCIDENTE
Zonas desconectadas de la Central	LEVE	NUEVA

### GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Galga de las bolsas de basura	CRÍTICA	NUEVA
Bolsas de basura en el suelo	CRÍTICA	NUEVA
En la compactadora no se utilizan guantes riesgo mecánico	CRÍTICA	NUEVA
Guantes de seguridad	MEDIA	REINCIDENTE
Bolsas de basura exceden el 75% de su capacidad	MEDIA	REINCIDENTE
Limpieza de contenedores mientras se vacían	MEDIA	REINCIDENTE
Rollo de papel como material absorbente en kit de derrames	LEVE	REINCIDENTE
Documentación de retirada de residuos	LEVE	NUEVA
Suciedad en contenedores de residuos	LEVE	NUEVA

### GESTIÓN DE VIALES Y JARDINES

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Señalización direccional en el exterior	LEVE	REINCIDENTE

### ESTERILIZACIÓN

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Trazabilidad en soporte informático	LEVE	NUEVA

### GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Identificación de referencias en almacenillos de planta	MEDIA	NUEVA

### APOYO ADMINISTRATIVO

No procede

### EXPLOTACIONES COMERCIALES

No procede

## 3.-METODOLOGÍA DESARROLLADA.

La metodología general ha consistido en lo siguiente:

#### FASE I: PLANIFICACIÓN INTERNA DEL SERVICIO DE AUDITORÍA

El equipo auditor de GESMAN ha trabajado en la definición de lo siguiente:

- Procesos y subprocesos principales a auditar
- Parámetros clave y actividades de control
- Condiciones de las mediciones: técnicas, muestras, periodicidad,...
- Documentación inicial requerida
- Programa de trabajo

#### FASE II: PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO AL SERMAS, AL OBJETO DE SU REVISIÓN Y EN SU CASO APROBACIÓN

---

### FASE III: RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA Y ESTUDIO DOCUMENTAL

La documentación solicitada ha sido la siguiente:

#### SERVICIO DE LIMPIEZA:

- Manual de procedimientos
- Programa de limpiezas a fondo para el mes de Octubre y Noviembre de 2.018.
- Relación de productos a emplear según zona y aprobados por Medicina Preventiva.

#### SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA:

- Planes de catástrofes internas o emergencias (Plan de Autoprotección)
- Plan de catástrofes externas.
- Registro de incidencias del mes de Octubre de 2.018.
- Número de vigilantes en turno de mañana, en turno de tarde y de noche y carnets de los mismos.
- Procedimiento de control de accesos, en caso de disponer de él.
- Procedimiento de gestión de rondas, en caso de disponer de él.
- Hoja resumen de los cursos previstos en el Plan de Formación del año 2.019.

#### SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS:

- Documento de aceptación del gestor de residuos sanitarios.
- Plan de gestión de Prevención de Riesgos Laborales.
- Hoja resumen de los cursos previstos en el Plan de Formación del año 2.019.
- Certificados de formación en PRL del personal adscrito al Servicio de Limpieza, responsable de la retirada de los residuos.

#### SERVICIO DE VIALES Y JARDINES:

- Programa de mantenimiento del segundo trimestre de 2.018.
- Planos con indicación de las rutas de acceso
- Planos con indicación de las rutas de accesos a los vehículos de emergencia.
- Planos con indicación de las vías de evacuación alternativas en caso de incendio o cualquier otra eventualidad.
- Ficha de seguridad de los productos empleados
- Fichas de las especies vegetales existentes en el Hospital

SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN:

- Licencia de la Central de Esterilización.
- Procedimiento de control y trazabilidad de productos, en caso de disponer de él.
- Procedimiento de control de calidad.
- Stock de seguridad, tanto de textil como de instrumental.

SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA:

- Procedimiento de trazabilidad en el almacenamiento y distribución, en caso de disponer de él.

SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO:

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

SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES Y MATERIALES:

- Protocolo de actuación en incendios
- Inventario de equipamiento para la prestación del servicio
- Manual de procedimientos, en caso de disponer de él. (avisos programados y no programados, comunicación, ejecución, gestión de órdenes,...)

EXPLORACIONES COMERCIALES:

Cafetería-bar y comedor:

- Certificado ISO 9.001 o equivalente de la cafetería-bar, comedor público y comedor de personal.
- Proyecto sobre seguridad e higiene.

Servicio de aparcamiento:

- Relación de las áreas para uso preferente de aparcamiento.
- Tarifas de aparcamiento.
- Nº total de plazas de aparcamiento y nº total de plazas para minusválidos

Servicio de teléfono y televisores en habitaciones y zonas comunes:

- Tarifas de teléfono y servicio de televisión.

La auditoría anterior analizada es la correspondiente al año 2.016, a excepción de la del Servicio de Seguridad y Vigilancia, que corresponde con la del año 2.018.

El estudio documental ha consistido en lo siguiente:

- Determinar los subprocesos y actividades que a priori pueden ser críticas
- Revisar los resultados de Auditorías anteriores y los Planes de Acción correspondientes
- Analizar con detalle el Manual de procedimientos vigente elaborado en base al Protocolo Básico del Servicio y al PPTe

#### FASE IV: PRESENTACIÓN A LAS SOCIEDADES CONCESIONARIAS DEL PLAN DE VISITAS PARA SU ESTUDIO Y ANÁLISIS

GESMAN mantuvo una reunión con la Sociedad Concesionaria en fecha 1/03/19 para presentación del Proyecto y el Plan de visitas.

#### FASE V: VISITAS IN SITU PARA LA RECOPIACIÓN DE LOS DATOS NECESARIOS

GESMAN visitó los hospitales, de acuerdo con el calendario propuesto, al objeto de recabar la información precisa, así como las evidencias documentales, visuales y técnicas que permitan el seguimiento de los hallazgos de auditoría

#### FASE VI: ANÁLISIS Y PROCESADO DE LOS DATOS

GESMAN realizó lo siguiente a partir de la información obtenida:

- Procesar los datos obtenidos con el fin de realizar un análisis funcional exhaustivo del servicio y del estado del inmueble y las instalaciones
- Determinar los subprocesos y actividades críticas que pueden originar los problemas que afecten la calidad y disponibilidad del servicio
- Revisar los resultados de Auditorías anteriores y los Planes de Acción correspondientes

#### FASE VII: PROPUESTA DE CAMBIOS Y MEJORAS

- Clasificar las incidencias según criterios establecidos
- Definir medidas para la mejora de las ya existentes o desarrollo de nuevas actuaciones
- Elaborar una propuesta de PLAN DE ACCIÓN, en el que se asociarán las incidencias detectadas, con las propuestas de mejora para solucionarlas.

FASE VIII: ANÁLISIS DE PARÁMETROS ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

- Análisis de los resultados de los parámetros definidos, elaboración del CUADRO DE MANDO y propuesta del PLAN DE SEGUIMIENTO de los mismos.

FASE IX: REDACCIÓN DE LOS INFORMES

FASE X: PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL Y RESUMEN EJECUTIVO A LA UNIDAD TÉCNICA DE CONTROL

FASE XI: PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL Y RESUMEN EJECUTIVO A LA SOCIEDAD CONCESIONARIA

FASE XII: ELABORACIÓN DE RESPUESTAS A ALEGACIONES/PLAN DE ACCIONES DE LAS SOCIEDADES CONCESIONARIAS, CUANDO PROCEDA.

## 4.-SERVICIO DE LIMPIEZA.

### 4.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoría Operativa en cuanto al Servicio de limpieza se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Rey Juan Carlos (expediente PA SER-41/2018-AE).

### 4.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. solicitó, la siguiente documentación, que fue recibida por GESMAN y analizada:

- Manual de procedimientos
- Programa de limpiezas a fondo para el mes de Octubre y Noviembre de 2018.
- Relación de productos a emplear según zona y aprobados por Medicina Preventiva.

Así mismo, es importante señalar que la normativa que ha sido tenida en cuenta para el análisis de la información del Servicio de Limpieza ha sido la siguiente:

- Resolución de 8 de mayo de 2013, de la Dirección General de Empleo, por la que se registra y publica el I Convenio colectivo sectorial de limpieza de edificios y locales.
- Real Decreto 349/1993, de 5 de marzo, por el que se modifica la Reglamentación Técnico-Sanitaria de Lejías aprobada por el Real Decreto 3360/1983, de 30 de noviembre.
- Real Decreto 770/1999, de 7 de mayo, por el que se aprueba la Reglamentación técnico-sanitaria para la elaboración, circulación y comercio de detergentes y limpiadores.
- Resolución de 18 de agosto de 2005, de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la inscripción en el registro y publicación del Acuerdo marco estatal del sector de limpieza de edificios y locales.
- ORDEN 288/2010, de 28 de mayo, por la que se regulan los requisitos técnicos generales y específicos de los centros y servicios sanitarios sin internamiento, y de los servicios sanitarios integrados en organización no sanitaria en la Comunidad de Madrid.
- Decreto 83/1999, de 3 junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de residuos biosanitarios y citotóxicos de la Comunidad de Madrid.
- 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.
- Real Decreto 180/2015, de 13 de marzo de traslado de residuos en el interior del estado.
- NTP 635: Clasificación, envasado y etiquetado de las substancias peligrosas.
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

GESMAN ha evaluado la prestación del servicio en al menos tres zonas de alto riesgo, dos de medio riesgo y una de bajo riesgo.

ZONAS DE ALTO RIESGO:

Quirófanos: quirófanos 2, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12 y pasillos de sucio y de limpio. Sala de procedimiento 1 y 2. Vestuarios

Bloque Obstétrico: Sala de Parto 1, 2, 3, 5 y 6

Reanimación: REA 1, 1-6, 1-3, 1-4, 1-2, 3, 3-1, 3-6

Neonatología: Exploración Neonatos 3, Neonatos Cuidados Intensivos 2, 3, 4 y 5

Unidad de Cuidados Intensivos: área y pasillos de acceso, box 15 y 16. Vestuarios

ZONAS MEDIO RIESGO:

Hospitalización 444, 332 y psiquiátrica 702

Urgencias

Consultas Externas

Hospital de Día

Diálisis

Esterilización

Radiodiagnóstico

ZONAS DE BAJO RIESGO:

Rehabilitación

Almacenes Intermedios

Salas de Espera y pasillos

Aseos públicos

#### 4.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

- La empresa presenta en los plazos estipulados los protocolos y manuales de procedimientos:
  - Subdivisión zonas limpieza a efectos de limpieza: alto riesgo, medio riesgo y bajo riesgo
  - Tiene programa de limpieza por zonas con periodicidad
  - Técnicas, procedimientos y productos a emplear

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA**  
CORP24.1/GM1  
Versión 4

## 03. LIMPIEZA

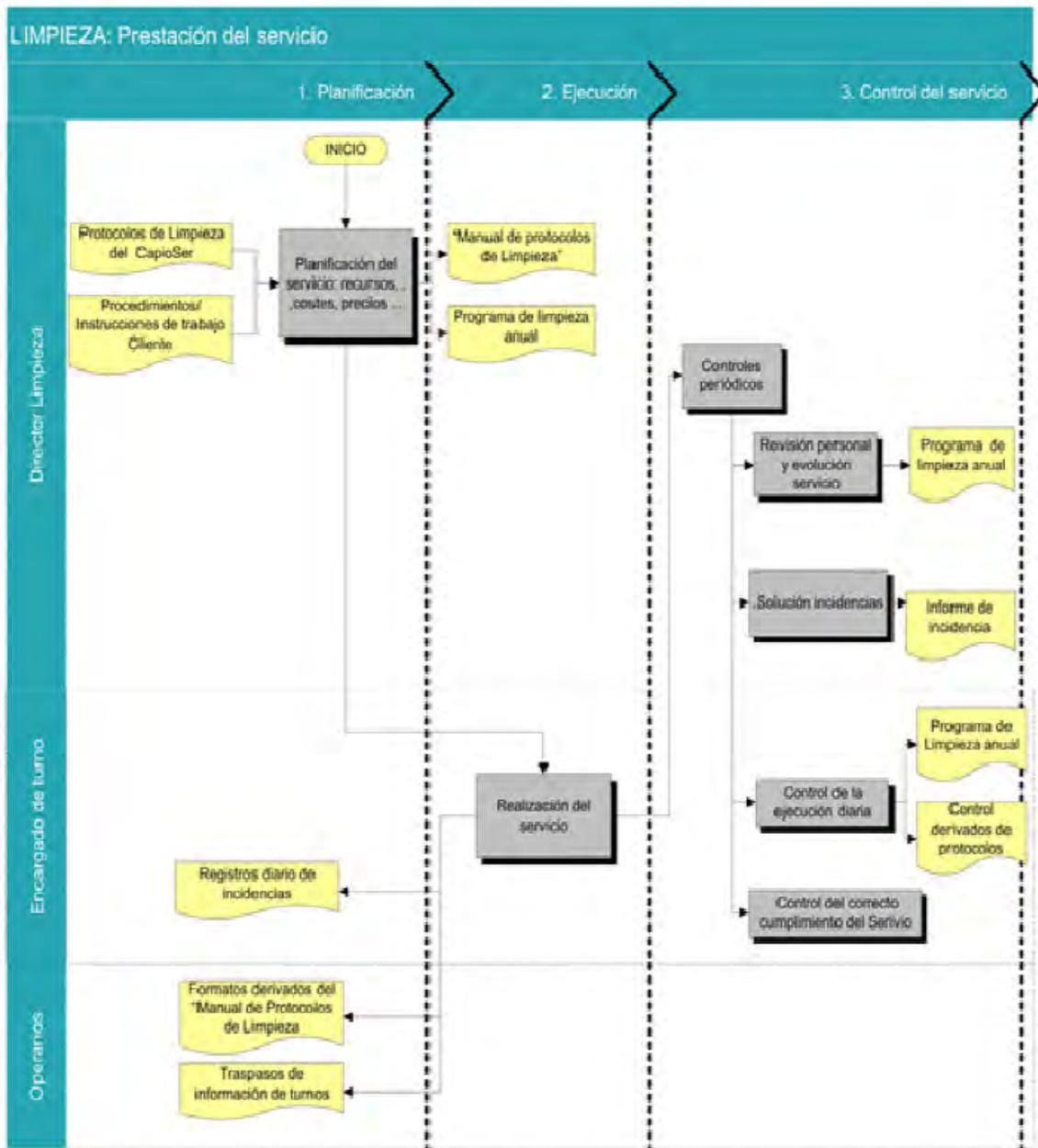
### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA  
CORP24.1/GM1  
Versión 4

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA

Redactado por:	Aprobado por:
<i>Nombre: Silvia Fernandez - Valmayor</i> <i>Cargo: Responsable de Servicios Generales Limpieza</i>	<i>Nombre: Dolores Pita Tenreiro</i> <i>Cargo: Directora Servicios Generales SPS</i>
<i>Nombre: Aranzazu Tejero Zarca</i> <i>Cargo: Responsable de Calidad SPS</i>	<i>Nombre: Eduardo Moreno Cere</i> <i>Cargo: Director General SPS</i>
<i>Fecha: Abril 2016</i>	<i>Fecha: Abril 2016</i>

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
3	Abril 2016	ACTUALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
4	Noviembre 2017	ACTUALIZACIÓN DE ALTO RIESGO, DEFINICIÓN DE TÉCNICA DE LIMPIEZA POR PREIMPREGNACIÓN, DEFINICIÓN DE NUEVOS PRODUCTOS.



- **P5: Protocolos de limpieza zonas bajo riesgo:**

P5.1 Normas de limpieza de zonas bajo riesgo (pasillos, administración, gimnasio...)

P5.2 Normas de limpieza zonas comunes: pasillos, escaleras, capilla, administración, talleres y almacenes, gimnasio, centralita, archivos generales, aulas de formación, salón de actos, biblioteca, capilla

P5.3 Normas de limpieza de paredes, techos y puntos de luz

P5.4 Normas de limpieza de cristales

P5.5 Normas de limpieza aseos públicos

P5.6 Normas de limpieza de ascensores

P5.7 Normas de limpieza de suelos

P5.8 Normas de limpieza de ordenadores

- **P6: Protocolos de limpieza zonas medio riesgo:**

P6.1 Normas de limpieza habitaciones pacientes sin aislamiento

P6.2 Normas de limpieza de resto de zonas de medio riesgo: área de hospitalización, hospital de día, radiología, radioterapia, laboratorios, controles de enfermería, anatomía patológica, mortuorio, urgencias, y banco de sangre, rehabilitación, consultas externas, farmacia, medicina nuclear, endoscopia digestivas, animalario, restauración, cocinas y comedores, lencería.

- **P7: Protocolos de limpieza zonas alto riesgo**

P7.1 BLOQUE A: Quirófanos, Paritorios, Sala de Radiología, Intervencionista, Áreas quirúrgicas de cirugía mayor ambulatoria, FIV.

P7.2 BLOQUE B: Salas de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis, Sala de Histeroscopia, Boxes de UCI, Unidad de cuidados Neonatales, unidades de Reanimación y despertar quirúrgico, autopsias, zona de preparación de Nutrición Parenteral, microbiología.

P7.3 BLOQUE C: Cabina de Citostáticos

P7.4 BLOQUE D: Habitaciones de infecciosos

Los protocolos de limpieza describen mediante fichas:

- Zonas de bajo, medio y alto riesgo
- Productos y técnicas de limpieza que deben emplearse
- Pautas de limpieza y periodicidad
- Recomendaciones

## 5.1 REGISTROS

Formatos de gestión del servicio

- F1 "Asignación puestos trabajo diario"
- F2 "Trasposos de información entre turnos"
- F3 "Registro de incidencias de Limpieza"
- F4 "Formato de registro de iniciales"
- F5 "Formato de especialización de los trabajadores"

Formatos de control de limpiezas derivados del "Manual de Protocolos de Limpieza":

- **P5/F1** " Formato de registro de limpieza diario zonas riesgo bajo"
- P5/F2 "Limpieza diaria de aseos Públicos"
- P5/F3 "Formato de identificación de aseos"
- P5/F4 "Formato limpieza cristales"
- P5/F5 "Formato de registro pulido de suelos"
- P5/F6 "Desinfección de ascensores"
- **P6/F1** "Formato de registro de limpieza diario zonas riesgo medio"
  - P6/F2 "Limpieza de habitaciones"
  - **P7/F1** "Formato de registro de limpieza diario zonas alto riesgo"
  - P7/F2 "Formato Limpieza de Quirófanos"
  - P7/F3 "Formato Limpieza de Paritorios"
  - P7/F4 "Formato Limpieza de Sala de Radiología"
  - P7/F5 "Formato Limpieza de Boxes de Urgencias"
  - P7/F6 "Formato de Limpieza de UCI"
  - P7/F7 "Formato de limpieza del área de citostáticos"

## 5.2 ANEXOS

- P1 Clasificación de las áreas de limpieza
- P2 Recursos materiales y técnicos
- P3 Buenas prácticas del personal de limpieza
- P4 Programa de Limpieza por Zonas
- P5 Protocolos de limpieza de zonas bajo riesgo
- P6 Protocolos de limpieza zonas medio riesgo
- P7 Protocolos de limpieza zonas alto riesgo
- P8 Procedimiento de buenas prácticas
- P9 Procedimiento de evaluación del servicio de limpieza

- Se verifica la existencia de una planificación de las limpiezas mensuales a realizar, con indicación de las fechas de las mismas:

**Actividad desarrollada**

**Cumplimiento limpieza planificada y programación limpieza planificada para el mes siguiente**

Zonas críticas	Áreas	Frecuencia Limpieza Planificada	Fechas de realización	Fechas previstas mes siguiente
Quirófanos	QUIROFANOS Y ZONAS COMUNES	MENSUAL	2.9.16.23.30/11/2018	7.14.21.28/12/2018
Unidades de Reanimación y despertar postquirúrgico	No aplica	MENSUAL	2.9.16.23.30/11/2018	7.14.21.28/12/2018
Neonatos	No aplica	MENSUAL	13.27 /11/2018	27 /12/2018
Central Esterilización	No aplica	MENSUAL	25/11/2018	23/12/2018
UCI	BOXES Y ZONAS COMUNES	MENSUAL	14.15/11/2018	19.20/12/2018
Diálisis	No aplica	EMPRESA SUBCONTRATADA MENSUAL	1 a 31	1 a 31
Urgencias (boxes y observación)	BOXES Y ZONAS COMUNES	MENSUAL	2.8.14.22.27 /11/2018	3.7.14.21.28 /12/2018
Banco de sangre	No aplica	MENSUAL	4.11.18.25.30/11/2018	2.9.16.23.30 /12/2018
Hospital de día	No aplica	MENSUAL	19/11/2018	20/12/2018
Habitaciones de aislamiento	LIMPIEZA EXAHUSTIVA AL ALTA DEL PACIENTE			
Sala de autopsias	No aplica	SEMESTRAL	15/11/2018	14/12/2018

FECHA: NOVIEMBRE / 2018

Zonas críticas	Áreas	Frecuencia Limpieza Planificada	Fechas de realización	Fechas previstas mes siguiente
Unidades especiales (a determinar en cada centro)				

Zonas semicríticas	Áreas	Frecuencia Limpieza Planificada	Fechas de realización	Fechas previstas mes siguiente
Radiodiagnóstico	No aplica	MENSUAL	3.10.17.24/11/2018	1.8.15.22/12/2018
Laboratorios	No aplica	MENSUAL	4.11.18.25.30/11/2018	2.9.16.23.30/12/2018
Endoscopia Digestiva	No aplica	MENSUAL	15.16/11/2018	15.16 /12/2018
Anatomía Patológica	No aplica	TRIMESTRAL	4.11.18.25.30/11/2018	2.9.16.23.30/12/2018
Servicio de Rehabilitación	No aplica	MENSUAL	3.10.17.24/11/2018	1.8.15.22.29/12/2018
Áreas de Consultas Externas	Todas las consultas incluidas: Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc.	MENSUAL	1 a 31	1 a 31
Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc.	Incluida limpieza general en las limpiezas rutinarias según necesidades			

Zonas semicríticas	Áreas	Frecuencia Limpieza Planificada	Fechas de realización	Fechas previstas mes siguiente
Resto de zonas de Hospitalización de enfermos		Incluida limpieza general en las limpiezas rutinarias según necesidades		
Otros	SERVICIO DE FARMACIA		30/11/18	28/12/18

Zonas comunes	Áreas	Frecuencia Limpieza Planificada	Fechas de realización	Fechas previstas mes siguiente
Vestíbulo principal	No aplica	SEMANAL	4.11.18.25/11/2018	2.9.16.23/12/2018
Escaleras	No aplica	SEMANAL	4.11.18.25/11/2018	2.9.16.23/12/2018
Otros(ascensores)	No aplica	SEMANAL	4.11.18.25/11/2018	2.9.16.23/12/2018
exteriores	No aplica	SEMANAL	4.11.18.25/11/2018	2.9.16.23/12/2018
parking	No aplica	MENSUAL	10/11/18	10/12/18

### Información adicional

Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio

- Se comprueban los siguientes registros en los que se verifica el cumplimiento de la ejecución de la limpieza planificada:
  - Central de esterilización: 25/11/18
  - Neonatos: 27/11/18
  - Diálisis del 1 al 31 de noviembre de 2.018 y diciembre de 2.018
- La limpieza se realiza de las zonas limpias hacia las sucias.
- Todo el material está colocado en el carro, así como las bolsas de basura.

- Los pomos se limpian diariamente con desinfectante.
- El agua no se emplea en ningún caso sola. (detergente + desinfectante en la concentración adecuada).
- Se retira el polvo con gamuza humedecida. No se pasa el mismo lado de la gamuza por distintas superficies.
- Las bayetas siguen el código de color recomendado por la OMS: Rojo W.C., Azul mobiliario, Amarillo sanitarios, Verde office de planta.
- Todo el material se enjuaga escrupulosamente al terminar cada unidad.
- El agua se cambia para cada habitación.
- Cuartos de baño: Diariamente se deja correr el agua de cisternas, lavacañas y todos los grifos que existan.
- Las bolsas de basura son cerradas antes de ser evacuadas.
- Las bolsas de basura no exceden el 75% de su capacidad.
- Vertederos: Se deja correr el agua junto con un detergente y después se deja 20 min actuando con lejía.
- Al finalizar la jornada se lavan bien todos los materiales empleados con agua caliente y detergente. Se introducen en desinfectante 20 min y se guardan secos.
- Los productos están debidamente etiquetados y en su envase.
- Se aporta relación detallada de los productos, así como su uso y concentración.
- Se realizan encuestas de satisfacción mensuales en las diferentes áreas del hospital:
  - Las habitaciones se limpian diariamente
  - Se realiza la limpieza de los aseos públicos
  - Se limpian las zonas de acceso al público
  - Se cumple la periodicidad de las limpiezas programadas.
  - El personal va debidamente uniformado e identificado.
  - No hay deficiencias en las limpiezas efectuadas

- Se cumple el uso, la concentración y los desinfectantes aprobados por Medicina preventiva:

LISTADO PRODUCTOS LIMPIEZA	DORP24 1/GM1/P2 4/F1 V4	ALTO RIESGO	MEDIO RIESGO	BAJO RIESGO
PRODUCTO	MARCA			
LIMPIADOR NEUTRO	SANIWASH		X	X
AMBIENTADOR	SANIWASH			X
DESENGRASANTE	ACTIVAL			X
LEJIA 1L	BUGA	X	X	X
LEJIA-DETERGENTE	BUGA	X	X	X
DECAPANTE	JONTEC FUTUR	X	X	X
LIMPIACRISTALES	SANIWASH	X	X	X
DETERGENTE-POLVO	VIMP CLOREX		X	X
TAPA POROS	H 16	X	X	X
CERA SUELO BRILLO	RESITOL	X	X	X
JABON DE MANOS 1L	CLEAR FOAM	X	X	X
JABON DE MANOS	DETER QUIMICA	X	X	X
LAVAVAJILLAS MANUAL	BUGA			X
SPRINT H 100 DESINFECTANTE	DIVERSEY	X	X	
LIMPIADOR SANITARIOS SANIWASH	LIMPIADOR WC		X	X
INSTRUNET	INSTRUNET ANIOS	X		
CRISTALIZADOR ROSA	CASELLI		X	X

Fdo. Ferrn de los Casos Calman  
Medicina Preventiva y salud Pùblica ..

- Se cumplen los protocolos y manuales de procedimiento aprobados:
  - La Responsable de limpieza (Gobernanta), dispone de un "registro de incidencias" cumplimentado
  - Se emplea la t9cnica de doble cubo

- o Se utilizan las bayetas humedecidas de cuatro colores:

Bayeta azul	Bayeta verde	Bayeta amarillo.	Bayeta roja.
Destinada a la limpieza de todas las superficies horizontales y verticales que hayan estado en contacto con los pacientes, excepto el suelo.	Destinada a la limpieza de todas las superficies horizontales y verticales consideradas comunes, a excepción del suelo.	Destinada a la limpieza de los aseos en todas las superficies excepto en el suelo y WC.	Destinada exclusivamente a la limpieza de los WC.

- o El carro de limpieza tiene cuatro cubos, que tienen el mismo color que las bayetas correspondientes
  - o Se emplea la técnica de doble cubo
  - o Se utiliza el sistema de preimpregnación de mopas y bayetas
- Se comprueba que los carros utilizados para la aplicación del doble cubo van equipados con lo siguiente:
    - o Bandeja para colocación de cubos de colores
    - o Bayetas de colores
    - o Cubos de colores
    - o Soporte para bolsa de basura
    - o Bolsas de plástico para recogida de basuras
    - o Bolsas de plástico para forrar cubos y papeleras
    - o Prensa
    - o Cubos para técnica de doble cubo
    - o Fregona
    - o Recogedor
    - o Haragán con fliselinas
    - o Estropajos
    - o Guantes de goma
    - o Espátula
  - Se comprueba que los carros utilizados para el sistema de preimpregnación o limpieza en plano son de tres bandejas dotados de lo siguiente:
    - o Cubetas para humedecer las mopas de microfibra
    - o Palos telescópicos para los soportes de las mopas
    - o Mopas de microfibra
    - o Bayetas de microfibra de diferentes colores
    - o Soporte para las bolsas de basura
    - o Bayeta absorbente para el secado

- o Estropajos
  - o Recipientes para desinfectantes con la dilución específica de la zona en la que se trabaje
  - o Recogedor
  - o Espátulas
  - o Dosificadores
  - o Bolsas de plástico para la recogida de basuras
  - o Bolsas de plástico para forrar cubos y papeleras
  - o Guantes de goma
- 
- Se ha comprobado que diariamente se desinfecta el equipamiento de limpieza empleado.
  - Se verifica que los pomos de puertas y barandillas de las escaleras se limpian diariamente.
  - Se comprueba que las superficies de zonas más altas se limpian con un elemento telescópico o especial impregnado con un agente de limpieza evitando dispersar el polvo.
  - Se corrigen las deficiencias que salen en los controles de calidad o inspecciones.
  - Se cumple cualquier obligación que pueda repercutir en el paciente/usuario.
  - La limpieza de quirófanos es correcta.
  - El resultado de la encuesta de satisfacción no se encuentra por debajo de 75%.
  - En las zonas con suelos mojados se señalizan mediante letreros indicativos con objeto de evitar resbalones y caídas de los usuarios:



- En la documentación remitida se ha podido evidenciar el cumplimiento de las frecuencias de las limpiezas diarias, éstas también visualmente, así como de las limpiezas generales, más específicas, realizándose semanal, mensual, trimestral y semestralmente, cumpliendo con lo requerido para garantizar la operatividad y/o uso de las Áreas Funcionales del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles. Se ha revisado la correcta ejecución de las limpiezas generales, evidenciándose un elevado grado de limpieza en todas las estancias inspeccionadas.
- Las Responsables de la Limpieza de cada turno organizan al personal de la limpieza diariamente y atienden las llamadas telefónicas del Personal del Hospital, en las que se les indican posibles incidencias, para su subsanación de forma inmediata. Se ha evidenciado en el momento de la auditoría operativa, la correcta subsanación de las incidencias por parte de los profesionales de la limpieza, cerrándolas de forma positiva en plazo y forma.
- Se ha valorado positivamente que, en el cambio de turno, las Profesionales de la Limpieza documenten en el registro correspondiente aquellas observaciones que se consideran necesarias para la correcta prestación del servicio de limpieza por parte de las profesionales del turno entrante.
- Se ha evidenciado la correcta formación en materia de Prevención de Riesgos Laborales de las/los Profesionales de la Limpieza, garantizándose en todo momento por parte de BEPERS el cumplimiento de la Legislación de Prevención de Riesgos Laborales para su Personal del Servicio de Limpieza. Se ha podido evidenciar de igual forma, tanto visual como documentalmente, la entrega de EPI's a las/los Profesionales de la Limpieza por parte de BEPERS.
- En relación con los indicadores de desinsectación y de desratización se ha podido evidenciar que la Empresa subcontratada para prestar ese servicio, AMBISAN, está inscrita en el Registro de Establecimientos y Servicios Plaguicidas.

#### 4.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

##### **PARÁMETRO 1: Calidad de la limpieza en zonas muy críticas**

Definición: Grado de limpieza detectado en las zonas muy críticas del Hospital

Nivel de cumplimiento exigible: 8 sobre 10

Frecuencia con la que debe realizarse la medición o toma de datos: mensual

Método de cálculo: media de las puntuaciones obtenidas para la limpieza de suelos, techos, paramentos verticales y horizontales de 5 estancias muy críticas del Hospital

Resultado: 8.5

## PARÁMETRO 2: Indicador del Servicio de Limpieza

$IN=0.3 \cdot \text{Frecuencia} + 0.7 \cdot \text{Calidad}$

Donde:

Frecuencia: Es el grado de cumplimiento de la frecuencia de limpieza mensual y trimestral durante el ejercicio 2.018

$\text{Calidad} = 0.6 \cdot \text{AR} + 0.3 \cdot \text{MR} + 0.1 \cdot \text{BR}$

Donde:

AR: Calidad de la limpieza en zonas de alto riesgo

MR: Calidad de la limpieza en zonas de medio riesgo

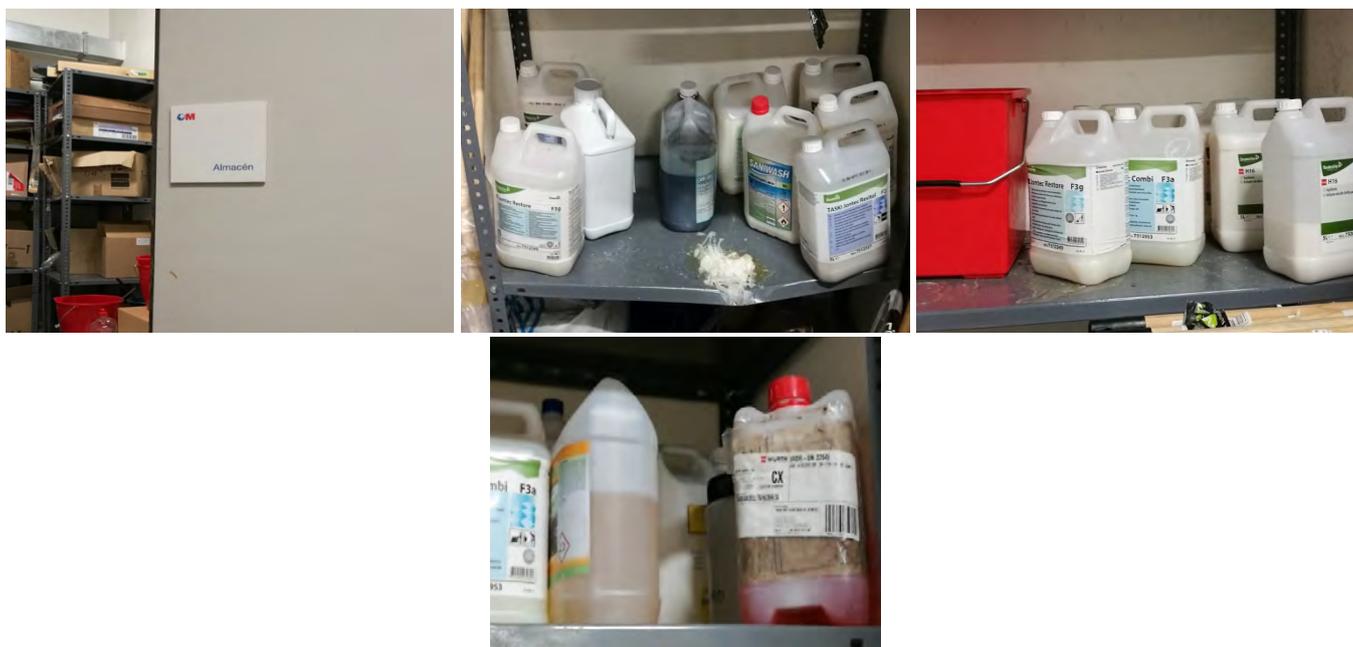
BR: Calidad de la limpieza en zonas de bajo riesgo

Resultado: 8.21

## 4.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.

### 4.5.1.-INCIDENCIAS MEDIAS.

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



2. **INCIDENCIA MEDIA:** Se debe realizar la limpieza partiendo de las zonas más limpias hacia las más sucias, ya que se pudo evidenciar que no se seguía dicho proceso durante la limpieza de quirófano, realizándose la limpieza de la camilla antes que las lámparas del mismo → **PENDIENTE DE SUBSANACIÓN**, ya que en la presente auditoría se ha observado que se limpiaba antes la mesa de quirófano que el resto de mobiliario.

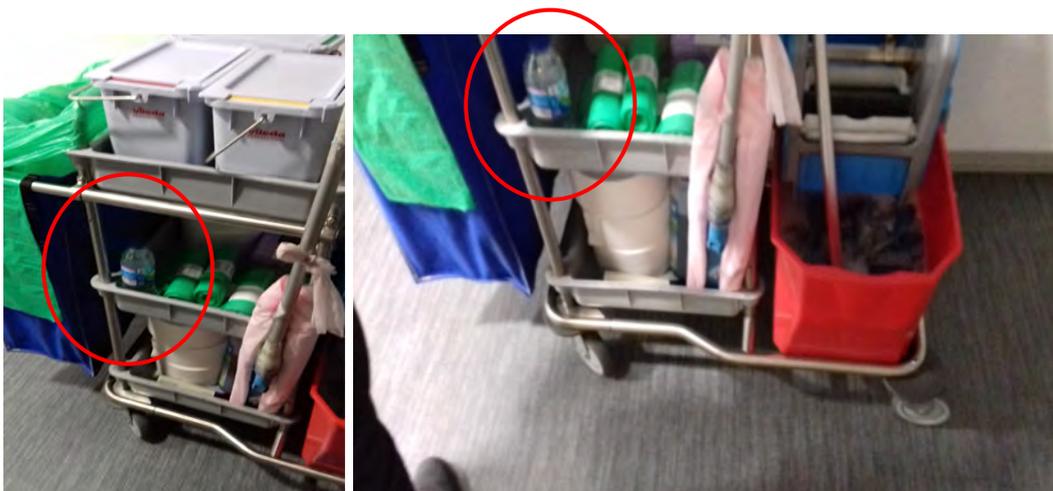
#### 4.5.2.-INCIDENCIAS LEVES.

1. **INCIDENCIA LEVE:** Se ha podido evidenciar que los profesionales de la limpieza conocen el correcto funcionamiento y manejo de la maquinaria, si bien, en la documentación remitida no se ha podido evidenciar la realización de dicha formación a los profesionales de la limpieza → **PENDIENTE DE SUBSANACIÓN**.
2. **INCIDENCIA LEVE:** La limpieza de la zona de farmacia se realiza con fregona y según protocolo de limpieza del bloque c, y no especifica la metodología a seguir. En la limpieza rutinaria se limpia el mobiliario (con gasas desechables) y el suelo, no realizándose la desinfección de paredes y techos a diario. Si bien se realiza una limpieza más profunda semanalmente, sería recomendable realizar la desinfección diaria de la totalidad de la zona donde se sitúa la campana → **SUBSANADA**.

#### 4.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

##### 4.6.1.-INCIDENCIAS CRÍTICAS.

1. **INCIDENCIA CRÍTICA NUEVA:** En el momento de la auditoría se observa en uno de los carros de la tercera planta una botella de agua.



2. **INCIDENCIA CRÍTICA NUEVA:** en el momento de la auditoría se observa en un carro de limpieza una botella de agua.



#### 4.6.2.-INCIDENCIAS MEDIAS.

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



2. **INCIDENCIA MEDIA REINCIDENTE:** Se debe realizar la limpieza partiendo de las zonas más limpias hacia las más sucias, ya que en la presente auditoría se ha observado que se limpiaba antes la mesa de quirófano que el resto de mobiliario.

3. **INCIDENCIA MEDIA NUEVA:** En el momento de la auditoría, se han podido evidenciar varios dosificadores automáticos de desinfectante no conectados adecuadamente a las botellas del producto desinfectante, ya que los tapones estaban abiertos, por ejemplo, en las plantas 3 y 4 de Hospitalización:





4. **INCIDENCIA MEDIA NUEVA:** En el momento de la auditoría, se ha podido evidenciar suciedad en las ventanas del pasillo de sucio del área quirúrgica, así como polvo en algunos equipos ubicados en dicho pasillo:







5. **INCIDENCIA MEDIA NUEVA:** En el momento de la auditoría, se ha podido evidenciar polvo acumulado en las rejillas de los diversos quirófanos inspeccionados, así como restos de esparadrapos en la mesa quirúrgica y en paredes de los quirófanos:





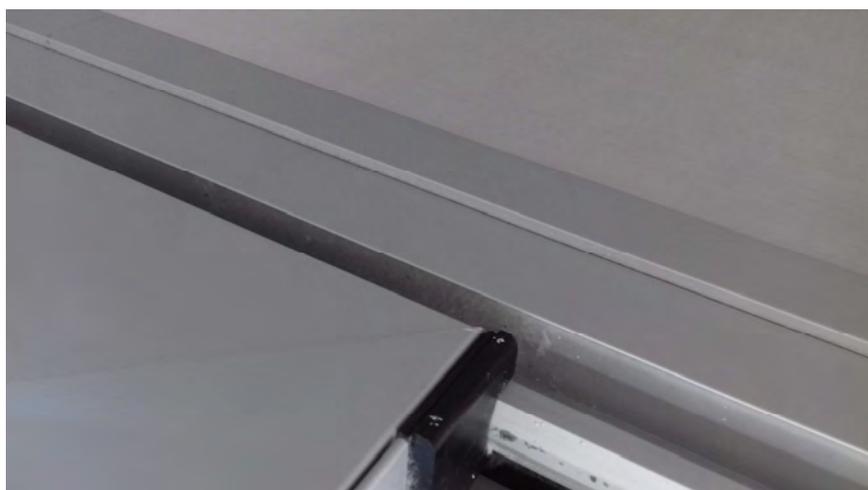
6. **INCIDENCIA MEDIA NUEVA:** En el momento de la auditoría, se han evidenciado los suelos de varios quirófanos inspeccionados con manchas, si bien, se ha podido evidenciar que se han limpiado adecuadamente no eliminándose dichas manchas, por lo que se deberá buscar otro tipo de solución para su eliminación, garantizándose la desinfección de los mismos:





7. **INCIDENCIA MEDIA NUEVA:** Se ha podido evidenciar en el momento de la auditoría polvo en los altillos y ventanas de los paritorios, cristales sucios y suelos en mal estado que imposibilitan la correcta limpieza y desinfección de los mismos:

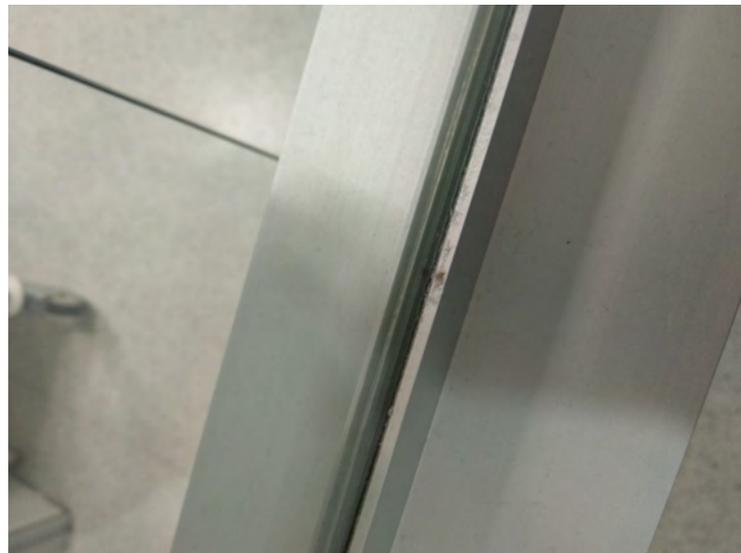




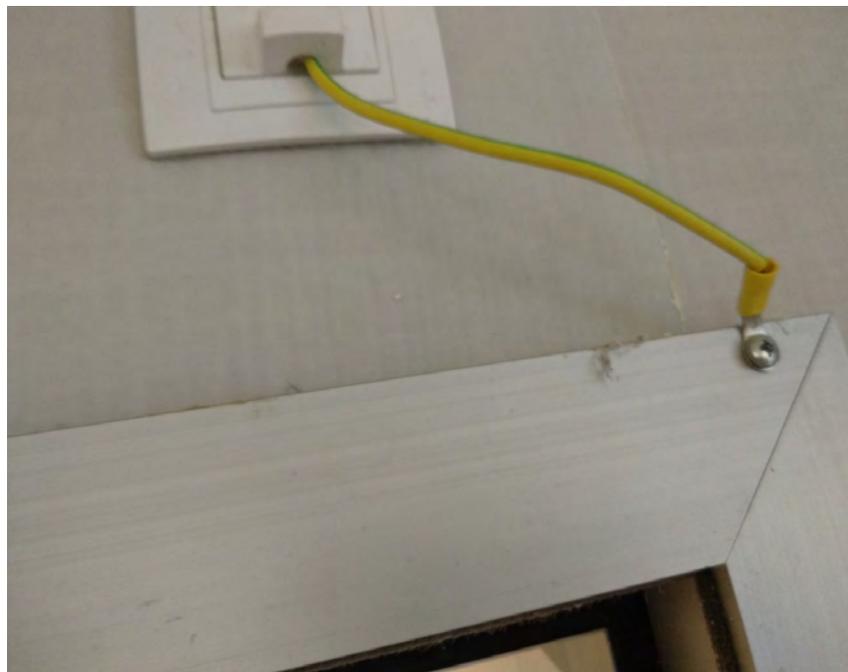


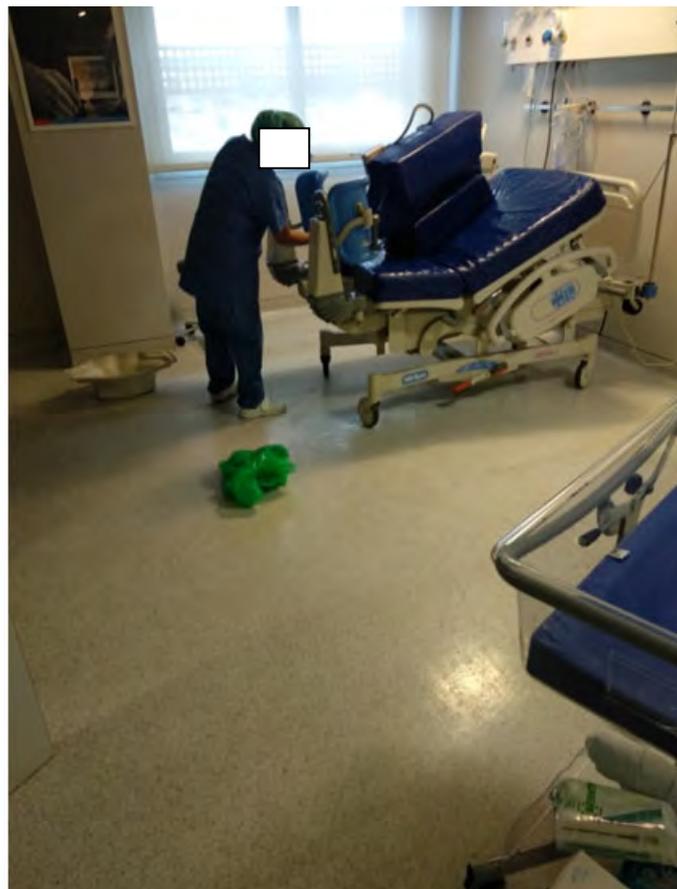
8. **INCIDENCIA MEDIA NUEVA:** Sala de partos 01: en el momento de la auditoria se observa acumulación de polvo en las zonas altas.: En el momento de la auditoria se observa acumulación de polvo en uno de los marcos de la ventana.





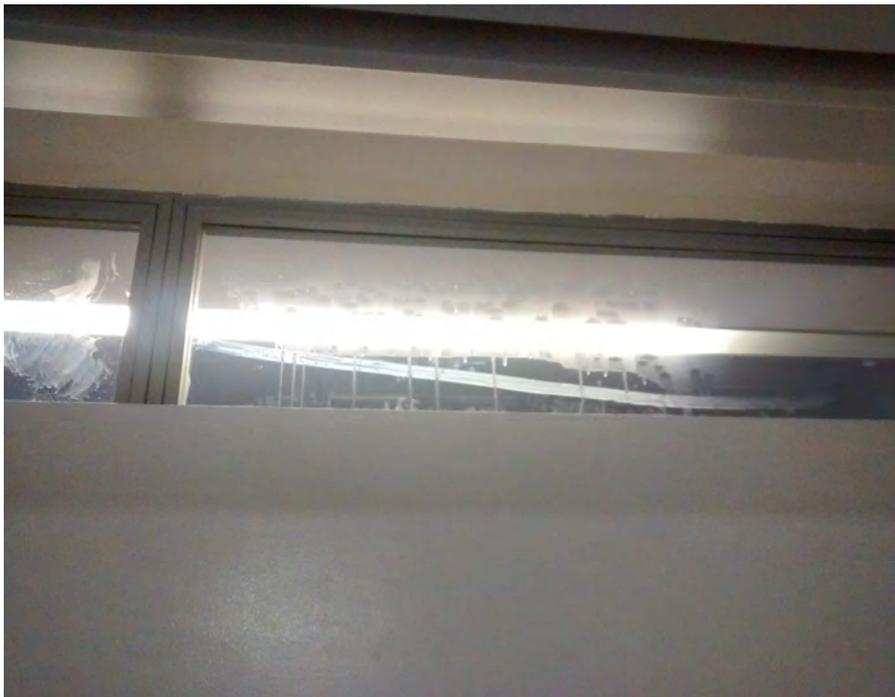
9. **INCIDENCIA MEDIA NUEVA:** Sala de parto 02: Metodología: en el momento de la auditoria la profesional de limpieza comienza la desinfección de la sala por el aseo. En el momento de la auditoria se observa acumulación de polvo en las zonas altas.

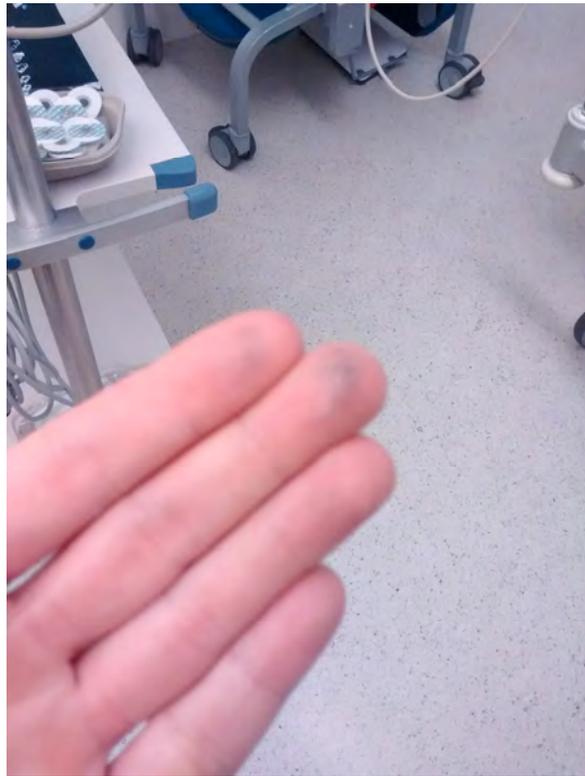




10. **INCIDENCIA MEDIA NUEVA:** Se ha podido evidenciar en el momento de la inspección, polvo en las áreas de UCI y REA, así como algún cristal interior sucio con chorretones:

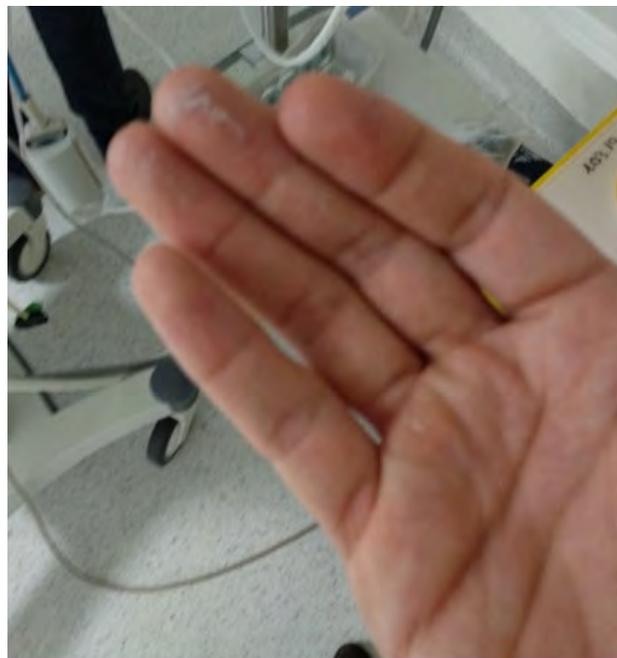




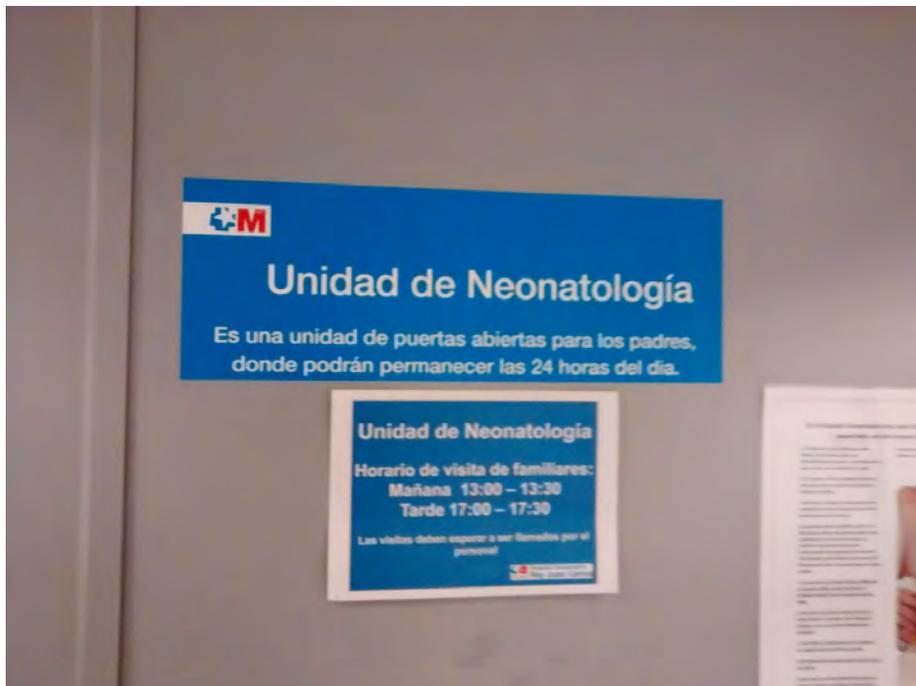


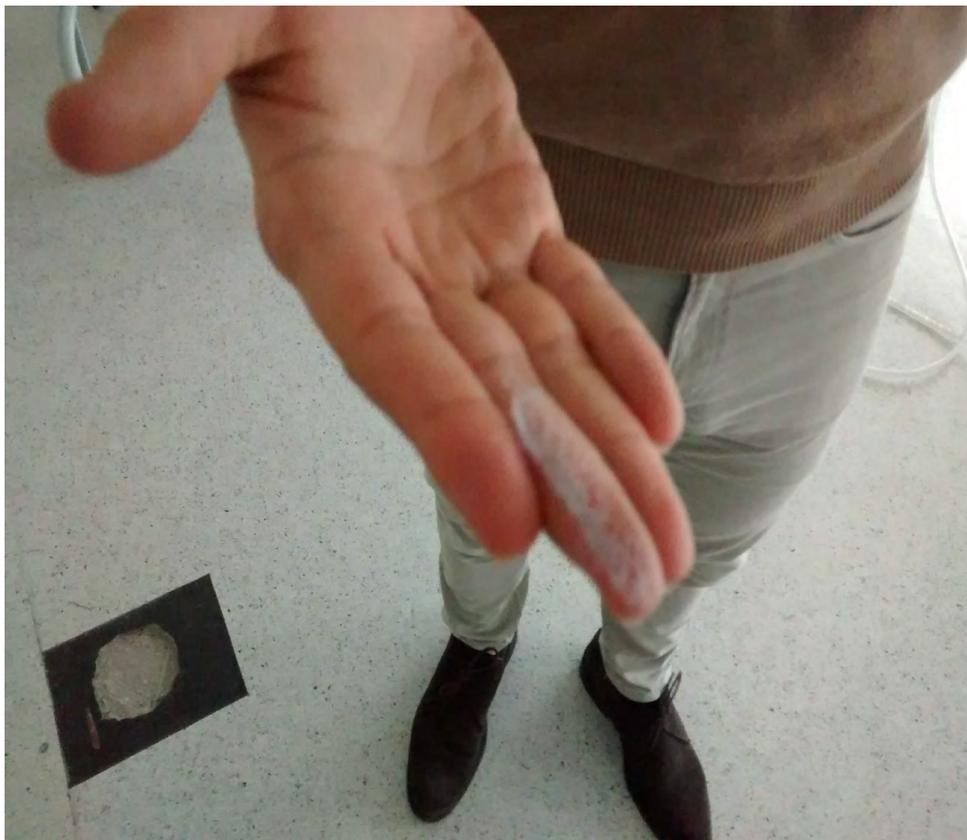
UCI, Box 15, Box 16

11. **INCIDENCIA MEDIA NUEVA:** En el momento de la auditoria se observa acumulación de polvo en el atillo de la cama.



12. **INCIDENCIA MEDIA NUEVA:** En el momento de la auditoría, se ha podido evidenciar polvo en el área de neonatología:

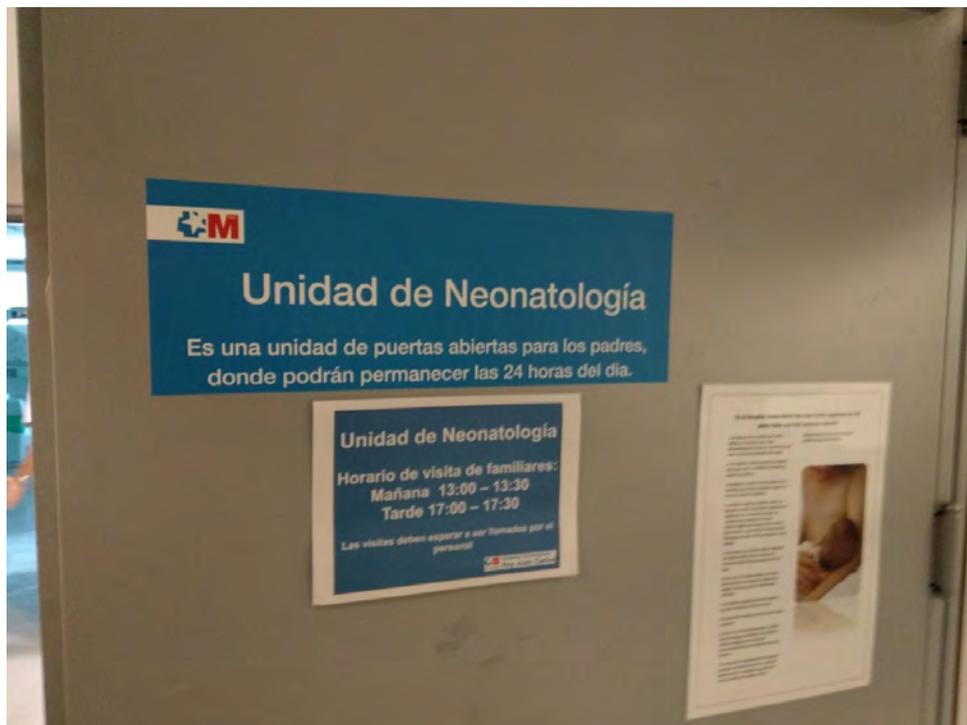






Neonatos cuidados intensivos 04

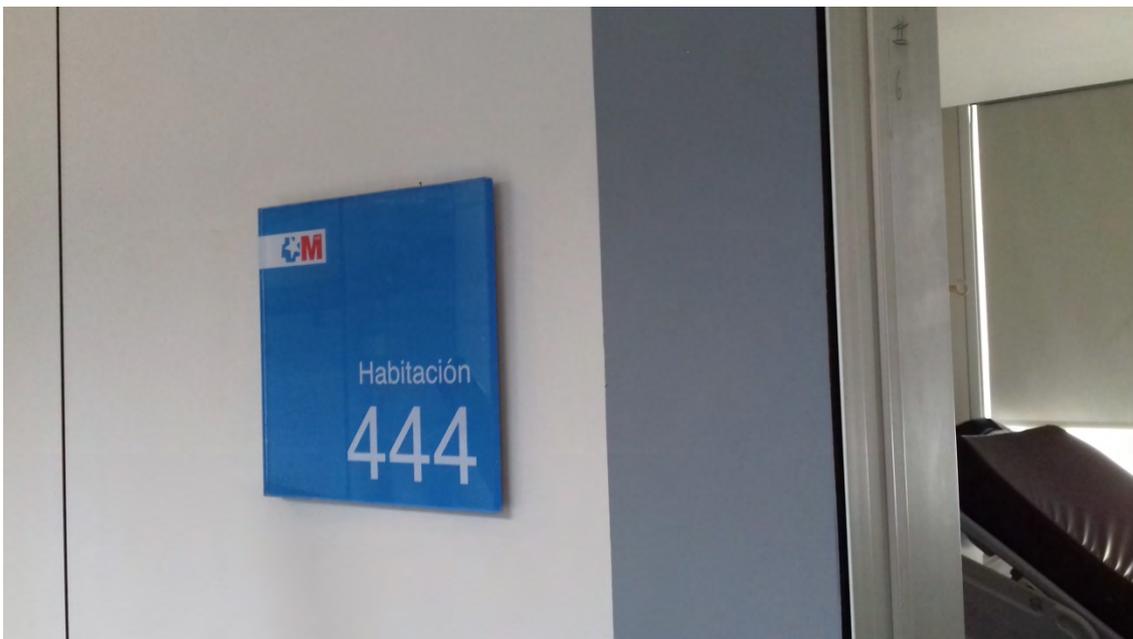
13. **INCIDENCIA MEDIA NUEVA:** en el momento de la auditoria se observa acumulación de polvo en el attillo de la cama.





Habitación 444

14. **INCIDENCIA MEDIA NUEVA:** En el momento de la auditoría la profesional de limpieza comienza la desinfección de la habitación por el aseo, no cambiando de guantes cuando pasa al resto de la habitación.



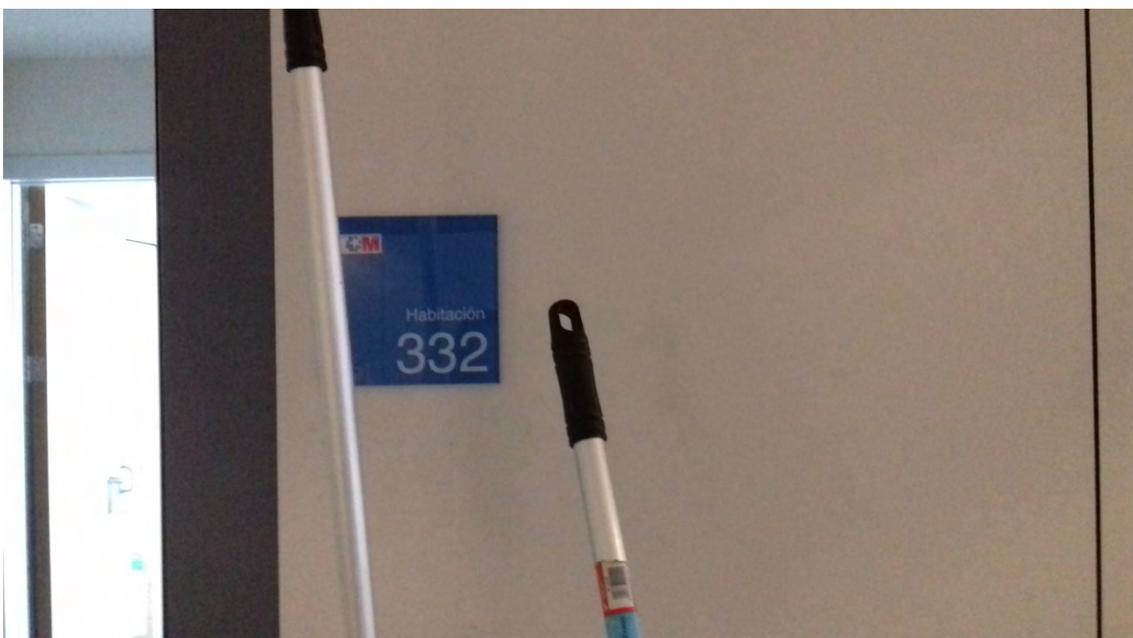






Habitación 332

15. **INCIDENCIA MEDIA NUEVA:** En el momento de la auditoría la profesional de limpieza comienza la desinfección de la habitación por el aseo, no cambiando de guantes cuando pasa al resto de la habitación y en el momento de la auditoría la profesional de limpieza no realiza correctamente el doble cubo.





#### 4.6.3.-INCIDENCIAS LEVES.

1. **INCIDENCIA LEVE REINCIDENTE:** Se ha podido evidenciar que los profesionales de la limpieza conocen el correcto funcionamiento y manejo de la maquinaria, si bien, en la documentación remitida no se ha podido evidenciar la realización de dicha formación a los profesionales de la limpieza

2. **INCIDENCIA LEVE NUEVA** En el momento de la auditoría, se ha podido evidenciar el cuarto de almacenamiento de residuos intermedio del área quirúrgica, en el pasillo de sucio, con elevada suciedad en el suelo:



## 4.7.-EVIDENCIAS DOCUMENTALES.

### 4.7.1.-MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA  
CORP24.1/GM1  
Versión 4

## 03. LIMPIEZA MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA

Página 1 de 217

57



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA  
CORP24.1/GM1  
Versión 4

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA

Redactado por:	Aprobado por:
<i>Nombre: Silvia Fernandez - Valmayor</i> <i>Cargo: Responsable de Servicios Generales Limpieza</i> <i>Nombre: Aranzazu Tejero Zarca</i> <i>Cargo: Responsable de Calidad SPS</i> <i>Fecha: Abril 2016</i>	<i>Nombre: Dolores Pita Tenreiro</i> <i>Cargo: Directora Servicios Generales SPS</i> <i>Nombre: Eduardo Moreno Cere</i> <i>Cargo: Director General SPS</i> <i>Fecha: Abril 2016</i>

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
3	Abril 2016	ACTUALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
4	Noviembre 2017	ACTUALIZACIÓN DE ALTO RIESGO, DEFINICIÓN DE TÉCNICA DE LIMPIEZA POR PREIMPREGNACIÓN, DEFINICIÓN DE NUEVOS PRODUCTOS.

## 4.7.2.-FICHA TÉCNICA TOALLITAS EMPLEADAS EN ZONAS ALTO RIESGO.

2018-DESCOSEPT PUR WIPES RTU-HUIE

### LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN ÁREA QUIRÚRGICA SUPERFICIES Y EQUIPOS CLÍNICOS NO CRÍTICOS\*

#### DESCOSEPT PUR WIPES RTU



RECAMBIO



CUBO REUTILIZABLE

• *Toallitas impregnadas, listas para su uso.*

• **Indicación:**

- Limpieza y rápida desinfección de equipamiento médico resistente al alcohol y todo tipo de superficies.
- No utilizar en superficies calientes.
- No utilizar en dispositivos invasivos.

• **Preparación:**

- Realizar la limpieza y desinfección del cubo con los dos sobres que vienen que vienen con el recambio.

1. Limpieza (toallita azul), en el siguiente orden:



2. Desinfección (toallita verde), en el mismo orden.

- Recortar bolsa de recambio de las toallitas por la parte superior e introducirla en el cubo (sin retirar la bolsa).



- Validez una vez abierto 4 semanas.

• **Utilización:**

- *Aplicar cubriendo por completo la superficie y dejar secar.*

\* Equipos Clínicos No Críticos: aquellos que entran en contacto con piel íntegra o intacta

DESCOSEPT PUR WIPES RTU



Toallitas para desinfección de superficies

## DESCOSEPT PUR WIPES RTU

Toallita de base alcohólica para una rápida desinfección

- Aplicación rápida y sencilla
- Adecuado para áreas críticas y cercanas al paciente
- Activo contra todos los virus encapsulados, incluidos los -rota y -norovirus

### Descripción del Producto

DESCOSEPT PUR WIPES RTU son unas toallitas con base alcohólica listas para su uso, para la limpieza y desinfección de áreas críticas así como áreas cercanas al paciente. No es necesario enjuagar el área después de usar DESCOSEPT PUR WIPES RTU.

DESCOSEPT PUR WIPES RTU no deja residuos por lo que adecuado para todas las áreas del Hospital.

DESCOSEPT PUR WIPES RTU está listo para su uso y es adecuado incluso para superficies grandes.

### Rango de aplicación

Acorde con la Directiva de Dispositivos Médicos (MDD): Desinfección rápida de dispositivos médicos no invasivos resistentes al alcohol. Especialmente adecuado para pantallas, teclados o superficies de control de equipamiento médico.

Acorde a la Regulación de Productos Biocidas: Limpieza y rápida desinfección de equipamiento médico resistente al alcohol y todo tipo de superficies.

DESCOSEPT PUR WIPES RTU son especialmente adecuadas para:

- superficies cercanas al paciente, como mesillas, camas y sillones de paciente.
- superficies de trabajo

EN 13724

Propiedades Antimicrobianas	EN 13724	1 min.	5 min.
<b>Recomendación y Inerencia</b>			
Recomendación de aplicación para desinfección de superficies (bactericida, levuricida)*	WVA**	Con acción mecánica, en condiciones de limpieza y humedad	•
Recomendación de aplicación para desinfección de superficies (4-til test, bactericida, levuricida)*	EN 15925	Con acción mecánica, en condiciones de humedad	•
Tuberculicida (M. tuberculosis)	EN 14348	En condiciones de limpieza	•
Micobactericida (M. terrae y M. avium)	EN 14348	En condiciones de limpieza	•
<b>Virus</b>			
Activo contra todos los virus encapsulados	EN 14476	Incl. HBV/HAV/HCV	•
Activo contra rotavirus	EN 14476		•
Activo contra coronavirus	EN 14476	En condiciones de limpieza	•

\* Incluyendo Fase 2.3 - y Fase 2.2 del test (pruebas de suspensión cuantitativa y pruebas prácticas de portadores de germen)

\*\* Enjuagando en columna de 5 min. de la lista VNA

- superficies con un contacto frecuente de manos y piel, como pomos y asideros.
- superficies en áreas de alimentos y cocinas, superficies de acero inoxidable y frentes de vitrinas

- activo contra todos los virus encapsulados (Incluyendo HBV, HIV, HCV, BVDV, Influenza, cold, vaccinia virus)
- activo contra rotavirus y norovirus

### Espectro de actividad

- bactericida
- tuberculicida
- mycobactericida
- levuricida (Candidas)

### Modo de Empleo

Aplicar la superficie con DESCOSEPT PUR WIPES RTU hasta que esté completamente mojada. Esperar el tiempo de contacto. DESCOSEPT PUR WIPES RTU está diseñada para su uso con sistemas rellenables de dispensación.



Dr. Schumacher GmbH  
Am Roggenfeld 3 - 34325 Malsfeld - Germany - T +49 5664 9496-0 - F +49 5664 8444  
info@schumacher-online.com - www.schumacher-online.com





## Toallitas para desinfección de superficies

### DESCOCEPT PUR WIPES RTU

#### Toallita de base alcohólica para una rápida desinfección

Se debe tener en consideración los detalles de llenado y procesamiento del sistema de dispensación. No es compatible con polímetacrilatos.]

#### Composición

100 g de solución contiene los siguientes ingredientes activos:  
45,0 g de etanol

#### Opiniones de Expertos

Prof. Dr. Werner, preventivista, Schwerin:  
Informe pericial sobre:  
- desinfección de superficies de acuerdo con la guía VAH y EN14476  
- eficacia contra rotavirus de acuerdo a EN 14476  
- eficacia contra norovirus (NOV) de acuerdo a EN 14476  
- eficacia tuberculicida (M.terra) de acuerdo con EN 14348  
- eficacia mycobactericida (M. avium) de acuerdo con EN 14348.

Dr. Suchomei, preventivista, Viena:  
Informe pericial en desinfección de superficies de acuerdo con la guía VAH y EN 16615.

Dr. Steinmann, virólogo, Bremen:  
Informe pericial sobre la actividad virucida contra BVDV y Vacinia virus de acuerdo con la guía RKI/DVV.

#### Información importante

Sólido inflamable.  
Si es necesario avisar a un especialista, conservar el envase o la etiqueta a mano. Mantener alejado de fuentes de ignición o de calor. No fumar. Mantener el envase bien cerrado. No respirar su vapor. Si entra en contacto con los OJOS: Enjuagar abundantemente con agua durante varios minutos. Quitar las lentes de contacto (si las hubiera) y seguir enjuagando.

Deschar el envase siguiendo las normas locales. El tiempo de validez una vez abierto el envase es de 4 semanas siempre que se use con los sistemas Desco-Wipes o Eco-Wipes.

#### Conformidad del Producto

Presente en el actual listado VAH, el actual listado de desinfectantes ÖGHMP y el listado de desinfectantes virucidas IHO. Conforme a la Directiva Comunitaria 93/42 CE de Productos Sanitarios.

#### Información Medioambiental

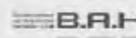
Los productos de Dr. Schumacher GmbH se fabrican de acuerdo con procesos modernos, seguros y cuidadosos con el medio ambiente. Gracias a los elevados estándares utilizados en la fabricación, podemos garantizar una calidad constante en nuestros productos.

