



AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA



Editado en noviembre 2015

ÍNDICE

PORTADA DE DOCUMENTO	1
ÍNDICE.....	2
1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD.....	6
2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD.....	7
3. PROGRAMA DE AUDITORÍA	8
3.1. FASE 1. PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES.....	8
3.1.1 Solicitud de documentación inicial	8
3.1.2 Planificación de auditoría.....	8
3.1.3 Reunión de apertura 16 septiembre 2015.....	8
3.2. FASE 2. RECOPIACIÓN DE LOS DATOS NECESARIOS.....	10
3.2.1. Recepción de documentación inicial	10
3.2.2. Diseño de protocolos para la toma de datos.....	10
3.2.3. Plan de visitas.....	10
3.3. FASE 3. ANÁLISIS Y PROCESADO DE LOS DATOS RECOPIADOS.....	11
3.4. FASE 4. PROPUESTA DE CAMBIOS Y MEJORAS	11
3.5. FASE 5. CIERRE DE LA AUDITORIA.....	11
4. METODOLOGÍA DE AUDITORÍA	12
5. DESARROLLO DE AUDITORÍA	13
1) SERVICIO DE RESTAURACIÓN (RES).....	14
1.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (RES).....	14
1.2. DOCUMENTACIÓN (RES).....	16
1.3. PROGRAMA DE VISITA	20
1.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (RES)	20
1.4.1. MEDIOS MATERIALES.....	20
1.4.2. MEDIOS HUMANOS (RES)	22
1.4.3. EVALUACIÓN DE PROCESOS (RES)	23
1.4.4. RESULTADOS DE AUDITORÍA (RES)	59
1.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (RES)	62
1.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (RES).....	64
1.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (RES)	64
1.8. ANEXOS (RES).....	65
1.9. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (RES)	65
2) SERVICIO DE LENCERÍA Y LAVANDERÍA (LAV)	66
2.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (LAV)	66
2.2. DOCUMENTACIÓN (LAV).....	68
2.3. PROGRAMA DE VISITA (LAV).....	78
2.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (LAV)	79
2.4.1. VISITA ZONA DE RECEPCIÓN (LAV)	79
2.4.2. VISITA ALMACEN CENTRAL DE LENCERIA (LAV).....	80
2.4.3. VISITA CUARTOS DE LENCERIA (LAV)	80

2.4.4. REGISTROS DEL SERVICIO.....	84
2.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (LAV)	85
2.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (LAV).....	85
2.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (LAV).....	85
2.8. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (LAV).....	87
3) GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA (ALM)	87
3.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (ALM)	87
3.2. DOCUMENTACIÓN (ALM).....	88
3.3. PROGRAMA DE VISITA (ALM).....	95
3.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (ALM).....	95
3.4.1. MEDIOS MATERIALES.....	95
3.4.2. MEDIOS HUMANOS.....	99
3.4.3. EVALUACIÓN DE PROCESOS.....	100
3.4.4. RESULTADOS DE AUDITORÍA.....	117
3.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (ALM)	119
3.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (ALM)	121
3.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (ALM).....	121
3.8. ANEXOS (ALM).....	122
3.9. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (ALM).....	123
4) GESTIÓN DE RESIDUOS (GR)	124
4.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (GR).....	124
4.2. DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE GESTION DE RESIDUOS (GR).....	125
4.3. PROGRAMA DE VISITA (GR)	134
4.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (GR).....	134
4.4.1. VISITA DEPOSITOS INTERMEDIOS	134
4.4.2. VISITA DEPOSITO FINAL	140
4.4.3. MEDIOS HUMANOS.....	142
4.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (GR).....	143
4.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (GR)	143
4.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (GR)	144
4.8. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (GR)	144
5) DESINSECTACION Y DESRATIZACION (DD).....	145
5.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (DD).....	145
5.2. DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN (DD)	146
5.3. PROGRAMA DE VISITA (DD)	152
5.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (DD)	152
5.4.1. MEDIOS MATERIALES (DD).....	152
5.4.2. MEDIOS HUMANOS (DD)	152
5.4.3. EVALUACION DE PROCESOS (DD)	152
5.4.4. RESULTADOS DE AUDITORÍA (DD)	159
5.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (DD)	160
5.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (DD).....	160

5.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (DD)	160
5.8. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (DD)	161
6) VIALES Y JARDINES (VJ).....	162
6.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (VJ)	162
6.2. DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE VIALES Y JARDINES (VJ).....	163
6.3. PROGRAMA DE VISITA (VJ).....	169
6.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (VJ)	169
6.4.1. MEDIOS MATERIALES (VJ)	169
6.4.2. MEDIOS HUMANOS (VJ).....	170
6.4.3. EVALUACION DE PROCESOS (VJ).....	170
6.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (VJ).....	174
6.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (VJ)	175
6.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (VJ).....	175
6.8. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (VJ)	176
7) ESTERILIZACIÓN (EST).....	177
7.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (EST).....	177
7.2. DOCUMENTACIÓN SERVICIO ESTERILIZACIÓN (EST)	180
7.3. PROGRAMA DE VISITA (EST)	195
7.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (EST)	195
7.4.1. MEDIOS MATERIALES (EST).....	195
7.4.2. MEDIOS HUMANOS (EST)	200
7.4.3. EVALUACION DE PROCESOS (EST).....	201
7.4.4. TRAZABILIDAD DEL PROCESO (EST)	203
7.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (EST).....	212
7.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (EST)	213
7.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (EST)	213
7.8. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (EST)	214
8) SEGURIDAD (SEG).....	215
8.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (SEG)	215
8.2. DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE SEGURIDAD (SEG)	217
8.3. PROGRAMA DE VISITA (SEG).....	228
8.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (SEG).....	228
8.4.1. MEDIOS MATERIALES (SEG)	228
8.4.2. MEDIOS HUMANOS (SEG).....	230
8.4.3. EVALUACION DE PROCESOS (SEG)	230
8.4.4. RESULTADOS DE AUDITORÍA (SEG).....	232
8.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (SEG)	232
8.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (SEG)	233
8.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (SEG).....	233
8.8. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (SEG).....	235
9) CELADORES: TRASLADO DE PACIENTES Y MATERIALES (CEL)	235
9.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (CEL).....	235

9.2. DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE CELADORES (CEL).....	237
9.3. PROGRAMA DE VISITA (CEL)	239
9.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (CEL)	240
9.4.1. MEDIOS MATERIALES (CEL).....	240
9.4.2. MEDIOS HUMANOS (CEL)	240
9.4.3. EVALUACION DE PROCESOS (CEL).....	241
9.4.4. RESULTADOS DE AUDITORÍA (CEL)	242
9.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (CEL).....	242
9.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (CEL)	242
9.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (CEL)	243
9.8. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (CEL)	243
6. CONCLUSIONES	244
7. LISTADO DE ILUSTRACIONES, GRÁFICOS Y TABLAS	254

1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD

El Objetivo de la auditoria operativa de calidad es que la Unidad Técnica de Control (UTC) del Servicio Madrileño de Salud, la gerencia sanitaria del hospital objeto de la auditoria y la concesionaria conozcan el nivel de cumplimiento de los documentos contractuales y su nivel de operatividad y excelencia de los servicios no sanitarios concesionales indicados más adelante.

La Auditoría Operativa de Calidad se concibe para conocer y evaluar en qué grado la empresa concesionaria ha identificado, organizado y está desarrollando todas aquellas actividades de carácter administrativo y técnico no sanitario (quedan excluidas aquellas obligaciones de carácter sanitario/asistencial) que contractualmente está obligada a realizar.

Los objetivos específicos de esta auditoría operativa serán:

- Control de cumplimiento de los indicadores de calidad y disponibilidad establecidos en el pliego de prescripciones técnicas para los servicios no sanitarios: restauración, lencería y lavandería, Seguridad y vigilancia, residuos urbanos y sanitarios, conservación de viales y jardines, esterilización, desinsectación y desratización, gestión de almacenes y distribución de logística y traslado de pacientes y materiales.
- Evaluación del nivel en que la empresa tiene identificadas, organizadas y está desarrollando todas aquellas actividades de carácter administrativo y técnico que contractualmente está obligada a realizar para la prestación de los servicios no sanitarios antes referidos.

Para ello GIHSA ha trabajado según la siguiente secuencia lógica:

- Identificación de obligaciones contractuales concretas. Definición de criterios a evaluar.
- Determinación de la consecuencia contractual o legal asignada al incumplimiento de los criterios establecidos.
- Estado de cumplimiento en el momento de realización del informe.

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD

La auditoría se ha desarrollado controlando todos los aspectos que debe cumplir el servicio según:

- Lo establecido en los **Pliegos** (PCAP y PTE), especialmente el cumplimiento de los Indicadores de calidad y disponibilidad.
- La **normativa vigente**.

Todo ello en relación con los servicios:

- Restauración
- Lencería y lavandería
- Seguridad y vigilancia
- Residuos urbanos y sanitarios
- Conservación de viales y jardines
- Esterilización
- Desinsectación y desratización
- Gestión de almacenes y distribución de logística
- Traslado de pacientes y materiales

En el hospital General de Villalba, abierto en octubre de 2014 y situado en la Carretera de Alpedrete a Moralarzal M-608 Km 41, 28400 Collado Villalba, Madrid.

3. PROGRAMA DE AUDITORÍA

El programa de auditoría se ha compuesto de las siguientes fases:

- FASE 1: Planificación de actividades.
- FASE 2: Recopilación de los datos necesarios.
- FASE 3: Análisis y procesado de los datos recopilados.
- FASE 4: Propuesta de cambios y mejoras.
- FASE 5: Cierre de la auditoría.

A continuación se explica en qué ha consistido y cuál ha sido el objetivo de cada una de las fases.

3.1. FASE 1. PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

El objetivo de esta fase es sentar las bases para la realización de la propia auditoría, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos. En esta fase se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- Solicitud de documentación inicial
- Planificación de la auditoría
- Reunión de apertura

3.1.1 Solicitud de documentación inicial

Utilizando los documentos disponibles según el alcance de auditoría se solicitó la documentación implicada en el alcance de este proyecto. Posteriormente se amplió esta petición con documentación adicional que aportó información pertinente y permitió evaluar el servicio.

3.1.2 Planificación de auditoría

Utilizando los documentos recibidos en la acción anterior se confeccionaron aquellos protocolos de actuación de los auditores que permitieron recopilar la información pertinente para la auditoría, de forma homogénea y efectiva. El objetivo de esta recopilación de información fue definir los elementos que componen los servicios a auditar:

- Procesos principales que intervienen en el funcionamiento del servicio.
- Subprocesos derivados de los procesos principales.
- Principales parámetros y actividades a evaluar

3.1.3 Reunión de apertura 16 septiembre 2015

En esta reunión, se presentó el Cronograma y Programa de trabajo detallando la metodología, plan de actividades, programación y equipo de trabajo.

Un resumen de esta reunión es:

LUGAR DE REUNIÓN Y HORARIO

LUGAR: Hospital General de Villalba. Carretera de Alpedrete a Moralzarzal M-608 Km 41. 28400 Collado Villalba, Madrid

Localización: Sala de reuniones planta 2ª

FECHA: 16 de septiembre 2015 desde las 16:00 a 19:00

ASISTENTES DE UTC:

Lourdes Rodríguez

Tamara

ASISTENTES DE HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA**Dolores Pita.** Directora servicios generales. SPS. dpita@quironosalud.es**Laura Alfaro.** Directora de Calidad. Hospital de Villalba. lac@quironosalud.es**Carmen Moreno Garcia.** Directora de enfermería. cmorenog@hgvillalba.es**Silvia Fernandez.** Responsable de servicios (gestión de residuos, desinsectación desratización y lencería lavandería). silvia.fernandezv@quironosalud.es**Silvia Parra Fernández.** Responsable de servicios (gestión de residuos, desinsectación desratización y lencería lavandería). silvia.parra@quironosalud.es**Pedro Irigaray Rabecoff.** Responsable de gestión de almacenes y distribución de logística. Pedro.irigaray@idcsalud.es**José Luis Díez Torrecillas.** Jefe de Mantenimiento, Seguridad y viales y jardines. jluis.diez@quironosalud.es**Francisco Perez Sanchez.** Responsable de Mantenimiento, Seguridad y viales y jardines. francisco.perez@hgvillalba.es**Francisco Muñoz Jimenez.** Responsable de Mantenimiento, Seguridad y viales y jardines. francisco.munoz@quironosalud.es**Marina Salazar Calzado.** Responsable de esterilización. marina.salazar@quironosalud.es**Jose Miguel Rábano Nogal.** Responsable Restauración. jose.rabano@hgvillalba.es**Jose Muñoz Osuna.** Responsable Restauración. jose.mosuna@quironosalud.es**Manuel Campoy Cardo.** Responsable Restauración. manuel.campoy@quironosalud.es**Antonio Herrero Gonzalez.** Responsable de Sistemas Informáticos. aherrero@hospitalreyjuancarlos.es**Miguel Lopez Sanchez.** Responsable de celadores. miguel.lopez@quironosalud.es**ASISTENTES DE GIHSA CONSULTING: (91 434 00 77)****Pilar Moreno.** Dirección. pilarmoreno@gihsa.com. 619 589 579**Juan Carlos Plasencia.** Auditor. juancarlos@gihsa.com 678 706 918**El orden de esta reunión fue:**

Presentación de responsables de las distintas entidades implicadas en la auditoría. Recopilación de cargos y responsabilidades

Presentación de GIHSA y el equipo de auditores (Francisco Campos, Juan Carlos Plasencia y Pilar Moreno)

Exposición del objetivo de la auditoría

Exposición del alcance de la auditoría

Exposición del programa y la metodología de auditoría

Propuesta, modificación en su caso y acuerdo del plan de visitas y actividades

Listado de personas a entrevistar con cargo que ocupan y responsabilidades

El **programa de trabajo** acordado finalmente:

23 de septiembre a las 9:00. Auditoría del servicio de gestión de almacenes y distribución de logística y esterilización.

8 de octubre a las 9:00. Auditoría de los servicios gestión de residuos, lencería y lavandería y desinsectación y desratización y celadores.

13 de octubre a las 9:00. Auditoría de restauración y celadores

28 de octubre a las 15:00. Auditoría de los servicios de vigilancia y seguridad y viales y jardines.

3.2. FASE 2. RECOPIACIÓN DE LOS DATOS NECESARIOS

En esta fase, GIHSA procedió a la recopilación de los datos necesarios para la obtención de los resultados de auditoría.

3.2.1. Recepción de documentación inicial

La información recibida fue tratada según se indica en cada apartado por servicio.

3.2.2. Diseño de protocolos para la toma de datos

Con la información recibida GIHSA diseñó y formó a los auditores en la metodología a utilizar para la obtención de evidencias de cumplimiento del servicio

3.2.3. Plan de visitas

El plan de visitas ha sido el siguiente:

23 de septiembre 2015:	9:00 Inicio de visita Auditoria operativa del servicio de almacenes Auditoria operativa del servicio de esterilización 18:00 Cierre de visita
6 de octubre 2015:	10:00 Celadores
8 de octubre 2015:	9:30 Inicio de visita Auditoria operativa del servicio lencería, lavandería Auditoria operativa del servicio de gestión de residuos Auditoria operativa del servicio de desinsectación y desratización 18:00 Cierre de visita
13 de octubre 2015:	9:30 Inicio de visita Auditoria operativa del servicio de restauración Auditoria operativa del servicio de celadores Auditoria operativa del servicio de desinsectación y desratización 18:00 Cierre de visita

15 de octubre 2015:

9:30 Inicio de visita

Auditoria operativa del servicio de celadores

Auditoria operativa del servicio de esterilización

Auditoria operativa del servicio de restauración

16:00 Cierre de visita

28 de octubre 2015:

9:30 Inicio de visita

Auditoria operativa del servicio seguridad y vigilancia

Auditoria operativa del servicio viales y jardines

Auditoria operativa del servicio de desinsectación y
desratización

Auditoría restauración

15:00 Cierre de visita

3.3. FASE 3. ANÁLISIS Y PROCESADO DE LOS DATOS RECOPIADOS

A partir de la información obtenida:

- Se procesaron todos los datos obtenidos y se realizó un análisis exhaustivo del servicio.
- Se listaron las incidencias detectadas en los procesos y actividades críticas.
- Se realizó la evaluación de resultados.

3.4. FASE 4. PROPUESTA DE CAMBIOS Y MEJORAS

A lo largo del proceso de auditoría se han recopilado tanto los puntos fuertes como los puntos a mejorar de cada Servicio, tal y como se indica en cada apartado correspondiente.

3.5. FASE 5. CIERRE DE LA AUDITORIA

Al final de la auditoría realizada, el equipo auditor realizará a las diferentes partes implicadas una presentación previa a la entrega del informe en el que se expondrá el análisis inicial de los resultados obtenidos.

Se incluirá un **Resumen Ejecutivo** que muestre el contenido de la Auditoría y sus principales conclusiones.Posteriormente, en una **reunión conjunta** de todas las partes implicadas, se realizará la **presentación** de los resultados y harán las aclaraciones que sean necesarias, atendiendo a las alegaciones de la Sociedad Concesionaria.Por último, se hará **entrega del Informe Final y el Resumen Ejecutivo**, incluyendo las consideraciones acordadas en las reuniones de presentación.

4. METODOLOGÍA DE AUDITORÍA

Los auditores de GIHSA hemos verificado que:

- La información contenida en los documentos proporcionados cumple los siguientes requisitos:
 - Incluye todo el contenido esperado está en el documento.
 - El contenido es conforme con otras fuentes fiables, tales como normas y reglamentos.
 - El documento es coherente consigo mismo y con documentos relacionados.
 - Está actualizado.
- Los documentos revisados proporcionaron la información suficiente para ser utilizados como apoyo durante la auditoria.
- Los registros de las distintas actividades verifican el cumplimiento de las programaciones del servicio.
- Los datos tomados in situ permiten identificar los elementos revisados, el momento de la revisión, la persona que realiza la revisión, la persona que acompaña al auditor y la documentación que evidencia la revisión (fotografía, medición, registro, etc.).
- Hemos verificado que el personal del servicio se encuentra en sus correspondientes puestos de trabajo, utilizando la uniformidad, estando identificados y atendiendo correctamente a los usuarios del servicio.

5. DESARROLLO DE AUDITORÍA

A continuación se muestra el desarrollo y resultados de la auditoría por servicio en distintos apartados:

- 1) Restauración
- 2) Lencería y lavandería
- 3) Seguridad y vigilancia
- 4) Residuos urbanos y sanitarios
- 5) Conservación de viales y jardines
- 6) Esterilización
- 7) Desinsectación y desratización
- 8) Gestión de almacenes y distribución de logística
- 9) Traslado de pacientes y materiales

Los auditores han sido los ofertados para esta auditoría:

- Juan Carlos Plasencia Martín juancarlos@gihsa.com
- Francisco Campos Cabrera franciscocampos@gihsa.com
- Pilar Moreno Domene pilarmoreno@gihsa.com

1) SERVICIO DE RESTAURACIÓN (RES)

1.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (RES)

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PCAP

Cumplimiento de la **cláusula 9.1.3 del PCAP** en relación con los servicios no asistenciales:

- Prestar los servicios con medios propios
- De conformidad con la cláusula 9.1.3.8 del PCAP, la Sociedad concesionaria presentará en el plazo de un año desde la formalización del contrato, las memorias y protocolos de actuación, el diseño, organización y los recursos humanos y materiales que propone para cada servicio. En el primer año de funcionamiento del Hospital deberán documentarse los métodos y manuales de procedimiento de cada uno de los servicios.

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PTE

Esta prestación tiene por objeto la gestión integral del Servicio de Alimentación de los pacientes del Hospital de Collado Villalba y la gestión de la-s cafeterías.

La Sociedad concesionaria deberá presentar para su aprobación por la Administración, al menos la siguiente documentación:

- Plan para la implantación de un sistema de autocontrol basado en la metodología APPCC (Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico), con el propósito de identificar, evaluar y mantener bajo control, mediante procedimientos predeterminados, los peligros que puedan afectar a las diferentes fases de la cadena alimentaria: recepción de materias primas (transporte, envasado, etiquetado), almacenamiento, descongelación, alimentos preparados, elaboración, manipulación, emplatado y distribución.
- Programa de limpieza, que cumpla con la normativa vigente en esta materia, en el que se contemplarán los siguientes aspectos: zonas, equipamientos e instalaciones incluidos en el programa, modo de actuación, periodicidad de la limpieza, etc.
- Plan de gestión de las dietas, su petición, suministro de los distintos productos y control de los mismos. La gestión que se proponga deberá ser informatizada.
- Las fichas técnicas de los platos que integran el menú, con el desglose de los gramajes correspondientes de materia prima, cantidades, ingredientes, etc.

El servicio de restauración a pacientes contemplará al menos:

- La elección de menú en la dieta basal y asimilables a basal (3 alternativas de menú). Dicha elección en el caso de los pacientes, consistirá en la elección entre tres primeros platos, tres segundos platos y tres postres.
- Los menús serán de ciclos mínimos de dos semanas, distintos para cada una de las estaciones del año, y con oferta de elección de menú para todas las dietas básicas o blandas.
- La pensión alimenticia para las dietas básicas o asimilables, será de desayuno, comida, merienda y cena, y en su caso, resopón.
- Se habrán de tener en cuenta y ofertar alternativas alimentarias, a colectivos minoritarios y que por razón de religión, así como hábitos alimentarios generalizados como es el caso de los vegetarianos, presentan dificultades para la alimentación normal.
- Se facilitará menú a los acompañantes de menores hospitalizados.

- Deberá haber una oferta específica de menú para las siguientes fechas: Nochebuena, Navidad, Noche vieja, año Nuevo y Reyes.
- Se servirán servicios complementarios o de refuerzo previa solicitud expresa.
- Los alimentos conservarán hasta el momento de ser ingeridos por el paciente todas las condiciones organolépticas.
- Los horarios de las diferentes comidas se establecerán de forma que entre la cena de un día y el desayuno del siguiente no transcurran más de doce horas.

Se enuncian los siguientes indicadores de disponibilidad y calidad, a los efectos establecidos en el Anexo XIV del PCAP.

RESTAURACIÓN	CATEG FALLO
Aquellos incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD1
Aquellos incumplimientos que podrían o pudiesen afectar a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD2
Alimentos en malas condiciones organolépticas	FC1
No correspondencia entre ficha técnica y platos	FC2
Los alimentos no mantienen la temperatura adecuada para ser ingeridos por el paciente	FC1
Error en el tipo de dieta (diabéticos, musulmanes, ayunas...)	FC1 ó FD
Error respecto a la dieta elegida	FC1
Incumplimiento relativo a los menús: composición, ciclos, menús especiales...	FC1 ó FC2
Insuficiencia de menaje	FC1
Incumplimiento de las medidas propuestas en el APPC	FC1 ó FC2
Falta de higiene en las instalaciones o en el personal	FC1 ó FC2
Incumplimiento obligación bimensual control de calidad	FC2
No corrección de las deficiencias puestas de relieve en los controles de calidad o inspecciones	FC1 ó FC2
Incumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente/usuario	FC
El resultado de la encuesta de satisfacción a los clientes o del instrumento de medición que se habilite, se encuentra por debajo del 75 %	FC1

Ilustración 1. Imagen de indicadores de Restauración según PPT (RES)

NORMATIVA APLICABLE

En cuanto a la normativa aplicable, se incluye en este apartado el listado inicial de la normativa relacionada con aplicación al servicio:

- Ley 17/2011, de 5 de Julio, de seguridad alimentaria y nutrición
- Real Decreto 2207/1995, de 28 de diciembre, por el que se establece las normas de higiene relativas a los productos alimenticios. (BOE nº 50, de 27-02-96).
- Real Decreto 3484/2000, de 29 de diciembre, por el que se establecen las normas de higiene para la elaboración, distribución y comercio de las comidas preparadas. (BOE nº 11, de 12-01-01).

- Real Decreto 202/2000, de 11 de febrero, por el que se regulan las normas de higiene relativas a los manipuladores de alimentos. (BOE nº 48, de 25/02/00).
- Decreto 3/2003, de 10 de enero, por el cual se establecen las normas relativas a la formación de manipuladores de alimentos y el procedimiento de autorización de las empresas y entidades de formación (BOIB núm. 10, de 21/01/03).
- Real Decreto 1254/1991, de 2 de agosto, por el que se dictan normas para la preparación y conservación de la mayonesa de elaboración propia y otros alimentos de consumo inmediato en los que figure el huevo como ingrediente.
- Real Decreto 1334/1999, de 31 de julio, por el que se aprueba la Norma General de Etiquetado, Presentación y Publicidad de los Productos Alimenticios. (BOE nº 202, de 24-08-99). Modificado por RD 238/2000 (BOE de 25-12-91).
- Reglamento (CE) nº 852/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativo a la higiene de los productos alimenticios, y sus modificaciones posteriores:
- Reglamento (CE) nº 1019/2008 de la Comisión, de 17 de octubre de 2008; y,
- Rectificación, DO L 226 de 25 de junio de 2004, p. 3 (852/2004).

El servicio dispone de un documento formal donde se incluye toda la normativa aplicable.

1.2. DOCUMENTACIÓN (RES)

DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE PARA LA AUDITORÍA

Documentación revisada del servicio, guardada en tres carpetas (fondo amarillo).

LISTADO DE DOCUMENTACIÓN RECIBIDA				
SERV	DOCUMENTO	FECHA	FORM	DE
RES	RESTAURACIÓN			
RES	01-Manual de Procedimientos Restauración HGV	16-9-15	Word	Laura Alfaro
RES	01-Procedimiento de Restauración Hospital General de Villalba	10-10-15	Word	Laura Alfaro
RES	02-ANEXO 1 - Manual APPCC Restauración	16-9-15	Word	Laura Alfaro
RES	02-PlanAPPCC	10-10-15	Word	Laura Alfaro
RES	03-ANEXO 2 - Programa de Limpieza Restauración	16-9-15	Word	Laura Alfaro
RES	3-PlanLimpiezaDesinfeccion	10-10-15	Word	Laura Alfaro
RES	04-Plan de gestión de dietas	10-10-15	Word	Laura Alfaro
RES	05-Listado normativa aplicable	10-10-15	Word	Laura Alfaro
RES	06-Formación personal de cocina y cafetería año 2015	10-10-15	Word	Laura Alfaro
RES	07-PLANIFICACION RECURSOS SPS	10-10-15	Word	Laura Alfaro
RES	CONTROL PRESENCIAS 2015-2016	10-10-15	Excel	Laura Alfaro
RES	Copia de LISTADO MEDIOS RESTAURACION	10-10-15	Excel	Laura Alfaro
RES	CUADRANTE PERSONAL 2015-2016	10-10-15	Excel	Laura Alfaro
RES	Cuadro de Indicadores 2015 Restauración	10-10-15	Excel	Laura Alfaro
RES	EVAULACION DESEMPEÑO (Calificación personal)	10-10-15	Excel	Laura Alfaro
RES	LISTADO MEDIOS RESTAURACION	10-10-15	Excel	Laura Alfaro
RES	PLANILLA LIBRANZAS CAFETERIA HCV 2015	10-10-15	Excel	Laura Alfaro
RES	Puestos actividad cafetería HGV	10-10-15	Excel	Laura Alfaro
RES	Puestos actividad cocina hospital HGV	10-10-15	Excel	Laura Alfaro

LISTADO DE DOCUMENTACIÓN RECIBIDA				
SERV	DOCUMENTO	FECHA	FORM	DE
RES	INFORMES BACT			
RES	01- Alimentos febrero	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	01-Alimentos abril	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	01-Alimentos agosto	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	01-Alimentos enero	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	01-Alimentos julio	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	01-Alimentos junio	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	01-Alimentos marzo	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	01-Alimentos mayo	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	02- Manipuladores febrero	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	02-Alimentos marzo	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	02-Manipulador abril	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	02-Manipulador agosto	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	02-Manipulador enero	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	02-Manipulador mayo	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	02-Superficies julio	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	02-Superficies junio	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	03- Superficies febrero	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	03-Manipulador julio	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	03-Manipulador junio	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	03-Manipulador marzo	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	03-Superficie abril	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	03-Superficie mayo	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	03-Superficies agosto	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	03-Superficies enero	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	04-Agua de red junio	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	04-Superficie marzo	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	medios			
RES	CCE 53_53 (BLANCO)	10-10-15	Word	Laura Alfaro
RES	CHV 58_58 (BLANCO)	10-10-15	Word	Laura Alfaro
RES	CUBITOS HIELO MOD. PULSAR	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	CUBITOS HIELO MOD. PULSAR (2)	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	Freidoras (MARENO)	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	LAVADORA VERDURAS GK-60	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	LAVAMANOS (FRICOSMOS)	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	Lavavasos_Mod EcoStar 430 F	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	M_Picadora P-12 III	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	MANUAL USO MESAS	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	MUEBLE BAÑO Mª RESERVA	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	MUEBLE PLACA F SIN RES	10-10-15	pdf	Laura Alfaro
RES	NF98E22 FREIDORA ELECTRICA	10-10-15	Word	Laura Alfaro
RES	SAW 3 (BLANCO)	10-10-15	Word	Laura Alfaro

Tabla 1. Listado de documentación revisada de Restauración (RES)

ESTUDIO DE DOCUMENTACIÓN

A) MANUAL DE PROCEDIMIENTOS (1)

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	01-Manual de Procedimientos Restauración Hospital General de Villalba.doc
Renombrado como:	01-Manual de Procedimientos Restauración HGV.doc
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word 97-2003
Número de páginas:	30
Título en el documento:	SERVICIO DE RESTAURACIÓN
Encabezado:	Título de documento, Código y edición y logo Hospital
Pie de página:	Nº de páginas e indicación de copia no controlada
Autor:	Sí, departamento de Restauración
Fecha de edición y revisión:	Sí, aprobado en enero 2012

Análisis de edición del documento:

Su diseño y contenido cumple la norma ISO 9001:2008 en lo referente al apartado “4.2.3 Control de los documentos”.

Sin embargo es elaborado y aprobado antes de la apertura del hospital y parece más un documento genérico que propio del servicio. Se solicita documento actualizado. Lo mismo pasa con los anexos relacionados 1 y 2.

B) MANUAL DE PROCEDIMIENTOS (2)

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	01-Procedimiento de Restauración Hospital General de Villalba.docx
Renombrado como:	01-Procedimiento de Restauración HGV.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	11
Título en el documento:	ASPECTOS ORGANIZATIVOS DEL SERVICIO DE RESTAURACIÓN
Encabezado:	Título de documento, Código y edición y logo bepers
Pie de página:	Nº de páginas e indicación de copia no controlada
Autor:	Desconocido, pone NCC y NPC y sin firmar
Fecha de edición y revisión:	Octubre 2014

Análisis de edición del documento:

Su diseño y contenido cumple la norma ISO 9001:2008 en lo referente al apartado “4.2.3 Control de los documentos”.

Se explican los procedimientos del servicio o bien se hace referencia a documentos que los contienen de forma clara y explícita.

El contenido del documento es el siguiente:

1. REALIZACION
2. PROVISION DE RECURSOS
 - 2.1. Recursos Humanos
 - 2.2. Infraestructura

- 2.3. Ambiente de Trabajo
- 3. PLANIFICACIÓN Y REALIZACIÓN DE PRODUCTOS INOCUOS
- 4. VALIDACIÓN, VERIFICACIÓN Y MEJORA DEL SISTEMA.
- 5. ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL SERVICIO
 - 5.1. Materiales fungibles, carros de transporte y bandejas
 - 5.2. Higiene y limpieza
 - 5.3. Normativa del Proceso
 - 5.3.1. Condicionamientos genéricos
 - 5.3.2. Horarios y realización del servicio
 - 5.3.2.1. Pacientes hospitalizados
 - 5.3.2.2. Clientes externos (buffet)
 - 5.4. Medición del proceso
 - 5.5. REGISTROS

C) PLAN APPCC

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	02-PlanAPPCC.docx
Renombrado como:	NO
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	8
Título en el documento:	PLAN DE ANÁLISIS DE PELIGROS Y PUNTOS DE CONTROL CRÍTICO
Encabezado:	Título de documento, Código, edición, fecha, página y logo bepers
Pie de página:	Indicación de copia no controlada
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	Octubre 2014

Análisis de edición del documento:

Su diseño y contenido cumple la normativa vigente. Se explican los procedimientos del servicio o bien se hace referencia a documentos que los contienen de forma clara y explícita.

El contenido del documento es el siguiente:

1. Objeto
2. Alcance
3. Responsabilidades
4. Referencias Legislativas y Bibliográficas
5. Compilación de una Lista de los Posibles Peligros Relacionados con cada Fase, Realización de un Análisis de Peligros y Examen de las Medidas para Controlar los Peligros Identificados
6. Determinación de los Puntos de Control Crítico (PCC)
7. Límites Críticos para cada Punto de Control Crítico
8. Sistema de Vigilancia y Medidas Correctoras

El resto de documentación del servicio, se explica y expone a lo largo del informe.