Producto	Paquete	Unid.	Contenido	Dimensiones	EEI	PZN
DESCOCEPT PLUS WIPES RTU	1 rollo	2	220 toallitas	aprox. 27 x 36 cm	00-323-RS120	11686483
Accesorios para su aplicación	DESCO-WIPES rollo	1	sin carga	-	00-915-P001	-
	EKO-WIPES rollo	1	sin carga	-	00-915-EDW001	-

Usar los desinfectantes de forma segura. Leer siempre la etiqueta y la información del producto antes de utilizar.

Dr. Schumacher is certified according to DIN EN 13485, DIN EN ISO9001, DIN EN ISO14001, BS OHSAS 18001 and has a validated environment management system according to EMAS and is a member of IHO, VCI, BAH, DGfV and of the DGKH. [www.schumacher-online.com](http://www.schumacher-online.com)

INSTITUTIONAL MEMBER OF  
INTERNATIONAL  
**IHO**



## 5.-SERVICIO DE DESINFECCIÓN, DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN.

### 5.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoría Operativa en cuanto al Servicio de Desinfección, Desinsectación y Desratización se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Rey Juan Carlos (expediente PA SER-41/2018-AE).

### 5.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

La documentación revisada ha sido la siguiente:

- Las fichas técnicas y de seguridad de los productos
- Los albaranes de prestación del servicio por parte de la Empresa de DDD.
- Registro de Autorización de los productos empleados en la Administración competente
- Carnés de manipuladores

La normativa revisada ha sido la siguiente:

- Leyes 31/95 y 54/2003 de Prevención de Riesgos Laborales.
- RD 3349/1983 Reglamentación Técnico-Sanitaria de Plaguicidas.
- O. 24 Feb. 1993 sobre el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Plaguicidas.
- O. 8 Marzo de 1994 sobre la Capacitación para Tratamientos con Plaguicidas.
- RD 363/1995 y RD 255/2003 sobre Sustancias y Preparados Peligrosos.
- RD 1054/2002 sobre Registro y Comercialización de Biocidas.
- Leyes 20/1986, 11/1997 y 10/1998 de Residuos Tóxicos y Peligrosos, Envases y Residuos de Envases y Residuos.
- RD 2207/1995 sobre Normas de Higiene para Productos Alimenticios.
- Ley 4/1989 de Conservación de los Espacios Naturales y de la Flora y Fauna Silvestres (incluye Catálogo Nacional de Especies Amenazadas y aves protegidas).
- RD 865/2003 por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis.

### 5.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

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

- Se comprueba que los dispositivos están correctamente colocados en el perímetro del Hospital
- Se comprueba que los productos empleados están registrados

#### **5.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.**

No procede

#### **5.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.**

Sin incidencias

#### **5.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.**

Sin incidencias

## 6.-SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA.

### 6.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoría Operativa en cuanto al Servicio de Seguridad y Vigilancia se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Rey Juan Carlos (expediente PA SER-41/2018-AE).

### 6.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. solicitó, la siguiente documentación, que fue recibida por GESMAN y analizada:

- Planes de catástrofes internas o emergencias (Plan de Autoprotección)
- Plan de catástrofes externas.
- Registro de incidencias del mes de Octubre de 2.018.
- Número de vigilantes en turno de mañana, en turno de tarde y de noche y carnets de los mismos.
- Procedimiento de control de accesos, en caso de disponer de él.
- Procedimiento de gestión de rondas, en caso de disponer de él.
- Hoja resumen de los cursos previstos en el Plan de Formación del año 2.019.

Así mismo, es importante señalar que la normativa que ha sido tenida en cuenta para el análisis de la información del Servicio de Limpieza ha sido la siguiente:

- Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana (BOE núm. 77, de 31 de marzo).
- Ley 5/2014, de 4 de abril, de Seguridad Privada (BOE núm. 83, de 5 de abril).
- Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social -artículo 44- (BOE núm. 315, de 31 de diciembre).
- Real Decreto 2487/1998, de 20 de noviembre, por el que se regula la acreditación de la aptitud psicofísica necesaria para tener y usar armas y para prestar servicios de seguridad privada (BOE núm. 289, de 3 de diciembre).
- Real Decreto 2364/1994, de 9 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Seguridad Privada (BOE núm. 8, de 10 de enero de 1995. Corrección de erratas en BOE núm. 20, de 24 de enero de 1995).
- Orden INT/2850/2011, de 11 de octubre, por la que se regula el reconocimiento de las cualificaciones profesionales para el ejercicio de las profesiones y actividades relativas al sector de seguridad privada a los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea (BOE núm. 255, de 22 de octubre. Corrección de errores en BOE núm. 273, de 12 de noviembre).

- Orden INT/318/2011, de 1 de febrero, sobre personal de seguridad privada (BOE núm. 42, de 18 de febrero. Corrección de errores en BOE núm. 61, de 12 de marzo).
- Orden INT/315/2011, de 1 de febrero, por la que se regulan las Comisiones Mixtas de Coordinación de la Seguridad Privada (BOE núm. 42, de 18 de febrero. Corrección de errores en BOE núm. 61, de 12 de marzo).
- Orden PRE/2914/2009, de 30 de octubre, que desarrolla lo dispuesto en el Real Decreto 1628/2009, de 30 de octubre, por el que se modifican determinados preceptos del Reglamento de Seguridad Privada, aprobado por Real Decreto 2364/1994, de 9 de diciembre, y del Reglamento de Armas, aprobado por Real Decreto 137/1993, de 29 de enero (BOE núm. 264, de 2 de noviembre).
- Orden de 14 de enero de 1999 por la que se aprueban los modelos de informes de aptitud psicofísica necesaria para tener y usar armas y para prestar servicios de seguridad privada (BOE núm. 20, de 23 de enero).
- Resolución de 12 de noviembre de 2012, de la Secretaría de Estado de Seguridad, por la que se determinan los programas de formación del personal de seguridad privada (BOE núm. 296, de 10 de diciembre).
- Resolución de 16 de noviembre de 1998, de la Secretaría de Estado de Seguridad, por la que se aprueban los modelos oficiales de los Libros-Registro que se establecen en el Reglamento de Seguridad Privada (BOE núm. 295, de 10 de diciembre).

GESMAN ha evaluado la prestación del servicio en todas las zonas del Hospital, desde los exteriores y el perímetro del Centro, hacia el interior del mismo, revisándose los controles de accesos y todas las zonas del Hospital Rey Juan Carlos, así como el personal del servicio de seguridad y vigilancia presente en el momento de la auditoría.

### 6.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

- El servicio de seguridad y vigilancia se extiende a todas las dependencias y zonas del Centro, recinto exterior del Hospital, incluido edificios anexos y aparcamientos, si bien, en el momento de la auditoría no se ha podido evidenciar que en el parking exterior de superficie existan cámaras de seguridad, no obstante, las domos exteriores perimetrales del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles pueden enfocar hacia el mismo, obteniendo imágenes del mismo con una resolución adecuada.
- Existe un Plan de Autoprotección de diciembre de 2017, y un plan de emergencia/catástrofes internas/externas de septiembre de 2017:



# Plan de Autoprotección

Generalidades

Madrid diciembre 2017  
Actualización 0 - Revisión 1



**HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS  
MÓSTOLES  
(MADRID)**

PLAN DE EMERGENCIA HOSPITALARIO ANTE INCIDENTE CON MÚLTIPLES LESIONADOS Y CATÁSTROFES EXTERNAS

HRJC 09.1-P21

v.2



## PLAN DE EMERGENCIA HOSPITALARIO ANTE INCIDENTE CON MÚLTIPLES LESIONADOS Y CATÁSTROFES EXTERNAS

<b>Redactado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
<i>Nombre: Servicio de Urgencias</i>	<i>Nombre: Raquel Barba Martín</i>
<i>Cargo: --</i>	<i>Cargo: Dirección Asistencial</i>
<i>Fecha: Septiembre 2017</i>	<i>Fecha: Septiembre 2017</i>

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN		
Version	Fecha	Modificación
0	Diciembre 2013	Versión Inicial del Procedimiento
1	Mayo 2016	Revisión del Procedimiento
	Septiembre 2017	Actualización de Formato de Procedimiento, nuevo anexo de Check List fase de alerta

Este documento es propiedad del sistema de gestión de la Calidad del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Toda reproducción de este documento sin el consentimiento de la Unidad de Gestión y Mejora de la Calidad del Hospital Universitario Rey Juan Carlos es estrictamente prohibida.

Página 1 de 32

PLAN DE EMERGENCIA HOSPITALARIO ANTE INCIDENTE  
CON MÚLTIPLES LESIONADOS Y CATÁSTROFES EXTERNAS

HRJ/09,1-P21  
V.2



INDICE

1.	OBJETO Y ALCANCE .....	3
2.	DOCUMENTACIÓN RELACIONADA .....	3
3.	DEFINICIONES.....	4
4.	DESARROLLO .....	6
4.1.	CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS DEL PLAN .....	6
4.1.1.	ANÁLISIS DE LOS RIESGOS POTENCIALES .....	7
4.1.2.	CATÁLOGO DE RECURSOS .....	9
4.1.3.	ACTIVACIÓN DEL PLAN DE CATÁSTROFES .....	13
4.2.	ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL ÁREA DE URGENCIAS ANTE CATÁSTROFES EXTERNAS (anexo) .....	20
4.2.1.	ZONA DE RECEPCIÓN Y CLASIFICACIÓN .....	20
4.2.2.	ZONA DE SOPORTE VITAL (área roja) .....	21
4.2.3.	ZONA DE TRATAMIENTO URGENTE (área amarilla) .....	22
4.2.4.	ZONA DE TRATAMIENTO NO URGENTE (área verde) .....	22
4.2.5.	ZONA DE MUERTOS (área negra) .....	22
4.3.	ORGANIZACIÓN DEL APOYO NO ASISTENCIAL .....	23
4.4.	IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE CATÁSTROFES .....	27
4.4.1.	DIFUSIÓN DEL PLAN .....	27
4.4.2.	FORMACIÓN DEL PERSONAL .....	27
4.4.3.	MANTENIMIENTO DEL PLAN .....	27
5.	REGISTROS Y ANEXOS.....	28

Anexo 1: Contenido de la bolsa de catástrofes

Anexo 2: Organización funcional del área de Urgencias

Anexo 3: Check List Fase de Alerta

- Se identifican en el Plan de Autoprotección todos los riesgos potenciales: explosión, pánico colectivo, derrames, fugas de gases, riesgo radiológico, derrumbamiento de edificio, riesgos externos a la actividad y el entorno, amenaza de bomba real o ficticia, acto terrorista, riesgos tecnológicos, riesgos de mercancías peligrosas, riesgo de incendio forestal, inundaciones, olas de frío nevadas y heladas, riesgo sísmico y riesgo por tráfico aéreo.
- Los equipos de emergencia del Centro están definidos y sus números de teléfono anotados:

- Equipo de Emergencia (EE).
- Jefe de Intervención (JI).
- Equipo de Primeros Auxilios (EPA)
- Centro de Control (CC).
- Equipo de Primera Intervención, Alarma y Evacuación (EPIAE).

**Nota**

**En caso de emergencia, avisar de forma inmediata al Jefe de emergencia del centro.**

**Turno de mañana:**

**Dña. Raquel Barbá**

**Teléfono móvil: 630 27 69 81**

**Extensión interna tlf.: 866002 / 50911**

**Turno de tarde y noche:**

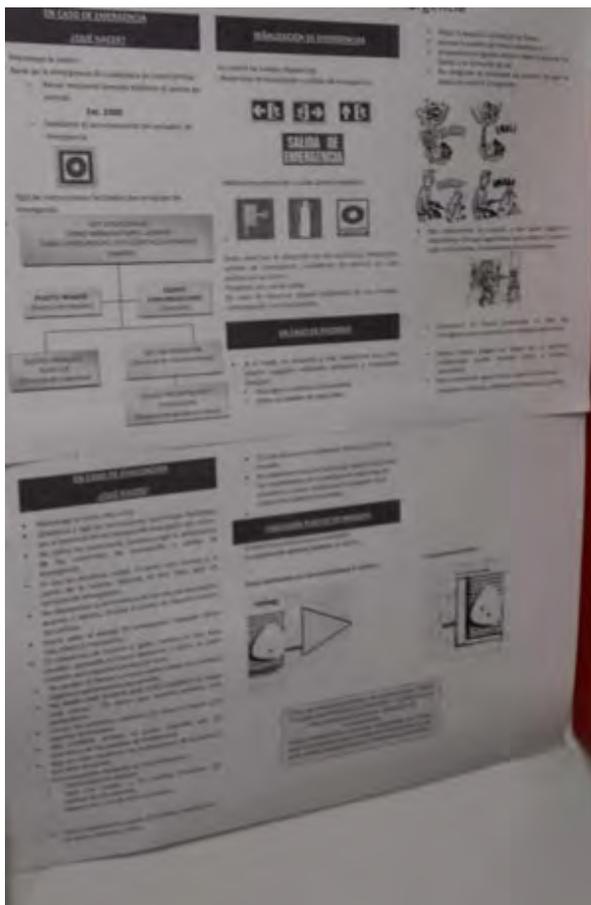
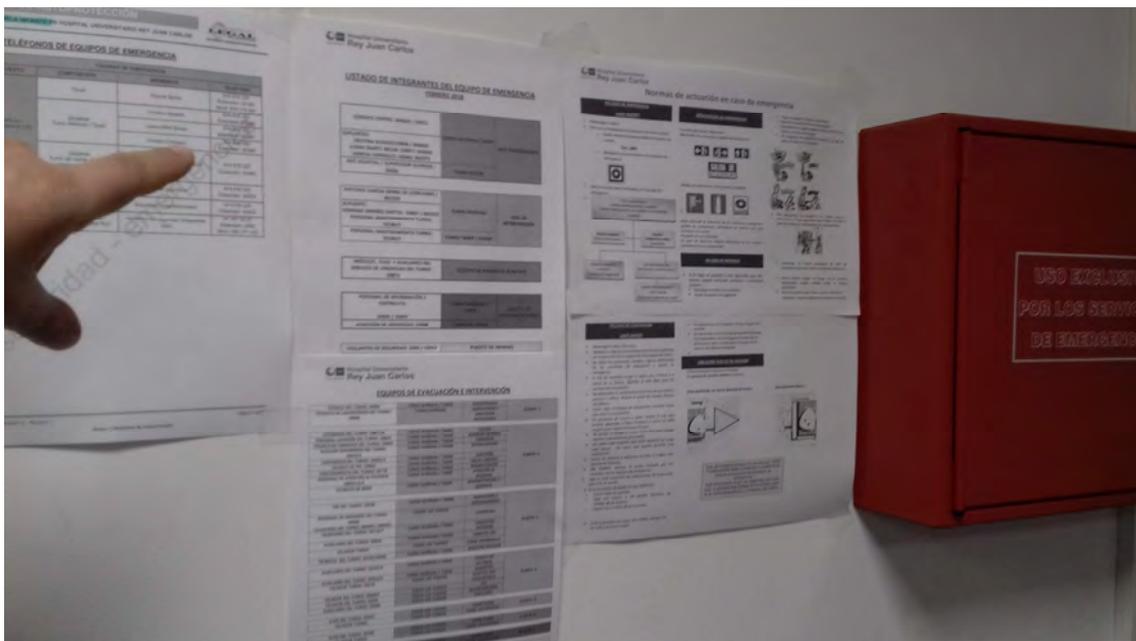
**Jefe de hospital/supervisor guardia:**

**Extensión interna tlf.: 50986 / 866002**

**Además de llamar en todo caso al 112**

- El Plan de Autoprotección se encuentra accesible en el Centro de Control de Seguridad y Vigilancia, así como las normas de actuación en caso de emergencia por todo el Hospital.
- El procedimiento de detección y alerta del Plan de Autoprotección está definido de forma concreta y concisa, hecho que facilita la implantación del mismo.





- Se evidencia plan de formación para el año 2018, siendo alguna de las acciones formativas previstas las siguientes:
  - Para personal operativo de vigilancia:
    - Servicios de transporte de seguridad
    - Servicios de respuesta ante alarmas
    - Servicios de vigilancia en urbanizaciones, polígonos, transporte y espacios públicos
    - Servicios de vigilancia en centros comerciales
    - **Servicios de vigilancia en centros hospitalarios**
    - Servicios con aparatos de Rayos X
    - Servicios de vigilancia en aeropuertos
    - Servicios de vigilancia en puertos
    - Servicio de vigilancia en buques
    - Servicios de vigilancia en instalaciones nucleares y otras infraestructuras críticas
    - Servicios de vigilancia con perros
    - Servicios de vigilancia en eventos deportivos y espectáculos públicos
    - Servicios de vigilancia del patrimonio histórico y artístico
    - Servicios de vigilancia en centros de internamiento y dependencias de seguridad
    - Ordenamiento jurídico y seguridad Privada
    - Derechos humanos, derechos fundamentales y libertades públicas
    - Ley de igualdad y violencia de género
    - Marco normativo de la seguridad privada
    - Habilidades sociales, atención al cliente y resolución de conflictos
    - Gestión del estrés en los servicios de vigilancia y protección
    - Innovación y nuevas tecnologías aplicadas a la seguridad
    - Medios técnicos pasivos de seguridad...

# CATÁLOGO DE ACCIONES FORMATIVAS

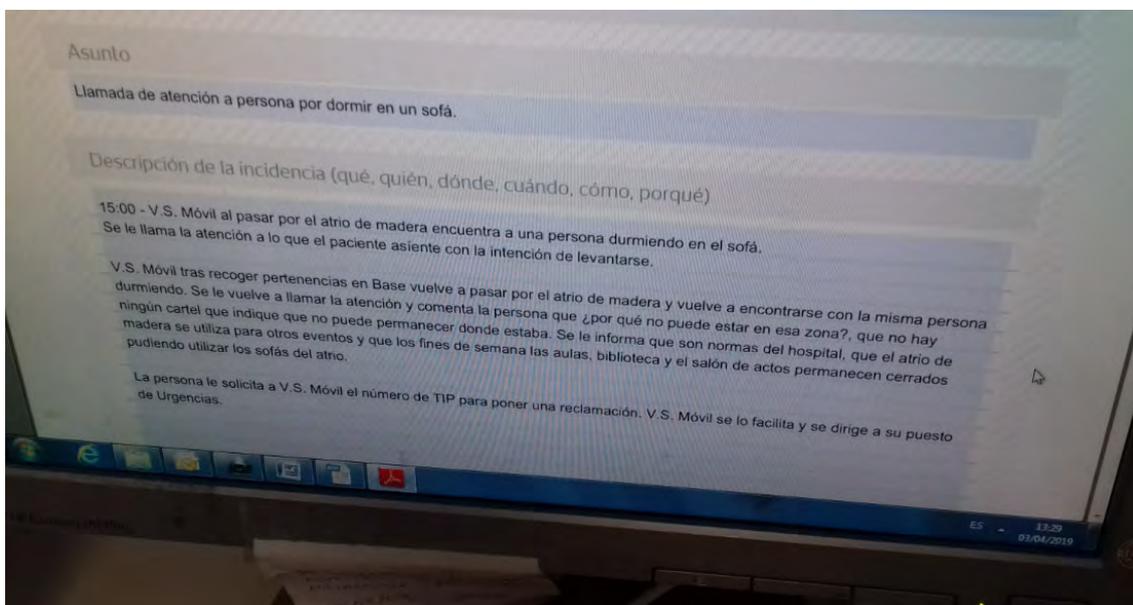
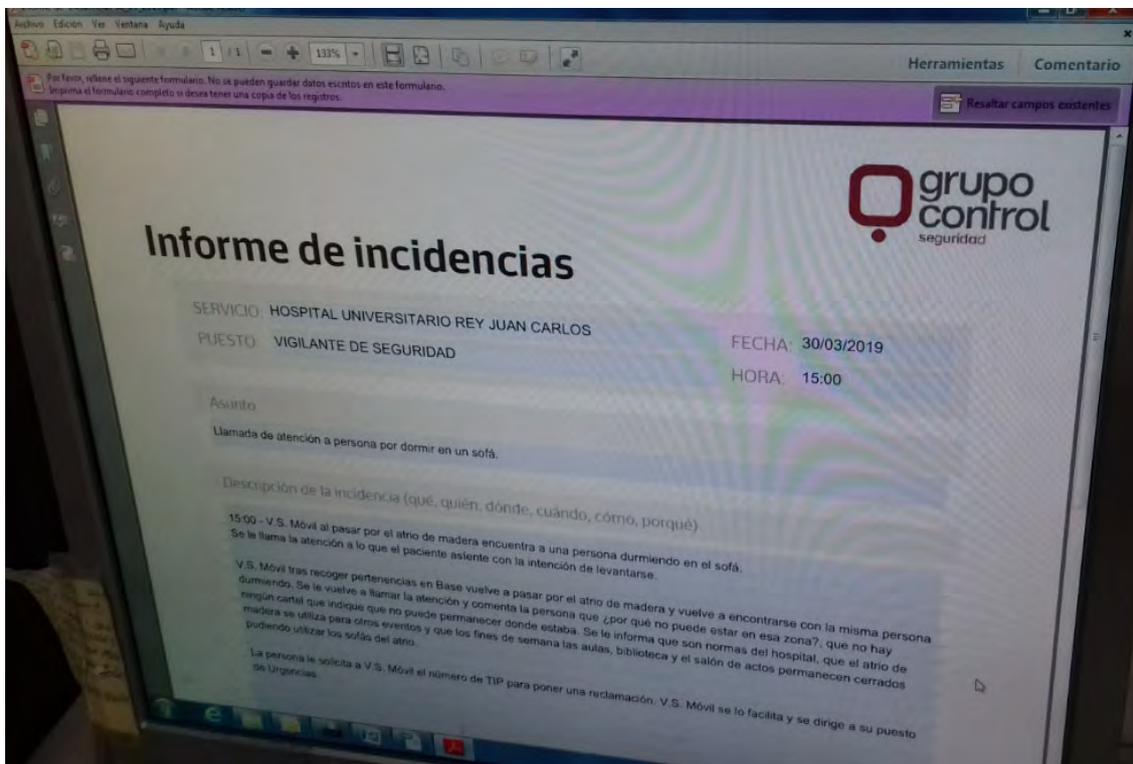
Año 2018

▶ 13 de noviembre de 2017

[www.securitas.es](http://www.securitas.es)

 **Instituto  
Securitas**

- La Empresa de Seguridad y Vigilancia dispone de un libro de registro de incidencias diarias en soporte informático.



- Se ha podido evidenciar en el momento de la auditoría que el personal del servicio de seguridad y vigilancia colabora para prevenir situaciones conflictivas.
- Se cumple con la obligación de permanencia física las 24h/d, 365 días en el centro de control.
- Se cumple con la obligación de permanencia física las 24h/d, 365 días en Urgencias.
- Se cumple con la obligación de permanencia física las 24 h/d, 365 días en patrulla móvil:



HOSPITAL REY JUAN CARLOS MOSTOLES					
HORARIOS					
D	07:00/19:00	FF	08:00/20:00	R	08:00/15:00
E	19:00/07:00	B	14:00/22:00	P	07:00/14:00
M	07:00/15:00	GG	20:00/08:00	G	23:00/08:00
T	15:00/23:00	AD	22:00/07:00		
N	23:00/07:00	AN	22:00/08:00		

CLIENTE: QUIRON

diciembre-18

EMPLEADOS	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	HRS PRODUCTIVAS	TOTAL HRS	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
CARMONA CRUZ, DIONISIO				C	C	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	E	E	E	E	E	E						72	151,8	
COLLAR LOPEZ, EDUARDO			V	V	V	V	V	V	V	E	E	E			E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E							168	205,2	
DE LA IGLESIA SIERO, ISAN	D	D		D	D						D	D				D	D	D	D													168	168,0	
DEL PINO RODRIGO, PABLO		E	E	E	E		E	E	E	E				E	E	E					E					E	E	E	E			204	204,0	
GARCIA GONZALEZ, MIGUEL A.			D	D		D	D	D	D				D	D						D	D	D						D	D	D		180	180,0	
GASCON ALONSO, ROBERTO	E	E	E	E	E					E	E	E					E	E	E							E	E	E	E	E		192	192,0	
GONZALEZ ESCUDERO, JUAN CARLOS	E		C	C	C	E	E	E	E	E																						72	72,0	
GUTIERREZ CONSTANTINO, AITOR	V	V	V	V	V	V	V	V			E	E	E	E	E	E				E	E						E	E	E	E	E		156	198,5
HERVAS CORONADO, FRANCISCO A.		E	E	E	E	E					D		E	E		C	C	C			D	D	D	D			D	D				168	168,0	
HUERTA RODRIGUEZ, FRANCISCO																																	0	0,0
IGLESIAS SANCHEZ, ANTONIO					D	D	D	D	D				D	D	D	D					D	D						D	D	D		168	168,0	
LASTRA MARIN, JOSE FRANCISCO	E		C	C	C	E	E	E	E			E				E	E		E	E	E	E	E	E								168	168,0	
ORTEGA BENITO, MIGUEL ANGEL	D	D				D	D	D	D			D	D				D	D	D								D	D	D			168	168,0	
RUIZ MUÑOZ, JOSE A.																																	0	0,0
SANCHEZ DELGADO, IRMA																																	0	0,0
SILVA TORTOSA, JULIAN	D	D	D							D	D	D	D							D	D			D	D	D	D		D	D		180	180,0	
VALVERDE SANTODOMINGO, RICARD			D	D	D					D	D	D			D	D					D	D					D	D	D			168	168,0	
TOTAL DIA	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	72,0	2232	

- No se evidencia desatención del servicio por ausencias.
- Se realizan los planes de catástrofes y emergencias.
- Se cumplen las actuaciones previstas en los planes de catástrofes y emergencias.
- Se conocen los siguientes procedimientos de los vigilantes del Centro de Control:
  - Alarma de incendio
  - Agresión/amenaza



- Amenaza de artefacto explosivo
  - Derrumbamiento y explosiones
  - Inundaciones
  - Alteración del orden
  - Intrusión de persona ajena a la instalación
  - Incidencias, alteraciones y/o situaciones que comprometan la seguridad de la fuente radiactiva
  - Actuación ante anomalías y/o fallo parcial o total en el sistema de protección física de la fuente
  - Actuaciones ante hurto y/o robo
  - Registro y custodia de los objetos perdidos y de valor
- Se ha comprobado que los vigilantes conocen el procedimiento a seguir en caso de alarma de incendio:
    - Comprueba si se trata de una falsa alarma
    - Informa al VS del Centro de Control
    - Extingue el conato si es posible
    - Comunica la situación al Jefe de Emergencias
    - Gestiona las comunicaciones con los servicios de emergencia externos (112)
  - El personal está cualificado y capacitado.
  - Se lleva al día el registro de incidencias.



**Informe mensual-Seguridad y Vigilancia**  
*Informe mensual Hospital Rey Juan Carlos*  
Fecha: Octubre/2018

**Informe Mensual de Seguridad y Vigilancia**

**Actividad desarrollada:**

AÑO	2018
MES	OCTUBRE
<b>ACTUACIONES RELEVANTES</b>	
AGRESION	
CONTENCION PSQ	
CONTENCION URG	13
DESALOJO	1
INTERV. EXTERIOR HOSPITAL	4
INTERV. INTERIOR HOSPITAL	42
INTERV. URG	17
INTERV.HOSPITALIZACION	7
INTERV.PSQ	1
LLAMADA POLICIA MUNICIPAL	7
LLAMADA POLICIA NACIONAL	3
INTRUSION	
AVISO DE PROHIBICION DE FUMAR	119
<b>Total general</b>	<b>214</b>

**Información adicional ÚLTIMA ANOTACIÓN** Día 31 a las 17:45h

Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio.

Día 2.- a las 13:45h. Se llama a la Policía Local por vehículos aparcados en paso de peatones parking exterior

Día 4.- a las 12:55h. Se llama a la Policía Local por un vehículo estacionado en la zona de urgencias

Día 8.- a las 06:55h. Se llama a la Policía nacional por robo en la cafetería.

Día 10.- a las 13:30h Se llama a Policía Nacional por una discusión en atención al paciente.

Día 10.- a las 15:55h Se llama a la Policía Nacional por un familiar en la sala de espera del bloque obstétrico.

Día 11.- a las 10:33h. Se llama a la Policía Local por un vehículo estacionado en el cebreado del helipuerto.



**Informe mensual-Seguridad y Vigilancia**  
*Informe mensual Hospital Rey Juan Carlos*  
Fecha: Octubre/2018

Día 16.- a las 12:18h. Se llama a la Policía Local por varios vehículos estacionados en la zona de urgencias.

Día 16.- a las 15:31h. Se llama a la Policía Local por activación del protocolo de helipuerto.

Día 24.- a las 17:45h. Se llama a la Policía Local por activación del protocolo de helipuerto.

Día 26.- a las 18:03h. Se llama a la Policía Local por vehículos estacionados en la zona de ambulancias en urgencias.

- El personal va debidamente uniformado e identificado.



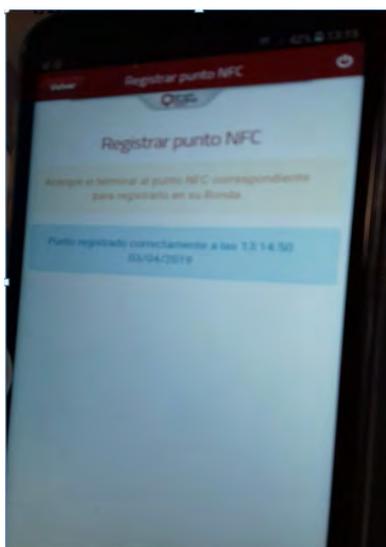


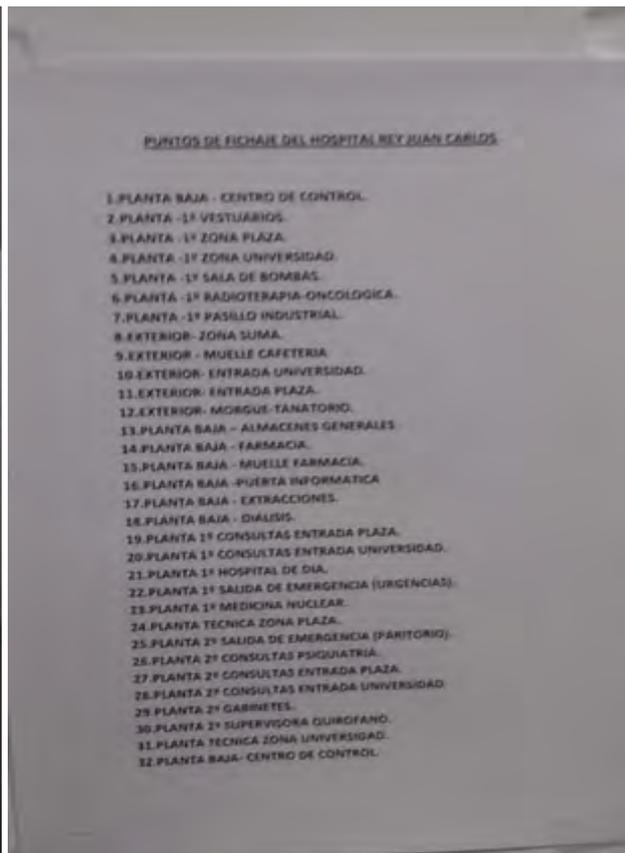
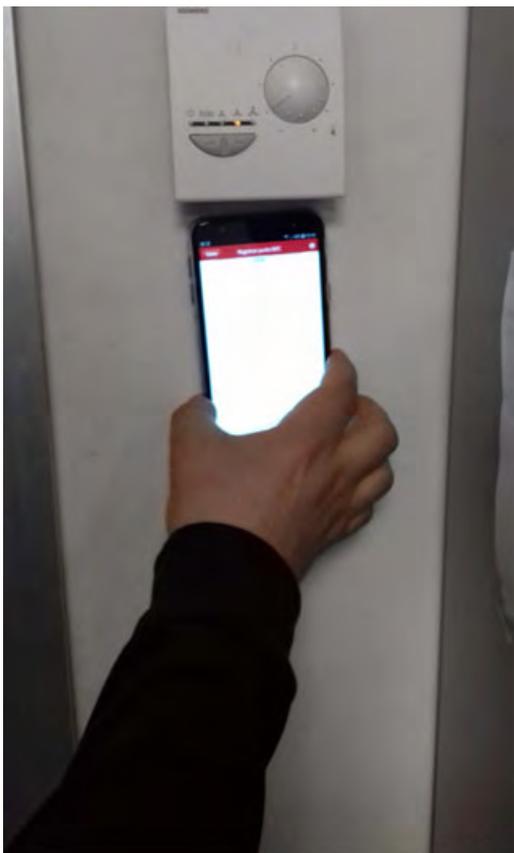
- Se ha comprobado que hay 16 vigilantes, ya que en las planillas figuraba su nombre y se han aportado los siguientes carnets de vigilantes:

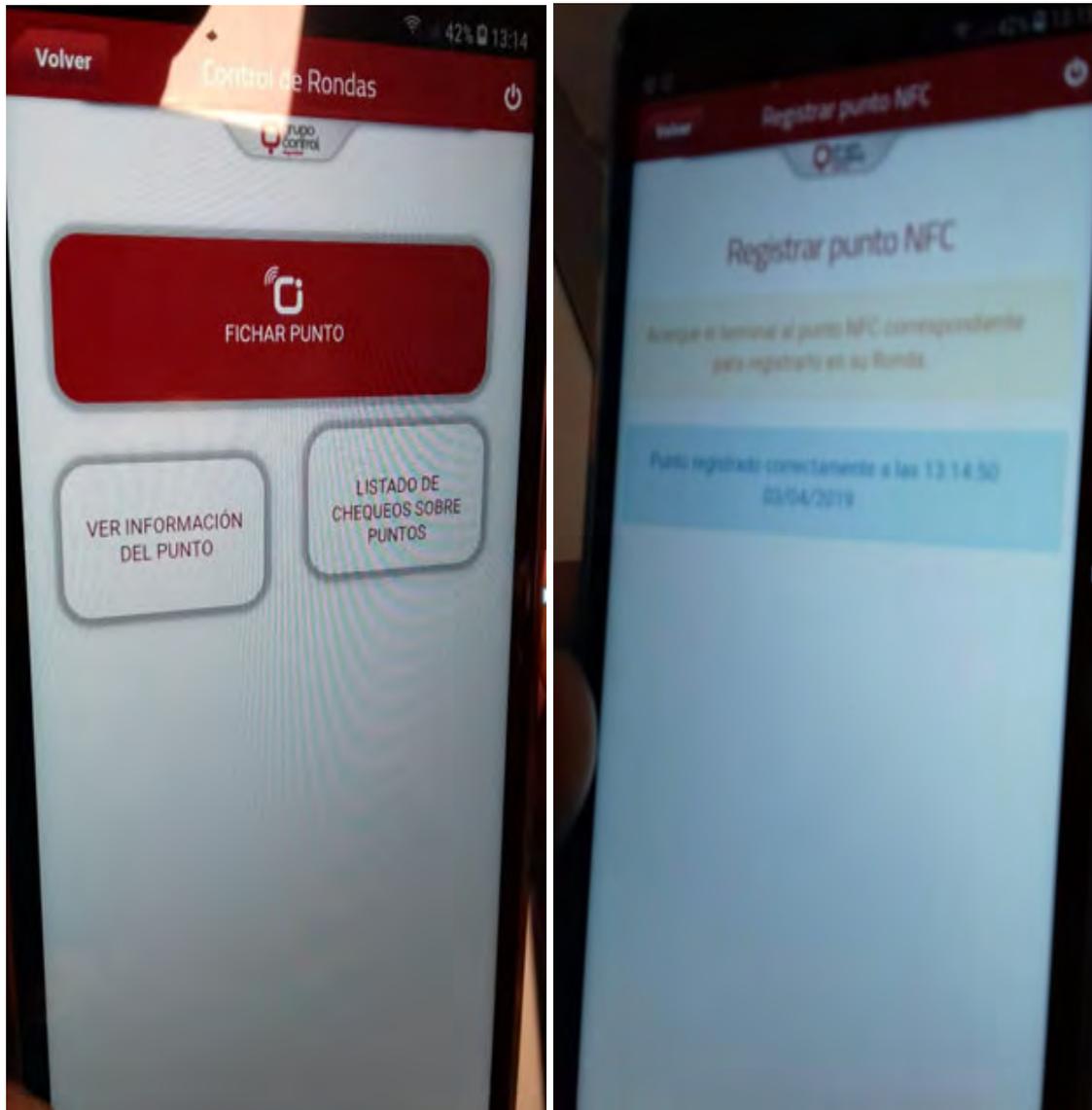
### Hospital Rey Juan Carlos (Móstoles)

VIGILANTE	TIP
JULIAN SILVA TORTOSA	222322
MIGUEL ANGEL ORTEGA BENITO	165451
MIGUEL ANGEL GARCIA GONZALEZ	183759
RICARDO VALVERDE SANTO DOMIN.	68126
IRMA SANCHEZ DELGADO	075338
ANTONIO CORCUERA PEREZ	105071
FCO. MANUEL HUERTA RODRIGUEZ	35259
IVAN DE LA IGLESIA SIERO	111277
JOSE FRANCISCO LASTRA MARIN	139067
SANTIAGO RIBAGORDA GOMEZ	206994
ROBERTO GASCON ALONSO	199144
EDUARDO COLLAR LOPEZ	210257
FRUCTUOSO GUTIERREZ CONSTAN.	184134
DIONISIO CARMONA CRUZ	042875
JOSE ANTONIO RUIZ MUÑOZ	30948
JOSE MANUEL SANCHEZ JIMENEZ	33137

- Se ha comprobado que las rondas diarias cubren todo el Hospital, si bien, en el momento de la auditoría, no queda registro alguno de ello, no obstante, la nueva empresa de seguridad estaba implementando un software con objeto de que quede registro de la realización de dichas rondas, colocando etiquetas por el Hospital para ser leídas cuando pasa el Vigilante de Seguridad por dicho punto, aunque no estaba operativo en el momento de la auditoría:

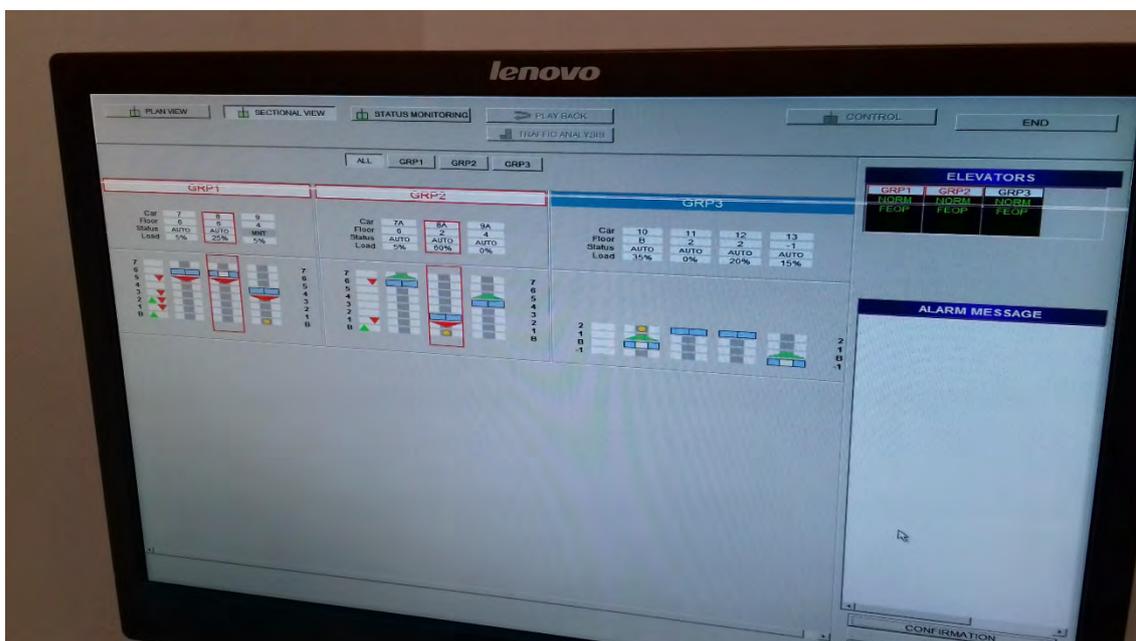
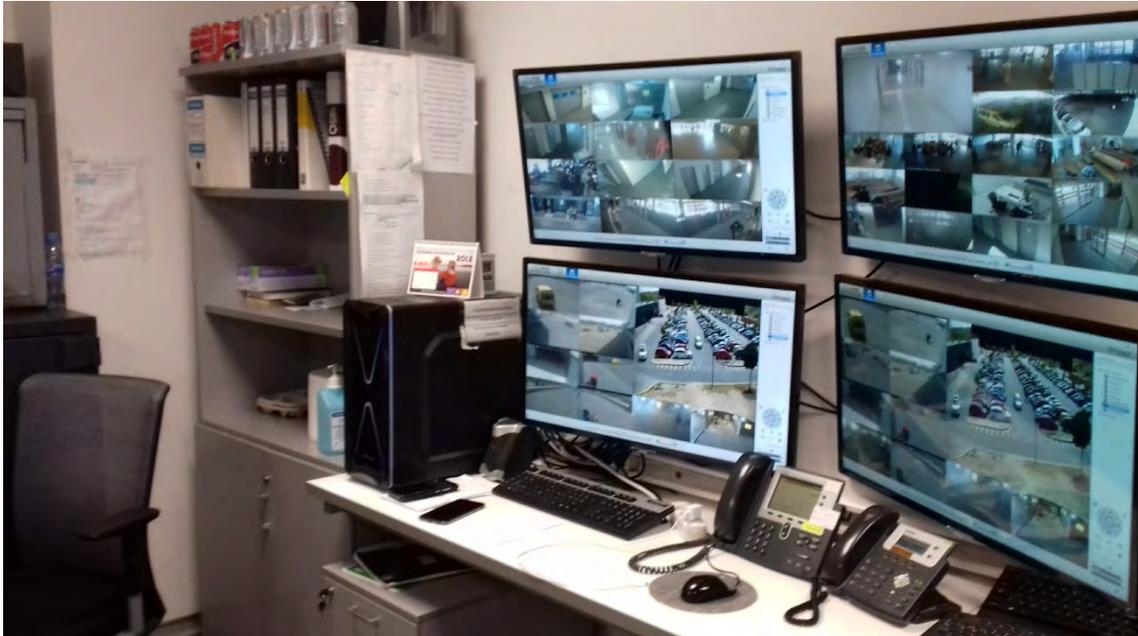


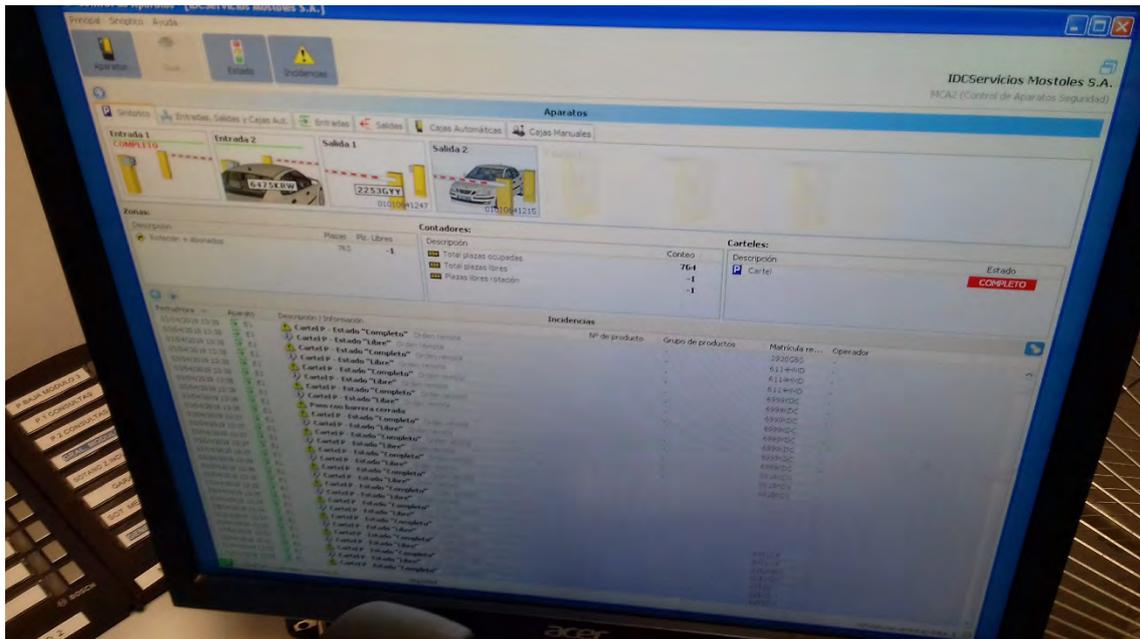


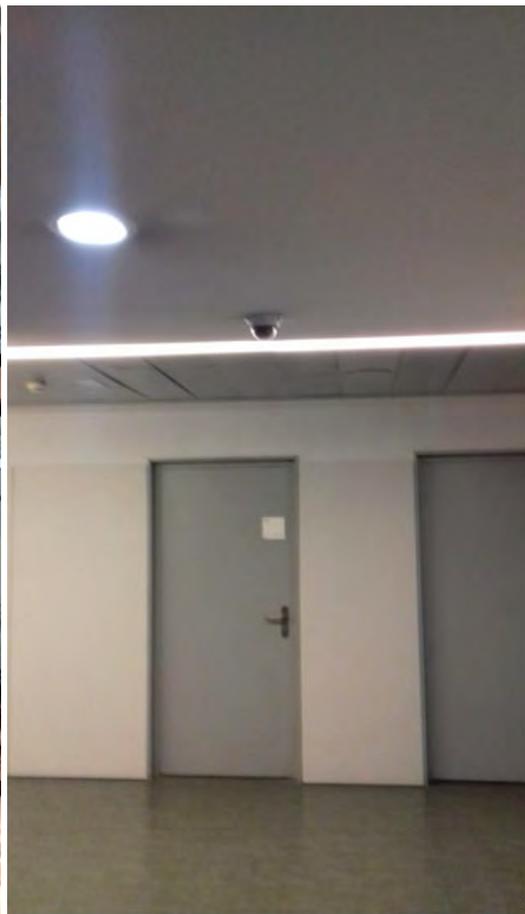
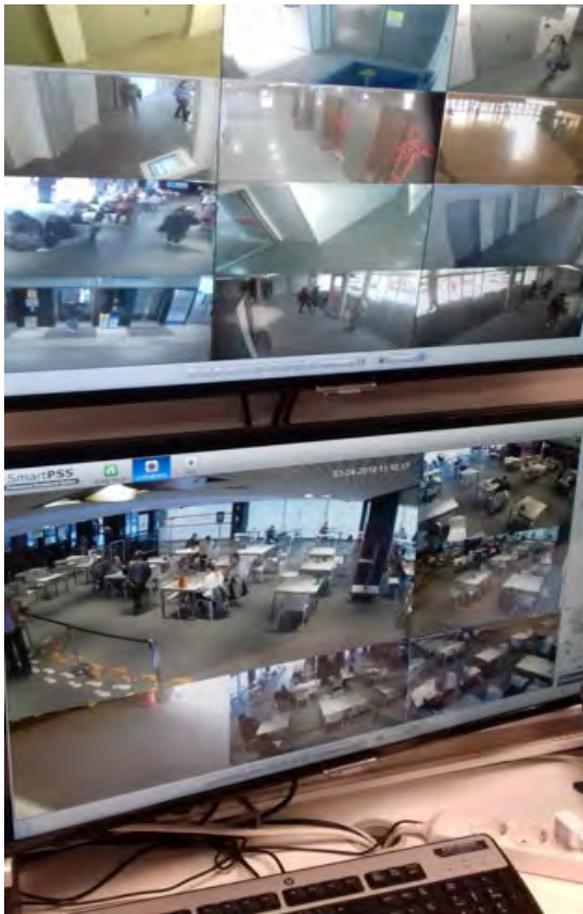
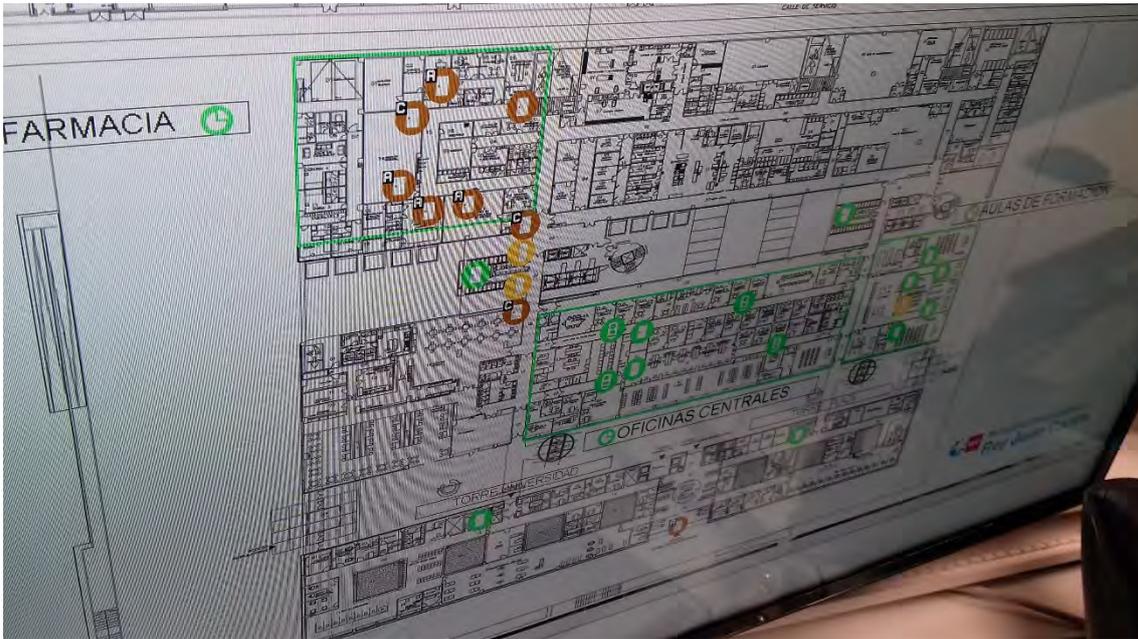


- Se ha comprobado la formación en el plan de emergencias y autoprotección del personal de seguridad y vigilancia.
- Se comprueba la disponibilidad de un plano en el que se encuentran todas las cámaras de seguridad.

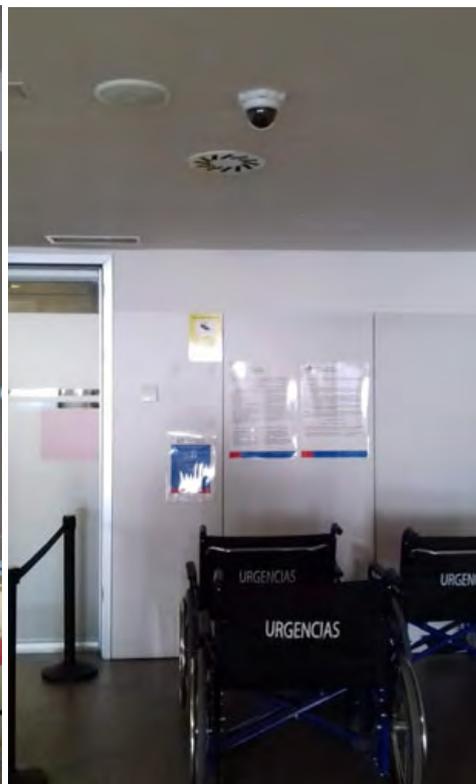
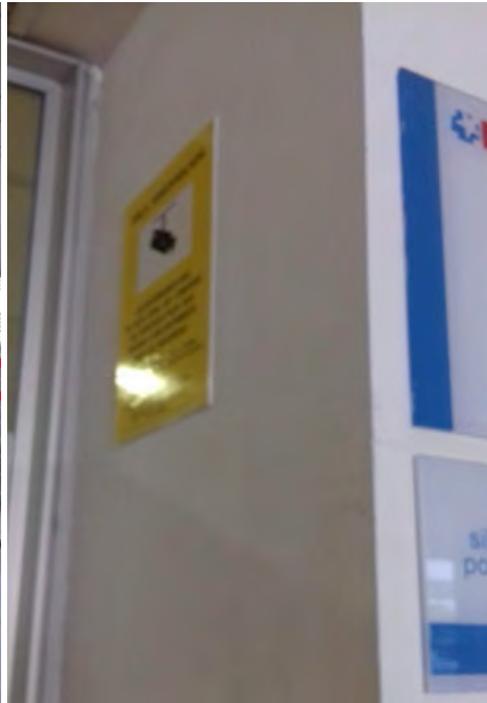
- Se evidencia el correcto funcionamiento de los elementos del CCTV y del Control de Accesos.

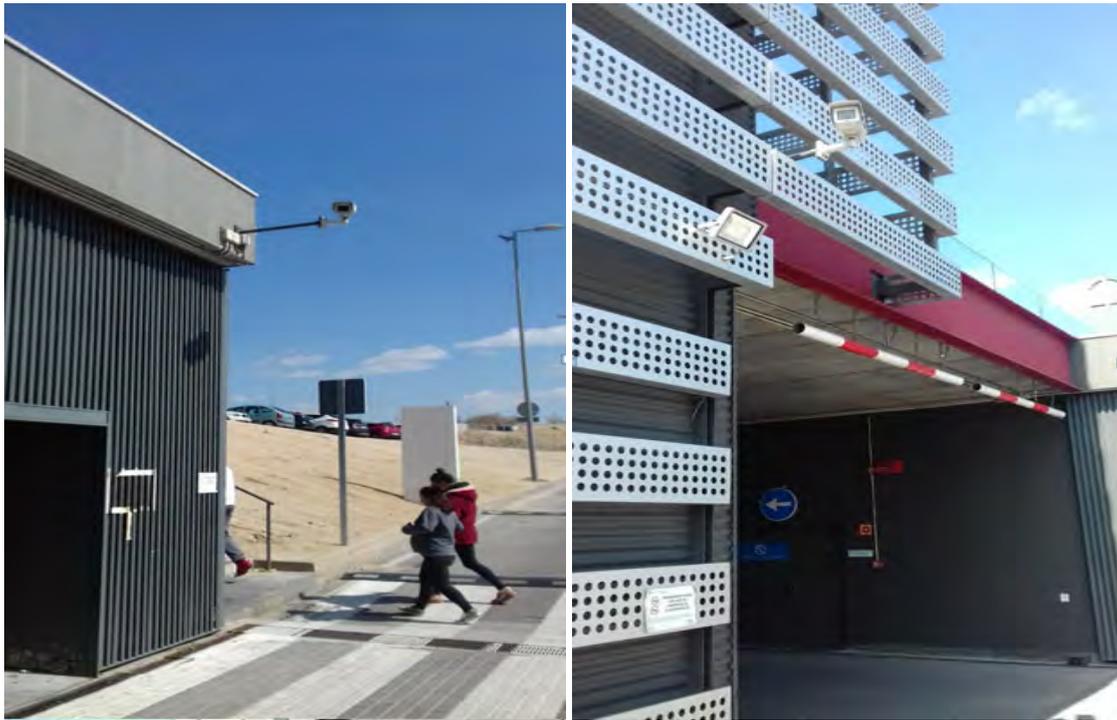


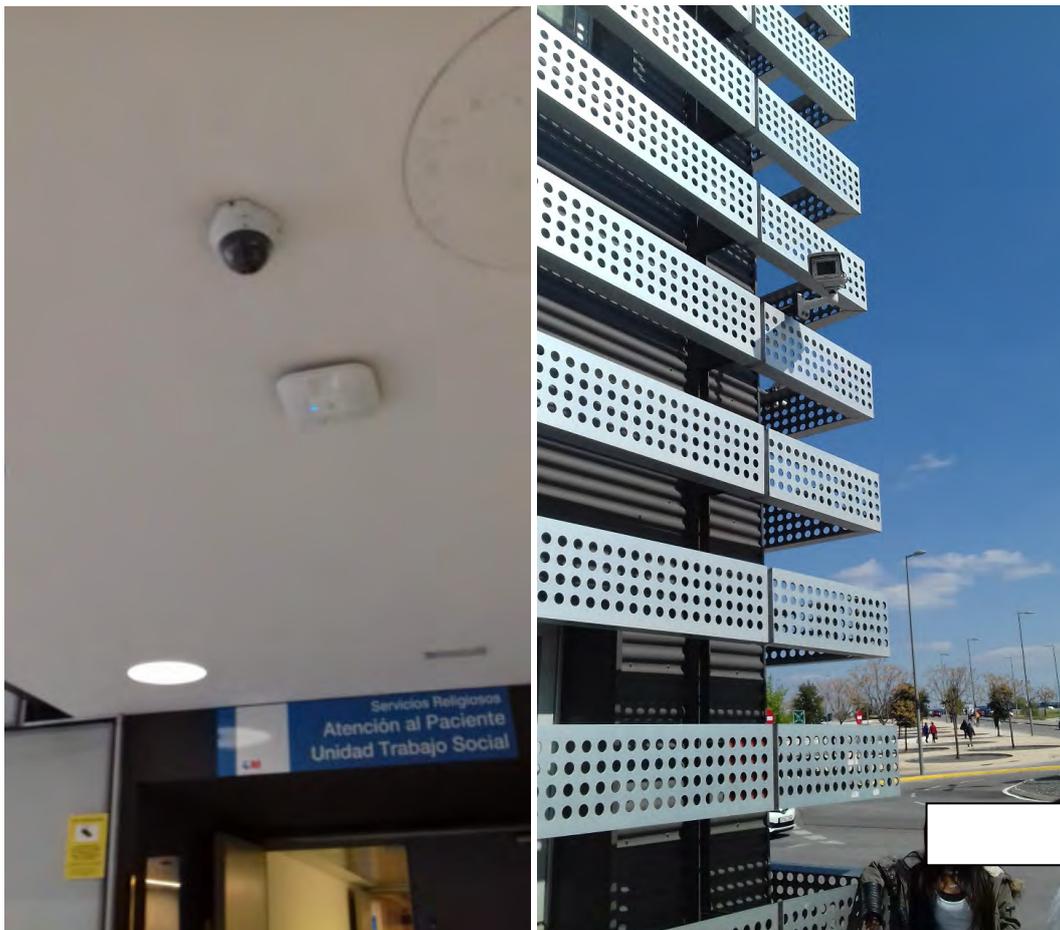






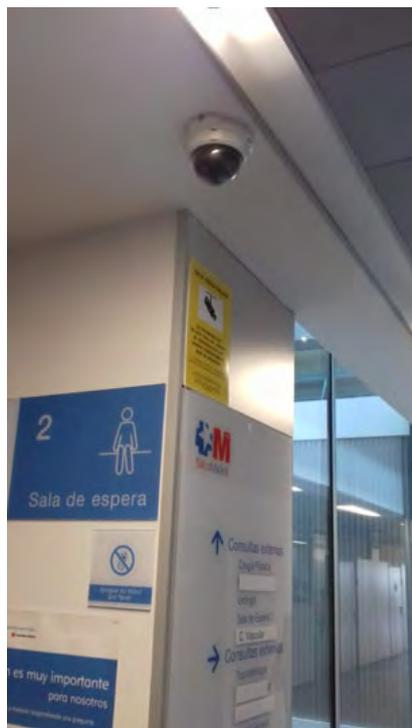






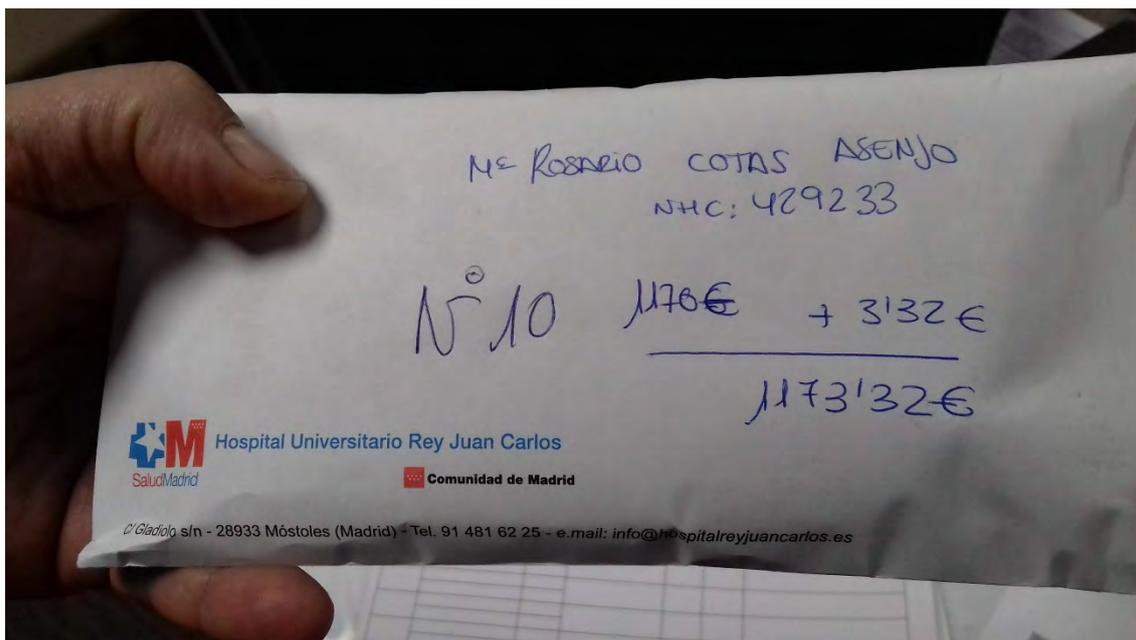
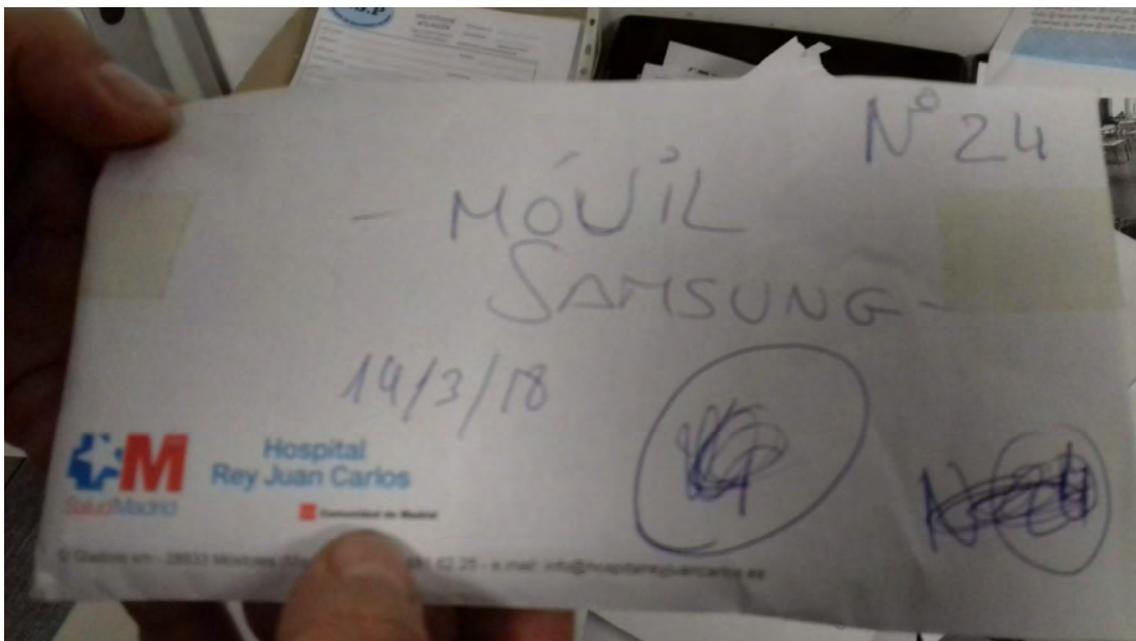






- Se ha podido evidenciar la correcta implantación del procedimiento de objetos perdidos y objetos de valor, y se ha podido evidenciar la existencia de una caja fuerte dentro del Centro de Control para su custodia:





**CUSTODIA DE OBJETOS EN LA CAJA FUERTE**

AÑO	2019	MARZO	
NUMERO DE SOBRE	N.H. CLINICO	FECHA DE ENTREGA	OBJETO
2	64463	30/03/2015	ANILLO
3	209205	10/07/2015	DOS ANILLO
4	85853	09/10/2017	ANILLO
5	173715	01/01/2018	MOVIL, CARTERA, ...
6	366699	26/01/2018	MOVIL, LLAVES, CARTE
7	405112	23/10/2018	PORTATIL, MOVIL
10	429223	22/02/2019	1173,32 EU
7	Total general		

**Hospital Universitario Rey Juan Carlos**  
SaludMóvil  
Comunidad de Madrid

**HOJA DE REGISTRO PARA LA RECOGIDA Y DEVOLUCIÓN DE ROPA Y OBJETOS PERSONALES**      CÓDIGO: MO\_PCL04A\_FPROCH  
EDICIÓN: 2.1

**FORMATO 2**

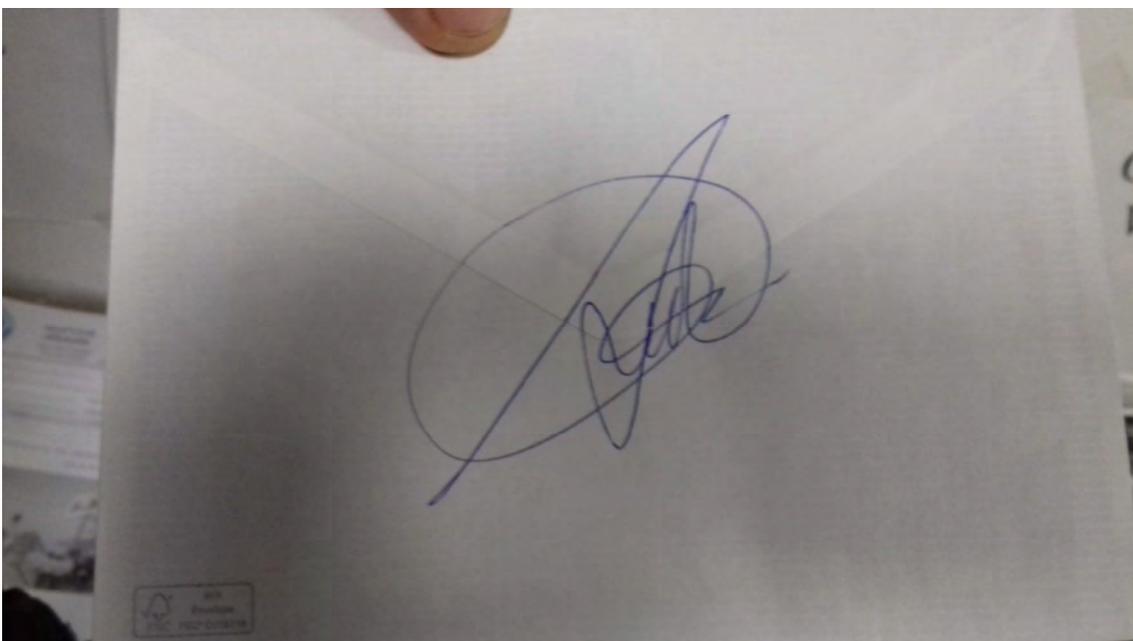
**HOJA DE REGISTRO PARA LA RECOGIDA Y DEVOLUCIÓN DE ROPA Y OBJETOS PERSONALES (disponible en los formularios de Casiopea)**

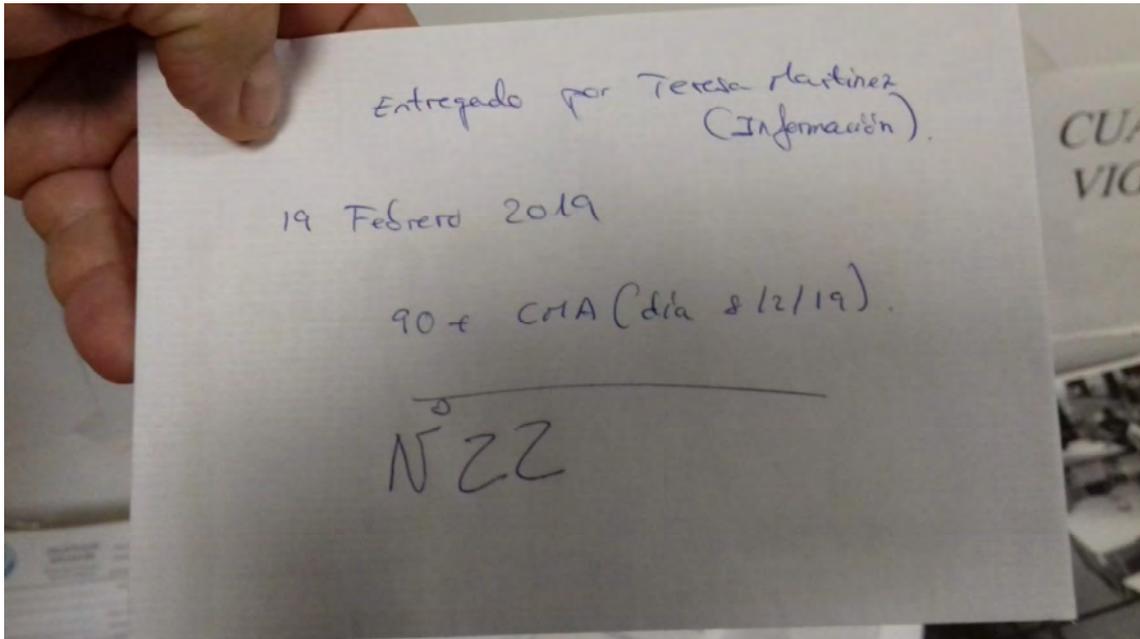
Nombre y apellidos del paciente: DR. ROBERTO COBAL ASENAR  
Nº Historia clínica: 425233 Fecha: 28/2/2019 Servicio/Unidad:

ROPA	SI	NO	ROPA
Camisa / Camiseta / Polo			Ropa interior / Bata
Pantalón / Falda			Zapatos / Zapatillas
Jersey			Calcetines / Medias
Abrigo-catazona / Salsardina			Bolso / Cinturón / Corbata
Otros: (especificar)			
OBJETOS PERSONALES	SI	NO	OBJETOS PERSONALES
Cartera / Llaveros			Prótesis dental: sup. / inf. / ambas
Dinero (especificar cantidad): <u>1173,32</u>			Anillo / Pendientes / Cadenas
Tarjetas de crédito:			Reloj
Teléfono móvil			Muleta / Bastón
Gafas			Paraguas
Otros: (especificar)			

**OBSERVACIONES**

RECOGIDA DE OBJETOS	DEVOLUCIÓN O TRASLADO DE
Personal de enfermería Nombre, apellidos: <u>ROBERTO COBAL ASENAR</u> Fecha: <u>28/2/2019</u> Categoría profesional: <u>ENFERMERA (PROMO)</u> Servicio: <u>URGENCIAS</u> Firma: 	Persona que recibe los objetos Nombre, apellidos: Fecha: Parentesco (especificar): DNI: Firma:
Persona de Seguridad Nombre, apellidos: <u>ANGEL N. DIEZGA</u> Fecha: <u>28/2/2019</u>	Traslado entre Servicios: persona que apenas Nombre, apellidos:





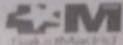
Fecha de entrega	Hora	Persona que lo entrega	DNI	Personal de seguridad
13/10/2017	14:30	PILAR ROJAS (S. GERENCIA)		ANTONIO C TIP: 405 07
Fecha de recogida	Hora	Persona que lo reclama	DNI	Personal de seguridad
Fecha de entrega	Hora	Persona que lo entrega	DNI	Personal de seguridad
14/03/2018	15:00	HIEVELA DELGADO	20257717-F	ANTONIO C TIP: 405 07
Fecha de recogida	Hora	Persona que lo reclama	DNI	Personal de seguridad
Fecha de entrega	Hora	Persona que lo entrega	DNI	Personal de seguridad
24/04/2018	22:40	JAVIER DIAZ (SUPERVISOR)	53060808-E	JOSE FLO TIP: 130
Fecha de recogida	Hora	Persona que lo reclama	DNI	Personal de seguridad

Personal de seguridad que lo recibe	Objeto	Firma
ANTONIO C TIP: 405 07	CAMARA DE VIDEO, CABLES Y CARGADOR.	Nº 20
Personal de seguridad que lo entrega	Objeto	Firma
Personal de seguridad que lo recibe	Objeto	Firma
ANTONIO C TIP: 405 07	MOVIL SAMSUNG	Nº 24
Personal de seguridad que lo entrega	Objeto	Firma
Personal de seguridad que lo recibe	Objeto	Firma



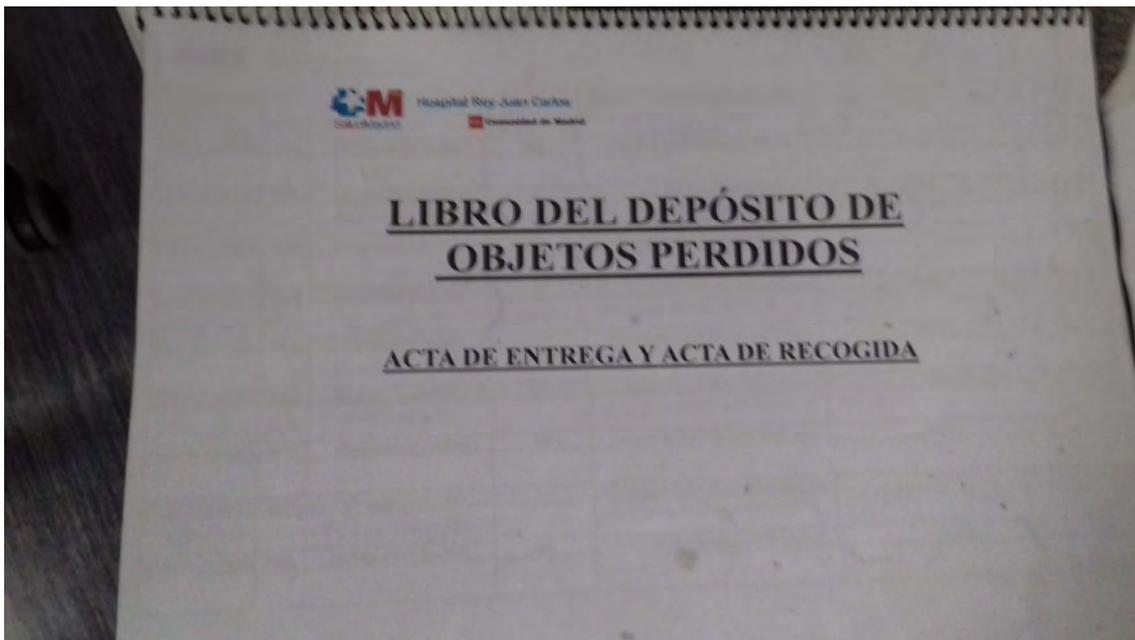
JUAN C. GONZALEZ	Objeto	Firma
Personal de seguridad que lo entrega	LIBRO ELECTRONICO (TABLET)	Nº 21
	Objeto	Firma
Personal de seguridad que lo recepciona	Objeto	Firma
ANTONIO IGLESIAS TIPS: 005963	90-EUROS	Nº 22
Personal de seguridad que lo entrega	Objeto	Firma

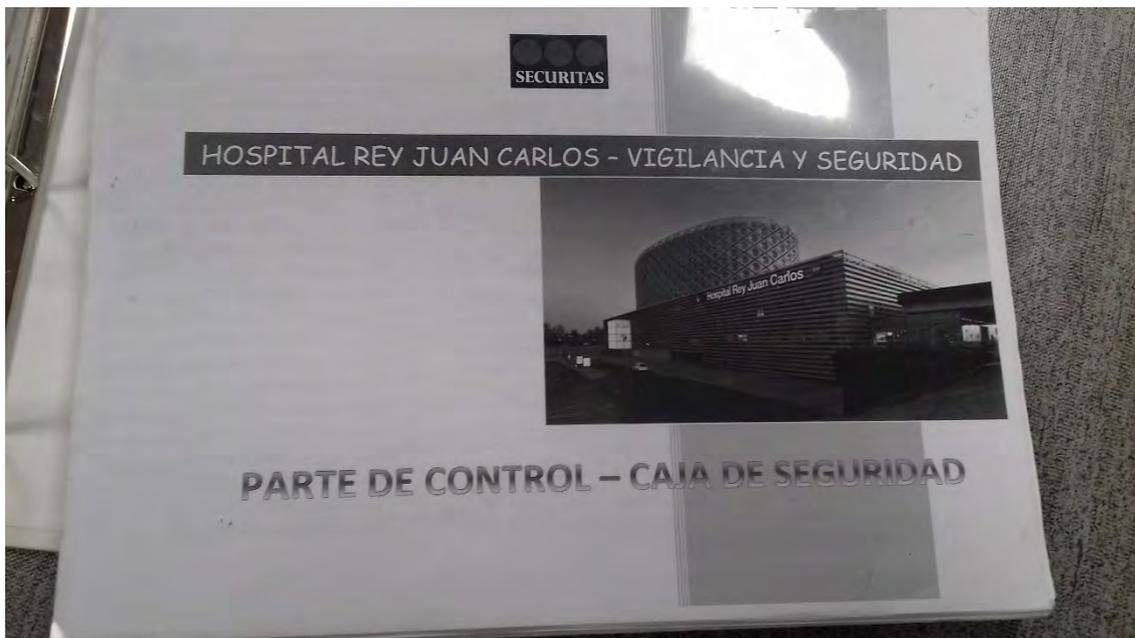
Fecha de entrega	Hora	Persona que lo entrega	DNI	Personal de seguridad que lo recibe
09/01/2019	19:00	MIGUEL (ADMISIÓN)		JUAN C. GONZALEZ
Fecha de recogida	Hora	Persona que lo reclama	DNI	Personal de seguridad que lo entrega
Fecha de entrega	Hora	Persona que lo entrega	DNI	Personal de seguridad que lo recibe
08/02/2019	17:05	TERESA MARTINEZ (INFORMACIÓN)		ANTONIO IGLESIAS TIP: 005963
Fecha de recogida	Hora	Persona que lo reclama	DNI	Personal de seguridad que lo entrega

 Hospital Rey Juan Carlos  
Comunidad de Madrid

Fecha de entrega	Hora	Persona que lo entrega	DNI	Personal de seguridad que lo recepciona	Objeto	Firma
26/10/2015	14:30	ANA M <sup>o</sup> LOPEZ GOMEZ	50448203-A	JOSE A. RUIZ MUÑOZ	ANILLO (RESONANCIAS)	Nº 16
Fecha de recogida	Hora	Persona que lo reclama	DNI	Personal de seguridad que lo entrega	Objeto	Firma
Fecha de entrega	Hora	Persona que lo entrega	DNI	Personal de seguridad que lo recepciona	Objeto	Firma
01/12/2015	15:00	JOSE A. RUIZ MUÑOZ	50020921-S	JOSE A. RUIZ MUÑOZ MIGUEL A. ORTEGA BENITO	PENDIENTES. ENCUENTROS (H.T. PLAZA)	Nº 17
Fecha de recogida	Hora	Persona que lo reclama	DNI	Personal de seguridad que lo entrega	Objeto	Firma
Fecha de entrega	Hora	Persona que lo entrega	DNI	Personal de seguridad que lo recepciona	Objeto	Firma
14/01/2016	13:10	PACIENTE		RICARDO VALVERDE	CADENA. ENCUENTRO (RAYOS)	Nº 18
Fecha de recogida	Hora	Persona que lo reclama	DNI	Personal de seguridad que lo entrega	Objeto	Firma
Fecha de entrega	Hora	Persona que lo entrega	DNI	Personal de seguridad que lo recepciona	Objeto	Firma
04/05/2016	13:20	LETICIA VAZQUEZ (INFORMACIÓN)	46844164-H	JULIAN SILVA TORTOSA	ANILLO.	Nº 108
Fecha de recogida	Hora	Persona que lo reclama	DNI	Personal de seguridad que lo entrega	Objeto	Firma
Fecha de entrega	Hora	Persona que lo entrega	DNI	Personal de seguridad que lo recepciona	Objeto	Firma
31/07/2017	11:00	PILAR ROSAS		MIGUEL A. GARCIA	CADENA.	Nº 19
Fecha de recogida	Hora	Persona que lo reclama	DNI	Personal de seguridad que lo entrega	Objeto	Firma

Fecha de entrega	Hora	Persona que lo entrega	DNI	Personal de seguridad que lo recibe	Objeto	Firma
13/10/2017	14:30	PILAR ROJAS (S.GERENCIA)		ANTONIO CORCUERA TIP: 105 071	CAMARA DE VIDEO, CABLES Y CARGADOR	Nº 20
Fecha de recogida	Hora	Persona que lo reclama	DNI	Personal de seguridad que lo entrega	Objeto	Firma
14/03/2018	15:00	MIGUEL A DELGADO	20257747-F	ANTONIO CORCUERA TIP: 105 071	MOVIL SAMSUNG	Nº 24
Fecha de recogida	Hora	Persona que lo reclama	DNI	Personal de seguridad que lo entrega	Objeto	Firma
24/04/2018	22:40	JAVIER DIAZ (SUPERVISOR)	53660808-Z	JOSE FLO LACTERA MARIN TIP: 134 067	ANILLO	Nº 23
Fecha de recogida	Hora	Persona que lo reclama	DNI	Personal de seguridad que lo entrega	Objeto	Firma
09/01/2019	14:00	MIGUEL (ADMISION)		JUAN C. GONZALEZ	LIBRO ELECTRONICO (TABLA)	Nº 21
Fecha de recogida	Hora	Persona que lo reclama	DNI	Personal de seguridad que lo entrega	Objeto	Firma
08/02/2019	17:05	TERESA MARTINEZ (INFORMACION)		ANTONIO IGLESIAS TIP: 005963	90-EUROS	Nº 22
Fecha de recogida	Hora	Persona que lo reclama	DNI	Personal de seguridad que lo entrega	Objeto	Firma





SECURITAS						
PARTE DE CONTROL - CAJA DE SEGURIDAD						
FECHA	VIGILANTE DE SEGURIDAD	TIP	MOTIVO	H. APERT	H. CIERRE	OBSERVACIONES
17-12-2018	MIGUEL A. ORTEGA	165451	DEPOSITO SOBRE N.H.C 85977	16:55	17:00	SOBRE N.H.C. 85977 con 710€ + DOCUMENTACION - BANDO B
	ANTONIO IGLESIAS	5963				11 11 11 11 11
18-12-2018	Eduardo Collor		ENTREGA SOBRE N.H.C. 85977			11 11 11 11 11
	Pablo Del pino					
19-12-2018	JULIAN SILVA	222322	DEPOSITO SOBRE N.H.C 33643	13:15	13:15	PACIENTE REA S/ PARICARES DOCUMENTACION CARTERA Y ROLUL
	MIGUEL A. GARCIA	183759				
19-12-2018	MIGUEL A. ORTEGA	165451	ENTREGA SOBRE N.H.C 33643	18:25	18:25	SE ENTREGA + L PACIENTE EN REA.
	MIGUEL A. GARCIA	183759				
19-01-2019	MIGUEL A. GARCIA	183759	DEPOSITO #300 €# N.H.C 423227	18:50	18:52	PACIENTE PSIQUIATRIA
	JUAN C. ESCUDERO	243038				
13-07-2018	MIGUEL A. ORTEGA	165451	ENTREGA SOBRE N.H.C 423227	11:45	11:46	ENTREGADO A SUPERVISORA MARTA RUZ.
	ANTONIO IGLESIAS	5963				
19-02-2019	MIGUEL A. ORTEGA	165451	DEPOSITO SOBRE CMB 90€	16:15	16:16	SOBRE DEPOSITO TOLO MARTINEZ DE INFORMACION
	ANTONIO IGLESIAS	5963				
21-2-2019	MIGUEL A. GARCIA	183759	DEPOSITO N.H.C 206476	14:30	14:35	SOBRE CON TABLET PACIENTE PSIQUIATRIA
	IRMA SANCHEZ	75338				

PERSONALES EDICIÓN: 2.1

FORMATO 2

HOJA DE REGISTRO PARA LA RECOGIDA Y DEVOLUCIÓN DE ROPA Y OBJETOS PERSONALES (disponible en los formularios de Casiojex)

Nombre y apellidos del paciente: P. RAMIRO COTA ARCA  
 Nº historia clínica: 42533 Fecha: 23/1/18 Servicio/Unidad: \_\_\_\_\_

ROPA	SI	NO	ROPA	SI	NO
Camisa / Camiseta / Polo			Ropa interior / Bata		
Pantalón / Falda			Zapatos / Zapatillas		
Jersey			Calcetines / Medias		
Almorta escudadora / Gabardina			Bata / Chubasquero / Corbata		
Otros (especificar)					

OBJETOS PERSONALES	SI	NO	OBJETOS PERSONALES
Cartera / Llaveros			Protesis dental: sup. / inf. / ambas
Dinero (especificar cantidad): <u>1173,32</u>			Anillo / Pendientes / Cadena
Tarjetas de crédito:			Reloj
Teléfono móvil			Muleta / Bastón
Gafas			Paraguas
Otros (especificar)			

OBSERVACIONES

RECOGIDA DE OBJETOS	DEVOLUCIÓN O TRASLADO DE OBJETOS
<b>Personal de enfermería</b> Nombre, apellidos: <u>ANIBES OLIVERA</u> Fecha: <u>23/1/2018</u> Categoría profesional: <u>ENFERMERA CAPACITADA</u> Servicio: <u>URGENCIAS</u> Firma: <u>[Firma]</u>	<b>Persona que recibe los objetos</b> Nombre, apellidos: Fecha: Categoría profesional (especificar): OMI: Firma:
<b>Personal de Seguridad</b> Nombre, apellidos: <u>ANGELA ORTEGA</u> Fecha: <u>23/1/2018</u> Firma: <u>[Firma]</u>	<b>Traslado entre Servicios: persona que recibe los objetos</b> Nombre, apellidos: Fecha: Servicio: Firma:
<b>Compañante del Paciente</b> Nombre, apellidos: Fecha: Firma:	<b>Depósito en Seguridad sino se receptiona Seguridad:</b> Firma:

CUSTODIA DE OBJETOS EN LA CAJA FUERTE

AÑO	2018	MARZO		
NUMERO DE SOBRE	N.H. CLINICO	FECHA DE ENTREGA	OBJETO	FECHA DE SALIDA
2	64463	30/03/2015	ANILLO	
3	209205	10/07/2015	DOS ANILLOS	
4	85853	09/10/2017	ANILLO	
5	173715	01/01/2018	MOVIL, CARTERA, 3,05 EUROS	
6	366099	26/01/2018	MOVIL, LLAVES, CARTERA, 16,61 EUROS	
7	405112	23/10/2018	PORTATIL, MOVIL Y ANILLO.	
10	429223	22/02/2019	1173,32 EUROS	
7	Total general			

CUSTODIA DE OBJETOS EN LA CAJA FUERTE

AÑO	2019	MARZO		
NUMERO DE SOBRE	N.H. CLINICO	FECHA DE ENTREGA	OBJETO	FECHA DE SALIDA
2	64463	30/03/2015	ANILLO	
3	209205	10/07/2015	DOS ANILLOS	
4	85853	09/10/2017	ANILLO	
5	173715	01/01/2018	MOVIL, CARTERA, 3,05 EUROS	
6	366099	26/01/2018	MOVIL, LLAVES, CARTERA, 16,61 EUROS	
7	405112	23/10/2018	PORTATIL, MOVIL Y ANILLO.	
10	429223	22/02/2019	1173,32 EUROS	

- Se ha podido evidenciar en el momento de la auditoría, el correcto registro de entrega de llaves en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles por parte del personal de Seguridad y Vigilancia:

FECHA	REFERENCIA LLAVES	PARTE DE CONTROL DE LLAVES			MES: ABRIL 2019
		NOMBRE Y APELLIDOS	HENTR.	H.DEV.	NOMBRE Y APELLIDOS
1-4-19	Limpieza -1	CLARA DIAZ	19:50	22:40	Elvira
1-4-19	Limpieza 1	ANA BELEN	21:15	22:10	ANA BELEN
2-4-19	Limpieza B	CARMEN DELGADO	22:30	00:00	CARMEN DELGADO
2-4-19	Limpieza 2	CARMEN DELGADO	00:00	2:50	CARMEN DELGADO
2-4-19	CAFETERIA	MARLEN	01:45	2:50	MARLEN
2-4-19	COCINA + DIETETICA	ARITA HERNAN	06:40	22:32	CARMEN CEBALLOS
2-4-19	GUARDERIA	ZAHARA SARA	06:50	21:35	ANA MORENO
02.04.19	SINDICATOS 4	MILVET MORENO	07:00	21:52	ISABEL MORENO
02.04.19	SINDICATOS 3	NADA GARCIA	8:40	14:00	Manbel Palomo
02.04.19	SINDICATOS 2	CRISTINA HERNANDEZ	9:05	14:00	Manbel Palomo
2-4-19	SINDICATOS 1	GERARDO TORALDEA	9:05	14:00	Manbel Palomo
2-4-19	SINDICATOS 1	MARGARITA VENTURO	11:20	12:50	MARGARITA VENTURO
2-4-19	Limpieza B.	MARIBEL PALOMO	13:50	15:10	MARIBEL PALOMO
2-4-19	Limpieza AULAS	Elena Moratin	16:00	21:20	Elena Moratin
2-4-19	Limpieza 1 CONSULTAS	Elena Moratin	16:00	21:20	Elena Moratin
2-4-19	Limpieza B-	ILDA TOQUIZA	17:45	01:00	ILDA TOQUIZA
2-4-19	Limpieza 2 CONSULTAS	ELSA TITUNIA	18:10	01:00	ELSA TITUNIA
2-4-19	Limpieza -3	ELSA TITUNIA	18:10	01:00	ELSA TITUNIA
2-4-19	Limpieza B	BEATRIZ PEDRETO	18:10	01:00	BEATRIZ PEDRETO
2-4-19	Limpieza -3	ELVIRA	20:15	22:45	ELVIRA
2-4-19	Limpieza B	ISA FERNANDEZ	22:25	07:50	ISA FERNANDEZ
2-4-19	Limpieza B	ISA FERNANDEZ	22:25	07:10	ISA FERNANDEZ
2-4-19	Limpieza B	ISA FERNANDEZ	22:25	07:10	ISA FERNANDEZ

FECHA	REFERENCIA LLAVES	HOSPITAL REY JUAN CARLOS PARTE DE CONTROL DE LLAVES			MES: ABRIL 2019
		NOMBRE Y APELLIDOS	HENTR.	H.DEV.	NOMBRE Y APELLIDOS
1-4-19	Limpieza -1	CLARA DIAZ	19:50	22:40	Elvira
1-4-19	Limpieza 1	ANA BELEN	21:15	22:10	ANA BELEN
2-4-19	Limpieza B	CARMEN DELGADO	22:30	00:00	CARMEN DELGADO
2-4-19	Limpieza 2	CARMEN DELGADO	00:00	2:50	CARMEN DELGADO
2-4-19	CAFETERIA	MARLEN	01:45	2:50	MARLEN
2-4-19	COCINA + DIETETICA	ARITA HERNAN	06:40	22:32	CARMEN CEBALLOS
2-4-19	GUARDERIA	ZAHARA SARA	06:50	21:35	ANA MORENO
02.04.19	SINDICATOS 4	MILVET MORENO	07:00	21:52	ISABEL MORENO
02.04.19	SINDICATOS 3	NADA GARCIA	8:40	14:00	Manbel Palomo
02.04.19	SINDICATOS 2	CRISTINA HERNANDEZ	9:05	14:00	Manbel Palomo
2-4-19	SINDICATOS 1	GERARDO TORALDEA	9:05	14:00	Manbel Palomo
2-4-19	SINDICATOS 1	MARGARITA VENTURO	11:20	12:50	MARGARITA VENTURO
2-4-19	Limpieza B.	MARIBEL PALOMO	13:50	15:10	MARIBEL PALOMO
2-4-19	Limpieza AULAS	Elena Moratin	16:00	21:20	Elena Moratin
2-4-19	Limpieza 1 CONSULTAS	Elena Moratin	16:00	21:20	Elena Moratin
2-4-19	Limpieza B-	ILDA TOQUIZA	17:45	01:00	ILDA TOQUIZA
2-4-19	Limpieza 2 CONSULTAS	ELSA TITUNIA	18:10	01:00	ELSA TITUNIA
2-4-19	Limpieza -3	ELSA TITUNIA	18:10	01:00	ELSA TITUNIA
2-4-19	Limpieza B	BEATRIZ PEDRETO	18:10	01:00	BEATRIZ PEDRETO
2-4-19	Limpieza -3	ELVIRA	20:15	22:45	ELVIRA
2-4-19	Limpieza B	ISA FERNANDEZ	22:25	07:50	ISA FERNANDEZ
2-4-19	Limpieza B	ISA FERNANDEZ	22:25	07:10	ISA FERNANDEZ
2-4-19	Limpieza B	ISA FERNANDEZ	22:25	07:10	ISA FERNANDEZ
2-4-19	Limpieza B	ARITA HERNAN	06:40	06:50	
3/4/19	Escuela infantil	MILVET MORENO			



- En el momento de la auditoría, se ha podido evidenciar el correcto funcionamiento del botón antipánico de Psiquiatría y Urgencias.

## 6.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

### ***PARÁMETRO 1: Cualificación profesional de los RRHH***

Definición: Grado de cumplimiento de los RRHH adscritos al Contrato, en cuanto a Vigilantes de Seguridad y Auxiliares se refiere

Nivel de cumplimiento exigible: 10 sobre 10

Frecuencia con la que debe realizarse la medición o toma de datos: mensual

Método de cálculo: Conteo de medios adscritos en cada categoría y puntuación proporcional

Resultado: 10

### ***PARÁMETRO 2: Indicador del Servicio de Seguridad y Vigilancia***

$$IN = 0.4 * PC + 0.3 * CCTV + 0.3 * RRHH$$

Donde:

PC: Grado de cumplimiento del Plan de Catástrofes

CCTV: Grado de funcionamiento y operatividad del Circuito Cerrado de Televisión

RRHH: Grado de cumplimiento de la capacitación del personal adscrito al Contrato de Seguridad y Vigilancia.

Resultado: 9.3

## 6.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.

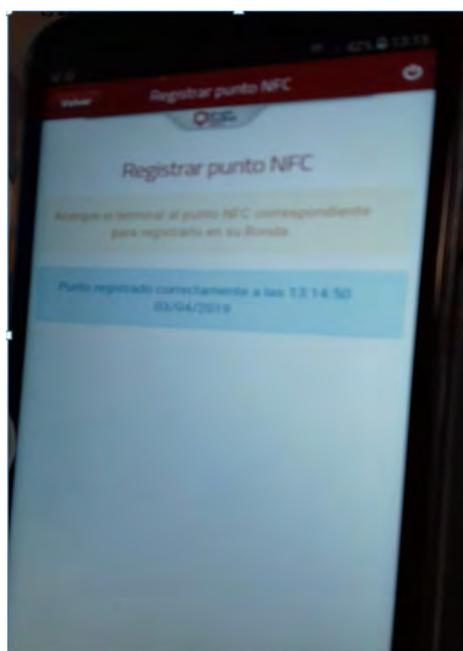
Durante la auditoría anterior, se detectaron las siguientes incidencias y áreas de mejora, estando del siguiente modo en el momento de la auditoría de marzo de 2019:

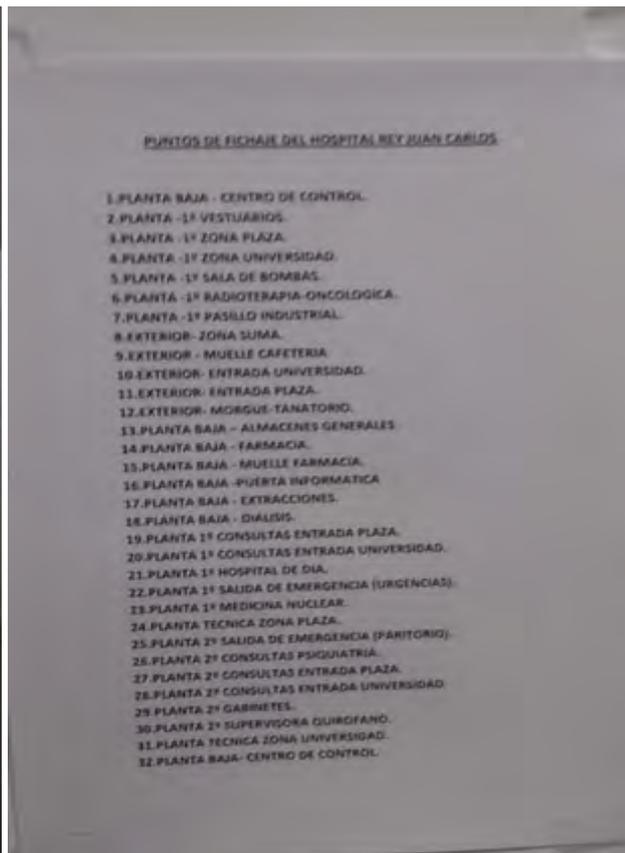
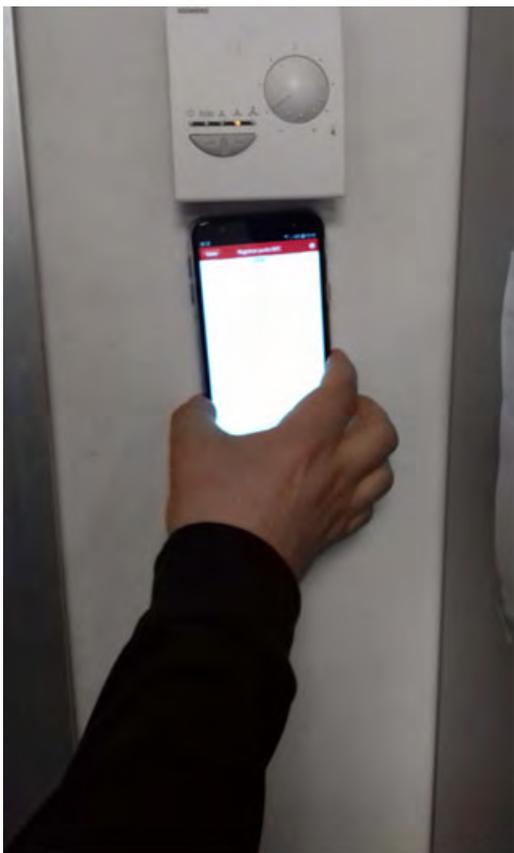
### 6.5.1.-INCIDENCIAS LEVES.

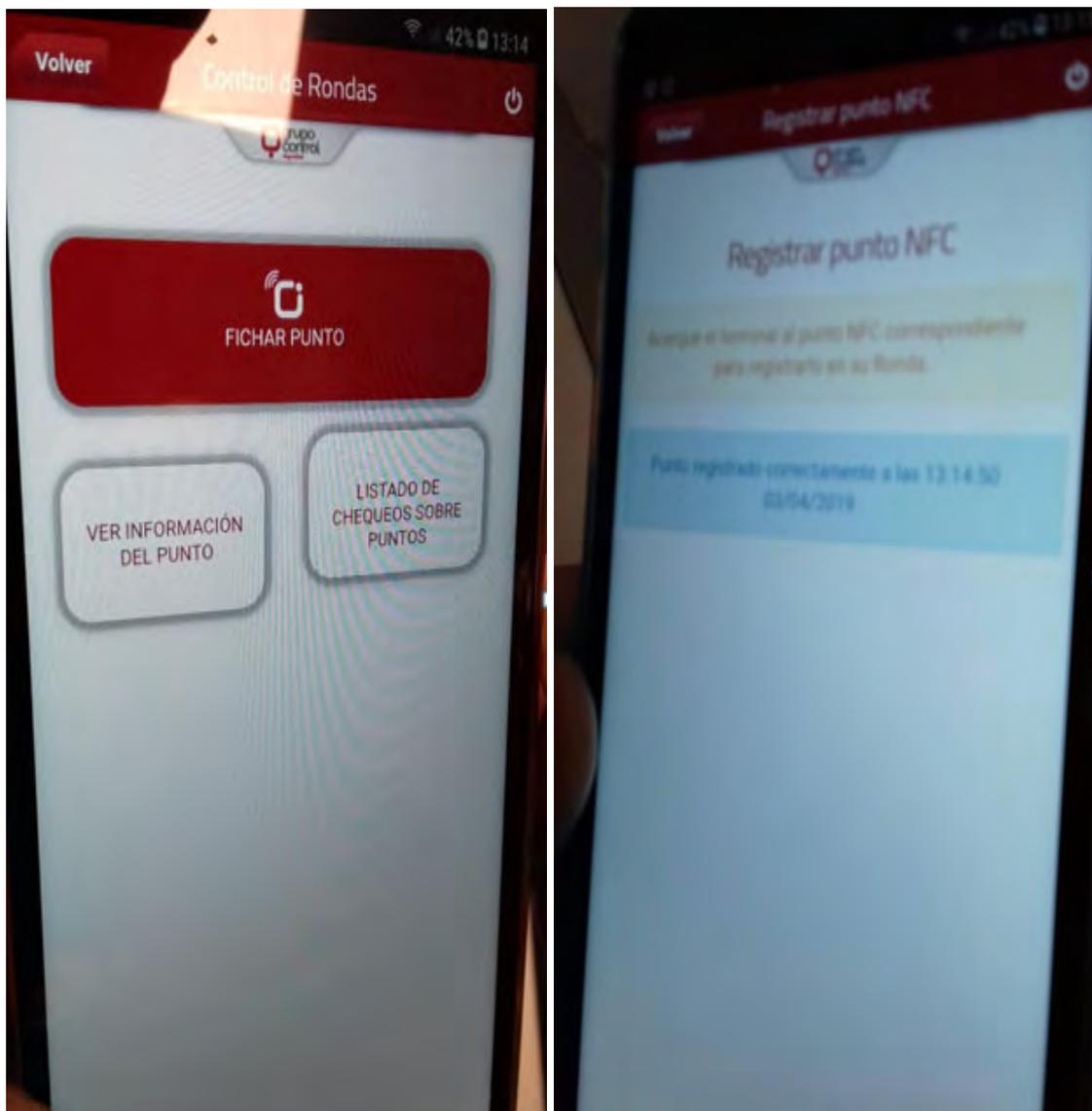
1. **INCIDENCIA LEVE 1:** Un Vigilante en el turno de día y otro en el turno de noche, realizan rondas de vigilancia por turno en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, recorriendo un itinerario aleatorio, garantizando, según lo indicado por el personal de vigilancia, que se pasa por todas las áreas del Hospital, si bien, no queda registro alguno de ello, sólo pudiendo garantizarse su realización mediante la observación a través de las cámaras de seguridad, por lo que se considera una incidencia leve. Se propone un software para el registro de las rondas que evidencie la correcta realización de las mismas. Además, en el parking de superficie no se han podido evidenciar cámaras de seguridad, si bien, en caso de necesidad, las domos exteriores perimetrales del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles pueden enfocar hacia el mismo, obteniendo imágenes del mismo con una resolución adecuada, si bien, existen limitaciones debido a la ubicación del parking exterior del Hospital:



Se ha comprobado que las rondas diarias cubren todo el Hospital, si bien, en el momento de la auditoría, no queda registro alguno de ello, no obstante, la nueva empresa de seguridad estaba implementando un software con objeto de que quede registro de la realización de dichas rondas, colocando etiquetas por el Hospital para ser leídas cuando pasa el Vigilante de Seguridad por dicho punto, aunque no estaba operativo en el momento de la auditoría:

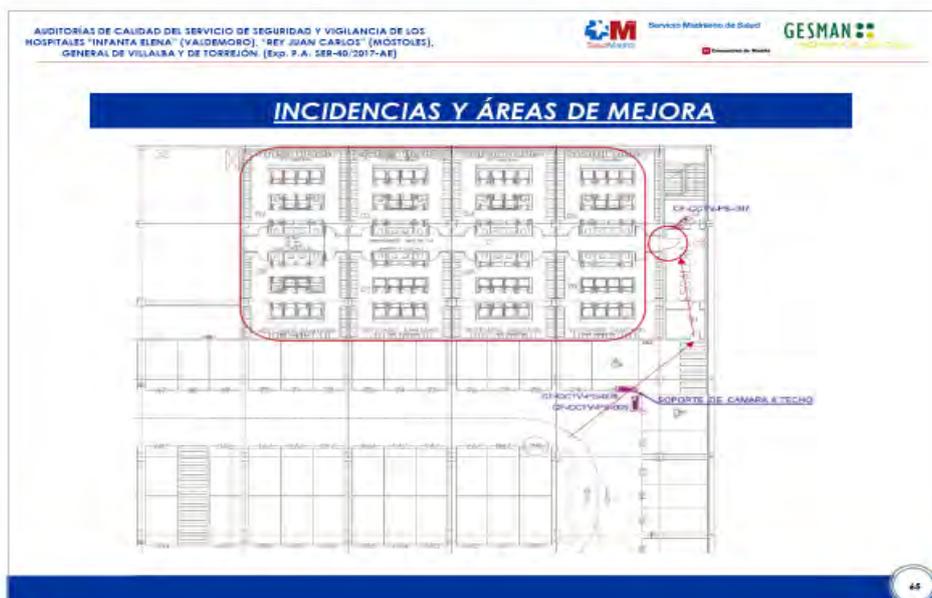






Además, el servicio de seguridad y vigilancia se extiende a todas las dependencias y zonas del Centro, recinto exterior del Hospital, incluido edificios anexos y aparcamientos, si bien, en el momento de la auditoría no se ha podido evidenciar que en el parking exterior de superficie existan cámaras de seguridad, no obstante, las domos exteriores perimetrales del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles pueden enfocar hacia el mismo, obteniendo imágenes del mismo con una resolución adecuada. No se puede considerar cerrada la incidencia.

2. **INCIDENCIA LEVE 2:** No se ha podido evidenciar en el momento de la auditoría del servicio de seguridad y vigilancia del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, que el control de accesos a los vestuarios generales del personal del Centro ubicados en planta sótano -1 esté operativo, observándose averiado y en mal estado, siendo el acceso al mismo un punto ciego en relación con el CCTV instalado en el Hospital, lo que supone una falta de seguridad al personal del centro usuario de dichos vestuarios:



Pendiente de subsanar, ya que, aunque estaban instalados dichos controles de accesos, en el momento de la auditoría no estaban operativos, si bien, se había colocado una cámara en el acceso al vestuario ya operativa:



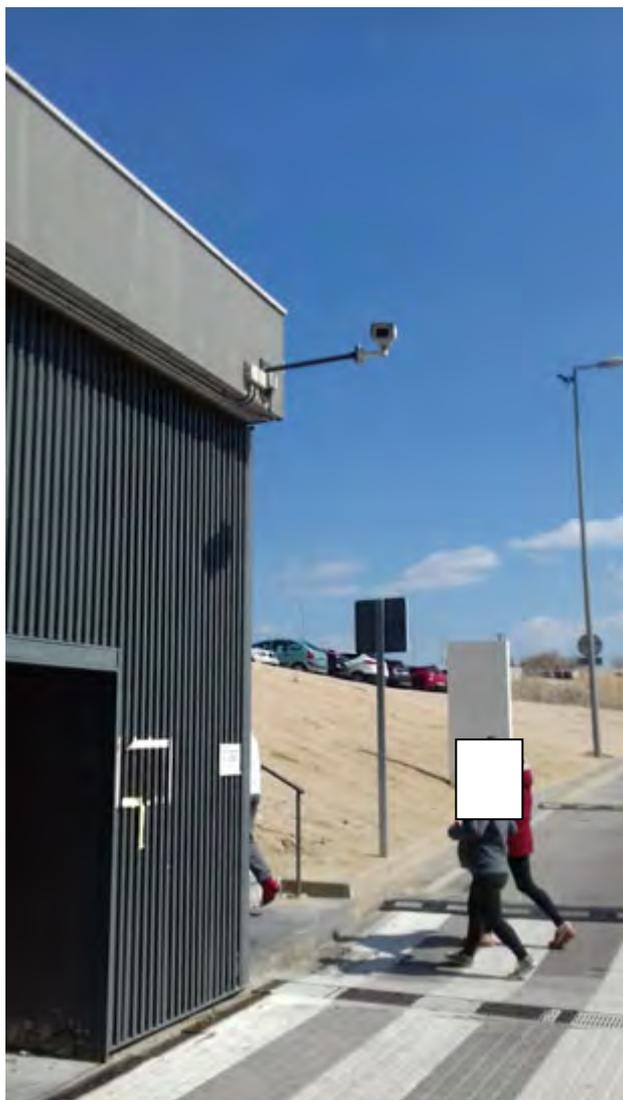
Por otro lado, se recomienda también la operatividad de los controles de accesos mediante código (teclado de acceso) de los vestuarios ubicados en quirófanos, de idéntica forma a los vestuarios de la UCI, con objeto de evitar posibles robos e incidentes → **PENDIENTE DE SUBSANAR**, ya que, aunque estaban instalados dichos controles de accesos, en el momento de la auditoría no estaban operativos.



3. **INCIDENCIA LEVE 3:** Se considera una incidencia leve las disconformidades detectadas en el simulacro de emergencia realizado en diciembre de 2017 en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, si bien, se ha podido evidenciar que se ha remitido vía e-mail un recordatorio del teléfono de emergencias ext. 2000 → **SUBSANADA.**
4. **INCIDENCIA LEVE 4:** Se considera una incidencia leve la existencia de puntos ciegos en el sistema del CCTV del túnel técnico de acceso de proveedores, en la cafetería de público y en aquellas zonas que por ubicación o actividad requieran de ser videovigiladas, ampliando el alcance del sistema actual, por lo que se propone la instalación de nuevas cámaras de vigilancia. Se propone la colocación de medios de vigilancia en el túnel técnico del Hospital donde se ubican la mayor parte de las salas técnicas, ya que, tal como se ha evidenciado en el momento de la auditoría, al estacionar los camiones de los diversos proveedores, éstos dificultan la visión de lo que ocurre en el túnel, quedando zonas no vigiladas o puntos ciegos, lo que puede

suponer un riesgo por vandalismo → **SUBSANADA**, ya que se han instalado nuevas cámaras de seguridad en el túnel técnico:





- **ÁREA DE MEJORA 1:** El Hospital Rey Juan Carlos, concienciado con la seguridad en el Centro, de pacientes y personal, se encuentra inmerso en varios proyectos enfocados en la mejora de los sistemas de seguridad y vigilancia:
  - Puesta en marcha de un sistema de intrusión, que permita mejorar notablemente la seguridad de la infraestructura, y favorecer el trabajo del personal de seguridad y vigilancia del Hospital Rey Juan Carlos, dando una respuesta más rápida y eficaz ante posibles actos delictivos, como por ejemplo en las Zonas de Consultas Externas.
  - Instalación de sistemas de control de accesos en aquellas áreas que por su actividad resulte necesario dicho sistema en aras de preservar la seguridad del paciente, del personal, y/o de la infraestructura.

➔ En proceso de implantación en el momento de la auditoría, ya estando operativas muchas de las mejoras indicadas en la anterior auditoría:

AUDITORÍAS DE CALIDAD DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA DE LOS HOSPITALES "INFANTA ELENA" (VALEMORO), "REY JUAN CARLOS" (MÓSTOLES), GENERAL DE VILLALBA Y DE TORREJÓN. (Exp. P.A. SER-40/2017-AE)

**INCIDENCIAS Y ÁREAS DE MEJORA**

PRESUPUESTO			
Cantidad	Descripción	Presup.	Total
1.00	Instalación de Estado Sólido de la instalación de iluminación del Hospital Rey Juan Carlos	344,00	344,00
1.00	Suministro de cables de fibra óptica (12 puntos) con cableado de fibra (12 puntos) para conexión a la red de datos del Hospital Rey Juan Carlos	2.000,00	2.000,00
1.00	Instalación de fibra óptica en el Hospital Rey Juan Carlos	2.000,00	2.000,00

PRESUPUESTO			
Partido	Descripción	Presup.	Total
1	Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles. Instalación de fibra óptica en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles. Suministro de cables de fibra óptica (12 puntos) con cableado de fibra (12 puntos) para conexión a la red de datos del Hospital Rey Juan Carlos. Instalación de fibra óptica en el Hospital Rey Juan Carlos.	3.344,00	3.344,00

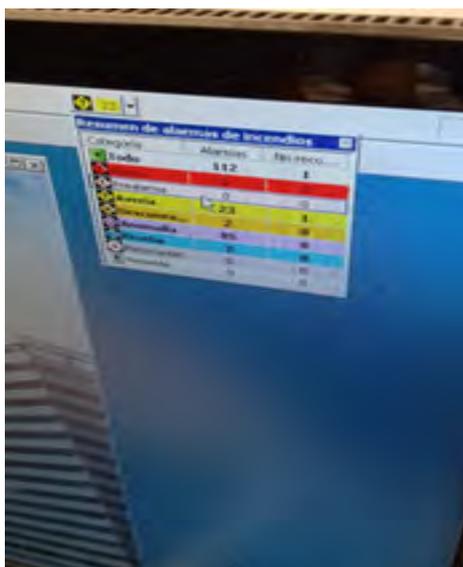
AUDITORÍAS DE CALIDAD DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA DE LOS HOSPITALES "INFANTA ELENA" (VALEMORO), "REY JUAN CARLOS" (MÓSTOLES), GENERAL DE VILLALBA Y DE TORREJÓN. (Exp. P.A. SER-40/2017-AE)

**INCIDENCIAS Y ÁREAS DE MEJORA**

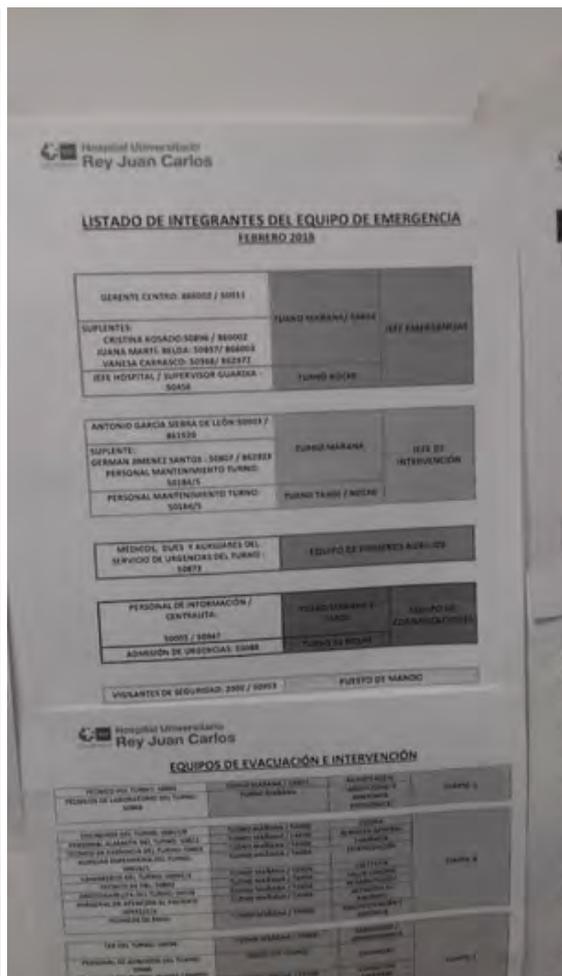
✓ En el momento de la auditoría, se ha podido evidenciar la existencia de los siguientes detectores volumétricos, no estando operativos:

- Pasillos admisión
- Pasillos cocina
- Psiquiatría
- Informática
- Consultas Externas

- **ÁREA DE MEJORA 2:** Se propone como área de mejora en relación con la recogida y custodia de objetos personales de los pacientes por parte del servicio de seguridad y vigilancia del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, mejorar la identificación y precinto de dichos objetos personales para evitar posibles confusiones y errores, utilizando etiquetas y bridas de seguridad → **SUBSANADA**.
- **ÁREA DE MEJORA 3:** Se propone como área de mejora la instalación de una Central de Incendios (réplica de la misma) en el Centro de Control y Alarmas de Seguridad y Vigilancia, con objeto de que el vigilante de seguridad del Centro de Control pueda ver y detectar las alarmas de incendios del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, si bien, sí que se ha podido evidenciar en dicho Centro de Control el SCADA de la instalación de PCI y el Sistema de Control de Temperatura y Evacuación de Humos (SCTEH) de COLT → **PENDIENTE DE SUBSANAR** en parte:



- ÁREA DE MEJORA 4:** No se ha podido evidenciar que el listado de integrantes del equipo de emergencia actualizado en octubre de 2017, disponible en el Centro de Control de Seguridad, se haya incluido en el Plan de Autoprotección del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, en la revisión 1 de agosto de 2015, por lo que se propone como área de mejora la revisión y, en su caso, actualización del Plan de Autoprotección del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles con dicho listado de integrantes del equipo de emergencia → **SUBSANADA**.



- ÁREA DE MEJORA 5:** Debido a la entrada en vigor del RD 1308/2011 sobre la protección física de las instalaciones y los materiales nucleares y de las fuentes radiactivas, se está acometiendo un proyecto de blindaje y protección en el área afectada en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles. Este proyecto contempla el blindaje del área, así como la instalación de los sistemas de seguridad física y vigilancia correspondientes, tales como sistemas de CCTV, intrusión, control de acceso y la implementación de protocolos de seguridad que permitan cumplir con dicho Real Decreto → **SUBSANADA**.

- **ÁREA DE MEJORA 6:** En determinados puntos de atención e información a los usuarios del Hospital, así como en Admisión, en Consulta de Enfermería y de Psiquiatría de Urgencias, existe una combinación de teclas, CTRL + Q, que alerta a los puestos colindantes en caso de que un usuario del Centro realice amenazas o se comporte de forma agresiva, posteriormente, el personal del Hospital pueda avisar al Personal del Servicio de Seguridad y Vigilancia y éste se presente en el menor plazo posible, si bien, se considera un área a ser mejorada el hecho de que dicha alerta pueda ser detectada directamente desde el Centro de Control de Seguridad y Vigilancia, para poder gestionar dichas alarmas en un plazo de tiempo más reducido → **SUBSANADA**.
- **ÁREA DE MEJORA 7:** Se han colocado cámaras de vigilancia en todas las entradas al Hospital y en zonas interiores, indicando que es una Zona Videovigilada en cumplimiento de la LOPD, a excepción de en las entradas principales, por lo que se recomienda la colocación de carteles que indiquen que el Hospital Rey Juan Carlos es una zona videovigilada → **SUBSANADA**.
- **ÁREA DE MEJORA 8:** Se considera un área de mejora la seguridad de las plantas de Hospitalización de ambas Torres, ya que se ha podido evidenciar en la auditoría que en el acceso a las plantas de hospitalización por la zona técnica no existen cámaras de seguridad, por lo que se propone la colocación de cámaras de seguridad en los núcleos de accesos de la zona técnica de las plantas de hospitalización, si bien, para acceder a dichos núcleos de comunicación de la zona técnica en las plantas inferiores si existen cámaras que vigilan quienes acceden, pero no se podría saber en qué planta de hospitalización bajan, lo que puede suponer un riesgo de seguridad y vigilancia → **PENDIENTE DE SUBSANAR**.

- **ÁREA DE MEJORA 9:** Revisar el correcto estado y colocación de la tapa de cierre de la caja de conexión IP, así como la ubicación de dichas cajas de conexión, de las cámaras de seguridad de acceso a las escaleras desde el parking subterráneo del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles → **PENDIENTE DE SUBSANAR.**



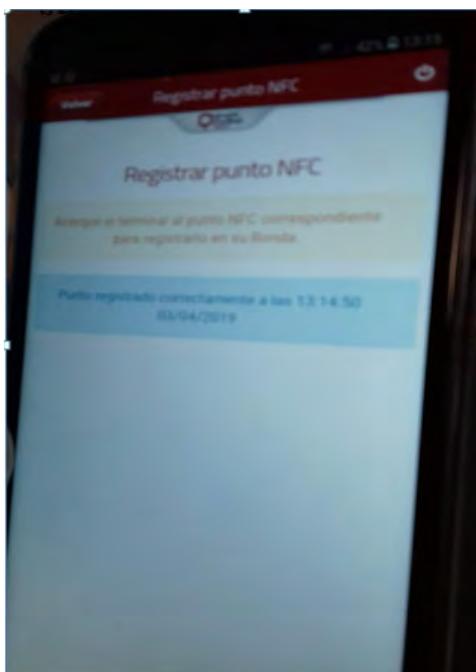
- **ÁREA DE MEJORA 10:** El parking de superficie es público y no vigilado, ya que no se ha podido evidenciar la existencia de cámaras de seguridad instaladas en el mismo, aunque hay cámaras de seguridad perimetrales que pueden obtener imágenes de éste, en caso de rotar su orientación. Además, como no se ha podido evidenciar la realización de las rondas de exteriores, como por ejemplo del parking o del helipuerto, se considera un área a ser mejorada → **SUBSANADA**, ya que se evidencia la realización de rondas por el helipuerto:

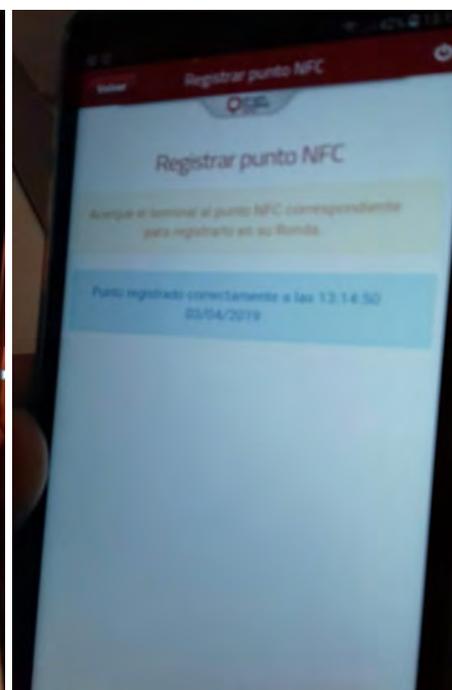
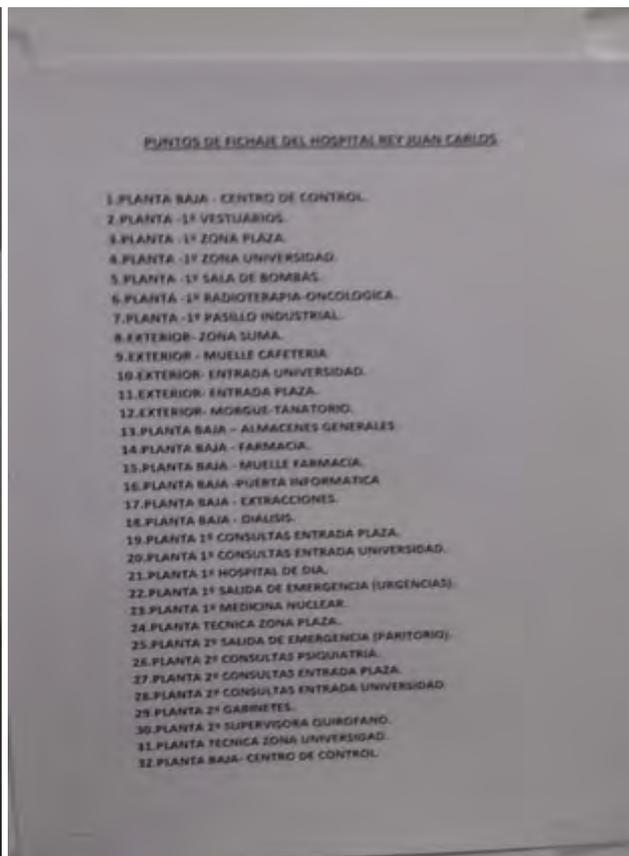
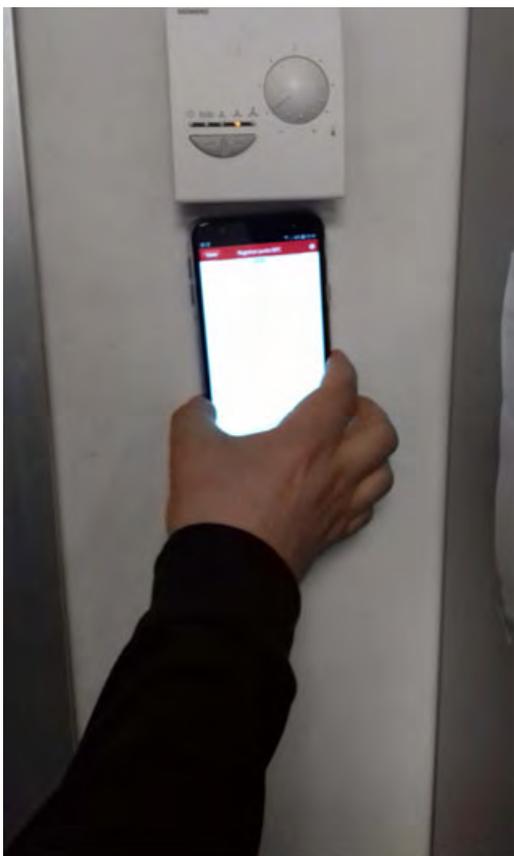
FECHA	HORA	PERSONAL DE SEGURIDAD	CÓDIGO	OBSERVACIONES
20/01/2018	12:00	ORTEGA / GARCIA	SUMMA001	CADALSO DE LOS VIDRIOS
21/01/2018	12:00	GUEZAS / GARCIA	SUMMA001	SAN MARTIN DE VALDEGUESIAS
22/01/2018	12:00	ORTEGA / VALLENDE	SUMMA001	SAN MARTIN DE VALDEGUESIAS (PICADAS)

## 6.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

### 6.6.1.-INCIDENCIAS LEVES.

1. **INCIDENCIA LEVE REINCIDENTE:** Se ha comprobado que las rondas diarias cubren todo el Hospital, si bien, en el momento de la auditoría, no queda registro alguno de ello, no obstante, la nueva empresa de seguridad estaba implementando un software con objeto de que quede registro de la realización de dichas rondas, colocando etiquetas por el Hospital para ser leídas cuando pasa el Vigilante de Seguridad por dicho punto, aunque no estaba operativo en el momento de la auditoría:

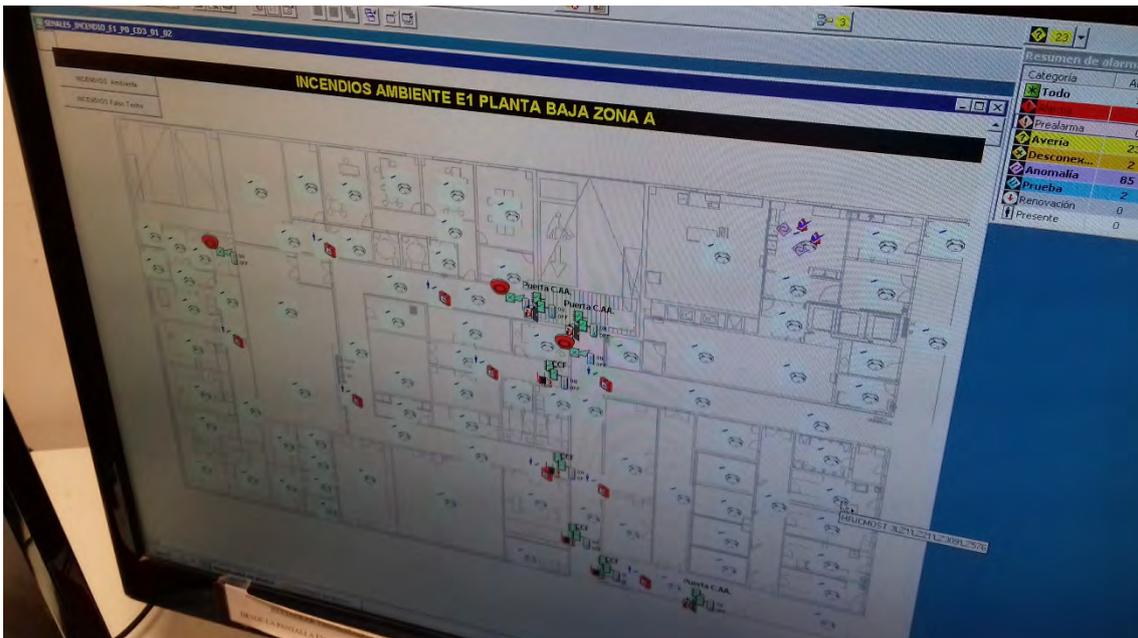
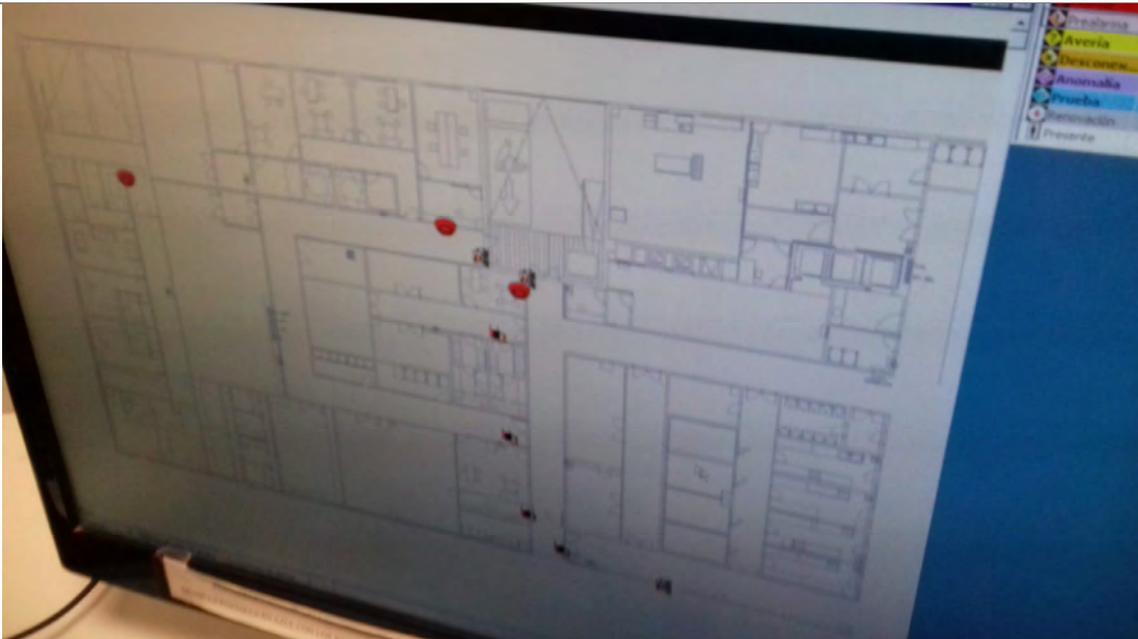




2. **INCIDENCIA LEVE REINCIDENTE:** No se ha podido evidenciar en el momento de la auditoría del servicio de seguridad y vigilancia del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, que el control de accesos a los vestuarios generales del personal del Centro ubicados en planta sótano -1 esté operativo.
3. **INCIDENCIA LEVE NUEVA** Se detectan zonas desconectadas, por lo que se propone en esta auditoría como incidencia leve:

Categoría	Alarmas	No reco...
Todo	112	1
Alarma	0	0
Prealarma	0	0
Avería	0	0
Desconex...	23	1
Anomalia	2	0
Prueba	85	0
Reservación	2	0
Presente	0	0
	0	0





## 7.-SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN.

### 7.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoría Operativa en cuanto al Servicio de Esterilización se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Rey Juan Carlos (expediente PA SER-41/2018-AE).

### 7.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. solicitó, la siguiente documentación, que fue recibida por GESMAN y analizada:

- Licencia de la Central de Esterilización.
- Procedimiento de control y trazabilidad de productos, en caso de disponer de él.
- Procedimiento de control de calidad.
- Stock de seguridad, tanto de textil como de instrumental.

Así mismo, es importante señalar que la normativa que ha sido tenida en cuenta para el análisis de la información del Servicio de Limpieza ha sido la siguiente:

- UNE-EN 556-1:2002/AC: 2007 Esterilización de productos sanitarios. Requisitos de los productos sanitarios para ser designados "estéril". Parte 1: requisitos de los productos sanitarios esterilizados en su estado terminal.
- UNE-EN 556-2:2016 Esterilización de productos sanitarios. Requisitos de los productos sanitarios para ser designados "estéril". Parte 2: requisitos de los productos sanitarios procesados asépticamente.
- UNE-EN 868-2-10: Materiales y sistemas de envasado para productos sanitarios que es necesario esterilizar.
- UNE-EN 1422:2014. Esterilizadores para uso médico. Esterilizadores por óxido de etileno. Requisitos y métodos de ensayo
- UNE-EN ISO 11135: 2015. Esterilización de productos sanitarios.
- UNE-EN ISO 11137-1:2015, 2:2015 y 3:2007. Esterilización de productos sanitarios para asistencia sanitaria. Radiación
- UNE-EN ISO 11138-1-5:2017 Esterilización de productos sanitarios. Indicadores biológicos
- UNE EN ISO 11140-1,3,4 Sistemas no biológicos para uso en esterilizadores. Indicadores químicos.
- UNE-EN ISO11607-1,2:2017 Envasado para productos sanitarios esterilizados terminalmente.
- UNE-EN ISO 11737-1,2 ;-3:2007/AC 2009 Esterilización de productos sanitarios. Métodos microbiológicos.

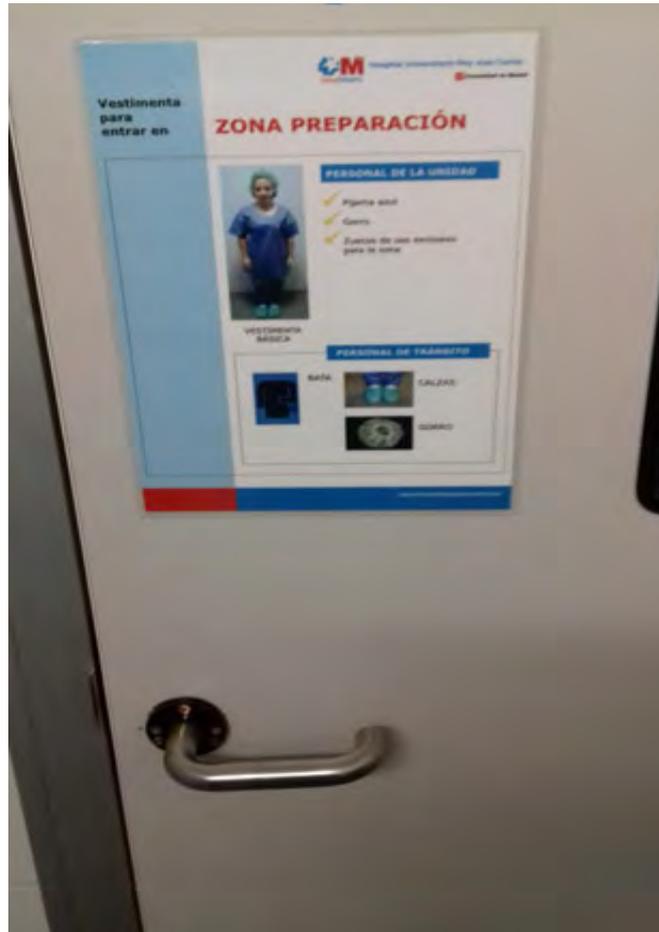
- UNE-EN ISO 13060:2015 Esterilizadores de vapor de agua pequeños.
- UNE- EN ISO 13408 -1-5. Procesado aséptico de productos para la salud.
- UNE-EN ISO 14160:2012 Esterilización de productos para la salud. Agentes esterilizantes químicos líquidos para productos sanitarios para un solo uso que incorporen tejidos animales y sus derivados. Requisitos para la caracterización, desarrollo, validación y control sistemático de un proceso de esterilización para productos sanitarios. (ISO 14160:2011)
- UNE-EN 14180:2014. Esterilizadores para uso médico. Esterilizadores de vapor a baja temperatura y formaldehído. Requisitos y ensayos.
- UNE-EN ISO 14937:2010 Esterilización de productos para la salud. Requisitos generales para la caracterización de un agente esterilizante y para el desarrollo, validación y control de rutina de un proceso de esterilización de productos sanitarios.
- UNE-EN 15424:2007 Esterilización de productos sanitarios. Vapor a baja temperatura y formaldehído. Requisitos para el desarrollo, validación y control de rutina de los procesos de esterilización para productos sanitarios.
- UNE-EN ISO 15882:2009 Esterilización de productos sanitarios. Indicadores químicos. Guía para la selección, uso e interpretación de los resultados
- UNE-EN ISO 17664:2018 Esterilización de productos sanitarios. Información a proporcionar por el fabricante para el procesado de productos sanitarios.
- UNE-CEN ISO/TS 17665-2:2009 EX. Esterilización de productos sanitarios. Calor húmedo.
- UNE EN ISO 17665-1:2007. Esterilización de productos sanitarios. Calor húmedo. Parte 1: requisitos para el desarrollo, validación y control de rutina de un proceso de esterilización para productos sanitarios.
- UNE-EN ISO 18472:2007 Esterilización de productos sanitarios. Indicadores biológicos y químicos. Equipo de ensayo
- UNE-EN ISO 20857:2013 Esterilización de productos para asistencia sanitaria. Calor seco. Requisitos para el desarrollo, la validación y el control de rutina de un proceso de esterilización para productos sanitarios.
- UNE-EN ISO 25424:2011 Esterilización de productos sanitarios. Vapor a baja temperatura y formaldehído. Requisitos para el desarrollo, validación y control de rutina de los procesos de esterilización para productos sanitarios.
- UNE-EN ISO 158831-4:2009 Lavadoras desinfectadoras.
- UNE-CEN ISO/TS 15883-5:2008 EX Lavadoras desinfectadoras

GESMAN ha evaluado la prestación del servicio de la Central de Esterilización del Hospital Rey Juan Carlos.

### 7.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

- El personal va correctamente uniformado:



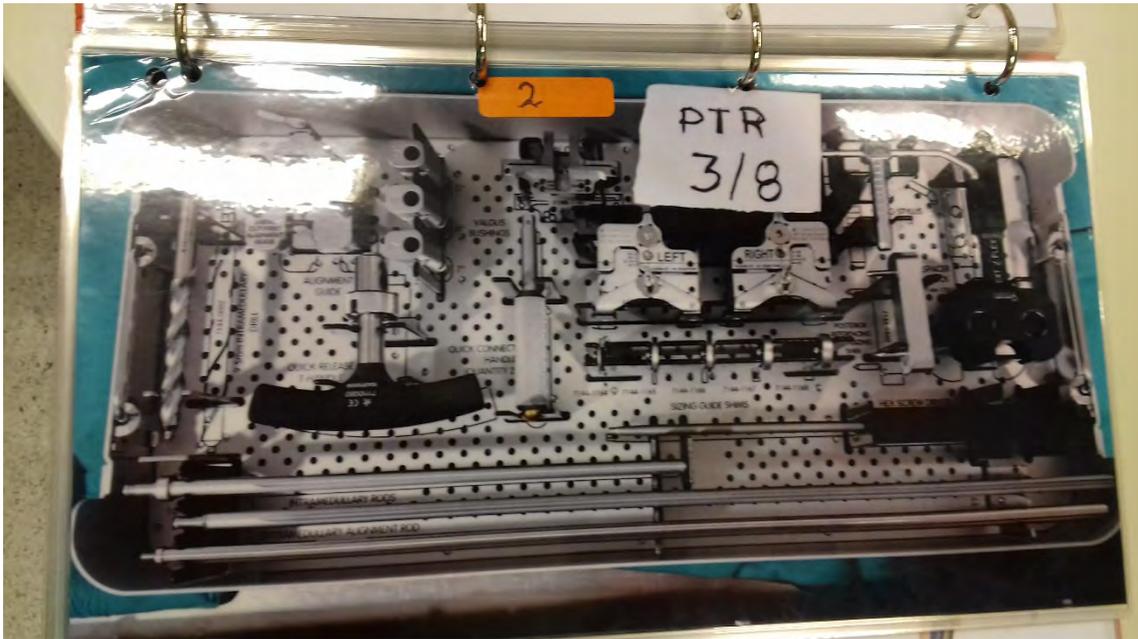


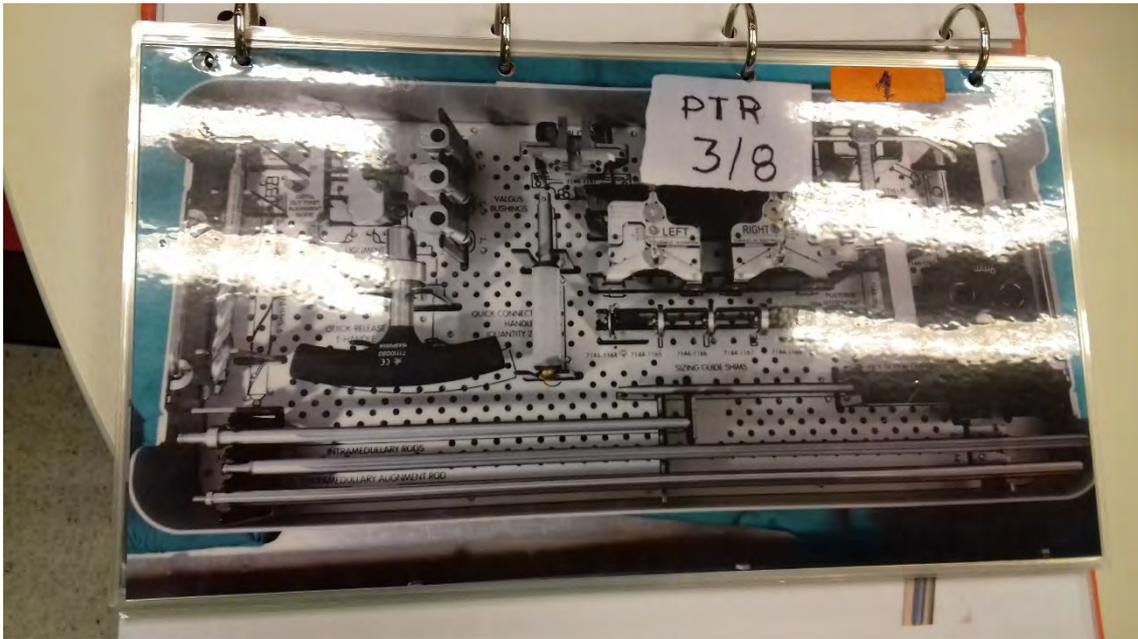


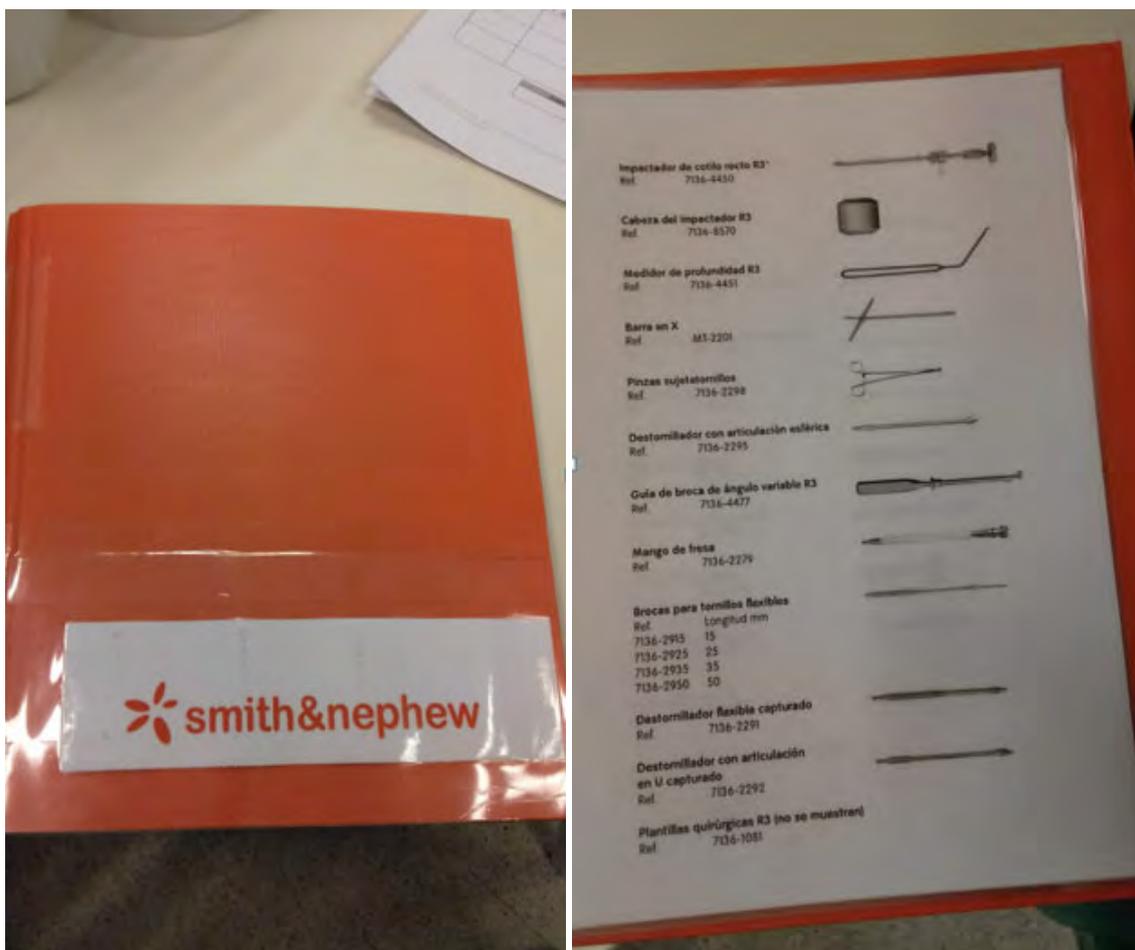
- Se realizan controles mensuales de calidad por laboratorios externos.
- Se ha comprobado la disponibilidad aleatoria del siguiente material:





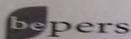






- La empresa comunica los resultados de los controles a la unidad administrativa.
- Se dispone de stock de seguridad de instrumental.
- Existe alternativa a sus centrales de esterilización.
- Se dispone de material estéril de un solo uso sustituyendo al textil.
- Todo el material del almacén está identificado

- El material de préstamo se encuentra correctamente identificado como tal y se dispone de registros del material de préstamo




MOPSAGFP002/15  
Hospital Rey Juan Carlos  
Comunidad de Madrid

**REGISTRO MATERIAL EXTERNO**

NOMBRE INSTRUMENTAL	Nº CAJAS	MÉDICO	CASA COMERCIAL	CERT. DESC.	DÍA QX	FECHA SALIDA/FIRMAS*
DU5	2	DR. BDU	Synter NUDOO182	S/N	29/3	14-19 Paula / Icaro
RECAMBIO ZOOCLIA	12	DR. BDU	SECHORA 3215600 1-4-19	S/N	2/4	Indara / Edm 2-4-19
REFINEX OXIPROSTIN REFINAR	1	DR. Rey	Dopy 34-19	S/N		
				S/N		
				S/N		
				S/N		

\*FIRMA DEL COMERCIAL/MENSAJERO Y DEL TCAE QUE RECEPCIONA Y/O ENTREGA

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Intranet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en la Intranet del Portal de Calidad de Bepers.