1.3. PROGRAMA DE VISITA

Primera visita el 13/10/15

- Visita a zona de cocina (restauración pacientes)
 - Recepción de mercancía
 - Almacenes de mercancía
 - Zonas de preparación en frío
 - Zona de preparación en caliente
 - Zona de emplatado
- Distribución en planta
- Visita a cafetería
 - Recepción de mercancía
 - Almacenes de mercancía
 - Zona de preparación
 - Zona de exposición y venta

Segunda y tercera visita el 15/10/15 y el 28/10/15

- Visita a zona de cocina (restauración pacientes)
 - Recepción de mercancía
 - Almacenes de mercancía
 - Zonas de preparación en frío
 - Zona de preparación en caliente

1.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (RES)

1.4.1. MEDIOS MATERIALES

Se ha verificado la disponibilidad de los medios materiales descritos en los documentos del servicio.

El listado de equipos del servicio recibido no distingue ubicación aunque si cantidad de equipos.

LISTADO DE EQUIPOS	
EQUIPOS	Nº
FREIDORAS ELECTRICAS	4
CARROS CALIENTAPLATOS	6
CARRO DISPENSADOR PLATAFORMA	1
CINTA EMPLATADO	1
LAVADORA VERDURA	1
MAQUINA DISPENSADORA HIELO	2
CAMARA BOTELLERO BARRA	2
MUEBLE BAÑO MARIA	2
PICADORA	1
LONCHEADORA	1
BATIDORAS TURMIX	5
HORNOS	3
COCINA CENTRAL (HORNILLAS)	2
MARMITAS	3
PLANCHAS	3
TREN DE LAVADO	1
MAQUINA LAVAVAJILLAS	2

LISTADO DE EQUIPOS	
EQUIPOS	Nº
TIMBRES MESA TRABAJO	2
TIMBRE EXPOSITOR REFRIGERACION	2
EXPOSITOR BARRA	2
TOSTADORAS	2
CAMARAS REFRIGERACION	9
CAMARAS CONGELACION	2
CAMARAS RESIDUOS	2
BASCULAS	2
VARIADORES IMPULSION Y EXTRACION HUMOS	4
CAMPANAS IMPULSION Y EXTRACION	2
COMPRESORES REFRIGERACION CAMARAS	5
MICROONDAS	2

Tabla 2. Listado de medios recibido (RES)

Sin embargo **no se incluyen otros equipos** como balanza de pesado de mercancía, otras balanzas para pesado de elaboraciones, termómetros, test verificadores de aceite, agua, máquina sellar bolsas, etc.

La distribución de la cocina puede esquematizarse así:

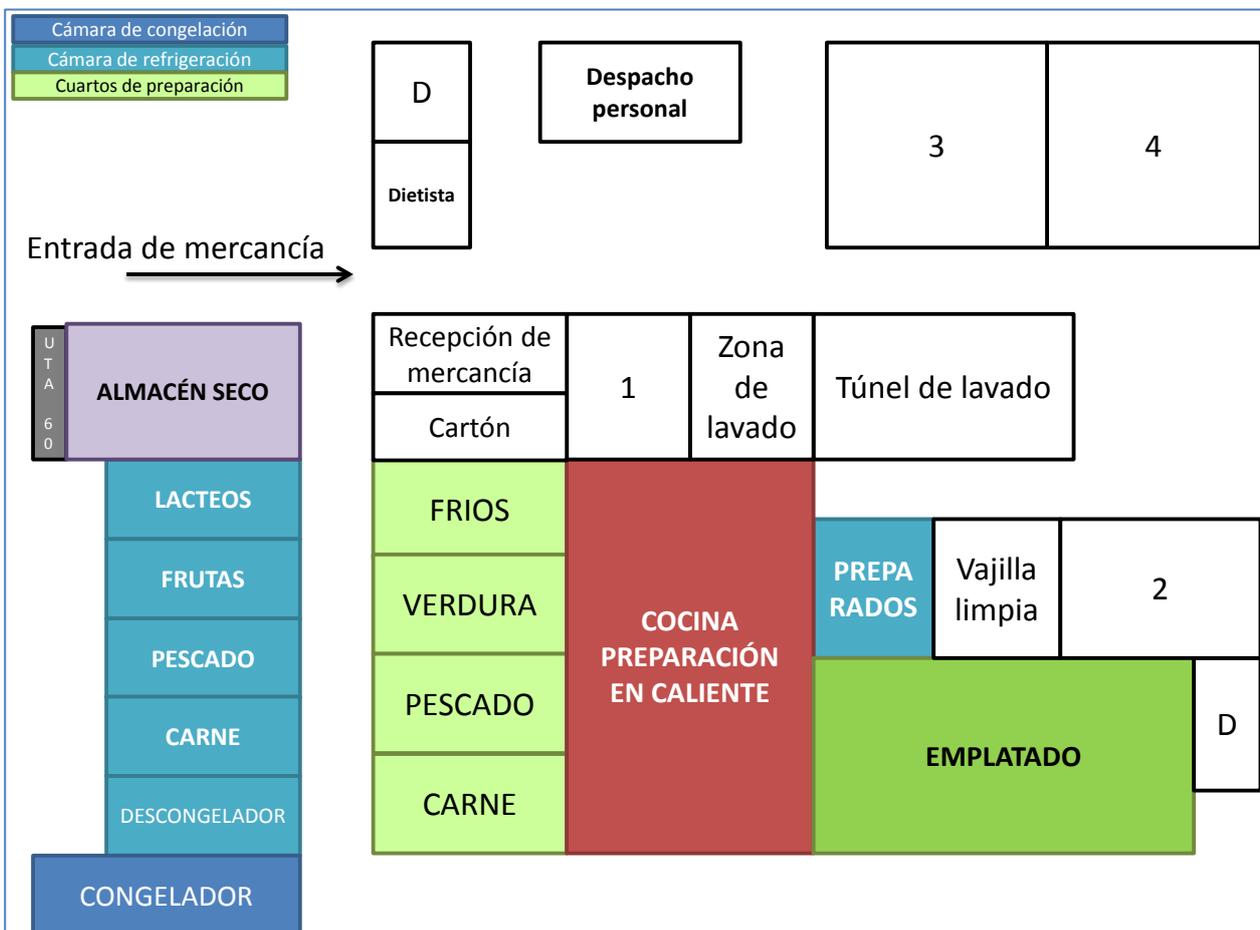


Ilustración 2. Distribución de zonas en cocina (RES)

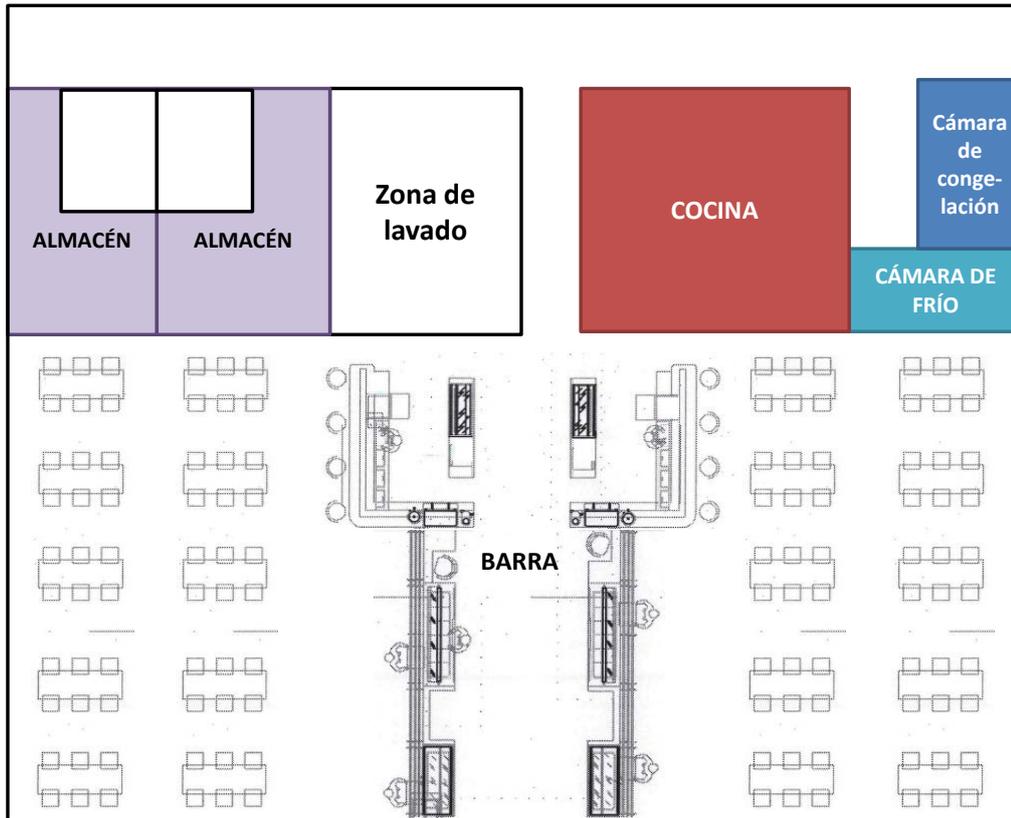


Ilustración 3. Distribución de zonas en cafetería (RES)

1.4.2. MEDIOS HUMANOS (RES)

El servicio tiene descrito el organigrama, así como los perfiles de los puestos, los horarios de trabajo, los horarios de atención al cliente y las jornadas anuales según convenio. En todo momento, el personal se encuentra debidamente uniformado e identificado, utilizando los EPIS propios del servicio. No se detectan incidencias relacionadas.

Todo el personal dispone de la formación apropiada para el puesto. Los últimos cursos impartidos durante el año 2015 han sido los indicados en el plan de formación.

Formación personal de cocina y cafetería año 2015			
Año	Fecha	Área Conocimientos	Curso
2015	15/09/2015	PRL	Riesgos Básicos PRL
2015	29/06/2015	PRL	Simulacro Parcial de Evacuación
2015	29/06/2015	PRL	Capacitación Equipos de Emergencia
2015	01/06/2015	CALIDAD	Introducción EFQM
2015	13/03/2015	PRL	Control alimentario de alérgenos

Tabla 3. Formación de trabajadores de cocina y cafetería (RES)

Realizan control de presencias mediante cumplimiento de cuadrante de coberturas.

Evalúan el desempeño del personal en varias áreas: Iniciativa, Formación, Organización, Desarrollo Profesional, Comunicación, Relaciones con el equipo, Integración, Relaciones con el usuario-Familia, observación de Normas, Puntualidad-Horario, planificación y Responsabilidad.

1.4.3. EVALUACIÓN DE PROCESOS (RES)

Se ha realizado la evaluación de los procesos llevados a cabo en la operativa del servicio, verificando que se corresponde con lo descrito en el Manual de Procedimientos. Entre las primeras etapas del proceso podemos considerar la recepción de mercancía.

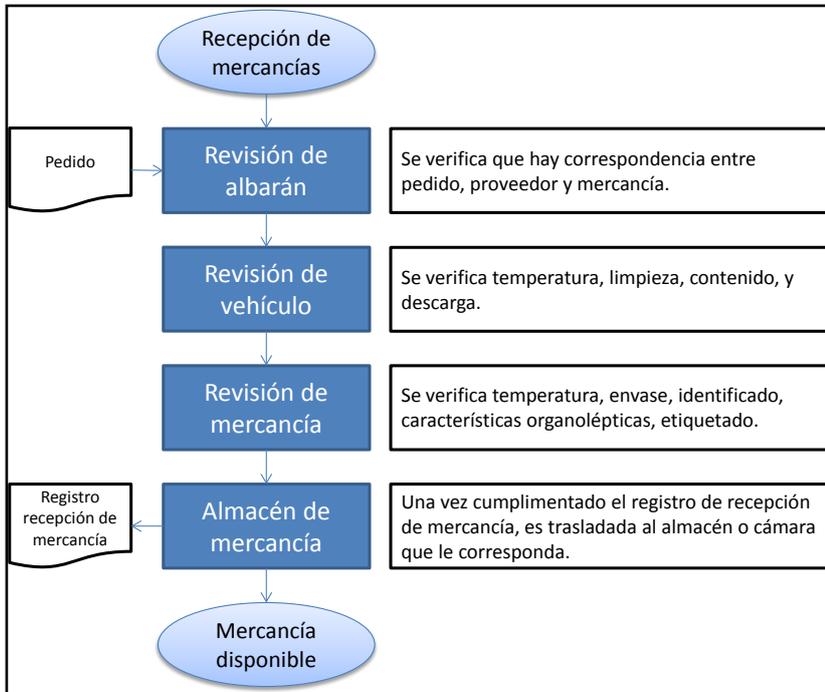


Figura 1. Diagrama de flujo de recepción de mercancía (RES)

Los procesos se describen siguiendo la visita realizada el 13 de octubre del siguiente modo:

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Entrada de mercancía Cocina	La zona de entrada de mercancía dispone de plataforma elevadora . Se realiza por el mismo lugar que los camiones de lencería según la señalética.	

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
<p>Recepción de mercancía</p>	<p>Disponen de una balanza para pesar la mercancía. Modelo serie K-AI. Cumplen las especificaciones IP-65 de protección contra polvo y líquidos.</p>	
<p>Recepción de mercancía</p>	<p>Señalética de advertencia de medidas de prevención y disposición de medios de prevención.</p>	

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Recepción de mercancía	<p>Trazabilidad llegada de un producto con un proveedor.</p> <p>El proveedor presenta el albarán en el que se lee el contenido de 90 raciones de traseros de pollo de 350 gr.</p> <p>El peso indicado en albarán es 33,05 Kg.</p> <p>Pesada de mercancía.</p> <p>La balanza indica 37,4 Kg.</p> <p>Lote indicado en albarán: 15282</p> <p>Fecha: 13/10/2015</p> <p>Nº albarán: P/006307</p> <p>Proveedor: Avícola segoviana s.l.</p>	<p>The photograph shows a receipt from Avícola Segoviana s.l. for 'SERVICIOS PERSONAS SALUD S.L.U. HOSPITAL COLLADO VILLALBA-COCINA'. The receipt lists items: 'Raciones Traseros Pollo 350 gr.' (90 units, 33.05 kg) and 'Envases 01-02' (1 unit, 3.00 kg). A kitchen scale in the foreground shows a weight of 37.4 kg. A stamp on the receipt reads '10.12578 / M DE'.</p>
Recepción de mercancía	<p>Control de proveedores:</p> <p>El trabajador que recepciona el pedido verifica la temperatura del camión (7,5°C) y el estado interior del mismo (solo después de preguntarle por qué no lo ha hecho)</p>	<p>The first photograph shows the interior of a refrigerated truck with a temperature of 7.5°C. The second photograph shows a storage area with blue crates on a shelf.</p>
Recepción de mercancía	<p>Control de mercancía:</p> <p>Producto refrigerado que debe llegar a ≤5°C.</p> <p>La temperatura del termómetro marca 2,2°C, en el centro del Pollo. Esta es la única Tª que anota en el registro de recepción. Sella el albarán.</p>	<p>The first photograph shows a thermometer inserted into a plastic bag containing chicken. The second photograph shows a digital thermometer displaying 2.2°C.</p>

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Almacén de mercancía	El propio proveedor traslada la caja con el pollo a la cámara de refrigeración de carnes. La conservación debe realizarse entre 0 y 4°C. Su consumo debe realizarse antes de 15/10/15 (dos días).	
Sala de compresores	Se dispone de un sistema centralizado para el control de la temperatura de las cámaras. Existe una pantalla que visualiza Ubicado en la sala de compresores.	
Sala de compresores	Vista de la sala de compresores y panel de control. Esta sala dispone de las 5 UTAs correspondientes.	
Control de temperatura	Programa que permite el control de la temperatura de las cámaras desde el ordenador, pudiendo obtener los registros. En cocina se dispone de 6 cámaras.	

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Cámara carne	<p>Cámara refrigerado para carnes (de conejo doméstico, aves de corral, ovinos, porcinos y bovinos)</p> <p>Se detecta una bandeja con gallina eviscerada (lote 15280) con fecha de caducidad el mismo día de auditoría, sin que conste en el menú consumo en el día.</p>	<p>Temperatura = 2,6°C.</p>
Congelador	Cámara de congelación	<p>Temperatura = -17,5°C. (a las 10:20)</p> <p>A las 10:19</p>
Cámara de pescado	Cámara de pescado	<p>Temperatura = 3,1°C (según control y cuando llegamos está a 2,3°C.</p>

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Cámara de frutas	<p>Cámara de frutas y verduras</p> <p>La cámara está limpia y ordenada según criterios de calidad y no contaminación cruzada.</p>	<p>Temperatura = 5,1°C.</p> 
Cámara de frutas	<p>Se detectan productos sin etiquetar.</p> <p>Caja de manzanas.</p>	
Cámara de frutas	<p>Se detectan productos con etiquetas que no corresponden al producto. En la foto 1 el contenido de la caja son pimientos verdes y pone muslos de pollo, en la de peras pone 1.</p>	

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Cámara de lácteos	<p>Cámara de lácteos</p> <p>Se detectan salchichas caducadas que se retiran antes de poder tomar foto y dato exacto.</p>	<p>Temperatura = 3,0°C.</p> 
Cámara de lácteos	<p>Cámara de lácteos</p>	
Almacén seco	<p>Almacén central:</p> <p>Se detecta un chicle en el suelo X. La trampa DD está en su sitio.</p>	

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA																					
Almacén seco	Almacén central: La temperatura se toma con la cámara termográfica (18-20°C).	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Medidas</td> <td>°C</td> </tr> <tr> <td>Air1</td> <td>Max</td> <td>20,3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Min</td> <td>18,6</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Average</td> <td>19,6</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Parámetros</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Emissividad</td> <td>0,95</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Temp. refl.</td> <td>29 °C</td> </tr> </table>	Medidas		°C	Air1	Max	20,3		Min	18,6		Average	19,6	Parámetros				Emissividad	0,95		Temp. refl.	29 °C
Medidas		°C																					
Air1	Max	20,3																					
	Min	18,6																					
	Average	19,6																					
Parámetros																							
	Emissividad	0,95																					
	Temp. refl.	29 °C																					
Almacén seco	Separación de devoluciones pendientes																						
Cámara de preparados	Cuarto de preparados: Se detecta limón caducado del día anterior (12-10-15)	Temperatura = 2,5°C. 																					
Cámara de preparados	Cuarto de preparados: Resto de productos elaborados, etiquetados y en orden.																						
Cámara de preparados	Cuarto de preparados: Resto de productos elaborados, etiquetados y en orden.																						

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Cuarto cartón		
Almacén productos limpieza	Todos con su ficha técnica se revisa una muestra en el momento	

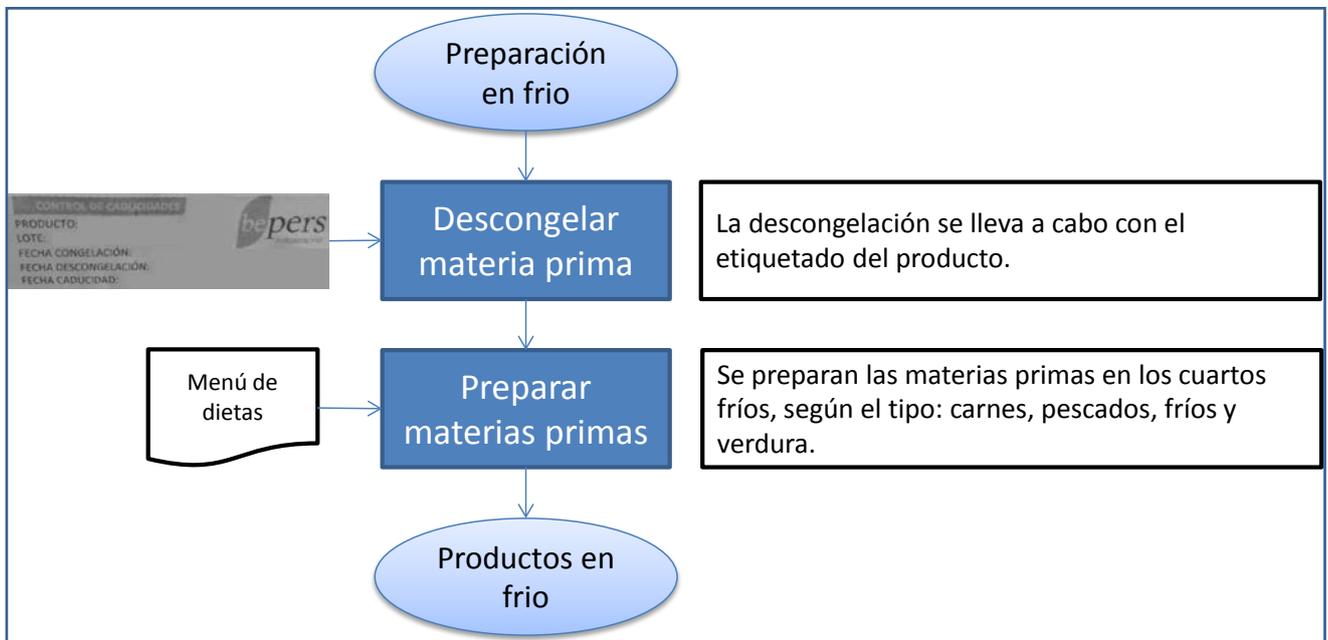
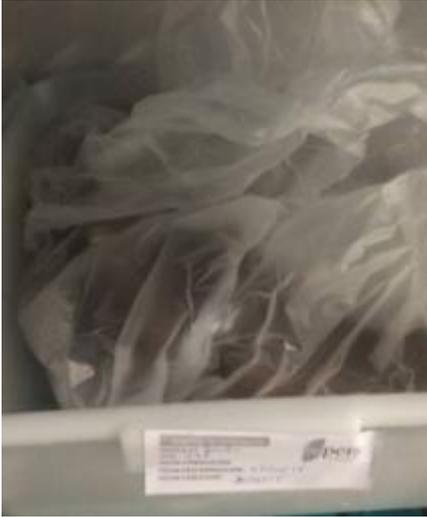
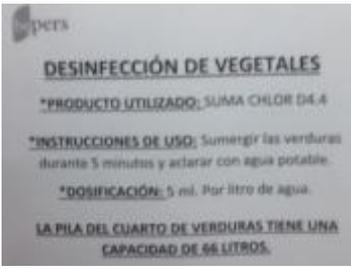


Figura 2. Diagrama de flujo de preparación en frío (RES)

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Desconge-lador	<p>Cámara de descongelación</p> <p>El 28/10 se observa un etiquetado adecuado: (producto, lote, fecha congelación (a veces), descongelación y caducidad)</p> <p>Cordero (27/10 al 31/10)</p>	<p>Temperatura = 2,4°C.</p> 
Desconge-lador	<p>Cámara de descongelación</p> <p>Gallo: fecha descongelación 27/10 y caduca 30/10</p> <p>Bonito (27/10 al 31/10)</p> <p>Sin fecha de congelación</p>	
Preparación fríos	<p>Cuarto de preparación de fríos:</p> <p>Observación de: Suelos, paredes, techos, cristales, desagües, lavabos, lavamanos, etc sin incidencias.</p> <p>En el momento de entrar están realizando la limpieza.</p>	<p>Temperatura: 13°C</p> 

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Preparación fríos	<p>Cuarto de preparación de fríos:</p> <p>Desagües, encimeras, etc limpios y en buen estado.</p> <p>La rejilla es mejorable su limpieza.</p>	  
Preparación verdura	<p>Cuarto de preparación verdura.</p> <p>Observación de: Suelos, paredes, techos, cristales, desagües, lavabos, lavamanos, etc sin incidencias.</p>	<p>Temperatura: 13°C</p>  
Preparación verdura	<p>Cuarto de preparación verdura.</p> <p>Letrero indicaciones desinfección vegetales</p>	

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
<p>Preparación pescado</p>	<p>Cuarto de preparación pescado. Observación de: Suelos, paredes, techos, cristales, desagües, lavabos, lavamanos, etc sin incidencias.</p> <p>Mejorable la limpieza de una de las encimeras.</p>	<p>Temperatura: 13°C</p> 
<p>Preparación carne</p>	<p>Cuarto de preparación carne. Esperando a ser limpiado. Vacío en el momento de la observación.</p>	<p>Temperatura: 13°C</p> 
<p>Preparación carne</p>	<p>Cuarto de preparación carne. Mezcla de cuchillos (el marrón es de fríos en lugar de carne).</p>	

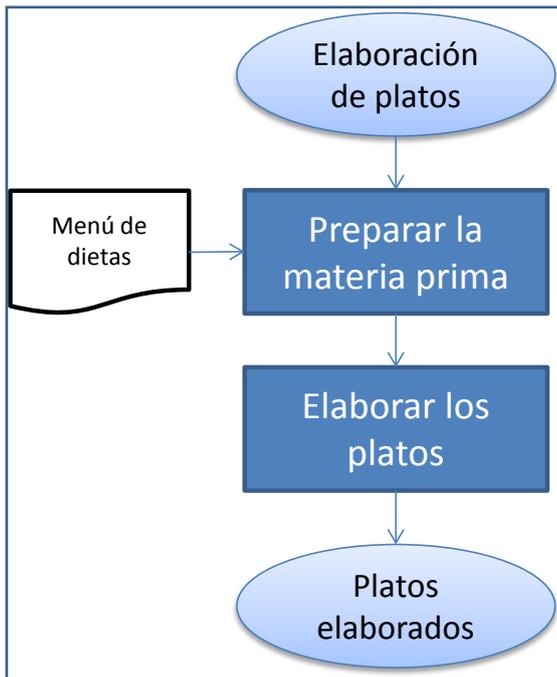


Figura 3. Diagrama de flujo de preparación en caliente (RES)

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Cocina	<p>Cocina: Observación de superficies horizontales y verticales, equipos y materiales. El techo tiene una rejilla que desprende pintura seca sobre el carro de la cocinera</p>	

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Cocina	Cocina: No hay dispensador de jabón pero el resto de elemento observados es correcto	
Cocina	Cocina: La cocinera está cocinando pasta con carne.	

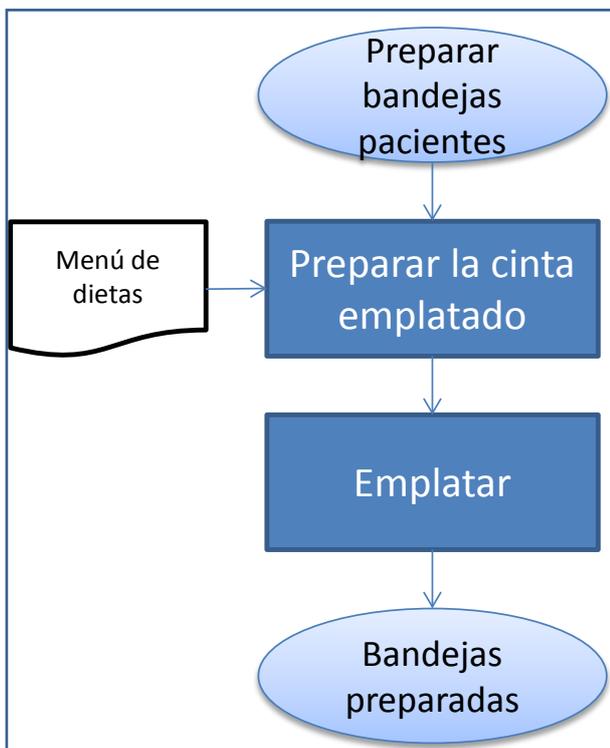
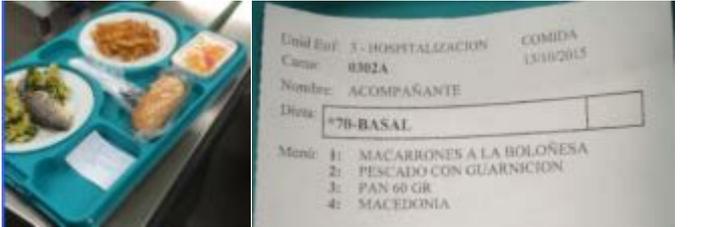


Figura 4. Diagrama de flujo de emplatado (RES)

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Zona emplatado	Zona de emplatado. Observación de la zona (superficies horizontales y verticales, equipos y materiales) sin incidencias.	
Zona emplatado	Zona de emplatado. Disposición de personal y carros	
Zona emplatado	Trazabilidad 1 Se prepara la bandeja con dieta y pan Se sirve macarrones Pescado con verdura	
Zona emplatado	Se sirve macedonia de frutas Se verifica dieta	

Unid. Enf.: 3 - HOSPITALIZACIÓN COMIDA
 Cama: 0082A 13/02/2015
 Nombre: ACOMPAÑANTE
 Dieta: *70-BASAL
 Menú: 1: MACARRONES A LA BOLOÑESA
 2: PESCADO CON GUARNICION
 3: PAN 60 GR.
 4: MACEDONIA

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
<p>Zona emplatado</p>	<p>Se tapa comida en caliente Se tapa bandeja</p>	
<p>Zona emplatado</p>	<p>Se coloca en el carro que subirá a planta La dietista ha controlado en todo momento, cantidades, etiqueta de paciente y emplatado.</p>	
<p>Zona emplatado</p>	<p>Temperatura Comprobación temperatura macarrones = 74,6°C</p>	

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA																														
Distribución en planta	<p>Temperatura Comprobación temperatura macarrones = 52,6°C Un poco baja puesto que debería llegar al paciente a 60°C.</p> <p>Temperatura estofado de ternera jardinera = 59,1°C</p>																															
Distribución en planta	<p>Temperatura Comprobación temperatura vichissoise = 65,7°C</p> <p>El registro muestra la temperatura en zona de emplatado</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Registro de Control de Temperaturas de Preparaciones de Cocina</th> </tr> <tr> <th>Id</th> <th>Temperatura</th> <th>Registador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10</td> <td>65,7</td> <td>S.G</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>62,6</td> <td>S.G</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>69,2</td> <td>S.G</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>70,3</td> <td>S.G</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>82,3</td> <td>ACD</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>75,9</td> <td>ACD</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>71,3</td> <td>ACD</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>83,2</td> <td>ACD</td> </tr> </tbody> </table>	Registro de Control de Temperaturas de Preparaciones de Cocina			Id	Temperatura	Registador	10	65,7	S.G	11	62,6	S.G	11	69,2	S.G	11	70,3	S.G	13	82,3	ACD	13	75,9	ACD	13	71,3	ACD	13	83,2	ACD
Registro de Control de Temperaturas de Preparaciones de Cocina																																
Id	Temperatura	Registador																														
10	65,7	S.G																														
11	62,6	S.G																														
11	69,2	S.G																														
11	70,3	S.G																														
13	82,3	ACD																														
13	75,9	ACD																														
13	71,3	ACD																														
13	83,2	ACD																														
Zona emplatado	<p>Puestos de la cinta Guarnición y pescado</p>																															

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Zona emplatado	Puestos de la cinta postres	
Zona emplatado	Puestos de la cinta Bandejas y pan	