INSTRUMENTAL en depósito	INCIDENCIAS/ REPARACIONES
Motor pequeño a batería STRYKER (NO tiene cables de reserva en el distribuidor de aguas) SOLO adaptador JACOBS + LLAVES	18 Octubre: Se introduce terminal de agujas del motor a cable hasta su reparación
Motor pequeño a batería ARTHREX: Falta 1 carcasa batería	
Motor pequeño a cable STRYKER 1	Octubre 2017
Motor pequeño a cable STRYKER 2	Motor 1 en REPARACIÓN
Motor pequeño a batería	
Motor Grande Eléctrico STRYKER 1 Motor Grande Eléctrico 2 Motor Grande Eléctrico 3 Motor Grande Eléctrico 4 Motor Grande Eléctrico 5	En uno de los motores se saca la Pieza de mano + Sierra Sagital y se dejan de paquete.
Motor Grande a Batería 1 STRYKER: Falta anclaje Hexagonal	BATERIA 2 - Falta anclaje reparado 22/11/18
Motor Grande a Batería 2 STRYKER	
Motor Synthes Batería 1	
Motor Synthes Batería 2	
ARTROSCOPIA: Ópticas (7) Cámaras (7) Motores de Artroscopia Cables de Luz (5)	

- Se dispone del procedimiento HRJC 28-P06 en versión 2 para gestionar la trazabilidad, de marzo de 2018, cuya implantación ha sido comprobada durante la auditoría:
  - Todos los contenedores van acompañados, en su parte exterior superior del listado del instrumental que compone esa caja y de un sello en el que consta la fecha, ciclo, nombre del autoclave y auxiliar de enfermería.
  - Se lleva un registro en "libro de carga de cada equipo esterilizador" de fecha, número de ciclo, indicador físico y químico, el operador y el material esterilizado en el equipo.
  - Las cajas que se llevan tienen adherida en la hoja de trazabilidad del paciente, en la que se reflejan los datos del paciente, las etiquetas del instrumental utilizado identificando éste de forma manual, e implantes que han podido implantar en el paciente.
  - Toda la documentación se anexa a la historia clínica del Paciente de forma automatizada

PROCEDIMIENTO TRAZABILIDAD HURJC  
HURJC-25-PO6  
v.2



## PROCEDIMIENTO TRAZABILIDAD HURJC

<b>Redactado por:</b> <i>Nombre: Grupo de mejora del Control de la Infección</i> <i>Carga: -</i> <i>Fecha: Marzo 2018</i>	<b>Aprobado por:</b> <i>Nombre: Almudena García García y CIPPA</i> <i>Carga: Responsable de Vigilancia de Productos Sanitarios.</i> <i>Fecha: Marzo 2018</i>
--	---

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ÚLTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
0	Diciembre 2013	Versión Inicial del Procedimiento
1	Diciembre 2016	Actualización de Formato del Procedimiento
2	Marzo 2018	Revisión de Procedimiento.

Este documento es propiedad de GESMAN de Ingeniería de Gestión, S.L. y todos los derechos reservados. No se permite su reproducción, distribución o comunicación pública sin el consentimiento escrito de GESMAN de Ingeniería de Gestión, S.L.

Página 1 de 5

PROCEDIMIENTO TRAZABILIDAD HURJC  
HRJC 28-P06  
v.2



INDICE

1.	OBJETO Y ALCANCE .....	3
2.	DOCUMENTACIÓN RELACIONADA .....	3
3.	DEFINICIONES .....	3
4.	DESARROLLO .....	3
4.1	Sistemática de Controles por Soporte Informático .....	3
4.2	Sistemática de Controles por Procedimiento: .....	4
4.2.1	Recepción y lavado del material .....	4
4.2.2	Preparación del material .....	4
4.2.3	Esterilización del material .....	4
4.2.4	Flujograma: .....	5
5.	REGISTROS Y ANEXOS .....	5

HRJC 28-P06-FD1 Registro de trazabilidad de instrumental utilizado en el área quirúrgica



PROCEDIMIENTO TRAZABILIDAD HURJC  
HRJC 28-P06  
V.2



#### 4.2.4. Flujograma:



#### 5. REGISTROS Y ANEXOS

HRJC 28-P06-F01 Registro de trazabilidad de instrumental utilizado en el área quirúrgica

Se dispone del procedimiento HRJC28.1-P06 de marzo de 2018 para gestionar la trazabilidad, cuya implantación ha sido comprobada durante la auditoría:

- o Cuando viene el material de quirófano ya utilizado se imprime la etiqueta correspondiente.
- o Se da de alta en la aplicación escaneando el código de barras que se va a cargar en la lavadora.
- o Se pone en marcha la lavadora:
  - Se elige autoclave con su código
  - Se escanea el código de barras de las etiquetas del instrumental
  - Se valida la operación
  - Al descargar el autoclave sube el instrumental a quirófano con sus dos etiquetas, de las cuales una va a ir adjunta a la HHCC del paciente.

- En quirófano tras la apertura de la caja, se verifica que el control ha virado y se adjunta en un registro específico para cada paciente en el que se incluye:
  - Etiqueta identificativa del paciente con su Número de Historia Clínica, nombre y apellido y código de barras
  - Etiqueta del contenedor o instrumental.
- La hoja de registro bajará con el material de sucio en su carro correspondiente a la Central de Esterilización.
- Dicha hoja de registro se escanea adjuntándola a la Historia Clínica informatizada.
  - Si el sistema informático falla, todos los registros de la lavadora, autoclave y controles se recogen en soporte papel.

PROCEDIMIENTO GENERAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

**pers** Hospital Universitario Rey Juan Carlos CS/CL/INFORMACIÓN

REGISTRO DE TRAZABILIDAD DE INSTRUMENTAL UTILIZADO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

FECHA: 30.01.19	ENFERMERA: Au L Vero	DATA PACIENTE (DATUM):
ESPECIALIDAD: Gine	MEDIC: [Barcode]	REG. INSTRUMENTAL: [Barcode]
OBSERVACIONES: [Handwritten notes and barcodes]		

REGISTRO DE TRAZABILIDAD DE INSTRUMENTAL UTILIZADO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

**pers** Hospital Universitario Rey Juan Carlos CS/CL/INFORMACIÓN

FECHA: 31.1.19	ENFERMERA: Ana F	DATA PACIENTE (DATUM):
ESPECIALIDAD: Oftalm	MEDIC: Dra Palmieri	REG. INSTRUMENTAL: [Barcode]
OBSERVACIONES: [Handwritten notes and barcodes]		

**pers** Hospital Universitario Rey Juan Carlos CSFCL08FPOG001

REGISTRO DE TRAZABILIDAD DE INSTRUMENTAL UTILIZADO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

FECHA: 31/01/19	ENFERMERA: L. PELLICER, C. SERRA, R. PONS	DATOS PACIENTE/PEDAGOGA:
ESPECIALIDAD: CQB	MÉDICO: Dr. Castellanos	

Observaciones:

- Se ha comprobado para un Paciente, la siguiente información:
  - Material implantado, si procede
  - Instrumental utilizado en la intervención
  - Características del proceso de esterilización que se le dio al instrumental correspondiente
- Se comprueba la separación entre la zona de lavado y la zona de preparación previa a la esterilización.
- Se evidencia la existencia de una zona específica para almacenamiento de material de limpieza.
- Se comprueba la comunicación directa entre la Central de Esterilización y los quirófanos a través de un montacargas específico.

- Se observa que, para el caso de lavado manual, se emplean equipos de protección personal.
- Se constata que la zona de preparación y empaquetado tienen una iluminación más acusada.
- Se observa un lavabo en la zona de preparación del personal en la zona de empaquetado.
- En el Almacén General las estanterías están elevadas, lo que garantiza una buena limpieza del suelo.
- No se han observado envoltorios con roturas o humedad.
- Se valora positivamente la disponibilidad de barrera sanitaria.
- Se evidencia una correcta gestión del instrumental de préstamo, solicitándose el certificado de lavado y desinfección correspondiente al proveedor, así como su precinto plástico.
- Existe un Stock de Seguridad del Instrumental en Urgencias, de acuerdo al siguiente Inventario:

ESTERILIZACION HOSPITAL REY JUAN CARLOS

STOCK DE SEGURIDAD CAJAS DE URGENCIAS	CAJAS
<b>CIRUGIA CARDIACA</b>	CCA CLAMP Y TORAX FEMORAL MARCAPASOS MITRAL SAFENA
<b>CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO</b>	APENDICITIS- HERNIA AUXILIAR DE LAPAROSCOPIA ESTANDAR DE LAPAROSCOPIA LAPAROTOMIA CLAMPS VASCULARES ABDOMINALES CLAMPS VASCULARES HEPATICOS CUELLO
<b>CIRUGIA ORTOP Y TRAUMA</b>	AMPUTACION ESPECIFICA DE CADERA GENERAL DE TRAUMA MANO-PIE MOTOR STRYKER
<b>CIRUGIA TORACICA</b>	CAJA DE HUESO ESERNOTOMIA MEDIASTINOSCOPIA TORACOSPIA TORACOTOMIA
<b>CIRUGIA VASCULAR</b>	AMPUTACION BULLDOG MARCAPASOS SAFENECTOMIA VASCULAR GRANDE
<b>GINECOLOGIA Y OBSTRETICA</b>	CESAREA LEGRADO HISTERECTOMIA ABDOMINAL

- Se ha podido evidenciar un efectivo control de caducidades, así como su registro:

CONTROL DE CADUCIDADES CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HURIC MARZO 2011

LIGAMENTO JUEGO1 SERHOSA	4 C	9/15	
LIGAMENTO JUEGO2 SERHOSA	2C	9/15	
LIGAMENTO STRYKER (+ PLACA)	1C	9/15	
PINCERIA ARTROSCOPIA	4	9/15	
TORRE ARTROSCOPIA	2	9/15	
AMPUTACIÓN	1	9/15	
VARIAX MANO	1	9/15	
VARIAX CODO PLACAS	1		
FRAG. PEQ. CODO - CLAVICULA	1	9/15	
KSPECTRUM	2	9/15	
COLUMNA TRAUMA	2	9/15	
COLUMNA MEDTRONIC	5 C	9/15	
COLUMNA TM ARDIS SERHOSA	2C	9/15	
FOREFOOT	1		
FOREFOOT IMPLANT	1		
ACUTRACK 2	1	5/8/15	
RADIO DISTAL SYNTHES	1		
TORNILLO CABEZA OCULTABLE	1		
DISTRACTOR SYNTHES	1		
COMPACT FOOT 2,7	1		
COMPACT FOOT	1		
B-POP OSTEOTONIC	1	12/13/15	
COTILO CEMENTADO	1		
HOMBRO STRYKER 3 JUEGOS	6 C	9/15	
T2 HUMERAL	1		
T2 HUMERAL PROXIMAL	1		
T2 SCN	1		
T2 FEMUR	1	7/15	
	1	9/15	
	1	15/15/15	
	1	9-8	

Atención: Este documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la auditoría no constituye documentación controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en la información de la Calidad de Bepers.

Página 11 de 13

CONTROL DE CADUCIDADES CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HURIC MARZO 2011

SEPARADORES DE COTILO	3C		
PROTESIS HOMBRO MBA	3C	9/15	
MANO-PIE	7	10/15/15	
MICROTRAUMA	3	10/15/15	
CABLE READY	1	10/15/15	
CLAVO GAMMA (STRYKER)	3 C	9/15	
CLAVO TRIGEN SMITH	2C	9/15	
CLAVO CEFALOMEDULAR JUEGO 1 (ZNN)	2 C	9/15	
CLAVO CEFALOMEDULAR JUEGO 2 (ZNN)	2 C	9/15	
INST. FX HOMBRO	2 C	9/15	
INST. TORNILLOS 2,7 / 2,4	1	15/15/15	
CANULADOS 2 - 3 (SYNTHES-STRYKER)	1	28/10/15	
CANULADOS 4 (SYNTHES)	1	28/10/15	
CANULADOS 4,5 (SYNTHES)	1	9/15	
CANULADOS 5 (SYNTHES)	1	27/9/15	
CANULADOS 7,3 (SYNTHES)	1	12/15/15	
CANULADOS 6,5 - 8 (SYNTHES)	1	18/9/15	
CANULADOS 1,7 (AZC)	1		
CANULADOS 4,5 - 7,3 (AZC)	7	9/15	
GENERAL TRAUMA	1	9/15	
PARTES BLANDAS	2	9/15	
ESPECÍFICA CADERA	1	8/15	
CERCLAJE	1	9/15	
PRÓTESIS HOMBRO GLOBAL DEPUY	3C	9/15	
CERCLAJE SYNTHES	1	9/15	
HOFFMAN II FIJACIÓN EXTERNA	1	9/15	
Extracto de Costajo	1	8/15	
Costajo	1	8/15	
D8721	1	7/15	

Atención: Este documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la auditoría no constituye documentación controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en la información de la Calidad de Bepers.

Página 10 de 13

NQ\_PSMH\_FPOCDL\_12

**bepers** **Hospital Rey Juan Carlos**  
CONTROL DE CADUCIDADES CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HURIC MARZO-2011

CIRUGÍA ORAL CAJA AZUL	1		9-19		
PARTES DURAS	1		9-19		
PARTES BLANDAS	1		9-19		
PARTES MIXTAS	1		9-19		
TORNILLOS + PLACAS SYNTHES	1		9-19		
CAJA ORTOGNÁTICA SYNTHES	1		9-19		
CAJA ORTOGNÁTICA ACUÑA	1		9-19		
FOMBONA			9-19		
MINIPLACAS ORTOGNÁTICAS	1		9-19		
BLOQUEO MANDIBULAR	1				
TERCIO MEDIO MÁXILO	1		8-19		
MICROCIRUGÍA RECONSTRUCTIVA (ANTIGUA MICRO. PL. BULLDOG DE PLÁSTICA)	1		9-19		

C. Break medianas (9-19)      Suelto monó (6-19)

**CIRUGÍA CARDÍACA**

NOMBRE	CAJAS	URG	CADUCIDAD	REVISADO POR	FECHA
MITRAL		1			
FEMORAL		1			
CORONARIAS		2	13/1/19		
SAFENA		1	27/1/19		
CARDIACA		1	27/1/19		
MOTOR STRYKER CARDIO		1	31/1/19		
CLAMPS		1			
REAPERTURA CARDÍACA		1			
SEPARADORES FINOCHIETTO		1			

ATENCION: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Internet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en la Intrarred del Portal de Calidad de Bepers.

Sep min agites  
 Sep maximo  
 Sep octopus  
 Sep esterilizacion  
 Explante CCA

8/19  
 9/19  
 14/1/19  
 17/1/19  
 31/1/19

Página 7 de 13

NQ\_PSMH\_FPOCDL\_12

**bepers** **Hospital Rey Juan Carlos**  
CONTROL DE CADUCIDADES CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HURIC MARZO-2011

NOMBRE	CAJAS	URG	CADUCIDAD	REVISADO POR	FECHA
PEQUEÑA CIRUGÍA	5		8/19		11/05/19
CURAS	12		8/19		
VIA BILIAR	5		9/19		
ABSCESO - SINUS	5		9/19/18/19		
PROCTOLOGIA	5		9/19		
AUXILIAR DE LAPAROSCOPIA	7	1	9/19		
LAPAROSCOPIA STANDARD	5	1	8/19		
LAPAROSCOPIA OTROS	2		8/19		
LAPAROSCOPIA VIA BILIAR	1	1	8/19		
LAPAROSCOPIA OBESIDAD	1		8/19		
LAPAROTOMIA	5	1	9/19		
HERNIA - APENDICITIS	8	1	9/19		
CUSA	1		8/19		
SEPARADOR HEPÁTICO	1		8/19		
CUELLO CGD	3		9/19		
SEPARADOR BALFOUR	1	1			
MAMA CGD	1		8/19		
SEPARADOR PERIANAL	1				
CLAMP VASCULAR ABDOMINAL	1	1	7/8/19		
CLAMP VASCULAR HEPÁTICO	1	1			
OMNITRACK CGD	1		8/19		
RECTOSCOPIA	1		9/19		
EXPLANTES	1		8/19 - 7/19		
SEPARADORES DE EXPLANTE	1				
QUERATOPLASTIA	1				
ENUCLEACION DONACION	1		8/19		

ATENCION: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Internet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en la Intrarred del Portal de Calidad de Bepers.

Página 1 de 13

MO\_PSAD4\_FPGCD1\_32

**bepers** CONTROL DE CADUCIDADES CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HURJC MARZO-2011

**Hospital Rey Juan Carlos** Comunidad de Madrid

+CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO					
NOMBRE	CAJAS	URG	CADUCIDAD	REVISADO POR	FECHA
PEQUEÑA CIRUGÍA	5		3/19	Revisado - Leh	11/03/19
CURAS	12		3/19	" "	" "
VÍA BILIAR	5		9/19	" "	" "
ABSCESO - SINUS	5		9/19 / 8/19	" "	" "
PROCTOLOGÍA	5		9/19	" "	" "
AUXILIAR DE LAPAROSCOPIA	7	1	9/19	" "	" "
LAPAROSCOPIA STANDARD	5	1	9/19	" "	" "
LAPAROSCOPIA OTROS	2		08/19	" "	" "
LAPAROSCOPIA VIA BILIAR	1	1	8/19	" "	" "
LAPAROSCOPIA OBESIDAD	1		9/19	" "	" "
LAPAROTOMÍA	5	1	9/19	" "	" "
HERNIA - APENDICITIS	8	1	9/19	" "	" "
CUSA	1		8/19	" "	" "
SEPARADOR HEPÁTICO	1		9/19	" "	" "
CUELLO CGD	3		9/19	" "	" "
SEPARADOR BALFOUR	1	1		" "	" "
MAMA CGD	1		8/19	" "	" "
SEPARADOR PERIANAL	1			" "	" "
CLAMP VASCULAR ABDOMINAL	1	1	7/8/19	" "	" "
CLAMP VASCULAR HEPÁTICO	1	1		" "	" "
OMNITRACK CGD	1	1		" "	" "
RECTOSCOPIA	1		6/19	" "	" "
EXPLANTES	1		9/19	" "	" "
SEPARADORES DE EXPLANTE	1		8/9 - 9/19	" "	" "
QUERATOPLASTIA	1			" "	" "
ENUCLEACIÓN DONACIÓN	1		8/9	" "	" "

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Intranet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considerará documentación controlada la residente en la Intranet del Portal de Calidad de Bepers.

Página 1 de 13

MO\_PSAD4\_FPGCD1\_32

**bepers** CONTROL DE CADUCIDADES CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HURJC 1-12-2018

**Hospital Rey Juan Carlos** Comunidad de Madrid

1000 2019

+CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO					
NOMBRE	CAJAS	URG	CADUCIDAD	REVISADO POR	FECHA
PEQUEÑA CIRUGÍA	5		Junio 2019		
CURAS	12		Junio 2019		
VÍA BILIAR	5		Junio 2019		
ABSCESO - SINUS	5		Mayo - Junio 2019		
PROCTOLOGÍA	5		Mayo - Junio 2019		
AUXILIAR DE LAPAROSCOPIA	7	1	Mayo - Junio 2019		
LAPAROSCOPIA STANDARD	5	1	Junio 2019		
LAPAROSCOPIA OTROS	2		Junio 2019		
LAPAROSCOPIA VIA BILIAR	1	1	Junio 2019		
LAPAROSCOPIA OBESIDAD	1		Junio 2019		
LAPAROTOMÍA	5	1	Junio 2019		
HERNIA - APENDICITIS	8	1	Junio 2019		
CUSA	1		Junio 2019		
SEPARADOR HEPÁTICO	1		Junio 2019		
CUELLO CGD	3		Mayo - Junio 2019		
SEPARADOR BALFOUR	1	1			
MAMA CGD	1		Junio 2019		
SEPARADOR PERIANAL	1		Junio 2019		
CLAMP VASCULAR ABDOMINAL	1	1	Junio 2019		
CLAMP VASCULAR HEPÁTICO	1	1	Junio 2019		
OMNITRACK CGD	1	1	Junio 2019		
RECTOSCOPIA	1		Junio 2019		
EXPLANTES	1		Junio 2019		
SEPARADORES DE EXPLANTE	1		Junio 2019		
QUERATOPLASTIA	1		Junio 2019		
ENUCLEACIÓN DONACIÓN	1		Junio 2019		

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Intranet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considerará documentación controlada la residente en la Intranet del Portal de Calidad de Bepers.

10.12.18

1-12-18

1000 2019

- Se han podido evidenciar los controles microbiológicos realizados en la central de esterilización, siendo los resultados adecuados.

- Se comprueba que se dispone de un procedimiento para la cadena del proceso de esterilización, que recoge las actuaciones a realizar en todos los procesos: limpieza, descontaminación, inspección, preparación/empaquetado, esterilización, almacenamiento y entrega, así como el procedimiento HRJC 28-P02 en versión 2 de marzo de 2018, CONTROLES DE CALIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HURJC:

CONTROLES DE CALIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN  
HURJC  
HRJC 28-P02  
v.2



### CONTROLES DE CALIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HURJC

<b>Redactado por:</b> Nombre: Grupo de mejora del Control de la Infección Cargo: - Fecha: Enero 2018	<b>Aprobado por:</b> Nombre: Almudena Garcia Garcia y CIPPA Cargo: Responsable de Vigilancia de Productos Sanitarios. Fecha: Marzo 2018
---	--

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ÚLTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
0	Diciembre 2013	Versión Inicial del Procedimiento
1	Diciembre 2016	Actualización de Formato del Procedimiento
2	Marzo 2018	Revisión de Procedimiento, sin cambios

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Página 1 de 3

CONTROLES DE CALIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN  
HURIC

HRJC 28-P02

v.4.2



**INDICE**

1.	OBJETO Y ALCANCE .....	3
2.	DOCUMENTACIÓN RELACIONADA .....	3
3.	DEFINICIONES .....	3
4.	DESARROLLO .....	3
4.1.	Controles ambientales .....	3
4.2.	Control químico del agua osmotizada .....	3
4.3.	Control microbiológico del agua osmotizada .....	4
4.4.	"Test de sangre" / "test de lavadoras" .....	4
4.5.	"Test de Bowie – Dick" .....	4
4.6.	"Control químico externo" .....	4
4.7.	"Control químico interno (control integrador)" .....	5
4.8.	"Indicadores Biológicos" .....	5
5.	REGISTROS Y ANEXOS .....	5

HRJC 28-P02-Anexo01 Controles ambientales preventivos

“ENCUENTRO” Todo procedimiento del Sistema de Gestión de la Calidad operado por la Persona Física responsable del control de calidad en cualquier documento de control de documentación que describe y especifica la manera de llevarlo a cabo.

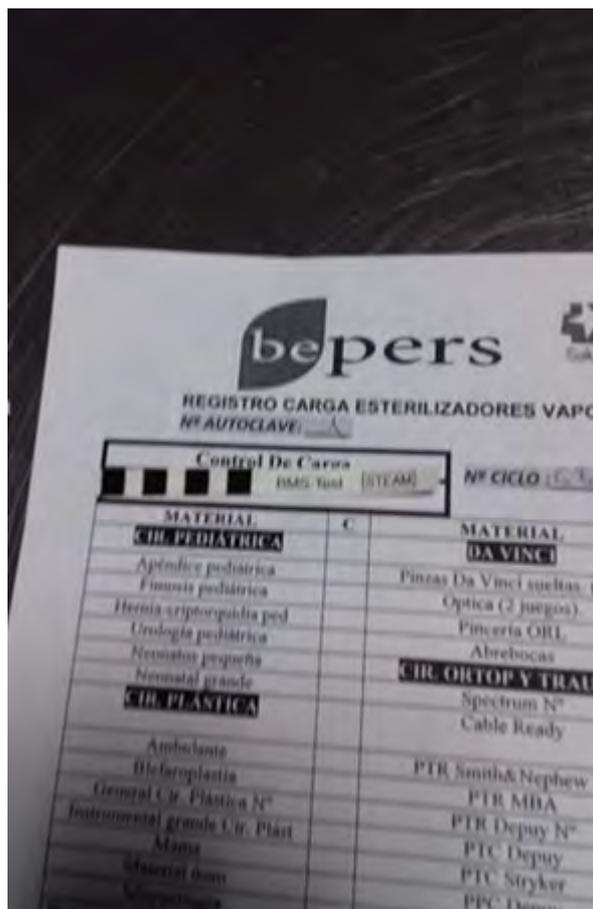
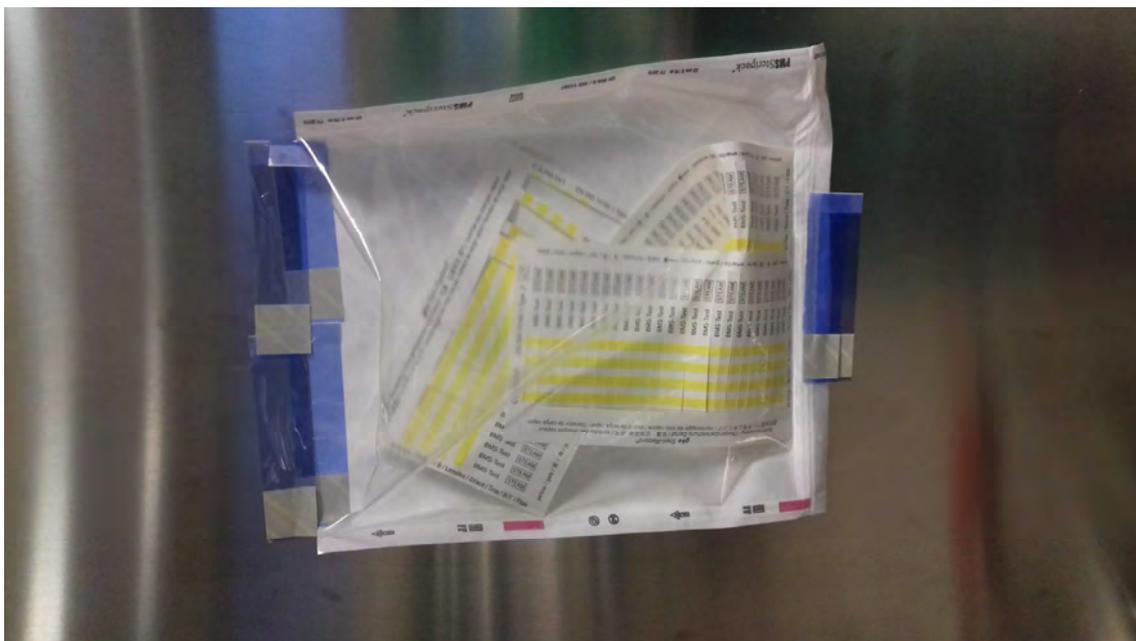
Página 2 de 5



- Se introduce el instrumental en los autoclaves para su esterilización, evidenciándose los registros de los controles físicos, químicos y biológicos. Se ha verificado el cumplimiento del procedimiento de controles de calidad de la Central de Esterilización:
  - Mensualmente se realizan controles ambientales en la zona de preparación y almacén estéril
  - Cada 4 meses se realiza un análisis químico del agua osmotizada, recogiendo la muestra directamente desde el depósito
  - Cada 4 meses se realiza un análisis microbiológico del agua osmotizada
  - Se comprueba en cada registro de cada ciclo que ha sido correcta la presión, el tiempo y la temperatura
  - Se realiza un test de sangre de las lavadoras una vez al día en cada una de ellas.
  - Diariamente y después de una reparación se realiza test de Bowie-Dick
  - Se comprueba registro de incidencias y acciones correctivas para corregir causas que han podido producir resultados positivos de los análisis realizados.









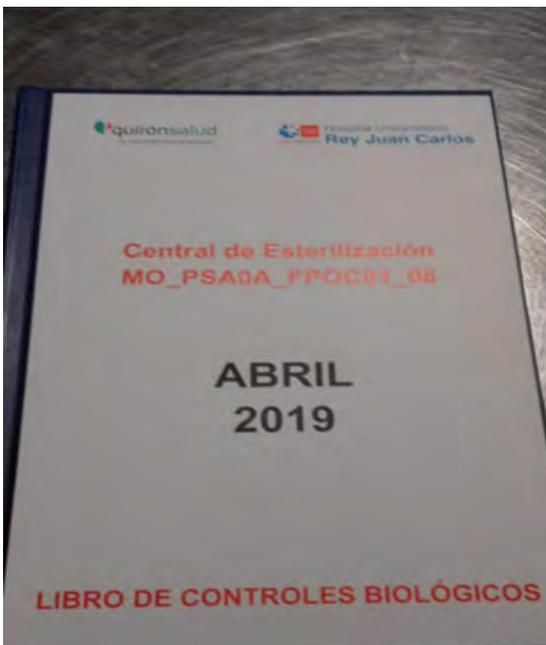
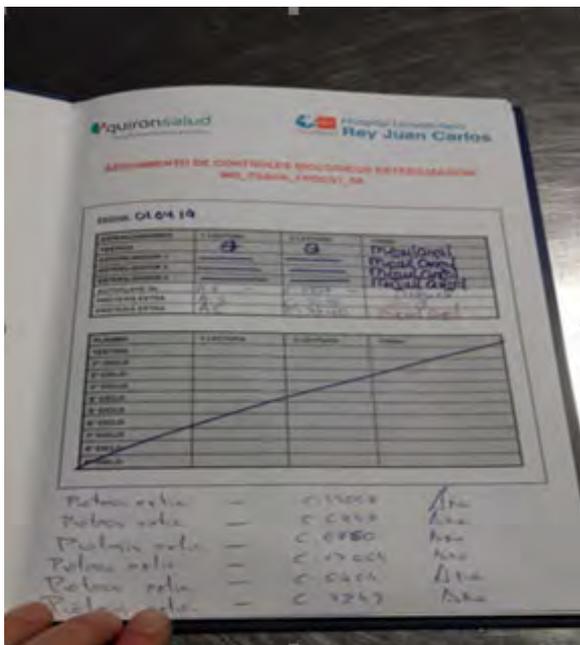
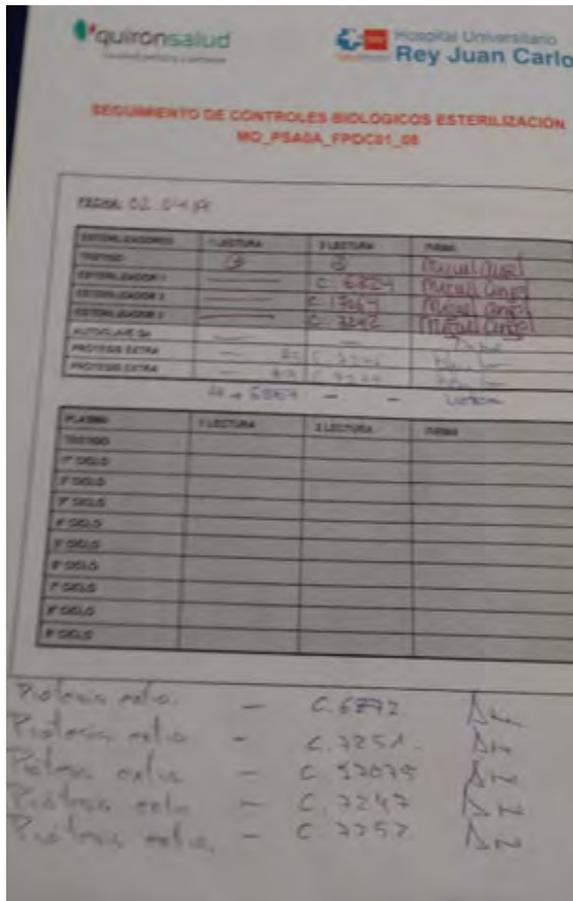
Catarata N°		Implante de fijación externa		Matrix
Estrabismo N°				Cirugía oral tapa roja N°
Párpado N°				Cirugía oral tapa azul
Pterigion N°		<b>MATERIAL</b>		Partes duras
Queratoplastia N°		<b>MATERIAL SUELTO</b>		Partes blandas
Extras				Tornillos + placas Synthes
Glaucoma N°				Caja Ortognática
Sondaje Dacrio N°				Miniplacas Ortognática
Vitrectomía				Bloqueo mandibular
Órbita				Microcirugía reconstructiva
Puntoplastia				Tercio medio
Sondaje				
Chalacion N°				
Retina				

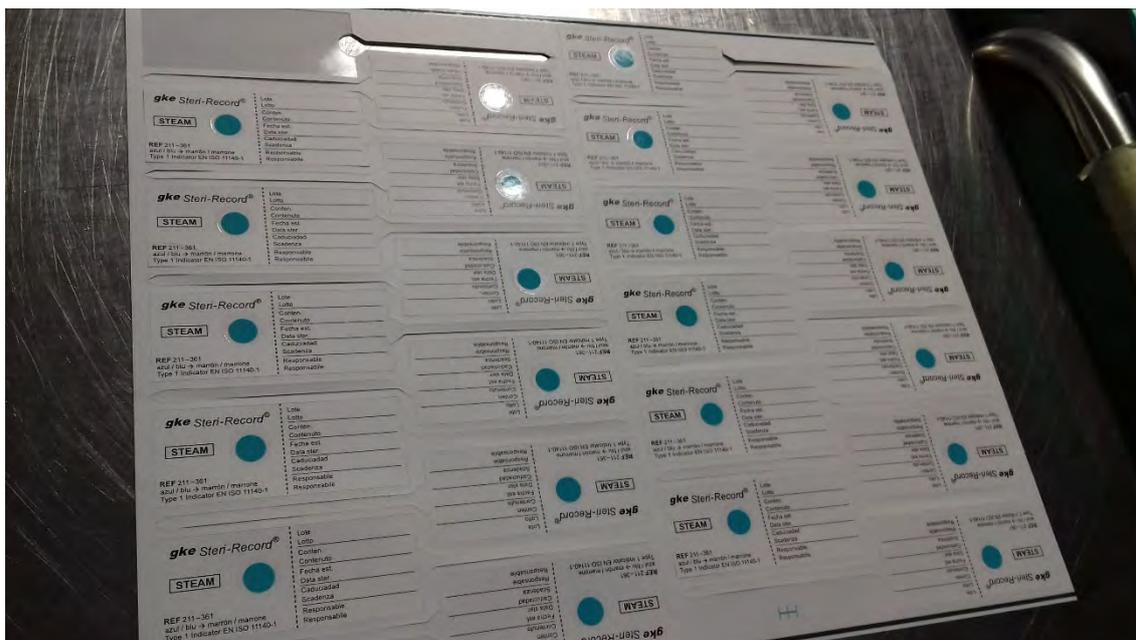
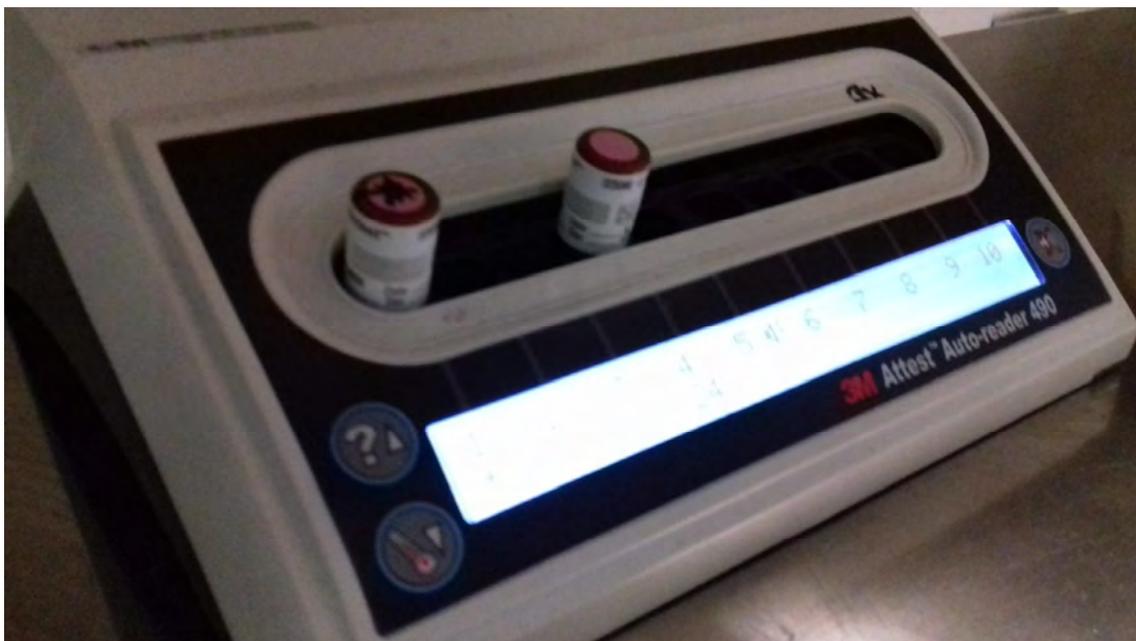
Rápido

FIRMA CARGA	FIRMA VERIFICACIÓN
M. Luisa / RB	BO
COMPROBACIÓN CICLO ENFERMERA GARANTE	

ESPORAS

NOTACIÓN: Este documento del Sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Internet tiene validez de copia no controlada, únicamente enmendado documentalmente controlado en el sistema de la Internet del Portal de Calidad de Regem.





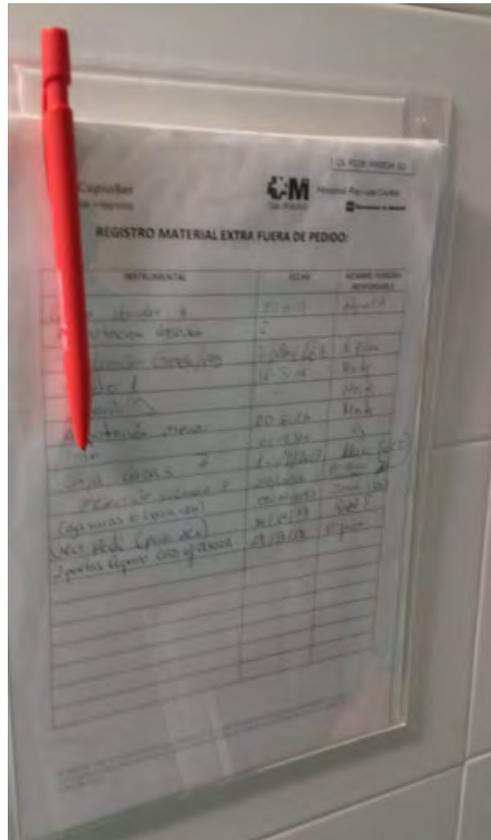


STERIS				VERROC			
Records for Dart® Daily Air Removal Test							
STERILIZER				STERILIZER			
DATE	OPERATOR	APPROVAL	DATE	OPERATOR	APPROVAL	DATE	OPERATOR
25/01/19	Tajonra	OK	26/01/19	Tajonra	OK	29/01/19	Tajonra
30/01/19	Tajonra	OK	31/01/19	ES	OK	01/02/19	ES
02/02/19	ES	OK	03/02/19	ES	OK	04/02/19	ES
05/02/19	ES	OK	06/02/19	ES	OK	07/02/19	ES
08/02/19	ES	OK	09/02/19	ES	OK	10/02/19	ES
11/02/19	ES	OK	12/02/19	ES	OK	13/02/19	ES
14/02/19	ES	OK	15/02/19	ES	OK	16/02/19	ES
17/02/19	ES	OK	18/02/19	ES	OK	19/02/19	ES
20/02/19	ES	OK	21/02/19	ES	OK	22/02/19	ES
23/02/19	ES	OK	24/02/19	ES	OK	25/02/19	ES
26/02/19	ES	OK	27/02/19	ES	OK	28/02/19	ES
29/02/19	ES	OK	01/03/19	ES	OK	02/03/19	ES
03/03/19	ES	OK	04/03/19	ES	OK	05/03/19	ES
06/03/19	ES	OK	07/03/19	ES	OK	08/03/19	ES
09/03/19	ES	OK	10/03/19	ES	OK	11/03/19	ES
12/03/19	ES	OK	13/03/19	ES	OK	14/03/19	ES
15/03/19	ES	OK	16/03/19	ES	OK	17/03/19	ES
18/03/19	ES	OK	19/03/19	ES	OK	20/03/19	ES
21/03/19	ES	OK	22/03/19	ES	OK	23/03/19	ES
24/03/19	ES	OK	25/03/19	ES	OK	26/03/19	ES
27/03/19	ES	OK	28/03/19	ES	OK	29/03/19	ES
30/03/19	ES	OK	31/03/19	ES	OK	01/04/19	ES
02/04/19	ES	OK	03/04/19	ES	OK	04/04/19	ES
05/04/19	ES	OK	06/04/19	ES	OK	07/04/19	ES
08/04/19	ES	OK	09/04/19	ES	OK	10/04/19	ES
11/04/19	ES	OK	12/04/19	ES	OK	13/04/19	ES
14/04/19	ES	OK	15/04/19	ES	OK	16/04/19	ES
17/04/19	ES	OK	18/04/19	ES	OK	19/04/19	ES
20/04/19	ES	OK	21/04/19	ES	OK	22/04/19	ES
23/04/19	ES	OK	24/04/19	ES	OK	25/04/19	ES
26/04/19	ES	OK	27/04/19	ES	OK	28/04/19	ES
29/04/19	ES	OK	30/04/19	ES	OK	01/05/19	ES
02/05/19	ES	OK	03/05/19	ES	OK	04/05/19	ES
05/05/19	ES	OK	06/05/19	ES	OK	07/05/19	ES
08/05/19	ES	OK	09/05/19	ES	OK	10/05/19	ES
11/05/19	ES	OK	12/05/19	ES	OK	13/05/19	ES
14/05/19	ES	OK	15/05/19	ES	OK	16/05/19	ES
17/05/19	ES	OK	18/05/19	ES	OK	19/05/19	ES
20/05/19	ES	OK	21/05/19	ES	OK	22/05/19	ES
23/05/19	ES	OK	24/05/19	ES	OK	25/05/19	ES
26/05/19	ES	OK	27/05/19	ES	OK	28/05/19	ES
29/05/19	ES	OK	30/05/19	ES	OK	31/05/19	ES
01/06/19	ES	OK	02/06/19	ES	OK	03/06/19	ES
04/06/19	ES	OK	05/06/19	ES	OK	06/06/19	ES
07/06/19	ES	OK	08/06/19	ES	OK	09/06/19	ES
10/06/19	ES	OK	11/06/19	ES	OK	12/06/19	ES
13/06/19	ES	OK	14/06/19	ES	OK	15/06/19	ES
16/06/19	ES	OK	17/06/19	ES	OK	18/06/19	ES
19/06/19	ES	OK	20/06/19	ES	OK	21/06/19	ES
22/06/19	ES	OK	23/06/19	ES	OK	24/06/19	ES
25/06/19	ES	OK	26/06/19	ES	OK	27/06/19	ES
28/06/19	ES	OK	29/06/19	ES	OK	30/06/19	ES
01/07/19	ES	OK	02/07/19	ES	OK	03/07/19	ES
04/07/19	ES	OK	05/07/19	ES	OK	06/07/19	ES
07/07/19	ES	OK	08/07/19	ES	OK	09/07/19	ES
10/07/19	ES	OK	11/07/19	ES	OK	12/07/19	ES
13/07/19	ES	OK	14/07/19	ES	OK	15/07/19	ES
16/07/19	ES	OK	17/07/19	ES	OK	18/07/19	ES
19/07/19	ES	OK	20/07/19	ES	OK	21/07/19	ES
22/07/19	ES	OK	23/07/19	ES	OK	24/07/19	ES
25/07/19	ES	OK	26/07/19	ES	OK	27/07/19	ES
28/07/19	ES	OK	29/07/19	ES	OK	30/07/19	ES
31/07/19	ES	OK	01/08/19	ES	OK	02/08/19	ES
03/08/19	ES	OK	04/08/19	ES	OK	05/08/19	ES
06/08/19	ES	OK	07/08/19	ES	OK	08/08/19	ES
09/08/19	ES	OK	10/08/19	ES	OK	11/08/19	ES
12/08/19	ES	OK	13/08/19	ES	OK	14/08/19	ES
15/08/19	ES	OK	16/08/19	ES	OK	17/08/19	ES
18/08/19	ES	OK	19/08/19	ES	OK	20/08/19	ES
21/08/19	ES	OK	22/08/19	ES	OK	23/08/19	ES
24/08/19	ES	OK	25/08/19	ES	OK	26/08/19	ES
27/08/19	ES	OK	28/08/19	ES	OK	29/08/19	ES
30/08/19	ES	OK	31/08/19	ES	OK	01/09/19	ES
02/09/19	ES	OK	03/09/19	ES	OK	04/09/19	ES
05/09/19	ES	OK	06/09/19	ES	OK	07/09/19	ES
08/09/19	ES	OK	09/09/19	ES	OK	10/09/19	ES
11/09/19	ES	OK	12/09/19	ES	OK	13/09/19	ES
14/09/19	ES	OK	15/09/19	ES	OK	16/09/19	ES
17/09/19	ES	OK	18/09/19	ES	OK	19/09/19	ES
20/09/19	ES	OK	21/09/19	ES	OK	22/09/19	ES
23/09/19	ES	OK	24/09/19	ES	OK	25/09/19	ES
26/09/19	ES	OK	27/09/19	ES	OK	28/09/19	ES
29/09/19	ES	OK	30/09/19	ES	OK	01/10/19	ES
02/10/19	ES	OK	03/10/19	ES	OK	04/10/19	ES
05/10/19	ES	OK	06/10/19	ES	OK	07/10/19	ES
08/10/19	ES	OK	09/10/19	ES	OK	10/10/19	ES
11/10/19	ES	OK	12/10/19	ES	OK	13/10/19	ES
14/10/19	ES	OK	15/10/19	ES	OK	16/10/19	ES
17/10/19	ES	OK	18/10/19	ES	OK	19/10/19	ES
20/10/19	ES	OK	21/10/19	ES	OK	22/10/19	ES
23/10/19	ES	OK	24/10/19	ES	OK	25/10/19	ES
26/10/19	ES	OK	27/10/19	ES	OK	28/10/19	ES
29/10/19	ES	OK	30/10/19	ES	OK	31/10/19	ES
01/11/19	ES	OK	02/11/19	ES	OK	03/11/19	ES
04/11/19	ES	OK	05/11/19	ES	OK	06/11/19	ES
07/11/19	ES	OK	08/11/19	ES	OK	09/11/19	ES
10/11/19	ES	OK	11/11/19	ES	OK	12/11/19	ES
13/11/19	ES	OK	14/11/19	ES	OK	15/11/19	ES
16/11/19	ES	OK	17/11/19	ES	OK	18/11/19	ES
19/11/19	ES	OK	20/11/19	ES	OK	21/11/19	ES
22/11/19	ES	OK	23/11/19	ES	OK	24/11/19	ES
25/11/19	ES	OK	26/11/19	ES	OK	27/11/19	ES
28/11/19	ES	OK	29/11/19	ES	OK	30/11/19	ES
01/12/19	ES	OK	02/12/19	ES	OK	03/12/19	ES
04/12/19	ES	OK	05/12/19	ES	OK	06/12/19	ES
07/12/19	ES	OK	08/12/19	ES	OK	09/12/19	ES
10/12/19	ES	OK	11/12/19	ES	OK	12/12/19	ES
13/12/19	ES	OK	14/12/19	ES	OK	15/12/19	ES
16/12/19	ES	OK	17/12/19	ES	OK	18/12/19	ES
19/12/19	ES	OK	20/12/19	ES	OK	21/12/19	ES
22/12/19	ES	OK	23/12/19	ES	OK	24/12/19	ES
25/12/19	ES	OK	26/12/19	ES	OK	27/12/19	ES
28/12/19	ES	OK	29/12/19	ES	OK	30/12/19	ES
31/12/19	ES	OK					





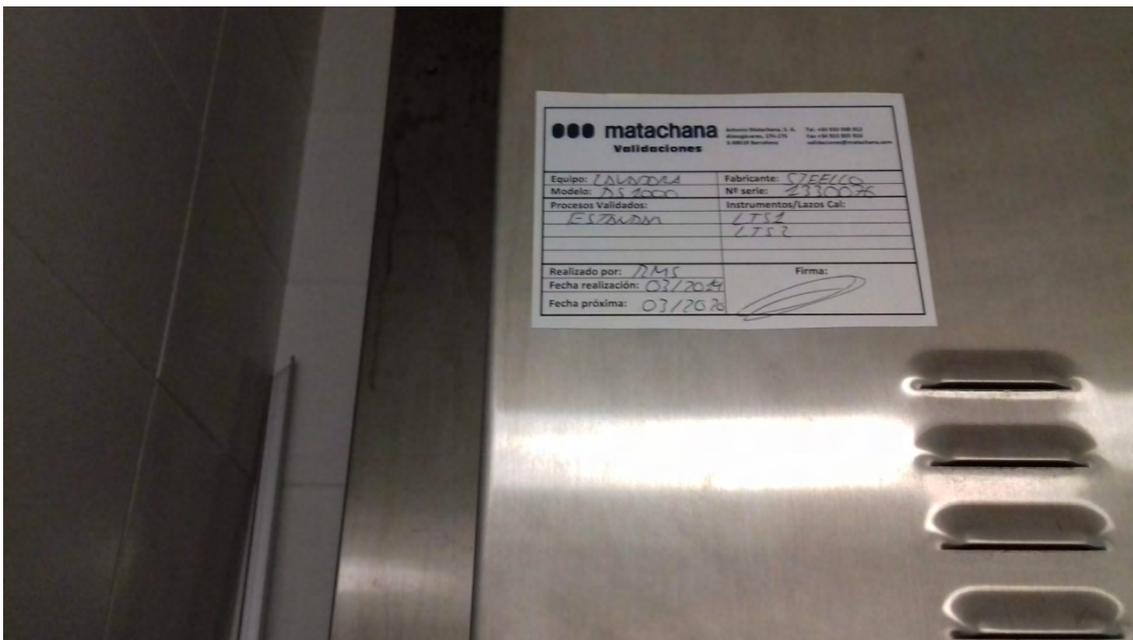
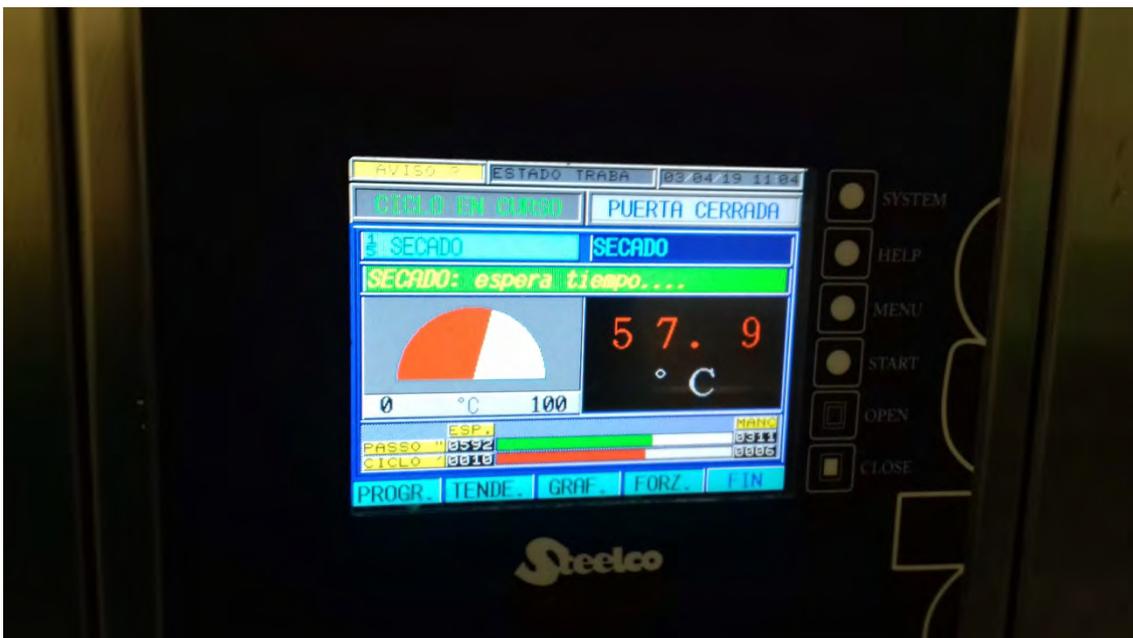
- La recepción del material contaminado de quirófanos se realiza a través del ascensor habilitado para ello, identificado con el número 2. El material contaminado se transporta en unos armarios identificados. Se dispone de un ascensor de uso exclusivo para el material contaminado que comunica el pasillo sucio del área quirúrgica con la zona de descontaminación o lavado de la Central, impidiéndose contaminación cruzada.
- Una vez en la zona de recepción del material contaminado se procede a su lavado manual y automático, empleándose los EPI's correspondientes, existiendo una barrera física entre los equipos de lavado y desinfección con respecto a la zona previa a la esterilización.
- Ya en la zona de preparación para la esterilización se comprueba que la caja de instrumental coincide con lo que debería estar contenido en la misma, en base a los datos disponibles (inventario).
- La zona de almacén de material estéril está comunicada directamente con el almacén de limpio del bloque quirúrgico mediante ascensor, que se ha comprobado es para material limpio.
- La puerta de acceso a la zona estéril permanece en todo momento cerrada.
- Una vez todo el material ha sido esterilizado, éste se coloca en las estanterías de la zona estéril, identificadas con el nombre del Servicio al que corresponde dicho material para su posterior distribución. La distribución del instrumental a quirófano se realiza a través de los armarios móviles identificados como carro estéril, empleando el montacargas de limpio, número 1, que tiene acceso directo a la zona limpia de los quirófanos.
- Se constata que se dispone de un Plan de Medidas Preventivas.
- Se consideran positivos los resultados del Informe Mensual del Servicio de Esterilización del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles.
- El material sanitario esterilizado empleado en los Servicios del Hospital (Consultas, Hospitalización, etc.) es recogido a través de la ventanilla por parte del Personal Sanitario, tras dejar registro de su retirada.

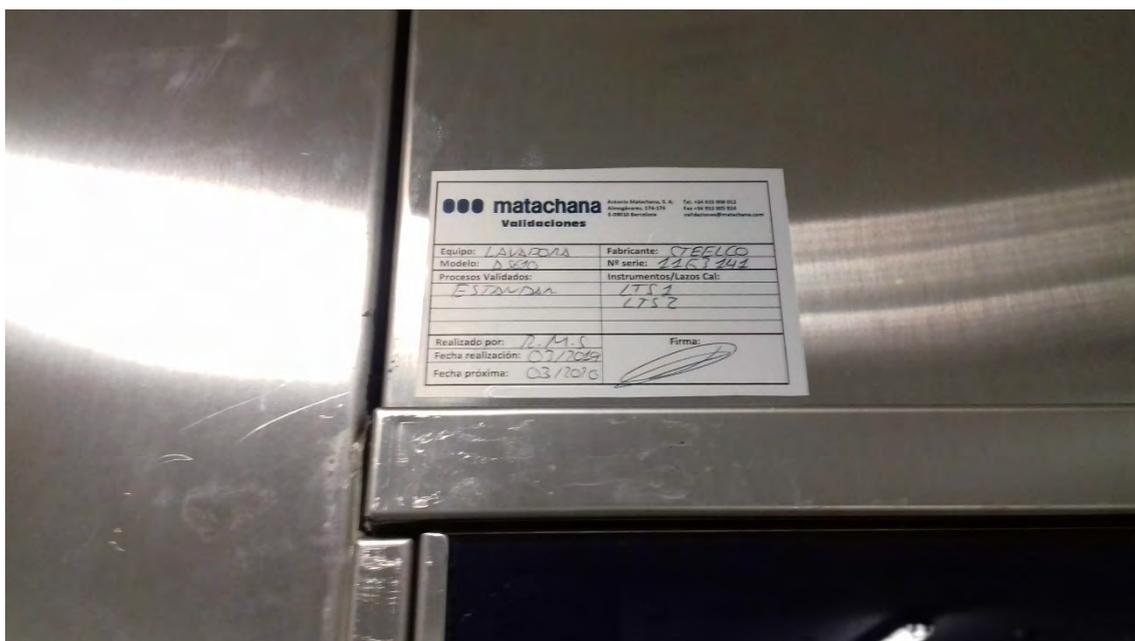






- Se ha podido evidenciar que se lleva a cabo un mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos del Servicio de Esterilización, por parte del Departamento de Electromedicina y la Validación que realiza la Empresa Externa MATACHANA.
- Registrándose las actuaciones que se llevan a cabo por parte del Departamento de Electromedicina, así como se dispone de un Libro de Registro para cada equipo, en el que se anotan los trabajos y las actuaciones realizadas en cada uno de ellos. En relación con las validaciones/calibraciones anuales de los autoclaves, se ha podido evidenciar la colocación de la pegatina que evidencia la realización de la última validación en los autoclaves, además, en la documentación remitida si se ha podido evidenciar un Programa de Mantenimiento Preventivo/Validaciones, los registros que evidencian la realización de dichas validaciones de los equipos por parte de MATACHANA, los protocolos seguidos y los Certificados de Calibración de los equipos que lo requieren:

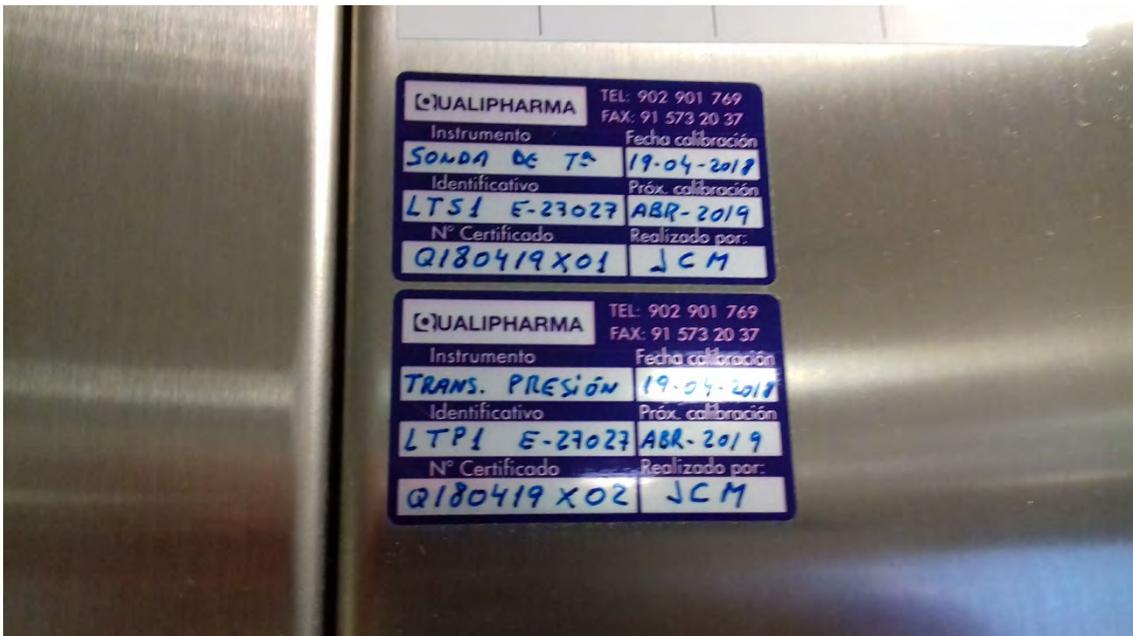




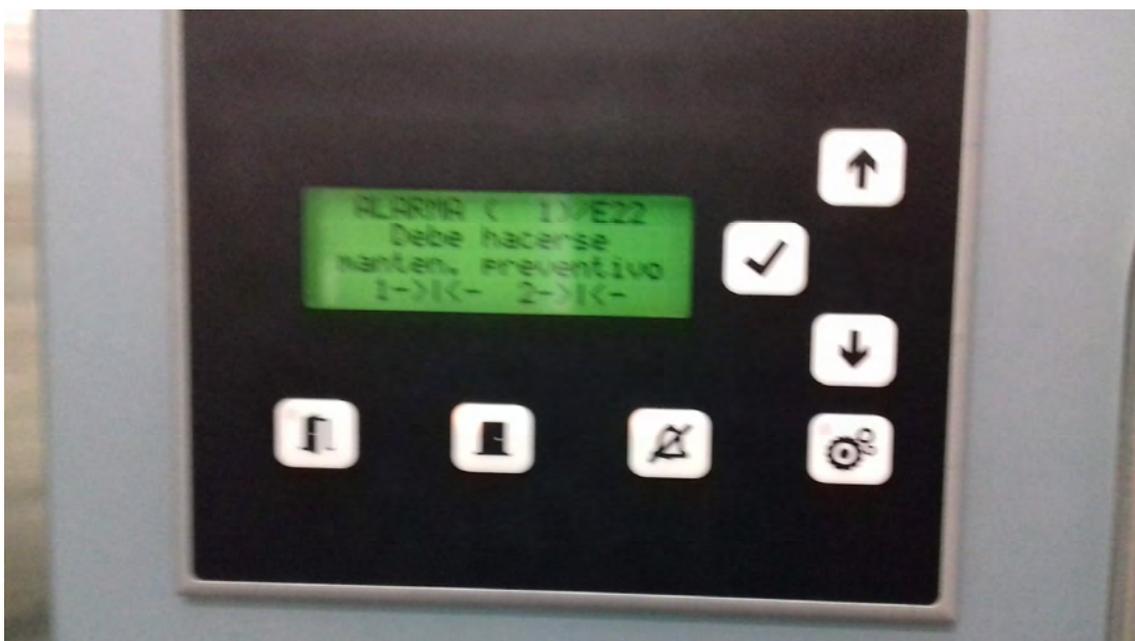












- Se ha podido evidenciar en la Auditoría Operativa, que la Central de Esterilización del HRJC de Móstoles ha remitido toda la documentación necesaria para la Solicitud de la Licencia de Funcionamiento de la Central de Esterilización a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Si bien, el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles está pendiente de recibir contestación por parte de la AEMPS, para lograr la Licencia de Funcionamiento de la Central de Esterilización.

## 7.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

### PARÁMETRO 1: Trazabilidad

Definición: Grado de cumplimiento de la trazabilidad de dos equipos

Nivel de cumplimiento exigible: 10 sobre 10

Frecuencia con la que debe realizarse la medición o toma de datos: mensual

Método de cálculo: En caso de que no se haya detectado ningún incumplimiento la puntuación será de 10. En caso contrario, la puntuación será 0.

Resultado: 9

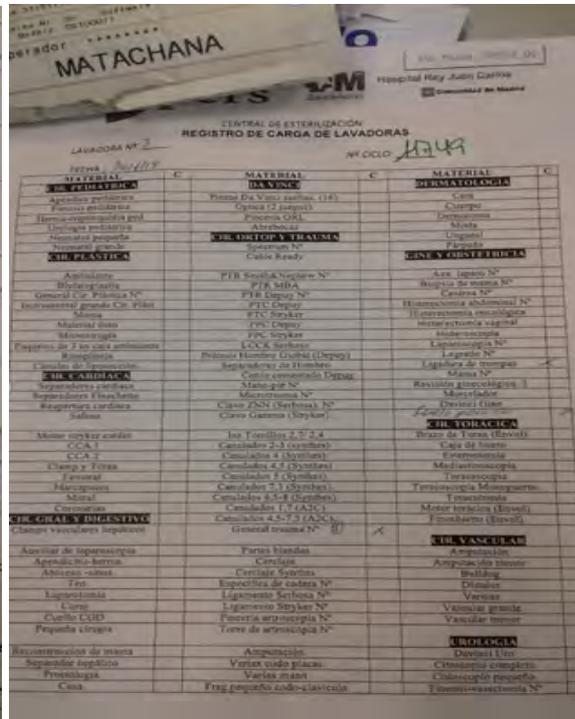
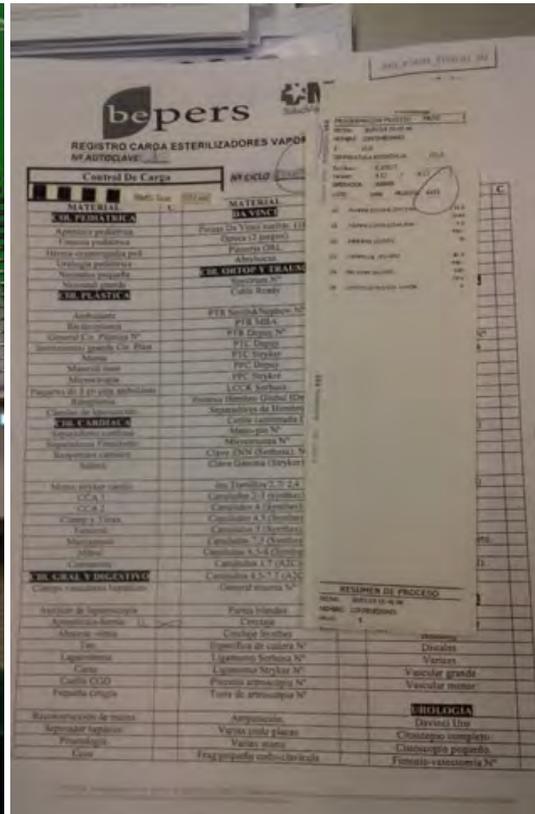
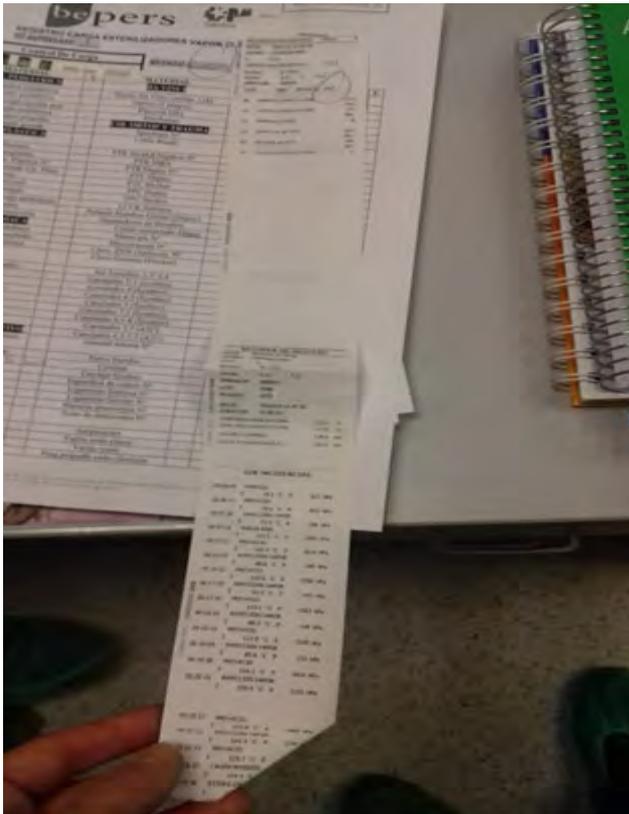
## 7.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.

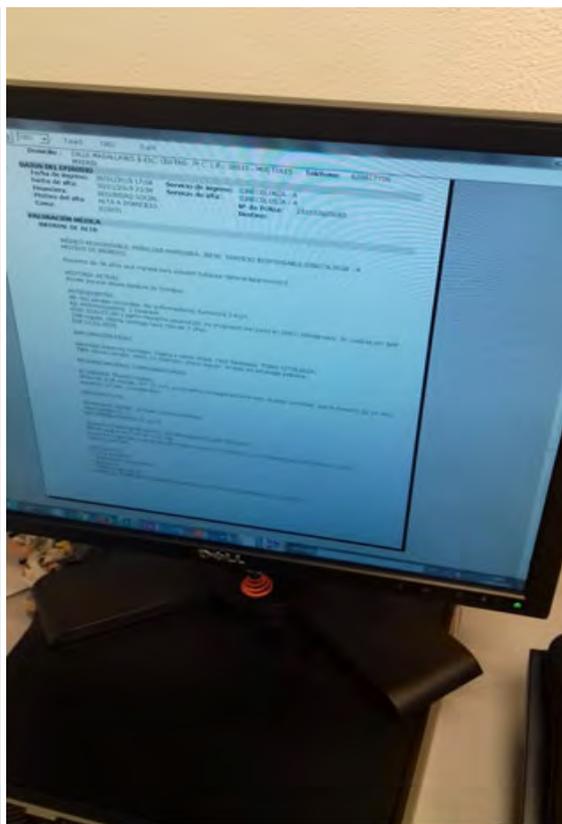
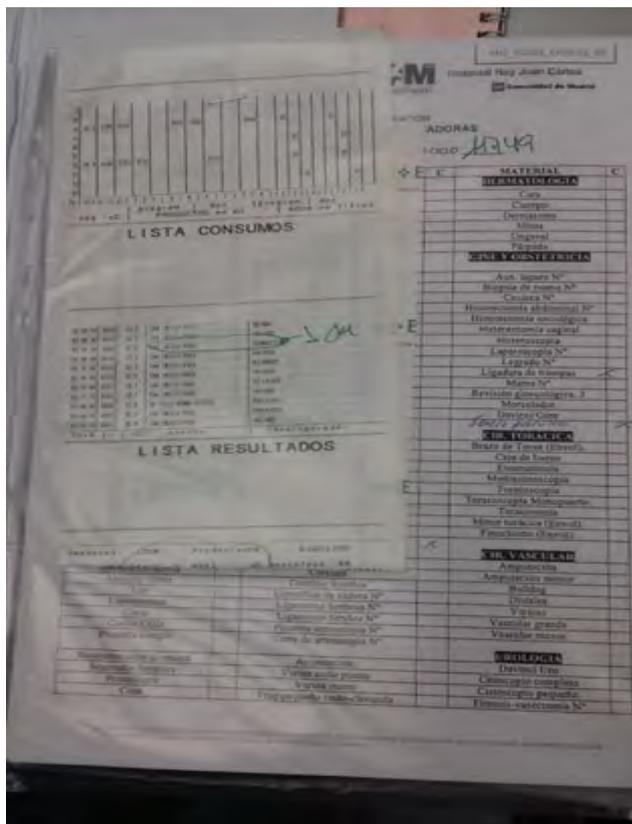
Sin incidencias

## 7.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

### 7.6.1.-INCIDENCIAS LEVES.

1. INCIDENCIA LEVE NUEVA: No se ha podido evidenciar en el momento de la auditoría la informatización y automatización de la trazabilidad total del material esterilizado, si bien, se evidencia trazabilidad en soporte papel hasta la Historia Clínica del Paciente, pero no pudiéndose evidenciar el correcto escaneado de la documentación pertinente en el momento de la revisión:





**bepers** Hospital Universitario Rey Juan Carlos

REGISTRO DE TRAZABILIDAD DE INSTRUMENTAL UTILIZADO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

FECHA: 30.01.19 ENFERMERA: AUL Vero  
ESPECIALIDAD: Cirujía MEDICO: [blank]

DATOS PACIENTE/PEDIATRA: [blank]

Observaciones: [blank]

**bepers** Hospital Universitario Rey Juan Carlos

REGISTRO DE TRAZABILIDAD DE INSTRUMENTAL UTILIZADO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

FECHA: 31.1.19 ENFERMERA: CLAY F EV  
ESPECIALIDAD: Oftalm MEDICO: Dra Palmad

DATOS PACIENTE/PEDIATRA: [blank]

Observaciones: [blank]

**bepers** Hospital Universitario Rey Juan Carlos

REGISTRO DE TRAZABILIDAD DE INSTRUMENTAL UTILIZADO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

FECHA: 31.01.19 ENFERMERA: [blank] DUEÑA N. [blank]  
ESPECIALIDAD: Cirujía MEDICO: Dr. Castañeda

DATOS PACIENTE/PEDIATRA: [blank]

Observaciones: [blank]

**bepers** Hospital Universitario Rey Juan Carlos

REGISTRO DE TRAZABILIDAD DE INSTRUMENTAL UTILIZADO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

FECHA: 31.01.19 ENFERMERA: [blank] DUEÑA N. [blank]  
ESPECIALIDAD: Cirujía MEDICO: Dr. Castañeda

DATOS PACIENTE/PEDIATRA: [blank]

Observaciones: [blank]

FIRMA CARGA: [blank] FIRMA VERIFICACIÓN: [blank]

COMPROBACIÓN CICLO ENFERMERA GARANTE

ESPORAS: [blank]

## 8.-SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS.

### 8.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoría Operativa en cuanto al Servicio de Gestión de Residuos Sanitarios se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Rey Juan Carlos (expediente PA SER-41/2018-AE).

### 8.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. solicitó, la siguiente documentación, que fue recibida por GESMAN y analizada:

- Documento de aceptación del gestor de residuos sanitarios.
- Plan de gestión de Prevención de Riesgos Laborales.
- Hoja resumen de los cursos previstos en el Plan de Formación del año 2.019.
- Certificados de formación en PRL del personal adscrito al Servicio de Limpieza, responsable de la retirada de los residuos.

Así mismo, es importante señalar que la normativa que ha sido tenida en cuenta para el análisis de la información del Servicio de Limpieza ha sido la siguiente:

- Decreto 83/1999, de 3 junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de residuos biosanitarios y citotóxicos de la Comunidad de Madrid.
- 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.
- Real Decreto 180/2015, de 13 de marzo de traslado de residuos en el interior del estado.
- NTP 635: Clasificación, envasado y etiquetado de las sustancias peligrosas.
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

GESMAN ha evaluado la prestación del servicio en al menos tres zonas de alto riesgo, dos de medio riesgo y una de bajo riesgo.

#### ZONAS DE ALTO RIESGO:

Quirófanos: quirófanos 2, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12 y pasillos de sucio y de limpio. Sala de procedimiento 1 y 2. Vestuarios

Bloque Obstétrico: Sala de Parto 1, 2, 3, 5 y 6

Reanimación: REA 1, 1-6, 1-3, 1-4, 1-2, 3, 3-1, 3-6

Neonatología: Exploración Neonatos 3, Neonatos Cuidados Intensivos 2, 3, 4 y 5

Unidad de Cuidados Intensivos: área y pasillos de acceso, box 15 y 16. Vestuarios

ZONAS MEDIO RIESGO:

Hospitalización 444, 332 y psiquiátrica 702  
Urgencias  
Consultas Externas  
Hospital de Día  
Diálisis  
Esterilización  
Radiodiagnóstico

ZONAS DE BAJO RIESGO:

Rehabilitación  
Almacenes Intermedios  
Salas de Espera y pasillos  
Aseos públicos

### 8.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

- Se ofrece un servicio seguro, higiénico y eficaz de gestión de residuos.



**CONTRATO DE TRATAMIENTO**  
(Real Decreto 180/2015, BOE 07/04/2015)

Código de contrato de tratamiento: DA30280002100120120012130

**Datos del productor**

Razón social:	HOSPITAL REY JUAN CARLOS		
Denominación del centro:	HOSPITAL REY JUAN CARLOS	CIF:	A85905644
Dirección:	CL. GLADIOLO 5/N	CP:	28933
Teléfono:	918948410	FAX:	
Municipio:	MÓSTOLES	Provincia:	Madrid
Persona responsable:	DOLORES MUÑOZ BATISTA	NIMA:	2800074656
Email:			
Nº registro de productor	13P02A1700002573P		

**Datos del residuo**

LER:	18 01 06
Características de peligrosidad:	HP6
Descripción LER:	Productos químicos que consisten en, o contienen, sustancias peligrosas.
Descripción del residuo:	Aguas de laboratorio
Tratamiento según Anexo I y II de la Ley 22/2011 a los que se somete el residuo:	D15
Periodicidad estimada de los traslados:	Semanal
Cantidad estimada de residuos que se van a trasladar:	100 KG
Información relevante para el traslado:	

**Datos del gestor/destino**

Razón social:	SRCL Consenur CEE		
Nº de gestor:	13G01A1300015939A	NIMA:	2800021001
Denominación del centro:	SRCL Consenur CEE-Fuenlabrada	CIF:	A81098642
Dirección:	Calle Batalla de Brunete, 30 Polígono Industrial Codeln	CP:	28946
Teléfono:	914989215	FAX:	914989216
Municipio:	Fuenlabrada	Provincia:	Madrid
Persona responsable:	Emilio Poveda Sainz		
Email:			

Obligaciones de las partes en relación con la posibilidad de rechazo de los residuos parte del destinatario:

- El productor del residuo es responsable de identificar, depositar y segregar los residuos atendiendo a los requisitos legales.
- El gestor podrá rechazar los residuos que no se ajusten a lo definido en el contrato comercial, en el contrato de tratamiento o en caso de que se detecte algún incumplimiento legal asociado a los mismos. En el supuesto de rechazo, el gestor podrá optar por cualquiera de las opciones detalladas en el artículo 7 del Real Decreto 180/2015:
  - o 1. Devolver el residuo al lugar de origen acompañado documento de identificación con la indicación de la devolución del residuo.
  - o 2. Enviar los residuos a otra instalación de tratamiento, acompañado de un nuevo documento de identificación.

En ambos supuestos los costes asociados correrán a cargo del productor y serán repercutidos a él por parte de

SRCL Consenur Hospital Universitario Rey Juan Carlos

FECHA, FIRMA Y SELLO DEL PRODUCTOR	FECHA, FIRMA Y SELLO DEL GESTOR 22 01 18
CL. GLADIOLO 5/N - 28933 MÓSTOLES	SRCL Consenur CEE
Tel: 91 481 82 25	Protegiendo Personas. Reduciendo Riesgos.
	CIF: A-81098642

Emilio Poveda Sainz

- El prestador del servicio dispone de autorización vigente como gestor de residuos sanitarios.



Consulta de Número de Identificación Medio Ambiental (NIMA)

Sede

NIF: A81098642      Razón Social: SRCL CONSEUR CEE, S.A.  
 Dirección Sede: Calle RIO EBRO S/N Polígono FINANZAUTO, 28500 Arganda del Rey, Madrid  
 Municipio: Arganda del Rey      Código INE Municipio: 280148      CP: 28500  
 Provincia: Madrid      Código INE Provincia: 28

Centro

Denominación del Centro: SRCL CONSEUR CEE, S.A.  
 NIMA: 2800021001  
 Dirección Centro: Calle BATALLA DE BRUNETE 30 Polígono CODEIN, 28946 Fuenlabrada, Madrid  
 Municipio: Fuenlabrada      Código INE Municipio: 280587      CP: 28946  
 Provincia: Madrid      Código INE Provincia: 28

Centro

Autorizaciones

Tipo Autorización	Nº Autorización	Estado	Fecha Comunicación	Fecha Registro	Fecha Actualización	Fecha de Baja	
G01 - Centro Gestor de residuos peligrosos	13G01A1300015939A	Autorizado/Registrado		26/03/2007	08/06/2016		Consultar
G04 - Centro Gestor de residuos no peligrosos	13G04A1400015940Y	Autorizado/Registrado		26/03/2007	08/06/2016		Consultar

- El personal tiene la formación adecuada para el puesto que desarrolla.
- Se hace la recogida con la frecuencia establecida.

- Las zonas destinadas a almacenamiento de residuos están señalizadas.



bepers VERIFICACIÓN DE RETIRADA DE RESIDUOS DE LOS DEPOSITOS INTERMEDIOS CIMP03AMPO03/01 E421

Ubicación Depósito Intermedio:

FECHA	HORA	FIRMA	OBSERVACIONES
21-3	20:40	SEBIA	Basura
22-3	21:00	SEBIA	Papa, Pasa, Caca
23-3	20:20	SEBIA	Papa, Caca, TAC
24-3	8:00	SEBIA	Papa, Pasa y Caca
24-3	13:20	SEBIA	Caca
25-3	12:20	Monde	Basura - carton
26-3	13:25	Monde	Basura - carton
27-3	13:20	Monde	Basura - carton
30-3	09:00	SEBIA	Basura
30-3	15:35	SEBIA	Basura
30-3	20:20	Lafuente	Basura - carton - carton
31-3	09:40	SEBIA	Basura
31-3	20:35	Monde	Basura - carton - carton - carton
1-4	10:35	SEBIA	Basura II (1)
2-4	8:15	DAVI	Basura
2-4	8:25	DAVI	Basura
2-4	13:20	DAVI	Basura
2-4	13:20	DAVI	Basura
2-4	15:50	SEBIA	Basura
2-4	20:40	SEBIA	Basura
3-4	9:00	JAVI	Basura - carton
3-4	9:20	JAVI	VIDRIOS
3-4	10:15	JAVI	UNII (2)
3-4	14:00	JAVI	Basura - carton
3-4	16:50	JAVI	ROPA
3-4	16:50	JAVI	Basura - carton





- Se cumple la normativa de residuos y se dispone de un sistema de gestión de prevención de riesgos laborales:
  - Se ha comprobado que se dispone de un Plan de Prevención de Riesgos Laborales, de octubre de 2017, donde se indican los riesgos y medidas preventivas asociadas al servicio de gestión de residuos.
  - Se evidencia un plan de formación para el año 2019:

**PLAN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

Código: CORP2.5/GM1/Plan de Prevención  
Versión: V.2



# PLAN DE PREVENCIÓN

<b>Redactado por:</b> <i>Nombre: Jorge Cabrera Rebato/Mónica González Liarte/M<sup>a</sup> Carmen González Martí/Pilar Vega</i> <i>Carga: Director Corporativa PRL/Responsables SPPM</i> <i>Fecha: Octubre 2017</i>	<b>Aprobado por:</b> <i>Nombre: Juan Carlos González Acebes</i> <i>Carga: Director General de Recursos Humanos</i> <i>Fecha: Octubre 2017</i>
--	--

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ÚLTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
0	Junio 2016	Integración en el Sistema de Gestión de Calidad
1	Julio 2017	Revisión de Funciones y Procedimientos
2	Octubre 2017	Cambio de modelo organizativo en Vigilancia de la Salud y al personal SPM de Quirónprevención



SERVICIO DE PREVENCIÓN MANCOMUNADO

## PLAN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Código: CORP2.5/GM1/Plan de Prevención

Versión: V.2

### 0.- ÍNDICE

#### 1.- INTRODUCCIÓN

#### 2.- GENERALIDADES

- 2.1. Objeto y campo de aplicación
- 2.2. Definiciones
- 2.3. Descripción de la actividad

#### 3.- POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

#### 4.- INTEGRACIÓN DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA

#### 5.- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

- 5.1. Servicio de Prevención
  - 5.1.1. Servicio de Prevención Propio Mancomunado
  - 5.1.2. Estructura por centro de trabajo
- 5.2. Estructura organizativa de la Empresa
  - 5.2.1. Área Corporativa
  - 5.2.2. Área Hospitales Territorial
  - 5.2.3. Área Hospitales Centros
  - 5.2.4. Área Servicio de Prevención Ajeno
  - 5.2.5. Órganos de consulta y participación
  - 5.2.6. Trabajadores

#### 6.- DERECHOS Y OBLIGACIONES

- 6.1. Derechos generales
- 6.2. Obligaciones generales
- 6.3. Instrucciones y recomendaciones de seguridad

#### 7.- CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN

#### 8.- REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

#### 9.- REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

#### 10.- DOCUMENTACIÓN RELACIONADA

#### 11.- RELACIÓN DE REVISIONES

CENTRO: <b>HURJC</b>	FECHA DE ELABORACIÓN:
----------------------	-----------------------

**I. DATOS PERSONALES**

Apellidos y Nombre: <b>Juan José Acedo Lázaro</b>	
Área o Servicio: restauración	
Puesto que Desempeña: Responsable de hostelería	
Nº de Trabajadores a su Cargo y Categoría/s: 50 camareros, cocineros, pinches de cocina, dietistas, Aux. Serv. Limp.	
Teléfono: 628413341	e-mail: <b>juan.acedo@hospitalreyjuancarlos.es</b>

**II. FORMACION ESPECIFICA RELATIVA AL ÁREA O SERVICIO**

1. Enumere a continuación las Acciones Formativas que estime pertinentes, dirigida a los trabajadores a su cargo. Considere las acciones formativas que requiera en base a necesidades por reciclaje, legislación, nuevas tecnologías, nuevos procesos o procedimientos, etc.

Deberá incluir la categoría de los trabajadores al que irá dirigida la formación y el motivo de la necesidad.

Nombre del Curso o Tema	Motivo de la Necesidad (Reciclaje, Legislación, Nuevas Tecnol., Nuevos Proced., etc.)	Categoría/s al que va dirigida la Formación	Nº Total de Colectivo (Nº total de trabajadores de categorías a formar)	Nº de Trabajadores a Formar (Objetivo)
Técnicas de elaboración.	Reciclaje	Cocineros	7	4
Disfagia	Reciclaje	Dietistas.	3	2
Gestión emocional en los picos de actividad.	Reciclaje	Pinches, camareros y Aux. Serv. Limp.	39	12
Excel	Reciclaje	Jefe de cocina y encargado de cafetería.	2	2
Atención al cliente	Reciclaje	Camareros y Aux. Serv. Limp.	17	6

CENTRO: <b>HUIE, HURIC Y HGV</b>	FECHA DE ELABORACIÓN: <b>25/10/18</b>
----------------------------------	---------------------------------------

**I. DATOS PERSONALES**

Apellidos y Nombre: <b>Dolores Muñiz Batista</b>	
Área o Servicio: <b>limpieza</b>	
Puesto que Desempeña: <b>Coordinación Limpieza Hospitales Públicos T1</b>	
Nº de Trabajadores a su Cargo y Categoría/s:	
Teléfono: <b>689780205</b>	e-mail: <b>dmuñizuironsalud.es</b>

**II. FORMACION ESPECIFICA RELATIVA AL ÁREA O SERVICIO**

1. Enumere a continuación las Acciones Formativas que estime pertinentes, dirigida a los trabajadores a su cargo. Considere las acciones formativas que requiera en base a necesidades por reciclaje, legislación, nuevas tecnologías, nuevos procesos o procedimientos, etc.

Deberá incluir la categoría de los trabajadores al que irá dirigida la formación y el motivo de la necesidad.

Nombre del Curso o Tema	Motivo de la Necesidad (Reciclaje, Legislación, Nuevas Tecnol., Nuevos Proced., etc.)	Categoría/s al que va dirigida la Formación	Nº Total de Colectivo (Nº total de trabajadores de categorías a formar)	Nº de Trabajadores a Formar
BASICO PAQUETE OFFICE	Nuevas tecnologías	Gobernantas Y Responsables	Limpieza	8
RRHH. Resolución incidencias/incidente Reclamaciones cliente interno y externo	Reciclaje	Gobernantas		6
Gestión de Planillas, y manejo de equipos	Nuevas tecnologías	Gobernantas y responsables		6
Curso de Ingles	Inicial e intermedio	Gobernantas y Responsables		6
Manejo de reunión y exposición de informes, uso de Power Point.	Reciclaje	Gobernanta y Responsables		6
Conocimiento y uso de productos de limpieza, uso de maquinaria, tipos de pavimentos y tratamientos	Reciclaje	Peones y limpiadoras		40

- Se ha evidenciado la existencia de registros del personal en el que consta que se ha recibido un curso de PRL en gestión de residuos en las siguientes fechas:
  - AuricaGinghina: 1/09/18-30/09/18
  - Cristina Dan: 1/11/18-30/11/18
  - Cristina Mateos:1/09/18-30/09/18
  - Luisa García: 1/03/18-31/03/18
  - Isidra Lozano: 1/07/18-31/07/18
  - Ivan Araque: 15/01/18-15/02/18
  - Jorge Luis Granda: 1/04/18-30/04/18
  - Luisa García: 1/03/18-31/03/18
  - M<sup>a</sup> del Mar Romero: 1/05/18-31/05/18
  - M<sup>a</sup> Gemma Orellana: 1/03/18-31/03/18
  - Miriam Villa: 15/09/18-15/10/18
  - Nuria Pedroche: 1/03/18-31/03/18
  - Olga María Herrero: 15/09/18-15/10/18
  - Raquel Guerrero: 15/10/18-15/11/18
  - Rosa María Hernández: 1/08/18-31/08/18
  - Yolanda Gema Moreno: 1/11/18-30/11/18
  
- Se ha comprobado que en los quirófanos y en las habitaciones, las bolsas de basura se transportan cerradas y no se arrastran por el suelo.
- Se han visitado los almacenes intermedios y se ha comprobado que las bolsas de residuos no están en el suelo
- Se ha comprobado que en los horarios en los que se transportan los residuos en los ascensores son exclusivos para este menester
- Se evidencian los correspondientes registros de lavado y desinfección de ascensores después del horario de su utilización para transporte de residuos
- Los envases que contienen residuos tóxicos y peligrosos están correctamente identificados
- Se comprueba que los almacenes intermedios son limpiados con una frecuencia adecuada
- Los contenedores de residuos se limpian diariamente en la zona de residuos final
- El almacén de residuos sanitarios está ubicado en el edificio anexo al Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles con acceso directo a la calle para la retirada de residuos sanitarios por parte del Gestor Autorizado. Está señalizado y queda prohibida la entrada a toda persona no autorizada, estando cerrado bajo llave. El almacén de residuos sanitarios está cubierto, de una superficie fácil de limpiar, alejado de ventanas y rejillas, con acceso sin escalones y pendiente menor al 5%

- La retirada de los envases contaminados de residuos sanitarios de cada uno de los Servicios y la reposición de envases se realiza diariamente por parte del Responsable de la Gestión de Residuos de acuerdo a los residuos sanitarios generados que depende directamente del volumen de actividad asistencial en cada uno de los Servicios, anotándolo en el registro correspondiente del Almacén Intermedio de Residuos.
- En el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles existe un circuito de sucio por donde se lleva a cabo la retirada de los residuos sanitarios de cada uno de los Servicios del Hospital, disponiendo de un ascensor para uso exclusivo de retirada de residuos sanitarios (Montasucio, número 5), identificado como tal, y otro de limpio, también con un ascensor (Montalimpio, número 4), para la reposición de los contenedores de residuos sanitarios:



- Con una periodicidad diaria el Responsable de la Gestión de Residuos del Hospital retira los residuos sanitarios de cada uno de los Servicios (los contenedores han sido cerrados previamente por el personal sanitario) y repone los contenedores correspondientes, mediante la utilización de jaulas (no cerradas), por la zona limpia del Hospital, empleando el ascensor para su transporte hasta el almacén definitivo de residuos sanitarios. Los almacenes de residuos sanitarios de cada una de las plantas están identificados y con buena ventilación, desde donde los retira diariamente el Responsable de la Gestión de Residuos del Hospital, limpiando los contenedores de residuos no peligrosos; si bien la limpieza de los contenedores de RSU se realiza con agua a presión mientras éstos se vacían en la compactadora.
- El personal va debidamente uniformado e identificado.

## 8.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

### PARÁMETRO 1: No Conformidades de la evaluación de riesgos laborales

Definición: Número de no conformidades que detecte Medicina Preventiva durante la evaluación y seguimiento de los riesgos laborales en el Hospital

Nivel de cumplimiento exigible: 8 sobre 10

Frecuencia con la que debe realizarse la medición o toma de datos: anual

Método de cálculo: En caso de que no se haya detectado ninguna la puntuación será de 10. En caso contrario, la puntuación será 0.

Resultado: 10

### PARÁMETRO 2: Indicador del Servicio de Gestión de Residuos Sanitarios

$IN = 0.3 * RRHH + 0.3 * AR + 0.3 * MR + 0.1 * GESTIÓN$

Donde:

RRHH: Grado de formación y capacitación del personal para la correcta gestión de residuos

AR: Grado de cumplimiento de las obligaciones como productor de residuos y gestión intrahospitalaria en zonas de alto riesgo.

MR: Grado de cumplimiento de las obligaciones como productor de residuos y gestión intrahospitalaria en zonas de medio riesgo.

GESTIÓN: Grado de cumplimiento en cuanto a la gestión de residuos se refiere.

Resultado: 9.3

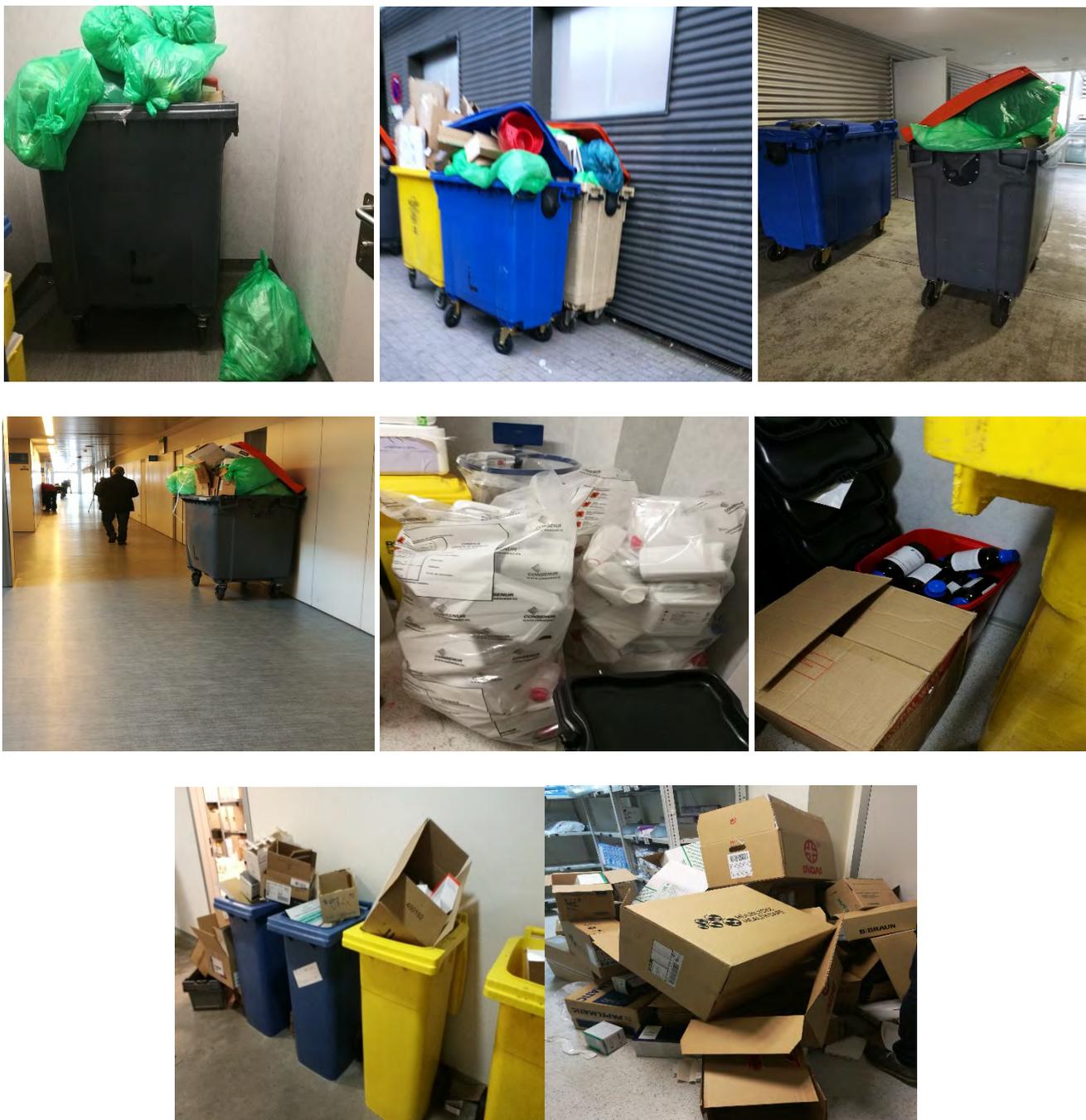
## 8.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.

### 8.5.1.-INCIDENCIAS MEDIAS.

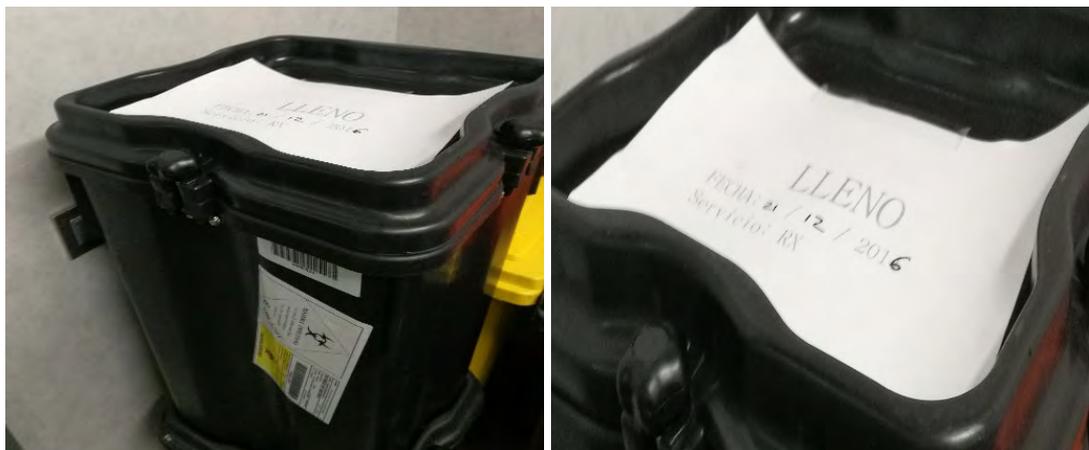
1. Se ha podido evidenciar en uno de los casos que el personal encargado de la gestión de residuos no lleva guantes de seguridad contra riesgos mecánicos en la realización de las tareas, con el consiguiente riesgo de lesiones, por lo que se recomienda realizar labores de concienciación sobre la importancia de su uso → **PENDIENTE DE SUBSANACIÓN.**



2. En varias ocasiones, se han podido visualizar que tanto las bolsas de basura como diferentes contendores han excedido el 75% de su capacidad, llegando a desbordarse algunos de los contenedores y ocupando las bolsas el suelo → **PENDIENTE DE SUBSANAR.**



3. Se detectaron un envase con fecha de llenado de 21-12-2016 en la zona de rayos X, excediendo el tiempo máximo de retirada de 72 horas. La fecha que figura en el envase es la fecha de recogida, por lo que no se pudo localizar el contenedor una vez depositado en el almacén final. Debería figurar fecha de llenado y fecha de recogida → **SUBSANADA**.



4. La limpieza de los contenedores de RSU se realiza con agua a presión mientras éstos se vacían en la compactadora, con el consiguiente riesgo de atrapamiento, dando lugar a un posible riesgo ambiental en caso de fugas. La limpieza exhaustiva de los contenedores se realiza una vez al mes → **PENDIENTE DE SUBSANAR**.



### 8.5.2.-INCIDENCIAS LEVES.

1. No se ha podido evidenciar que los carros para el transporte interno de los envases de residuos tóxicos sean cerrados, lo cual es recomendable para ofrecer un servicio seguro, higiénico y eficaz. Según el DECRETO 83/1999, de 3 de junio, *"Si se utilizan carros o contenedores móviles, deben ser de uso exclusivo, tener paredes lisas, sin elementos cortantes o perforantes, fabricados de materiales resistentes a la corrosión y a los desinfectantes químicos"* → **SUBSANADA**.
2. Se han podido evidenciar puertas de los almacenes intermedios de residuos abiertas en varias ocasiones durante el desarrollo de la auditoría. Según el DECRETO 83/1999, de 3 de junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de los residuos biosanitarios y citotóxicos en la Comunidad de Madrid *"Todos los locales destinados al depósito intermedio de residuos deberán estar cerrados o bajo constante supervisión por parte del personal del centro productor"* → **SUBSANADA**.



3. En la zona de anatomía se detectaron envases de vidrio vacíos que contenían xileno. Excede el 80% del llenado recomendable → **SUBSANADA**.



4. Envase para residuos biosanitarios especiales empleado para cartuchos de tinta en una sala de recuperación → **SUBSANADA**.



5. En el almacén de residuos V, en el kit de derrames se tiene un rollo de papel como material absorbente. NTP 725. "La eliminación de pequeños derrames se hará, según el caso, con agentes absorbentes o neutralizantes que una vez usados se depositarán en recipientes para residuos. Como norma general se descarta el uso de serrín como absorbente para líquidos inflamables y corrosivos, recomendando carbón activo, sepiolita u otros" → **PENDIENTE DE SUBSANAR**.



## 8.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

### 8.6.1.-INCIDENCIAS CRÍTICAS.

1. INCIDENCIA CRÍTICA NUEVA: En el momento de la auditoría, no se ha podido evidenciar en todos los casos que las bolsas de RBAU utilizadas en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles cumplan con los requisitos de la Legislación Vigente, DECRETO 83/1999, de 3 de junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de los residuos biosanitarios y citotóxicos en la Comunidad de Madrid. Capítulo II Producción de residuos biosanitarios y residuos citotóxicos. Artículo 11.- Características de los envases para residuos biosanitarios asimilables a urbanos.

Los envases para la acumulación de residuos biosanitarios asimilables a urbanos deberán cumplir las siguientes especificaciones:

- a) *Opacos, impermeables y resistentes a la humedad.*
- b) *Si se utilizan bolsas de plástico, serán de galga mínima 200.*
- c) *No generarán emisiones tóxicas por combustión.*
- d) *Volumen no superior a 70 litros.*
- e) *Color verde.*

Y en la documentación remitida no se ha podido evidenciar la Ficha Técnica de las bolsas de RBAU utilizadas en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles donde se indican las características técnicas de las mismas.



#### FICHA TECNICA

#### 85X105 G 170 R.10 UDS.VERDE

ARTICULO: BOLSA DE BASURA COMUNIDAD

MEDIDA	CM	85X105 (+/-5%)
ESPEJOR	MICRAS	42.5(+/-5%)
COLOR		VERDE
MATERIA PRIMA		PE BAJA DENSIDAD RECICLADO
TIPO DE SOLDADURA		PLANA
PRESENTACION:		UNIDADES ROLLO: 10 CON VITOLA
		ROLLOS/CAJA: 25
		PALETS: 32 CAJAS

# Plasoeste

## Ficha Técnica de Producto

Sociedade Transformadora de Plásticos, Lda.

Rua da Cerâmica, 7 - 2665-495 VENDA DO PINHEIRO  
Tel: 210 737 350  
E-mail: geral@plasoeste.pt  
Contribuinte: 501 768 319



### Identificación de Producto

**Código** .....: SX.DM8501050-003

**Descripción** .....:R/ 10 BOLSAS COMUNIDAD 850X1050 - AMARILLO ANONIMA (B01052)

**Materia Prima Base:** POLIETILENO

**Cantidad x Caja :** 40 UN

### Características

**Ancho** .....: 850 mm

**Largo** .....: 1050 mm

**Espesor** .....: 0.020 mm (gaiga 80)

Dimensiones: >200mm ±5%; <200mm ±10mm - Espesor: > 0,020mm ±15%; < 0,020mm ±0,003mm

### Contacto con los Alimentos:

Los materiales utilizados en la fabricación de este producto, no son aptos para uso alimentarios.

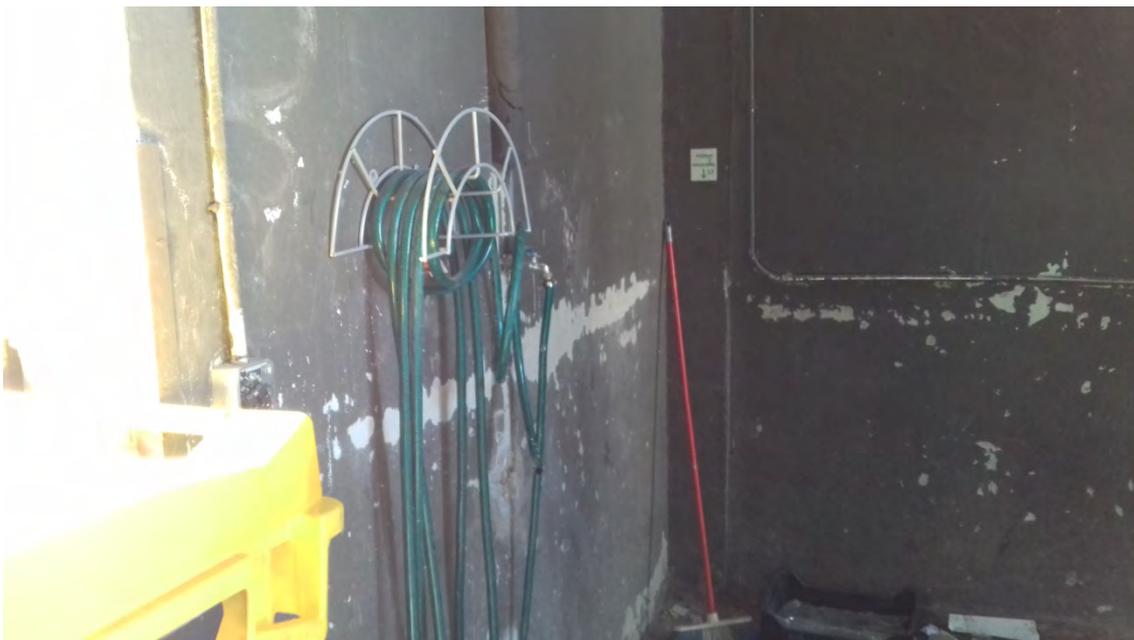


2. INCIDENCIA CRÍTICA NUEVA: Cuarto de residuos RADIODIAGNÓSTICO: En el momento de la auditoría se observa el cubo desbordado, y bolsas con residuos acumuladas en el suelo:



3. INCIDENCIA CRÍTICA NUEVA: COMPACTADORAS: En el momento de la auditoría se observa que el profesional que maneja la compactadora no utiliza los guantes de protección de riesgos mecánicos.





### 8.6.2.-INCIDENCIAS MEDIAS.

1. INCIDENCIA MEDIA REINCIDENTESE ha podido evidenciar en uno de los casos que el personal encargado de la gestión de residuos no lleva guantes de seguridad contra riesgos mecánico

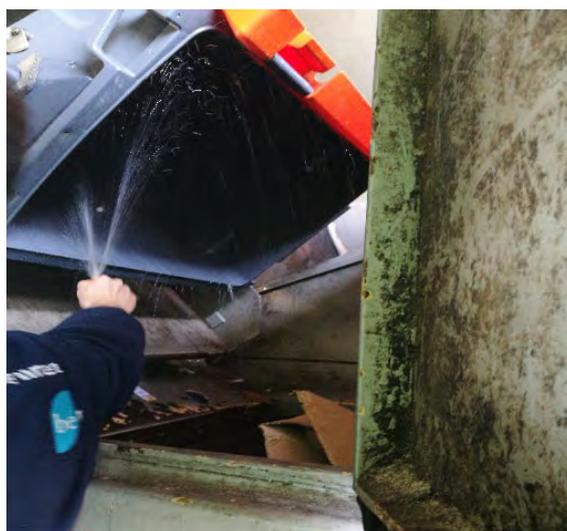


2. INCIDENCIA MEDIA REINCIDENTE: En varias ocasiones, se han podido visualizar que tanto las bolsas de basura como diferentes contenedores han excedido el 75% de su capacidad, llegando a desbordarse algunos de los contenedores y ocupando las bolsas el suelo





3. INCIDENCIA MEDIA REINCIDENTE: La limpieza de los contenedores de RSU se realiza con agua a presión mientras éstos se vacían en la compactadora, con el consiguiente riesgo de atrapamiento, dando lugar a un posible riesgo ambiental en caso de fugas..



### 8.6.3.-INCIDENCIAS LEVES.

1. INCIDENCIA LEVE REINCIDENTE: En el almacén de residuos V, en el kit de derrames se tiene un rollo de papel como material absorbente. NTP 725. "La eliminación de pequeños derrames se hará, según el caso, con agentes absorbentes o neutralizantes que una vez usados se depositarán en recipientes para residuos. Como norma general se descarta el uso de serrín como absorbente para líquidos inflamables y corrosivos, recomendando carbón activo, sepiolita u otros



2. INCIDENCIA LEVE NUEVA: En el momento de la auditoría, no se ha podido evidenciar en todos los casos la correcta documentación de retirada de los residuos y ropa sucia, estando incompletos varios de los registros revisados, ni indicándose el tipo de residuo retirado:

bepers		VERIFICACIÓN DE		CUMPLIMIENTO
		RETIRADA DE RESIDUOS DE LOS DEPOSITOS INTERMEDIOS		E42.1
Ubicación Depósito Intermedio:				
FECHA	HORA	FIRMA	OBSERVACIONES	
21-3	20:40	SERVO	Basura	
22-3	17:00	SERVO	Basura - Basura - Basura	
23-3	20:20	SERVO	Basura - Basura - Basura	
24-3	18:00	SERVO	Basura - Basura y Carton	
24-3	13:28	SERVO	Basura	
25-3	12:20	SERVO	Basura - Basura	
26-3	13:25	SERVO	Basura - Basura	
27-3	13:20	SERVO	Basura - Basura	
30-3	09:00	SERVO	Basura	
30-3	15:35	SERVO	Basura	
30-3	20:20	SERVO	Basura - Basura - Basura	
31-3	09:40	SERVO	Basura	
31-3	20:35	SERVO	Basura - Basura - Basura	
1-4	19:20	SERVO	Basura - Basura	
1-4	16:35	SERVO	Basura	
2-4	8:15	JAVI	Basura	
2-4	8:25	JAVI	Basura	
2-4	13:20	JAVI	Basura	
2-4	13:20	JAVI	Basura	
2-4	15:50	SERVO	Basura	
2-4	20:40	SERVO	Basura	
3-4	9:00	PAUL	Basura - Basura	
3-4	9:20	PAUL	Basura - Basura	
3-4	10:15	PAUL	Basura - Basura	
3-4	14:00	PAUL	Basura - Basura	
3-4	16:50	JAVI	Basura	
3-4	16:50	JAVI	Basura - Basura	

bepers		VERIFICACIÓN DE		CUMPLIMIENTO
		RETIRADA DE RESIDUOS DE LOS DEPOSITOS INTERMEDIOS		E42.1
Ubicación Depósito Intermedio:				
FECHA	HORA	FIRMA	OBSERVACIONES	
30-03	8:30	Gabriel	Basura - Basura	
30-03	9:38	Gabriel	Basura	
30-03	17:20	Gabriel	Basura - Basura	
30-3	16:48	JAVI	Basura - Basura	
30-3	20:18	JAVI	Basura	
30-3	15:28	JAVI	Basura	
30-3	20:08	JAVI	Basura - Basura	
30-3	20:08	JAVI	Basura	
30-3	12:20	SERVO	Basura	
1-4	15:10	Gabriel	Basura	
1-4	16:40	Gabriel	Basura - Basura	
2-4	10:35	SERVO	Basura	
2-4	10:35	SERVO	Basura	
2-4	15:20	Gabriel	Basura - Basura	
2-4	18:01	Gabriel	Basura - Basura	
2-4	21:10	Gabriel	Basura - Basura	
2-4	15:20	SERVO	Basura	
2-4	15:20	SERVO	Basura	
2-4	15:20	SERVO	Basura	
2-4	15:20	SERVO	Basura	
3-4	15:32	Gabriel	Basura - Basura	

10

**bepers** VERIFICACIÓN DE RETIRADA DE RESIDUOS DE LOS DEPÓSITOS INTERMEDIOS Ed.2.1

Ubicación Depósito Intermedio:

FECHA	HORA	FIRMA	OBSERVACIONES
2-4	18:00	DANI	BASURA CARTON
3-4	18:30	DANI	" "
3	19:40	DANI	" "
3-4	21:10	DANI	" "
4-4	6:30	<i>[Signature]</i>	Basura de Botellas Plásticas (2)
4-4	9:21	<i>[Signature]</i>	

**bepers** VERIFICACIÓN DE RETIRADA DE RESIDUOS DE LOS DEPÓSITOS INTERMEDIOS Ed.2.1

Ubicación Depósito Intermedio:

FECHA	HORA	FIRMA	OBSERVACIONES
1-04	15:45	Gabriel	ROPA
1-04	17:47	Gabriel	Basura Cartonera Vid
2-04	10:55	SEBAS	Basura / Carton
1-04	14:05	Gabriel	ROPA
1-4	21:15	Gabriel	Basura Cartonera Residu
3-4	08:10	Sebas	Basura
3-4	12:00	Sebas	Basura
3-4	15:15	Gabriel	ROPA BASURA

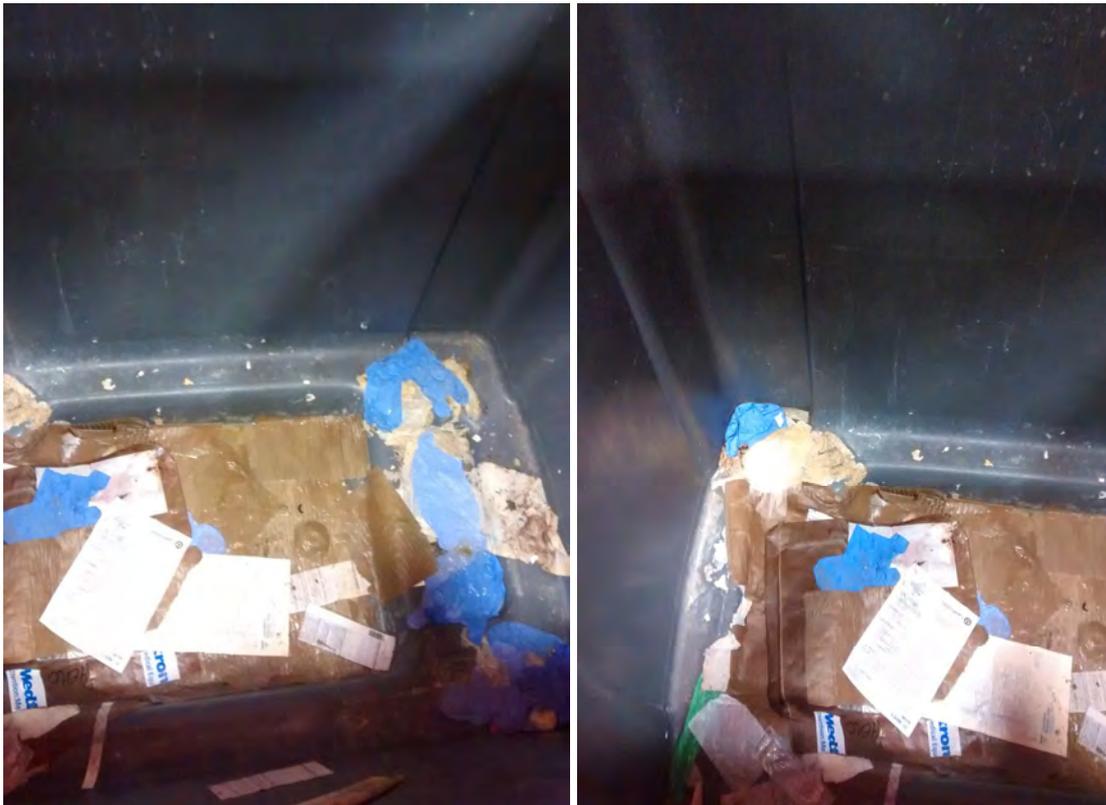
**bepers** VERIFICACIÓN DE RETIRADA DE RESIDUOS DE LOS DEPÓSITOS INTERMEDIOS Ed.2.1

Ubicación Depósito Intermedio:

FECHA	HORA	FIRMA	OBSERVACIONES
29-03	17:07	DANI	Basura carton
29-03	17:51	DANI	Basura
29-03	18:50	<i>[Signature]</i>	Basura
29-03	19:50	<i>[Signature]</i>	Basura
29-03	20:12	Gabriel	Basura carton
29-03	17:55	Gabriel	ROPA
29-03	18:05	Gabriel	Basura carton
29-03	18:15	Gabriel	Basura carton
29-03	19:25	Gabriel	Basura carton
30-03	9:42	Gabriel	Basura carton
30-03	17:20	Gabriel	Basura
30-03	16:05	Gabriel	Basura carton
30-03	19:08	JAVI	ROPA
31-03	15:41	JAVI	Basura
3-04	19:42	JAVI	Basura
1-04	9:20	JAVI	Basura carton
1-04	13:20	SEBAS	Basura / Carton
1-04	13:50	SEBAS	Basura / Carton
1-04	18:31	Gabriel	ROPA
2-4	17:30	Gabriel	Basura carton
2-4	17:30	SEBAS	Basura
2-4	15:35	Gabriel	ROPA
3-4	16:21	Gabriel	ROPA
3-4	16:33	Gabriel	Basura organica

3. INCIDENCIA LEVE NUEVA: En el momento de la auditoría, se han observado en los cuartos intermedios de almacenamiento de residuos, contenedores de basura muy sucios y con agua en su interior:







## 9.-SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES.

### 9.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoría Operativa en cuanto al Servicio de Viales y Jardines se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Rey Juan Carlos (expediente PA SER-41/2018-AE).

### 9.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. solicitó, la siguiente documentación, que fue recibida por GESMAN y analizada:

- Programa de mantenimiento del segundo trimestre de 2.018.
- Planos con indicación de las rutas de acceso
- Planos con indicación de las rutas de accesos a los vehiculos de emergencia.
- Planos con indicación de las vías de evacuación alternativas en caso de incendio o cualquier otra eventualidad.
- Ficha de seguridad de los productos empleados
- Fichas de las especies vegetales existentes en el Hospital

Así mismo, es importante señalar que la normativa que ha sido tenida en cuenta para el análisis de la información del Servicio de Limpieza ha sido la siguiente:

- 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.
- Ley 1/1998, de 5 de mayo, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas y de la Comunicación.
- Decreto 13/2007 de 15 de marzo, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el "Reglamento Técnico de Desarrollo en Materia de promoción de la Accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas"
- Orden VIV/561/2010, de 1 de febrero, por la que se desarrolla el documento técnico de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados.
- Código Técnico de la Edificación.
- DB-SUA de Seguridad de Utilización y Accesibilidad
- Real Decreto 1311/2012, de 14 de septiembre, por el que se establece el marco de actuación para conseguir un uso sostenible de los productos fitosanitarios.

- REGLAMENTO (CE) No 1272/2008 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 16 de diciembre de 2008 sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas, y por el que se modifican y derogan las Directivas 67/548/CEE y 1999/45/CE y se modifica el Reglamento (CE) no 1907/2006.
- Real Decreto 1702/2011, de 18 de noviembre, de inspecciones periódicas de los equipos de aplicación de productos fitosanitarios.
- Ley 43/2002, de 20 de noviembre, de sanidad vegetal.
- Real Decreto 971/2014, de 21 de noviembre, por el que se regula el procedimiento de evaluación de productos fitosanitarios.

GESMAN ha revisado la totalidad de los exteriores, viales y jardines del Hospital Rey Juan Carlos, así como, todos los accesos al mismo, a fin de determinar el grado de accesibilidad de los mismos.

### 9.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

- Se evidencia que se dispone de un programa de actividades de mantenimiento de accesos y viales



#### DETALLE SERVICIO JARDINERIA HOSPITAL JCI MOSTOLES

- **Parterres y macizos:** limpieza de todas las malas hierbas y aplicación de herbicida.
- **Jardineras:** limpieza de malas hierbas, abonado, aplicación de fungicida, limpieza residuos.
- **Arboleda:** poda hasta 3 metros de altura, riego, abonado y aplicación de insecticida y fungicida.
- **Riego automático:** programación, supervisión, reparación de averías simples.
- **Desbroce** de zona exterior perteneciente al hotel de taludes y descampado, limpieza y aplicación de herbicida.
- Riego de **plantas de interior**, limpieza, abonado y aplicación de fungicida en caso necesario.

#### PLANIFICACION TEMPORAL SERVICIO JARDINERIA

DESCRIPCION	E	F	M	A	M	J	JuJ	A	S	O	N	D
<b>Pradera</b>												
Riego automático				x	x	x	x	x	x	x		
Riego Manual				x	x	x	x	x	x	x		
Siega			x	x	x	x	x	x	x	x		
Escarificado		x	x	x							x	x
Abonado				x				x				
Semillado		x	x									
Amantillado	x	x										x
Herbicida			x	x	x							
Fungicida				x	x	x						
<b>Plantaciones</b>												
Riego					x	x	x	x	x			
Entrecabado			x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Abonado químico			x	x	x						x	x
Abonado orgánico	x	x										x
Limpieza	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Rastrillado	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Poda	x	x	x									x
Recorte de setos		x	x	x							x	x

D: diaria, A: alterno, S: semanal, Q: quincenal, M: mensual, Trimestral, S: semestral, AL: anual.

**UNICA**

**CONTROL DE JARDINERIA**

CENTRO: HOSPITAL REY JUAN CARLOS I

ÁREA: JARDINERIA

MES: MAYO

AÑO: 2018

TAREA	Fr (*)	DÍAS																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
LIMPIEZA ZONAS AJARDINADAS	S.U.									2X							2X							2x							2X	
LIMPIEZA PERIMETRO HOSPITAL	S.U.																	X														
RIEGO Y ABONADO/LIMPIEZA PLANTA INTERIOR	S.U.								2X							2X								2x							2X	
LIMPIEZA APARCAMIENTO CERRADO DE URGENCIAS	S.U.																															
DEZBROCEA ZOTEA PLANTA TECNICA	S.U.																															
ABONADO TORRE PLAZA Y TORRE UNIVERSIDAD	S.U.																															
FUMIGAR TORRE PLAZA Y TORRE UNIVERSIDAD	S.U.																2X															
QUITAR ARBOLES SECOS DE TORRE PLAZA Y UNIVERSIDAD	S.U.																							2X								
LIMPIEZA TORRE UNIVERCIDAD Y TAPAR TUBOS	S.U.																															
PODAR ARBOLES FRENTE URGENCIAS Y REABILITACION	S.U.																															
HERBICIDA ROTONDAS ENTRADA PRINCIPAL	S.U.								2X																							
HERBICIDA PARTERRES APARCAMIENTO	S.U.																2X															
DESBROZANDO																		X					X	X					X	X		

Fr (\*): Frecuencia. Según Uso (S.U.)

2X : 2 OPERARIOS

  
FIRMA UNICA  
FIRMA IDC:  
Unica Servicios Empresariales, S.L.  
C.I.F.: B-85634154

David Aliaño  
Germán Douglas Jiménez

Unica Servicios Empresariales,

**Parte de trabajo**

<b>Servicio:</b> 347 <b>Contrato:</b> 340 <b>Tipo Contrato:</b> Jardineria	<b>Cód Cliente:</b> 301 <b>Razón Social:</b> HOSPITAL REY JUAN CARLOS MOSTOLES <b>Denominación:</b> Servicios, Personas y Salud, S.L.U.
<b>Inicio:</b> 01/01/2018 <b>Fin:</b> 31/12/2018	<b>Dirección:</b> C/ Gladiolo s/n <b>Provincia:</b> Madrid <b>Población:</b> Mostoles
<b>C.P.:</b> 28933 <b>Teléfono 1:</b> <b>Teléfono 2:</b>	
Observaciones del contrato	
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS</b>	
Semana del.... Realizado	
Sin Area	L M X J V S D
Sin Local	
Fecha y firma Cliente	Fecha y firma Limpiador/encargado
	31 MAYO 2018 
	Fecha y firma Supervisor
	
Observaciones del Parte:	
-Desbrozando	



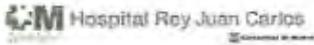
\* En azul aparecen los trabajos que deben ser realizados personal especializado (especialistas)



 <b>Hospital Rey Juan Carlos</b> Gestión Integral del Mantenimiento					
<b>Hospital Rey Juan Carlos I</b>					
<b>Check-List</b> HOSPITAL JUAN CARLOS I					
IDC Servicios Mostoles S.A. - Mostoles - HOSPITAL JUAN CARLOS I HRJCPARC-AC_VI-001UNI - ACCESO PEATONAL UNIVERSIDAD Matrícula: ACUNI Pertenencia a: HRJCPARC-AC_VI-001 - ACCESOS HOSPITAL Localización: HRJC-Hospital Juan Carlos - PARC-Parcela - AC_VI-Accesos y viales Fecha: 31/05/2018 Mantenimiento: <b>VIALES Y ACCESOS LIMPIEZA MENSUAL (SERVICIO DE LIMPIEZA) N° OT: 25.396</b> Tarea: 1,306 T. Estim: 0:00 Frecuencia: 1 Meses					
I.	Descripción	Óptimo	V. B*	T. Estim.	T. Real
1	Limpeza de viales y accesos según zona descrita	V		0:0	
				T. Estim.	0:0
Marcar con <input checked="" type="checkbox"/> si no hay ANOMALÍA. Marcar con <input type="checkbox"/> si hay DESPERFECTO o ANOMALÍA. Avisar inmediatamente al JEFE DE MANTENIMIENTO si reviste gravedad. Si es de poca consideración anotar en observaciones					
Materiales sustituidos					
Oficial Mto.					
Observaciones:					
Conformidad Cliente			Conformidad Operario		
					

chkarmv?CM.rpt

2 / 4



Gestión Integral del Mantenimiento

Hospital Rey Juan Carlos I

**Check-List**

**HOSPITAL JUAN CARLOS I**

---

IDC Servicios Mostoles S.A. - Mostoles - HOSPITAL JUAN CARLOS I  
 HRJCPARC-AC\_VI-001DIA - ACCESO PEATONAL DIALISIS Matrícula: AC01A  
 Pertenece a: HRJCPARC-AC\_VI-001 - ACCESOS HOSPITAL  
 Localización: HRJC-Hospital Juan Carlos - PARC-Parcía - AC\_VI-Accesos y vias  
 Fecha: 28/05/2018  
**Mantenimiento:** ALUMBRADO RAMPAS, ESCALERAS, FACHADA PERIMETRAL Y MARQUESINA Nº OT: 25.392  
 Tarea: 1.304 T. Estim. 0:00 Frecuencia: 1 Meses

I.	Descripción	Óptimo	V. Bº	T. Estim.	T. Real
1	Inspección y reparación iluminación escaleras exteriores	V	0	0	
2	Inspección y reparación de iluminación rampas accesos exteriores	V	0	0	
3	Inspección y reparación iluminación perimetral edificio, túnel servicios (ruedas) y patios interiores (Planta baja)	V	0	0	
				T. Estim.	0

Marcar con  si no hay ANOMALIA  
 Marcar con  si hay DESPERFECTO o ANOMALIA.  
 Avisar inmediatamente al JEFE DE MANTENIMIENTO si reviste gravedad. Si es de poca consideración anotar en observaciones

Materiales sustituidos

Oficial Mto.

Observaciones:

Conformidad Cliente



Conformidad Operario



chkprimv7CMI.rpt

1 / 10

**Informe mensual-Viales y Jardines**

Informe mensual Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Fecha: Mayo/2018

**Informe Mensual del Servicio de Conservación de Viales y Jardines**

**Actividad desarrollada**

- Programa de Actividades Mantenimiento de accesos y viales

Zonas	Detalle Trabajo Planificado	Frecuencia Realización	Fechas de realización	Observaciones
Acceso Principal	Planing preventivo	Mensual	28-29-31/5/18	
Acceso Urgencias	Planing preventivo	Mensual	28-29-31/5/18	
Otros Accesos...	Planing preventivo	Mensual	28-29-31/5/18	
Viales Principales	Planing preventivo	Mensual	28-29-31/5/18	
Viales Accesorios	Planing preventivo	Mensual	28-29-31/5/18	
Otros Viales...	Planing preventivo	Mensual	28-29-31/5/18	

- Programa de Actividades de Mantenimiento de Jardines

Detallar y desarrollar los planes y tratamientos realizados (incluir partes de trabajo)

Detalle Trabajo Planificado	Frecuencia Realización	Fechas de realización
Revisión general	semanal	9-16-23-30/5/18
Limpieza residuos	Mensual	9-16-23-30/5/18
Tratamiento Fitosanitario	Mensual	9-16-23-30/5/18
Replantaciones	Mensual	
Podas	Mensual	23/5/18
Riegos	Mensual	9-16-23-30/5/18
Otros.	DESBRUCE	17-22-24-29-30-31/5/18

**Información adicional**

Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio.

- JARDINERÍA: Se ha podido evidenciar una correcta poda, la eficacia de los tratamientos fitosanitarios, un riego de acuerdo a las necesidades, así como un correcto mantenimiento de la red de riego por goteo instalada en los jardines.
- La zona ajardinada se mantiene en condiciones seguras y señalizadas.

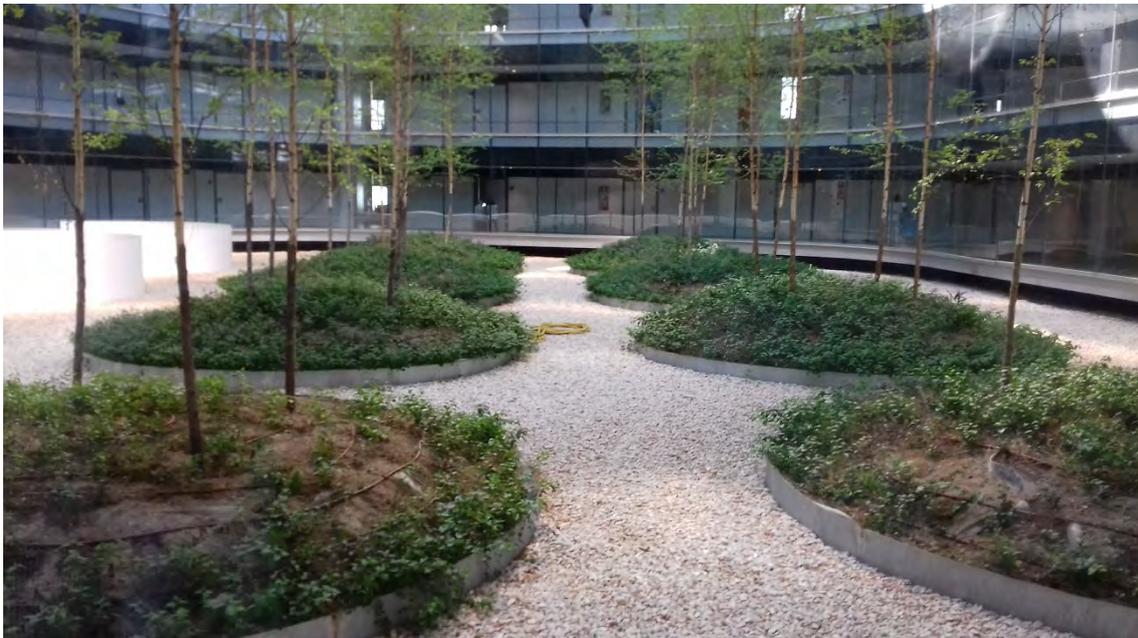
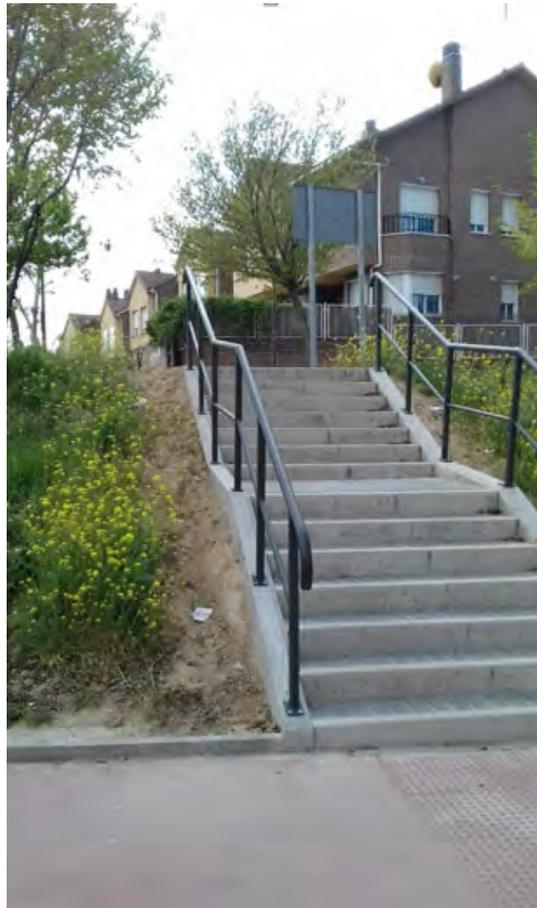


- Conservación de césped y praderas: Se conservan en buen estado. Se encuentran algunos residuos desperdigados en una de las zonas observadas, de forma puntual (no hay acumulaciones). No se observan incidencias por falta de poda o desbroce.
- Conservación de plantaciones: No se detectan incidencias de ningún tipo.









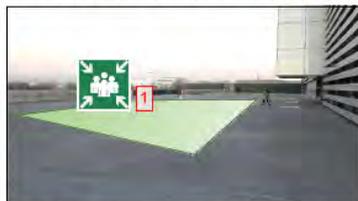


- Las rutas de acceso están señalizadas y no tienen obstáculos.

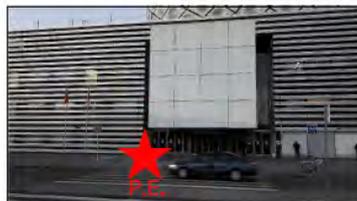


ACCESOS, PUNTOS DE REUNIÓN Y RECEPCIÓN DE AYUDAS EXTERNAS

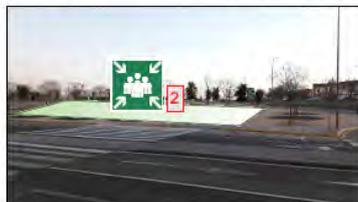
FUENTE: GOOGLE EARTH



PUNTO DE REUNIÓN 1 FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



RECEPCIÓN DE AYUDAS EXTERNAS ENTRADA HOSPITAL FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



PUNTO DE REUNIÓN 2 FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

LEYENDA	
	HIDRANTE EN PARED
	HIDRANTE EN ARGUETA
	ARMARIO PARA MATERIAL AUXILIAR PARA HIDRANTE
	RECEPCIÓN AYUDA EXTERNA

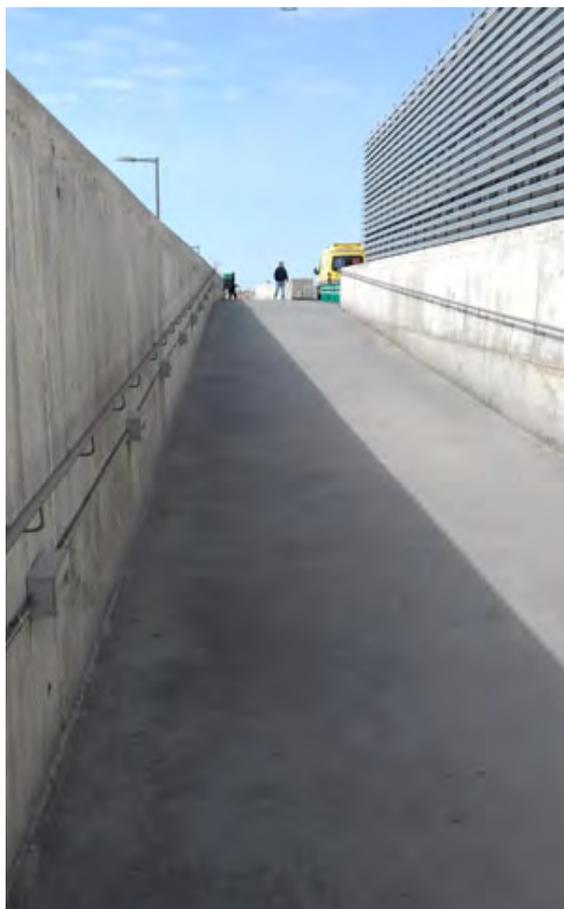
PLAN DE AUTOPROTECCIÓN	
HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS	
C/ GLADIOLLO S/N, C.P. 28.933 MÓSTOLES (MADRID)	
Objeto: Accesos, Hidrantes, Puntos de Reunión y Recepción Ayudas Externas	Revisión: S/E
Elaborado por: Mari Cruz Joaquín Carles	Fecha: DICIEMBRE 2017
Revisado por: IDG SERVICIOS MÓSTOLES, S.L.	Edición: 1
Estado: 0	0-1

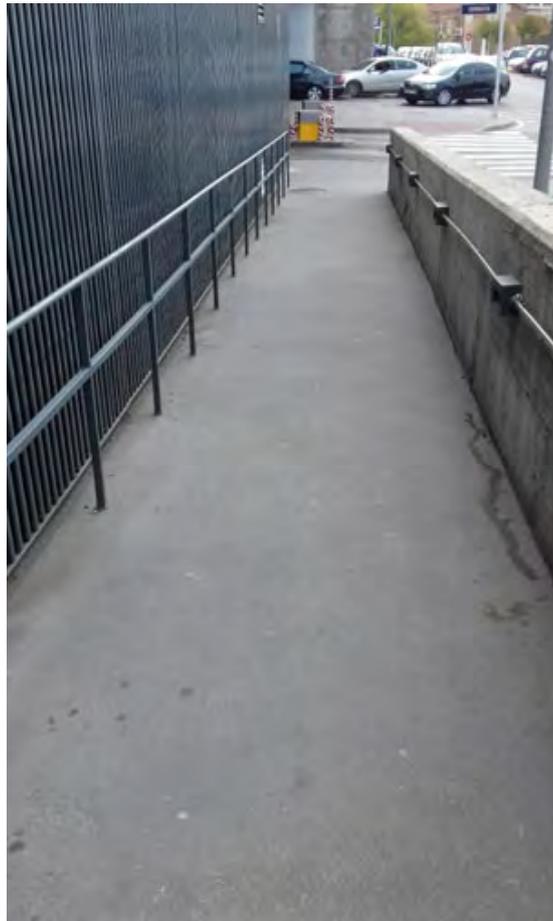
Señalización	Señalización vertical correcta	OK
	No existencia de señales rotas o caídas	OK
	Señales del suelo correctas	OK
	Señales del suelo pintadas	OK

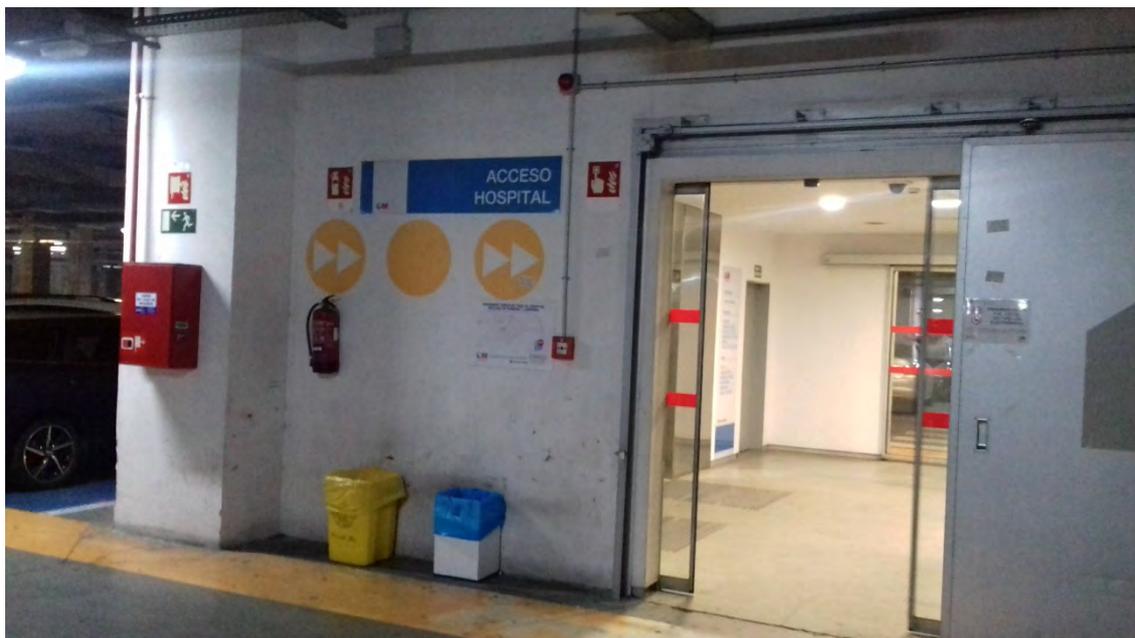
- Las rutas de acceso cumplen con la normativa de supresión de barreras arquitectónicas.

- En relación con este punto de accesibilidad, GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. ha evidenciado la correcta priorización de actuaciones de accesibilidad para acometer en el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles para garantizar el cumplimiento del Decreto 13/2007, de 15 de marzo, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Reglamento Técnico de Desarrollo en materia de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas, verificando aquellas que se han llevado a cabo y las actuaciones pendientes de realizar:









- Conservación de viales y aparcamiento: La señalización en las zonas de asfalto es perfectamente visible. Los sistemas de acceso al Hospital cumplen con la normativa de supresión de barreras arquitectónicas, permitiendo a los pacientes acceder al centro, un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas.
- Los vehículos de emergencia tienen un acceso a las instalaciones.
- Hay vías de evacuación alternativas, acordadas con el servicio de bomberos y protección civil.
- Se ha verificado que se lleva a cabo la conservación desarrollo y fomento de la zona ajardinada tanto del interior como del exterior del Hospital, de las vías de tránsito que se mantienen en condiciones seguras y debidamente señalizadas para facilitar el acceso al Centro de todos los usuarios (paciente, visitantes y empleados) y del mobiliario y estructuras externas de las instalaciones, realizando el mantenimiento programado, preventivo y correctivo para mantener dichas zonas en perfecto estado.
- Se tienen evidencias de que el Servicio de Jardinería busca la utilización de especies autóctonas, de poco consumo de agua.

- La Sociedad concesionaria ofrece un servicio programado y preventivo de Mantenimiento de viales y jardines basado en un programa de mantenimiento trimestral que a su vez recoge el programa de trabajo establecido en los protocolos del servicio aprobados por la administración.
- Garantizar las vías de evacuación alternativa en caso de incendio o cualquier otra eventualidad, cuando no sea posible la utilización de las vías habituales.
- Los suelos y jardines se mantienen limpios.
- Las vías de evacuación están dispuestas para su uso en caso necesario.
- Conservación sistema de riego y red de agua: No se detectan incidencias relacionadas. No se ha visto en funcionamiento.
- Conservación de mobiliario urbano: No se detectan incidencias. La señalética está perfecto estado para su correcta visualización y uso. Los elementos de mobiliario urbano que son responsabilidad del servicio, como papeleras, bancos, etc. están en buen estado de mantenimiento y limpieza.
- Conservación de alumbrado y alcantarillado: No se detectan incidencias.
- Los suelos y jardines se mantienen limpios. En el Hospital existen las siguientes especies vegetales:

#### Especies de árboles plantados en zonas ajardinadas:

##### Interiores:

- Abedul
- Hiedra
- Poto
- Kentia

##### Exteriores:

- Roble
- Melia
- Aligustre
- Lavanda

- Los productos fitosanitarios empleados se consideran adecuados, disponiéndose de la ficha de seguridad de los mismos:
  - 12812-BABOSIL GR
  - 14534-ZZ-CUPROCO
  - 15907-ALIETTE WG
  - 17488-DURSBAN PR
  - 18767-SCORE 25 E
  - 19658-ZARPA
  - 21291-TOPAS 200
  - 23545-DECIS PROT
  - 24722-BAZZA
  - 25428-TOUCHDOWN
  - ALIETTE
  - BABOSIL
  - CUPROCOL
  - DECIS
  - SCORE
  - SENATOR
  - TOPAS
  - TOUCHDOWN
  - ZARPA
  
- El personal de servicio va uniformado e identificado.

#### 9.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

##### **PARÁMETRO 1: Cumplimiento de los requisitos DALCO**

Definición: Grado de cumplimiento de los requisitos normativos de deambulación, aprehensión, localización y comunicación en cuanto a las especificaciones de accesibilidad se refiere.

Nivel de cumplimiento exigible: 10 sobre 10

Frecuencia con la que debe realizarse la medición o toma de datos: anual

Método de cálculo: En caso de que no se haya detectado ningún incumplimiento la puntuación será de 10. En caso contrario, la puntuación será 0.