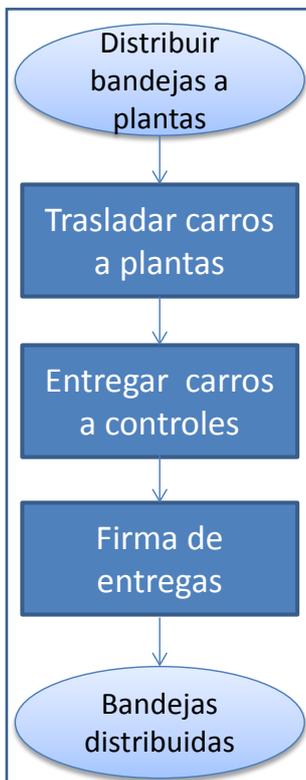
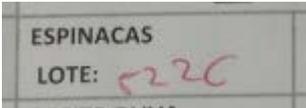
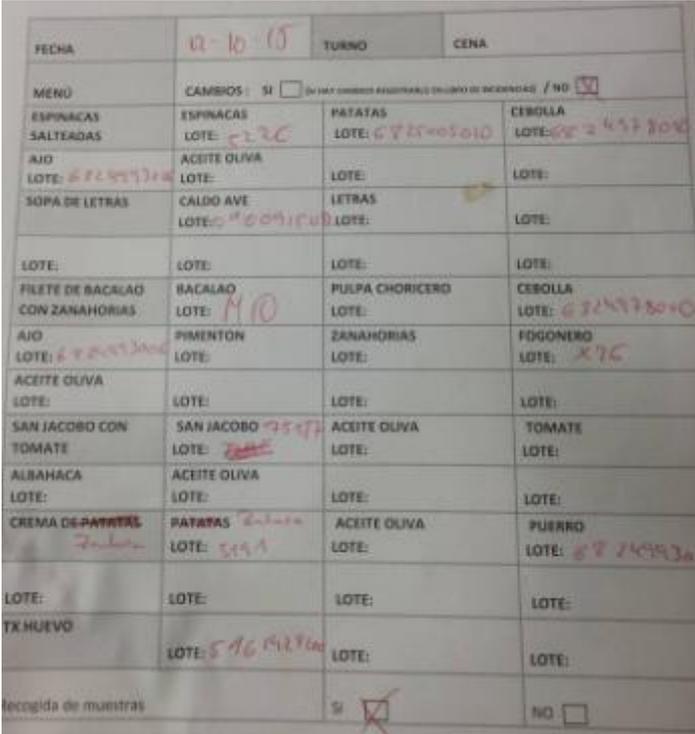
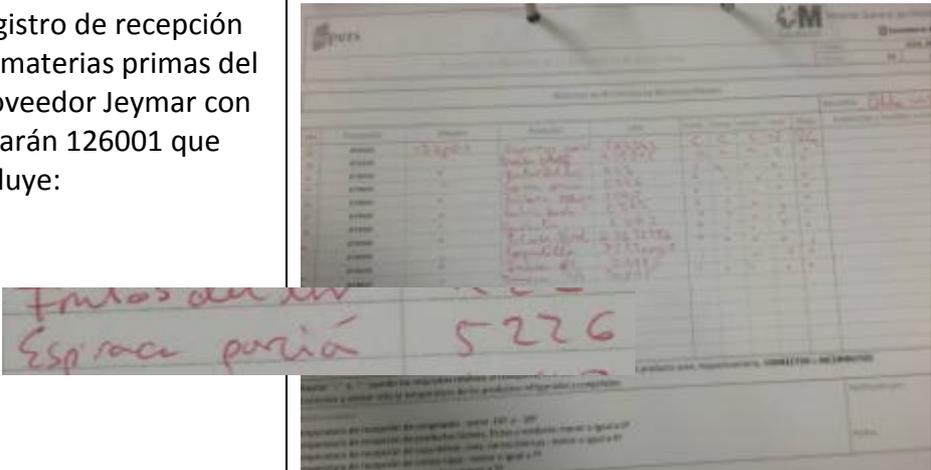


Figura 5. Diagrama de flujo distribución (RES)

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA																																																																																																								
Trazabilidad 1	Trazabilidad del menú del día: seguimiento del proceso del 13/10/15	<p>RESUMEN PLATOS DE MENUS SELECCIONADOS COMIDA del día 13/10/2015</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Platos</th> <th>Con. ut.</th> <th>Ma. ut.</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Crema de Patata</td> <td>1</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Macarrones hervidos</td> <td>16</td> <td>14</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>Crema de zanahoria</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Vichyssoise</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Salsado de carne</td> <td>21</td> <td>11</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>Macarrones a la bolonesa</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Sumando Platos</td> </tr> <tr> <td>TX PISCADO</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>TX DE PISCADO ESPESO</td> <td>22</td> <td>16</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>PISCADO CON GUARNICION</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>TX PISCADO NATURAL</td> <td>8</td> <td>3</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>MERLUZA DORSO CENASABORIA</td> <td>9</td> <td>1</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>TX BADA EN S</td> <td>15</td> <td>14</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>ESTOFADO DE TERNERA JARDINERA</td> <td>1</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>TX ATRINENTE</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Total</td> </tr> <tr> <td></td> <td>41</td> <td>8</td> <td>49</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Terceros Platos</td> </tr> <tr> <td>PAN MO GR</td> <td>0</td> <td>31</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>PAN S/N</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>LACTEO DESNATADO</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>LACTEO</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>VITALINA NATURAL</td> <td>1</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>AGUA GELIFICADA + LACTEO S/TXZ</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PAN DE SEMILLAS S/N</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Platos	Con. ut.	Ma. ut.	Total	Crema de Patata	1	7	8	Macarrones hervidos	16	14	30	Crema de zanahoria	1	1	2	Vichyssoise	1	1	2	Salsado de carne	21	11	32	Macarrones a la bolonesa				Sumando Platos				TX PISCADO	1	4	5	TX DE PISCADO ESPESO	22	16	38	PISCADO CON GUARNICION	1	4	5	TX PISCADO NATURAL	8	3	11	MERLUZA DORSO CENASABORIA	9	1	10	TX BADA EN S	15	14	29	ESTOFADO DE TERNERA JARDINERA	1	8	9	TX ATRINENTE				Total					41	8	49	Terceros Platos				PAN MO GR	0	31	31	PAN S/N	0	1	1	LACTEO DESNATADO	2	8	10	LACTEO	2	8	10	VITALINA NATURAL	1	6	7	AGUA GELIFICADA + LACTEO S/TXZ	0	1	1	PAN DE SEMILLAS S/N			
Platos	Con. ut.	Ma. ut.	Total																																																																																																							
Crema de Patata	1	7	8																																																																																																							
Macarrones hervidos	16	14	30																																																																																																							
Crema de zanahoria	1	1	2																																																																																																							
Vichyssoise	1	1	2																																																																																																							
Salsado de carne	21	11	32																																																																																																							
Macarrones a la bolonesa																																																																																																										
Sumando Platos																																																																																																										
TX PISCADO	1	4	5																																																																																																							
TX DE PISCADO ESPESO	22	16	38																																																																																																							
PISCADO CON GUARNICION	1	4	5																																																																																																							
TX PISCADO NATURAL	8	3	11																																																																																																							
MERLUZA DORSO CENASABORIA	9	1	10																																																																																																							
TX BADA EN S	15	14	29																																																																																																							
ESTOFADO DE TERNERA JARDINERA	1	8	9																																																																																																							
TX ATRINENTE																																																																																																										
Total																																																																																																										
	41	8	49																																																																																																							
Terceros Platos																																																																																																										
PAN MO GR	0	31	31																																																																																																							
PAN S/N	0	1	1																																																																																																							
LACTEO DESNATADO	2	8	10																																																																																																							
LACTEO	2	8	10																																																																																																							
VITALINA NATURAL	1	6	7																																																																																																							
AGUA GELIFICADA + LACTEO S/TXZ	0	1	1																																																																																																							
PAN DE SEMILLAS S/N																																																																																																										
Trazabilidad 1	Parte de elaboración en cocina	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>QUANTIDAD</th> <th>LOT</th> <th>FECHA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MACARRONES</td> <td>16</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>MACARRONES BOLESA</td> <td>14</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>PISCADO</td> <td>1</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>CREMA DE ZANAHORIA</td> <td>1</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>VICHYSOISE</td> <td>1</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>SALSADO DE CARNE</td> <td>21</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>MACARRONES A LA BOLESA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TX PISCADO</td> <td>1</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>TX DE PISCADO ESPESO</td> <td>22</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>PISCADO CON GUARNICION</td> <td>1</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>TX PISCADO NATURAL</td> <td>8</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>MERLUZA DORSO CENASABORIA</td> <td>9</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>TX BADA EN S</td> <td>15</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>ESTOFADO DE TERNERA JARDINERA</td> <td>1</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>TX ATRINENTE</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PAN MO GR</td> <td>0</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>PAN S/N</td> <td>0</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>LACTEO DESNATADO</td> <td>2</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>LACTEO</td> <td>2</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>VITALINA NATURAL</td> <td>1</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>AGUA GELIFICADA + LACTEO S/TXZ</td> <td>0</td> <td>15284</td> <td>13/10/15</td> </tr> <tr> <td>PAN DE SEMILLAS S/N</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ITEM	QUANTIDAD	LOT	FECHA	MACARRONES	16	15284	13/10/15	MACARRONES BOLESA	14	15284	13/10/15	PISCADO	1	15284	13/10/15	CREMA DE ZANAHORIA	1	15284	13/10/15	VICHYSOISE	1	15284	13/10/15	SALSADO DE CARNE	21	15284	13/10/15	MACARRONES A LA BOLESA				TX PISCADO	1	15284	13/10/15	TX DE PISCADO ESPESO	22	15284	13/10/15	PISCADO CON GUARNICION	1	15284	13/10/15	TX PISCADO NATURAL	8	15284	13/10/15	MERLUZA DORSO CENASABORIA	9	15284	13/10/15	TX BADA EN S	15	15284	13/10/15	ESTOFADO DE TERNERA JARDINERA	1	15284	13/10/15	TX ATRINENTE				PAN MO GR	0	15284	13/10/15	PAN S/N	0	15284	13/10/15	LACTEO DESNATADO	2	15284	13/10/15	LACTEO	2	15284	13/10/15	VITALINA NATURAL	1	15284	13/10/15	AGUA GELIFICADA + LACTEO S/TXZ	0	15284	13/10/15	PAN DE SEMILLAS S/N															
ITEM	QUANTIDAD	LOT	FECHA																																																																																																							
MACARRONES	16	15284	13/10/15																																																																																																							
MACARRONES BOLESA	14	15284	13/10/15																																																																																																							
PISCADO	1	15284	13/10/15																																																																																																							
CREMA DE ZANAHORIA	1	15284	13/10/15																																																																																																							
VICHYSOISE	1	15284	13/10/15																																																																																																							
SALSADO DE CARNE	21	15284	13/10/15																																																																																																							
MACARRONES A LA BOLESA																																																																																																										
TX PISCADO	1	15284	13/10/15																																																																																																							
TX DE PISCADO ESPESO	22	15284	13/10/15																																																																																																							
PISCADO CON GUARNICION	1	15284	13/10/15																																																																																																							
TX PISCADO NATURAL	8	15284	13/10/15																																																																																																							
MERLUZA DORSO CENASABORIA	9	15284	13/10/15																																																																																																							
TX BADA EN S	15	15284	13/10/15																																																																																																							
ESTOFADO DE TERNERA JARDINERA	1	15284	13/10/15																																																																																																							
TX ATRINENTE																																																																																																										
PAN MO GR	0	15284	13/10/15																																																																																																							
PAN S/N	0	15284	13/10/15																																																																																																							
LACTEO DESNATADO	2	15284	13/10/15																																																																																																							
LACTEO	2	15284	13/10/15																																																																																																							
VITALINA NATURAL	1	15284	13/10/15																																																																																																							
AGUA GELIFICADA + LACTEO S/TXZ	0	15284	13/10/15																																																																																																							
PAN DE SEMILLAS S/N																																																																																																										

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Trazabilidad 2	Parte de elaboración del 12/12/15 Selección de alimento elaborado: espinacas 	
Trazabilidad 2	Registro de recepción de materias primas del proveedor Jeymar con albarán 126001 que incluye: 	

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA																														
Trazabilidad 2	Registro control de temperatura en cinta de emplatado	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Plato</th> <th>Frio (F)</th> <th>Temp Caliente (C)</th> <th>Temp</th> <th>Baño</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESPINACAS SALTEADAS</td> <td></td> <td>C</td> <td>77,4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOPA DE PASTA</td> <td></td> <td>C</td> <td>82,0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FILETE BACALAO HORNO</td> <td></td> <td>C</td> <td>76,8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SAN JACOBO CON TOMATE</td> <td></td> <td>C</td> <td>75,2</td> <td>89°C</td> </tr> <tr> <td>TX HUEVO</td> <td></td> <td>C</td> <td>76,8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Plato	Frio (F)	Temp Caliente (C)	Temp	Baño	ESPINACAS SALTEADAS		C	77,4		SOPA DE PASTA		C	82,0		FILETE BACALAO HORNO		C	76,8		SAN JACOBO CON TOMATE		C	75,2	89°C	TX HUEVO		C	76,8	
Plato	Frio (F)	Temp Caliente (C)	Temp	Baño																												
ESPINACAS SALTEADAS		C	77,4																													
SOPA DE PASTA		C	82,0																													
FILETE BACALAO HORNO		C	76,8																													
SAN JACOBO CON TOMATE		C	75,2	89°C																												
TX HUEVO		C	76,8																													
Trazabilidad 2	Registro control de temperatura preparación en caliente	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Día</th> <th>Producto</th> <th>Temperatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12</td> <td>ESPINACAS SALTEADAS</td> <td>78,9</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>SOPA DE PASTA</td> <td>81,2</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>FILETE BACALAO HORNO</td> <td>80,1</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>SAN JACOBO CON TOMATE</td> <td>79,5</td> </tr> </tbody> </table>	Día	Producto	Temperatura	12	ESPINACAS SALTEADAS	78,9	✓	SOPA DE PASTA	81,2	✓	FILETE BACALAO HORNO	80,1	✓	SAN JACOBO CON TOMATE	79,5															
Día	Producto	Temperatura																														
12	ESPINACAS SALTEADAS	78,9																														
✓	SOPA DE PASTA	81,2																														
✓	FILETE BACALAO HORNO	80,1																														
✓	SAN JACOBO CON TOMATE	79,5																														
Trazabilidad 2	Reparto espinacas: visto en ordenador	<p>Unid Enf: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CENA Cama: 013005 Nombre: TORRUBIAS ESTEVEZ MARIA ISABEL Dieta: *56-BAJA EN GRASAS/COLESTEROL S/S Menú: 1: ESPINACAS SALTEADAS 2:3:PESCADO CON GUARNICIONPAN S/S 4: LACTEO DESNATADO</p>																														
Trazabilidad	Hoja firmada entrega a planta	<table border="1"> <thead> <tr> <th>HORA ENTREGA PLANTA</th> <th>FIRMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>13:45</td><td></td></tr> <tr><td>15:20</td><td></td></tr> <tr><td>17:25</td><td></td></tr> <tr><td>18:26</td><td></td></tr> <tr><td>19:30</td><td></td></tr> <tr><td>13:45</td><td></td></tr> <tr><td>13:45</td><td></td></tr> <tr><td>13:25</td><td></td></tr> <tr><td>13:15</td><td></td></tr> <tr><td>13:16</td><td></td></tr> <tr><td>13:16</td><td></td></tr> <tr><td>18:03</td><td></td></tr> </tbody> </table>	HORA ENTREGA PLANTA	FIRMA	13:45		15:20		17:25		18:26		19:30		13:45		13:45		13:25		13:15		13:16		13:16		18:03					
HORA ENTREGA PLANTA	FIRMA																															
13:45																																
15:20																																
17:25																																
18:26																																
19:30																																
13:45																																
13:45																																
13:25																																
13:15																																
13:16																																
13:16																																
18:03																																

En el proceso de lavado se ha observado la realización adecuada de las actividades así como la disposición de equipos y materiales y productos adecuados al uso. Las fichas técnicas y de seguridad de todos los productos utilizados se encuentran en el mismo almacén de productos de limpieza y otro utillaje.

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Zona de Lavado	Varios cuartos en uno de los cuales se sitúa el tren de lavado, en otro la zona de lavado manual y en otro espacio hay estanterías para guardar los materiales limpios.	<p>Tren de lavado e instrucciones</p> 
Zona de Lavado	Espacio para depositar limpio	
Zona de lavado	Productos en uso	

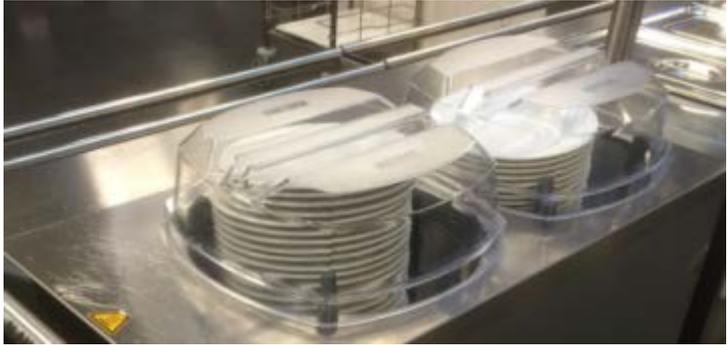
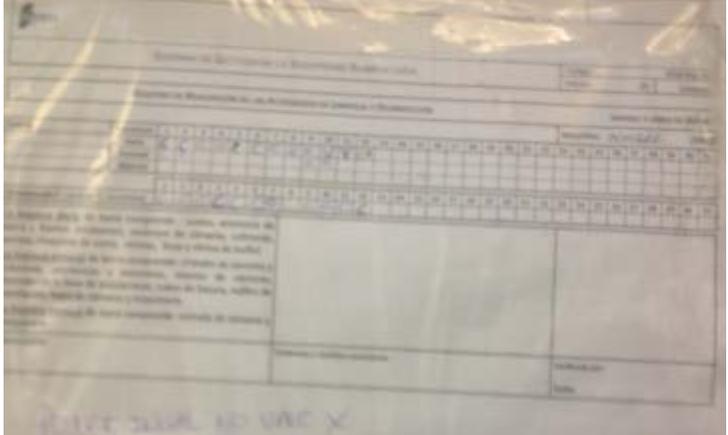
ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Zona de lavado	Almacén limpio: se observa la máquina para sellar bolsas de plástico (celo).	

Se incluye a continuación los procesos observados en cafetería.

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Cafetería	Zonas de trabajo cara al público limpias y ordenadas	
Cafetería	Zonas de trabajo cara al público limpias y ordenadas	

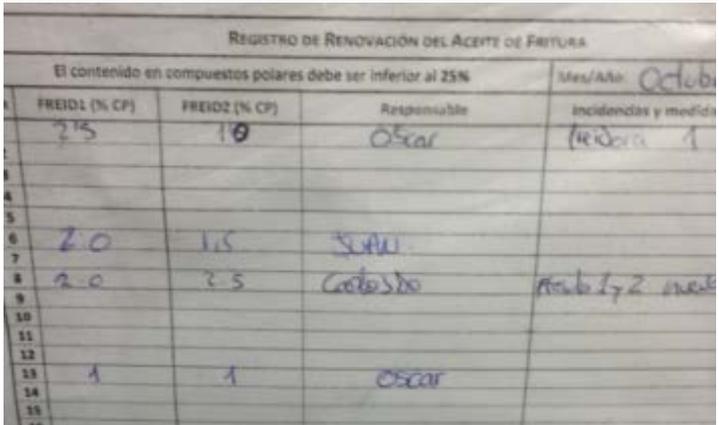
ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Cafetería	Zonas de trabajo cara al público limpias y ordenadas	
Cafetería	Cartelería: exposición del menú y otros encaminados a dietas saludables	
Cafetería	Cartelería: exposición del menú y otros encaminados a dietas saludables	

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA																																																																	
Cafetería	Expositor de fríos: los alimentos no están en contacto con el aire.																																																																		
Cafetería	Se registra la temperatura de los platos preparados en caliente y del expositor de fríos	<p>REGISTRO DE CONTROL DE TEMPERATURAS DE PREPARACIONES EN CALIENTE/FRÍO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Día</th> <th>Producto</th> <th>Temperatura</th> <th>Responsable</th> <th>Observaciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Self/Timbres</td> <td>70°/8°</td> <td>Cris</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>" / "</td> <td>75°/7°</td> <td>Cris</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>" / "</td> <td>77°/4°</td> <td>Cris</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>" / "</td> <td>75°/4°</td> <td>Cris</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>" / "</td> <td>70°/9°</td> <td>Cris</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>" / "</td> <td>72°/7°</td> <td>Cesar</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>" / "</td> <td>71°/8°</td> <td>Cesar</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>" / "</td> <td>70°/9°</td> <td>Cris</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>" / "</td> <td>79°/8°</td> <td>Cris</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>" / "</td> <td>71°/6°</td> <td>Cris</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>" / "</td> <td>70°/8°</td> <td>Cris</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>" / "</td> <td>73/6°</td> <td>Cris</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Día	Producto	Temperatura	Responsable	Observaciones	1	Self/Timbres	70°/8°	Cris		2	" / "	75°/7°	Cris		3	" / "	77°/4°	Cris		4	" / "	75°/4°	Cris		5	" / "	70°/9°	Cris		6	" / "	72°/7°	Cesar		7	" / "	71°/8°	Cesar		8	" / "	70°/9°	Cris		9	" / "	79°/8°	Cris		10	" / "	71°/6°	Cris		11	" / "	70°/8°	Cris		12	" / "	73/6°	Cris	
Día	Producto	Temperatura	Responsable	Observaciones																																																															
1	Self/Timbres	70°/8°	Cris																																																																
2	" / "	75°/7°	Cris																																																																
3	" / "	77°/4°	Cris																																																																
4	" / "	75°/4°	Cris																																																																
5	" / "	70°/9°	Cris																																																																
6	" / "	72°/7°	Cesar																																																																
7	" / "	71°/8°	Cesar																																																																
8	" / "	70°/9°	Cris																																																																
9	" / "	79°/8°	Cris																																																																
10	" / "	71°/6°	Cris																																																																
11	" / "	70°/8°	Cris																																																																
12	" / "	73/6°	Cris																																																																
Cafetería	Indicadores de temperatura, caliente y frío (la Tª fría está por encima de lo establecido)																																																																		

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Cafetería	Calienta platos	
Cafetería	Registros de limpieza: se indica la necesidad de firmar con la inicial en el registro en lugar de con X para conocer la persona que realiza la limpieza	
Cafetería	Cocina: vista general de las planchas que están en uso (la limpieza es mejorable), y de los cuchillos en pared fuera de esterilizador (igual que en restauración pacientes)	

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA																																																																														
cafetería	<p>Control semanal de calidad del agua (se mide el cloro y el pH) Se indica el punto de muestreo, y se observa rotación.</p> <p>Parámetros de cloración correctos aquellos situados entre 0,2 y 1'0 ppm (RD 140/2003)</p>	<table border="1"> <caption>REGISTRO DE CONTROL SEMANAL DE LA CLORACIÓN Y PH</caption> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Lugar de muestreo</th> <th>Cloro (mg/l)</th> <th>PH</th> <th>Responsable</th> <th>Incidencias y medidas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>W.C. 1</td><td>0,6</td><td>7,1</td><td>CAJALOS</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>Punto 1</td><td>0,6</td><td>7,1</td><td>"</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td>Punto 2</td><td>0,6</td><td>7,0</td><td>"</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td>Muchaca</td><td>0,3</td><td>7,2</td><td>"</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td>Salida</td><td>0,3</td><td>7,2</td><td>Suñer</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td>Punto 3</td><td>0,3</td><td>7,0</td><td>Villar</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td>Punto 4</td><td>0,6</td><td>7,1</td><td>ESCAR</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>Punto 5</td><td>0,5</td><td>7,0</td><td>Utrera</td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td>Muchaca</td><td>0,6</td><td>7,2</td><td>Suñer</td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td>Salida</td><td>0,5</td><td>7,1</td><td>Villar</td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td>Punto 6</td><td>0,3</td><td>7,2</td><td>Utrera</td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td>Punto 7</td><td>0,3</td><td>7,1</td><td>Villar</td><td></td></tr> </tbody> </table>	No.	Lugar de muestreo	Cloro (mg/l)	PH	Responsable	Incidencias y medidas	1	W.C. 1	0,6	7,1	CAJALOS		2	Punto 1	0,6	7,1	"		3	Punto 2	0,6	7,0	"		4	Muchaca	0,3	7,2	"		5	Salida	0,3	7,2	Suñer		6	Punto 3	0,3	7,0	Villar		7	Punto 4	0,6	7,1	ESCAR		8	Punto 5	0,5	7,0	Utrera		9	Muchaca	0,6	7,2	Suñer		10	Salida	0,5	7,1	Villar		11	Punto 6	0,3	7,2	Utrera		12	Punto 7	0,3	7,1	Villar	
No.	Lugar de muestreo	Cloro (mg/l)	PH	Responsable	Incidencias y medidas																																																																											
1	W.C. 1	0,6	7,1	CAJALOS																																																																												
2	Punto 1	0,6	7,1	"																																																																												
3	Punto 2	0,6	7,0	"																																																																												
4	Muchaca	0,3	7,2	"																																																																												
5	Salida	0,3	7,2	Suñer																																																																												
6	Punto 3	0,3	7,0	Villar																																																																												
7	Punto 4	0,6	7,1	ESCAR																																																																												
8	Punto 5	0,5	7,0	Utrera																																																																												
9	Muchaca	0,6	7,2	Suñer																																																																												
10	Salida	0,5	7,1	Villar																																																																												
11	Punto 6	0,3	7,2	Utrera																																																																												
12	Punto 7	0,3	7,1	Villar																																																																												
Cafetería	<p>Lavamanos: accionado con el pie, dispone de papel y jabón.</p>																																																																															

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Cafetería	<p>Nevera en cocina: todos los alimentos no están tapados, la pera de la foto está expuesta al aire</p>	
Cafetería	<p>Alimentos en cocina etiquetados correctamente (fecha de apertura y caducidad y lote) y otros con la etiqueta de original solamente.</p>	
Cafetería	<p>Etiquetas no protocolizadas: se presupone que es fecha apertura / caducidad pero no se indica. Tampoco se indica el lote.</p>	

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Cafetería	Etiquetas correctas aunque no estén sobre las establecidas: alimento/lote/fecha apertura/caducidad	
Cafetería	Algunos productos en uso no están etiquetados	
Cafetería	Freidoras en uso (aceite tiene buen aspecto y disponen del registro correspondiente)	
Cafetería	Freidoras en uso (aceite tiene buen aspecto y disponen del registro correspondiente)	

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Cafetería	Registro de control de tiempo en la desinfección de vegetales	
Cafetería	Parte de elaboración	
Cafetería	Tablas y cuchillos por colores (sin esterilizador)	

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA																					
Cafetería	<p>Temperatura de platos en caliente: bandejas del self (macarrones y verdura)</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Medidas</td> <td>°C</td> </tr> <tr> <td>Art</td> <td>Max</td> <td>63,7</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Min</td> <td>26,2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Average</td> <td>42,0</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Parámetros</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Emisividad</td> <td></td> <td>0.95</td> </tr> <tr> <td>Temp. refl.</td> <td></td> <td>29 °C</td> </tr> </table>	Medidas		°C	Art	Max	63,7		Min	26,2		Average	42,0	Parámetros			Emisividad		0.95	Temp. refl.		29 °C	
Medidas		°C																					
Art	Max	63,7																					
	Min	26,2																					
	Average	42,0																					
Parámetros																							
Emisividad		0.95																					
Temp. refl.		29 °C																					
Cafetería	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Medidas</td> <td>°C</td> </tr> <tr> <td>Art</td> <td>Max</td> <td>58,6</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Min</td> <td>43,0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Average</td> <td>50,7</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Parámetros</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Emisividad</td> <td></td> <td>0.95</td> </tr> <tr> <td>Temp. refl.</td> <td></td> <td>29 °C</td> </tr> </table>	Medidas		°C	Art	Max	58,6		Min	43,0		Average	50,7	Parámetros			Emisividad		0.95	Temp. refl.		29 °C	
Medidas		°C																					
Art	Max	58,6																					
	Min	43,0																					
	Average	50,7																					
Parámetros																							
Emisividad		0.95																					
Temp. refl.		29 °C																					

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA													
Cafetería	<p>Medidas °C</p> <table border="1"> <tr> <td>Art</td> <td>Max</td> <td>64,6</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Min</td> <td>38,7</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Average</td> <td>54,4</td> </tr> </table> <p>Parámetros</p> <table border="1"> <tr> <td>Emisividad</td> <td>0.95</td> </tr> <tr> <td>Temp. refl.</td> <td>29 °C</td> </tr> </table>	Art	Max	64,6		Min	38,7		Average	54,4	Emisividad	0.95	Temp. refl.	29 °C	<p>13/10/2015 13:02:03</p> <p>344.jpg FLIR E6 63933002</p> <p>13/10/2015 13:02:03</p> <p>344.jpg FLIR E6 63933002</p>
Art	Max	64,6													
	Min	38,7													
	Average	54,4													
Emisividad	0.95														
Temp. refl.	29 °C														
Cafetería	<p>Medidas °C</p> <table border="1"> <tr> <td>Art</td> <td>Max</td> <td>42,8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Min</td> <td>38,2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Average</td> <td>40,0</td> </tr> </table> <p>Parámetros</p> <table border="1"> <tr> <td>Emisividad</td> <td>0.95</td> </tr> <tr> <td>Temp. refl.</td> <td>29 °C</td> </tr> </table>	Art	Max	42,8		Min	38,2		Average	40,0	Emisividad	0.95	Temp. refl.	29 °C	<p>13/10/2015 13:02:16</p> <p>345.jpg FLIR E6 63933002</p> <p>13/10/2015 13:02:16</p> <p>345.jpg FLIR E6 63933002</p>
Art	Max	42,8													
	Min	38,2													
	Average	40,0													
Emisividad	0.95														
Temp. refl.	29 °C														

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
<p>Cafetería</p>	<p>Temperatura de cámara de congelación (-19,0°C) y antecámara (5,3°C).</p>	
<p>Cafetería</p>	<p>Cámara a 5,3°C Productos etiquetados y siguiendo método FIFO cuando es posible. Problema de espacio.</p>	

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Cafetería	Ejemplo: Carne etiquetada por proveedor (sin abrir) o por el servicio cuando está preparada para su elaboración.	 
Cafetería	Fruta y verdura sin etiquetar aunque con buenas condiciones organolépticas. En bolsas si está etiquetado por el proveedor.	  
Cafetería	Cámara a -19,0°C El equipo de refrigeración tiene mal funcionamiento (se observa escarcha y precisa revisión)	
Cafetería	Cámara a -19,0°C Productos etiquetados y correctamente envasados	   
Cafetería	Cámara a -19,0°C Cartón de cartón con pan	

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Cafetería	Zona de lavado: productos controlados y temperatura de lavado según programa	
Cafetería	Trazabilidad entrada de mercancía. Albarán de entrada	
Cafetería	Trazabilidad entrada de mercancía. Toma de Tª del camión (no se observa que se anote esta temperatura en ningún registro revisado)	

ZONA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Cafetería	Trazabilidad entrada de mercancía. Camión	

1.4.4. RESULTADOS DE AUDITORÍA (RES)

OBSERVACIÓN DE LAS INSTALACIONES CÁMARAS DE CONGELACIÓN Y REFRIGERACIÓN								
OBSERVACIÓN	CONGELACION	DESCONGELA	CARNE	PESCADO	FRUTA	LACTEO	PREPARADOS	SECO
Correcto: OK Incorrecto: X								
Temperatura (°C)	-17,5	2,6	2,6	3,1	5,1	3,0	2,5	19
Registro de Tª diario	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Suelos	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	X
Paredes	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Techos	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Puertas	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Lámparas	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Equipo frío (sin escarcha, limpio...)	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Estanterías	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Alimentos (sin contacto suelo o techo)	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Circulación de aire entre envases alimentos	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Alimentos sin contacto con el aire	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Sin productos distintos de alimentos	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Ficha de limpieza	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
Hoja de registro diaria	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK

Tabla 4. Observación de las cámaras de refrigeración y congelación en cocina (RES)

CONTROL DE PRODUCTOS ALMACENADOS					
Correcto todo: OK		SECO: almacén central		CONG: Cámara de congelación	
Incidencia: X		DESC: cámara de descongelación		F: fecha de observación	
PRODUCTO (Fecha)	CÁMARA/F	ETIQUETADO	ASPECTO	CADUCIDAD	FIFO
Agua gelificada (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Crema cereales (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Pan de molde (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Corn Flakes (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Zumos (jugo piña) (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Puré de fruta (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Natillas (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Zanahoria rallada (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Tomate frito (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Arroz largo (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Leche semidesn. (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Pasta (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Leche desnatada (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK

CONTROL DE PRODUCTOS ALMACENADOS

Correcto todo: OK

SECO: almacén central

CONG: Cámara de congelación

Incidencia: X

DESC: cámara de descongelación F: fecha de observación

PRODUCTO (Fecha)	CÁMARA/F	ETIQUETADO	ASPECTO	CADUCIDAD	FIFO
Levadura polvo (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Bicarbonato (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Pan tostado (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Pasta carne para untar	SECO	OK	OK	OK	OK
Aceite (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Sémola de trigo (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Puré de patata (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Macarrones (pasta)	SECO	OK	OK	OK	OK
Espirales (pasta) (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Tornillos (pasta) (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Pan rallado (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Lomo mero (13/10)	SECO	OK	OK	OK	OK
Gallo (28/10)	DESC	OK	OK	OK	OK
Bonito (28/10)	DESC	OK	OK	OK	OK
Cordero (28/10)	DESC	OK	OK	OK	OK
Pollo (13/10)	CARNE	OK	OK	OK	OK
Gallina (13/10)	CARNE	OK	OK	X (13/10/15)	OK
Hamb. vacuno (28/10)	CARNE	OK	OK	OK	OK
Pollo (28/10)	CARNE	OK	OK	OK	OK
Abadejo (13/10)	PESCADO	OK	OK	OK	OK
Sin piel (13/10)	PESCADO	OK	OK	OK	OK
Mero (28/10)	PESCADO	OK	OK	OK	OK
Peras (13/10)	VERDURA	X	OK	-	-
Manzana (13/10)	VERDURA	X	OK	-	-
Naranjas (13/10)	VERDURA	X	OK	-	-
Lechuga bolsa (13/10)	VERDURA	OK	OK	OK	OK
Patata pelada (13/10)	VERDURA	OK	OK	OK	OK
Lechuga Iceberg (13/10)	VERDURA	X	OK	-	-
Pimientos verde (13/10)	VERDURA	X	OK	-	-
Calabacín (28/10)	VERDURA	X	OK	-	-
Pimiento rojo (28/10)	VERDURA	X	OK	-	-
Pimiento verde (28/10)	VERDURA	X	OK	-	-
Zanahorias (28/10)	VERDURA	X	OK	-	-
Ajos (28/10)	VERDURA	OK	OK	OK	OK
Puerros (28/10)	VERDURA	X	OK	-	-
Kiwis (28/10)	VERDURA	X	OK	-	-
Macedonia fruta (28/10)	VERDURA	OK	OK	OK	OK
Peras (28/10)	VERDURA	X	OK	-	-
Naranjas (28/10)	VERDURA	X	OK	-	-
Yogures (13/10)	LACTEOS	OK	OK	OK	OK
Natillas (13/10)	LACTEOS	OK	OK	OK	OK