Resultado: 9

## PARÁMETRO 2: Indicador del Servicio de Gestión de Viales y Jardines

$$IN = 0.6*MT+0.4*ACC$$

Donde:

MT: Grado de cumplimiento del Plan de mantenimiento trimestral

ACC: Grado de cumplimiento de los requisitos de accesibilidad

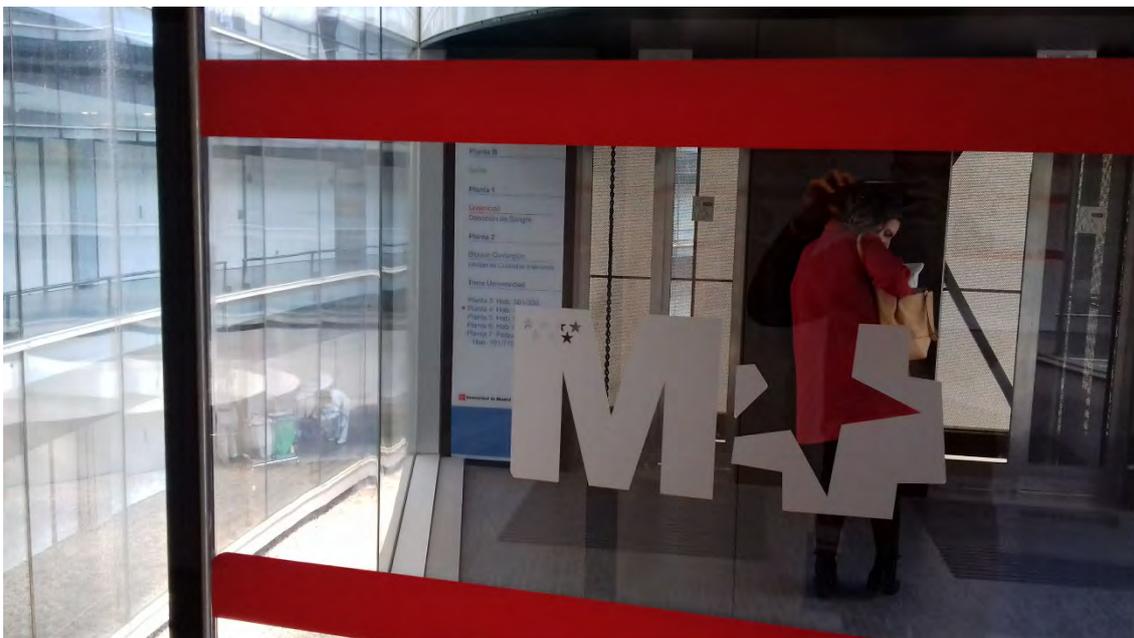
Resultado:9

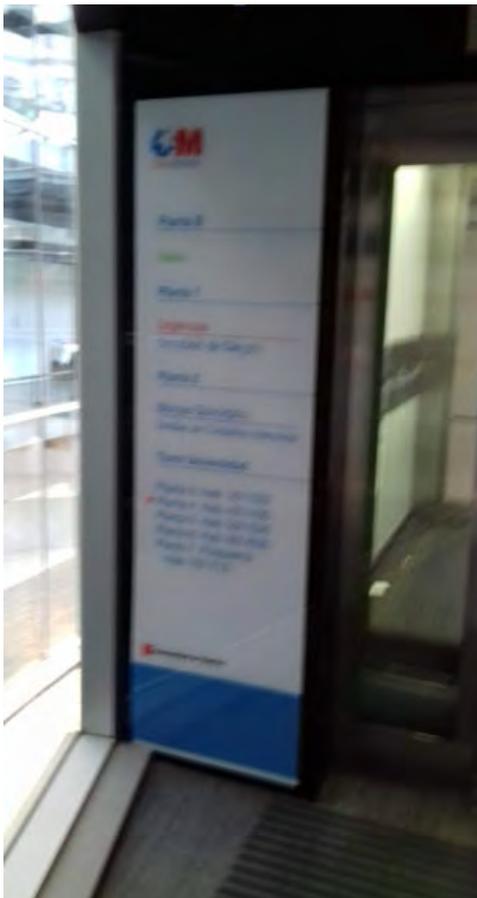
## 9.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.

### 9.5.1.-INCIDENCIAS MEDIAS.

1. INCIDENCIA MEDIA: No se ha podido evidenciar que se hayan señalado las puertas acristaladas de acceso a los ascensores de la Torre Universidad de Hospitalización, incumpliendo lo indicado en la Legislación vigente de referencia, si bien, en la Torre Plaza de Hospitalización sí que estaban señalizadas→**SUBSANADA**.







## 9.5.2.-INCIDENCIAS LEVES.

1. INCIDENCIA LEVE: Se ha podido evidenciar en el momento de la auditoría que se está llevando a cabo la actuación referente a la diferenciación de itinerario peatonal de rodado: adaptación de itinerarios peatonales de acceso en el exterior del Hospital, pero no el interior, indicando el itinerario accesible mediante suelo podotáctil→**SUBSANADA, pendiente en el interior del Hospital.**
2. INCIDENCIA LEVE: No se ha podido evidenciar que se haya llevado a cabo las siguientes actuaciones relacionadas con la accesibilidad del Hospital que estaban pendientes: Contraste de huecos de paso en salidas de emergencia, Señalización direccional en el exterior, Adaptación de los rótulos de señalización en las salidas de emergencia, Adaptación de pasamanos en rampas exteriores→**PENDIENTE DE SUBSANACIÓN el mejorar la señalización direccional en el exterior y la adaptación de los rótulos de señalización en las salidas de emergencia.**

## 9.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

### 9.6.1.-INCIDENCIAS LEVES.

1. INCIDENCIA LEVE REINCIDENTE: señalización direccional en el exterior y la adaptación de los rótulos de señalización en las salidas de emergencia.

## 9.7.-EVIDENCIAS DOCUMENTALES.

### 9.7.1.-FICHAS DE SEGURIDAD DE PRODUCTOS.

- o 12812-BABOSIL GR



MINISTERIO  
DE AGRICULTURA, PESCA Y  
ALIMENTACIÓN

SECRETARÍA GENERAL DE AGRICULTURA  
Y ALIMENTACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE  
LA PRODUCCIÓN AGRARIA

#### RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE LA PRODUCCIÓN AGRARIA

**Nombre comercial:** BABOSIL GRANULADO  
**Número de autorización:** 12812  
**Estado:** Vigente  
**Fecha de inscripción:** 25/06/1976  
**Fecha de Caducidad:** 31/05/2019

**Titular**  
**ADAMA AGRICULTURE ESPAÑA, S.A.**  
C/ Méndez Álvaro nº 20, 5ª planta.  
28045  
(Madrid)

**Fabricante**  
**ADAMA AGRICULTURE ESPAÑA, S.A.**  
C/ Méndez Álvaro nº 20, 5ª planta.  
28045  
(Madrid)

**Composición:** METALDEHIDO 5% (ADICIONADO DE COLORANTE) [GB] P/P

#### Envases:

Presentación/Capacidad/Material
Caja de 500 g. y 1 Kg. con bolsa interior y saco de 5 Kg. de papel. Para jardinería exterior doméstica caja de 500 gr.

#### Usos y dosis autorizados:

USO	AGENTE	Dosis Kg/ha
Cítricos	BABOSAS	5 - 8
	CARACOLES	
Fresaes	BABOSAS	5 - 8
	CARACOLES	

Página 1 de 4

Nº REGISTRO: 12812  
BABOSIL GRANULADO

o 14534-ZZ-CUPROCO



MINISTERIO  
DE AGRICULTURA, PESCA Y  
ALIMENTACIÓN

SECRETARÍA GENERAL DE AGRICULTURA  
Y ALIMENTACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE  
LA PRODUCCIÓN AGRARIA

### RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE LA PRODUCCIÓN AGRARIA

**Nombre comercial:** ZZ-CUPROCOL

**Número de autorización:** 14534

**Estado:** Vigente

**Fecha de inscripción:** 07/07/1978

**Fecha de Caducidad:** 31/01/2020

**Titular**

**SYNGENTA ESPAÑA, S.A.**  
C/ Ribera del Loira 8-10, 3ª planta  
28042  
(Madrid)

**Fabricante**

**SYNGENTA AGRO S.A.S.**  
Route de la Gare  
30670 BP1  
(Aigues-vives)  
FRANCIA

**Composición:** OXICLORURO DE COBRE 70% (EXPR. EN CU) [SC] P/V

#### Envases:

#### Presentación/Capacidad/Material

Botellas HDPE de 1 l (45 mm de diámetro), y garrafas HDPE de 5 l (63 mm de diámetro), botellas HDPE de 250 ml (45 mm de diámetro), 500 ml (45 mm de diámetro) y garrafas HDPE de 10 l (63 mm de diámetro).

- o 15907-ALIETTE WG



MINISTERIO  
DE AGRICULTURA, PESCA Y  
ALIMENTACIÓN

SECRETARÍA GENERAL DE AGRICULTURA  
Y ALIMENTACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE  
LA PRODUCCIÓN AGRARIA

### RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE LA PRODUCCIÓN AGRARIA

**Nombre comercial:** ALIETTE WG  
**Número de autorización:** 15907  
**Estado:** Vigente  
**Fecha de inscripción:** 27/10/1982  
**Fecha de Caducidad:** 30/04/2019

**Titular**  
**BAYER CROPSCIENCE, S.L.**  
C/ Charles Robert Darwin, 13. Parque Tecnológico  
46980 Paterna  
(Valencia)  
ESPAÑA

**Fabricante**  
**BAYER S.A.S. (LYON)**  
16, rue Jean-Marie Leclair  
F-69266 LYON  
(Lyon cedex 09)  
FRANCIA

**Composición:** FOSETIL-AL 80% [WG] P/P

**Envases:**

Presentación/Capacidad/Material
Cajas de cartón con bolsa interior de aluminio, de 1, 5 y 6 kg. Sacos de 5 kg de papel couché/papel kraft+PE+Al/Papel Kraft crudo/Bolsa PE. Para jardinería exterior doméstica: sobres de PET Poliéster/Al/PE, Polietileno de 25, 40, 45 y 200 g y envases de 100 y 500 g.

**Usos y dosis autorizados:**

USO	AGENTE	Dosis %	FORMA Y ÉPOCA DE APLICACIÓN (Condic. Especifico)
Agucate	BACTERIOSIS	0,25 - 0,3	

o 17488-DURSBAN PR



MINISTERIO  
DE AGRICULTURA, PESCA Y  
ALIMENTACIÓN

SECRETARÍA GENERAL DE AGRICULTURA  
Y ALIMENTACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE  
LA PRODUCCIÓN AGRARIA

### RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE LA PRODUCCIÓN AGRARIA

**Nombre comercial:** DURSBAN PROACTIVE

**Número de autorización:** 17488

**Estado:** Vigente

**Fecha de inscripción:** 21/01/1988

**Fecha de Caducidad:** 31/01/2019

**Titular**

**DOW AGROSCIENCES IBERICA, S.A.**  
C/ Ribera del Loira 4-6, Edificio Iris, 4ª Planta  
28042 Madrid  
(Madrid)  
ESPAÑA

**Fabricante**

**DOW AGROSCIENCES IBERICA, S.A.**  
C/ Ribera del Loira 4-6, Edificio Iris, 4ª  
Planta  
28042 Madrid  
(Madrid)  
ESPAÑA

**Composición:** CLORPIRIFOS 48% [EC] P/V

#### Envases:

#### Presentación/Capacidad/Material

Botellas de plástico COEX de 1 y 5 l.  
Garrafas de plástico COEX de 10 y 20 l.  
Bidones metálicos de 200 l.

- o 18767-SCORE 25 EC



MINISTERIO  
DE AGRICULTURA, PESCA Y  
ALIMENTACIÓN

SECRETARÍA GENERAL DE AGRICULTURA  
Y ALIMENTACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE  
LA PRODUCCIÓN AGRARIA

### RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE LA PRODUCCIÓN AGRARIA

**Nombre comercial:** SCORE 25 EC  
**Número de autorización:** 18767  
**Estado:** Vigente  
**Fecha de inscripción:** 08/10/1991  
**Fecha de Caducidad:** 31/12/2018

**Titular**  
SYNGENTA ESPAÑA, S.A.  
C/ Ribera del Loira 8-10, 3ª planta  
28042  
(Madrid)

**Fabricante**  
SYNGENTA CROP PROTECTION AG  
Schwarzwaldallee 215 P.O. Box  
CH-4002  
(Basilea)  
SUIZA

**Composición:** DIFENOCONAZOL 25% [EC] P/V

#### Envases:

#### Presentación/Capacidad/Material

Envases para uso profesional desde 5 ml a 20 litros y para jardinería exterior doméstica desde 5 ml hasta 500 ml.

#### Usos y dosis autorizados:

USO	AGENTE	Dosis	FORMA Y ÉPOCA DE APLICACIÓN (Condic. Específico)
Albaricoquero	ABOLLADURA	0,03 %	Efectuar un máximo de 2 aplicaciones por campaña en floración con un intervalo de 7-14
	CRIBADO		
	MONILIA		

- o 19658-ZARPA



MINISTERIO  
DE AGRICULTURA, PESCA Y  
ALIMENTACIÓN

SECRETARÍA GENERAL DE AGRICULTURA  
Y ALIMENTACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE  
LA PRODUCCIÓN AGRARIA

### RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE LA PRODUCCIÓN AGRARIA

**Nombre comercial:** ZARPA  
**Número de autorización:** 19658  
**Estado:** Vigente  
**Fecha de inscripción:** 13/02/1995  
**Fecha de Caducidad:** 31/12/2018

**Titular**  
**BAYER CROPSCIENCE, S.L.**  
C/ Charles Robert Darwin, 13. Parque Tecnológico  
46980 Paterna  
(Valencia)  
ESPAÑA

**Fabricante**  
**BAYER S.A.S. (LYON)**  
16, rue Jean-Marie Leclair  
F-69266 LYON  
(Lyon cedex 09)  
FRANCIA

**Composición:** DIFLUFENICAN 4% + GLIFOSATO 16% (SAL ISOPROPILAMINA) [SC] P/V

#### Envases:

Presentación/Capacidad/Material
Garrafa de 5 l de HDPE (ancho boca: 50 mm) y botella 1 l de HDPE (ancho de boca: 63 mm).

#### Usos y dosis autorizados:

USO	AGENTE	Dosis l/ha	FORMA Y ÉPOCA DE APLICACIÓN (Condic. Especifico)
Cebada	MALAS HIERBAS	1,5 - 3	
Cítricos	MALAS HIERBAS	1,5 - 4,7	
Frutales de hueso	MALAS HIERBAS	1,5 - 4,7	

o 21291-TOPAS 200



MINISTERIO  
DE AGRICULTURA, PESCA Y  
ALIMENTACIÓN

SECRETARÍA GENERAL DE AGRICULTURA  
Y ALIMENTACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE  
LA PRODUCCIÓN AGRARIA

### RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE LA PRODUCCIÓN AGRARIA

**Nombre comercial:** TOPAS 200 EW

**Número de autorización:** 21291

**Estado:** Vigente

**Fecha de inscripción:** 02/04/1997

**Fecha de Caducidad:** 31/12/2020

**Titular**

**SYNGENTA ESPAÑA, S.A.**  
C/ Ribera del Loira 8-10, 3ª planta  
28042  
(Madrid)

**Fabricante**

**SYNGENTA CROP PROTECTION AG**  
Schwarzwaldallee 215 P.O. Box  
CH-4002  
(Basilea)  
SUIZA

**Composición:** PENCONAZOL 20% [EW] P/V

#### Envases:

#### **Presentación/Capacidad/Material**

Botellas de HDPE de 25, 50, 100, 250, 500 ml y 1 l (boca 45 mm) y garrafa de HDPE de 5 l (boca de 63 mm).

- o 23545-DECIS PROT



MINISTERIO  
DE AGRICULTURA, PESCA Y  
ALIMENTACIÓN

SECRETARÍA GENERAL DE AGRICULTURA  
Y ALIMENTACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE  
LA PRODUCCIÓN AGRARIA

### RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE LA PRODUCCIÓN AGRARIA

**Nombre comercial:** DECIS PROTECH  
**Número de autorización:** 23545  
**Estado:** Vigente  
**Fecha de inscripción:** 23/09/2008  
**Fecha de Caducidad:** 31/10/2018

**Titular**

**BAYER CROPSCIENCE, S.L.**  
C/ Charles Robert Darwin, 13. Parque Tecnológico  
46980 Paterna  
(Valencia)  
ESPAÑA

**Fabricante**

**BAYER S.A.S. (LYON)**  
16, rue Jean-Marie Leclair  
F-69266 LYON  
(Lyon cedex 09)  
FRANCIA

**Composición:** DELTAMETRIN 1,5% [EW] P/V

**Envases:**

**Presentación/Capacidad/Material**

Jardinería exterior doméstica: pipetas monodosis de 4 ml. en PET y frasco monodosis de 10 ml. en vidrio (boca 10 ml). Botellas de 25, 125 y 250 ml. Envase de 100 ml.  
Uso profesional: Botella de plástico de 1 l.  
Garrafas de plástico de 5 (boca 45 o 63 mm.) y 10 l. (boca 54 mm.). Botellas de 25 y 250 ml.

o 24722-BAZZA



MINISTERIO  
DE AGRICULTURA, PESCA Y  
ALIMENTACIÓN

SECRETARÍA GENERAL DE AGRICULTURA  
Y ALIMENTACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE  
LA PRODUCCIÓN AGRARIA

### RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE LA PRODUCCIÓN AGRARIA

**Nombre comercial:** BAZZA  
**Número de autorización:** 24722  
**Estado:** Vigente  
**Fecha de inscripción:** 18/06/2008  
**Fecha de Caducidad:** 31/12/2022

**Titular**  
**DOW AGROSCIENCES IBERICA, S.A.**  
C/ Ribera del Loira 4-6, Edificio Iris, 4ª Planta  
28042 Madrid  
(Madrid)  
ESPAÑA

**Fabricante**  
**DOW AGROSCIENCES IBERICA, S.A.**  
C/ Ribera del Loira 4-6, Edificio Iris, 4ª  
Planta  
28042 Madrid  
(Madrid)  
ESPAÑA

**Composición:** OXIFLUORFEN 24% [SC] P/V

#### Envases:

#### Presentación/Capacidad/Material

Envases PET de capacidad de 0,25 l a 20 litros, incluyendo: 0,25 l, 0,5 l, 1 l, 2 l, 3 l, 5 l, 10 l y 20 l.

- o 25428-TOUCHDOWN



MINISTERIO  
DE AGRICULTURA, PESCA Y  
ALIMENTACIÓN

SECRETARÍA GENERAL DE AGRICULTURA  
Y ALIMENTACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE

LA PRODUCCIÓN AGRARIA

### RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD DE LA PRODUCCIÓN AGRARIA

**Nombre comercial:** TOUCHDOWN PREMIUM

**Número de autorización:** 25428

**Estado:** Vigente

**Fecha de inscripción:** 09/09/2013

**Fecha de Caducidad:** 31/12/2018

**Titular**

**SYNGENTA ESPAÑA, S.A.**  
C/ Ribera del Loira 8-10, 3ª planta  
28042  
(Madrid)

**Fabricante**

**SYNGENTA CROP PROTECTION AG**  
Schwarzwaldallee 215 P.O. Box  
CH-4002  
(Basilea)  
SUIZA

**Composición:** GLIFOSATO 36% (SAL AMÓNICA) [SL] P/V

#### Envases:

#### Presentación/Capacidad/Material

Uso doméstico: Botellas de plástico de 250 y 500 ml.  
Uso Profesional: Botella de plástico de 1 l.  
Garrafas de plástico (boca 63 mm) de 5 , 10, 20 l.(boca 60 mm).  
Bidones de plástico de 120 l. y de acero galvanizado de 640 l.

#### Usos y dosis autorizados:

USO	AGENTE	Dosis l/ha	FORMA Y ÉPOCA DE APLICACIÓN (Condic. Específico)
Algodonero	DESECANTE	3 - 7.5	

Página 1 de 5

**Nº REGISTRO: 25428**  
**TOUCHDOWN PREMIUM**

- o ALIETTE

## Bayer CropScience

FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD de acuerdo el Reglamento (CE) No. 1907/2006



### ALIETTE WG

Versión 1 / E  
102000024225

1/8  
Fecha de revisión: 05.04.2014  
Fecha de impresión: 21.05.2014

## SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA O LA MEZCLA Y DE LA SOCIEDAD O LA EMPRESA

### 1.1 Identificador del producto

**Nombre comercial** ALIETTE WG  
**Código del producto (UVP)** 79892411, 81013152

### 1.2 Usos pertinentes identificados de la sustancia o de la mezcla y usos desaconsejados

**Uso** Fungicida

### 1.3 Datos del proveedor de la ficha de datos de seguridad

**Proveedor** Bayer CropScience, S.L  
Parque Tecnológico. C/ Charles  
Robert Darwin, 13  
46980 Paterna (Valencia)  
España  
**Teléfono** +34(0)96-196-53-00  
**Telefax** +34(0)96-196-53-45  
**Departamento Responsable** E-mail: FDS-Spain@bayercropscience.com

### 1.4 Teléfono de emergencia

**Teléfono de emergencia** +34(0)97-735-81-00 (Central de Emergencias Grupo Bayer)  
+34(0)91-562-04-20 (Teléfono Instituto Nacional de Toxicología)

## SECCIÓN 2: IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS

### 2.1 Clasificación de la sustancia o de la mezcla

**Clasificación para España según el Registro de Productos Fitosanitarios**

Xi Irritante, R38

### 2.2 Elementos de la etiqueta

**Etiquetado para España según el Registro de Productos Fitosanitarios**

Etiquetado como peligroso para el suministro y el uso.

**Componentes determinantes del peligro para el etiquetado:**

- Fosetil-Al

### Símbolo(s)



Xi Irritante

### Frase(s) - R

R38 Irrita los ojos.

A fin de evitar riesgos para las personas y el medio ambiente, siga las instrucciones de uso.

### Frase(s) - S

- o BABOSIL



Fecha de realización: Septiembre 2003  
Fecha de última revisión: Agosto 2013  
Sustituye a la revisión de Diciembre 2010

Nº de revisión: 4

Reglamento (CE) nº. 1907/2008  
Registro nº.: 12.812  
Página 1 de 12

## FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD

# BABOSIL GRANULADO

### METALDEHIDO 5% (ADICIONADO DE COLORANTE) [GB] P/P

Revisión: Las secciones que han sido revisadas o tienen nueva información están marcadas con un ✦.

#### ✦ SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA O LA MEZCLA Y DE LA SOCIEDAD O LA EMPRESA

- |  |  |
|--|--|
| 1.1. Identificador del producto .....  | METALDEHIDO 5% (ADICIONADO DE COLORANTE) [GB] P/P  |
| Nombre comercial .....   | BABOSIL GRANULADO  |
| 1.2. Usos pertinentes identificados de la sustancia o de la mezcla y usos desaconsejados | Únicamente puede utilizarse como molusquicida.   |
| 1.3. Datos del proveedor de la ficha de datos de seguridad                               | CHEMINOVA AGRO, S.A.<br>Paseo de la Castellana, 257<br>28046 Madrid<br>Tel. 915530104<br>buzon@cheminova.com |
| 1.4. Teléfono de emergencia .....  | (+34) 915620420 (24 h; para casos de emergencia únicamente)  |

#### ✦ SECCIÓN 2: IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS

- |   |                 |
|---|-----------------|
| 2.1. Clasificación de la sustancia o de la mezcla               |                 |
| Clasificación DPD del producto según Dir. 1999/45/EC modificada | No clasificado. |
| Clasificación CLP del producto según Reg. 1272/2008 modificado  | No clasificado. |
| Efectos adversos para la salud .....                            | No se conocen.  |
| Efectos adversos para el medio ambiente                         | No se conocen.  |



o CUPROCOL

FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD de acuerdo el Reglamento (CE) No. 1907/2006



**ZZ-CUPROCOL**

Versión 2.1 - Esta versión reemplaza todas las versiones anteriores.

Fecha de revisión 08.02.2014

Fecha de impresión 06.02.2014

**SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA O LA MEZCLA Y DE LA SOCIEDAD O LA EMPRESA**

**1.1 Identificador del producto**

Nombre del producto : ZZ-CUPROCOL

Design code : A13818A

**1.2 Usos pertinentes identificados de la sustancia o de la mezcla y usos desaconsejados**

Uso : Fungicida

**1.3 Datos del proveedor de la ficha de datos de seguridad**

Compañía : Syngenta España S.A.  
C/ Ribera del Loira 8-10, 3ª planta  
28042 Madrid  
España

Teléfono : 91-387 64 10

Telefax : 91-721 00 81

E-mail de contacto : ficha.datosseguridad@syngenta.com

**1.4 Teléfono de emergencia**

Teléfono de emergencia : Syngenta (24h):986330300.  
Instituto Nacional de Toxicología (24h): 915620420.  
Tel Emergencias Transporte (24 h):+34977551577

**SECCIÓN 2: IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS**

**2.1 Clasificación de la sustancia o de la mezcla**

Clasificación de acuerdo con las Directivas de la UE 67/548/CEE ó 1999/45/CE

N, Peligroso para el medio ambiente

Xn, Nocivo

R20: Nocivo por inhalación.

R41: Riesgo de lesiones oculares graves.

R50/53: Muy tóxico para los organismos acuáticos, puede provocar a largo plazo efectos negativos en el medio ambiente acuático.

**2.2 Elementos de la etiqueta**

Versión 2.1

Página 1 de 13

- o DECIS

**FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD** de acuerdo al Reglamento (CE)

No. 1907/2006



**DECIS PROTECH**

Versión 7 / E  
102000025993

1/13

Fecha de revisión: 07.10.2017  
Fecha de impresión: 18.10.2017

**SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA O LA MEZCLA Y DE LA SOCIEDAD O LA EMPRESA**

**1.1 Identificador del producto**

**Nombre comercial** DECIS PROTECH

**Código del producto (UVP)** 80260285

**1.2 Usos pertinentes identificados de la sustancia o de la mezcla y usos desaconsejados**

**Uso** Insecticida

**1.3 Datos del proveedor de la ficha de datos de seguridad**

**Proveedor** Bayer CropScience, S.L  
Parque Tecnológico. C/ Charles  
Robert Darwin, 13  
46080 Paterna (Valencia)  
España

**Teléfono** +34(0)96 196 53 00 (solo en horario de oficina)

**Telefax** +34(0)96 196 53 45

**Departamento Responsable** E-mail: FDS-Spain@Bayer.com

**1.4 Teléfono de emergencia**

**Teléfono de emergencia** Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses  
+34(0)91 562 04 20 (24 horas / 7 días)

**SECCIÓN 2: IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS**

**2.1 Clasificación de la sustancia o de la mezcla**

**Clasificación para España según el Registro de Productos Fitosanitarios**

Líquidos inflamables: Categoría 3

H226 Líquidos y vapores inflamables.

Toxicidad acuática aguda: Categoría 1

H400 Muy tóxico para los organismos acuáticos.

Toxicidad acuática crónica: Categoría 1

H410 Muy tóxico para los organismos acuáticos, con efectos duraderos.

**2.2 Elementos de la etiqueta**

**Etiquetado para España según el Registro de Productos Fitosanitarios**

Etiquetado como peligroso para el suministro y el uso.

**Componentes determinantes del peligro para el etiquetado:**

- Deltametrina



**Palabra de advertencia:** Atención

- o SCORE

FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD de acuerdo el Reglamento (CE) No. 1907/2008



## SCORE 25 EC

Versión 8 - Esta versión reemplaza todas las versiones anteriores.

Fecha de revisión 08.10.2014

Fecha de impresión 08.10.2014

### SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA O LA MEZCLA Y DE LA SOCIEDAD O LA EMPRESA

#### 1.1 Identificador del producto

Nombre del producto : SCORE 25 EC

Design code : A7402T

#### 1.2 Usos pertinentes identificados de la sustancia o de la mezcla y usos desaconsejados

Uso : Fungicida

#### 1.3 Datos del proveedor de la ficha de datos de seguridad

Compañía : SYNGENTA ESPAÑA SA  
C/ Ribera del Loira 8-10, 3ª planta  
28042 Madrid  
España

Teléfono : 91-387 64 10

Telefax : 91-721 00 81

E-mail de contacto : ficha.datosseguridad@syngenta.com

#### 1.4 Teléfono de emergencia

Teléfono de emergencia : Syngenta (24h):986330300.  
Instituto Nacional de Toxicología (24h): 915620420.  
Tel Emergencias Transporte (24 h):+34977551577

### SECCIÓN 2: IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS

#### 2.1 Clasificación de la sustancia o de la mezcla

Clasificación de conformidad con el Reglamento (UE) 1272/2008

Peligro de aspiración	Categoría 1	H304
Irritación ocular	Categoría 2	H319
Toxicidad acuática crónica	Categoría 1	H410

Para el texto íntegro de las Declaraciones-H mencionadas en esta sección, véase la Sección 16.

Clasificación de acuerdo con las Directivas de la UE 67/548/CEE ó 1999/45/CE

N, Peligroso para el medio ambiente

R60: La exposición repetida puede provocar sequedad o formación de grietas en la piel.

R51/53: Tóxico para los organismos acuáticos, puede provocar a largo plazo efectos negativos en el medio ambiente acuático.

Versión 8

Página 1 de 14

- o SENATOR

	
<b>FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD</b>	
<b>NOMBRE DEL PRODUCTO</b>	<b>DURSBAN 48</b>
Fecha de edición: 13 de octubre de 2008 Versión: 01/2008 Código interno: A13981A	

## 1. IDENTIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA O PREPARADO Y DE LA SOCIEDAD O EMPRESA

**Denominación del producto:** DURSBAN 48

**Sociedad o empresa:** SYNGENTA Agro, S.A.  
C/ Ribera del Loira, 8-10 – 3ª planta  
28042 - Madrid  
Número de teléfono: 91-387.64.10 Fax: 91-721 00 81  
Teléfono de emergencias (24h): 986-33.03.00  
e-mail: [ficha\\_datosseguridad@syngenta.com](mailto:ficha_datosseguridad@syngenta.com)

**Instituto Nacional de Toxicología (24 horas):** 91-562.04.20

## 2. IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS

### **Peligros para la salud**

Nocivo por inhalación y por ingestión.  
Irrita los ojos, la piel y las vías respiratorias.  
Nocivo: si se ingiere puede causar daño pulmonar.

### **Peligros para el medio ambiente**

Muy tóxico para los organismos acuático, puede provocar a largo plazo efectos negativos en el medio ambiente acuático.

### **Clasificación para la fauna**

Mamíferos: B Mediana peligrosidad para mamíferos.  
Aves: B Mediana peligrosidad para aves.  
Peces: C Muy peligroso para peces.  
Abejas: Muy peligroso para las abejas.

### **Otros peligros**

Producto inflamable.

Esta versión sustituye a todas las versiones anteriores

Página 1 de 12

- o TOPAS

FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD de acuerdo el Reglamento (CE) No. 1907/2006



## TOPAS 200 EW

Versión 3.1 - Esta versión reemplaza todas las versiones anteriores.

Fecha de revisión 08.02.2014

Fecha de impresión 08.02.2014

### SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA O LA MEZCLA Y DE LA SOCIEDAD O LA EMPRESA

#### 1.1 Identificador del producto

Nombre del producto : TOPAS 200 EW

Design code : A9246B

#### 1.2 Usos pertinentes identificados de la sustancia o de la mezcla y usos desaconsejados

Uso : Fungicida

#### 1.3 Datos del proveedor de la ficha de datos de seguridad

Compañía : Syngenta España S.A.  
C/ Ribera del Loira 8-10, 3ª planta  
28042 Madrid  
España

Teléfono : 91-387 64 10

Telefax : 91-721 00 81

E-mail de contacto : ficha.datosseguridad@syngenta.com

#### 1.4 Teléfono de emergencia

Teléfono de emergencia : Syngenta (24h):986330300.  
Instituto Nacional de Toxicología (24h): 915620420.  
Tel Emergencias Transporte (24 h):+34977551577

### SECCIÓN 2: IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS

#### 2.1 Clasificación de la sustancia o de la mezcla

Clasificación de acuerdo con las Directivas de la UE 67/548/CEE ó 1999/45/CE

N, Peligroso para el medio ambiente

Xn, Nocivo

R43: Posibilidad de sensibilización en contacto con la piel.

R50/53: Muy tóxico para los organismos acuáticos, puede provocar a largo plazo efectos negativos en el medio ambiente acuático.

R65: Nocivo: si se ingiere puede causar daño pulmonar.

#### 2.2 Elementos de la etiqueta

o TOUCHDOWN

FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD de acuerdo el Reglamento (CE) No. 1907/2006



**TOUCHDOWN PREMIUM**

Versión 9.1 - Esta versión reemplaza todas las versiones anteriores.

Fecha de revisión 08.02.2014

Fecha de impresión 08.02.2014

**SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA O LA MEZCLA Y DE LA SOCIEDAD O LA EMPRESA**

**1.1 Identificador del producto**

Nombre del producto : TOUCHDOWN PREMIUM

Design code : A12798QA

**1.2 Usos pertinentes identificados de la sustancia o de la mezcla y usos desaconsejados**

Uso : Herbicida

**1.3 Datos del proveedor de la ficha de datos de seguridad**

Compañía : Syngenta España S.A.  
C/ Ribera del Loira 8-10, 3ª planta  
28042 Madrid  
España

Teléfono : 91-387 64 10

Telefax : 91-721 00 81

E-mail de contacto : ficha.datosseguridad@syngenta.com

**1.4 Teléfono de emergencia**

Teléfono de emergencia : Syngenta (24h):986330300.  
Instituto Nacional de Toxicología (24h): 915620420.  
Tel Emergencias Transporte (24 h):+34977551577

**SECCIÓN 2: IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS**

**2.1 Clasificación de la sustancia o de la mezcla**

Clasificación de acuerdo con las Directivas de la UE 67/548/CEE ó 1999/45/CE

N, Peligroso para el medio ambiente

R51/53: Tóxico para los organismos acuáticos, puede provocar a largo plazo efectos negativos en el medio ambiente acuático.

**2.2 Elementos de la etiqueta**

Etiquetado: UE 67/548/CEE ó 1999/45/CE

Símbolo(s)



Peligroso para el medio ambiente

Versión 9.1

Página 1 de 12

- o ZARPA

## Bayer CropScience

FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD de acuerdo el Reglamento (CE) No. 1907/2006



### ZARPA

Versión 5 / E  
102000001749

1/10  
Fecha de revisión: 15.04.2014  
Fecha de impresión: 18.04.2014

## SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA O LA MEZCLA Y DE LA SOCIEDAD O LA EMPRESA

### 1.1 Identificador del producto

**Nombre comercial** ZARPA

**Código del producto (UVP)** 05923913

### 1.2 Usos pertinentes identificados de la sustancia o de la mezcla y usos desaconsejados

**Uso** Herbicida

### 1.3 Datos del proveedor de la ficha de datos de seguridad

**Proveedor** Bayer CropScience, S.L.  
Parque Tecnológico. C/ Charles  
Robert Darwin, 13  
46980 Paterna (Valencia)  
España

**Teléfono** +34(0)96-196-53-00

**Telefax** +34(0)96-196-53-45

**Departamento Responsable** E-mail: FDS-Spain@bayercropscience.com

### 1.4 Teléfono de emergencia

**Teléfono de emergencia** +34(0)97-735-81-00 (Central de Emergencias Grupo Bayer)

+34(0)91-562-04-20 (Teléfono Instituto Nacional de Toxicología)

## SECCIÓN 2: IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS

### 2.1 Clasificación de la sustancia o de la mezcla

#### Clasificación para España según el Registro de Productos Fitosanitarios

Xi Irritante, R38

N Peligroso para el medio ambiente, R52/53

### 2.2 Elementos de la etiqueta

#### Etiquetado para España según el Registro de Productos Fitosanitarios

Etiquetado como peligroso para el suministro y el uso.

#### Componentes determinantes del peligro para el etiquetado:

- Difufenicán
- Glifosato

#### Símbolo(s)



Xi Irritante

#### Frase(s) - R

R38 Irrita los ojos.

R43 Posibilidad de sensibilización en contacto con la piel.

R52/53 Nocivo para los organismos acuáticos, puede provocar a largo plazo efectos negativos en el medio ambiente acuático.

## 10.-SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA.

### 10.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoría Operativa en cuanto al Servicio de Gestión de almacenes y distribución - logística se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Rey Juan Carlos (expediente PA SER-41/2018-AE).

### 10.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. solicitó, la siguiente documentación, que fue recibida por GESMAN y analizada:

- Procedimiento de trazabilidad en el almacenamiento y distribución, en caso de disponer de él.

Así mismo, es importante señalar que la normativa que ha sido tenida en cuenta para el análisis de la información del Servicio de Limpieza ha sido la siguiente:

- Real Decreto 513/2017, de 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de instalaciones de protección contra incendios.
- 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.
- Norma UNE 23580-1:2005: Seguridad contra incendios. Actas de la revisión de instalaciones y equipos de protección contra incendios. Inspección técnica para mantenimiento.
- Norma UNE-EN 15635:2010 de almacenaje en estanterías metálicas. Uso y mantenimiento del equipo de almacenamiento.
- Norma UNE-EN 58013:2016 de almacenaje en estanterías metálicas. Requisitos para el tratamiento de elementos dañados.

COMPRAS DEL ALMACEN GENERAL  
HBAC 25.3-IP01  
v.2



## COMPRAS DEL ALMACEN GENERAL

<b>Redactado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Nombre: <i>Fernando Hidalgo Bravo</i>	Nombre: <i>Jaime Fernández Roca</i>
Cargo: <i>Responsable de Almacén</i>	Cargo: <i>Director Financiera</i>
Fecha: <i>Noviembre 2017</i>	Fecha: <i>Noviembre 2017</i>

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ÚLTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
0	Septiembre 2013	Versión Inicial del Procedimiento
1	Septiembre 2016	Cambio de Formato del Procedimiento
2	Noviembre 2017	Inclusión de Nueva Planta de Hospitalización (1ª Universidad) en los Repartos de Almacén

*Jaime Lot 1*

COMPRAS DEL ALMACÉN GENERAL

HRJC 23.1-P01

V.2



INDICE

1.	OBJETO Y ALCANCE.....	3
2.	DOCUMENTACIÓN RELACIONADA.....	3
3.	DEFINICIONES.....	3
4.	DESARROLLO.....	3
4.1.	COMPRAS BIENES Y SERVICIOS E INVERSIONES.(Equipos de Electromedicina u otros equipamientos):	3
	3	
4.2.	ALMACÉN GENERAL (Pedidos a Proveedor).....	3
4.3.	ALMACENES DE PLANTA con y sin DOBLE CAJÓN (Pedidos al Almacén General).....	5
4.4.	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN.....	5
5.	REGISTROS Y ANEXOS.....	6

Propuesta de inversión CORP 27.4\_P1\_F2

Pedido de Material a Proveedor (IFMS: PDPR1)

Pedido interno de artículos (IFMS: PDPLA)

Dispensación a Almacén (IFMS: PDPLZ)

Anexo01: Diagrama de Flujo Compras/ Inversión

Anexo02: Diagrama de Flujo Doble Cajón

Anexo03: Reparto Diario

DIAGRAMA DE FLUJO COMPRAS  
HRUC 23. I-P03-Anejo01  
v.2

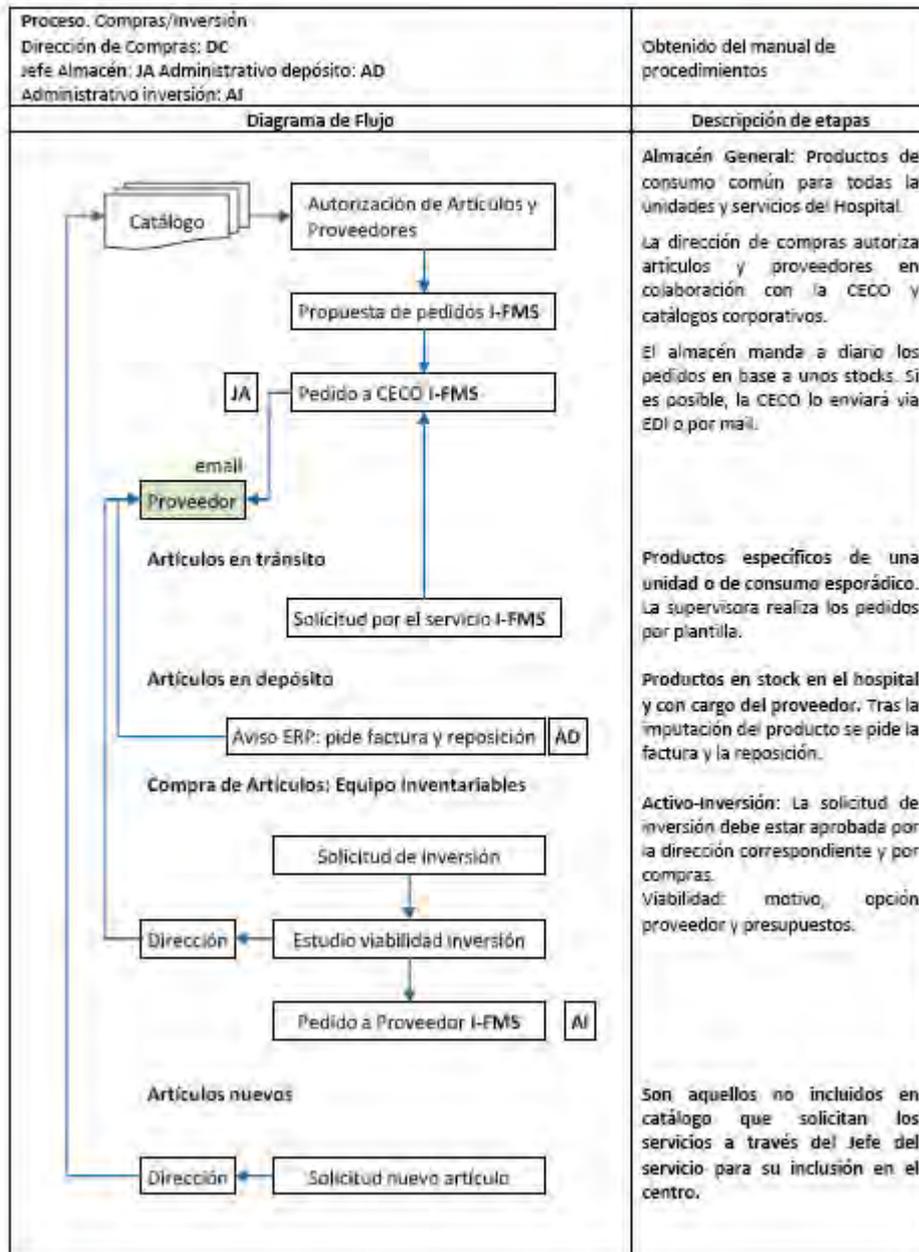


DIAGRAMA DE FLUJO DOBLE CAJÓN

HRBC 23.1-PO1-Anexo02

V.2



Proceso: Doble Cajón Jefe Almacén: JA. Mozos: M. Enfermería: ENF	Obtenido del manual de procedimientos
Diagrama de Flujo	Descripción de etapas
<pre> graph TD     A[Definición Pacto Inicial JA-ENF] --&gt; B[Reposición de Almacén según Pacto M]     B --&gt; C[Ubicación Tarjetas al Panel según consumo del Servicio]     C --&gt; D[Lectura diaria del Panel]     D --&gt; E{Reparto del Servicio?}     E -- SI --&gt; F[Preparación del pedido]     E -- NO --&gt; G{Urgente? M}     G -- SI --&gt; F     G -- NO --&gt; H[Espera día de reparto]     F --&gt; I[Dispensación del pedido]     I --&gt; J[Reposición del pedido]     </pre>	<p>Se crea un pacto con cada servicio del material que necesitan en función de los días de reparto. La enfermería coloca las etiquetas del material utilizado en el panel para que se le suministre. Los paneles se leen a diario creando los pedidos de las plantas automáticamente.</p> <p>Se establecen unos repartos a lo largo de la semana que será la validación de si cuando de entrega un pedido (Anexo III)</p> <p>Los pedidos que no tocan ese día reparto pero son urgentes se preparan y reparten.</p>

REPARTO DIARIO  
HRUC 2.5.1-PO1-Anexo03  
v.2

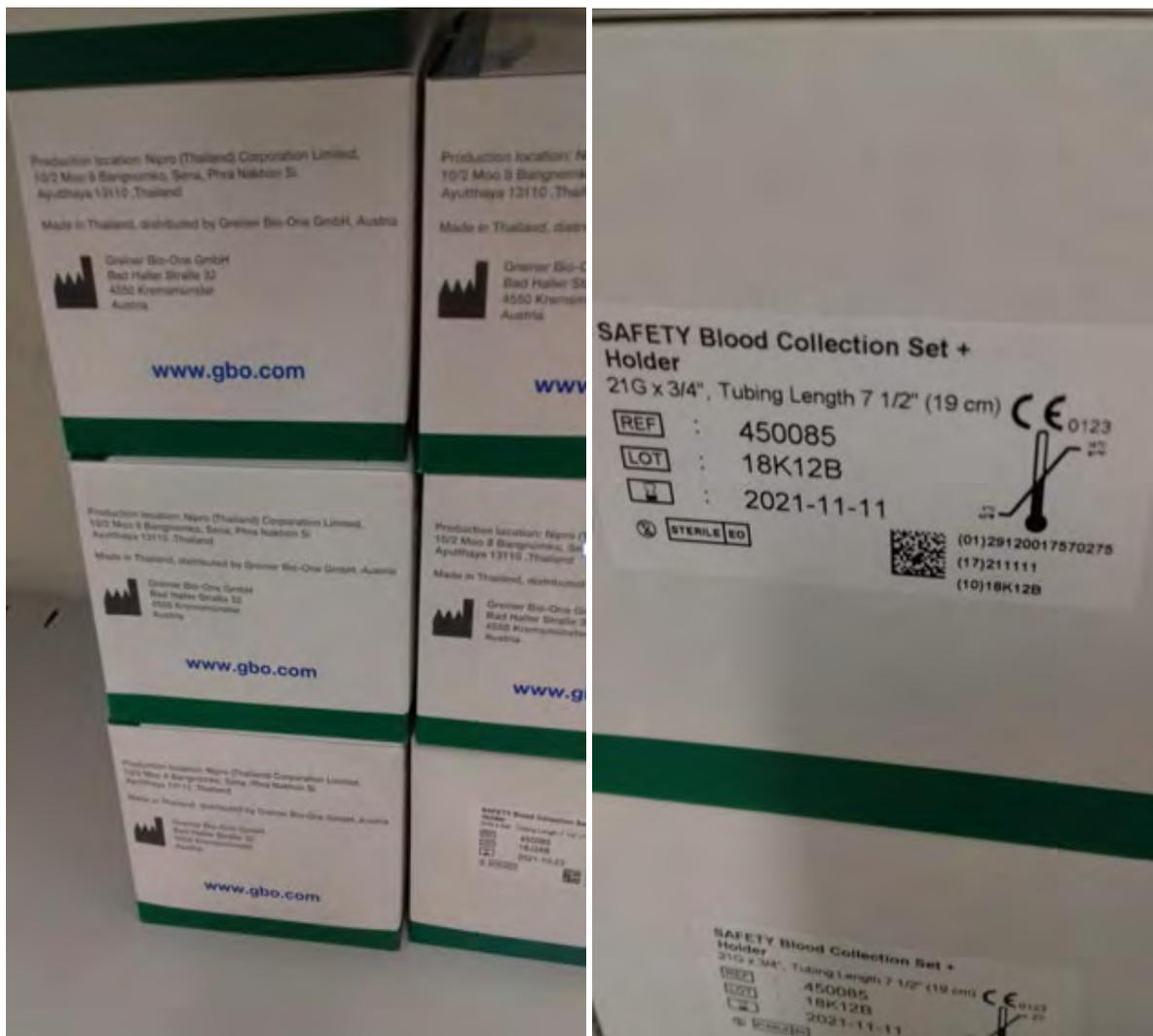


A continuación se muestra el reparto diario de cada uno de los Almacenes según acuerdo con los mismos:

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

### 10.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

- Se garantiza la trazabilidad de los productos tanto en almacenamiento como en distribución:
  - Se comprueba producto:



- Se detecta el nombre del proveedor
- Se comprueba fecha de recepción en el Hospital
- Se verifica el control de calidad a la entrada que se realizó en su momento

- Se comprueba a qué Servicio se entregó el producto y en qué fecha.
- Se dispone de la relación de recepciones esperadas en función de plazos de entrega de los pedidos, que es aproximadamente de 72-96 horas. En la recepción se llevan a cabo las siguientes tareas:
  - Recepción de envíos de proveedores con albarán de entrega del transportista.
  - Desembala y comprueba que lo recibido coincide con lo solicitado.
  - Recuenta bultos y comprueba que no existen daños exteriores.
  - Confronta pedido y albarán y si coincide lo registra en la aplicación informática del almacén. Si coincide pedido y albarán lo sella como evidencia de su comprobación.
  - Confronta pedido y albarán y si no coincide no registra la entrada del pedido y envía noticias a compras y al proveedor (mediante llamada telefónica).
  - Anota las anomalías en el albarán del transportista y del proveedor, dejando constancia de ello mediante notificación escrita con copia al proveedor en el albarán de entrega, llegando en su caso a la NO recepción de la mercancía.
  - Informa a compras de la llegada del pedido una vez subsanadas las incidencias.
  - Control de calidad.
  - Si el control de calidad es ok da entrada definitiva al material y lo registra en la aplicación informática pasando a formar parte del stock del Almacén General.
  - Envío de datos de identificación, recuento y verificación a compras y contabilidad.
  - Da de alta el producto en el inventario de existencias.
- La empresa proporciona un servicio eficaz y eficiente de calidad:
  - Se comprueba el registro de "pedido de material a proveedor" (IFMS: PDR1), cuando se detecta una necesidad de un artículo en el almacén general
  - Se verifica la coincidencia entre lo pedido y lo recepcionado
  - El pedido es recibido en el Almacén General
  - El material recibido se almacena por familias, lo que garantiza la trazabilidad
  - Se verifica la hoja de necesidades de cada Servicio a la que se añaden las necesidades del almacén general
  - En el almacén se preparan las dispensaciones a cada uno de los servicios
  - Se verifica el archivo de los albaranes sellados en los que se ha comprobado que su formato, cantidad y precio es igual a la del pedido

- o Se verifica que, en caso de error en lo anteriormente expuesto, se ha notificado al proveedor por correo electrónico o teléfono



- o Se dispone de inventario en soporte papel e informático y ambos coinciden:
  - Se verifica el producto MS05990773, en soporte papel e informático (350 UNIDADES)
  - Se verifica el producto MS05990774, en soporte papel e informático (200 UNIDADES)
  - Se verifica el producto MS01010275, en soporte papel e informático (150 UNIDADES)
  - Se verifica el producto MS07040351, en soporte papel e informático (40 UNIDADES)
  - Se verifica el producto MS07040617, en soporte papel e informático (300 UNIDADES)

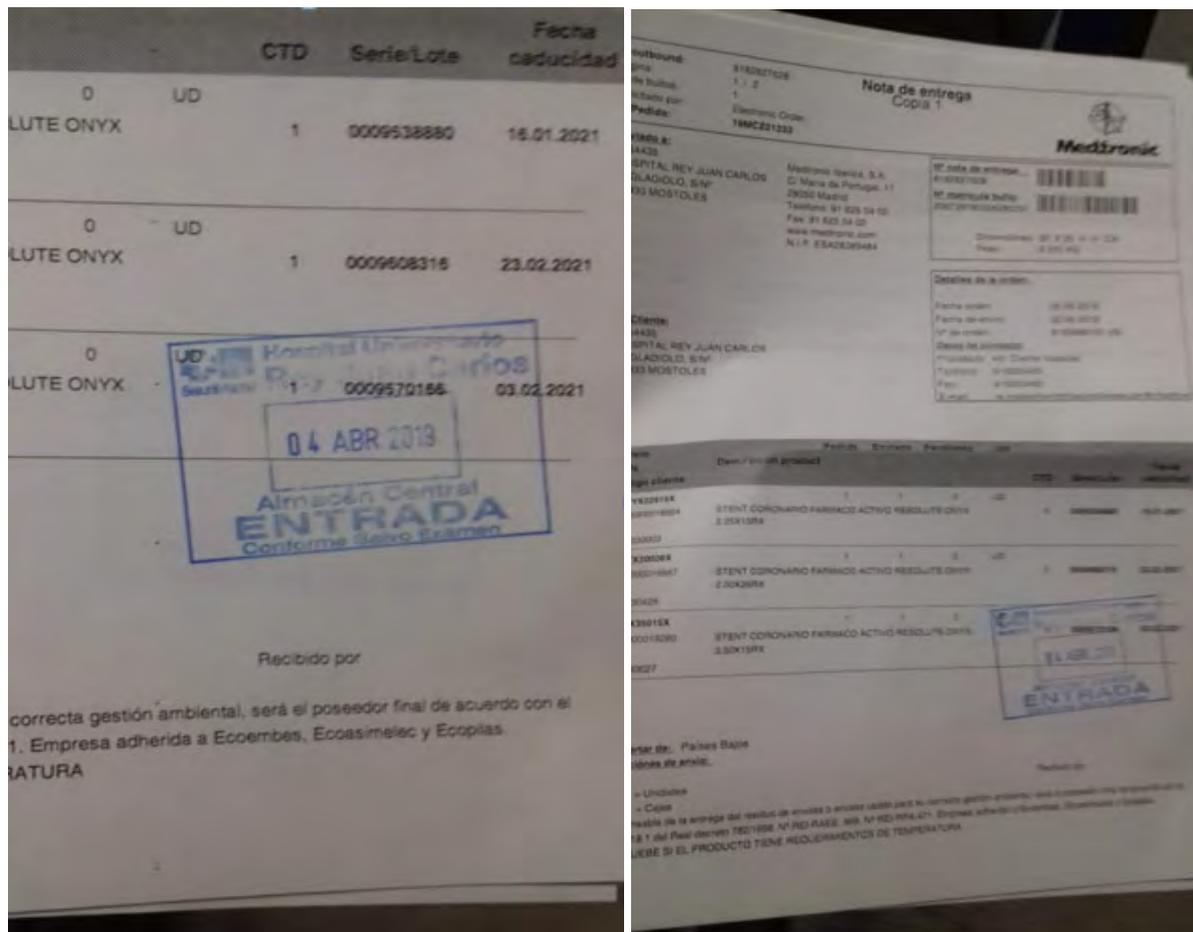
- Se verifica el producto MS02050163, en soporte papel e informático (12 UNIDADES)
- Se verifica el producto MS05080733, en soporte papel e informático (20 UNIDADES)
- Se verifica el producto MS03020088, en soporte papel e informático (100 UNIDADES en soporte papel y 140 en el almacén)
- Se verifica el producto MS03020141, en soporte papel e informático (180 UNIDADES en soporte papel y 120 en el almacén)
- Se verifica el producto MS05990119, en soporte papel e informático (10 UNIDADES)
- Se verifica el producto MS03030099, en soporte papel e informático (900 UNIDADES en soporte papel y 1300 en el almacén)
- Se verifica el producto MS03040206, en soporte papel e informático (135 UNIDADES)
- Se verifica el producto MS03040302, en soporte papel e informático (76 UNIDADES en soporte papel y 168 en el almacén)
- Se verifica el producto MS05030112, en soporte papel e informático (205 UNIDADES en soporte papel y 400 en el almacén)
- Se verifica el producto MS05030088, en soporte papel e informático (82 UNIDADES)









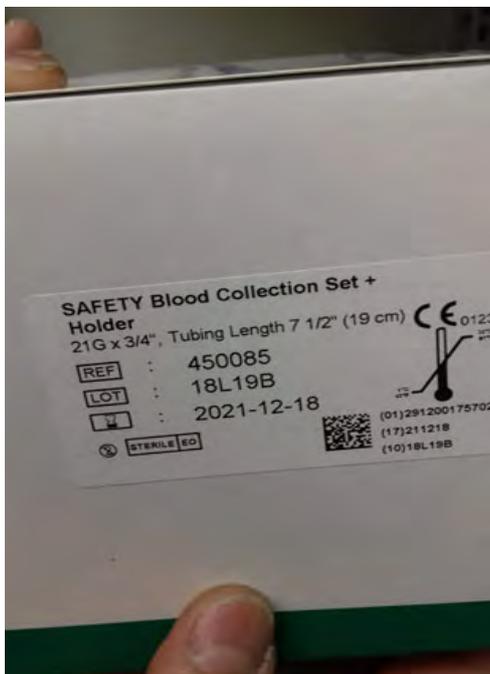
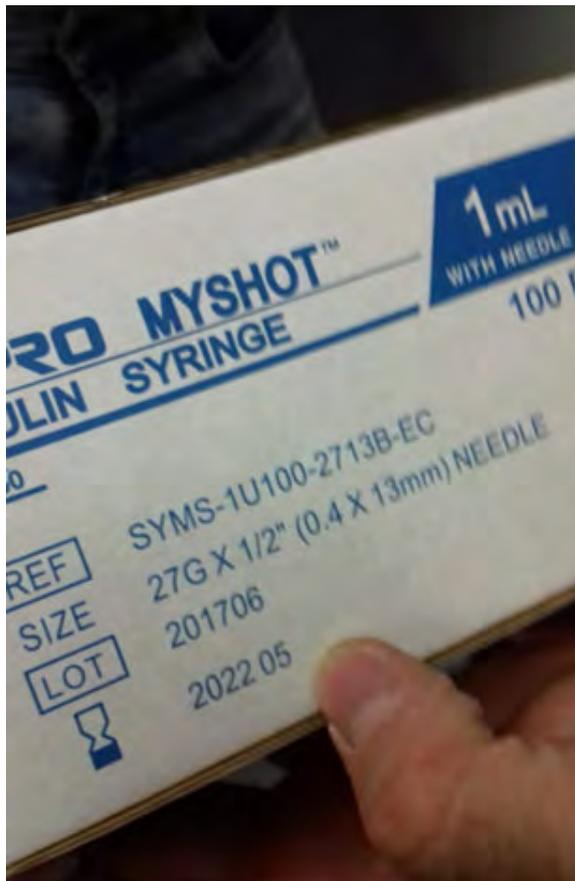


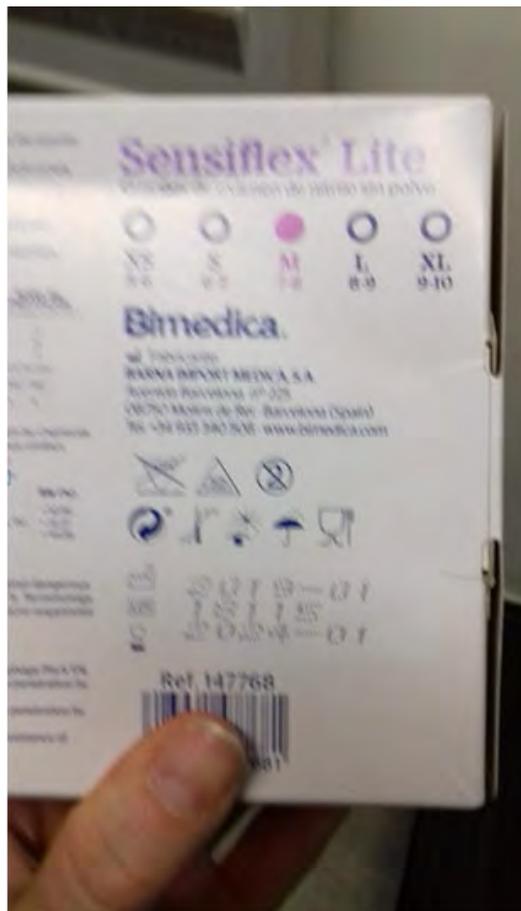




- o No se ha detectado la existencia de material sanitario caducado









<b>MADRID</b>	
05 CAIR ESPAÑA SL RROJA, 22 NV 19-20 ADA (MADRID - ESPAÑA)	
Y JUAN CARLOS SIN	<b>F46</b>
TOLES PAÑA	<b>FARMA</b>
	Ref. 01671 Bto. 1/3 Tot: 3 Btos. Peso: 9 Kgs.
110289332809975001671%090001010101	
	
-ENSEMBLE TETINE 3 VITES -SET OF TEATS 3 SPEED -CONJUNTO DE TETINAS E -SET DI TETTARELLE STAN -SPEEN SET 3 SNEHEDEN -TETINA DE TRES FLUXOS	
	<b>LOT 18J29 - TX</b>
	<b>2018 - 10 - 29</b>
	<b>2023 - 09 - 29</b>
<b>QTE : 100</b>	
A usage unique/single use uso/un solo uso/ Solo	
	
	
(01)23661657005179(17)230929(10)18J29 - T	



- o Se comprueba el registro de los pedidos de los almacenes de planta al almacén general, según "pedido interno de artículos (IFMS: PDPLA)
- o Se dispone de un calendario de entregas del almacén general a los almacenes de planta:

REPARTO DIARIO  
HRJC 23.1-P01-Anexo03  
v.2



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

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

- Se verifica un registro de los productos distribuidos para darse de baja del sistema informático, según "Dispensación a almacén (IFMS: PDPLZ)".
- Se comprueba que el sistema informático no indica que en ningún producto se ha detectado una rotura de stock.
- Todos los artículos están identificados: El material recibido se almacena por familias, a las cuales se les ha asignado un código. Listado de Familias de Artículos y el estante en los que se encuentran en cada uno de los Almacenes Generales del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, verificándose que es así en la Auditoría Operativa:





- o Todos los días se elabora una Hoja de Pedido con las necesidades de cada Servicio del Hospital, a la que se añade las necesidades del Almacén General con objeto de realizar un pedido único. Dicha Hoja de Pedido es revisada por el Responsable de Compras y del Almacén quién ejecuta la acción de la compra, agrupándose en pedidos por proveedor.
- o De igual forma que quedan registradas las salidas de material desde el almacén central, quedan registradas las devoluciones realizadas desde los almacenes en planta. Cualquiera de los movimientos de cada familia de artículos queda reflejado en el diario de almacenes.

- El personal del Almacén prepara la entrega de la mercancía a cada uno de los Almacenes de los Servicios del Hospital, generando una dispensación a almacén.
- El personal del Almacén lleva a cabo un control y seguimiento de la mercancía que está pendiente de ser recepcionada todos los viernes, anotándose en el campo observaciones el motivo de ello.
- Los Técnicos del Almacén distribuyen los materiales sanitarios a cada uno de los Servicios del Hospital y el personal de Enfermería de cada Servicio, es el responsable de ir gestionando los consumos de los mismos, si bien, no se registra en la aplicación informática los consumos de material sanitario que se van produciendo, por lo que no es posible realizar un inventario en los diversos almacenillos de los Servicios.
- Se ha podido evidenciar en todos los almacenillos y en el Almacén General un control eficaz de la fecha de caducidad, no detectándose ningún material sanitario caducado.
- En relación con los artículos que requieren el mantenimiento de la cadena de frío, éstos son suministrados directamente por parte de los Técnicos del Almacén al Servicio que los ha adquirido, ya que en el Almacén no se dispone de frigorífico (Compra Directa).
- Se ha podido evidenciar que, ante una rotura de stock de una referencia por parte del proveedor, existen otros proveedores como alternativa para evitar quedarse sin stock de dicha referencia, gestionándose de forma efectiva por parte del personal de Almacén y el personal sanitario involucrado.
- Se ha valorado como positivo la integración de armarios volumétricos del proveedor Hartmann, para el suministro del material de quirófano:
  1. A primera hora de la mañana Hartmann recibe una solicitud automática de necesidad de pedido QS
  2. Si QS necesita stock, Hartman a través de la guía envía el pedido a QS.
  3. Este pedido se registra automáticamente en el ERP de QS
  4. También automáticamente, el pedido se envía a Hartman a través de la Central de Compras.



## 10.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

### PARÁMETRO 1: Cumplimiento de la normativa de almacenamiento

Definición: Grado de cumplimiento de los requisitos legales en cuanto a las especificaciones de almacenamiento se refiere.

Nivel de cumplimiento exigible: 10 sobre 10

Frecuencia con la que debe realizarse la medición o toma de datos: anual

Método de cálculo: En caso de que no se haya detectado ningún incumplimiento la puntuación será de 10. En caso contrario, la puntuación será 0.

Resultado: 10

### PARÁMETRO 2: Indicador del Servicio de Gestión de Almacenes y Distribución – Logística

$IN = 0.4 * \text{Gestión de necesidades} + 0.4 * \text{Almacén} + 0.2 * \text{Distribución}$

Donde:

Gestión de necesidades: Grado de satisfacción del procedimiento empleado para la detección de necesidades

Almacén: Grado de cumplimiento de la normativa en materia de almacenamiento, incluyendo especificaciones de trazabilidad, en caso de que aplique.

Distribución: Grado de garantía y seguridad en el procedimiento de distribución incluyendo especificaciones de trazabilidad

Resultado: 9

## 10.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.

Sin incidencias

## 10.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

### 10.6.1.-INCIDENCIAS MEDIAS.

1. INCIDENCIA MEDIA NUEVA: En los almacenes de plantas no se ha podido evidenciar, en todos los casos, que las etiquetas de las referencias identifiquen de forma inequívoca donde se ubican en el mismo, ya que de forma puntual el personal sanitario cambia las etiquetas de lugar, con lo cual la ubicación que indica la etiqueta no coincide con la real:



## 11.-SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO.

### 11.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoría Operativa en cuanto a Apoyo Administrativo se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Rey Juan Carlos (expediente PA SER-41/2018-AE).

### 11.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. solicitó, la siguiente documentación, que fue recibida por GESMAN y analizada:

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

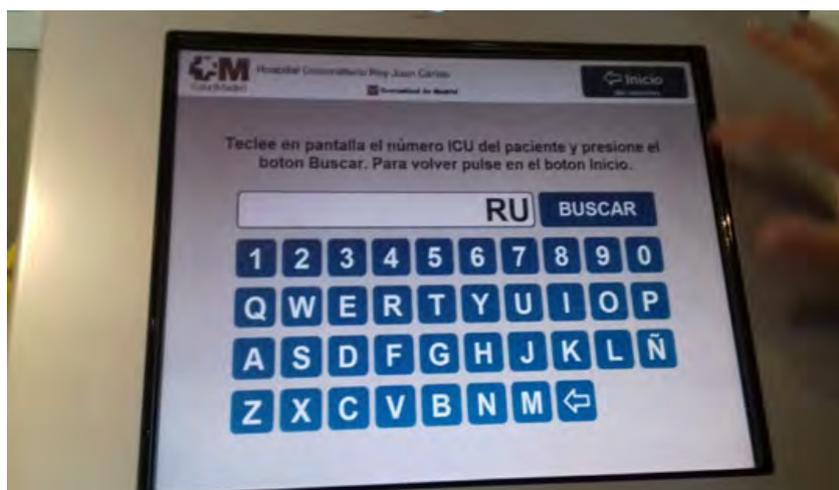
En el Servicio de Admisión, Atención al Paciente e Información (Apoyo Administrativo) se llevan a cabo las siguientes tareas, verificándose que se cumple con la operatividad y/o uso de las áreas funcionales del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles y de los Centros de Especialidades, relacionadas con este servicio:

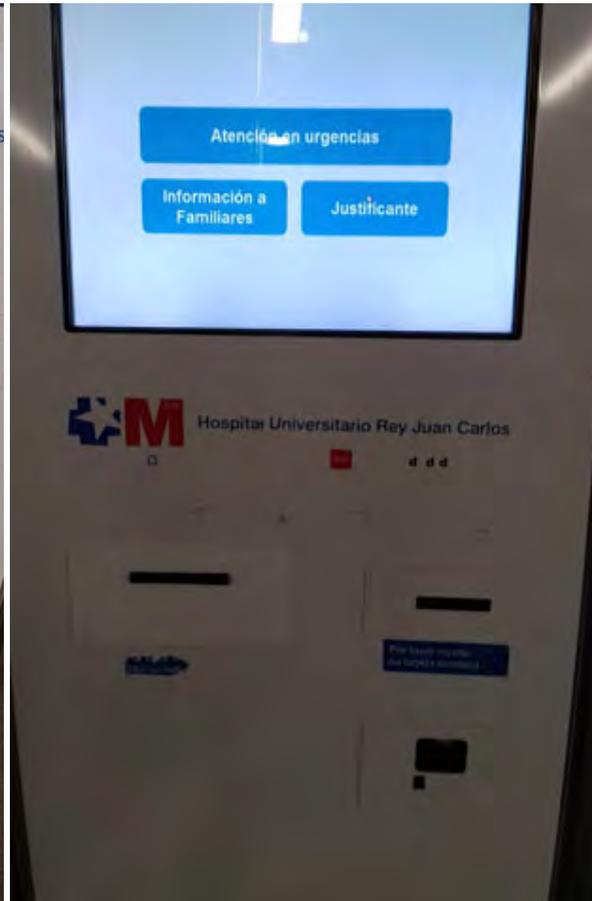
- Admisión
  - Agendas – Gestión de Citas (mostrador o diferidas) → Citaciones Sucesivas
  - Lista de Espera Quirúrgica → Programación Quirúrgica e Ingreso Programado
  - Derivaciones/Canalizaciones (Dirección Asistencial)
  - Atención al Paciente → gestión de las Quejas, Reclamaciones, Sugerencias y Agradecimientos
  - Información
  - Urgencias
  - Hospital de Día
  - Rayos
  - Laboratorio
  - Traslados
  - Fidelización del Paciente (Publicidad y Marketing)
  - Call Center→ Atención telefónica de Pacientes
  - Portal del Paciente
- Tareas de información, acogimiento, acompañamiento o recepción a las personas usuarias de los servicios asistenciales a cuyo efecto se debe contar con profesionales con unos conocimientos extensos en habilidades de comunicación.