CONTROL DE PRODUCTOS ALMACENADOS

Correcto todo: OK

SECO: almacén central

CONG: Cámara de congelación

Incidencia: **X**

DESC: cámara de descongelación F: fecha de observación

PRODUCTO (Fecha)	CÁMARA/F	ETIQUETADO	ASPECTO	CADUCIDAD	FIFO
Zumos (13/10)	LACTEOS	OK	OK	OK	OK
Salchichas (13/10)	LACTEOS	OK	OK	Septiembre	-
Vitalinea (13/10)	LACTEOS	OK	OK	OK	OK
Cuajada (13/10)	LACTEOS	OK	OK	OK	OK
Yogures (28/10)	LACTEOS	OK	OK	OK	OK
Huevina(28/10)	LACTEOS	OK	OK	OK	OK
Lonchas queso (28/10)	LACTEOS	OK	OK	OK	OK
Nata (28/10)	LACTEOS	OK	OK	OK	OK
Chorizo (28/10)	LACTEOS	OK	OK	OK	OK
Salchichón (28/10)	LACTEOS	OK	OK	OK	OK
Jamón curado (28/10)	LACTEOS	OK	OK	OK	OK
Paleta cocida (28/10)	LACTEOS	OK	OK	OK	OK
Pechuga de pavo (28/10)	LACTEOS	OK	OK	OK	OK
Flan huevo (28/10)	LACTEOS	OK	OK	OK	OK
Zanahoria (13/10)	PREPARADOS	OK	OK	OK	OK
Espárragos (13/10)	PREPARADOS	OK	OK	OK	OK
Macedonia (13/10)	PREPARADOS	OK	OK	OK	OK

Tabla 5. Control de productos almacenados en cocina (RES)

1.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (RES)

AREA DE MEJORA / INCIDENCIA	PROPUESTA DE MEJORA
<p>En los <u>listados de medios</u> no aparecen algunos de los medios utilizados por el servicio. Estos medios no parecen controlarse desde el servicio.</p>	<p>Balanza de Pesado: disponer en el servicio de los certificados de calibrado o verificaciones. Termómetros: disponer en el servicio de los certificados de calibrado o verificaciones. Programa de control de temperaturas.</p>
<p>En la <u>recepción del pedido</u> de pollo del día 13-10-15 no se realiza el control al proveedor tal y como está descrito: la toma de temperatura del camión y visión de sus condiciones se realiza varios minutos después de la recepción durante la que el camión ha estado abierto. Además el trabajador que recibe la mercancía no parece conocer el protocolo, puesto que realiza este control después de preguntarle por qué no lo ha hecho. Lo mismo sucede en la entrada de pedido en cafetería.</p>	<p>Informar a los trabajadores de la necesidad de cumplir con los protocolos del servicio. Formar al personal en los protocolos del servicio.</p>
<p>En la <u>cámara de carnes</u> se detecta “gallina eviscerada” a las 9:35 del 13-10-15 cuyo consumo debe ser en el día (fecha de caducidad 13-10-15) sin que conste en el menú una elaboración que pueda incluirla. Al finalizar la visita la bandeja con este contenido sigue en el mismo sitio. Tras informar al responsable indica que se puede usar para caldos y otras elaboraciones.</p>	
<p>En la cámara de lácteos se detecta un paquete de <u>salchichas Frankfurt</u> caducado. Tras avisar a responsable se retira antes de hacer la foto.</p>	
<p>Envases en congeladores y cámaras frigoríficas: <u>cartón en congelador</u> de cafetería (con panes en su interior)</p>	<p>Las cajas de cartón son materiales contaminantes e imposibles de limpiar y desinfectar.</p>
<p>La temperatura de los registros de platos elaborados en restauración pacientes es superior a la observada en las tomas realizadas (macarrones por ejemplo). No se garantiza que la temperatura de los alimentos calientes, lleguen al paciente a 60°C o superior.</p>	

AREA DE MEJORA / INCIDENCIA	PROPUESTA DE MEJORA
<p>En la cocina (preparación en caliente) se detecta en el <u>techo una rejilla</u> que desprende rejilla seca sobre el carro donde tiene la carne y pala de mover el alimento en la sartén la cocinera que está cocinándola. El 28 octubre sigue en el mismo estado.</p>	<p>Avisos Mantenimiento: Jose Miguel Rabano</p>  <p>Se recibe parte de mantenimiento del mismo día 28 de octubre. El mismo día se reciben fotos del sellado realizado:</p> 
<p>El 13/10/15 los <u>cuchillos están en soportes</u> en la pared. Es conveniente disponer de un sistema que esterilice los cuchillos y evite la oxidación/ contaminación. Ocurre lo mismo en cafetería.</p>	<p>El 15 de octubre se recibe el armario esterilizador.</p>  <p>Y el 28 de octubre se observa su uso en cocina restauración:</p>
<p>En cafetería y restauración: la indicación de realizado en los <u>registros de limpieza</u> es en ocasiones una x cuando se ha establecido que debe ser la inicial de la persona que lo realiza.</p>	

AREA DE MEJORA / INCIDENCIA	PROPUESTA DE MEJORA
En una de las neveras de cocina de cafetería se observa puntualmente una <u>pera expuesta</u> al aire.	
En algunas <u>etiquetas de productos</u> en envases distintos de los originales o bien abiertos no se indica el lote, ni se especifica fecha apertura / caducidad (aunque se presupone), sobre todo en cafetería.	
Se observa <u>escarcha</u> alrededor del tubo y pared del equipo de frío dentro de la cámara de congelación de cafetería.	

1.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (RES)

PUNTO FUERTE	EVIDENCIA
Sistema de control de la temperatura de las cámaras	Se puede controlar en cualquier momento y se pueden obtener históricos de temperatura
La actitud del personal durante la auditoria fue muy positiva, reconociendo las áreas de mejora que se fueron detectando.	

1.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (RES)

Los indicadores incluidos en el PPT y la previsión de evaluación realizada es:

INDICADORES	EVALUACIÓN (% Incumplimientos)
Incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales	Disponibilidad de materias primas: 0% Disponibilidad de medios: 0% Condiciones instalaciones y equipos: 0%
Incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales	Temperatura cámaras y almacenes: 0% Funcionamiento de equipos: 0% Incidencias instalaciones: 2/41: 5%
Alimentos en malas condiciones organolépticas	0%
No correspondencia entre ficha técnica y platos	0%
Temperatura adecuada para su ingestión por el paciente	33% (1 de los 3 platos medidos en emplatado)
Error en el tipo de dieta (diabéticos, musulmanes, ayunas...)	0%
Error respecto a la dieta elegida	0%
Incumplimiento relativo a los menús (composición, ciclos, menús especiales...)	0%
Insuficiencia de menaje	0%
Incumplimiento APPCC	
Falta de higiene en las instalaciones o personal	0%

INDICADORES	EVALUACIÓN (% Incumplimientos)
Incumplimiento de la obligación bimensual de controles de calidad	0% (son mensuales)
No corrección de deficiencias encontradas en controles de calidad e inspecciones	0%
Incumplimiento de cualquiera otra obligación	0%

1.8. ANEXOS (RES)

Listado de evidencias de proceso recibidas por mail

Nombre	Ta...	Tipo
Parte de mantenimiento 28oct de tapa registro	331 KB	Adobe Acrobat Document
Sellado registro cocina	18 KB	Archivo JPG
registros sellado cocina	8 KB	Archivo JPG
Sellado registro cocina (1)	18 KB	Archivo JPG

1.9. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (RES)

El equipo auditor considera que **la organización ha establecido y mantenido los procesos y procedimientos** necesarios para prestar el servicio de restauración y **demuestra la capacidad del sistema para cumplir con los requisitos normativos técnicos y legales** del servicio para el **alcance, objetivos y política del hospital**.

Se han detectado un total de **12 incidencias** en el servicio, 4 de las cuales se han clasificado como medias. Basándonos en estos resultados, el equipo auditor considera que el servicio debe mejorar en relación a los siguientes aspectos:

- Control de caducidades para un mejor aprovechamiento de los alimentos que llegan al Hospital
- Control de temperatura de los pedidos recibidos (medir temperatura en los camiones de proveedores)
- Etiquetado de productos, indicando lote, fecha de apertura/ caducidad

El personal responsable del servicio ha solucionado algunas de las incidencias detectadas durante la auditoria, mostrando una actitud constructiva que el equipo auditor considera importante para la mejora continua del servicio prestado.

2) SERVICIO DE LENCERÍA Y LAVANDERÍA (LAV)

2.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (LAV)

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PCAP

Cumplimiento de la **cláusula 9.1.3 del PCAP** en relación con los servicios no asistenciales:

- Prestar los servicios con medios propios
- De conformidad con la cláusula 9.1.3.8 del PCAP, la Sociedad concesionaria presentará en el plazo de un año desde la formalización del contrato, las memorias y protocolos de actuación, el diseño, organización y los recursos humanos y materiales que propone para cada servicio. En el primer año de funcionamiento del Hospital deberán documentarse los métodos y manuales de procedimiento de cada uno de los servicios.

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PTE

Este servicio incluye el lavado, desinfección, repaso de costura, planchado, doblado, empaquetado y transporte interior y exterior de ropa y lencería del Hospital.

El servicio prestado deberá abarcar todos los días laborables de lunes a domingo. En ningún caso será admisible la interrupción del servicio por más de un día, cualquiera que sea la concatenación de días festivos que se produzca durante la vigencia del contrato.

El transporte de la ropa se hará empleando distintos vehículos o compartimentos para ropa limpia y sucia, de manera que nunca se encuentren en el mismo simultáneamente. Tampoco se admitirá la introducción de ropa limpia en un compartimento que haya transportado ropa sucia, sin una desinfección previa.

La estructura del carro estará adecuada a las necesidades de transporte, y en todo caso las ruedas serán de un material que amortigüe el ruido que se produce durante el recorrido.

El sistema de prelavado garantizará la retirada de todo resto de materia orgánica en la ropa.

El procesado de la ropa se realizará de forma que la ropa limpia y la sucia se encuentren separadas en todo momento, mediante el establecimiento de una “barrera sanitaria”.

El servicio demandado exige una garantía de termo desinfección a alta temperatura para aquellas prendas que sean de algodón 100 % y en las de poliéster mediante cloro.

Se deberá mantener en todo momento las exigencias técnicas de asepsia (barrera sanitaria), porcentaje de oxidante (lejía o agua oxigenada) a emplear en el lavado, garantía de enjuagues (eliminación de vestigios de oxidantes), forma de planchado y doblado, higiene en el transporte, etc.

LENCERIA	CATEG FALLO
Aquellos incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD1
Aquellos incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD2
Incumplimiento de la obligación de cambio diario de ropa de habitación y/o paciente	FC1
No cambio o retraso en el cambio de ropa cuando se precise por la higiene y dignidad del paciente	FC1
No se facilite o se haga con tardanza, ropa adicional (mantas, almohadas, etc.)	FC1
Defectos relativos a la calidad de la lencería hospitalaria (incumplimiento de especificaciones mínimas del SERMAS: composición, gramaje, etc.)	FC2
Fallos relativos a la lencería de las zonas que no son de hospitalización (en función de su repercusión, se califica de una forma u otra)	FC1, FC2, FD
Lencería no en condiciones adecuadas (rota, con manchas, arrugada, húmeda...)	FC1
Fallos relativos al diseño específico de la ropa relacionada con los niños atendidos en el Hospital	FC1
la uniformidad del personal sanitario no está limpia y/o no se ajusta a las normas de imagen corporativa	FC1
Incumplimientos derivados de la obligada barrera sanitaria (transporte, almacenamiento etc.)	FC2
Ruido de los carros de transporte de la lencería	FC1
No realización de los controles mensuales bacteriológicos y/o de los controles de calidad	FC2
No corrección de las deficiencias puestas de relieve en los controles de calidad o inspecciones	FC1 o FC2
Incorrecta uniformidad y/o identificación del personal del servicio	FC1
Incumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente/usuario	FC
El resultado de la encuesta de satisfacción a los clientes o del instrumento de medición que se habilite, se encuentra por debajo del 75 %	FC1

Ilustración 4. Imagen de indicadores de lavandería y lencería según PPT (LAV)

El grado de humedad máximo permitido en la ropa limpia no será nunca mayor de un 2 %.

La Sociedad concesionaria realizará, a su cargo y con frecuencia mensual, controles bacteriológicos, por laboratorios externos autorizados, de la ropa limpia y comunicará los resultados de los mismos por escrito al Servicio de Evaluación y Control.

La Administración Sanitaria será informada de los procesos físicos y químicos que se utilicen tanto para la ropa como para los carros y elementos de transporte, pudiendo realizar tomas de muestras y controles del proceso e inspecciones a los centros de lavado en cualquier momento, y ordenar la modificación de los procesos si el resultado no fuera satisfactorio.

Con el fin de evaluar las incrustaciones orgánicas e inorgánicas, según acuerdo de aceptabilidad, la Sociedad concesionaria establecerá un sistema de control de calidad en el total del procesado de la ropa (lavado, planchado, repaso y recogida-entrega).

La calidad de la lencería hospitalaria deberá tener como mínimo las especificaciones técnicas aplicadas en los Centros Sanitarios adscritos al Servicio Madrileño de Salud.

En relación a los cambios de ropa, tanto en lo relativo a ropa de forma de los pacientes como ropa lisa (cama, camillas, etc), se estará a lo dispuesto en los protocolos correspondientes, sin

perjuicio de que la ropa de las habitaciones de los pacientes y la de los pacientes se cambie una vez al día siempre y cuando no se precise un mayor número de cambios.

Por otra parte se cuidará especialmente la elección de la ropa de niños.

La Sociedad concesionaria realizará encuestas de satisfacción a los diferentes usuarios del servicio de lencería.

Se enuncian los siguientes indicadores de disponibilidad y calidad, a los efectos establecidos en el Anexo XIV del PCAP.

NORMATIVA APLICABLE

En cuanto a la normativa aplicable, se incluye en este apartado el listado de la normativa relacionada que pudiera tener aplicación al servicio:

- Real Decreto 1453/1987, de 27 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento regulador de los servicios de limpieza, conservación y teñido de productos textiles, cueros, pieles y sintéticos.
- Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio, por la que se establecen disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario

2.2. DOCUMENTACIÓN (LAV)

DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE PARA LA AUDITORÍA

Documentación revisada del servicio.

LISTADO DE DOCUMENTACIÓN RECIBIDA				
SERV	DOCUMENTO	FECHA	FORM	DE
LAV	01 CS-PCL04C-POC01 Lencería y Lavandería.docx	5-10-15	Word	Laura Alfaro
LAV	02. CS-PCL04C-FPOC01-01 CONTROL DE PESO DE ROPA LIMPIA	5-10-15	Excel	Laura Alfaro
LAV	2. Procedimiento Integral de Lavandería Villalba	5-10-15	Word	Laura Alfaro
LAV	03.CS-PCL04C-FPOC01-02 ASIGNACIÓN DE ROPA POR UNIDAD	5-10-15	Excel	Laura Alfaro
LAV	04.CS-PCL04C-FPOC01-03 REGISTRO DE ENTREGA DE UNIFORMES	5-10-15	Excel	Laura Alfaro
LAV	4. ORGANIGRAMA SERVICIOS LIMPIEZA	5-10-15	Word	Laura Alfaro
LAV	05.CS-PCL04C-FPOC01-04 INVENTARIO TRIMESTRAL ALMACÉN	5-10-15	Excel	Laura Alfaro
LAV	08.CS-PCL04C-FPOC01-07- Registro de Incidencias	5-10-15	Excel	Laura Alfaro
LAV	12.1 1501_Ficha_Informe_Mensual_4H_Lencería_Lavandería	5-10-15	Word	Laura Alfaro
LAV	12.2 1501_Ficha_Informe_Mensual_4H_Lencería_Lavandería	5-10-15	Word	Laura Alfaro
LAV	12.3 1503_Ficha_Informe_Mensual_4H_Lencería_Lavandería	5-10-15	Word	Laura Alfaro
LAV	12.4 1504_Ficha_Informe_Mensual_4H_Lencería_Lavandería	5-10-15	Word	Laura Alfaro
LAV	12.5 1505_Ficha_Informe_Mensual_4H_Lencería_Lavandería	5-10-15	Word	Laura Alfaro
LAV	12.6 1506_Ficha_Informe_Mensual_4H_Lencería_Lavandería	5-10-15	Word	Laura Alfaro
LAV	12.7 1507_Ficha_Informe_Mensual_4H_Lencería_Lavandería	5-10-15	Word	Laura Alfaro
LAV	12.8 1508_Ficha_Informe_Mensual_4H_Lencería_Lavandería	5-10-15	Word	Laura Alfaro
LAV	15. REGISTRO REVISIÓN ROPA RECEPCIONADA 2015	5-10-15	Excel	Laura Alfaro
LAV	16.1.1 NEXO 1-CONTROL BACTERIOLOGICO ENERO 2015	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.1.2 ANEXO 2-CONTROL DE CALIDAD ENERO 2015	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.2.1 ANEXO 1 - CONTROL CALIDAD FEB 15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro

LISTADO DE DOCUMENTACIÓN RECIBIDA				
SERV	DOCUMENTO	FECHA	FORM	DE
LAV	16.2.2 ANEXO 2 - CONTROL DE CALIDAD FEB 15	5-10-15	Excel	Laura Alfaro
LAV	16.3.1 ANEXO 1 - CONTROL CALIDAD MARZ-15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.3.2 ANEXO 2 - CONTROL CALIDAD MARZ-15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.3.3 ANEXO 3 - CONTROL CALIDAD MARZ-15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.3.4 ANEXO 4 - CONTROL DE CALIDAD MARZ-15	5-10-15	Excel	Laura Alfaro
LAV	16.4.1 ANEXO 1 - CONTROL CALIDAD ABRIL-15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.4.2 ANEXO 2 - CONTROL CALIDAD ABRIL-15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.4.3 ANEXO 3 - CONTROL CALIDAD ABRIL-15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.4.4 ANEXO 4 - CONTROL CALIDAD ABRIL-15	5-10-15	Excel	Laura Alfaro
LAV	16.5.1 ANEXO 1 - CONTROL CALIDAD MAYO-15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.5.2 ANEXO 2 - CONTROL CALIDAD MAYO-15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.5.3 ANEXO 3 - CONTROL CALIDAD MAYO-15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.5.4 ANEXO 4 - CONTROL CALIDAD MAYO-15	5-10-15	Excel	Laura Alfaro
LAV	16.6.1 ANEXO 1 - CONTROL DE CALIDAD JUNIO 15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.6.2 ANEXO 2 - CONTROL DE CALIDAD JUNIO 15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.6.3 ANEXO 3 - CONTROL DE CALIDAD JUNIO 15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.6.4 ANEXO 4 - CONTROL DE CALIDAD JUNIO 15	5-10-15	Excel	Laura Alfaro
LAV	16.7.1 ANEXO 1 - CONTROL DE CALIDAD JULIO 15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.7.1 ANEXO 2 - CONTROL DE CALIDAD JULIO 15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.7.1 ANEXO 3 - CONTROL DE CALIDAD JULIO 15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.7.1 ANEXO 4 - CONTROL DE CALIDAD JULIO 15	5-10-15	Excel	Laura Alfaro
LAV	16.8.1 ANEXO 1 - CONTROL DE CALIDAD AGOSTO 15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.8.2 ANEXO 2 - CONTROL DE CALIDAD AGOSTO 15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.8.3 ANEXO 3 - CONTROL DE CALIDAD AGOSTO 15	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
LAV	16.8.4 ANEXO 4 - CONTROL DE CALIDAD AGOSTO 15	5-10-15	Excel	Laura Alfaro

Tabla 6. Listado de documentación revisada de Lencería y Lavandería (LAV)

Todos los documentos se renombran o bien se escanean y se nombran para facilitar el archivo y localización.

A) MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido: 01 CS-PCL04C-POC01 Lencería y Lavandería.docx
 Renombrado como: LAV01 Manual Lencería y Lavandería.docx
 Tipo de archivo: Documento de Microsoft Word
 Número de páginas: 5
 Título en el documento: SERVICIO DE LENCERIA Y LAVANDERIA
 Encabezado: Título de documento, código, edición y logo de Capiro Ser
 Pie de página: Número de páginas e indicación de copia no controlada
 Autor: Sí, Dpto. de Limpieza
 Fecha de edición y revisión: Sí, editado, revisado y aprobado en junio de 2013

Análisis de edición del documento:

Su diseño y contenido cumple la norma ISO 9001:2008 en lo referente al apartado “4.2.3 Control de los documentos”.

No contiene índice, pero los apartados incluidos son:

- Objeto
- Alcance
- Documentación de referencia / legislación aplicable
- Formatos
- Anexos
- Definiciones
- 1 Desarrollo del servicio
 - 1.1 Circuito intrahospitalario
 - 1.2 entrega y recogida de ropa a lavandería industrial
- 2. Transporte
- 3 Control del procesado de textiles
 - 3.1 Control higiénico en el procesado de la ropa.
- 4 registro de incidencias

Diseño de procesos:

Tras analizar la documentación presentamos a continuación el flujograma de actividades del servicio:

<p>Proceso: Circuito de ropa Personal de limpieza: PL Auxiliares de enfermería: AES Lavandería industrial: LI</p>	<p>Obtenido del manual de procedimientos</p>
<p align="center">Diagrama de flujo</p>	<p align="center">Descripción de etapas</p>
<pre> graph TD A[Recepción ropa limpia ●] --> B[Pesado ●] B -- PL --> C[Almacén lencería ●] B -- PL --> D[Control de enfermería ●] C --> E[Entrega de uniformidad ●] D -- AES --> F[Reparto ●] F -- AES --> G[Ropa sucia] G -- AES --> H[Cuartos de planta para ropa sucia] H -- PL --> I[Zona de ropa sucia] I -- LI --> J[Lavandería industrial] J --> A </pre>	<p>En el momento de la entrada, el personal de limpieza pesa y registra la ropa limpia “Control de peso de ropa limpia”. Todos aquellos artículos considerados como "irrecuperables" se entregan aparte y debidamente señalizados. En el albarán se indica también la ropas que ha sido cosida.</p> <p>El personal de limpieza traslada los carros al almacén de Lencería.</p> <p>La ropa de uso hospitalario se clasifica según los pactos de stock, anotando la información en el formato de “Asignación de ropa por unidad” y depositando la ropa en carros de traslado interno hasta su posterior traslado por el personal de limpieza. En cada Unidad, se deposita el carro en el Control de Enfermería para proceder a su reparto.</p> <p>Los uniformes y las batas se colocan en el almacén de lencería para ir dando salida según necesidad. La salida de uniformes de personal de nueva incorporación se registra en el formato de Registro de “entrega de uniformidad”.</p> <p>El personal de enfermería de cada Unidad deposita la ropa sucia en los cuartos destinados para ello</p> <p>El personal de limpieza procede a su retirada hasta el cuarto de ropa sucia principal</p> <p>La empresa subcontratada (Lavandería Industrial), recoge la ropa sucia y la traslada a la lavandería para su limpieza. Al día siguiente, deposita la ropa limpia, en los carros habilitados para ello.</p>

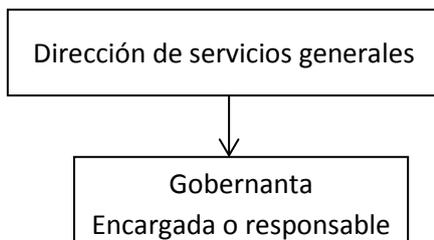
B) ORGANIGRAMA

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	3. ORGANIGRAMA SERVICIOS LIMPIEZA.docx
Renombrado como:	LAV02 ORGANIGRAMA.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	1
Título en el documento:	Organigrama servicios limpieza, lavandería y residuos
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Se incluye en el documento el organigrama del servicio, que se esquematiza a continuación:



C) FORMATO PARA EL CONTROL DE PESO DE LA ROPA LIMPIA

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	02. CS-PCL04C-FPOC01-01 CONTROL DE PESO DE ROPA LIMPIA.XLS
Renombrado como:	LAV03 CONTROL DE PESO DE ROPA LIMPIA.XLS
Tipo de archivo:	Hoja Excel
Número de páginas:	1
Título en el documento:	Control de peso de ropa limpia
Encabezado:	Título y logo de Bepers
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Se incluye el formato del registro que se emplea para el control del peso de la ropa limpia que entra a diario en el Hospital. Durante la auditoría se comprueba cómo se rellena dicho formato.

D) PROCEDIMIENTO INTEGRAL DE LAVANDERÍA

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	2. Procedimiento Integral de Lavandería Villalba.docx
Renombrado como:	LAV04 Procedimiento Integral de Lavandería Villalba.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	104
Título en el documento:	Manual de Procedimientos Integral de Lavandería
Encabezado:	Título, logo de FLISA y número de página
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Este documento explica el proceso de lavado, desinfección y acondicionamiento que se realiza a la ropa hospitalaria en la lavandería industrial a la que se transporta. Contiene índice, siendo los apartados incluidos:

- 1 Objeto
- 2 Alcance
- 3 Responsabilidades
- 4 Descripción de las tareas
 - 4.1 Traslados
 - 4.2 Clasificación
 - 4.3 Barrera sanitaria
 - 4.4 Lavado
 - 4.5 Procesado en limpio
 - 4.6 Rechazo y rotura
 - 4.7 Empaquetado de la ropa limpia
 - 4.8 Inspección del proceso
 - 4.9 Expedición
- Anexos

E) ASIGNACION DE ROPA POR UNIDAD

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	03.CS-PCL04C-FPOC01-02 ASIGNACIÓN DE ROPA POR UNIDAD.xls
Renombrado como:	LAV05 FORMATO ASIGNACIÓN DE ROPA POR UNIDAD.XLS
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Excel
Número de páginas:	1
Título en el documento:	Asignación de ropa por unidad
Encabezado:	Título
Pie de página:	No

Autor: No

Fecha de edición y revisión: No

Análisis del contenido del documento:

Formato utilizado para el registro de la asignación de ropa por unidad. Durante la auditoria se comprueba cómo se ha cumplimentado dicho formato.

F) REGISTRO DE ENTREGA DE UNIFORMES

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido: 04.CS-PCL04C-FPOC01-03 REGISTRO DE ENTREGA DE UNIFORMES.xls

Renombrado como: LAV06 FORMATO REGISTRO DE ENTREGA DE UNIFORMES.XLS

Tipo de archivo: Documento de Microsoft Excel

Número de páginas: 1

Título en el documento: Registro de entrega de uniformes

Encabezado: Título, código, edición, logo de Bepers

Pie de página: No

Autor: No

Fecha de edición y revisión: Edición 2.0

Análisis del contenido del documento:

Formato utilizado para el registro de la entrega de uniformidad. Durante la auditoria se comprueba cómo se rellena dicho formato.

G) REGISTRO INVENTARIO TRIMESTRAL

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido: 05.CS-PCL04C-FPOC01-04 INVENTARIO TRIMESTRAL ALMACÉN.XLS

Renombrado como: LAV07 FORMATO REGISTRO INVENTARIO TRIMESTRAL ALMACÉN.XLS

Tipo de archivo: Documento de Microsoft Excel

Número de páginas: 1

Título en el documento: Registro de incidencias

Encabezado: Título, código, edición, logo de Bepers

Pie de página: No

Autor: No

Fecha de edición y revisión: Edición 2.0

Análisis del contenido del documento:

Formato utilizado para el registro del inventario trimestral que se realiza en el almacén.

H) REGISTRO INCIDENCIAS

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	08.CS-PCL04C-FPOC01-07- Registro de Incidencias.XLS
Renombrado como:	LAV08 Registro de Incidencias.XLS
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Excel
Número de páginas:	1
Título en el documento:	Inventario trimestral almacén
Encabezado:	Título, código, edición, logo de Bepers
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	Edición 2.0

Análisis del contenido del documento:

Formato utilizado para el registro de incidencias del servicio.

I) CONTROL DE CALIDAD EN LAVANDERIA INDUSTRIAL

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	19. Segovia ECOLAB agosto 2015.XLS
Renombrado como:	LAV09 CONTROL CALIDAD SEGOVIA
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Excel
Número de páginas:	6
Título en el documento:	No
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Registros de controles de calidad realizados en la lavandería industrial situada en Segovia en agosto de 2015. Incluye registros de control de agua y ropa húmeda, programas de lavadoras, equipos de dosificación y programas túneles.

J) REGISTRO RECEPCION DE ROPA

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	15. REGISTRO REVISIÓN ROPA RECEPCIONADA 2015.XLS
Renombrado como:	LAV10 REGISTRO REVISIÓN ROPA RECEPCIONADA.XLS
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Excel
Número de páginas:	12
Título en el documento:	No
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Registro del estado de ropa recepcionada diariamente, distinguiendo los distintos tipos de prendas.

K) REGISTRO DE RESIDUOS SANITARIOS ENERO – SEPTIEMBRE 2015

Ficha técnica del documento:

Nombre de los archivos recibidos:	16.1.1 NEXO 1-CONTROL BACTERIOLOGICO ENERO 2015.PDF
	16.1.2 ANEXO 2-CONTROL DE CALIDAD ENERO 2015.XLS
	16.2.1 ANEXO 1 - CONTROL CALIDAD FEB 15.PDF
	16.2.2 ANEXO 2 - CONTROL DE CALIDAD FEB 15.XLS
	16.3.1 ANEXO 1 - CONTROL CALIDAD MARZ-15.PDF
	16.3.2 ANEXO 2 - CONTROL CALIDAD MARZ-15.PDF
	16.3.3 ANEXO 3 - CONTROL CALIDAD MARZ-15.PDF
	16.3.4 ANEXO 04 - CONTROL DE CALIDAD MARZ-15.XLS
	16.4.1 ANEXO 1 - CONTROL CALIDAD ABRIL-15.PDF
	16.4.2 ANEXO 2 - CONTROL CALIDAD ABRIL-15.PDF
	16.4.3 ANEXO 3 - CONTROL CALIDAD ABRIL-15.PDF
	16.4.4 ANEXO 4 - CONTROL CALIDAD ABRIL-15.XLS
	16.5.1 ANEXO 1 - CONTROL CALIDAD MAYO-15.PDF
	16.5.2 ANEXO 2 - CONTROL CALIDAD MAYO-15.PDF
	16.5.3 ANEXO 3 - CONTROL CALIDAD MAYO-15.PDF
	16.5.4 ANEXO 4 - CONTROL CALIDAD MAYO-15.XLS
	16.6.1 ANEXO 1 - CONTROL DE CALIDAD JUNIO 15.PDF
	16.6.2 ANEXO 2 - CONTROL DE CALIDAD JUNIO 15.PDF
	16.6.3 ANEXO 3 - CONTROL DE CALIDAD JUNIO 15.PDF
	16.6.4 ANEXO 4 - CONTROL DE CALIDAD JUNIO 15.XLS
	16.7.1 ANEXO 1 - CONTROL DE CALIDAD JULIO 15.PDF
	16.7.2 ANEXO 2 - CONTROL DE CALIDAD JULIO 15.PDF
	16.7.3 ANEXO 3 - CONTROL DE CALIDAD JULIO 15.PDF
	16.7.4 ANEXO 4 - CONTROL DE CALIDAD JULIO 15
	16.8.1 ANEXO 1 - CONTROL DE CALIDAD AGOSTO 15.PDF
	16.8.2 ANEXO 2 - CONTROL DE CALIDAD AGOSTO 15.PDF
	16.8.3 ANEXO 3 - CONTROL DE CALIDAD AGOSTO 15.PDF
	16.8.4 ANEXO 4 - CONTROL DE CALIDAD AGOSTO 15.XLS

Renombrado como:

LAV11 ANEXO 1-CONTROL BACTERIOLOGICO ENERO 2015.PDF
LAV12 ANEXO 2-CONTROL DE CALIDAD ENERO 2015.XLS
LAV13 ANEXO 1 - CONTROL CALIDAD FEB 15.PDF
LAV14 ANEXO 2 - CONTROL DE CALIDAD FEB 15.XLS
LAV15 ANEXO 1 - CONTROL CALIDAD MARZ-15.PDF
LAV16 ANEXO 2 - CONTROL CALIDAD MARZ-15.PDF
LAV17 ANEXO 3 - CONTROL CALIDAD MARZ-15.PDF
LAV18 ANEXO 04 - CONTROL DE CALIDAD MARZ-15.XLS
LAV19 ANEXO 1 - CONTROL CALIDAD ABRIL-15.PDF
LAV20 ANEXO 2 - CONTROL CALIDAD ABRIL-15.PDF
LAV21 ANEXO 3 - CONTROL CALIDAD ABRIL-15.PDF
LAV22 ANEXO 4 - CONTROL CALIDAD ABRIL-15.XLS
LAV23 ANEXO 1 - CONTROL CALIDAD MAYO-15.PDF
LAV24 ANEXO 2 - CONTROL CALIDAD MAYO-15.PDF
LAV25 ANEXO 3 - CONTROL CALIDAD MAYO-15.PDF
LAV26 ANEXO 4 - CONTROL CALIDAD MAYO-15.XLS
LAV27 ANEXO 1 - CONTROL DE CALIDAD JUNIO 15.PDF
LAV28 ANEXO 2 - CONTROL DE CALIDAD JUNIO 15.PDF
LAV29 ANEXO 3 - CONTROL DE CALIDAD JUNIO 15.PDF
LAV30 ANEXO 4 - CONTROL DE CALIDAD JUNIO 15.XLS
LAV31 ANEXO 1 - CONTROL DE CALIDAD JULIO 15.PDF
LAV32 ANEXO 2 - CONTROL DE CALIDAD JULIO 15.PDF
LAV33 ANEXO 3 - CONTROL DE CALIDAD JULIO 15.PDF
LAV34 ANEXO 4 - CONTROL DE CALIDAD JULIO 15
LAV35 ANEXO 1 - CONTROL DE CALIDAD AGOSTO 15.PDF
LAV36 ANEXO 2 - CONTROL DE CALIDAD AGOSTO 15.PDF
LAV37 ANEXO 3 - CONTROL DE CALIDAD AGOSTO 15.PDF
LAV38 ANEXO 4 - CONTROL DE CALIDAD AGOSTO 15.XLS

Análisis del contenido del documento:

Registros de los controles microbiológicos que se realizan mensualmente en superficies de la lavandería industrial. También hay registros de los controles de humedad realizados.

L) INFORMES MENSUALES**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido: 12.1
1501_Ficha_Informe_Mensual_4H_Lencería_Lavandería.DOCX
12.2 1501_Ficha_Informe_Mensual_4H_Lencería_Lavandería
12.3 1503_Ficha_Informe_Mensual_4H_Lencería_Lavandería
12.4 1504_Ficha_Informe_Mensual_4H_Lencería_Lavandería
12.5 1505_Ficha_Informe_Mensual_4H_Lencería_Lavandería
12.6 1506_Ficha_Informe_Mensual_4H_Lencería_Lavandería
12.7 1507_Ficha_Informe_Mensual_4H_Lencería_Lavandería
12.8 1508_Ficha_Informe_Mensual_4H_Lencería_Lavandería

Renombrado como:

LAV39 INFORME MENSUAL ENERO 2015.DOCX
LAV40 INFORME MENSUAL FEBRERO 2015.DOCX
LAV41 INFORME MENSUAL MARZO 2015.DOCX

LAV42 INFORME MENSUAL ABRIL 2015.DOCX
LAV43 INFORME MENSUAL MAYO 2015.DOCX
LAV44 INFORME MENSUAL JUNIO 2015.DOCX
LAV45 INFORME MENSUAL JULIO 2015.DOCX
LAV46 INFORME MENSUAL AGOSTO 2015.DOCX

Tipo de archivo: Documento de Microsoft Word
Número de páginas: 16 en total
Título en el documento: Informe mensual – Lencería y lavandería
Encabezado: Título, mes, logo de Bepers y logo del Hospital
Pie de página: No
Autor: No
Fecha de edición y revisión: No

Análisis del contenido del documento:

Informes mensuales del servicio de enero de 2015 a agosto de 2015. Incluyen resultados de los controles de calidad realizados e información adicional.

2.3. PROGRAMA DE VISITA (LAV)

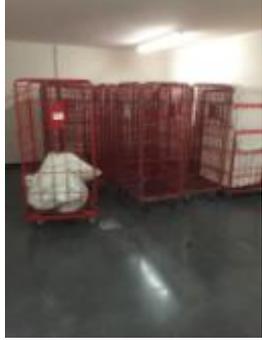
Se realiza la auditoria del servicio el día 8/10/15:

- Visita a zona de recepción y entrega de lencería
- Visita a almacén central de lencería
- Revisión de seis cuartos de lencería en plantas:
 - Hospitalización planta 4
 - Hospitalización A planta 3
 - Hospitalización B planta 3
 - UCI
 - Paritorios
 - Urgencias

2.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (LAV)

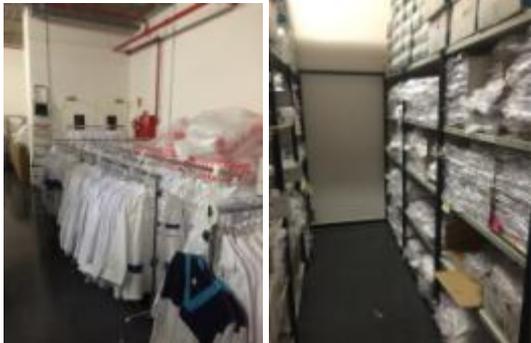
2.4.1. VISITA ZONA DE RECEPCIÓN (LAV)

Durante la auditoria se comprueba el procedimiento que sigue el personal del servicio durante la recepción de la ropa limpia y su entrega en plantas, comprobando que dichos procedimientos coinciden con los descritos en el Manual de Procedimientos.

EXPLICACION	FOTOS
<p>Se verifica como el personal de limpieza pesa la ropa limpia y la registra en el "Control de peso de ropa limpia". La balanza empleada es la misma que se utiliza para el pesado de la mercancía que llega al servicio de lencería. Esto se considera incidencia.</p> <p>El personal verifica el contenido del albarán comprobando que sea correcto y que la ropa entregada se encuentra en buen estado. El equipo auditor realiza una comprobación adicional en el almacén central de lencería.</p>	  <p>Registro control de peso ropa limpia Albarán de entrada</p>
<p>Se realiza el seguimiento de una entrega a planta, comprobando que dichas entregas se programan en función a los pactos de stock de las unidades, que los circuitos están diferenciados y que el personal conoce y respeta dicha diferenciación. En dichas entregas, se comprueba como el personal de limpieza retira las prendas de cada habitación en cada limpieza realizada y las repone.</p>	  <p>Balanza empleada Registro de entrega</p>
<p>Se comprueba que la zona para depósito de carros de prendas sucias se encuentra separada del almacén central de lencería y de la zona de preparación de carros con prendas limpias.</p> <p>La zona de entrega de uniformes de personal se encuentra cerrada en el horario de la auditoria. Se solicita al responsable del servicio evidencia de que dicha entrega se registra y se controla, sin detectarse incidencias relacionadas.</p>	 <p>Zona de carros de ropa sucia</p>

2.4.2. VISITA ALMACEN CENTRAL DE LENCERIA (LAV)

Se ha verificado en el almacén central de lencería el correcto estado de las prendas que vienen de lavandería industrial en cuanto a su planchado, doblado, limpieza y ausencia de cualquier tipo de defecto o roturas, con el objetivo de verificar que el control de calidad que se les realiza al llegar al Hospital es el adecuado. Además, se revisa que las unidades contenidas en cada paquete coinciden con las protocolizadas.

Tipo de prenda	Uds. / paquete	Protocolizadas	Incidencia				Fotos
			Planchado	Doblado	Roturas	Limpieza	
Funda de almohada	25	25	0	0	0	0	
Túnica blanca	10	10	0	0	0	0	
Pantalón enfermo	10	10	0	0	0	0	
Toalla baño	5	5	0	0	0	0	
Sabana encimera	10	10	0	0	0	0	
Toalla de lavabo	10	10	0	0	0	0	
Mantas			0	0	0	0	
Conclusiones:							
No se observan incidencias relacionadas respecto al estado de la ropa almacenada. El empaquetado de aquellas prendas que lo precisen coincide con el documentado.							

2.4.3. VISITA CUARTOS DE LENCERIA (LAV)

Se ha verificado en seis cuartos de lencería en planta el correcto estado de las prendas en cuanto a su planchado, doblado, limpieza y ausencia de cualquier tipo de defecto o roturas. También se verifica el cumplimiento de los pactos de stock para cada tipo de prendas. En cada planta, además, se comprueban los carros de ropa limpia que suelen situarse junto a los controles de enfermería. Los resultados se muestran a continuación.

A) HOSPITALIZACIÓN PLANTA 4A

Tipo de prenda	Uds.	Pacto	Diferencia	Incidencia			
				Planchado	Doblado	Roturas	Limpieza
Pijamas	33	40	-7	0	0	0	0
Funda almohada	61	50	11	0	0	0	0
Camisones	61	50	11	0	0	0	0
Sábanas	89	100	-11	0	0	0	0
Colchas	32	50	-18	0	0	0	0
Toallas grandes	37	50	-13	0	0	0	0
Almohadas	9	5	4	0	0	0	0
Mantas	5	0	5	0	0	0	0
Toallas pequeñas	37	50	-13	0	0	0	0

Tipo de prenda	Uds.	Pacto	Diferencia	Incidencia			
				Planchado	Doblado	Roturas	Limpieza
Conclusiones: No se detectan incidencias relativas al estado de las prendas. El número de habitaciones de la unidad es de 30, lo cual supone 30 prendas de cada tipo que podrían estar en uso. Como la diferencia no es mayor de 30 en ningún caso, no se detectan incidencias relativas al stock de prendas.							

B) HOSPITALIZACIÓN PLANTA 3C

Tipo de prenda	Uds.	Pacto	Diferencia	Incidencia			
				Planchado	Doblado	Roturas	Limpieza
Toallas grandes	34	50	-16	0	0	0	0
Sábanas	79	100	-21	0	0	0	0
Fundas almohada	56	50	6	1	0	0	0
Colchas	33	50	-17	0	0	0	0
Mantas cuna	6	0	6	0	0	0	0
Pijamas niño	47	10	37	0	0	0	0
Pijamas	33	40	-7	0	0	0	0
Toallas pequeñas	35	50	-15	0	0	0	0
Conclusiones: Se observa una incidencia relativa al planchado de una de las fundas de almohada revisadas. El número de habitaciones de la unidad es de 30, lo cual supone 30 prendas de cada tipo que podrían estar en uso. Como la diferencia no es mayor de 30 en ningún caso, no se detectan incidencias relativas al stock de prendas.							

C) HOSPITALIZACIÓN PLANTA 3B

Tipo de prenda	Uds.	Pacto	Diferencia	Incidencia			
				Planchado	Doblado	Roturas	Limpieza
Colchas	24	50	-26	0	0	0	0
Sábanas	78	100	-22	0	0	0	0
Pijamas	21	40	-19	0	0	0	0
Almohadas	5	5	0	0	0	0	0
Mantas	2	0	2	0	0	0	0
Toalla grandes	22	50	-28	0	0	0	0
Toallas pequeñas	6	6	2	0	0	0	0
Fundas almohada	21	50	-29	0	0	0	0
Camisones	26	50	-24	0	0	0	0

Tipo de prenda	Uds.	Pacto	Diferencia	Incidencia			
				Planchado	Doblado	Roturas	Limpieza
<p>Conclusiones: No se detectan incidencias relativas al estado de las prendas. El número de habitaciones de la unidad es de 30, lo cual supone 30 prendas de cada tipo que podrían estar en uso. Como la diferencia no es mayor de 30 en ningún caso, no se detectan incidencias relativas al stock de prendas.</p>							

D) UCI

Tipo de prenda	Uds.	Pacto	Diferencia	Incidencia			
				Planchado	Doblado	Roturas	Limpieza
Paños quirófanos	20	8	12	0	0	0	0
Sábanas	10	20	-10	0	0	0	0
Fundas almohada	39	12	27	0	0	0	0
Colchas	8	20	-12	0	0	0	0
Entremetidas	32	9	23	0	0	0	0
Mantas	7	3	4	0	0	0	0
Sábanas	31	20	11	0	0	0	0
Camisones	40	0	40	0	0	0	0
<p>Conclusiones: No se detectan incidencias relativas al estado de las prendas. El número de boxes en UCI es 12, lo cual supone 12 prendas de cada tipo que podrían estar en uso. Como la diferencia no es mayor de 12 en ningún caso, no se detectan incidencias relativas al stock de prendas.</p>							

E) PARITORIOS

Tipo de prenda	Uds.	Pacto	Diferencia	Incidencia			
				Planchado	Doblado	Roturas	Limpieza
Almohadas	9	4	5	0	0	0	0
Mantas	8	8	0	0	0	0	0
Mantas cuna	4	4	0	0	0	0	0
Colchas	16	10	6	0	0	0	0
Paños quirófanos	8	8	0	0	0	0	0
Toallas grandes	18	10	8	0	0	0	0
Camisones	87	12	75	0	0	0	0
Sábanas	73	25	48	0	0	0	0
Fundas almohada	125	10	115	0	0	0	0
Sábanas cuna	6	0	6	0	0	0	0
Peleles	10	0	10	0	0	0	0
Entremetidas	61	30	31	0	0	0	0
Conclusiones: No se detectan incidencias relativas al estado de las prendas. No se detectan incidencias relativas al stock de prendas.							

F) URGENCIAS PEDIATRIA

Tipo de prenda	Uds.	Pacto	Diferencia	Incidencia			
				Planchado	Doblado	Roturas	Limpieza
Pijamas	2	0	2	0	0	0	0
Camisones	23	0	23	0	0	0	0
Toallas grandes	51	20	31	0	0	0	0
Toallas pequeñas	54	20	34	0	0	0	0
Almohadas	5	5	0	0	0	0	0
Sábanas	100	40	60	0	0	0	0
Colchas	25	10	15	0	0	0	0
Fundas almohada	42	10	22	0	0	0	0
Entremetidas	20	20	0	0	0	0	0
Conclusiones: No se detectan incidencias relativas al estado de las prendas ni al stock de prendas.							

2.4.4. REGISTROS DEL SERVICIO

REGISTRO	IMAGEN
Inventario trimestral de almacén	
Asignación de ropa por unidad	
Control peso ropa limpia	
Registro entrega de uniformes	

2.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (LAV)

AREA DE MEJORA / INCIDENCIA	PROPUESTA DE MEJORA
La balanza empleada es la misma que se utiliza para el pesado de residuos. Aunque el servicio indica que la diferencia de horarios entre la retirada de ropa/residuos con la recepción de ropa limpia garantiza que no se produzca contaminación cruzada, el equipo auditor recomienda la realización de ambas pesadas mediante dos balanzas diferentes.	Adquisición de una balanza específica para pesado de residuos.

2.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (LAV)

Se incluyen en este punto aquellos puntos que se han detectado como destacables frente a otros servicios de lencería y lavandería en Hospitales según la experiencia del equipo auditor:

PUNTO FUERTE	EVIDENCIA
Destaca el estado de las prendas almacenadas tanto en cuartos de lencería como en el almacén central. Durante la auditoria, únicamente se encuentra una prenda en mal estado de planchado dentro de una muestra bastante elevada de prendas.	Observación de todas las prendas en seis cuartos de lencería y almacén central de lencería.

2.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (LAV)

A continuación se incluye la evaluación de los indicadores incluidos en el PPT:

INDICADORES	EVALUACIÓN
Incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales	No se han detectado incidencias relacionadas. Ninguna de las incidencias detectadas afecta a la operatividad y/o uso de áreas funcionales.
Incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales	No se han detectado incidencias relacionadas. Ninguna de las incidencias detectadas podría haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales.
Incumplimiento de la obligación de cambio diario de ropa de habitación y/o paciente	No se han detectado incidencias relacionadas. Durante la auditoria se comprueba que el personal realiza dicho cambio en las observaciones realizadas, en cada limpieza.
No cambio o retraso en el cambio de ropa cuando se precise por la higiene y dignidad del paciente	No se han detectado incidencias relacionadas. Durante la auditoria no se dio el caso de que se precisase un cambio de ropa por los motivos mencionados en el indicador.
No se facilite o se haga con tardanza, ropa adicional (mantas, almohadas, etc.)	No se han detectado incidencias relacionadas. El personal del Hospital indica que no se producen tardanzas. Se ha verificado que el reparto se realiza a primera hora de la mañana.

INDICADORES	EVALUACIÓN
Defectos relativos a la calidad de la lencería hospitalaria	No se han detectado incidencias relacionadas. El servicio realiza los controles de calidad incluidos en los pliegos y no se detectan resultados anómalos en la muestra de registros recibidos.
Fallos relativos a la lencería de las zonas que no son de hospitalización	No se han detectado incidencias relacionadas. Se ha realizado la comprobación de la calidad de la lencería en zonas de UCI, urgencias y paritorios. Todas las prendas se encontraban en buen estado.
Lencería en no condiciones adecuadas	Se ha realizado la comprobación de la calidad de la lencería hospitalaria en tres unidades de hospitalización, UCI, urgencias y paritorios. Únicamente se detectó una prenda (funda de almohada) arrugada, que se considera como algo muy puntual.
Fallos relativos al diseño específico de la ropa relacionada con los niños atendidos en el Hospital	No se observan incidencias relacionadas. Se ha revisado dicha ropa durante la observación de los cuartos de lencería en hospitalización de pediatría y paritorios, siendo el diseño el adecuado a su uso.
La uniformidad del personal sanitario no está limpia y/o no se ajusta a las normas de imagen corporativa	No se detectan incidencias relacionadas. Se ha realizado la verificación del buen estado de una muestra de uniformidad lista para ser entregada al personal sanitario.
Incumplimientos derivados de la obligada barrera sanitaria (transporte, almacenamiento, etc.)	No se detectan incidencias relacionadas. Las zonas de almacenamiento de prendas sucias y limpias, así como los circuitos de transporte están bien diferenciadas. Además dicho transporte se realiza en horarios bien diferenciados.
Ruidos de los carros de transporte de la lencería	No se detectan incidencias relacionadas. Se ha realizado el acompañamiento de una entrega, verificando que el ruido de los carros no era superior a lo normal.
No realización de los controles mensuales bacteriológicos y/o de los controles de calidad	No se detectan incidencias relacionadas. Se ha recibido una muestra de estos registros bacteriológicos.
No corrección de las deficiencias puestas de relieve en los controles de calidad o inspecciones	No se detectan incidencias relacionadas. No se detectan deficiencias en los resultados de los controles de calidad que se han comprobado.
Incorrecta uniformidad y/o identificación del personal del servicio	No se detectan incidencias relacionadas. El personal se encuentra debidamente uniformado e identificado durante la auditoria.
Incumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente/usuario	No se han detectado incidencias relacionadas.

2.8. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (LAV)

El equipo auditor considera que **la organización ha establecido y mantenido los procesos y procedimientos** necesarios para prestar el servicio de lencería y lavandería y **demuestra la capacidad del sistema para cumplir con los requisitos normativos técnicos y legales** del servicio para el **alcance, objetivos y política del hospital**.

No se han detectado incidencias en la puesta en práctica de dichos procedimientos, considerando el equipo auditor que el servicio se lleva a cabo de manera satisfactoria, logrando el objetivo de que todos los usuarios de prendas hospitalarias puedan disponer de ellas en cantidad, estado y condiciones óptimas para su uso.

3) GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA (ALM)

3.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (ALM)

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PCAP

Cumplimiento de la **cláusula 9.1.3 del PCAP** en relación con los servicios no asistenciales:

- Prestar los servicios con medios propios
- De conformidad con la cláusula 9.1.3.8 del PCAP, la Sociedad concesionaria presentará en el plazo de un año desde la formalización del contrato, las memorias y protocolos de actuación, el diseño, organización y los recursos humanos y materiales que propone para cada servicio. En el primer año de funcionamiento del Hospital deberán documentarse los métodos y manuales de procedimiento de cada uno de los servicios.

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PTE

De conformidad con el anexo VI especificaciones técnicas de los servicios complementarios no sanitarios siguientes:

- La concesionaria proporcionará un Servicio eficiente, eficaz y de alta calidad para la recepción, almacenamiento y distribución de materiales destinados al uso hospitalario.
- Tanto el almacenamiento, como la distribución se llevará a cabo garantizado la trazabilidad de los productos cuando estos así lo requieran.
- Se enuncian los siguientes indicadores de disponibilidad y calidad, a los efectos establecidos en el Anexo XIV del PCAP.

SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN. LOGÍSTICA	CATEG FALLO
Aquellos incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD1
Aquellos incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD2
No garantizar trazabilidad de los productos que lo requieran	FC1
Incumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente/usuario	FC

Ilustración 5. Imagen de indicadores de gestión de almacenes según PPT (ALM)

NORMATIVA APLICABLE

En cuanto a la normativa aplicable, se incluye en este apartado el listado de la normativa relacionada que pudiera tener aplicación al servicio:

- Real Decreto 782/2013, de 11 de octubre, sobre distribución de medicamentos de uso humano
- Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre por la que se regulan los productos sanitarios
- Real Decreto 1616/2009, de 26 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios implantables activos
- UNE-EN ISO 15223-1:2013. “Productos sanitarios. Símbolos a utilizar en las etiquetas, el etiquetado y la información a suministrar. Parte 1: Requisitos generales. (ISO 15223-1:2012)”.

3.2. DOCUMENTACIÓN (ALM)

Documentación revisada del servicio:

LISTADO DE DOCUMENTACIÓN RECIBIDA				
SERV	DOCUMENTO	FECHA	FORM	DE
ALM	1.- MANUAL DE PROCEDIMINETOS.docx	16-9-15	Word	Laura Alfaro
ALM	Albaranes de compra (10 páginas)	16-9-15	Papel	Pedro Irigaray
ALM	hgv MANUAL DE PROCEDIMINETOS - COMPRAS GESTIÓN DE ALMACÉN	25-9-15	Pdf	Pedro Irigaray
ALM	Pactos plantas	25-9-15	Excel	Pedro Irigaray

Tabla 7. Listado de documentación revisada de gestión de almacenes (ALM)

Todos los documentos se renombran o bien se escanean y se nombran para facilitar el archivo y localización.

A) MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	1.- MANUAL DE PROCEDIMINETOS.docx
Renombrado como:	ALM01 Manual de procedimientos.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	63
Título en el documento:	PROCEDIMIENTO COMPRAS Y ALMACENES
Encabezado:	Título de documento y logo Hospital General de Villalba
Pie de página:	Número de páginas e indicación de copia no controlada
Autor:	Sí, departamento de compras y almacenes
Fecha de edición y revisión:	Sí, aprobado en julio 2014 y revisado en septiembre 2015

Análisis de edición del documento:

Su diseño y contenido cumple la norma ISO 9001:2008 en lo referente al apartado “4.2.3 Control de los documentos”.

No contiene índice, pero los apartados incluidos son:

- 1 Objeto y alcance
 - 2 Organigrama funcional
 - 3 Personal necesario, jornada laboral por departamento y medios disponibles
 - 3.1 Responsabilidades
 - 3.2 Procedimiento de compras
 - 3.2 Recepción de material
 - 3.4 Suministro de material a las distintas unidades
 - 4 Evaluación del producto
 - 5 Evaluación de proveedores
 - 6 Almacenaje de productos en almacén general
- ANEXOS (desde la página 21)

Diseño de procesos:

Tras analizar la documentación presentamos a continuación el flujograma de actividades del servicio:

<p>Proceso: Compras Dirección de compras: DC Administrativo Compras: AC o almacén AA</p>	<p align="center">Obtenido del manual de procedimientos</p>
<p align="center">Diagrama de flujo</p>	<p align="center">Descripción de etapas</p>
<p>Artículos en Stock</p> <p>Artículos en Tránsito</p> <p>Artículos en depósito</p> <p>Equipos Inventariables: compra de activos</p> <p>Artículos de servicio reparación</p> <p>Artículos nuevos</p>	<p>Productos que son de consumo común para todas las unidades y servicios del Hospital.</p> <p>La dirección de compras autoriza artículos y proveedores en colaboración con la Unidad de catálogos corporativos.</p> <p>El almacén general comunica diariamente la propuesta de pedidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Stock máximo 20 días con revisión 3M – Para pedidos superiores a 1000€ 10 días <p>Realización del pedido si es posible por la plataforma EDI. Punto control: el pedido incluye: fecha prevista y lugar de entrega y datos facturación.</p> <p>Producto con consumo esporádico y exclusivo en determinados servicios.</p> <p>El servicio autorizado realiza el pedido a Compras mediante planilla. Punto control: sobre pedidos superiores a 1000 euros según consumo 15 días.</p> <p>Producto con stock en el Hospital a cargo del proveedor, ubicado en el centro consumidor.</p> <p>Tras el aviso ERP pide factura al proveedor (con lote utilizado y caducidad en historia clínica) y reposición indicando lote y caducidad siempre.</p> <p>Activos - inversión</p> <p>La solicitud de inversión debe estar aprobada por la dirección correspondiente y por la dirección de compras.</p> <p>Argumento: motivo de inversión, opción del proveedor seleccionado y si corresponde, 1 o varios presupuestos para la adquisición.</p> <p>Visto bueno de gerencia</p> <p>Son aquellos que no están incluidos en contratos de mantenimiento Y una vez verificado siguen el proceso de activos.</p> <p>Aquellos no incluidos en catálogo que solicitan servicios, con firma de jefe de servicio o supervisora.</p>

<p>Proceso: Recepción de material Jefe almacén: JA Administrativo Compras: AC o almacén AA Mozo: M</p>	<p>Obtenido del manual de procedimientos Productos: Material Sanitario, Prótesis, Reactivos y Análogos, Instrumental, Papelería Impresos, Mobiliario, Equipamiento (excepto productos peligrosos y/o radioactivos y los específicos de los laboratorios)</p>
<p align="center">Diagrama de flujo</p>	<p align="center">Descripción de etapas</p>
<p>Recepción material en almacén general</p> <pre> graph TD A[Seguimiento del pedido realizado AA AC] --> B{¿48 horas tras la fecha? AA} B -- SI --> C[Reclamar pedido AA] B -- NO --> D[Llegada del material M] E[Proveedor] --> D D --> F{¿Ne?} F -- NO --> G[¿?] F -- SI --> H[Revisión manual M] H --> I{¿Coincide albarán, contenido y solicitud?} I -- NO --> J[¿?] I -- SI --> K[Mercancía aceptada IFMS. Control y valoración M] K --> L[Valoración de producto] K --> M[Valoración de proveedor] </pre>	<p>Reclamación de pedidos a proveedores si pasarán más de 48 horas del plazo de entrega recomendado en cada orden de compra <i>¿Cómo?</i></p> <p>Recepción de pedidos a través del almacén general. Se comprueba el nº de bultos según nota la cual sella "Conforme Condicional". <i>No se indica que se hace si no coincide. En albaranes aparece siglas y número escritas a mano ¿Qué son?</i></p> <p>Revisión manual del pedido. Se coteja el albarán con la solicitud y con el contenido. <i>De nuevo no indica que pasa si no coinciden.</i></p> <p>Los activos se llevan al servicio que lo solicitó para que acepte la mercancía.</p> <p>Recepción de mercancía: Registro en programa informático: IFMS Operación Control y valoración de suministro: cumplimentan 7 puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plazo de entrega 2. Cantidad solicitada 3. Condiciones económicas 4. Verificación de producto (caducidad > 6M) 5. Estado de la mercancía 6. Personal de contacto 7. Valoración de proveedor

<p>Proceso: Almacenamiento Jefe almacén: JA Administrativo Compras: AC o almacén AA Mozo: M</p>	<p>Obtenido del manual de procedimientos</p>
<p style="text-align: center;">Diagrama de flujo</p> <p>Almacenamiento y control de caducidad</p> <pre> graph TD A[Mercancía aceptada IFMS] --> B[Registro y etiquetado de artículo] B --> C{¿Destino?} C --> D[Departamentos Artículos en tránsito] C --> E[Almacén general Artículos en Stock Prótesis y Material de Depósito] E --> F[Departamentos Activos] E --> G[Proveedor] G --> F F --> H[Artículos almacenados Control de caducidad] H --> I[Reparto a almacenes Pactos] </pre>	<p style="text-align: center;">Descripción de etapas</p> <p>Registro y etiquetado de artículo: no se indica que artículos se etiquetan ni cómo.</p> <p>Almacenamiento: Los artículos se almacenan según su destino en el almacén general: – Artículos en stock – Prótesis y Material de depósito O bien se envían a los departamentos solicitantes: – Artículos en tránsito O bien se indica al proveedor que lleve el artículo al servicio que lo solicitó para que acepte la mercancía. – Activos</p> <p>Los artículos remitidos directamente proveedor servicio (peligrosos) y semanalmente el servicio remite los albaranes para su archivo y registro informático.</p> <p>Control de caducidad: – Colocación delante caduca antes que detrás – Previsión de no consumo: devolución – Control de artículo por caducidad</p> <p>Pactos de stock por servicio informatizados: – Revisión de pactos por consumo 3M – Calendario de reparto a plantas</p> <p>Almacenes de planta: – Aplicación informática para personal sanitario – Doble cajón: 50% stock máximo – Pedido normal: etiqueta blanca: ERP – Pedido urgente: etiqueta roja: IFMS – Reposición y cambio de cajón – Préstamos entre almacenes (fuera de hora) – Apertura de almacén (fuera de hora)</p>

<p>Proceso: Control del servicio Jefe almacén: JA Administrativo Compras: AC o almacén AA Mozo: M</p>	<p>Obtenido del manual de procedimientos</p>
<p>Diagrama de flujo</p>	<p>Descripción de etapas</p>
<div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Control de caducidad</div> </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Recuentos</div> </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Evaluación de producto</div> </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Evaluación de proveedor</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Gestión de Stock</div> </div>	<p>Control de caducidad: Artículos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Solicitud listado productos obsoletos (3M) – Rechazo de artículos caducidad <6M – Seguimiento especial caducidad < 1 año – Colocación delante caduca antes que detrás – Previsión de no consumo: devolución – Control de artículo por caducidad <p>Recuento: Almacenes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Recuento 6M almacenes inventariables y con relevancia económica. Calendario de recuento – Recuento anual: último día hábil del año – Ajuste inventario por IFMS <p>Evaluación de producto:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Incidencia detectada en el acto: la registra y contacta con el proveedor: 48 horas, salvo urgencias (en el día) – Artículos urgentes: contacta con proveedor para recibir la entrega en el mismo día – Ítems por entrega: <ol style="list-style-type: none"> 1) Plazo de entrega 2) Cantidad solicitada 3) Condiciones económicas 4) Verificación de producto (caducidad > 6M) 5) Estado de la mercancía 6) Personal de contacto 7) Valoración de proveedor <p>Evaluación de proveedor:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Comportamiento de cada ítem / proveedor <p>Evaluación de producto:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Análisis de artículos: temporada gripe... – Nuevos protocolos: existencias

B) ALBARANES DE COMPRA

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido: Entregado en papel
 Renombrado como: ALM02 Albaranes de compra.pdf
 Tipo de archivo: Documento de Adobe
 Número de páginas: 10

Análisis del contenido del documento:

Cada página del documento es un albarán de compra, todos incluyen un texto a mano que podría ser verificación de contenido:

FECHA	Nº ALBARAN	SELLO	CONTENIDO	OBSERVACIONES
21-7-14	14379	31-7-14	Estanterías	
15-7-14	14400	5-8-14	Armarios	
26-9-14	14453	26-9-14	Estanterías y 23 monitores	
16-10-14	14488	23-10-14	12 Monitores Frid	
24-11-14	14564	21-11-14	Estanterías	
11-12-14	14558	13-1-15	Estanterías y baldas	
19-12-14	14642	20-1-15	Estanterías, cestas, cubetas	
19-12-14	14643	20-1-15	Estanterías y cestas	
21-7-14	011420	25-7-14	Transpaletas, plataformas y carros	
5-2-15	15037	6-3-15	Sistema RFID, armarios y topes	

Interacción entre los recursos del servicio según manual y los albaranes recibidos:

Actividad	Recurso	Verificado	Albarán
Control y registro	Material informático		
Almacenamiento	Estanterías, armarios, cestas...		
Transporte	2 transpalet mecánicos	SI	011420
Transporte	1 transpalet eléctrico	SI	011420
Reparto en planta	4 plataformas con ruedas	SI	011420
Reparto en planta	2 carros de doble bandeja	Solo 1, con 3 Estantes	011420

3.3. PROGRAMA DE VISITA (ALM)

Visita el 23/9/15

- 9:00 a 10:00 Visita almacén central
 - o Recepción de mercancía
 - o Stock en almacén central (ubicación, caducidades, etc)
 - o Condiciones (temperatura, humedad, etc)
 - o Trazabilidad artículos en depósito
- 10:00 12:00 Visita almacenes de planta
 - o Pactos de stock
 - o Materiales, ubicación y caducidades
 - o Sistema de almacenamiento FIFO
- Desde las 12:00 Reparto diario a almacenes de planta
 - o Intentar coincidir con uno de los repartos

Revisión de documentación: 13:00 a 14:00

- Recursos humanos
- Recursos materiales
- Realización pedidos (sistema informático). Trazabilidad con mercancía en almacén
- Recepción de material
- Listado de documentación pendiente

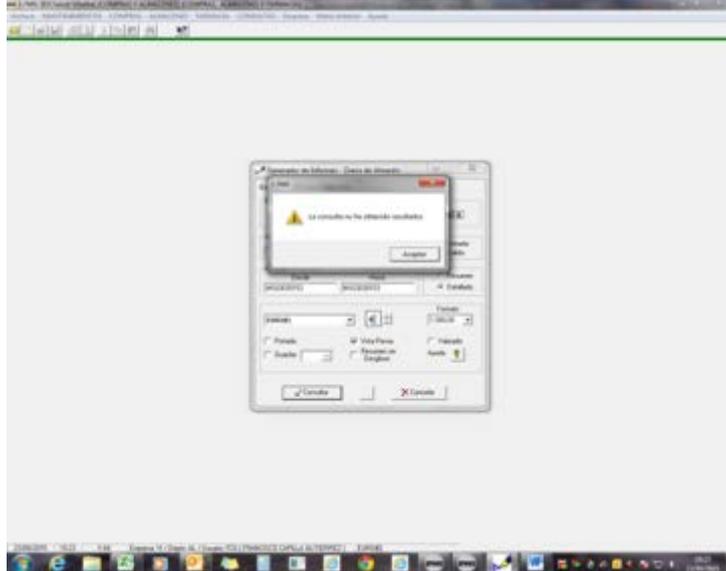
3.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (ALM)

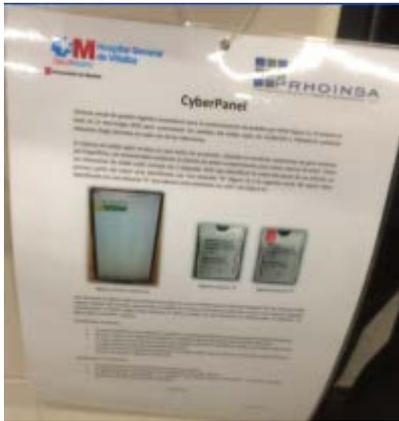
3.4.1. MEDIOS MATERIALES

Se ha verificado la disponibilidad de los medios materiales descritos en el manual de procedimientos del servicio.