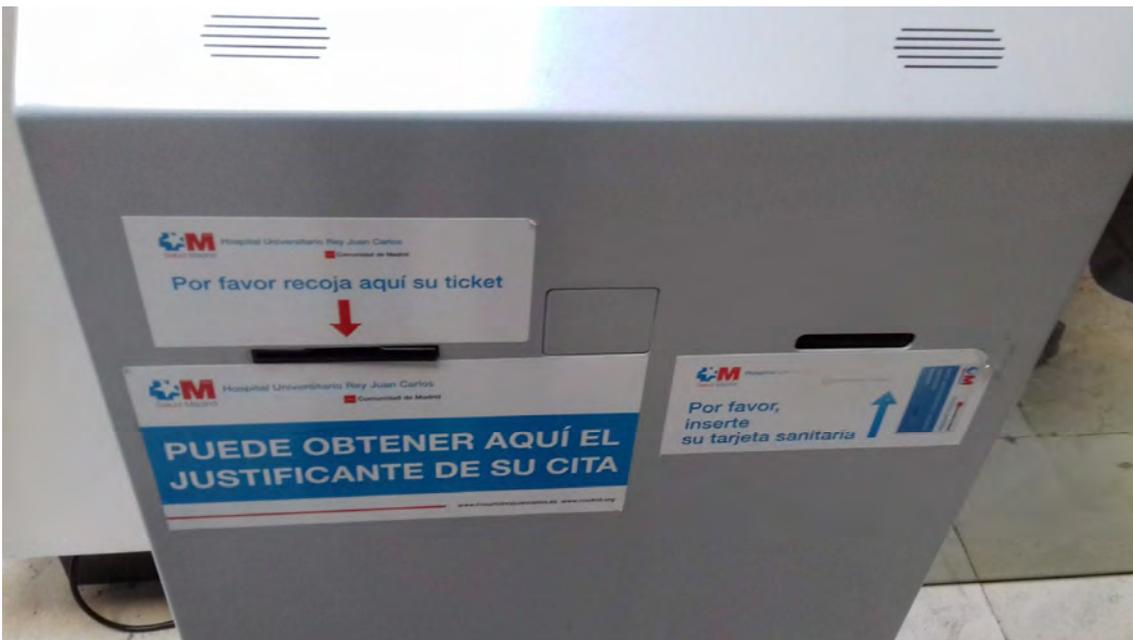
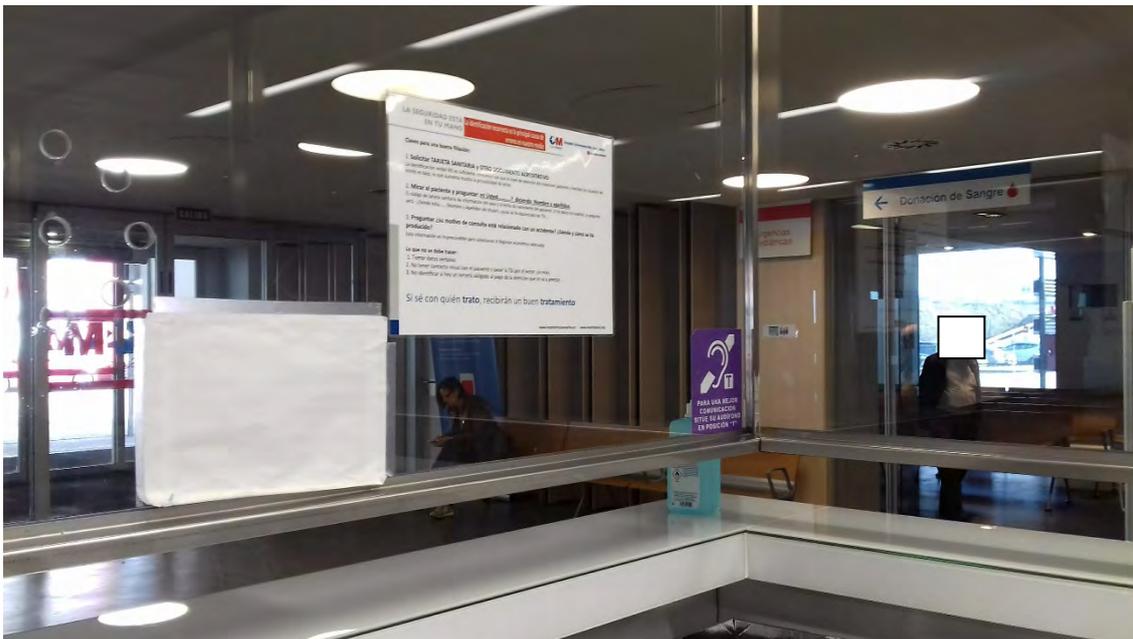
- Se debe disponer de puntos de información dedicados a la atención a pacientes y usuarios así como servicios de información al paciente en Urgencias 24 horas. Deben atender todos los requerimientos de información de las personas que lo soliciten, debiendo tener conocimiento exhaustivo de la ubicación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

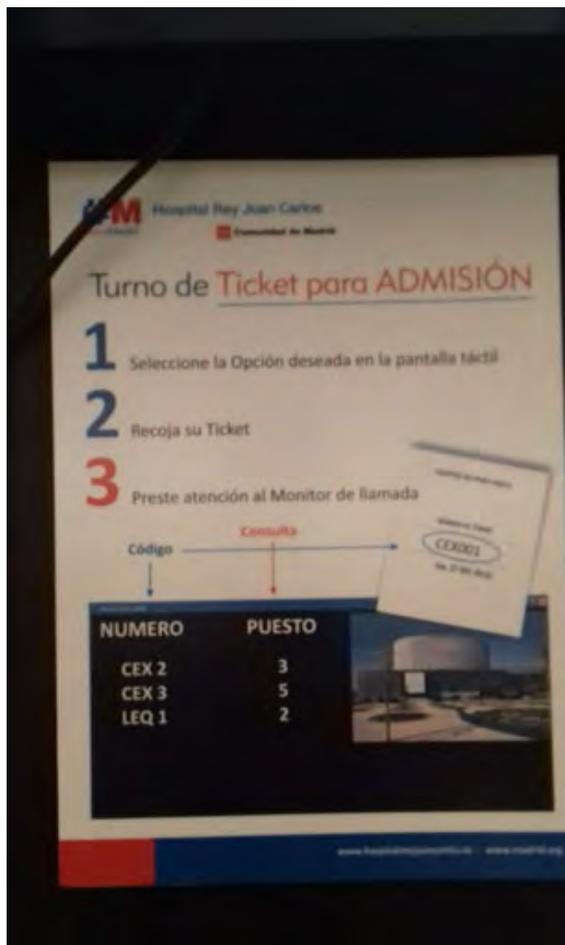
### 11.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

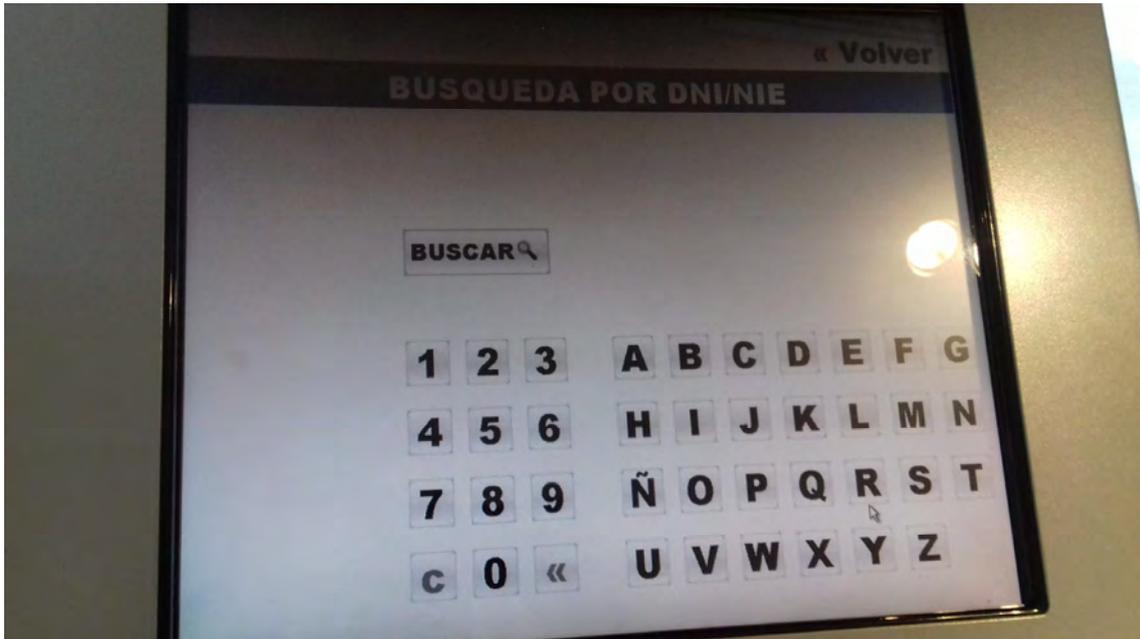
- Se cuenta con profesionales con conocimientos en habilidades de comunicación.
- Existen puntos de atención e información al paciente de urgencia 24h.

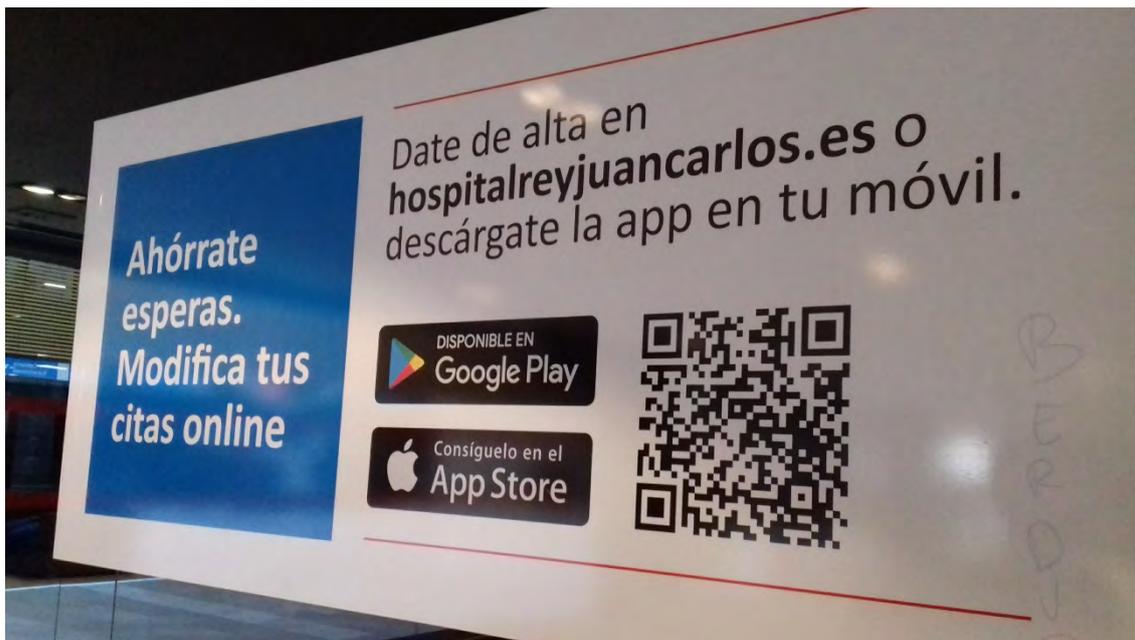
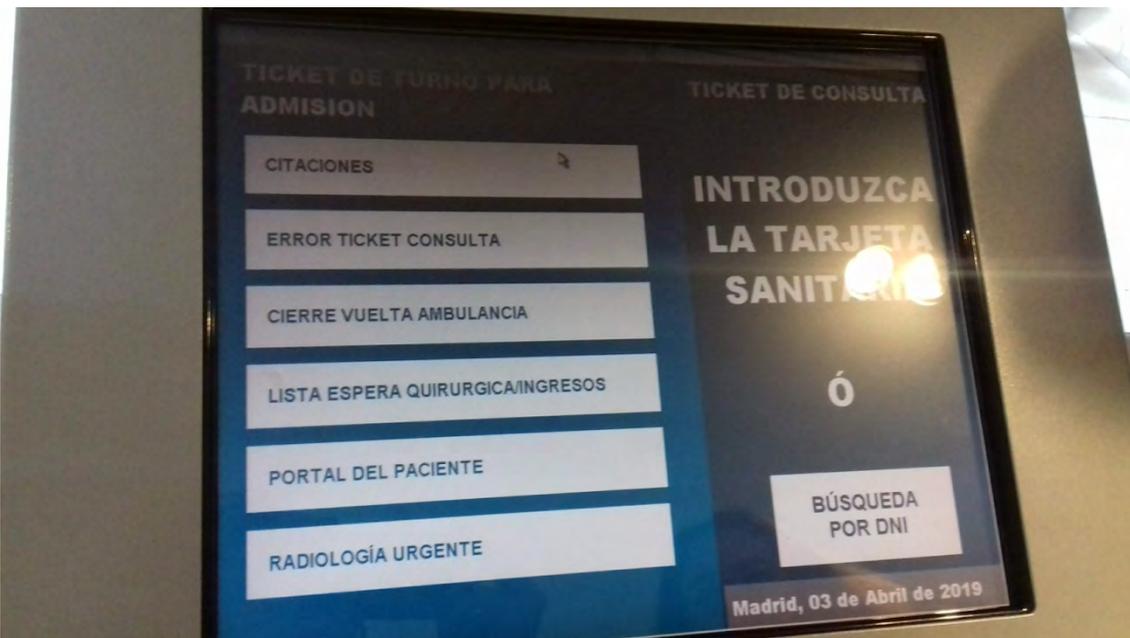


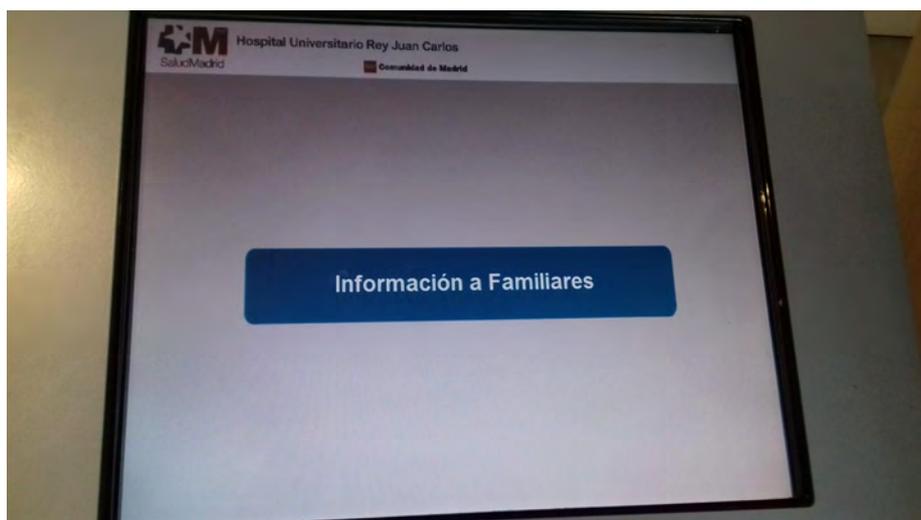




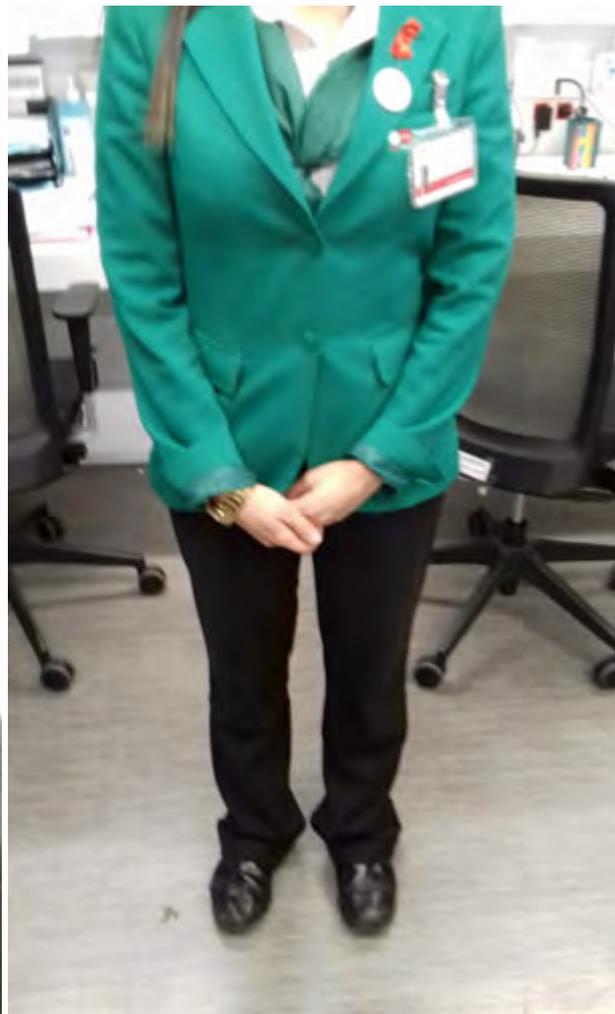


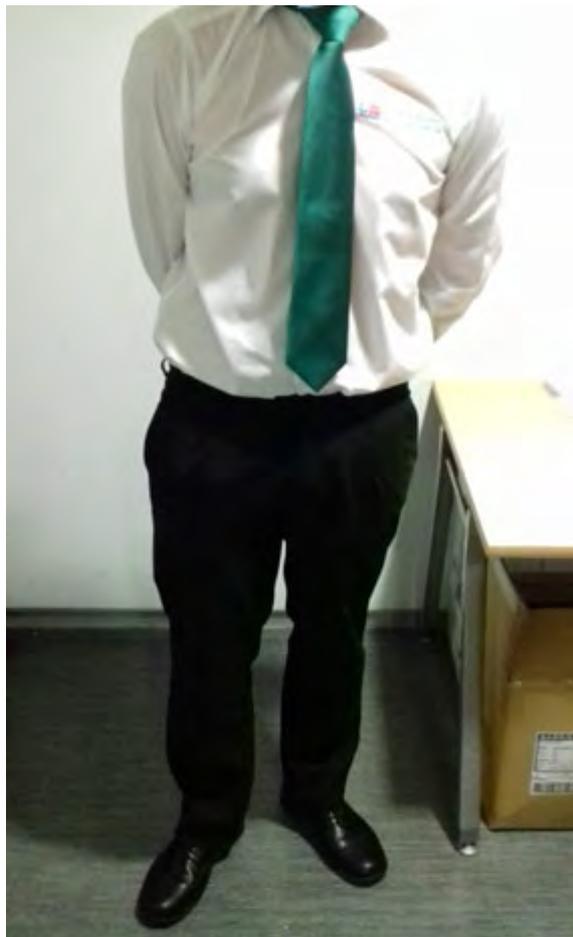






- El personal acompaña a enfermos o visitantes siempre que lo necesiten.
- El personal tiene conocimientos básicos en otras lenguas utilizadas habitualmente.
- El personal va uniformado e identificado.





- Se dispone de un listado telefónico actualizado en la Intranet:

### LISTADO TELEFONICO

#### Pacientes:

A través de la Web los pacientes pueden acceder a nuestro número de teléfono público, desde donde pueden elegir el servicio que necesitan mediante marcación rápida después de la locución informativa. Esta ofrece contactar con las habitaciones, lista de espera quirúrgica, citas, contabilidad e información.



Personal del centro:

Se mantiene un listado interno actualizado desde Secretaría de Gerencia al que se accede desde la Intranet.





C/ Gladiolo s/n, 28933 MÓSTOLES (Madrid)  
Tfno.: 914816225

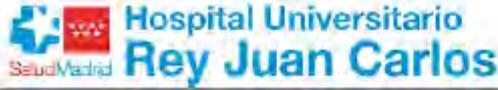
La búsqueda está programada para encontrar las extensiones de cualquier servicio concreto incluyendo el busca persona.

**HOSPITAL REY JUAN CARLOS**

Extensión	Puesto	Descripción	E-Mail	Teléfono
1	SEGURIDAD	Móvil Seguridad		620377192
2	SEGURIDAD	Urgencias		626572383
3	SEGURIDAD			620376739
4	IGLESIA EVANGELISTA	Jaime Villarreal_Capellán		609478612
5	CONSULTOR EN BIOÉTICA			866112
8	IGLESIA CATÓLICA	Padre Alfonso Oriol_Capellán		609142865
9	Celadores_URGENCIAS OBSERV.			866093
10	Celadores_URGENCIAS BOXES			866095
11	Celadores_3ª y 4ª Plaza			866092
12	Celadores_5ª Plaza			866094
13	Celadores_6ª Plaza			866096
14	Celadores_7ª Plaza			866103
15	Celadores_UCI			866097
16	Celadores_QUIMIO			866099
17	Celadores_REHABILITACIÓN			866101
18	Celadores_3ª y 4ª Universidad			866098
19	Celadores_5ª Universidad			866100
20	Celadores_6ª Universidad			866102
22	Ginecología_Dra. Charo Noguero			866060
23	RADIOLOGIA_RADIOLOGO DE GUARDIA			866033
26	MANTENIMIENTO_GUARDIA 1		650807198	866170
27	MANTENIMIENTO_GUARDIA 2		679439114	866171

- Se comprueban aleatoriamente las siguientes extensiones, comprobándose que están correctas:
  - Radiología de Guardia: 866170
  - Consultor en Bioética: 866112
  - Mantenimiento de Guardia 1: 866170
  - Mantenimiento de Guardia 2: 866171
- Se dispone de un circuito de comunicación de llamadas

- Se ha evidenciado que se analiza el porcentaje de llamadas perdidas en el Call Center, llevándose a cabo Informes en los que se detallan los motivos de las llamadas perdidas y se establecen Acciones Correctoras en su caso.



Informe mensual-Administrativos  
Informe mensual Hospital Universitario Rey Juan Carlos  
Fecha: Enero /2018

**Informe Mensual del Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción/Información y de Centralita Telefónica**

**Actividad Desarrollada**  
Informe de la gestión de llamadas entrantes, atendidas y no atendidas

**Cómputo Total:**

Número de llamadas entrantes	32.875
Número de llamadas atendidas	30.863
*Número de llamadas perdidas	646
**Porcentaje de llamadas perdidas	1,9%

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

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

**Información adicional**  
Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio



Informe mensual-Administrativos

Informe mensual Hospital Universitaria Rey Juan Carlos

Fecha: Febrero /2018

## Informe Mensual del Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción/Información y de Centralita Telefónica

### Actividad Desarrollada

Informe de la gestión de llamadas entrantes, atendidas y no atendidas

### Cómputo Total:

Número de llamadas entrantes	29.734
Número de llamadas atendidas	28.272
*Número de llamadas perdidas	453
**Porcentaje de llamadas perdidas	1,5 %

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

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

### Información adicional

Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio



Informe mensual-Administrativos

Informe mensual Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Fecha: Marzo /2018

## Informe Mensual del Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción/Información y de Centralita Telefónica

### Actividad Desarrollada

Informe de la gestión de llamadas entrantes, atendidas y no atendidas

### Cómputo Total:

Número de llamadas entrantes	29.300
Número de llamadas atendidas	27.363
*Número de llamadas perdidas	617
**Porcentaje de llamadas perdidas	2,1%

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

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

### Información adicional

Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio



Informe mensual-Administrativos  
Informe mensual Hospital Universitario Rey Juan Carlos  
Fecha: Abril /2018

## Informe Mensual del Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción/Información y de Centralita Telefónica

### Actividad Desarrollada

Informe de la gestión de llamadas entrantes, atendidas y no atendidas

### Cómputo Total:

Número de llamadas entrantes	34.946
Número de llamadas atendidas	32.558
*Número de llamadas perdidas	833
**Porcentaje de llamadas perdidas	2,38 %

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

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

### Información adicional

Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio

Durante los días 24, 27 y 30 de Abril, el porcentaje de llamadas se ha visto afectado tanto en la centralita de citaciones como de información.

Se cursaron las incidencias correspondientes a Centro de Atención Usuario de INFORMÁTICA Y DIALOGA.

### Gestiones realizadas:

- Día 24 de abril, nos informan sobre las 13:00 horas de que no podemos realizar llamadas a extensiones cortas corporativas, se investiga el problema y se abre incidencia con nuestro proveedor de servicios, Telefónica, nos envían un técnico para ver qué está sucediendo y determina que hay una fibra que se ha cortado y realiza unos cambios en su central y en nuestro RITI y se soluciona el problema sobre las 21:30 horas.



Informe mensual-Administrativos

Informe mensual Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Fecha: Abril /2018

- *Día 27 de abril, nos informan sobre las 14:00 que nos hemos quedado sin teléfonos en el Hospital. Se investiga el problema y vemos que uno de los servidores que gestiona todas las comunicaciones internas ha fallado, damos incidencia a nuestro proveedor de servicios de Servidores para que venga a repararlo, en lo que envían a alguien intentamos levantar el servidor de Backup que tenemos, con éxito, reanudando las comunicaciones y posteriormente la posibilidad de recibir llamadas sobre las 20:00 horas.*
- *Día 30 de abril, nos informan sobre las 10:30 horas que hay llamadas que se cortan al recibir las, en esta ocasión también está en copia del aviso el soporte de Dialoga, estas hacen unas modificaciones en los parámetros de espera de las llamadas y nosotros por nuestra parte hacemos las comprobaciones oportunas de las comunicaciones y sobre las 12:30 horas se resuelve la situación.*



Informe mensual-Administrativos  
Informe mensual Hospital Universitario Rey Juan Carlos  
Fecha: Mayo /2018

## Informe Mensual del Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción/Información y de Centralita Telefónica

### Actividad Desarrollada

Informe de la gestión de llamadas entrantes, atendidas y no atendidas

### Cómputo Total:

Número de llamadas entrantes	36.289
Número de llamadas atendidas	32.321
*Número de llamadas perdidas	1.299
**Porcentaje de llamadas perdidas	3,5 %

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

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

### Información adicional

*Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio*

Debido a un problema con uno de los servidores que gestionan todas las llamadas entrantes en cuanto a extensiones internas y externas, durante los días 4 y 11 de mayo, el porcentaje de llamadas atendidas ha bajado sin poder evitarlo.

Se cursaron las incidencias correspondientes a CAU, INFORMÁTICA Y DIALOGA.

### Gestiones realizadas

- Día 4 de mayo, nos informan sobre las 12:00 horas que no están entrando las llamadas en los DDi de los agentes ni. Se notifica al CAU a DIALOGA y al servicio informático del hospital quienes también reportan la incidencia a nuestro proveedor de servicio Telefónica para que revise estas líneas, también nos informa que hay una caída del primario que está afectando a las llamadas de móviles corporativos. A las 15h la incidencia queda resuelta.



**Informe mensual-Administrativos**

*Informe mensual Hospital Universitario Rey Juan Carlos*

*Fecha: Mayo /2018*

- Día 11 de mayo, nos informan sobre las 12:32 que no están entrando las llamadas en los DDi de los agentes. Se notifica al CAU a DIALOGA y al servicio informática del hospital quienes también reportan la incidencia a nuestro proveedor de servicio, Telefónica, para que revise estas líneas. Ese día hubo problemas de Comunicaciones afectando a los DDIs de ese rango. Telefónica mando un técnico in-situ que realizó unos trabajos quedando solucionado el problema sobre las 15:20.



**Informe mensual-Administrativos**

*Informe mensual Hospital Universitario Rey Juan Carlos*

*Fecha: Junio /2018*

**Informe Mensual del Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción/Información y de Centralita Telefónica**

**Actividad Desarrollada**

Informe de la gestión de llamadas entrantes, atendidas y no atendidas

**Cómputo Total:**

Número de llamadas entrantes	36.856
Número de llamadas atendidas	33.960
*Número de llamadas perdidas	973
**Porcentaje de llamadas perdidas	2,64%

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

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

**Información adicional**

*Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio.*



Informe mensual-Administrativos

Informe mensual Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Fecha: Julio /2018

## Informe Mensual del Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción/Información y de Centralita Telefónica

### Actividad Desarrollada

Informe de la gestión de llamadas entrantes, atendidas y no atendidas

### Cómputo Total:

Número de llamadas entrantes	32.602
Número de llamadas atendidas	30.167
*Número de llamadas perdidas	785
**Porcentaje de llamadas perdidas	2,40 %

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

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

### Información adicional

Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio



Informe mensual-Administrativos

Informe mensual Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Fecha: Agosto /2018

## Informe Mensual del Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción/Información y de Centralita Telefónica

### Actividad Desarrollada

Informe de la gestión de llamadas entrantes, atendidas y no atendidas

### Cómputo Total:

Número de llamadas entrantes	29.864
Número de llamadas atendidas	27.844
*Número de llamadas perdidas	615
**Porcentaje de llamadas perdidas	2,06 %

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

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

### Información adicional

Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio



Informe mensual-Administrativos  
Informe mensual Hospital Universitario Rey Juan Carlos  
Fecha: Septiembre /2018

### Informe Mensual del Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción/Información y de Centralita Telefónica

#### Actividad Desarrollada

Informe de la gestión de llamadas entrantes, atendidas y no atendidas

#### Cómputo Total:

Número de llamadas entrantes	30534
Número de llamadas atendidas	28608
*Número de llamadas perdidas	1106
**Porcentaje de llamadas perdidas	3,6%

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

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

#### Información adicional

Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio

Dado que se ha superado el 3% de llamadas perdidas en el mes de septiembre se han analizado las posibles causas y se van a tomar la siguiente actuación:

- Modificar horarios de administrativos a el pico de mayor número de llamadas perdidas, detectándose este periodo entre las 9 y 10 de la mañana.

Se ha reclamado a la empresa el listado de las llamadas correspondientes al mes de septiembre.



Informe mensual-Administrativos

Informe mensual Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Fecha: Octubre /2018

## Informe Mensual del Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción/Información y de Centralita Telefónica

### Actividad Desarrollada

Informe de la gestión de llamadas entrantes, atendidas y no atendidas

### Cómputo Total:

Número de llamadas entrantes	38.868
Número de llamadas atendidas	36.822
*Número de llamadas perdidas	1.009
**Porcentaje de llamadas perdidas	2,6%

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

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

### Información adicional

Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio



Informe mensual-Administrativos

Informe mensual Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Fecha: Noviembre /2018

## Informe Mensual del Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción/Información y de Centralita Telefónica

### Actividad Desarrollada

Informe de la gestión de llamadas entrantes, atendidas y no atendidas

### Cómputo Total:

Número de llamadas entrantes	37.233
Número de llamadas atendidas	34.384
*Número de llamadas perdidas	1.659
**Porcentaje de llamadas perdidas	4,45%

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

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

### Información adicional

Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio

A partir del 14 de enero se procederá al cambio de horarios del servicio de admisión los cuales implican un refuerzo en los tramos horarios con mayor afluencia de llamadas (entre las 9 y las 12).



Informe mensual-Administrativos

Informe mensual Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Fecha: Diciembre /2018

### Informe Mensual del Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción/Información y de Centralita Telefónica

#### Actividad Desarrollada

Informe de la gestión de llamadas entrantes, atendidas y no atendidas

Cómputo Total:

Número de llamadas entrantes	28.871
Número de llamadas atendidas	26.722
*Número de llamadas perdidas	1.238
**Porcentaje de llamadas perdidas	4,28%

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

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

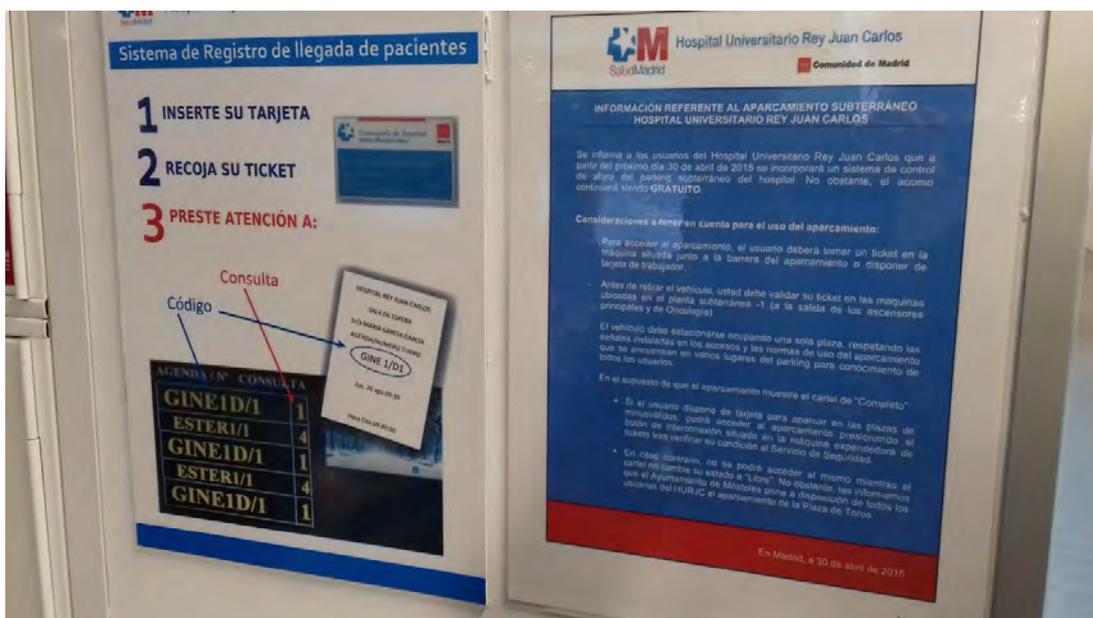
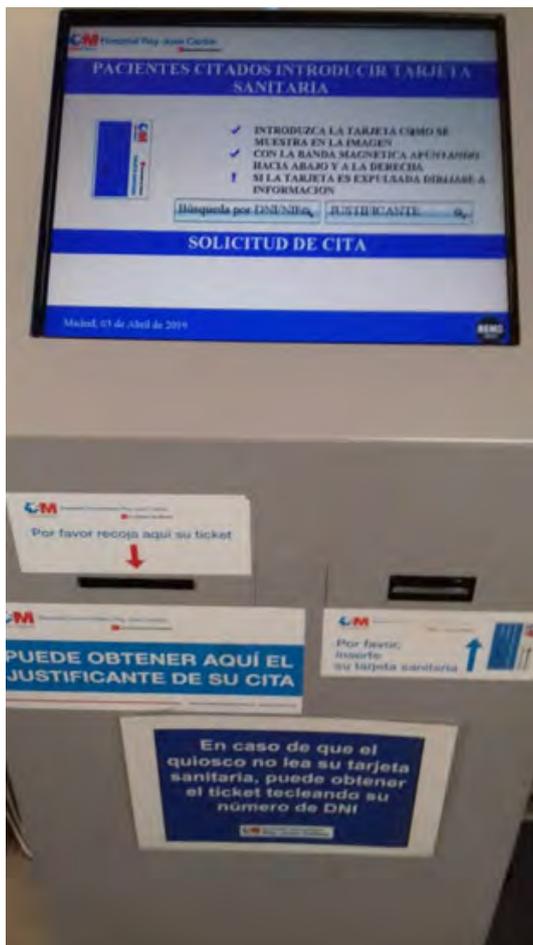
#### Información adicional

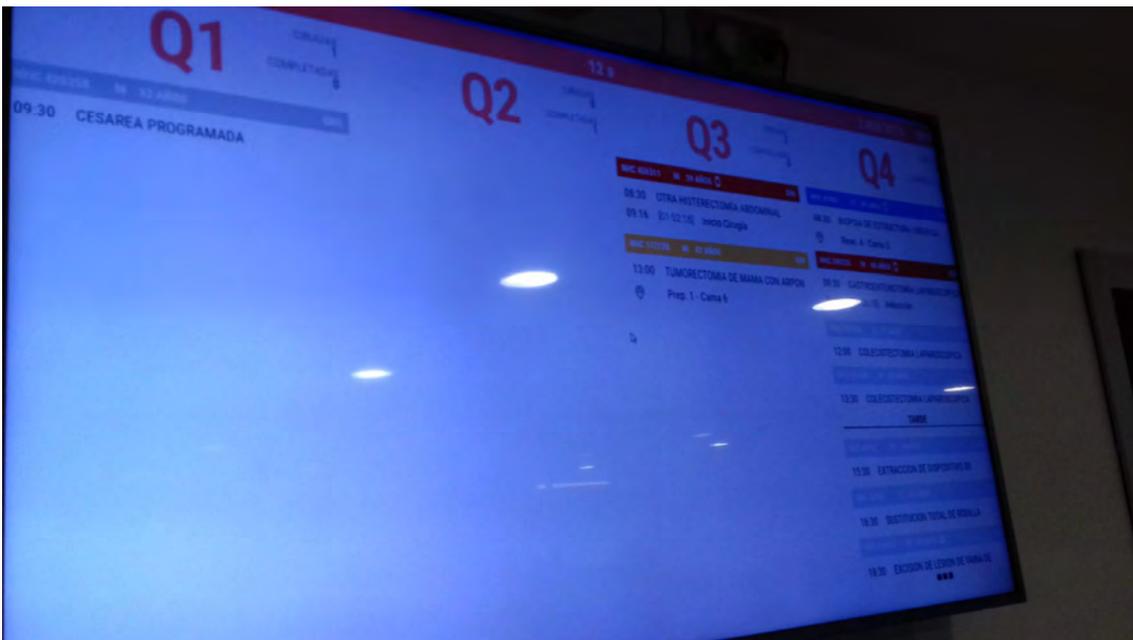
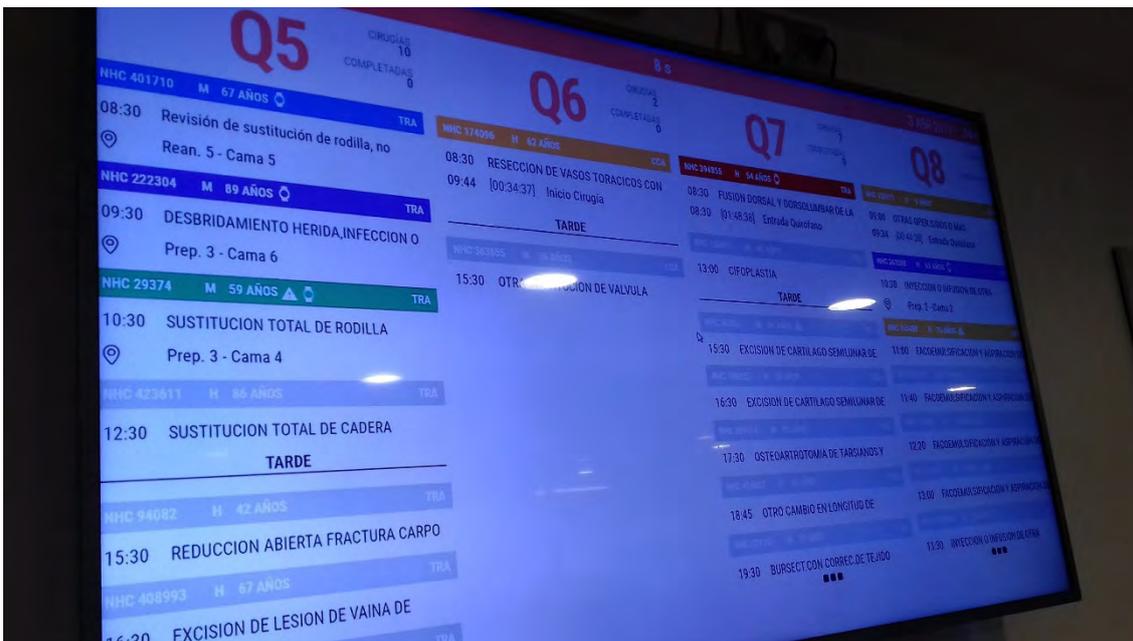
El listado de llamadas recibidas se ha solicitado a la empresa que gestiona las llamadas y se aportará en el menor plazo posible.

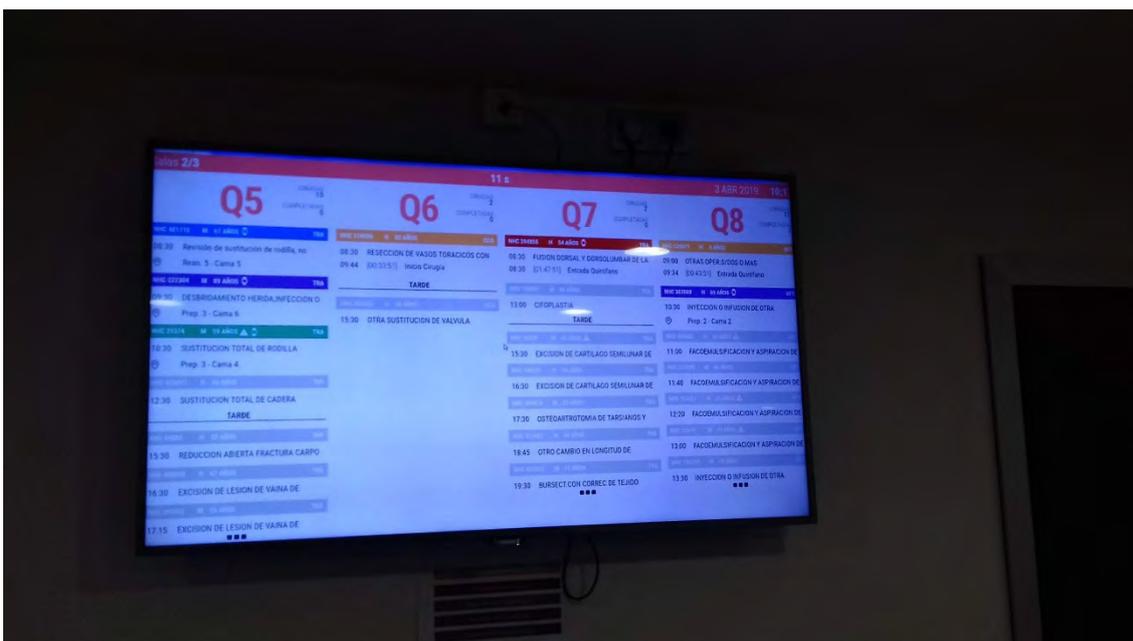
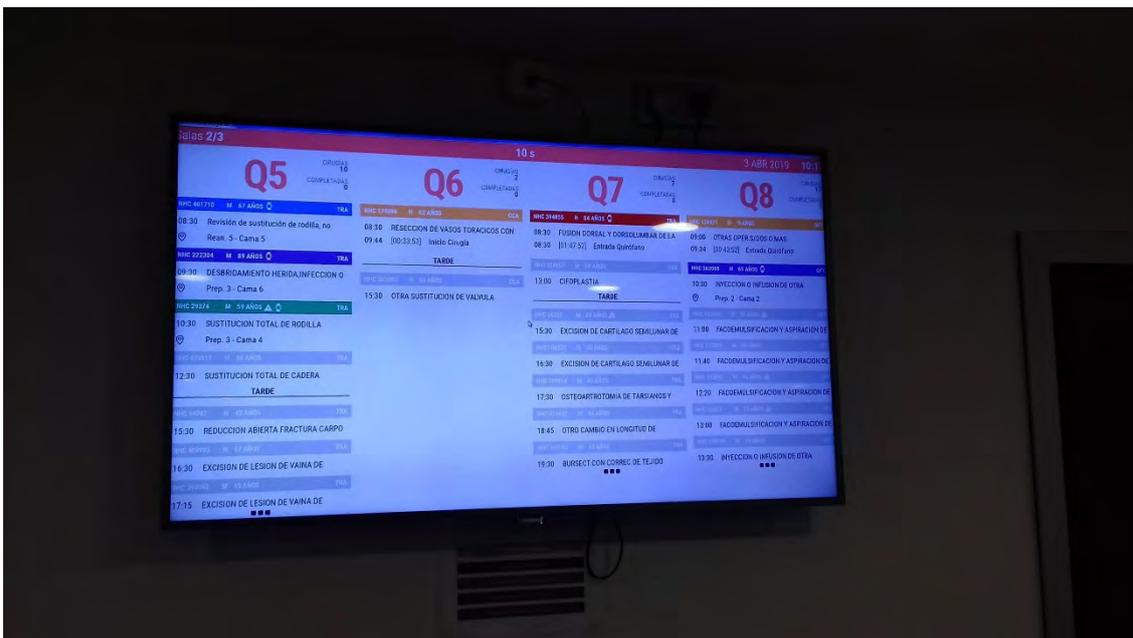
- Se cumple el deber de confidencialidad, ya que se dispone de un anexo al Contrato en el que el personal administrativo se compromete al cumplimiento de la legislación vigente en esta materia.
- El personal es educado y trata con respeto.
- Se ha evidenciado el cumplimiento de la LOPD y por tanto del deber de confidencialidad de todos los Profesionales del Servicio de Admisión y Atención al Paciente.

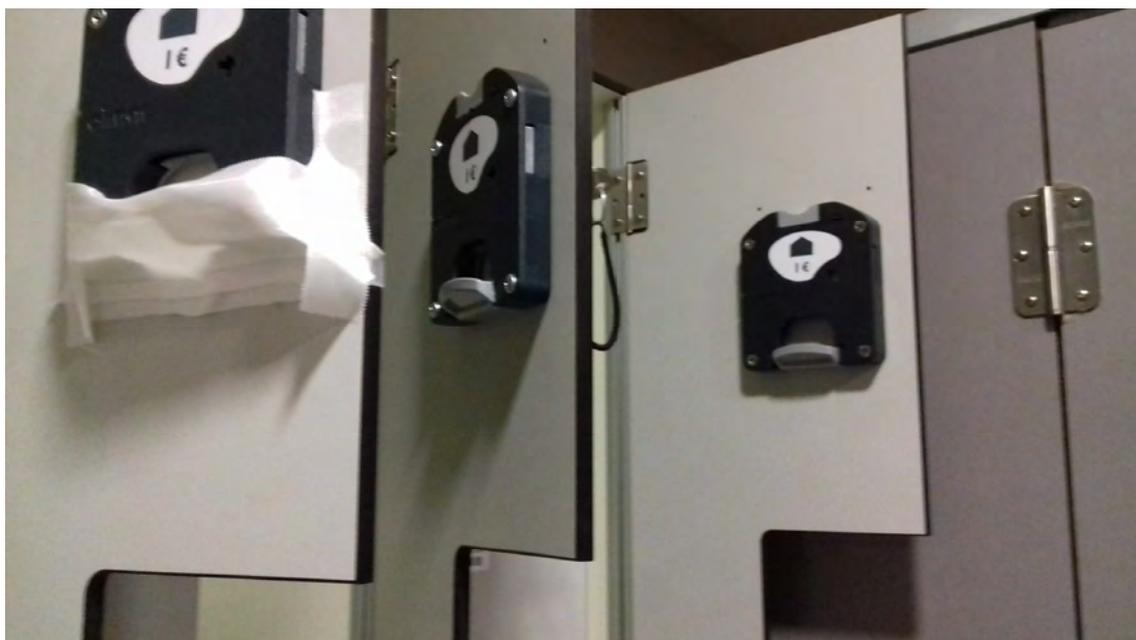
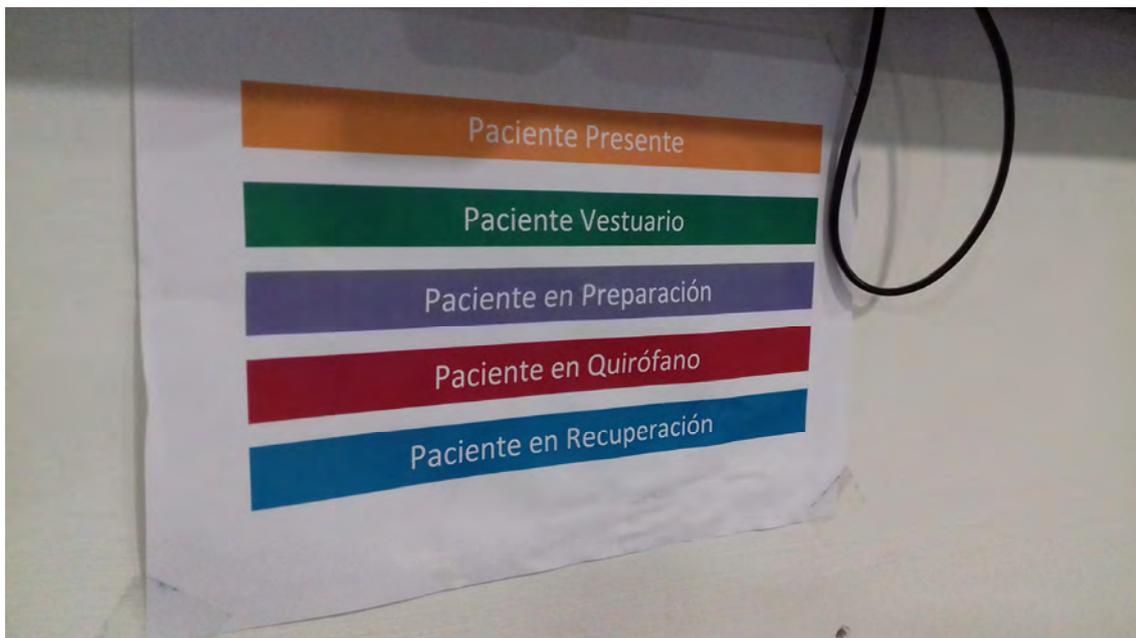
- No se ha evidenciado durante la Auditoría Operativa faltas de atención por parte del Personal del Servicio de Apoyo Administrativo que denotasen mala educación, falta de respeto, etc., hacia el paciente y sus familiares.
- Se ha evidenciado que se llevan a cabo de un modo eficaz las tareas de información, acogimiento, acompañamiento o recepción a las personas usuarias de los servicios asistenciales del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles a cuyo efecto, se ha evidenciado que se dispone de profesionales con unos conocimientos extensos en habilidades de comunicación.
- Se ha evidenciado que se dispone de puntos de información dedicados a la atención a pacientes y usuarios así como servicios de información al paciente en Urgencias 24 horas. Se ha verificado que se atienden todos los requerimientos de información de las personas que lo soliciten, teniendo el personal del Servicio de Admisión y Atención al Paciente del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles conocimiento exhaustivo de la ubicación de todas las dependencias del Centro Sanitario.
- Se realizan Proyectos relacionados con ofrecer una mejor Atención de los Pacientes del Centro.

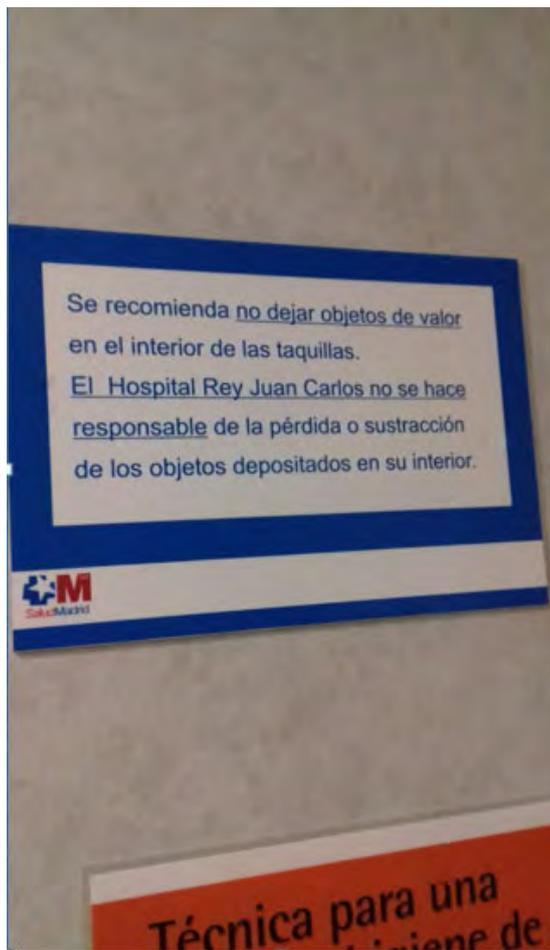


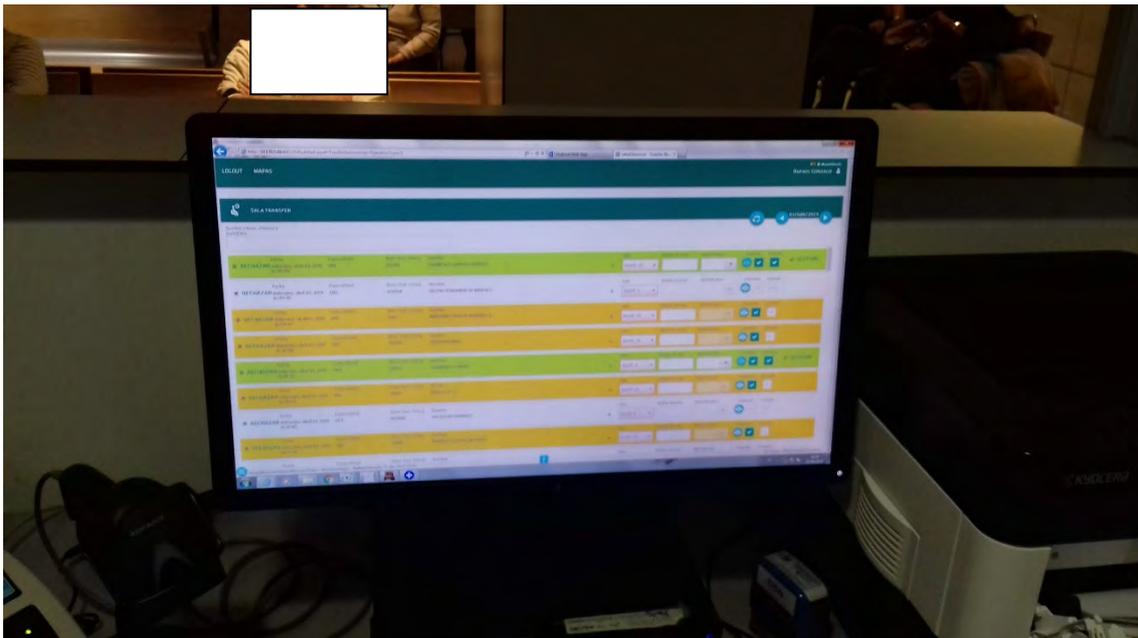
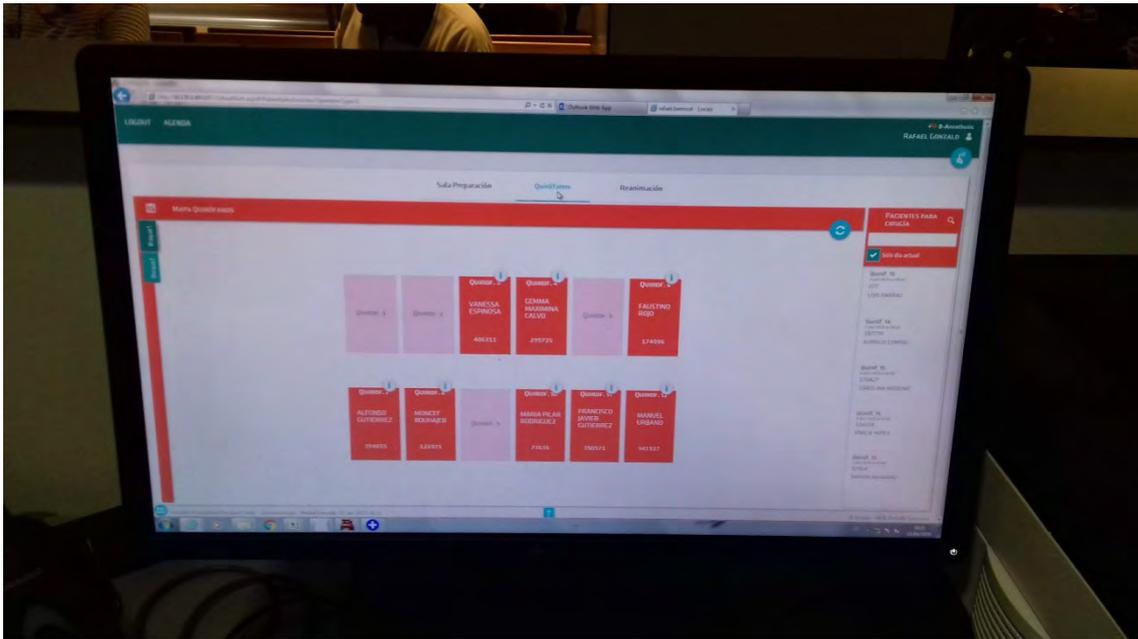


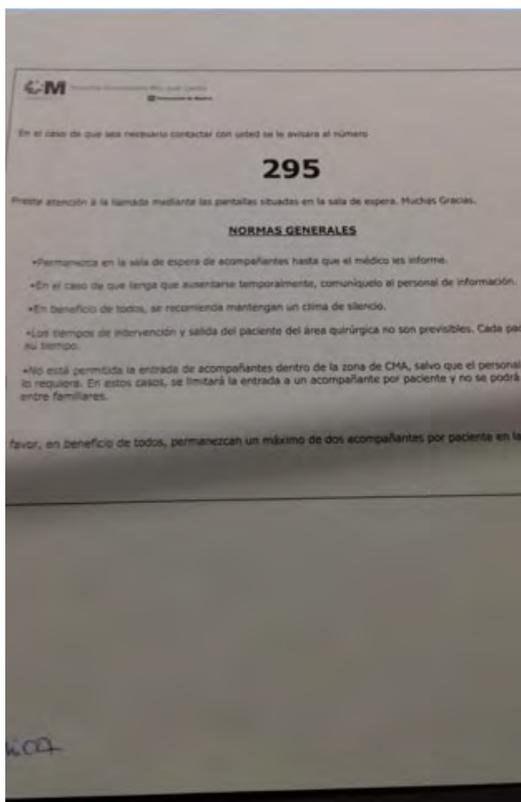
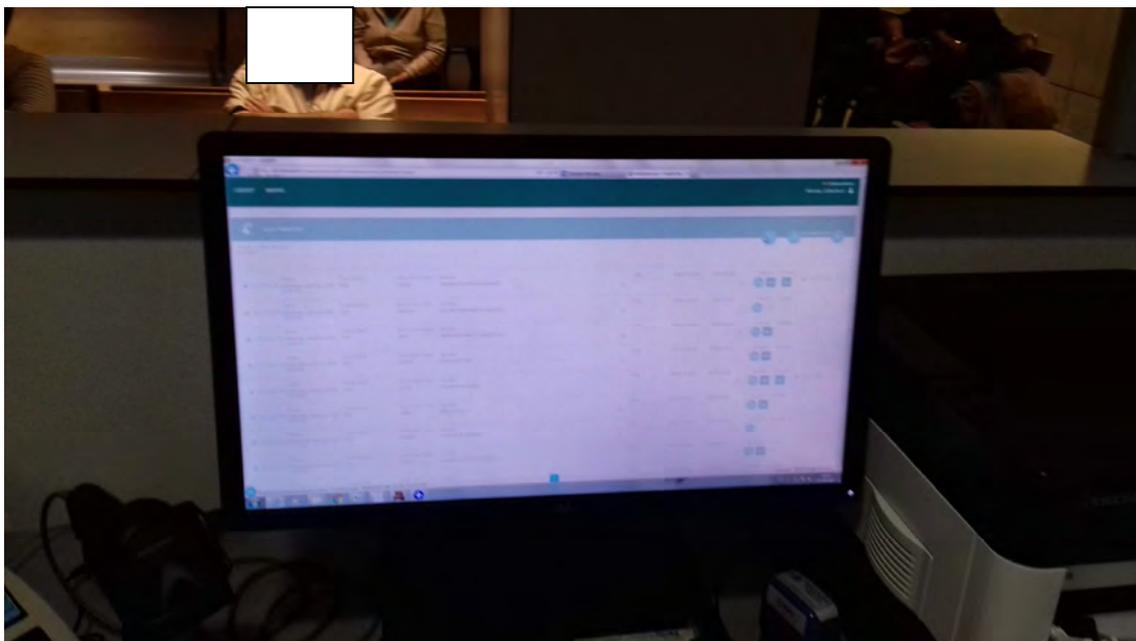


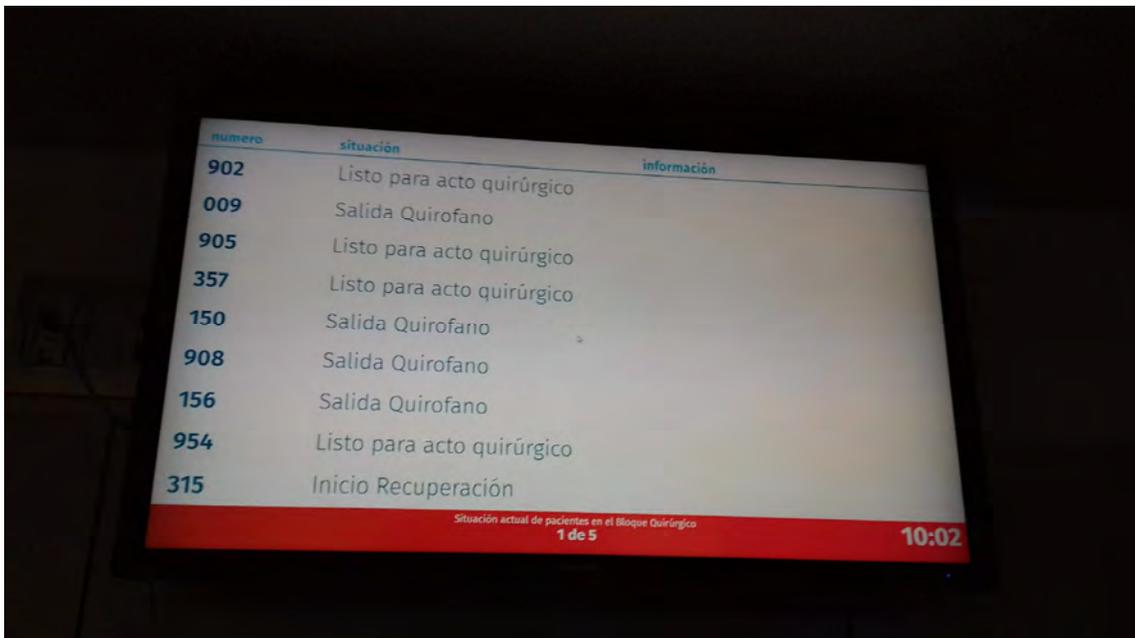
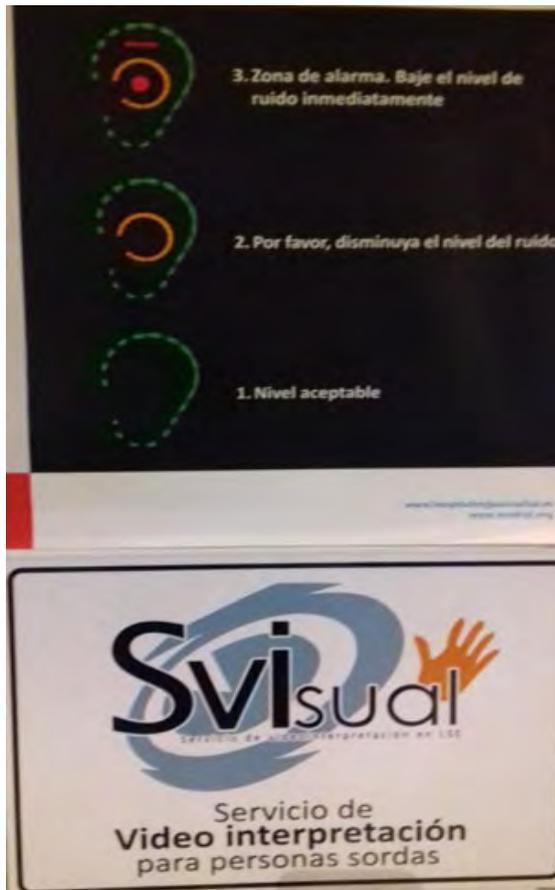


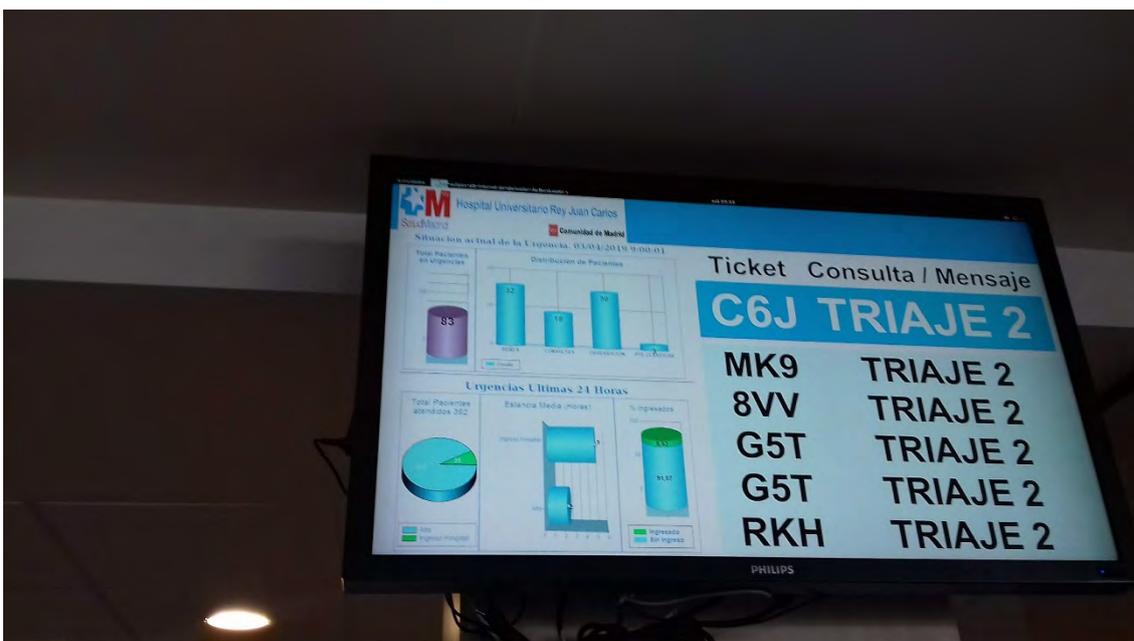


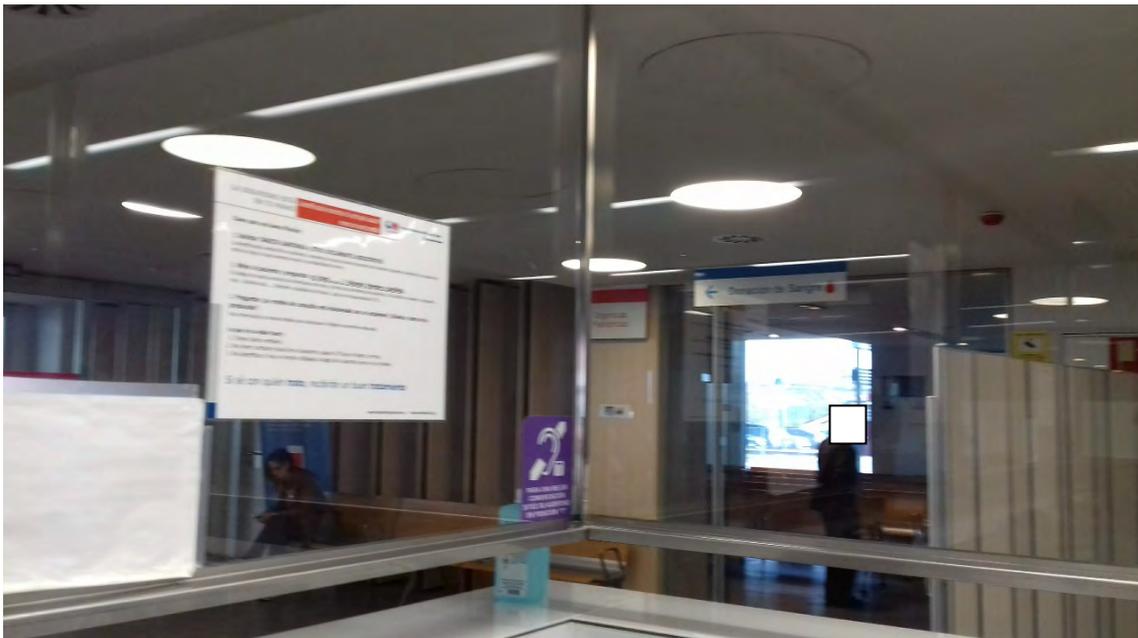
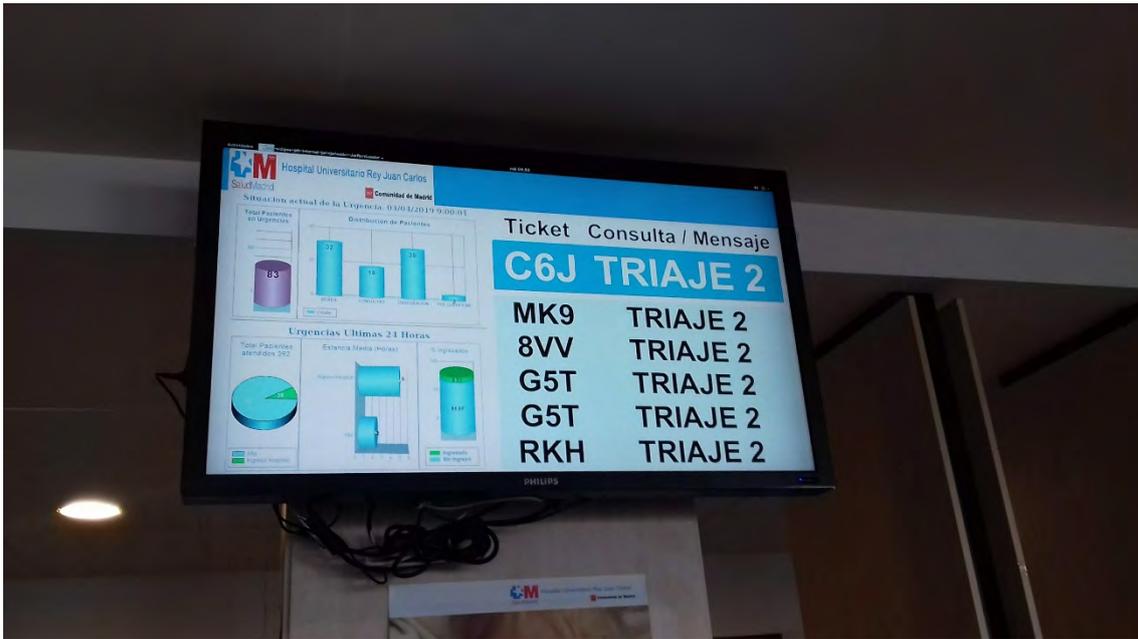


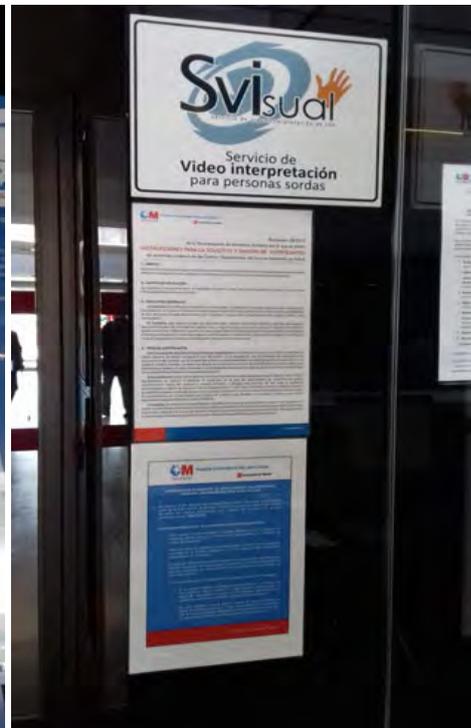
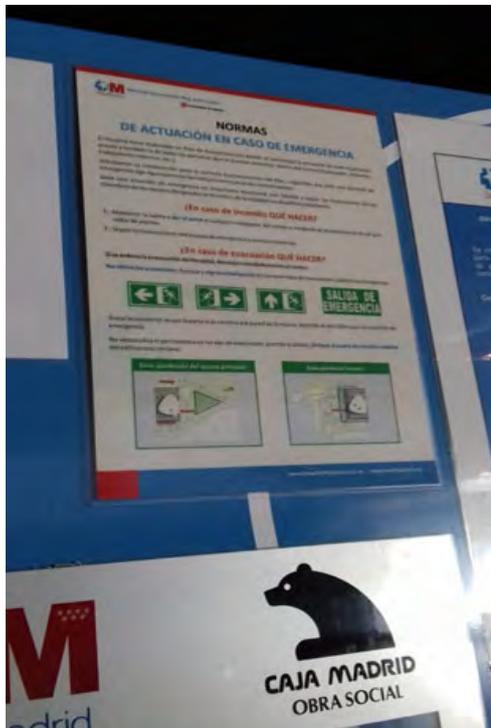


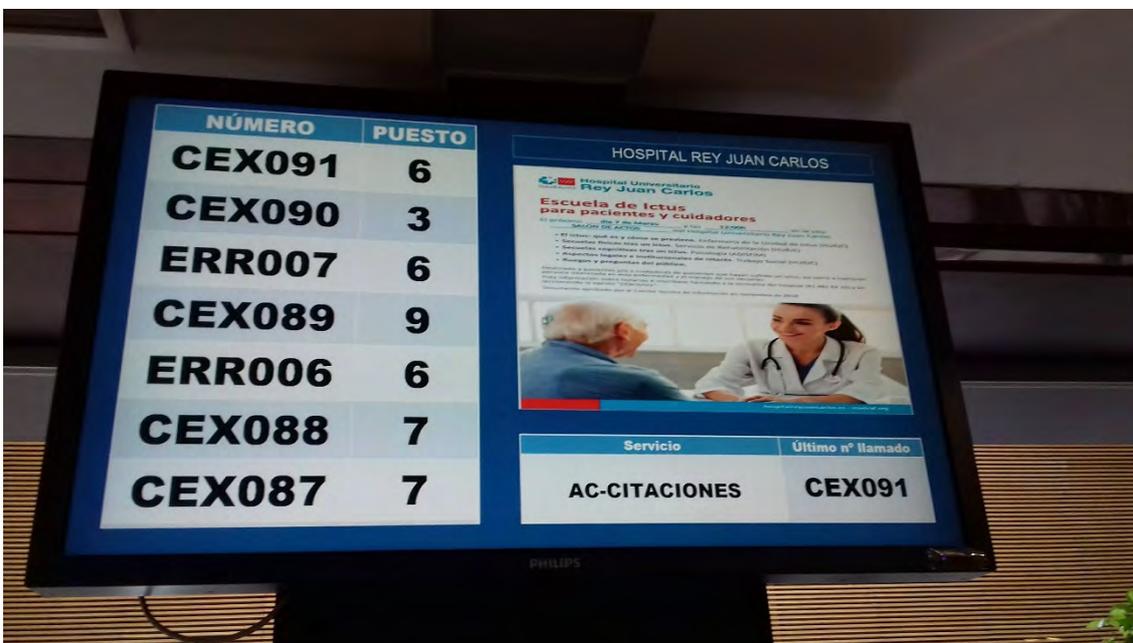
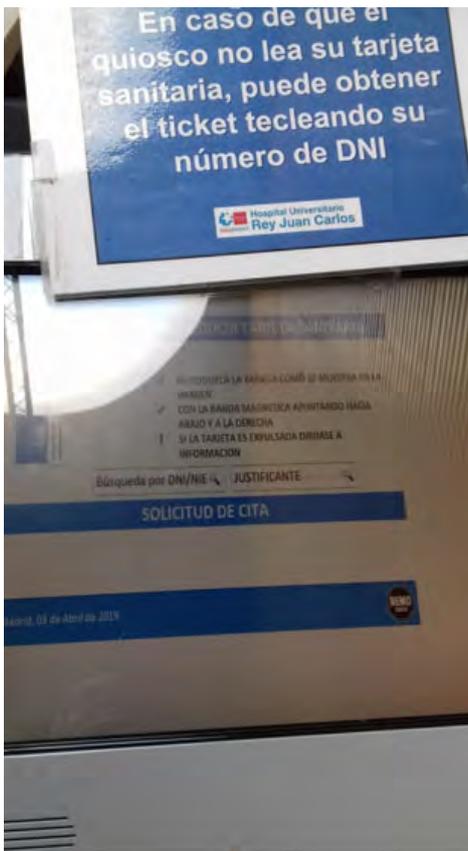