ZONA	EQUIPO	FOTOGRAFÍA
EXTERIOR	Plataforma elevadora fija	

ZONA	EQUIPO	FOTOGRAFÍA
ALMACÉN CENTRAL	Carros de transporte	
	Contenedor para depositar el cartón	
	Transpaletas	
ALMACÉN CENTRAL	<p>Sistemas de almacenaje (estanterías, nevera)</p> <p>INCIDENCIA: Nevera de almacenaje utilizada para conservar comida y bebida de trabajadores</p>	

ZONA	EQUIPO	FOTOGRAFÍA
	<p>Programa de control de mercancía: IFMS</p>	
	<p>Pizarra de control de entrega de mercancías en planta</p>	
	<p>Sistema RFID</p>  <p>El sistema de localización y codificación está normalizado</p>	<p>Codificación por: zonas, estantes por zonas, columnas por estante y niveles de columnas</p> 

ZONA	EQUIPO	FOTOGRAFÍA
	Zonas y espacios	En general están ventilados y bien iluminados. Cuentan con termómetros que permiten conocer in situ la temperatura de los distintos espacios.
ALMACENES DE PLANTA	Sistemas de almacenaje: estanterías	
	Sistema RFID: pantallas y lectores	  

ZONA	EQUIPO	FOTOGRAFÍA
	Sistemas de almacenaje y control: cestillos	

3.4.2. MEDIOS HUMANOS

El servicio tiene descrito el organigrama, así como los perfiles de los puestos, los horarios de trabajo, los horarios de atención al cliente y las jornadas anuales según convenio. En todo momento, el personal se encuentra debidamente uniformado e identificado, utilizando los EPIS propios de un almacén. No se detectan incidencias relacionadas.

CATEGORÍA	HORARIO	CUBIERTO POR	EPIS
Jefe de servicio	Lunes a viernes 9:00 a 19:00	Juan Pedro Irigaray (el 23/9/15)	
Administrativos (compras)	Lunes a viernes 8:00 a 15:00	8 personas. el 23/9/15: Vanessa López Mónica	
Administrativos (compras)	Lunes a viernes Guardia 8:00 a 17:30	1 persona	
Jefe almacén	Lunes a viernes 7:00 a 15:00	Francisco Capilla (el 23/9/15)	
Administrativo (almacén)	Lunes a viernes 7:00 a 15:00	1 persona	
Mozos (almacén)	Lunes a viernes 7:00 a 15:00	2 personas	
Recepción de material: almacén	Lunes a viernes 7:00 a 12:00	Jefe de almacén	

Se verifica que los puestos están ocupados por las personas que disponen del perfil del puesto establecido.

VERIFICACIÓN PUESTO DE TRABAJO	CERTIFICADO JEFE DE SERVICIO
<p>Jefe de servicio Título universitario o superior: MBA (ver foto) 5 años de experiencia: trabajo anterior en hospital del mismo grupo</p>	

Se evalúa el desempeño de los trabajadores regularmente, recibiendo evidencias de ello (ver anexos)

3.4.3. EVALUACIÓN DE PROCESOS

El responsable de servicio explica el circuito que sigue la mercancía, a fin de verificar que los procedimientos y registros que se siguen coinciden con los descritos en la documentación estudiada.

VISITA ALMACÉN CENTRAL

a) Mapa de instalaciones

El mapa incluido en el manual de procedimientos no coincide con las instalaciones reales del servicio en cuanto a:

- La entrada de mercancía es adecuada, disponiendo de plataforma elevadora y de espacio adecuado para la llegada de camiones.
Es mejorable el sistema de señalización de acceso para los proveedores.
Es mejorable el orden y ubicación de carros con mercancía, contenedor de residuos, cajas en tránsito, etc.
- Los despachos están distribuidos tal y como se indica en el mapa, con 4 monitores con ordenadores para acceder a los programas del servicio.
- La sala indicada de envases vacíos es en realidad un almacén de artículos sanitarios
- La sala indicada como inflamables es en realidad un almacén de papelería
- La sala indicada como U.L. es un oficio de sucio, con lavabo y equipos de limpieza.



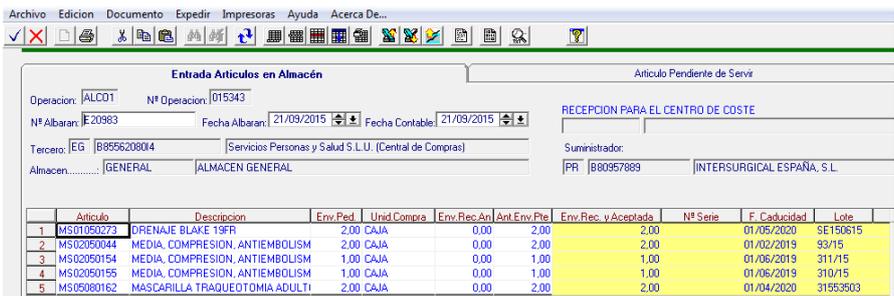
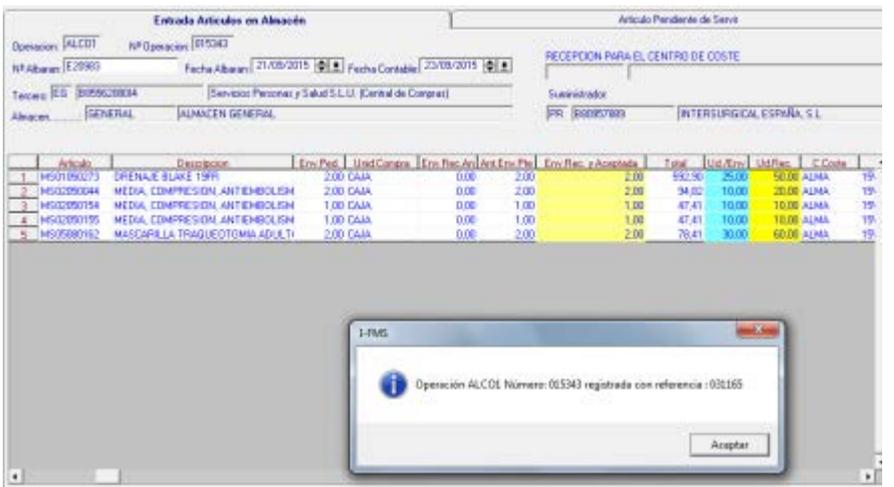
- La cámara frigorífica, no se ha instalado, es un lugar que no dispone de puerta y es parte del almacén general.
- Indican no disponer de balanza

b) Circuitos de mercancía

Si bien no están identificados en el mapa ni indicados en el manual de procedimientos, el circuito es el siguiente:

- La mercancía llega a la **recepción** del servicio, donde existe una mesa para el chequeo de documentación. Esta primera revisión de mercancía y chequeo de albarán la realiza el jefe de almacén o el administrativo en su ausencia. Se verifica que el número de bultos del albarán coincide con la mercancía que entra y se sella el albarán “entrada condicional”. Posteriormente, se verifican los 7 parámetros indicados en el manual de procedimientos. Cuando el número y tamaño de la mercancía recibida permite realizarlo en el momento el proveedor espera a terminar este proceso, y tras su retirada se entrega el albarán al administrativo de almacén. En caso contrario, se realiza tras la retirada del proveedor. Es mejorable la descripción de estas actividades en el manual de procedimientos, pudiendo indicar el número medio de proveedores que reciben al día, el tiempo máximo de espera del proveedor en el hospital, etc. (**OPORTUNIDAD 2_DOCUMENTACIÓN**). Posteriormente se entrega el albarán al administrativo de almacén para que registre la entrada.
- En este momento se **clasifica la mercancía** según su destino (almacén general, en tránsito, etc).
- La mercancía cuyo destino es el almacén general se deposita en la ubicación establecida, por el pasillo y con los medios adecuados.
- Hay una nevera sin indicaciones en cuyo interior se observa mezcla de artículos almacenados con comida y bebida para los trabajadores.
- La **distribución de mercancía** la realizan los mozos, quienes primero preparan los carros de transporte, tal y como está descrito en los protocolos del servicio. En cada almacén sistema de doble cajetín: cuando se acaba el primer cajetín se pasa a sistema RFID en pantalla aparece el pedido de ese material. Cuando se acaban los dos cajetines aparecerá en rojo el que corresponda al segundo cajetín (pedido urgente)
- Cuando llegamos al almacén de la primera planta de gabinetes observamos el proceso de almacenar mercancía para cumplimiento de pactos y quitar pedidos servidos de la pantalla RFID. El mozo es en ese momento David González.
- Se observa el cumplimiento de los circuitos establecidos para el reparto de materiales por planta durante la visita realizada.
- En el almacén de consultas externas visitado se observan cajas en el suelo.

c) Procedimientos administrativos

PROCEDIMIENTO	EVIDENCIAS/ EXPLICACIONES
<p>Introducción de albarán Se realiza la trazabilidad de mercancía. Se remiten evidencias por mail (Monica Perez Fernandez por mail el mismo día 23-9-15)</p>	<p>Introduce número de pedido visto en papel: 15VIG03268 (ver anexos) Albarán: E20983 de fecha 21-9-2015 Proveedor: INTERSURGICAL ESPAÑA SL Búsqueda de albarán</p>  <p>Búsqueda de operación de entrada: ve entrada y precio y confirma (ALCO1 y 015343)</p> 
<p>Evaluación de mercancía a la entrada</p>	<p>Búsqueda de verificación realizada: del albarán anterior: E20983</p>  <p>OBSERVACIONES: De color Rojo, los Epígrafes con salvedades De color Verde, los Epígrafes sin salvedades</p> <p>Usuario: IMPF MONICA PEREZ FERNANDEZ</p>

PROCEDIMIENTO	EVIDENCIAS/ EXPLICACIONES
<p>Trazabilidad Producto sanitario</p>	<p>Vanessa López Martínez explica el proceso de trazabilidad visualizando en el ordenador los pasos seguidos.</p> <p>A esta información solo tienen acceso 4 personas del grupo por motivos de seguridad y confidencialidad.</p> <p>No se detectan incidencias en el proceso pudiendo realizar la trazabilidad de una Malla Hernia Inguinal PP baja densidad 7.5X15cm, lote HUZC1890 (ver anexos)</p>
<p>Diario almacén productos caducados</p>	<p>Se recibe evidencia de comprobación de que no hay productos caducados de la mercancía MS03030153</p> 

PROCEDIMIENTO	EVIDENCIAS/ EXPLICACIONES																																																																
Evaluación de proveedores: ejemplo de ABBOTT LABORATORIES S.A.	<table border="0"> <tr> <td colspan="2">A.MENARINI DIAGNOSTICOS, S.A.</td> <td align="right">6</td> <td align="right">0,01%</td> </tr> <tr> <td>ABBOTT LABORATORIES S.A.</td> <td>1. CUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA:</td> <td>EN LA FECHA PREVISTA</td> <td>31 100,00%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Total</td> <td>31 100,00%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. DESVIACION DE LA CANTIDAD SOLICITADA:</td> <td>CANTIDAD CORRECTA</td> <td>29 93,55%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>CANTIDAD MENOR A LA SOLICITADA</td> <td>2 6,45%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Total</td> <td>31 100,00%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3. MANTENIMIENTO DE LAS CONDICIONES ECONOMICAS:</td> <td>SE MANTIENEN</td> <td>31 100,00%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Total</td> <td>31 100,00%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4. VERIFICACION DEL PRODUCTO SUMINISTRADO:</td> <td>ADECUADO</td> <td>31 100,00%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Total</td> <td>31 100,00%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5. ESTADO GENERAL DE LA MERCANCIA:</td> <td>BUENA</td> <td>31 100,00%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Total</td> <td>31 100,00%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>6. DISPONIBILIDAD DEL PERSONAL DE CONTACTO:</td> <td>ADECUADO</td> <td>31 100,00%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Total</td> <td>31 100,00%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total</td> <td>18</td> <td>100,00%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>6</td> <td>%</td> </tr> </table>	A.MENARINI DIAGNOSTICOS, S.A.		6	0,01%	ABBOTT LABORATORIES S.A.	1. CUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA:	EN LA FECHA PREVISTA	31 100,00%			Total	31 100,00%		2. DESVIACION DE LA CANTIDAD SOLICITADA:	CANTIDAD CORRECTA	29 93,55%			CANTIDAD MENOR A LA SOLICITADA	2 6,45%			Total	31 100,00%		3. MANTENIMIENTO DE LAS CONDICIONES ECONOMICAS:	SE MANTIENEN	31 100,00%			Total	31 100,00%		4. VERIFICACION DEL PRODUCTO SUMINISTRADO:	ADECUADO	31 100,00%			Total	31 100,00%		5. ESTADO GENERAL DE LA MERCANCIA:	BUENA	31 100,00%			Total	31 100,00%		6. DISPONIBILIDAD DEL PERSONAL DE CONTACTO:	ADECUADO	31 100,00%			Total	31 100,00%		Total	18	100,00%			6	%
A.MENARINI DIAGNOSTICOS, S.A.		6	0,01%																																																														
ABBOTT LABORATORIES S.A.	1. CUMPLIMIENTO DEL PLAZO DE ENTREGA:	EN LA FECHA PREVISTA	31 100,00%																																																														
		Total	31 100,00%																																																														
	2. DESVIACION DE LA CANTIDAD SOLICITADA:	CANTIDAD CORRECTA	29 93,55%																																																														
		CANTIDAD MENOR A LA SOLICITADA	2 6,45%																																																														
		Total	31 100,00%																																																														
	3. MANTENIMIENTO DE LAS CONDICIONES ECONOMICAS:	SE MANTIENEN	31 100,00%																																																														
		Total	31 100,00%																																																														
	4. VERIFICACION DEL PRODUCTO SUMINISTRADO:	ADECUADO	31 100,00%																																																														
		Total	31 100,00%																																																														
	5. ESTADO GENERAL DE LA MERCANCIA:	BUENA	31 100,00%																																																														
		Total	31 100,00%																																																														
	6. DISPONIBILIDAD DEL PERSONAL DE CONTACTO:	ADECUADO	31 100,00%																																																														
		Total	31 100,00%																																																														
	Total	18	100,00%																																																														
		6	%																																																														
Reajustes de pedidos máximos y mínimos por consumo	<p><i>TRACOE twist Tracheostomy Tube</i> MS_03040247 (en el manual hay otra referencia) Stock mínimo 1 Stock máximo 4 Segundo pedido: 2 Existencias según programa 16 y reales 13</p>																																																																
Aviso mensual de caducidades	<p>Visto varios mails de aviso a plantas (ver anexos)</p>																																																																

VERIFICACIÓN DE MERCANCÍA

UBICACIÓN	MERCANCIA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Almacén central	<i>Sutura sintética reabsorbible</i> MS-02030113 Stock mínimo: 36 Stock máximo: 108 2º pedido: 72 Unidades por embalaje: 36 Unidades según programa informático: 108	Caducidad: abril/2020 Existencias real: 108 (3 cajas x 36) Etiquetado (rotulado) FIFO Tª < 54°C	
Almacén central	<i>Absorbable Oxidized Cellulose Gauze Hemostat</i> MS_02010084 Stock mínimo: 25 Stock máximo: 100 2º pedido: 50 Unidades por embalaje: 10 Unidades según programa informático: 80	Caducidad: junio/2016 Existencias real: 80 (8 cajas x 10) Etiquetado (no) FIFO Tª 0-25°C	
Almacén central	<i>TRACOE twist Tracheostomy Tube</i> MS_03040247	Caducidad: abril/2019 FIFO	

UBICACIÓN	MERCANCIA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Almacén central	<i>laryngectomy tube covidien</i> MS_01010049	Caducidad: mayo/2018 Existencias real: 4 Etiquetado (no) FIFO	
Almacén central	<i>Discos adhesivos Coloplast</i> MS03030160 Unidades por embalaje: 5 INCIDENCIA Se retira en el momento de la detección y se registra	Caducidad: 12/5/2015 Existencias real: 75 (15 cajas x 5) Etiquetado (no) FIFO 	
Almacén central	<i>Colector de orina autoadhesivo</i> MS03030126 Unidades por embalaje: 30	Caducidad: 4-6-2019 Existencias real: 90 (3 cajas x 30) Etiquetado (no) FIFO	

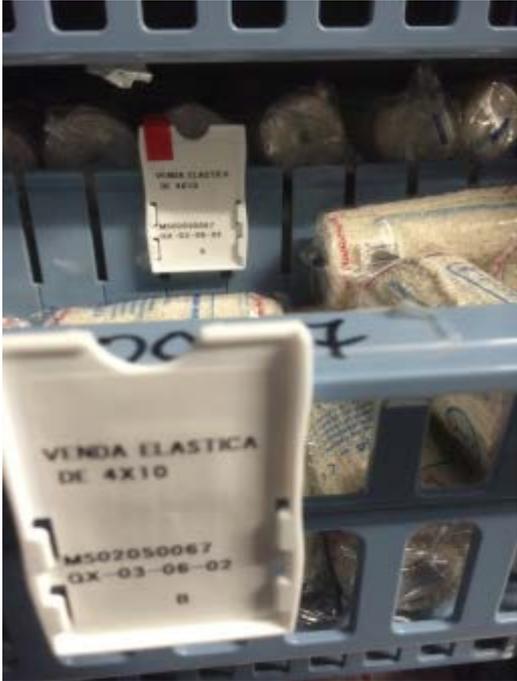
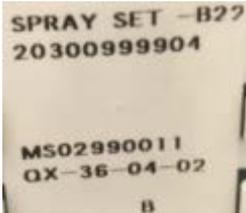
UBICACIÓN	MERCANCIA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Almacén central	<i>safety iv catheter with injection port</i> MS01022021 Unidades por embalaje: 50	Caducidad: 10-2019 Existencias real: 100 (2 cajas x 50) Etiquetado (no) FIFO	
Almacén central	<i>Esparrapado seda 5 cm</i> MS02010067	Caducidad: 7-2018 a 12/2019 Existencias real: 138 (23 cajas x 6) Etiquetado (no) FIFO	
Almacén central	<i>Compresa cosida de 45X45 C/contraste</i> MS02020008 Unidades por embalaje: 40 Stock mínimo: 120 Stock máximo: 480 2º pedido: 240	Caducidad: 7-2020 a 8/2020 Existencias real: 280 (7 cajas x 40) Etiquetado (si) FIFO: si	

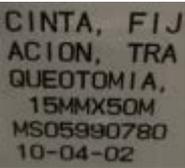
UBICACIÓN	MERCANCIA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Almacén central	<i>Sutura quirúrgica de seda</i> MS02030305 Unidades por embalaje: 36 Stock mínimo: 36 Stock máximo: 72 2º pedido: 36	Caducidad: 7-2019 a 2/2019 Existencias real: 72 (2 cajas x 36) Etiquetado (si) FIFO: si	
Almacén gabinetes Planta 1	<i>Bastoncillos un solo uso</i> MS02990004 Stock mín: 100 Stock máx: 200	Caducidad: no consta Una caja en cada cajetín	 Nombre Referencia Ubicación
Almacén gabinetes Planta 1	<i>Aguja esteril 0,9x 25mm (20gx1) bioseguridad</i> MS03040087 Stock mín: 50 Stock máx: 100	Caducidad: 11-2017 Cajetín 1: unas 50 Cajetín 2: unas 25 FIFO: ok	

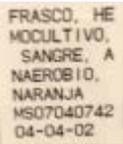
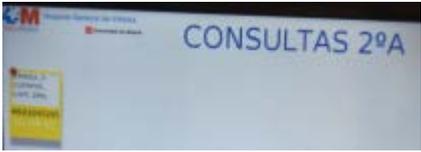
UBICACIÓN	MERCANCIA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Almacén gabinetes Planta 1	<i>Mascarilla, quirúrgica, alto riesgo</i> MS03020098 Stock mín: 50 Stock máx: 100	Caducidad: 4-2020 Cajetín 1: unas 50 Cajetín 2: unas 50 FIFO: ok	
Almacén gabinetes Planta 1	<i>Guante vinilo sin polvo t/mediana</i> MS03020059 Stock mín: 200 Stock máx: 400	Caducidad: 8-2019 Cajetín 1: 200 (2 cajas) Cajetín 2: 200 (2 cajas) FIFO: ok Proteger del calor, luz humedad y ozono	
Almacén gabinetes Planta 1	<i>Gasa, plegada, esteril, 13h, 20x40cm</i> MS02020028 Stock mín: 125 Stock máx: 250	Caducidad: 8-2020 Cajetín 1: lleno Cajetín 2: lleno FIFO: ok 	

UBICACIÓN	MERCANCIA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Almacén Quirófano	<i>Bolsa de diuresis horaria</i> MS0303006 Stock mín: 14 Stock máx: 28	Caducidad: fecha envasado 12/2014 Cajetín 1: Vacío Cajetín 2: Lleno Indicado en pantalla como petición de reposición	
Almacén Quirófano	<i>Bolsa frio/calor (criogel)</i> MS0303004 	Caducidad: fecha fabricación 4/2015 Cajetín 1: Lleno Cajetín 2: Lleno	
Almacén Quirófano	<i>Sut. Reabs. Trenzada polysorb n.1 75cm ag/tj32 1/2 circ. 40m</i> MS02030109 Stock mín: 12 Stock máx: 24	Caducidad: 9/2019 FIFO: OK	

UBICACIÓN	MERCANCIA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Almacén Quirófano	MS02030095 MS02030096 Compras directas (etiquetas amarillas)	Caducidad: 12/2019 FIFO: OK	
Almacén Quirófano	Mascarilla laringea gel n.3 ref.8203 -8203 MS01010126 Stock mín: 5 Stock máx: 10	Caducidad: 3/2018 y 3/2016 FIFO: OK 8 unidades en cada cajetín	
Almacén Quirófano	Rascador de bisturi MS03010098 Stock mín: 100 Stock máx: 200	Caducidad: 7/2018 y 01-2017 FIFO: NO 40 a 100 unidades en cada cajetín	
Almacén Quirófano	Esparadrapo microporoso de 10mtx15cm MS02010071 Stock mín: 4 Stock máx: 8	Caducidad: 3/2020 todos FIFO: SI 4 y 8 cajas en cada cajetín	

UBICACIÓN	MERCANCIA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Almacén Quirófano	<i>Venda elastica de 4x10</i> MS02050067 Stock mín: 24 Stock máx: 48	Caducidad: 4/2020 y 11/2019 FIFO: está al revés 13 y 25 vendas en cada cajetín	
Almacén Quirófano	<i>Spray set - b2220300999904</i> MS02990011 Stock mín: 1 Stock máx: 2	Caducidad: 6/2018 todos FIFO: SI 2 y 5 en cada cajetín	
Almacén Quirófano	<i>Mango electrobisturi manual</i> IN01020195 Stock mín: 50 Stock máx: 100	Caducidad: 3/2020 todos FIFO: SI 50 y 70 en cada cajetín	
Hospitalz. P3			
Hospitalz. P3	<i>Sonda uretral foley n.16</i> MS01040103 Stock mín: 10 Stock máx: 20	Caducidad: 24-1-20 y 30-11-19 FIFO: al revés 4 y 9 en cada cajetín	

UBICACIÓN	MERCANCIA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Hospitalz. P3	<i>Cinta, fijacion, traqueotomia, 15mmx50m</i> MS05990780 Stock mín: 2 Stock máx: 4	Caducidad: no aparece FIFO: no tiene 2 en cada cajetín 	
Hospitalz. P3	<i>Pinza quitagrapas piel</i> MS02040110 Stock mín: 12 Stock máx: 24	Caducidad: 31-3-20 y 30-09-19 FIFO: al revés 3 y 10 en cada cajetín 	
Hospitalz. P3	<i>Llave 3 vias</i> MS05030051 Stock mín: 50 Stock máx: 100	Caducidad: 5/2019 FIFO: OK Varias en cada cajetín	
Hospitalz. P3	<i>Kit de recogida de orina -sro-2-b</i> MS07040395 Stock mín: 50 Stock máx: 100	Caducidad: Nov/16 FIFO: si Varias en cada cajetín	
Hospitalz. P3	<i>Adaptador para aguja extraccion en vacio</i> MS07040545 Stock mín: 100 Stock máx: 200	Caducidad: no se lee FIFO: ¿? Varias en cada cajetín	

UBICACIÓN	MERCANCIA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Hospitalz. P3	<i>Frasco hemocultivo sangre anaerobio tapa naranja</i> MS07040742 Stock mín: 25 Stock máx: 50	Caducidad: 29/2/16 FIFO: SI 25/50% en cada cajetín 	
Hospitalz. P3	<i>enemas un solo uso</i> MS03030028 Stock mín: 10 Stock máx: 20	Caducidad: FIFO: en cada cajetín	
Hospitalz. P3	<i>Canula para preparacion medicacion sin aguja</i> MS01010148 Stock mín: 1000 Stock máx: 2000	Caducidad: 1/2020 FIFO: SI Varias en cada cajetín	
CEX P2A			
CEX P2A	<i>Aposito quirurgico esteril 5x7,2</i> MS02010013 Stock mín: 50 Stock máx: 100	Caducidad: 1/2020 FIFO: SI Varios en cada cajetín	
CEX P2A	<i>Esparadrapo seda 2,5 cm</i> MS02010072 Stock mín: 24 Stock máx: 48	Caducidad: No lo pone FIFO: No Varios en cada cajetín	

UBICACIÓN	MERCANCIA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
CEX P2A	<p><i>Electrodo ECG NEDN atal 44:8</i> MS05010081 No aparece en listado de pacto</p>	<p>Caducidad: feb16/ feb17 FIFO: Al revés Varios en cada cajetín</p>	
CEX P2A	<p><i>Frasco biopsia formol</i> MS07040617 No aparece en listado de pacto</p>	<p>Caducidad: 5/2019 FIFO: SI 6 Y 12 en cada cajetín</p>	
CEX P2A	<p><i>Torunda esteril con medio biomedics tapon amarillo -108c</i> MS07040334 Stock mín: 25 Stock máx: 50</p>	<p>Caducidad: 1/16 FIFO: SI 50 en cada cajetín</p>	
CEX P2A	<p><i>Contenedor de orina esteril ref. Fr100eur</i> MS07040259 Stock mín: 50 Stock máx: 100</p>	<p>Caducidad: 8/19 FIFO: SI Varios en cada cajetín</p>	
CEX P2A	<p><i>Aposito celulosa precortada 4x5 - 80218</i> MS02010059 Stock mín: 2 Stock máx: 4</p>	<p>Caducidad: FIFO: en cada cajetín</p>	

UBICACIÓN	MERCANCIA	DESCRIPCIÓN	FOTOGRAFÍA
CEX P2A	<p><i>Aguja 30g 1/2 - 304000</i></p> <p>MS03040142</p> <p>No en pacto de este almacén (si en quir)</p> <p>Stock mín: 100</p> <p>Stock máx: 200</p>	<p>Caducidad: 12/19</p> <p>FIFO: SI</p> <p>1 CAJA DE 100 en cada cajetín</p>	
CEX P2A	<p><i>Jeringa insulina s/aguja 100 u.escala 1</i></p> <p>MS03040226</p> <p>Stock mín: 100</p> <p>Stock máx: 200</p>	<p>Caducidad: 5/2020 y 3/2020</p> <p>FIFO: al revés</p> <p>100 y 150 en cada cajetín</p>	

3.4.4. RESULTADOS DE AUDITORÍA

Los resultados de la auditoría realizada en el almacén central se muestran en la siguiente tabla.

REVISIÓN DE MATERIAL EN ALMACÉN CENTRAL EL 23/9/15											
REFERENCIA	SEGÚN LISTADO MANUAL				VISTO IN SITU						
	MIN	MAX	Pedido	Unidad CAJA	CADUCA	cad2	Caja	Unidad	FIFO	REF	OBSERVACIONES
MS02030113	36	108	72	36	abr-20		3	108	OK	OK	
MS02010084	25	100	50	10	jun-16		8	80	OK	OK	
MS03040247	10	40	20		abr-19				OK	NO	Nombres distintos
MS01010049	1	4	2	1	may-18		4	4	OK	OK	
MS03030160	5	15	10	5	12/5/15		15	75	NO	OK	Caducado
MS03030126	30	120	60	30	jun-19		3	90	OK	OK	
MS01022021	25	100	50	50	oct-19		2	100	OK	OK	
MS02010067	50	200	100	6	jul-18	12-19	23	138	OK	OK	
MS02020008	120	480	240	40	jul-20	8-20	7	280	OK	OK	
MS02030305	36	108	72	36	jul-19	2-19	2	72	OK	OK	

Tabla 8. Revisión de material en almacén central (ALM)

Incidencias encontradas en almacén central

- El material con referencia MS03040247 es según manual de procedimientos “PUNCH, BIOPSIA, CUTANEA, 5MM” y según la caja “TRACOE twist Tracheostomy Tube”
- El material MS03030160 está caducado según información de las 15 cajas ubicadas en esta referencia “DISCO, OSTOMIA, ADHESIVO, C/ARO, 50MM”

REVISIÓN DE MATERIAL EN ALMACÉN GABINETES EL 23/9/15												
REF	MIN	MAX	cad1	cad2	Caja	Unidad	en cajetín	cajetín 1	cajetín 2	FIFO	REF	OBSERVACIONES
MS02990004	100	200			2		Caja	1	1	NO	OK	Sin fecha
MS03040087	50	100	nov-17	nov-17		Aprox.	Unidad	25	50	OK	OK	
MS03020098	50	100	abr-20	abr-20		Aprox.	Unidad	50	50	OK	OK	
MS03020059	200	400	ago-19	ago-19	4	Cajas	Caja	2	2	OK	OK	
MS02020028	125	250	ago-20	ago-20		Aprox.	Unidad	100	100	OK	OK	

Tabla 9. Revisión de material en almacén de gabinetes (ALM)

Incidencias encontradas en almacén gabinetes

- El material con referencia MS02990004 es según listado de pactos “BASTONCILLOS UN SOLO USO” las cajas no disponen de fecha de caducidad (son cajas que se reciben en cajas de mayor capacidad)

REVISIÓN DE MATERIAL EN ALMACÉN QUIRÚRGICO EL 23/9/15												
REF	MIN	MAX	cad1	cad2	Caja	Unidad	en cajetín	cajetín 1	cajetín 2	FIFO	REF	
MS0303006	14	28	Fabrica			Aprox.	Unidad	vacío	Lleno	OK	OK	
MS0303004	0	0	Fabrica			Aprox.	Unidad	Lleno	Lleno	OK	OK	
MS02030109	12	24	sep-19	sep-19		Aprox.	Unidad	16	24	OK	OK	
MS02030095			dic-19			Aprox.	Unidad			OK	OK	
MS02030096			dic-19			Aprox.	Unidad			OK	OK	
MS01010126	5	10	mar-16	mar-18		Unidad	Unidad	8	8	OK	OK	
MS03010098	100	200	jul-18	ene-17		Aprox.	Unidad	40	100	NO	OK	FIFO
MS02010071	4	8	mar-20	mar-20	12		Cajas	4	8	OK	OK	
MS02050067	24	48	abr-20	nov-19		Unidad	Unidad	13	25	NO	OK	FIFO
MS02990011	1	2	jun-18	jun-18		Unidad	Unidad	2	5	OK	OK	
IN01020195	50	100	mar-20	mar-20		Unidad	Unidad	50	70	OK	OK	

Tabla 10. Revisión de material en almacén quirúrgico (ALM)

Incidencias encontradas en almacén quirúrgico

- Hay cajetines secundarios con caducidad más inmediata que el principal de consumo por lo que no siempre se cumple FIFO.

REVISIÓN DE MATERIAL EN ALMACÉN PA3 Hospitalización EL 23/9/15												
REF	MIN	MAX	cad1	cad2	Caja	Unidad	en cajetín	cajetín 1	cajetín 2	FIFO	REF	
MS01040103	10	20	24-1-20	30-11-19		Unidad	Unidad	4	9	NO	OK	FIFO
MS05990780	2	4	No tiene			Unidad	Unidad	2	2	NO	OK	Cad
MS02040110	12	24	31-3-20	30-9-19		Unidad	Unidad	3	10	NO	OK	FIFO
MS05030051	50	100	1-5-19	1-5-19		Aprox.	Unidad	20	50	OK	OK	
MS07040395	50	100	nov-16	nov-16		Aprox.	Unidad	25	50	OK	OK	
MS07040742	25	50	29-2-16	29-2-16		Aprox.	Unidad	10	25	OK	OK	
MS03030028	10	20				Aprox.	Unidad	5	10	OK	OK	
MS01010148	1000	2000	ene-20	ene-20		Aprox.	Unidad	500	1500	OK	OK	

Tabla 11. Revisión de material en almacén hospitalización (ALM)

Incidencias encontradas en almacén Hospitalización 3

- Hay cajetines secundarios con caducidad más inmediata que el principal de consumo por lo que no siempre se cumple FIFO.
- Uno de las mercancías no tiene fecha de caducidad (no se lee)

REVISIÓN DE MATERIAL EN ALMACÉN PA2 Consultas externas EL 23/9/15

REF	MIN	MAX	cad1	cad2	Caja	Unidad	en cajetín	cajetín 1	cajetín 2	FIFO	REF
MS02010013	50	100	ene-20	ene-20		Aprox.	Unidad	30	50	OK	OK
MS02010072	24	48	No tiene			Aprox.	Unidad	20	30	NO	OK
MS05010081	No	No	feb-17	feb-16		Aprox.	Unidad	2	2	NO	OK
MS07040617	No	No	may-19	may-19		Aprox.	Unidad	6	12	OK	NO
MS07040334	25	50	ene-16	ene-16		Aprox.	Unidad	50	50	OK	OK
MS07040259	50	100	ago-19	ago-19		Aprox.	Unidad	50	50	OK	OK
MS02010059	2	4	may-19	may-19		Unidad	Unidad	1	1	OK	OK
MS03040142	No	No	dic-19	dic-19	2	Cajas	Cajas	1	1	OK	OK
MS03040226	100	200	may-20	mar-20		Aprox.	Unidad	100	150	NO	OK

Tabla 12. Revisión de material en almacén consultas externas (ALM)

Incidencias encontradas en almacén PA2 de consultas

- Hay cajetines secundarios con caducidad más inmediata que el principal de consumo por lo que no siempre se cumple FIFO.
- Uno de las mercancías no tiene fecha de caducidad
- Algunas mercancías no aparecen en el listado de pacto por unidad recibido

3.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (ALM)

AREA DE MEJORA / INCIDENCIA	PROPUESTA DE MEJORA						
Actualización del mapa de la Unidad de almacenes.							
Mejora del Manual de procedimientos del servicio, indicando actividades en aquellos puntos del proceso donde se realizan controles o clasificaciones de mercancía.	<p>Recibido un nuevo Manual de procedimientos actualizado a 25/9/2015</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p align="center">PROCEDIMIENTO COMPRAS Y ALMACENES</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Realizado por: Departamento de Compras y Almacenes.-</td> <td>Aprobado por: Dirección Gestión</td> </tr> <tr> <td>Destinatarios: Trabajadores Sanitarios y no Sanitarios.-</td> <td>Fecha Aprobación: Julio 2014</td> </tr> <tr> <td>A conocer por: Responsables de Compras y Personal Administrativo</td> <td>Fecha última revisión: Septiembre 2015.- Fecha próxima revisión: Septiembre 2016.-</td> </tr> </table>	Realizado por: Departamento de Compras y Almacenes.-	Aprobado por: Dirección Gestión	Destinatarios: Trabajadores Sanitarios y no Sanitarios.-	Fecha Aprobación: Julio 2014	A conocer por: Responsables de Compras y Personal Administrativo	Fecha última revisión: Septiembre 2015.- Fecha próxima revisión: Septiembre 2016.-
Realizado por: Departamento de Compras y Almacenes.-	Aprobado por: Dirección Gestión						
Destinatarios: Trabajadores Sanitarios y no Sanitarios.-	Fecha Aprobación: Julio 2014						
A conocer por: Responsables de Compras y Personal Administrativo	Fecha última revisión: Septiembre 2015.- Fecha próxima revisión: Septiembre 2016.-						

AREA DE MEJORA / INCIDENCIA	PROPUESTA DE MEJORA
<p>23-9-15: Nevera en almacén general con mercancía mezclada con comida y bebida para trabajadores del servicio.</p>	<p>Nueva disposición del material de frío para que no pueda existir contaminación alguna del material sanitario, habiendo instalado otra nevera en el lugar de descanso que tiene el personal de almacén.</p> 
<p>23-9-15: Se detectan <i>Discos adhesivos Coloplast</i> caducados desde 12/5/2015. La referencia es MS_03030160</p> 	<p>Acción inmediata: retirada de toda la mercancía caducada del almacén y revisión del método de control de caducidades para determinar las causas.</p> <p>Según indica el responsable se trata de mercancía que proporciona el proveedor a coste 0 y que por tanto no aparece en las consultas de caducidad. No se ha utilizado ninguna de las unidades que entraron.</p> <p>Anota referencia y busca sistema para ver si hay reparto a planta: aparece 0. La evidencia incluida en anexo verifica solo que en el día consultado no se ha consumido pero se desconoce que ha ocurrido otros días.</p> <p>Se solicita un área de mejora para que no vuelva a ocurrir.</p>
<p>La referencia vista en el almacén central no corresponde a la que aparece en los listados</p>	<p>La mercancía TRACOE twist Tracheostomy Tube, con la referencia MS_03040247 (ver foto)</p> <p>En listado del manual y por plantas: MS03040247 BIOPSY PUNCH 5 MM -200105</p>

AREA DE MEJORA / INCIDENCIA	PROPUESTA DE MEJORA
Algunos de los productos almacenados en las plantas, no permite conocer la caducidad. Los materiales que proceden de una gran caja y se reparten en los dos cajetines, tales como esparadrapos y bastoncillos, quedan sueltos en los cajetines sin identificar caducidad.	Diseñar un área de mejora para garantizar el consumo preferente de los materiales de este tipo que caducan primero y además garantizar que no queda ninguna unidad sin consumir dentro de la fecha recomendada.
En algunos almacenes de planta como quirúrgico y hospitalización planta 3: en ocasiones no se cumple que el primer material en caducar esté para consumo prioritario	A pesar de ser incidencias puntuales se debe insistir a los mozos que reponen material en plantas la necesidad de que la reposición se realice siguiendo la metodología FIFO. Se debe formar al personal en la importancia de cumplir los protocolos del servicio.
Almacén planta P2A: se observan cajas en el suelo	Se debe formar al personal en la importancia de cumplir los protocolos del servicio.

3.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (ALM)

PUNTO FUERTE	EVIDENCIA
Normalización y etiquetado de mercancía.	Utiliza un método simplificado de fácil manejo.
Reparto en almacenes de planta.	El sistema está informatizado de forma que se puede visualizar el reparto programado y urgente diariamente.

3.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (ALM)

Los indicadores incluidos en el PPT y la previsión de evaluación realizada es:

INDICADORES	EVALUACIÓN (% Incumplimientos)
Incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales	Disponibilidad de artículos: 0% Artículos caducados: 2% Condiciones de almacenado: 0%
Incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales	Disponibilidad por debajo Stock mínimo: 0% Artículos caducidad anterior a consumo: 0% Condiciones de almacenado límites: 0%
No garantizar la trazabilidad de los productos que lo requieren	Trazabilidad de artículos en depósito: 0%
Incumplimiento de cualquiera otras obligaciones que puedan repercutir en el paciente/usuario	Acceso a los almacenes: 0% Seguridad en los almacenes: 0% Circuitos de reparto: 0%

a) Porcentaje de artículos caducados o sin garantía de caducidad por almacén

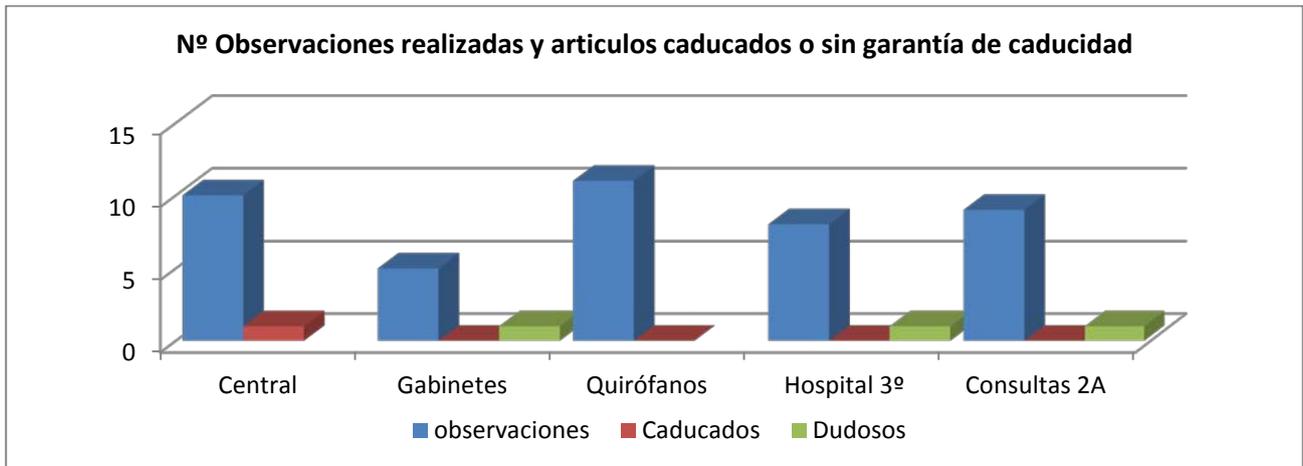


Gráfico 1. Porcentaje de artículos caducados (ALM)

b) Artículos disponibles de los ofertados

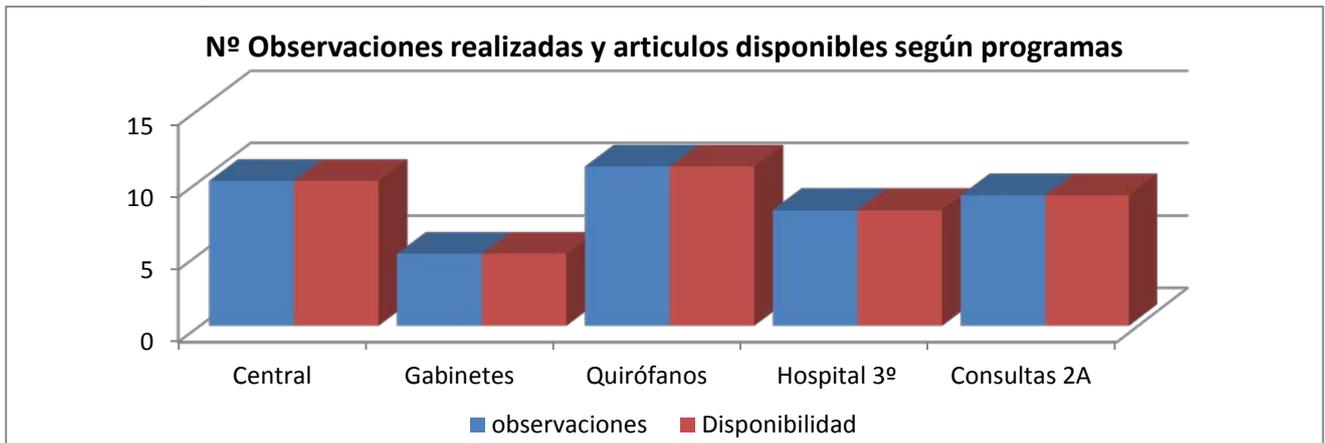


Gráfico 2. Número de observaciones y artículos disponibles según programas

3.8. ANEXOS (ALM)

Listado de evidencias de proceso:

- | Nombre |
|--|
| 1. INTRODUCCION ALBARAN |
| 2. Producto caducado |
| 3. Albaran E20983 |
| 4. MALLA HERNIA INGUINAL_FACTURA |
| 5. Control mensual de caducidades con planta |
| 6. Evaluación de desempeño |
| 7. Notas Maste Jefe Compras |
| 8. Informe Calidad Ejemplo Proveedor Abbott |

Símbolos en embalajes:

SÍMBOLO	SIGNIFICADO
	Fecha de caducidad Este símbolo debe ir acompañado de la fecha expresada con cuatro dígitos para el año, dos dígitos para el mes y, cuando proceda, dos dígitos para el día. La fecha debe indicarse adyacente al símbolo.
	Fecha de fabricación En implantes activos, el símbolo va adyacente a la fecha expresada por cuatro dígitos para el año y dos dígitos para el mes. En productos activos no implantables el símbolo va acompañado del año expresado con cuatro dígitos.
	No reutilizar Son sinónimos “para un solo uso” o “utilizar una sola vez”. El concepto de “No reutilizar” se aplica a los productos que forman parte del capítulo de bienes consumibles tanto en el sentido de “no utilizar el producto en más de un paciente” como en el sentido de “no utilizar el producto varias veces en el mismo paciente”.
	Proteger de la humedad
	Intervalo de temperatura En la parte inferior izquierda y superior derecha se indica el intervalo de temperatura
	Este lado hacia arriba Debe colocarse al lado del símbolo de frágil y debe ser el símbolo más próximo a la esquina
	Frágil Debe colocarse en la parte superior izquierda de las cuatro caras del embalaje
	Caducidad inferior a 5 años

3.9. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (ALM)

El equipo auditor considera que **la organización ha establecido y mantenido los procesos y procedimientos** necesarios para prestar el servicio de gestión de almacenes y **demuestra la capacidad del sistema para cumplir con los requisitos normativos técnicos y legales** del servicio para el **alcance, objetivos y política del hospital**.

Se han detectado un total de **8 incidencias** en el servicio, 2 de las cuales se han clasificado como medias. Basándonos en estos resultados, el equipo auditor considera que el servicio debe mejorar en relación al control de caducidades del material almacenado en el almacén general.

4) GESTIÓN DE RESIDUOS (GR)

4.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (GR)

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PCAP

Cumplimiento de la **cláusula 9.1.3 del PCAP** en relación con los servicios no asistenciales:

- Prestar los servicios con medios propios
- De conformidad con la cláusula 9.1.3.8 del PCAP, la Sociedad concesionaria presentará en el plazo de un año desde la formalización del contrato, las memorias y protocolos de actuación, el diseño, organización y los recursos humanos y materiales que propone para cada servicio. En el primer año de funcionamiento del Hospital deberán documentarse los métodos y manuales de procedimiento de cada uno de los servicios.

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PTE

La Sociedad concesionaria ofrecerá un servicio seguro, higiénico y eficaz de gestión de los distintos tipos de residuos generados en los servicios del Hospital, que elimine cualquier riesgo para la salud y el medio ambiente que pudiera derivarse de la existencia de dichos residuos.

El prestador del servicio debe disponer de autorización vigente como gestor de residuos sanitarios y la segregación, recogida y tratamiento de los residuos generados en el ámbito hospitalario, se realizará conforme a la normativa vigente.

El prestador del servicio deberá disponer de un sistema implantado de gestión de prevención de riesgos laborales o estar en proceso de implantación, para lo cual dispondrá de un plazo máximo de 1 año desde la puesta en funcionamiento de su servicio.

El personal que desempeña este Servicio deberá tener la formación adecuada del servicio que está desarrollando.

Se enuncian los siguientes indicadores de disponibilidad y calidad, a los efectos establecidos en el Anexo XIV del PCAP.

SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS	CATEG FALLO
Aquellos incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD1
Aquellos incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD2
Incumplimiento de la frecuencia de recogida establecida	FC o FD
Incumplimiento de la señalización de las zonas destinadas a almacenamiento de residuos	FC
Incumplimientos de normativa de residuos	FC
Incorrecta uniformidad y/o identificación del personal del servicio	FC1
Incumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente/usuario	FC

Ilustración 6. Imagen de indicadores de gestión de residuos urbanos y sanitarios según PPT (GR)

NORMATIVA APLICABLE

En cuanto a la normativa aplicable, se incluye en este apartado el listado de la normativa relacionada que pudiera tener aplicación al servicio:

- Ley 22/2011, de 28 de julio, de Residuos y Suelos Contaminados.

- Ley 11/1997, de 24 de abril, de Envases y Residuos de Envases (excepto capítulo VII y disposición adicional quinta derogada por la Ley 22/2011)
- Real Decreto 833/1988, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de residuos Tóxicos Peligrosos y Real Decreto 952/1997, que lo modifica.
- Real Decreto 782/1988, de 30 de abril, por el que se aprueba el Reglamento para el desarrollo y ejecución de la Ley 11/1997, de 24 de abril, de Envases y Residuos de Envases.
- Real Decreto 1481/2001, de 27 de diciembre, por el que se regula la eliminación de residuos mediante depósito en vertedero.
- Orden MAM/304/2002, de 8 de febrero, por el que se hace pública la lista Europea de Residuos, aprobada de conformidad por la comisión.
- Ley 5/2003. De 20 de marzo, de Residuos de la Comunidad de Madrid.

4.2. DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE GESTION DE RESIDUOS (GR)

LISTADO DE DOCUMENTACIÓN RECIBIDA				
SERV	DOCUMENTO	FECHA	FORM	DE
GR	01.CS-PCL08-POC01 GESTION INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS.docx	5-10-15	Word	Laura Alfaro
GR	Albaranes de compra (10 páginas)	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
GR	3. ORGANIGRAMA SERVICIOS LIMPIEZA.docx	5-10-15	Word	Laura Alfaro
GR	12.2 Autorización de Transporte RTP SRCL Consenur CEE (compacta).PDF	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
GR	12.3 Autorización Transporte RNP SRCL Consenur CEE (Compacta).docx	5-10-15	Word	Laura Alfaro
GR	11. registro de incidencias de residuos 1.xls	5-10-15	Excel	Laura Alfaro
GR	12.1 DOCUMENTO ACEPTACION RESIDUOS GESTOR.PDF	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
GR	CERTIFICADOS H.G. VILLALBA.PDF	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
GR	6. PLANILLA PEONES.JPEG	5-10-15	JPEG	Laura Alfaro
GR	10.1 LIBRO DE REGISTRO IDC COLLADO VILLALBA ENERO 15.PDF	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
GR	10.2 LIBRO DE REGISTRO IDC COLLADO VILLALBA FEBRERO 15.PDF	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
GR	10.3 ARCHIVO CRONOLÓGICO IDC COLLADO VILLALBA MARZO 15.PDF	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
GR	10.4 ARCHIVO CRONOLÓGICO IDC COLLADO VILLALBA ABRIL 15.PDF	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
GR	10.9 ARCHIVO CRONOLÓGICO IDC COLLADO VILLALBA SEPTIEMBRE 15.PDF	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
GR	10.6 ARCHIVO CRONOLÓGICO IDC COLLADO VILLALBA JUNIO 15.PDF	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
GR	10.7 ARCHIVO CRONOLÓGICO IDC COLLADO VILLALBA JULIO 15.PDF	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
GR	10.8 ARCHIVO CRONOLÓGICO IDC COLLADO VILLALBA AGOSTO 15.PDF	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
GR	10.9 ARCHIVO CRONOLÓGICO IDC COLLADO VILLALBA SEPTIEMBRE 15.PDF	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
GR	JUSTIFICANTES SEPTIEMBRE 15.PDF	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
GR	doc00192820151111115652.PDF	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
GR	PESADAS IDC COLLADO VILLALBA RSU AÑO 2015 Excel (2).xls	5-10-15	Excel	Laura Alfaro
GR	10.9 ARCHIVO CRONOLÓGICO IDC COLLADO VILLALBA SEPTIEMBRE 15.PDF	11-11-15	PDF	Silvia Rodríguez
GR	doc00192820151111115652.PDF	11-11-15	PDF	Silvia Rodríguez
GR	PESADAS IDC COLLADO VILLALBA RSU AÑO 2015 Excel (2).xls	11-11-15	Excel	Silvia Rodríguez

Tabla 13. Listado de documentación revisada de gestión de residuos (GR)

Todos los documentos se renombran o bien se escanean y se nombran para facilitar el archivo y localización.

A) MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	01.CS-PCL08-POC01 GESTION INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS.docx
Renombrado como:	GR01 GESTION INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	14
Título en el documento:	GESTION INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS
Encabezado:	Título de documento, código, edición y logo de Bepers
Pie de página:	Número de páginas e indicación de copia no controlada
Autor:	Sí, comisión de Calidad y Medio Ambiente
Fecha de edición y revisión:	Sí, aprobado en mayo 2014 y revisado en mayo 2014

Análisis de edición del documento:

Su diseño y contenido cumple la norma ISO 9001:2008 en lo referente al apartado "4.2.3 Control de los documentos".

No contiene índice, pero los apartados incluidos son:

Objeto

Alcance

Documentación de referencia / legislación aplicable

Formatos

Anexos

Definiciones

1 Introducción

2 Realización de la gestión intrahospitalaria de residuos

2.1. Segregación, identificación y almacenamiento de residuos

2.2. Circuitos de recogida de residuos

2.3. Retirada de residuos por parte del gestor

2.4. Verificación del cumplimiento de la gestión de residuos

2.5. Formación, sensibilización e información

Anexo1. Clasificación y acumulación de los residuos no sanitarios.

Anexo2. Clasificación y acumulación de los residuos sanitarios.

Anexo3. Plano de las Plantas del edificio con la definición de los circuitos de limpio (color azul) y sucio (color rojo).

Diseño de procesos:

Tras analizar la documentación presentamos a continuación el flujograma de actividades del servicio:

<p>Proceso: Transporte interno y almacenamiento(residuos sanitarios) Personal de residuos: PR Personal sanitario: PS</p>	<p>Obtenido del manual de procedimientos</p>
<p style="text-align: center;">Diagrama de flujo</p> <pre> graph TD A[Generación de residuos] --> B[Contenedor] C[Etiquetado PR] --> B B --> D[Transporte a depósito intermedio PS] D --> E[Transporte a depósito final PR] E --> F[Pesado PR] F --> G[Retirada a gestor autorizado PR] </pre>	<p style="text-align: center;">Descripción de etapas</p> <p>Control de contenedores: El personal de residuos mantiene el stock de contenedores etiquetados en las ubicaciones establecidas.</p> <p>Transporte al depósito intermedio: El personal de cada servicio o área, una vez llenados los contenedores, los cierra, anota la fecha de almacenamiento y los coloca en el Depósito Intermedio.</p> <p>Transporte al depósito final: El personal de residuos recoge los contenedores en los Depósitos Intermedios, cumplimentando en cada retirada el formato “Verificación de retirada de residuos en depósitos intermedios”,</p> <p>Pesado: Se pesa y se registra el peso en “Control de peso de residuos sanitarios”.</p> <p>Retirada a gestor autorizado El Responsable de Turno supervisa la retirada de los residuos por parte de los gestores. Realiza el control de los vehículos de retirada de residuos cumplimentando el formato “Control de matrículas de transporte de residuos”.</p>

<p>Proceso: Transporte interno y almacenamiento(residuos urbanos) Personal de residuos: PR Personal de limpieza: PL Personal generador del residuo: PGR</p>	<p>Obtenido del manual de procedimientos</p>
<p>Diagrama de flujo</p>	<p>Descripción de etapas</p>
<pre> graph TD A[Generación de residuos] --> B[Contenedor] B --> C[Transporte a depósito intermedio] C --> D[Transporte a depósito final] D --> E[Retirada a gestor autorizado] </pre>	<p><u>Control de contenedores</u> El personal de residuos mantiene el stock de contenedores etiquetados en las ubicaciones establecidas.</p> <p><u>Transporte al depósito intermedio</u> El personal de limpieza recoge las bolsas de residuos urbanos o asimilables en las áreas del hospital en las que desarrollan su actividad y los deposita en los depósitos intermedios. Para los residuos generados en cocinas y cafetería son llevados hasta el almacenamiento por personal del propio servicio. Para los residuos de tóner y cartuchos de impresión, el personal generador del residuo es el responsable de entregarlo en almacén y canjearlo por un cartucho o tóner nuevo para su reposición.</p> <p><u>Transporte al depósito final</u> El personal de residuos recoge los contenedores en los Depósitos Intermedios, cumplimentando en cada retirada el formato “Verificación de retirada de residuos en depósitos intermedios”,</p> <p><u>Retirada a gestor autorizado</u> El Responsable de Turno supervisa la retirada de los residuos por parte de los gestores. Realiza el control de los vehículos de retirada de residuos cumplimentando el formato “Control de matrículas de transporte de residuos”. El personal de almacén es responsable de su almacenamiento y entrega al gestor/proveedor de residuos tóner y cartuchos de impresión.</p>

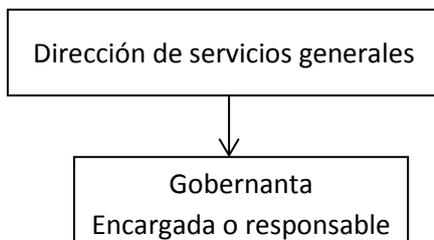
B) ORGANIGRAMA

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	3. ORGANIGRAMA SERVICIOS LIMPIEZA.docx
Renombrado como:	GR02 ORGANIGRAMA.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	1
Título en el documento:	Organigrama servicios limpieza, lavandería y residuos
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Se incluye en el documento el organigrama del servicio, que se esquematiza a continuación:



C) AUTORIZACIÓN TRANSPORTE DE RESIDUOS NO PELIGROSOS

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	12.2 Autorización de Transporte RTP SRCL Consenur CEE (compacta).PDF
Renombrado como:	GR03 AUTORIZACION CONSENUR NP.PDF
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	46
Título en el documento:	No
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	Unidad administrativa: área de planificación y gestión de residuos
Fecha de edición y revisión:	Edición el 14 de noviembre de 2014

Análisis del contenido del documento:

Se incluye en el documento la autorización de la empresa Consenur para el transporte de residuos no peligrosos y las tarjetas de identificación de los vehículos autorizados

D) AUTORIZACIÓN TRANSPORTE DE RESIDUOS PELIGROSOS**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido:	12.3 Autorización Transporte RNP SRCL Consenur CEE (Compacta).docx
Renombrado como:	GR04 AUTORIZACION CONSENUR RP.PDF
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	41
Título en el documento:	No
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	Unidad administrativa: área de planificación y gestión de residuos
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Se incluye en el documento la autorización de la empresa Consenur para el transporte de residuos peligrosos y las tarjetas de identificación de los vehículos autorizados

E) REGISTRO DE INCIDENCIAS**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido:	11. registro de incidencias de residuos 1.xls
Renombrado como:	GR05 INCIDENCIAS.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Excel
Número de páginas:	12
Título en el documento:	Organigrama servicios limpieza, lavandería y residuos
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Registro diario de incidencias detectadas en relación al servicio.

F) DOCUMENTO DE ACEPTACION DE RESIDUOS**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido:	12.1 DOCUMENTO ACEPTACION RESIDUOS GESTOR.PDF
Renombrado como:	GR06 ACEPTACION RESIDUOS.PDF
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	2
Título en el documento:	Documento de aceptación de residuos tóxicos peligrosos
Encabezado:	Título, página, fecha de edición
Pie de página:	Número de página
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	Edición 9/6/14

Análisis del contenido del documento:

Ejemplo de documento de aceptación de residuos por parte de un gestor autorizado.

G) CERTIFICADO DE DESTRUCCION DE DOCUMENTACION CONFIDENCIAL**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido:	CERTIFICADOS H.G. VILLALBA.PDF
Renombrado como:	GR07 ACEPTACION RESIDUOS.PDF
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	4
Título en el documento:	certificado de garantía de destrucción confidencial de datos y/o recuperación medioambiental
Encabezado:	Logo gestor autorizado
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	Fechas de firma: 31/01/15, 31/03/15, 31/05/15, 31/07/15

Análisis del contenido del documento:

Certificados de destrucción de documentación confidencial de las cuatro retiradas realizadas hasta la fecha en el año 2015.

H) PLANILLA DE PRESENCIA OCT-15

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	6. PLANILLA PEONES.JPEG
Renombrado como:	GR08 PLANILLA OCTUBRE15.jpeg
Tipo de archivo:	Imagen JPEG
Número de páginas:	1
Título en el documento:	Planilla de turnos – Octubre 2015
Encabezado:	Logo Hospital
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Planilla de las presencias previstas para la cobertura de puestos del servicio en el mes de octubre.

I) REGISTRO DE RESIDUOS SANITARIOS ENERO – SEPTIEMBRE 2015

Ficha técnica del documento:

Nombre de los archivos recibidos:	10.1 LIBRO DE REGISTRO IDC COLLADO VILLALBA ENERO 15.PDF 10.2 LIBRO DE REGISTRO IDC COLLADO VILLALBA FEBRERO 15.PDF 10.3 ARCHIVO CRONOLÓGICO IDC COLLADO VILLALBA MARZO 15.PDF 10.4 ARCHIVO CRONOLÓGICO IDC COLLADO VILLALBA ABRIL 15.PDF 10.5 ARCHIVO CRONOLÓGICO IDC COLLADO VILLALBA MAYO 15.PDF 10.6 ARCHIVO CRONOLÓGICO IDC COLLADO VILLALBA JUNIO 15.PDF 10.7 ARCHIVO CRONOLÓGICO IDC COLLADO VILLALBA JULIO 15.PDF 10.8 ARCHIVO CRONOLÓGICO IDC COLLADO VILLALBA AGOSTO 15.PDF 10.9 ARCHIVO CRONOLÓGICO IDC COLLADO VILLALBA SEPTIEMBRE 15.PDF
Renombrado como:	GR09 REGISTRO ENERO 15.PDF GR10 REGISTRO FEBRERO 15.PDF GR11 REGISTRO MARZO 15.PDF GR12 REGISTRO ABRIL 15.PDF GR13 REGISTRO MAYO 15.PDF GR14 REGISTRO JUNIO 15.PDF GR15 REGISTRO JULIO 15.PDF GR16 REGISTRO AGOSTO 15.PDF GR17 REGISTRO SEPTIEMBRE 15.PDF
Tipo de archivo:	Documentos PDF
Número de páginas:	26
Título en el documento:	Planilla de turnos – Octubre 2015
Encabezado:	Logo Hospital
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Registro de residuos peligrosos retirados. Incluyen fecha de envasado, productor, gestor al que se entrega, kilos, fecha de retirada y matrícula del vehículo que los retira.

J) ALBARANES DE ENTREGA DE RESIDUOS

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido: JUSTIFICANTES SEPTIEMBRE 15.PDF
Renombrado como: GR18 CARPA SEPTIEMBRE 15.PDF
Tipo de archivo: Documento PDF
Número de páginas: 7
Título en el documento: No
Encabezado: Logo CARPA
Pie de página: No
Autor: No
Fecha de edición y revisión: 04/09/15, 11/09/15, 21/09/15, 25/09/15, 29/09/15.

Análisis del contenido del documento:

Albaranes de entrega de residuos a CARPA del mes de septiembre.

K) CONTROL DE PESADAS RESIDUOS NO PELIGROSOS

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido: doc00192820151111115652.PDF
Renombrado como: GR19 PESADAS NP OCT15.PDF
Tipo de archivo: Documento PDF
Número de páginas: 1
Título en el documento: No
Encabezado: No
Pie de página: No
Autor: No
Fecha de edición y revisión: No

Análisis del contenido del documento:

Registros de pesadas realizadas de los residuos no peligrosos generados en el Hospital, distinguiendo RBAU, cartón, fracción amarilla, vidrio, voluminosos y colchones e indicando el gestor al que se entregan.