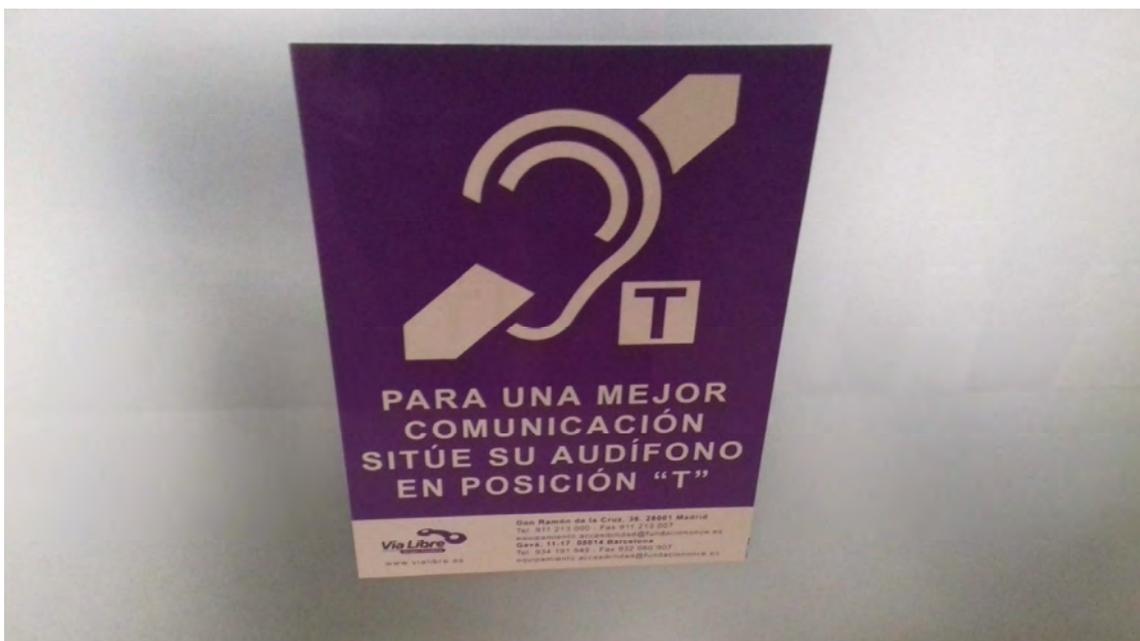


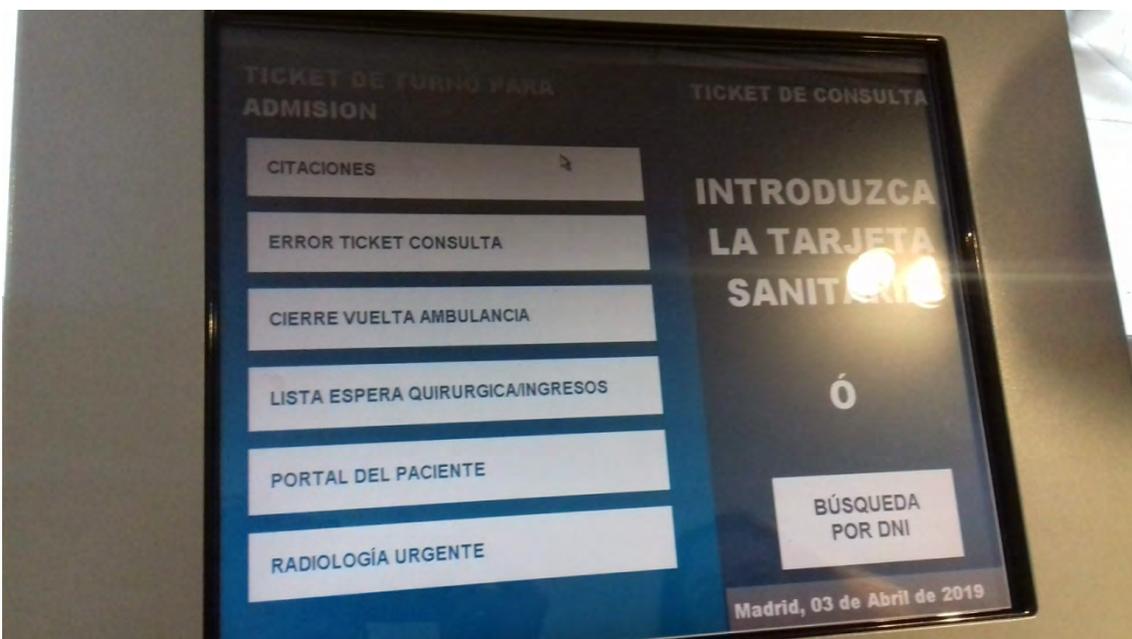
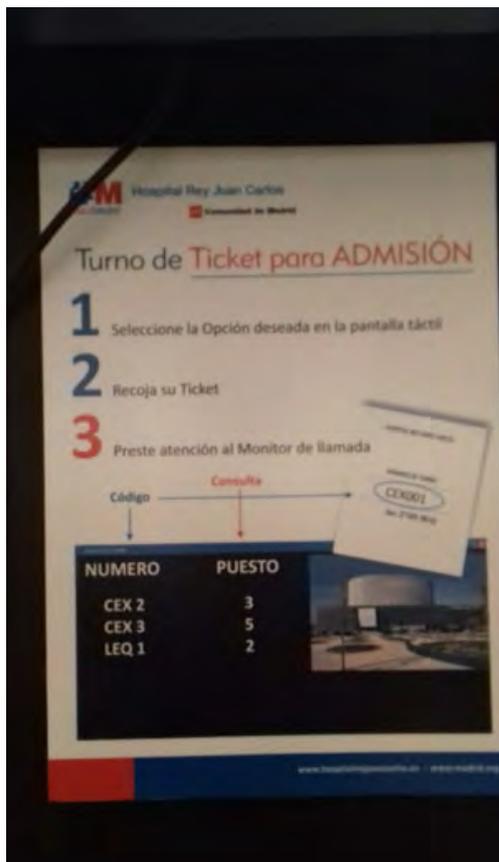


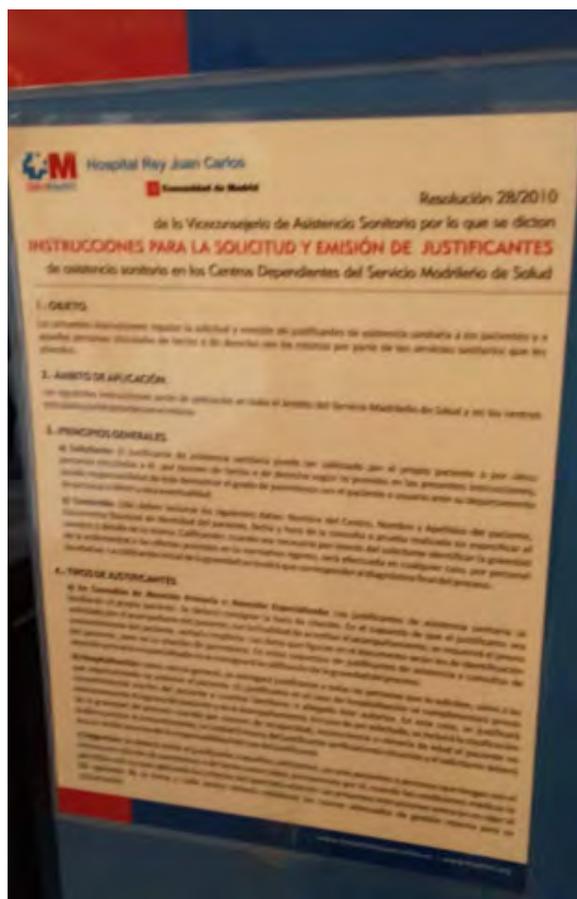
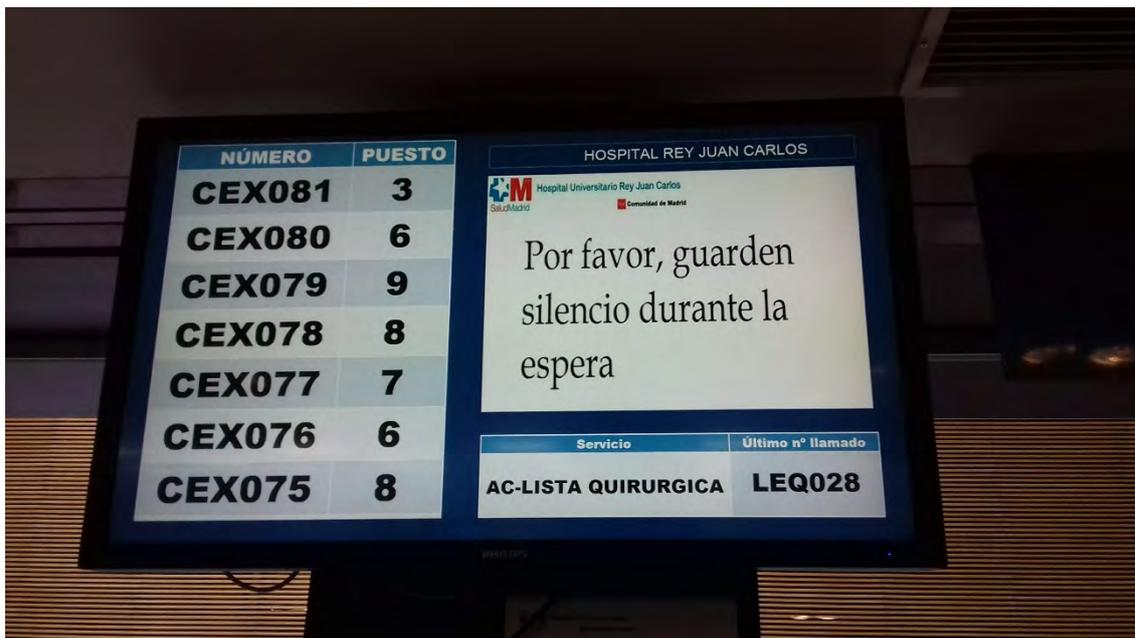


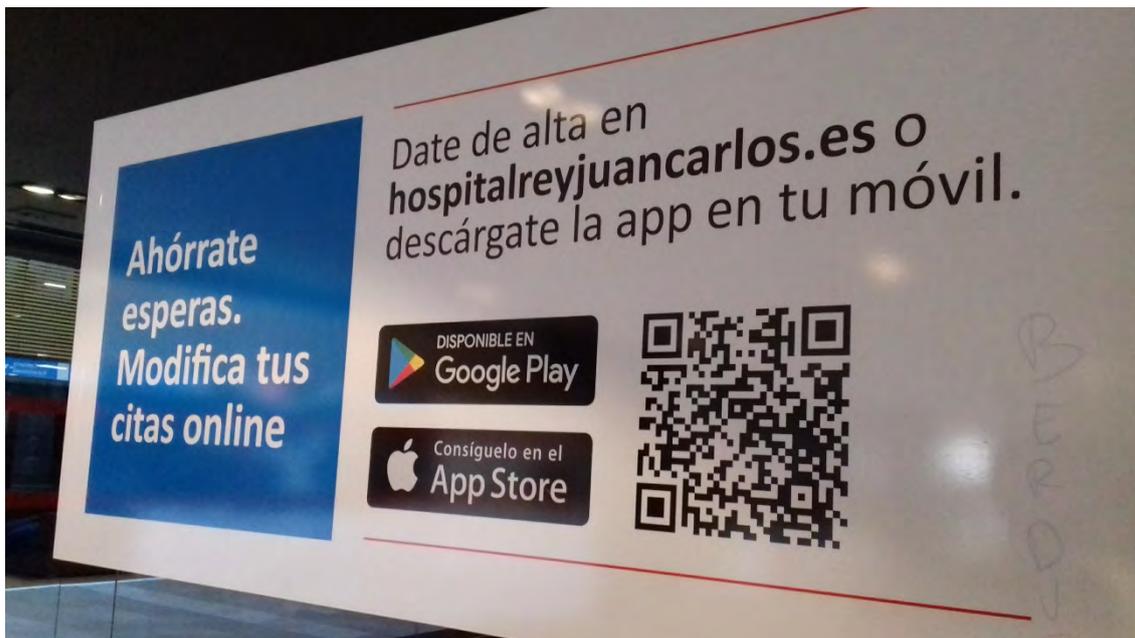


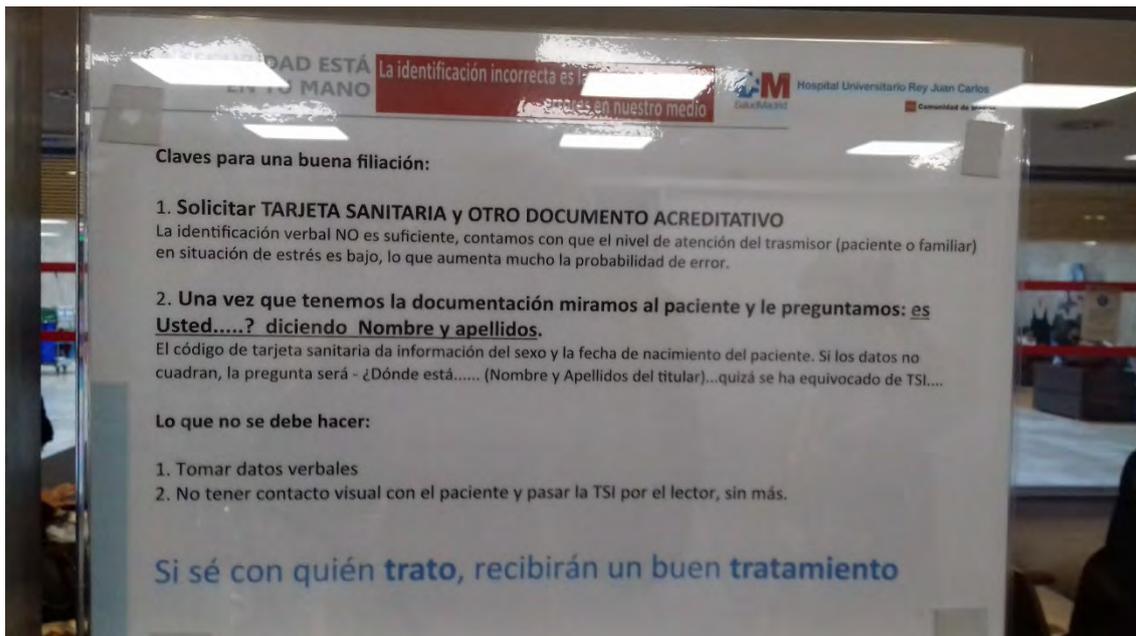














- La encuesta de satisfacción para el año 2.017 está por encima del 75%, ya que en las preguntas referentes a administrativo que se detallan a continuación, la satisfacción obtenida ha sido la siguiente:
  - Atención recibida por el personal administrativo: 95.2%
  - Tiempo empleado para realizar los trámites administrativos al ingreso: 94.9%



Resultados Encuestas SERMAS 2017

Los terceros en Satisfacción Global (96,2%) después de HGV 99,4% y Pnc Asturias 96,3%

Consultas Externas

ITEM	TOTAL GRUPO 2	HOSPITAL FUNDACIÓN ALCORCÓN	HOSPITAL DE FUENLABRADA	HOSPITAL DE GETAFE	HOSPITAL GÓMEZ ULLA	HOSPITAL INFANTA LEONOR	HOSPITAL INFANTA SOFÍA	HOSPITAL DE MÓSTOLES	HOSPITAL NIÑO JESÚS	HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS	HOSPITAL REY JUAN CARLOS	HOSPITAL SEVERO OCHOA	HOSPITAL DE TORREJÓN	HOSPITAL DE VILLALBA
Tiempo hasta que he visto por primera vez en consulta	70,2%	56,2%	58,3%	75,5%	66,7%	70,6%	45,2%	66,5%	77,6%	77,3%	88,4%	66,6%	66,5%	84,5%
Facilidad para conseguir la cita	82,7%	73,6%	78,1%	75,2%	78,0%	86,3%	75,3%	78,3%	86,2%	90,1%	96,3%	65,6%	80,1%	96,9%
Tiempo que he tardado en desplazarme hasta el centro	77,4%	81,6%	84,7%	79,5%	87,9%	67,3%	72,3%	77,8%	64,3%	72,3%	79,5%	69,8%	78,0%	84,7%
Limpieza	89,0%	91,9%	88,8%	84,5%	77,2%	88,2%	92,5%	80,2%	84,5%	87,6%	96,9%	68,9%	91,9%	96,9%
Satisfacción	85,6%	86,5%	87,8%	81,4%	78,0%	91,3%	83,8%	77,8%	83,9%	83,8%	93,2%	67,7%	88,2%	88,8%
Facilidad para encontrar las consultas	82,3%	77,4%	85,7%	82,6%	73,1%	90,1%	78,9%	78,3%	77,4%	74,5%	92,2%	62,7%	79,9%	95,0%
Conosidad y confort de la sala de espera	72,1%	64,5%	74,5%	81,5%	61,6%	77,5%	76,3%	65,2%	55,9%	62,7%	88,2%	40,6%	74,4%	91,3%
Tiempo de espera desde la hora de la cita hasta ser atendido	69,4%	65,4%	63,5%	68,8%	60,5%	72,8%	65,2%	67,7%	57,2%	65,2%	86,2%	35,4%	72,7%	84,5%
Trato y amabilidad del especialista	93,6%	87,8%	89,4%	96,3%	93,8%	94,4%	91,3%	94,4%	88,8%	96,3%	98,1%	90,7%	93,8%	98,1%
Eficacia para resolver problemas de salud del médico especialista	90,3%	81,6%	85,6%	91,1%	88,0%	92,5%	89,4%	86,1%	91,0%	93,7%	93,2%	90,4%	89,2%	96,2%
Tiempo dedicado en consulta por el médico especialista	88,6%	81,2%	81,2%	90,5%	81,4%	90,7%	86,2%	85,1%	85,6%	90,7%	95,0%	87,5%	89,3%	97,5%
Siempre que es necesario el médico especialista le explico	90,0%	86,4%	89,2%	89,7%	86,0%	86,2%	81,9%	89,5%	90,7%	93,2%	96,1%	87,0%	91,7%	97,5%
Información sobre su enfermedad	80,8%	80,5%	84,3%	91,4%	77,2%	86,3%	87,6%	87,5%	84,3%	88,8%	94,3%	91,3%	93,0%	96,9%
Instrucciones para seguir en casa	90,3%	80,1%	88,1%	93,2%	83,3%	87,0%	86,6%	89,6%	84,3%	97,5%	96,5%	89,4%	92,9%	97,9%
Información sobre los síntomas por los que debería volver al médico	89,5%	81,5%	86,5%	92,9%	81,4%	88,0%	87,0%	81,2%	83,7%	94,3%	95,5%	87,9%	93,4%	98,8%
Claridad de la información sobre el tratamiento	90,8%	83,8%	89,3%	93,0%	84,5%	87,6%	91,0%	83,8%	86,0%	94,3%	96,4%	88,3%	93,6%	98,0%
Satisfacción global con el especialista	91,9%	87,8%	89,4%	92,5%	88,2%	88,1%	90,7%	86,2%	89,0%	94,3%	96,4%	88,0%	93,8%	98,1%
Recomendación del especialista a amigos y familiares	92,9%	89,1%	85,4%	95,5%	94,9%	94,6%	91,8%	90,5%	89,4%	98,7%	96,9%	85,9%	93,1%	98,8%
Atención recibida por los enfermeros/as	93,3%	94,4%	90,1%	92,6%	90,0%	91,9%	92,3%	93,9%	88,2%	94,9%	93,8%	91,3%	94,7%	98,8%
Atención recibida por el personal administrativo	84,9%	75,5%	75,4%	84,9%	81,5%	87,5%	85,5%	83,0%	80,7%	82,8%	95,2%	77,6%	86,0%	96,4%
Explicación del por qué de sus pruebas	92,1%	86,1%	94,8%	90,0%	87,5%	89,8%	95,2%	88,8%	95,2%	97,6%	97,9%	89,1%	88,2%	92,7%
Explicación sobre su qué consisten las pruebas	91,4%	86,1%	95,8%	93,9%	88,3%	91,5%	92,2%	90,6%	88,7%	95,3%	98,9%	87,8%	86,0%	93,9%
Información sobre riesgos y efectos secundarios de las pruebas	85,7%	85,0%	86,7%	86,9%	77,2%	91,3%	87,8%	81,7%	87,0%	87,3%	88,3%	90,6%	79,3%	87,7%
Información sobre el resultado de las pruebas	91,0%	87,4%	92,2%	91,9%	84,7%	92,2%	85,9%	84,8%	94,6%	96,1%	93,5%	89,3%	86,9%	93,8%
Coordinación entre el médico/pediatra y el especialista	80,0%	73,1%	82,2%	81,7%	81,6%	89,8%	78,9%	87,8%	82,5%	82,2%	83,3%	76,8%	63,3%	90,8%
Satisfacción con la participación en las decisiones sobre los tratamientos	86,8%	83,5%	82,5%	91,8%	81,5%	91,0%	84,7%	85,0%	94,3%	89,2%	93,5%	78,6%	80,6%	81,0%
Satisfacción con la información recibida por el especialista	91,3%	82,4%	87,3%	92,3%	83,7%	88,2%	93,7%	86,8%	87,6%	95,0%	97,5%	88,2%	93,1%	98,7%
Satisfacción global con la atención recibida en la consulta del especialista	91,0%	82,5%	88,5%	91,3%	86,8%	89,3%	88,5%	87,3%	95,0%	96,3%	96,2%	86,1%	91,2%	99,4%
Recomendación de la consulta a amigos y familiares	94,8%	94,3%	87,6%	97,5%	96,2%	91,8%	92,5%	93,1%	98,7%	99,4%	98,8%	86,7%	94,3%	98,8%

Resultados Encuestas SERMAS 2017

Los segundos en Satisfacción Global (96,9%) después de H Móstoles 97,5% y con un 4,1% por encima de la media.

Hospitalización

ITEM	TOTAL GRUPO 2	HOSPITAL FUNDACIÓN ALCORCÓN	HOSPITAL DE FUENLABRADA	HOSPITAL DE GETAFE	HOSPITAL INFANTA LEONOR	HOSPITAL INFANTA SOFÍA	HOSPITAL DE MÓSTOLES	HOSPITAL DE VILLALBA	HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS	HOSPITAL SEVERO OCHOA	HOSPITAL GÓMEZ ULLA	HOSPITAL NIÑO JESÚS	HOSPITAL DE TORREJÓN	HOSPITAL REY JUAN CARLOS
Tiempo empleado para realizar los trámites administrativos al ingreso	87,5%	88,3%	83,0%	89,4%	74,7%	80,5%	94,9%	95,0%	88,1%	87,5%	85,6%	88,7%	90,0%	94,3%
Satisfacción con la información facilitada al ingreso	94,9%	96,4%	91,3%	98,9%	98,9%	96,8%	97,8%	100,0%	89,2%	93,9%	92,8%	92,3%	97,8%	92,3%
Trato y forma de acogerse en el momento del ingreso en el hospital	94,5%	93,2%	94,4%	94,4%	93,8%	90,0%	96,3%	99,4%	93,2%	92,5%	92,3%	96,9%	96,9%	97,5%
Trato y amabilidad de los médicos	93,6%	96,9%	91,5%	91,4%	92,5%	92,6%	96,3%	97,5%	89,5%	90,7%	93,5%	94,4%	91,9%	98,4%
Conocencia como profesionales y conocimientos de los médicos	93,2%	93,0%	89,4%	89,4%	92,3%	92,6%	97,8%	94,9%	92,6%	92,6%	94,4%	94,4%	94,1%	96,3%
Tiempo y dedicación de los médicos	89,2%	80,9%	85,7%	88,8%	92,6%	90,7%	93,2%	93,8%	85,8%	86,4%	93,8%	93,2%	84,4%	95,7%
Información facilitada por los médicos sobre su enfermedad	89,3%	86,4%	85,8%	88,6%	93,1%	90,8%	88,9%	93,1%	87,0%	82,7%	92,6%	91,2%	89,7%	93,8%
Información sobre el tratamiento médico	90,8%	91,8%	92,7%	88,9%	91,9%	91,3%	88,8%	93,8%	89,3%	83,0%	93,2%	92,6%	90,5%	95,7%
Satisfacción global con los médicos que le atendieron	92,9%	93,8%	91,4%	90,7%	92,6%	93,2%	95,7%	95,1%	90,7%	89,5%	93,2%	92,6%	93,6%	96,3%
Trato y amabilidad de las/os enfermeras/os	93,1%	91,9%	90,7%	93,8%	92,2%	93,2%	95,7%	97,5%	92,0%	92,5%	91,3%	94,4%	91,3%	95,0%
Conocencia como profesionales y conocimientos de las/os enfermeras/os	92,4%	93,8%	88,3%	93,1%	92,5%	93,2%	95,7%	96,9%	92,0%	92,6%	92,0%	94,4%	92,5%	93,1%
Tiempo y dedicación de las/os enfermeras/os	90,5%	89,3%	82,0%	91,3%	93,2%	92,0%	93,2%	95,7%	90,1%	83,6%	92,6%	95,1%	88,9%	93,1%
Satisfacción global con las/os enfermeras/os	92,6%	90,7%	88,9%	93,8%	93,2%	93,2%	97,5%	96,9%	92,0%	90,7%	91,4%	95,7%	89,5%	93,8%
Satisfacción global con las/os auxiliares de enfermería	91,9%	92,3%	84,8%	90,1%	90,7%	95,3%	96,8%	96,9%	90,1%	88,3%	91,3%	96,2%	88,4%	98,1%
Satisfacción global con las/os enfermeros/as	94,8%	91,2%	96,0%	95,5%	92,5%	96,1%	96,8%	99,4%	92,1%	92,5%	92,3%	98,7%	93,6%	99,7%
Satisfacción con la intimidad	91,1%	82,7%	90,1%	91,0%	85,8%	95,2%	95,1%	99,3%	88,1%	85,8%	93,2%	92,4%	96,9%	96,2%
Información proporcionada sobre la intervención realizada	88,4%	87,8%	86,3%	85,8%	86,5%	87,5%	94,6%	93,8%	77,9%	77,4%	90,8%	93,5%	91,9%	93,2%
Satisfacción con el tratamiento para el dolor	88,9%	88,8%	90,0%	84,3%	90,2%	94,1%	87,0%	90,8%	85,0%	93,7%	89,7%	88,7%	89,4%	87,8%
Información facilitada a su salida del hospital	91,6%	90,5%	95,1%	90,7%	90,0%	94,2%	96,9%	95,6%	89,3%	88,1%	90,6%	94,4%	86,3%	92,6%
Aceptación para las personas diagnosticadas	84,6%	83,2%	85,3%	75,8%	83,1%	86,5%	74,2%	85,0%	78,8%	73,2%	79,6%	80,0%	90,9%	94,7%
Limpieza de la habitación	82,1%	71,3%	76,5%	85,1%	82,0%	84,2%	80,5%	81,6%	78,6%	70,4%	81,5%	79,6%	91,2%	91,2%
Temperatura de la habitación	81,6%	74,5%	80,1%	85,9%	84,0%	87,0%	80,0%	94,2%	78,1%	72,7%	80,9%	81,5%	89,4%	88,1%
Baño de la habitación	76,7%	68,8%	67,5%	84,4%	80,9%	91,0%	67,7%	94,5%	68,8%	51,9%	77,0%	84,5%	93,5%	93,5%
Estado de conservación del mobiliario (sillas, armarios, etc.) de la habitación	70,8%	62,7%	59,6%	74,5%	77,2%	82,6%	45,9%	99,3%	60,6%	41,6%	80,9%	59,8%	90,4%	90,6%
Conosidad y comodidad de la habitación para el paciente	82,1%	76,9%	77,8%	82,0%	77,8%	85,6%	67,9%	100,0%	81,9%	61,9%	85,0%	80,2%	93,8%	94,4%
Conosidad y comodidad de la habitación para los acompañantes	64,0%	46,4%	46,0%	67,5%	76,5%	82,1%	56,3%	88,3%	47,2%	48,6%	82,4%	47,5%	79,0%	64,3%
El silencio por la noche	82,5%	72,0%	81,2%	81,4%	77,0%	91,7%	80,8%	90,0%	78,3%	67,9%	84,6%	85,6%	91,1%	93,8%
Satisfacción global con la habitación	78,9%	82,5%	72,8%	73,9%	80,0%	85,7%	72,6%	95,4%	76,9%	51,2%	82,7%	64,6%	96,6%	95,7%
Presentación de la comida	73,2%	61,6%	74,0%	76,0%	65,1%	74,1%	84,3%	71,8%	69,3%	70,0%	72,9%	89,3%	73,9%	80,1%
Gusto de la comida	70,7%	61,0%	68,7%	74,3%	65,1%	70,8%	79,7%	71,5%	75,3%	72,4%	71,6%	80,8%	67,0%	83,8%
Cantidad de comida	77,8%	74,7%	77,8%	78,1%	86,1%	75,0%	84,1%	83,8%	78,7%	80,0%	71,6%	90,1%	77,5%	83,6%
Temperatura de la comida	76,5%	61,5%	76,6%	76,0%	65,8%	79,6%	82,9%	82,3%	76,0%	78,0%	72,9%	90,2%	79,8%	82,9%
Variedad de la comida	73,9%	59,3%	60,0%	76,0%	64,5%	81,8%	82,7%	79,9%	74,7%	73,3%	72,1%	90,8%	72,0%	79,1%
Horarios de las comidas	79,7%	70,3%	81,8%	79,5%	64,5%	88,2%	83,3%	83,0%	80,5%	76,3%	72,9%	93,9%	88,2%	85,4%
Satisfacción global con la comida	74,8%	63,7%	72,4%	76,7%	65,1%	78,2%	84,7%	78,9%	75,3%	72,4%	71,6%	80,8%	67,0%	83,8%
Satisfacción con las facilidades para la toma de decisiones	86,1%	83,0%	79,7%	87,1%	84,1%	89,8%	89,3%	94,3%	82,5%	90,6%	92,6%	90,4%	85,4%	87,3%
Satisfacción con la información recibida	89,9%	89,5%	86,3%	88,8%	88,9%	93,8%	96,3%	90,7%	88,3%	84,0%	92,0%	93,2%	87,7%	93,2%
Satisfacción global con la atención que ha recibido en el servicio de hospitalización	92,8%	90,7%	90,6%	93,8%	92,0%	90,7%	97,5%	95,1%	92,0%	88,9%	92,6%	95,7%	92,0%	96,9%
Recomendación del Servicio a familiares y amigos	93,4%	88,9%	88,3%	98,8%	90,1%	91,1%	98,1%	98,1%	92,5%	89,9%	95,1%	95,7%	96,6%	96,2%





## 11.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

### **PARÁMETRO 1: Listado telefónico actualizado**

Definición: Grado de cumplimiento de la actualización trimestral del listado telefónico

Nivel de cumplimiento exigible: 8 sobre 10

Frecuencia con la que debe realizarse la medición o toma de datos: mensual

Método de cálculo: Comprobación de 5 números de teléfono de forma aleatoria. En caso de que no se haya detectado ningún incumplimiento la puntuación será de 10. En caso contrario, la puntuación será 0.

Resultado: 10

## 11.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR

Sin incidencias

## 11.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

Sin incidencias

---

## 12.-SERVICIO DE EXPLOTACIONES COMERCIALES.

### 12.1.-OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoría Operativa en cuanto a Explotaciones Comerciales se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital Rey Juan Carlos (expediente PA SER-41/2018-AE).

### 12.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. solicitó, la siguiente documentación, que fue recibida por GESMAN y analizada:

#### CAFETERÍA-BAR Y COMEDOR:

- Certificado ISO 9.001 o equivalente de la cafetería-bar, comedor público y comedor de personal.
- Proyecto sobre seguridad e higiene.

#### SERVICIO DE APARCAMIENTO:

- Relación de las áreas para uso preferente de aparcamiento.
- Tarifas de aparcamiento.
- Nº total de plazas de aparcamiento y nº total de plazas para minusválidos

#### SERVICIO DE TELÉFONO Y TELEVISORES EN HABITACIONES Y ZONAS COMUNES:

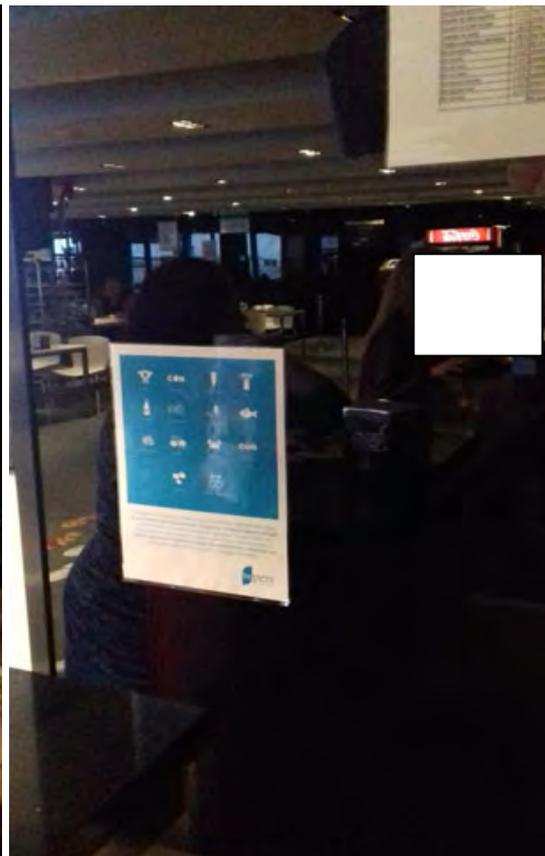
- Tarifas de teléfono y servicio de televisión.

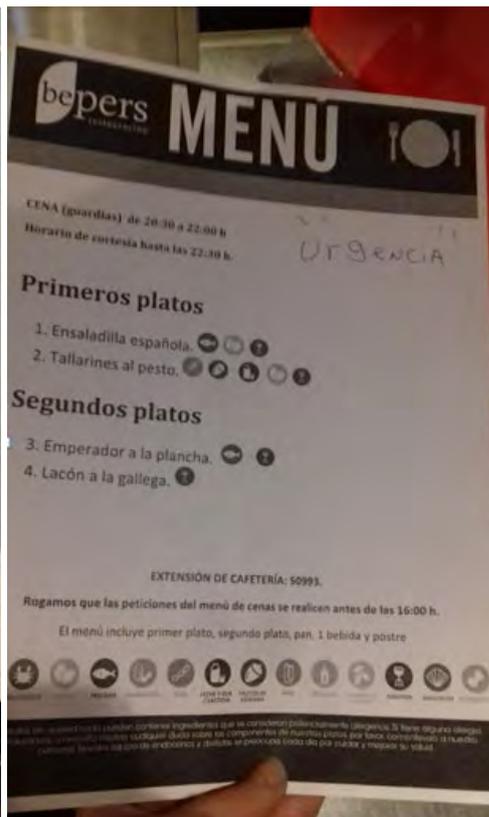
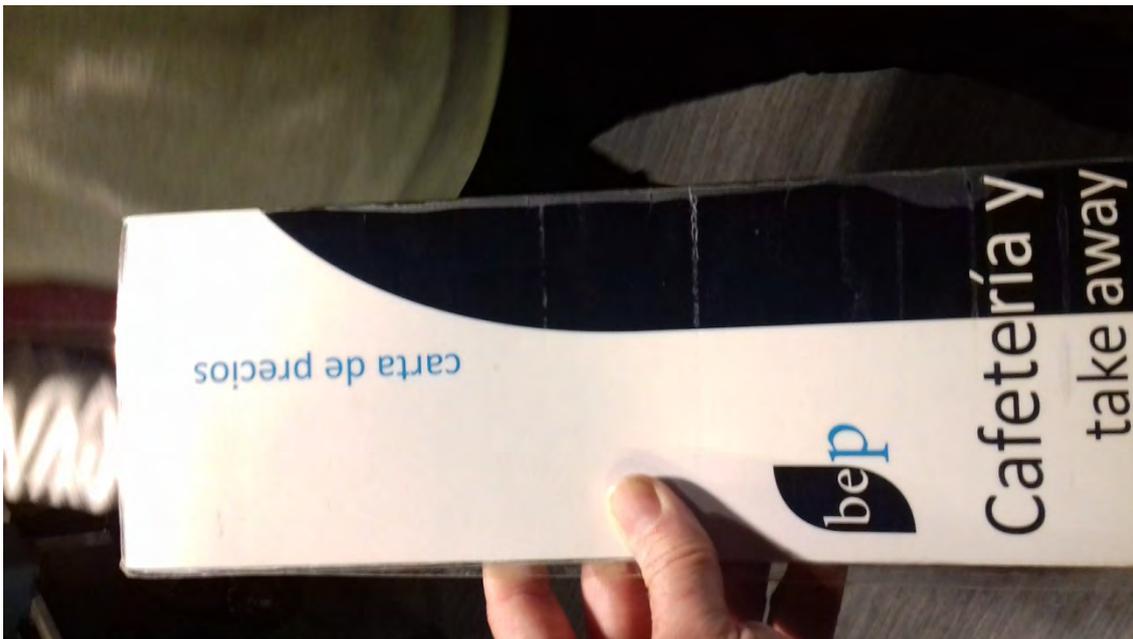
## 12.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

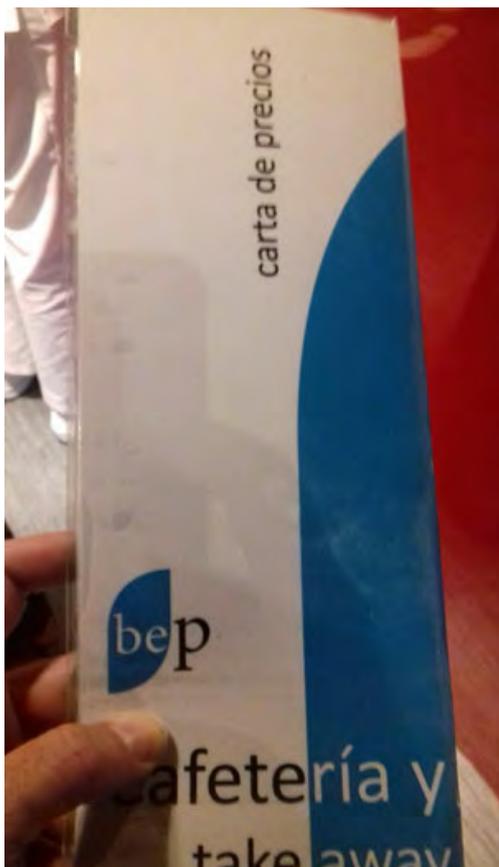
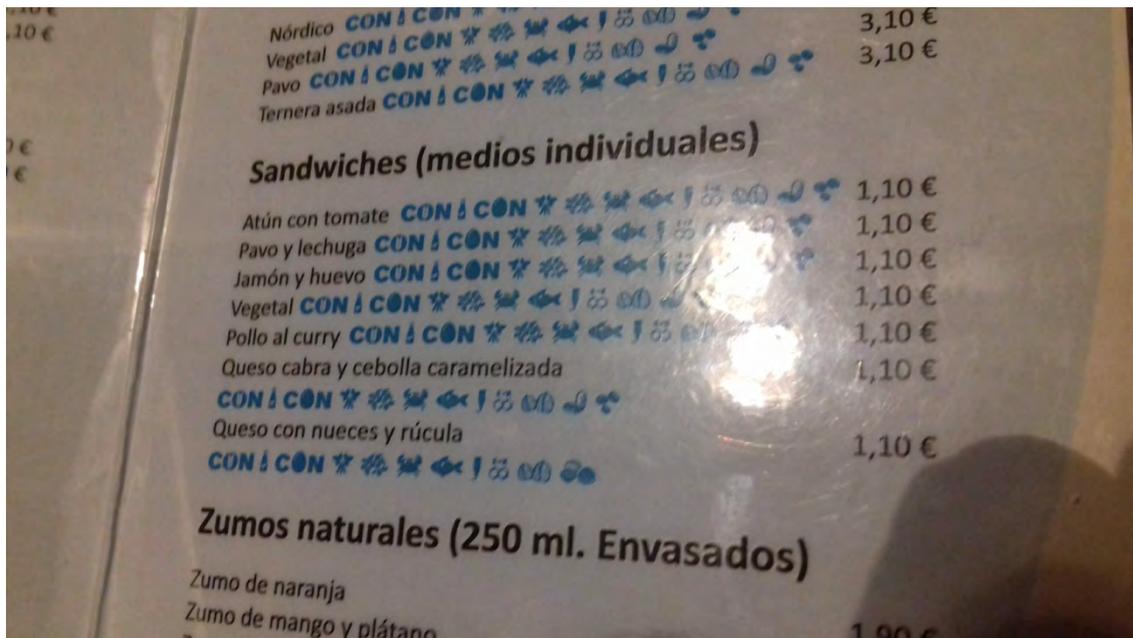
### CAFETERIA - BAR Y COMEDOR

- Hay una lista publicada en un lugar visible con precios + IVA de todos los productos, así como de los alérgenos:

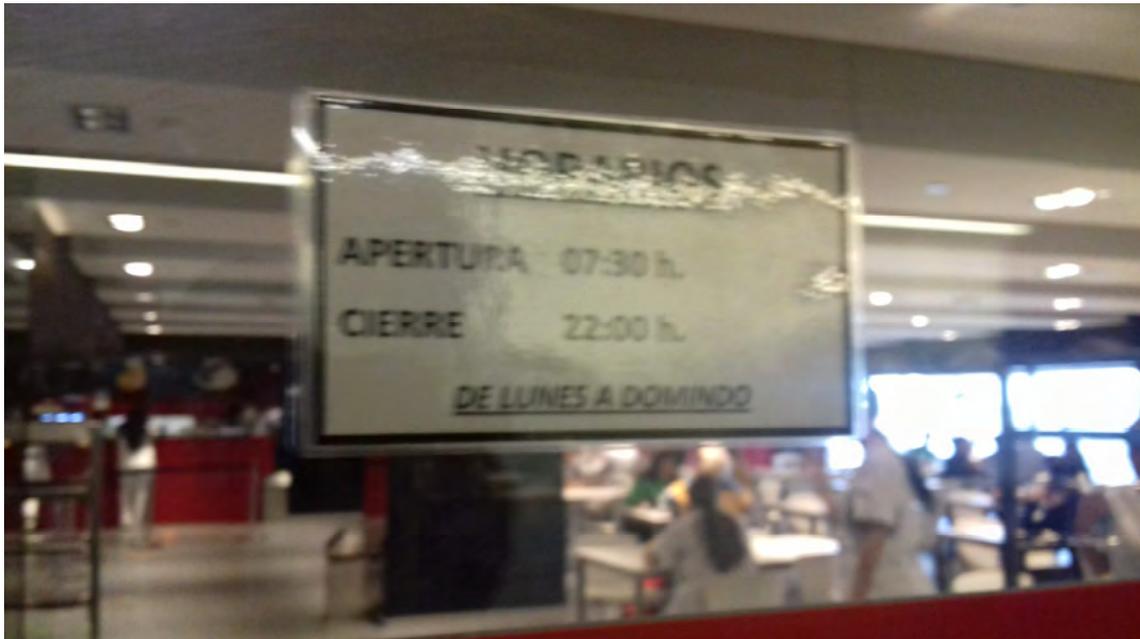












# MENÚ

**12/04/19**

### Primeros platos

- Ensalada de la huerta.
- Consomé de ave.
- Potaje de garbanzos.
- Espaguetis con setas.

### Segundos platos

- Salmón al horno.
- Albóndigas de ternera.
- Lomo fresco a la plancha.

**10.50 € IVA incluido**

El menú incluye primer plato, segundo plato, pan, 1 bebida y postre.

Los platos de nuestra carta pueden contener ingredientes que se consideran potencialmente alergénicos. Si tiene alguna alergia o intolerancia, o necesita resolver cualquier duda sobre los componentes de nuestros platos, por favor coméntenos a nuestro personal. Nuestro equipo de endocrinos y dietistas se preocupa cada día por cuidar y mejorar su salud.

- No se dispone de impresos de quejas/reclamaciones/sugerencias disponibles en ambas cafeterías, haciendo referencia al servicio de atención al Paciente del Centro para poder interponer una queja/reclamación/agradecimiento, por lo que se debería colocar un cartel en las cafeterías.
- La empresa dispone de certificado en la norma ISO-9000 o equivalente, ya que se ha comprobado la disposición del certificado ISO 9.001: 2.015 para el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles con la siguiente fechas de validez: 29 de enero de 2.018-26 de enero de 2.021, siendo el alcance del sistema: "actividades asistenciales: consultas externas, hospitalización, urgencias, bloque quirúrgico, CMA, bloque obstétrico, diagnóstico por la imagen, hospitalización en unidades críticas, diálisis, uso de hemoderivados, farmacia, análisis clínicos, hospital de día, esterilización, rehabilitación y anatomía patológica. Servicios estratégicos y de soporte no asistencial: atención al paciente, admisión, **restauración**, mantenimiento de instalaciones y equipos electromédicos, limpieza, gestión intrahospitalaria de residuos y lencería".
- Se realizan encuestas de satisfacción a los clientes.
- Todo el personal dispone del carnet de manipulador de alimentos.
- Se ha desarrollado un proyecto de seguridad e higiene (antes de 6 meses).
- El personal está uniformado adecuadamente y cuida de su aseo personal



- Se tienen en consideración los alérgenos:



## SERVICIO DE APARCAMIENTO

- La capacidad total de aparcamiento cubierto situado en la planta sótano -1 es de 799 plazas, estando 32 de ellas reservadas para personas con minusvalía, que supera las 25 exigidas por la legislación vigente

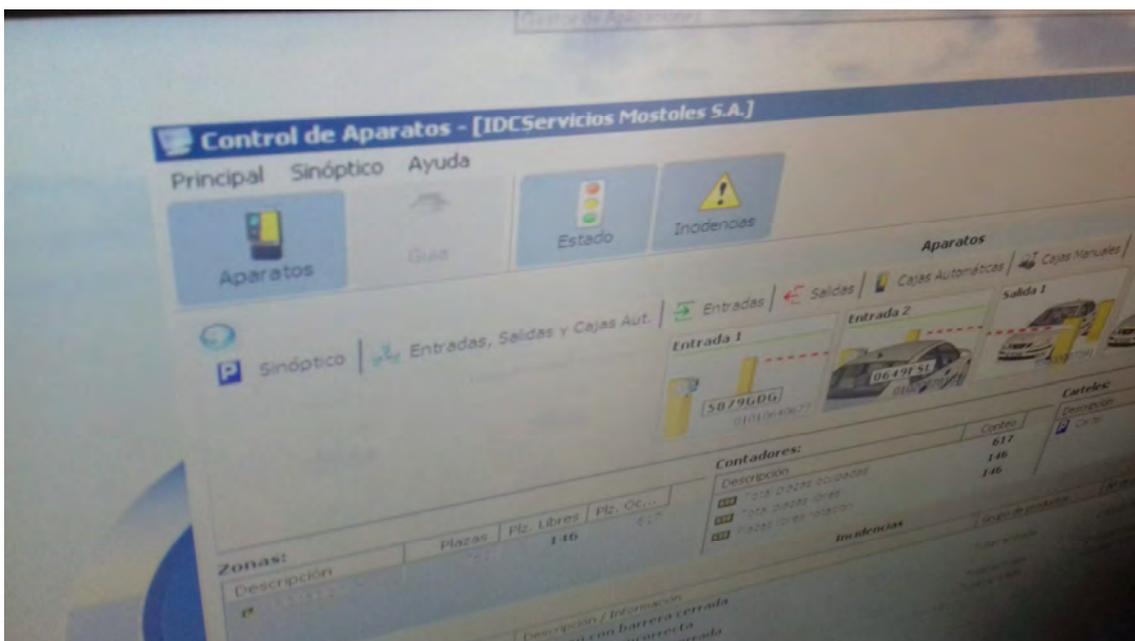


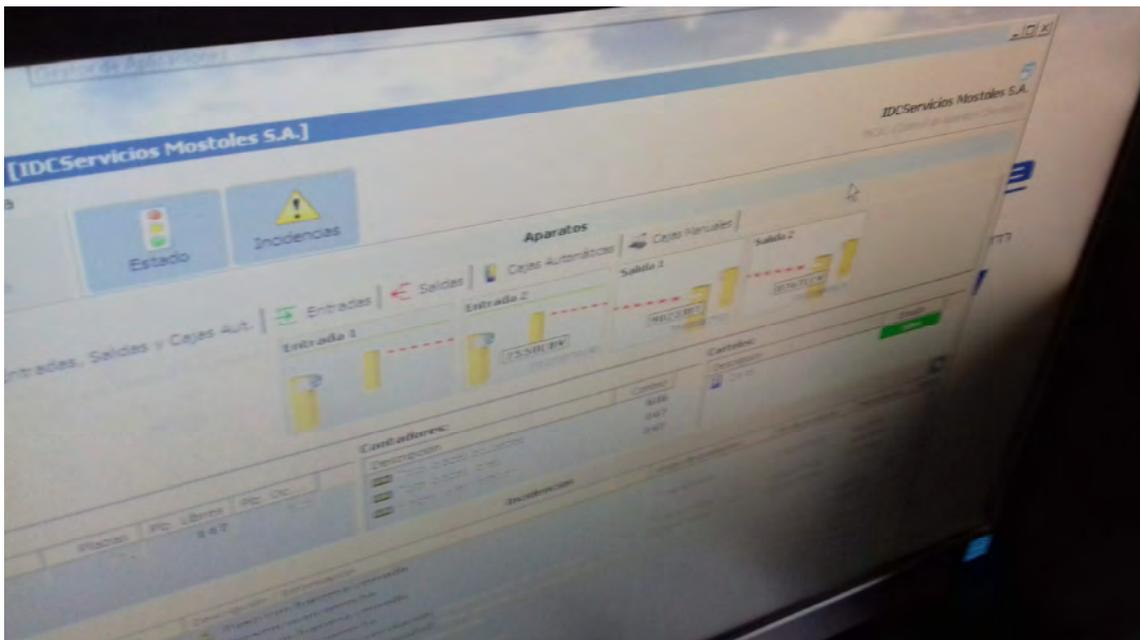
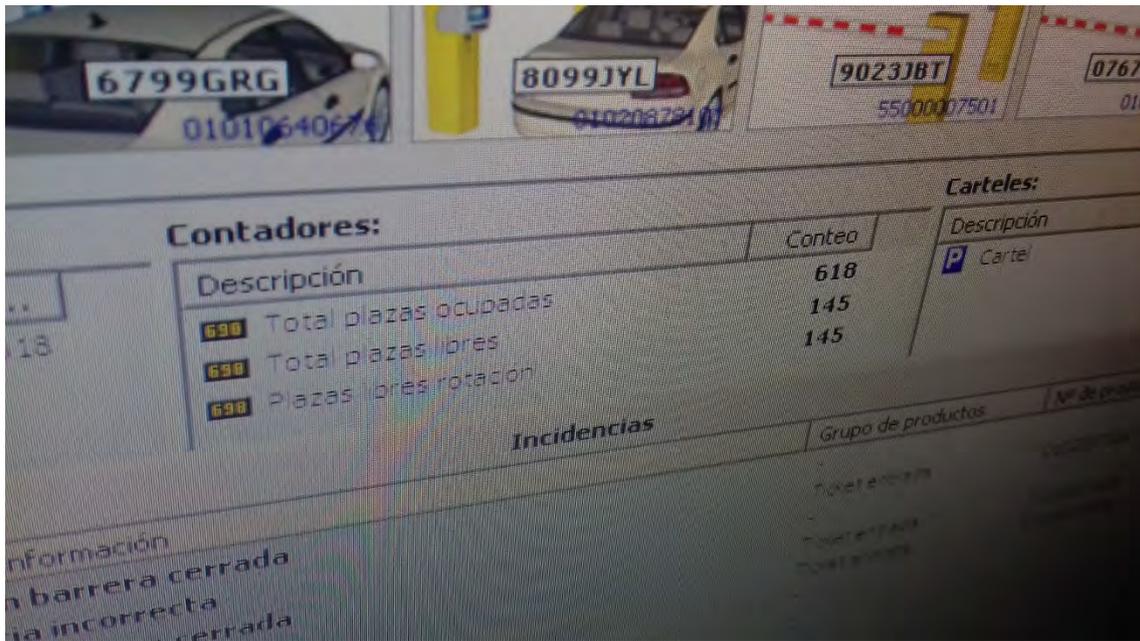
- El servicio de aparcamiento esta operativo 24h/días, 365/6 días al año.
- El aparcamiento es seguro tanto para las personas como para los vehículos.
- Existe una gestión del tráfico en el recinto que garantiza la circulación fluida.
- Se realizan las tareas administrativas y no se cobra a los usuarios, ya que es gratuito:

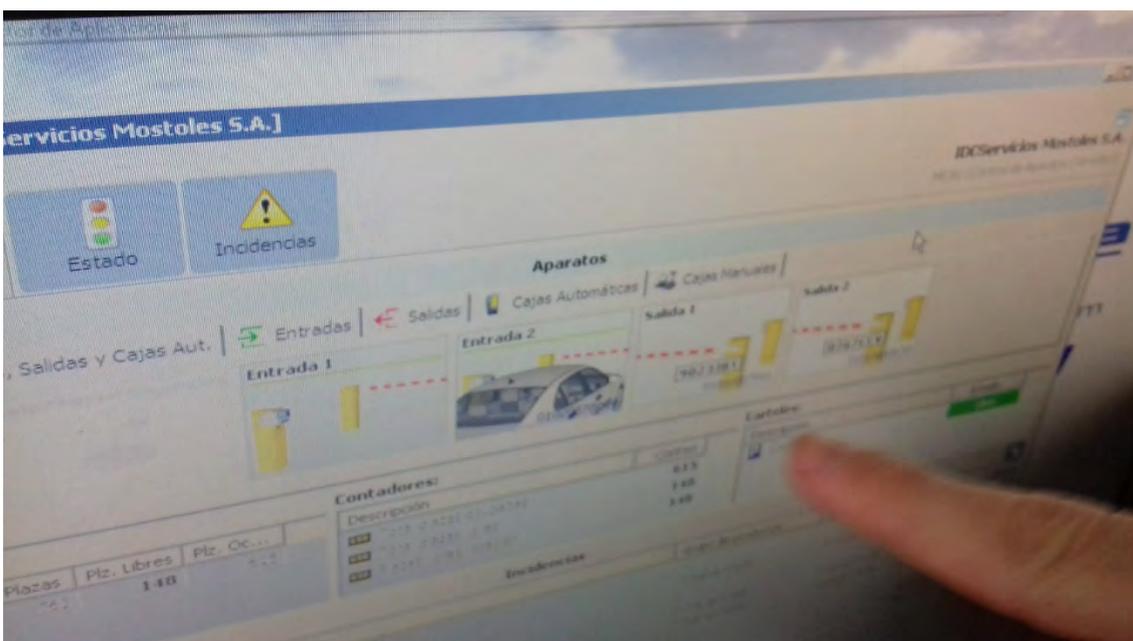
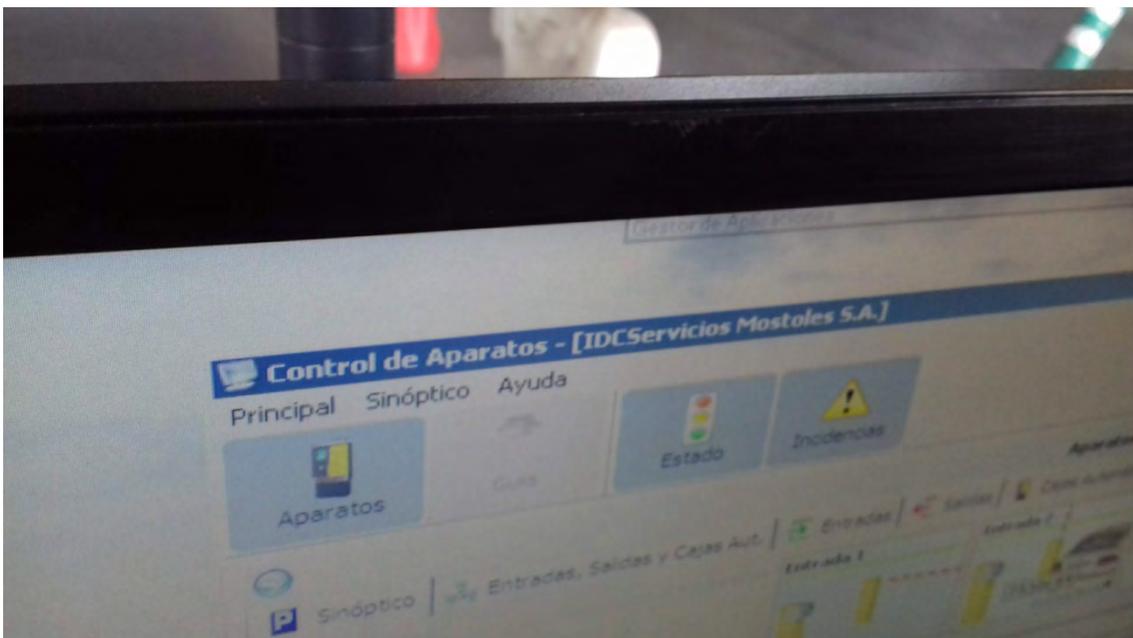


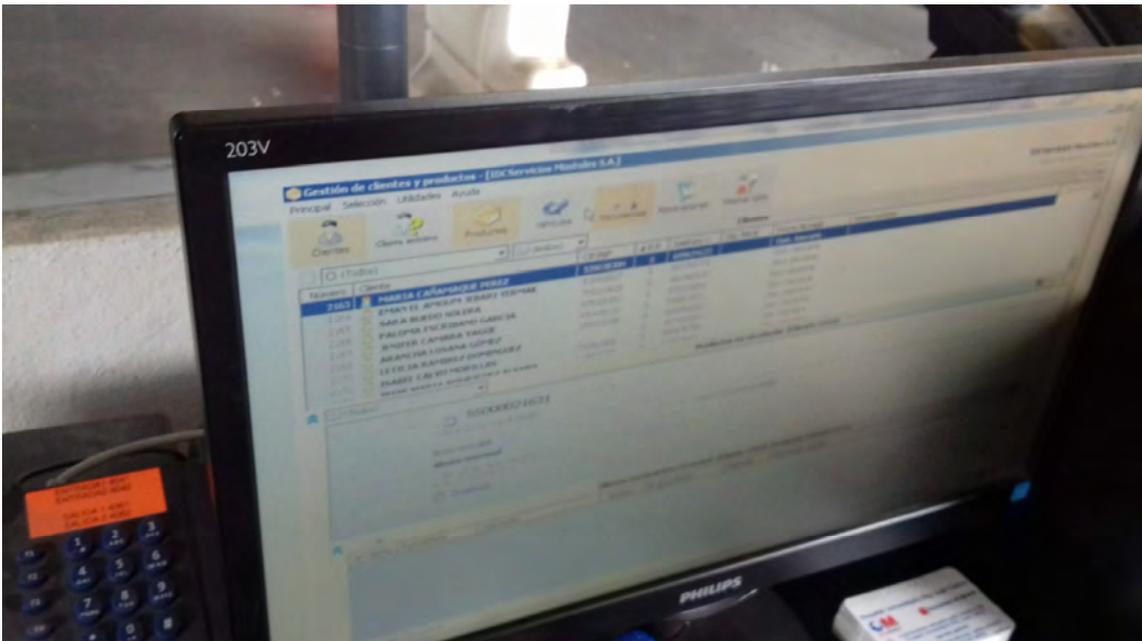






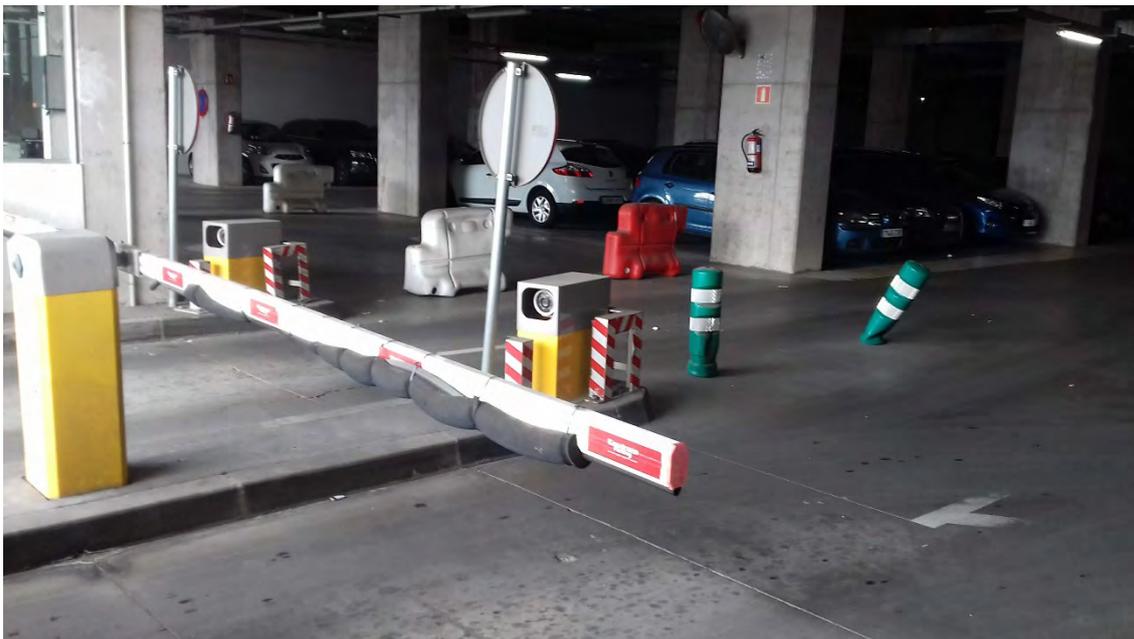








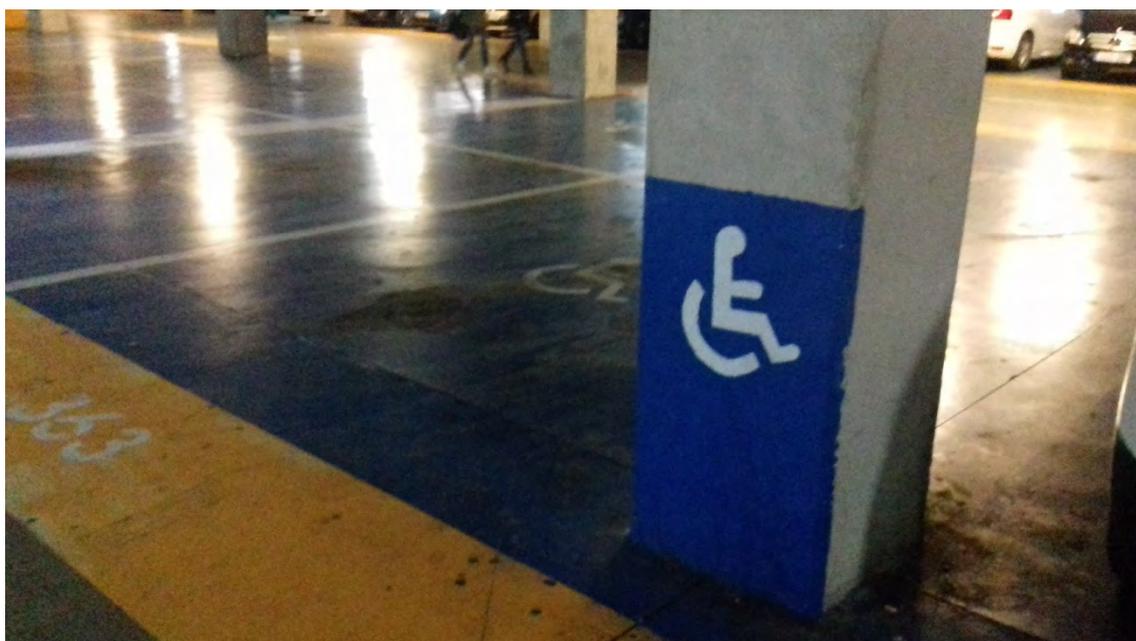


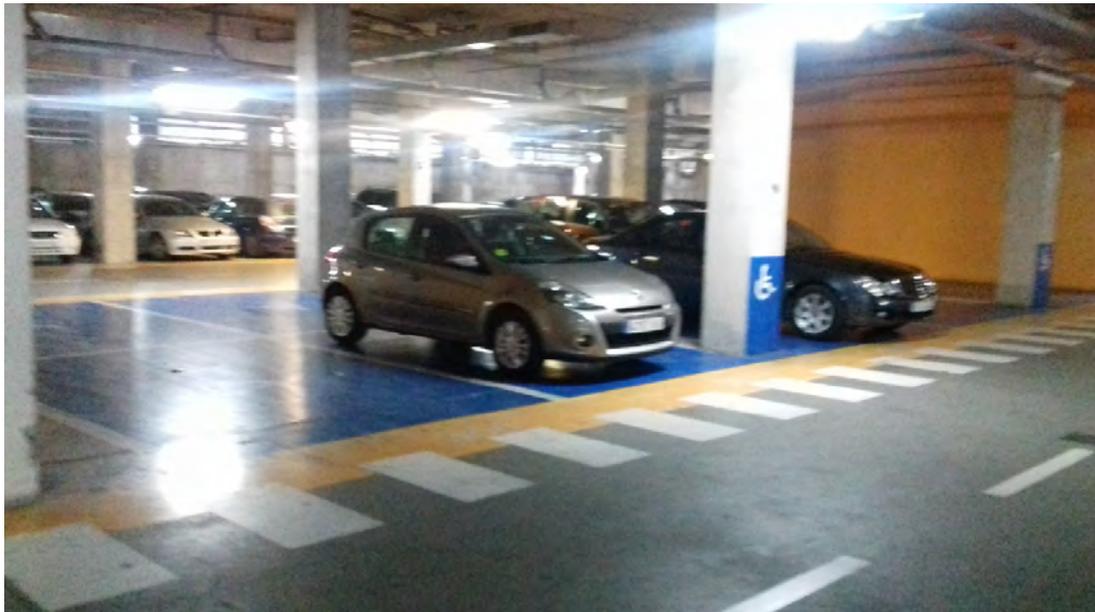


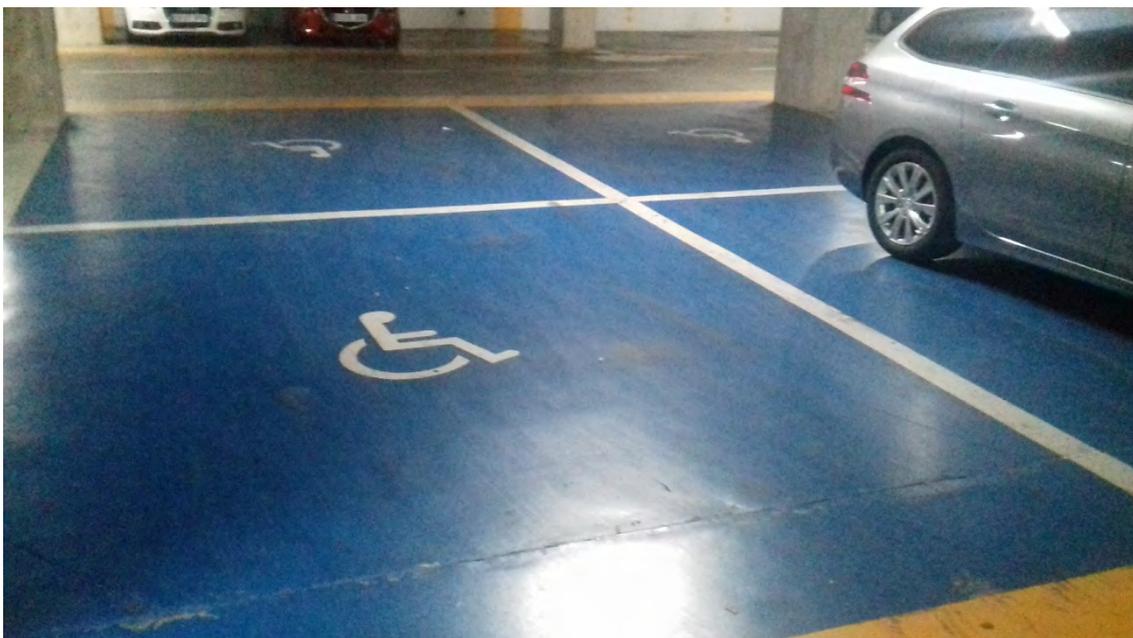


- El dimensionamiento del aparcamiento es acorde con el funcionamiento del mismo.
- Se favorece la rotación de vehículos.
- La empresa designa áreas para uso preferente a grupos y asegura que se utilizan por el usuario autorizado → plazas para personas con movilidad reducida:









- Se respetan según la normativa las zonas reservadas para el personal
- Se evitan la estancias prolongadas y continuas
- Solo se permite el estacionamiento de vehículos ligeros.
- Se ofrece un servicio integral de seguridad (para evitar robos, accidentes...)
- La empresa realiza un informe mensual a la administración sanitaria de los actos delictivos producidos en el aparcamiento
- Se facilita la información de la encuesta a la administración sanitaria.
- El aparcamiento es gratuito
- Se observa un buen estado de la señalización horizontal
- Se observa un buen estado de la señalización vertical
- Durante la auditoría las barreras de entrada/salida funcionaban correctamente
- Se ha observado que el suelo no es resbaladizo
- Se ha comprobado el correcto funcionamiento de las cámaras de seguridad.

- Se comprueba que el personal adscrito al Servicio tiene firmada una cláusula de confidencialidad que salvaguarda el cumplimiento de la LOPD.

#### **TELÉFONO Y TELEVISIÓN**

- Se comprueba que el servicio telefónico es de uso público para pacientes y gratuito
- Se comprueba que el servicio de televisión para pacientes hospitalizados y en los servicios de diálisis, UCE, Hospital de día y salas de espera de pediatría es gratuito

#### **12.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.**

##### **PARÁMETRO 1: ISO 9.001 en cafetería – bar y comedor**

Definición: Garantía de certificación ISO 9.001

Nivel de cumplimiento exigible: 10 sobre 10

Frecuencia con la que debe realizarse la medición o toma de datos: anual

Método de cálculo: En caso de que el certificado esté vigente y recoja en el alcance la cafetería-bar y el comedor del Hospital, se puntuará un 10. En caso contrario, la puntuación será de 0.

Resultado: 10

##### **PARÁMETRO 2: Indicador del Servicio de Explotaciones Comerciales**

$IN=0.4*\text{Cafetería y comedor}+0.4*\text{Aparcamiento}+0.2*\text{Servicio de TV}$

Resultado: 10

#### **12.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.**

Sin incidencias

#### **12.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.**

Sin incidencias

### 13.-PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO

Atendiendo a la tipología de las incidencias anteriores, se expone el plan de acción propuesto:

- Limpieza:
  - o Formación del personal en cuanto a que el carro no debe contener elementos ajenos, así como limpieza de zonas sucias a limpias.
  - o Colocar los productos en cubetos de retención para el caso de derrame.
  - o Garantizar la conexión de los dosificadores de producto.
  - o Certificado de calibración de dosificadores.
  - o Optimizar el manual de procedimientos y su formación, en cuanto a las zonas a limpiar se refiere.
- Desinfección, Desinsectación y Desratización:
  - o No procede
- Seguridad y Vigilancia:
  - o No procede
- Gestión de Residuos Sanitarios.
  - o Cambiar la galga de las bolsas de basura
  - o Formación al personal en cuanto a gestión de residuos se refiere
  - o Control de calidad mensual en gestión de residuos
  - o Emplear material absorbente en el kit de derrames
- Viales y Jardines:
  - o No procede

- Esterilización:
  - o No procede
- Gestión de almacenes y distribución logística:
  - o Realizar un inventario trimestral del material de los almacenillos
- Apoyo Administrativo:
  - o No procede
- Explotaciones comerciales:
  - o No procede.

Madrid, 15 de mayo de 2019



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