L) CONTROL DE PESADAS RESIDUOS NO PELIGROSOS

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido: PESADAS IDC COLLADO VILLALBA RSU AÑO 2015 Excel (2).xls
Renombrado como: INFORME ANUAL PESADAS.XLS
Tipo de archivo: Documento PDF
Número de páginas: 1
Título en el documento: No
Encabezado: No
Pie de página: No
Autor: No
Fecha de edición y revisión: No

Análisis del contenido del documento:

Registros de pesadas realizadas de los residuos no peligrosos generados en el Hospital en todo el año 2015 por mes, distinguiendo RBAU, cartón, fracción amarilla, vidrio, voluminosos y colchones e indicando el gestor al que se entregan.

4.3. PROGRAMA DE VISITA (GR)

Se realiza la auditoria del servicio el día 8/10/15:

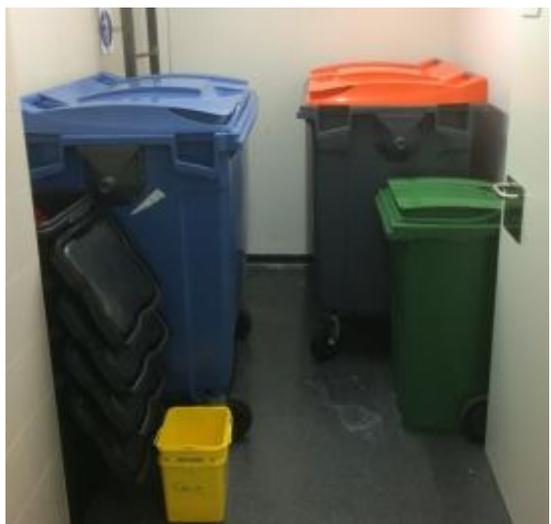
- Revisión de cuartos de residuos
- Visita a depósito final de residuos

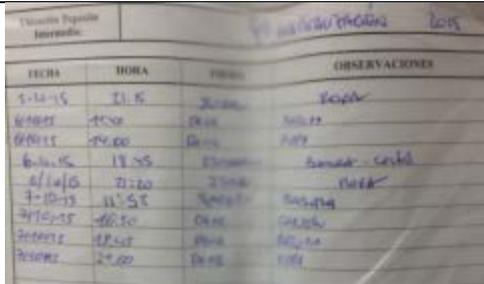
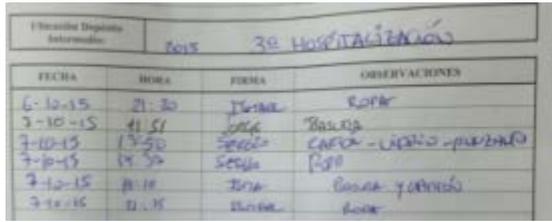
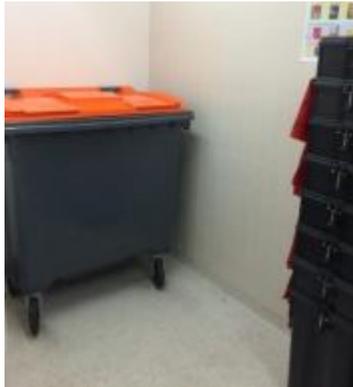
4.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (GR)

Se realiza la visita a los cuartos de depósito intermedio y depósito final de residuos, en compañía del responsable del servicio. Se ha realizado la evaluación de los procesos llevados a cabo en la operativa del servicio, verificando que se corresponde con lo descrito en el Manual de Procedimientos.

4.4.1. VISITA DEPOSITOS INTERMEDIOS

Se ha verificado la disponibilidad y el buen estado de los contenedores en los depósitos intermedios y de los compactadores y resto de equipamiento necesarios para la realización del servicio en el depósito final de residuos. Se comprueban además que los residuos se retiren con la frecuencia suficiente para evitar que se produzcan acumulaciones.

ALMACEN	MEDIOS	FOTOS
Hospitalización planta 4	<p>Dos cuartos anexos, que contienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jaula de cartón - Contenedor RSU - Contenedor envases - Contenedor vidrio - Contenedores de residuos biosanitarios <p>Se detecta una incidencia: un contenedor para residuos biosanitarios empleado para la recogida de vidrio (ver foto adjunta)</p>	

ALMACEN	MEDIOS	FOTOS
Hospitalización planta 4	 <p>Registro firmado y actualizado hasta 7-10-15</p>	
Hospitalización planta 3	<p>Dos cuartos anexos, que contienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Jaula de cartón – Contenedor RSU – Contenedor envases – Contenedor vidrio – Contenedores de residuos biosanitarios <p>No se detectan incidencias.</p>	
Hospitalización planta 3	<p>Registro actualizado hasta el día anterior (todavía no han pasado son las 10:20 y pasan sobre las 12:00)</p>	
Laboratorios y anatomía patológica	<p>Un cuarto, que contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Contenedor RSU – Contenedores de residuos biosanitarios – Contenedores de compuestos orgánicos no halogenados – Contenedores de envases halogenados <p>No se detectan incidencias.</p>	
Endoscopias	<p>Un cuarto, que contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Contenedor RSU – Contenedores de residuos biosanitarios <p>No se detectan incidencias.</p>	

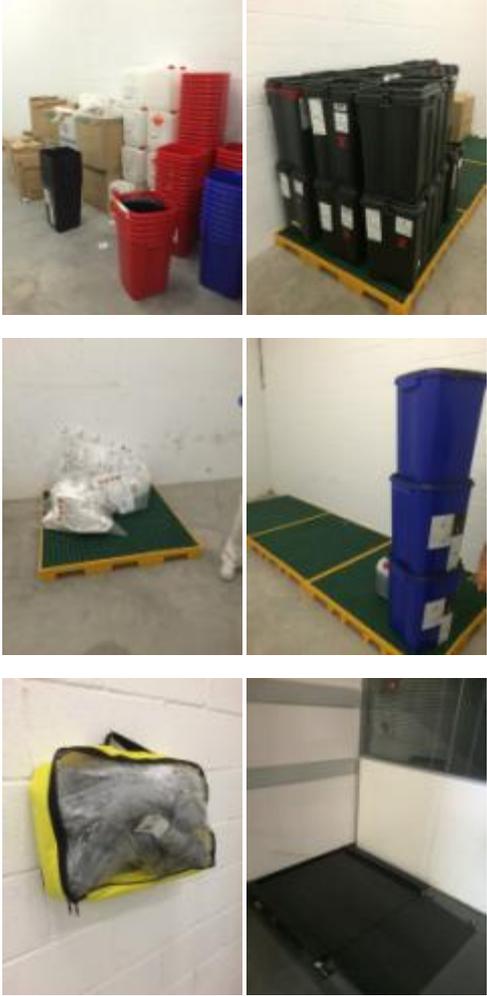
ALMACEN	MEDIOS	FOTOS
Paritorios	Registro actualizado	
Paritorios	Señalética	<p align="center">COMO INTRODUCIR EL CUBO DE RESIDUOS BIOPELIGROSOS.</p> <p>EL CUBO DE RESIDUOS BIOPELIGROSOS SE DEBE INTRODUCIR EN EL EQUIPO CRIOGES CON LA TAPA HACIA FUERA TAL Y COMO SE INDICA EN LA FOTOGRAFIA.</p> <p>UNA VEZ INTRODUCIDO EL CUBO, PROCEDER AL CIERRE DE LA PUERTA EJERCENDO UNA LIGERA PRESION SOBRE ESTA, HASTA ENGANCHAR EL CIERRE DE SEGURIDAD.</p> <p>UNA VEZ CERRADA LA PUERTA Y ENGANCHADO EL CIERRE DE SEGURIDAD, APRETAR EL CIERRE DESPLAZANDOLO HACIA LA IZQUIERDA.</p> <p><small>SI TIENE ALGUN TIPO DE DUDA DE COMO PROCEDER, PONGASE EN CONTACTO CON EL DEPARTAMENTO DE CALIDAD DE LA EMPRESA BIODSEGURIDAD, SANITARIA, FOR. 7800, TEL. 904 810 810/ 485 786 062.</small></p>
Quirófanos	<p>Un cuarto, que contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 contenedores RSU - Contenedor envases - Contenedor papel y cartón - Contenedores de residuos biosanitarios <p>No se detectan incidencias.</p>	

ALMACEN	MEDIOS	FOTOS
CMA	Registro actualizado	
Urgencias pediátricas	Un cuarto, que contiene: <ul style="list-style-type: none"> Contenedor RSU Contenedor vidrio Contenedor papel y cartón Contenedores de residuos biosanitarios No se detectan incidencias.	
Urgencias generales	Un cuarto, que contiene: <ul style="list-style-type: none"> Contenedor RSU Contenedor envases Contenedor papel y cartón Contenedores de residuos biosanitarios No se detectan incidencias.	
Urgencias	Registro actualizado	
Consultas	Un cuarto, que contiene: <ul style="list-style-type: none"> Contenedor RSU Contenedor envases Contenedor papel y cartón Contenedor vidrio Contenedores de residuos biosanitarios No se detectan incidencias.	

ALMACEN	MEDIOS	FOTOS
Hospital de día	Un cuarto, que contiene: <ul style="list-style-type: none">– Contenedor RSU– Contenedor papel y cartón– Contenedor vidrio– Contenedores de residuos biosanitarios– Contenedores de residuos citostaticos No se detectan incidencias.	

4.4.2. VISITA DEPOSITO FINAL

Se visitó el punto de almacenamiento final en la planta S del Hospital, que consta de tres zonas:

ZONA	EXPLICACION	FOTOS
<p>Depósito de residuos peligrosos</p>	<p>En esta zona se depositan los residuos peligrosos provenientes de distintas zonas del Hospital. El acceso es restringido. En el momento de la auditoria, se encontraban depositados residuos de las siguientes clases:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Residuos sanitarios especiales - Residuos cortantes y punzantes - Envases contaminados peligrosos - Residuos citotóxicos <p>No se detectan incidencias respecto a su estado ni etiquetado y están separados por clases, aunque dichas separaciones no están señalizadas, considerándose esto un área de mejora. El servicio dispone de un kit especial para limpieza en caso de derrames. Se verifica el procedimiento para el pesado y registro de estos residuos. La balanza empleada es la misma que se utiliza para el pesado de la mercancía que llega al servicio de lencería. Esto se considera incidencia. El servicio dispone de suficiente stock de contenedores vacíos para asegurar su reposición en plantas, incluso en casos de aumento de demanda. También se verifica el control de matrículas que se realiza para la retirada de residuos, sin detectarse incidencias relacionadas.</p>	

ZONA	EXPLICACION	FOTOS
<p>Depósito de residuos peligrosos no</p>	<p>Esta zona consta de dos compactadores: - Papel y cartón – fracción amarilla - RSU Ambos compactadores se encuentran en buen estado de limpieza y mantenimiento en el momento de la auditoria. Los residuos de vidrio se transportan a un contenedor situado en las inmediaciones del depósito final (no es un contenedor del hospital). Los residuos de envases (fracción amarilla) y de cartón (fracción azul) se depositan en el mismo compactador y son desbrozados y segregados en la planta de destino. Este proceso, se justifica mensualmente, en informe de kilos y en documento de la planta que lo realiza. Esto se considera incidencia, ya que esta mezcla vuelve inservible la separación de residuos realizada por el personal del Hospital y disminuye la calidad de la segregación global lograda.</p>	 
<p>Zona de limpieza de contenedores</p>	<p>En esta zona se realiza la limpieza de contenedores. El servicio dispone de espacio suficiente y de los productos y medios empleados para dicha limpieza. La limpieza de los contenedores en los distintos depósitos intermedios se ha detectado como uno de los puntos fuertes del servicio.</p>	

ZONA	EXPLICACION	FOTOS
Punto final de residuos	Registro de matrículas	
Punto final de residuos	Control del peso de residuos	

4.4.3. MEDIOS HUMANOS

El servicio tiene asignados dos puestos al turno de mañana y un puesto al turno de tarde. Se ha verificado la cobertura de estos puestos en la visita realizada, visitando la central en ambos turnos. En todo momento, el personal se encuentra debidamente uniformado e identificado, utilizando los EPIS propios del servicio. No se detectan incidencias relacionadas.

FECHA	TURNO	CUBIERTO POR	UNIFORMADO	IDENTIFICADO	EPIS
8-10-15	Mañana	Moreno Domínguez, Sergio	SI	SI	SI
	Mañana	Martin Garcia, Jorge	SI	SI	SI
	Tarde	Moler Muñoz, Daniel	SI	SI	SI

4.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (GR)

AREA DE MEJORA / INCIDENCIA	PROPUESTA DE MEJORA
La balanza empleada es la misma que se utiliza para el pesado de residuos. Aunque el servicio indica que la diferencia de horarios entre la retirada de ropa/residuos con la recepción de ropa limpia garantiza que no se produzca contaminación cruzada, el equipo auditor recomienda la realización de ambas pesadas mediante dos balanzas diferentes.	Adquisición de una balanza específica para pesado de residuos.
Los residuos de vidrio se transportan a un contenedor situado en las inmediaciones del depósito final.	Adquisición de compactador o contenedor específico para residuos de vidrio.
Los residuos de envases (fracción amarilla) y de cartón (fracción azul) se depositan en el mismo compactador.	Adquisición de un nuevo compactador para separar ambas clases de residuos
Uso de contenedores de RBE para residuos de vidrio en zonas de hospitalización	Adquisición de contenedores de vidrio que se adapten al espacio disponible para su colocación en los controles de enfermería.

4.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (GR)

Se incluyen en este punto aquellos puntos que se han detectado como destacables frente a otros servicios de gestión de residuos en Hospitales según la experiencia del equipo auditor:

PUNTO FUERTE	EVIDENCIA
Destaca el estado de los contenedores de los depósitos intermedios de residuos. No se detectan contenedores sucios, con mal olor ni ningún tipo de derrame.	Observación de todos los contenedores de un total de 11 depósitos intermedios.
Destaca la frecuencia de retirada de residuos de los depósitos intermedios. No se observan contenedores llenos ni casi llenos durante el recorrido realizado.	Observación de todos los contenedores de un total de 11 depósitos intermedios.

4.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (GR)

A continuación se incluye la evaluación de los indicadores incluidos en el PPT:

INDICADORES	EVALUACIÓN
Incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales	No se han detectado incidencias relacionadas. Ninguna de las incidencias detectadas afectan a la operatividad y/o uso de áreas funcionales
Incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales	Se detecta una incidencia: La balanza empleada es la misma que se utiliza para el pesado de la mercancía que llega al servicio de almacenes.
Incumplimiento de la frecuencia de recogida establecida	No se detectan incidencias relacionadas. Se ha verificado que la frecuencia de recogida es la suficiente para garantizar que no se produzcan acumulaciones de residuos, ni en los depósitos intermedios ni en el depósito final.
Incumplimiento de la señalización de las zonas destinadas a almacenamiento de residuos	No se detectan incidencias relacionadas. En la puerta de los depósitos intermedios se encuentra la siguiente señal:  El depósito final de residuos también se encuentra señalizado y su acceso es restringido.
Incorrecta uniformidad y/o identificación del personal del servicio	No se detectan incidencias relacionadas. El personal se encuentra debidamente uniformado e identificado durante la auditoría.
Incumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente / usuario	Se detectan las siguientes incidencias: Los residuos de vidrio se transportan a un contenedor situado en las inmediaciones del depósito final. Los residuos de envases (fracción amarilla) y de cartón (fracción azul) se depositan en el mismo compactador.

4.8. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (GR)

El equipo auditor considera que **la organización ha establecido y mantenido los procesos y procedimientos** necesarios para prestar el servicio de gestión de residuos y **demuestra la capacidad del sistema para cumplir con los requisitos normativos técnicos y legales** del servicio para el **alcance, objetivos y política del hospital.**

Se han detectado un total de **2 incidencias** en el servicio, clasificadas como leves. Basándonos en estos resultados, el equipo auditor considera que el servicio debe mejorar en los siguientes aspectos:

- Uso por parte del personal sanitario de los contenedores de RBE (no utilizar para vidrio)
- Segregación de residuos de envases y cartón en el depósito final de residuos

De resto, el funcionamiento del servicio es correcto, realizándose la retirada de contenedores con la frecuencia adecuada para que no se produzcan acumulaciones ni en los depósitos intermedios ni en el depósito final y siempre a gestores autorizados.

5) DESINSECTACION Y DESRATIZACION (DD)

5.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (DD)

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PCAP

Cumplimiento de la **cláusula 9.1.3 del PCAP** en relación con los servicios no asistenciales:

- Prestar los servicios con medios propios
- De conformidad con la cláusula 9.1.3.8 del PCAP, la Sociedad concesionaria presentará en el plazo de un año desde la formalización del contrato, las memorias y protocolos de actuación, el diseño, organización y los recursos humanos y materiales que propone para cada servicio. En el primer año de funcionamiento del Hospital deberán documentarse los métodos y manuales de procedimiento de cada uno de los servicios.

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PTE

La concesionaria deberá ofrecer un amplio servicio de mantenimiento para el control de las plagas, manteniendo libres de infestación tanto las zonas en las que se realizan procesos a pacientes como en las que no y asegurar que el servicio se realiza con las debidas precauciones tanto para las personas que apliquen el tratamiento, como para pacientes, visitantes, empleados, etc., con la utilización de productos que no deterioren el medio ambiente.

Se enuncian los siguientes indicadores de disponibilidad y calidad, a los efectos establecidos en el Anexo XIV del PCAP.

SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN	CATEG FALLO
Aquellos incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD1
Aquellos incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD2
Incumplimiento periodicidad programada para la aplicación de los tratamientos	FC1
Fallo en las precauciones a la hora de la aplicación del tratamiento	FC1
La utilización de productos que deterioren el medio ambiente	FC2
Incorrecta uniformidad y/o identificación del personal del servicio	FC1
Incumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente/usuario	FC

Ilustración 7. Imagen de indicadores de desinsectación y desratización según PPT (DD)

NORMATIVA APLICABLE

En cuanto a la normativa aplicable, se incluye en este apartado el listado de la normativa relacionada que pudiera tener aplicación al servicio:

- 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.
- Real Decreto 443/1994, de 11 de marzo, por el que se modifica la reglamentación técnico-sanitaria para la fabricación, comercialización y utilización de los plaguicidas.
- Orden de 24 de febrero de 1993 por la que se normalizan la inscripción y funcionamiento del Registro de Establecimientos y Servicios Plaguicidas.
- Real Decreto 1054/2002, de 11 de octubre, por el que se regula el proceso de evaluación para el registro, autorización y comercialización de biocidas.
- Orden de 8 de marzo de 1994 por la que se establece la normativa reguladora de la homologación de cursos de capacitación para realizar tratamientos con plaguicidas.

5.2. DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN (DD)

LISTADO DE DOCUMENTACIÓN RECIBIDA				
SERV	DOCUMENTO	FECHA	FORM	DE
DD	1. CS-PCL04B-IT01-01 DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN.doc	5-10-15	Word	Laura Alfaro
DD	3. ORGANIGRAMA SERVICIOS LIMPIEZA.doc	5-10-15	Word	Laura Alfaro
DD	2.0. cafeteria 09.2015.pdf	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	2.1. Cocina -1 09.2015.pdf	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	6.2 carnets-DDD-2012.08.pdf	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	6.1 curso-basico-de-prevencion.pdf	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.1 PARTE SERVICIO DD ENERO 15.PDF	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.2.1 PARTES SERVICIO DDD FEBRERO – 1	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.2.2 PARTES SERVICIO DDD FEBRERO – 2	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.3.1. PARTES SERVICIO DDD - MARZO 1	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.3.2. PARTES SERVICIO DDD - MARZO 2	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.4.1. PARTES SERVICIO DDD - ABRIL 1	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.4.2. PARTES SERVICIO DDD - ABRIL 2	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.5.1. PARTES SERVICIO DDD - MAYO 1	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.5.2. PARTES SERVICIO DDD - MAYO 2	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.6.1. PARTES SERVICIO DDD - JUNIO 1	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.6.2. PARTES SERVICIO DDD - JUNIO 2	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.7.1. PARTES SERVICIO DDD - JULIO 1	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.7.2. PARTES SERVICIO DDD - JULIO 2	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.8.1. PARTES SERVICIO DDD - AGOSTO 1	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.8.2. PARTES SERVICIO DDD - AGOSTO 2	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.9.1. PARTE SERVICIO DDD - SEPTIEMBRE 1	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.9.2. PARTE SERVICIO DDD - SEPTIEMBRE 2	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7.9.3. PARTE SERVICIO DDD - SEPTIEMBRE 3	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	12.2. Rely-on-Virkon-13-20.40.90-01562HA.pdf	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	12.3. REG.-ACTUAL-BARDIVAL-96-ALIMENTARIA.pdf	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	12.4. REG.ACTUAL-BARDIVAL-96-DOMESTICO-Y-AMBIENTAL.pdf	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	12.5. Dupont Advion	5-10-15	PDF	Laura Alfaro

LISTADO DE DOCUMENTACIÓN RECIBIDA				
SERV	DOCUMENTO	FECHA	FORM	DE
DD	12.6. NUPILAC-HIDRO-AZM-GREEN	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	12.7. massocide-alpha plus	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	12.8. SERPA-RAT-BLOCK-BRODIFACOUM	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	12.2.1. Virkon-azul-FS.pdf	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	4. Abril.pdf	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	5. Mayo.pdf	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	6. Junio. pdf	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	7. Julio.pdf	5-10-15	PDF	Laura Alfaro
DD	8. Agosto.pdf	5-10-15	PDF	Laura Alfaro

Tabla 14. Listado de documentación revisada de desinsectación y desratización (DD)

Todos los documentos se renombran o bien se escanean y se nombran para facilitar el archivo y localización.

A) MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	1. CS-PCL04B-IT01-01 DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN.doc
Renombrado como:	DD01 Manual de procedimientos DD.doc
Tipo de archivo:	Documento Microsoft Word
Número de páginas:	3
Título en el documento:	Gestión del servicio de desinsectación y desratización
Encabezado:	Título de documento, código, revisión y logo de CapioSer
Pie de página:	Número de páginas e indicación de copia no controlada
Autor:	Sí, Dpto. de servicios generales
Fecha de edición y revisión:	Sí, editado, revisado y aprobado en enero de 2014

Análisis de edición del documento:

Su diseño y contenido cumple la norma ISO 9001:2008 en lo referente al apartado “4.2.3 Control de los documentos”.

No contiene índice, pero los apartados incluidos son:

- Objeto
- Alcance
- Documentación de referencia
- Formatos
- Anexos
- Definiciones
- 1 Generalidades
- 2 Control del servicio

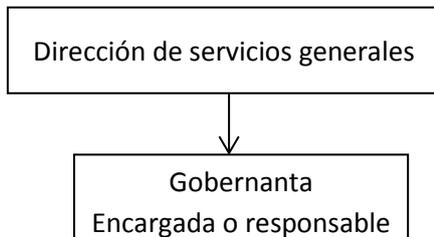
B) ORGANIGRAMA

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	3. ORGANIGRAMA SERVICIOS LIMPIEZA.doc
Renombrado como:	DD02 ORGANIGRAMA.doc
Tipo de archivo:	Documento Microsoft Word
Número de páginas:	1
Título en el documento:	Organigrama servicios limpieza, lavandería y residuos
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Se incluye en el documento el organigrama del servicio, que se esquematiza a continuación:



C) PLANOS DE TRAMPAS

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	2.0. cafeteria 09.2015.pdf 2.1. Cocina -1 09.2015.pdf 2.2. SÓTANO 09.2015.pdf
Renombrado como:	DD03 Plano trampas cafeteria.pdf DD04 Plano trampas cocina.pdf DD05 Plano trampas sótano.pdf
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	1
Título en el documento:	No
Encabezado:	Nombre del Hospital y área del plano
Pie de página:	Leyenda y fecha
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	22/09/2015

Análisis del contenido del documento:

Planos de portacebos de seguridad para control de roedores y trampas para insectos andantes en la planta S, cocina y cafetería.

D) CARNETS DE APLICADOR DE TRATAMIENTO

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	6.2 carnets-DDD-2012.08.pdf
Renombrado como:	DD06 carnets DD.pdf
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	6
Título en el documento:	No
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Carnets de aplicador de tratamientos DD, concedidos por la comisión regional de plaguicidas de la Comunidad de Madrid, de los trabajadores del servicio que realizan tratamientos en el hospital

E) REGISTROS DE FORMACION EN PRL

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	6.1 curso-basico-de-prevencion.pdf
Renombrado como:	DD07 Curso básico de PRL.pdf
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	10
Título en el documento:	No
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Diplomas concedidos al personal del servicio, que acreditan la realización del curso “Nivel básico de prevención de riesgos laborales” en la modalidad a distancia de 50 horas de duración.

F) PARTES DE SERVICIO

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	7.1 PARTE SERVICIO DD ENERO 15.PDF
	7.2.1 PARTES SERVICIO DDD FEBRERO – 1
	7.2.2 PARTES SERVICIO DDD FEBRERO – 2
	7.3.1. PARTES SERVICIO DDD - MARZO 1
	7.3.2. PARTES SERVICIO DDD - MARZO 2
	7.4.1. PARTES SERVICIO DDD - ABRIL 1
	7.4.2. PARTES SERVICIO DDD - ABRIL 2
	7.5.1. PARTES SERVICIO DDD - MAYO 1
	7.5.2. PARTES SERVICIO DDD - MAYO 2
	7.6.1. PARTES SERVICIO DDD - JUNIO 1
	7.6.2. PARTES SERVICIO DDD - JUNIO 2

Renombrado como:

7.7.1. PARTES SERVICIO DDD - JULIO 1
7.7.2. PARTES SERVICIO DDD - JULIO 2
7.8.1. PARTES SERVICIO DDD - AGOSTO 1
7.8.2. PARTES SERVICIO DDD - AGOSTO 2
7.9.1. PARTE SERVICIO DDD - SEPTIEMBRE 1
7.9.2. PARTE SERVICIO DDD - SEPTIEMBRE 2
7.9.3. PARTE SERVICIO DDD - SEPTIEMBRE 3
DD08 PARTE SERVICIO DD ENERO 15.PDF
DD09 PARTES SERVICIO DDD FEBRERO – 1
DD10 PARTES SERVICIO DDD FEBRERO – 2
DD11 PARTES SERVICIO DDD - MARZO 1
DD12 PARTES SERVICIO DDD - MARZO 2
DD13 PARTES SERVICIO DDD - ABRIL 1
DD14 PARTES SERVICIO DDD - ABRIL 2
DD15 PARTES SERVICIO DDD - MAYO 1
DD16 PARTES SERVICIO DDD - MAYO 2
DD17 PARTES SERVICIO DDD - JUNIO 1
DD18 PARTES SERVICIO DDD - JUNIO 2
DD19 PARTES SERVICIO DDD - JULIO 1
DD20 PARTES SERVICIO DDD - JULIO 2
DD21 PARTES SERVICIO DDD - AGOSTO 1
DD22 PARTES SERVICIO DDD - AGOSTO 2
DD23 PARTE SERVICIO DDD - SEPTIEMBRE 1
DD24 PARTE SERVICIO DDD - SEPTIEMBRE 2
DD25 PARTE SERVICIO DDD - SEPTIEMBRE 3

Tipo de archivo:

Documentos PDF

Número de páginas:

18

Título en el documento:

Certificado de servicio

Encabezado:

Logos y datos de contacto de la empresa Ambisan

Pie de página:

Fecha y firma

Autor:

No

Fecha de edición y revisión: No

Análisis del contenido del documento:

Partes de trabajo de los tratamientos realizados entre los meses de enero y septiembre de 2015.

G) INSCRIPCIONES EN EL REGISTRO DE PLAGUICIDAS**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido: 12.2. Rely-on-Virkon-13-20.40.90-01562HA.pdf
12.3. REG.-ACTUAL-BARDIVAL-96-ALIMENTARIA.pdf
12.4.REG.ACTUAL-BARDIVAL-96-DOMESTICO-Y-AMBIENTAL.pdf
12.5. Dupont Advion
12.6. NUPILAC-HIDRO-AZM-GREEN
12.7. massocide-alphaplus
12.8. SERPA-RAT-BLOCK-BRODIFACOUM

Renombrado como:

DD26 Registro plaguicida Virkon.pdf

	DD27 Registro Bardival 96.pdf
	DD28 Registro Bardival 96 2.pdf
	DD29 Registro Dupont Advion.pdf
	DD30 Registro Nupilac.pdf
	DD31 Registro Massocide Alphaplus.pdf
	DD32 Registro SERPA-RAT-BLOCK-BRODIFACOUM.pdf
Tipo de archivo:	Documentos PDF
Número de páginas:	49 en total
Título en el documento:	Resolución de inscripción en el registro de plaguicidas
Encabezado:	Logo de Ministerio de sanidad, política social e igualdad, número de registro y fecha Título
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Resolución de inscripción en el registro de plaguicidas de los productos empleados para los tratamientos.

H) FICHAS DE SEGURIDAD**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido:	12.2.1. Virkon-azul-FS.pdf 4. Abril.pdf 5. Mayo.pdf 6. Junio. pdf 7. Julio.pdf 8. Agosto.pdf
Renombrado como:	DD33 Fichas de seguridad Virkon.pdf DD34 Ficha de seguridad Bardival 96.pdf DD35 Ficha de seguridad Dupont Advion.pdf DD36 Ficha de seguridad Nupilac.pdf DD37 Ficha de seguridad Massocide Alphaplus.pdf DD38 Ficha de seguridad SERPA-RAT.pdf
Tipo de archivo:	Documentos PDF
Número de páginas:	37 en total
Título en el documento:	No
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Fichas de seguridad de los productos empleados para los tratamientos.

5.3. PROGRAMA DE VISITA (DD)

Se realiza la auditoria del servicio el día 8/10/15:

- Revisión de una muestra de las trampas y cebos colocados

Al no encontrarse 3 de las trampas revisadas en su correspondiente ubicación, se repite la revisión el día 13/10/2015 y el 28/10/15.

5.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (DD)

5.4.1. MEDIOS MATERIALES (DD)

La empresa Ambisan, dispone de los materiales y equipos necesarios para realizar el servicio y los traslada al hospital con cada visita que realiza.

5.4.2. MEDIOS HUMANOS (DD)

El servicio tiene descrito el organigrama un encargado que se ocupa de la supervisión de los trabajos que la empresa subcontratada Ambisan debe realizar. El personal de Ambisan se desplaza al Hospital para la aplicación de tratamientos y revisión de trampas y cebos. El día 13/10/2015 se comprueba que este personal va debidamente identificado y uniformado.

5.4.3. EVALUACION DE PROCESOS (DD)

Se ha realizado la evaluación de los procesos llevados a cabo en la operativa del servicio, verificando que se corresponde con lo descrito en el Manual de Procedimientos. La documentación recibida incluye los tratamientos a realizar, las zonas en las que se aplicarán y sus frecuencias. Los partes de trabajo que se incluyen en los informes mensuales entregados por el servicio garantizan el cumplimiento de dicha frecuencia. Por tanto, la auditoria se ha centrado en verificar si dichos tratamientos se aplican en las zonas asignadas según los planos, mediante la revisión visual de una muestra representativa de ellas. También se revisa la ausencia de insectos o roedores en todas las zonas visitadas del Hospital durante la auditoria operativa.

Los resultados de esta revisión se incluyen a continuación:

ZONA	Nº	¿ESTA?	OBSERVACIÓN
Cafetería	1	SI	
	2	SI	

ZONA	Nº	¿ESTA?	OBSERVACIÓN	
	3	SI		
	4	SI	 No aparece señalizada en los planos	
	5	SI		
	6	SI		
	7	SI		
	8	SI		
	9	SI		
	10	SI		

ZONA	Nº	¿ESTA?	OBSERVACIÓN
	10	SI	

ZONA	Nº	¿ESTA?	OBSERVACIÓN
<p>LEYENDA</p> <p>■ PORTABOSQUES DE SEGURIDAD PARA CONTROL DE ROEDORES CON PLACEBO (BLOQUES SIN MATERIA ACTIVA)</p> <p>● TRAMPAS PARA MONITOREO DE CUCARACHAS EXIENTAS DE BIOCIDAS</p>	1	SI	
	2	SI	
	3	SI	
	4	SI	
	5	SI	

ZONA	Nº	¿ESTA?	OBSERVACIÓN
	6	SI	
	7	SI	
	8	SI	
	9	SI	
	10	SI	
	11	NO	<p>No está el día 8-10-15. Se realiza una nueva revisión el día 28-10-15 y sí está</p> 

ZONA	Nº	¿ESTA?	OBSERVACIÓN
	12	NO	<p>No está el día 8-10-15. Se realiza una nueva revisión el día 28-10-15 y sí está</p> 

ZONA	Nº	¿ESTA?	OBSERVACIÓN
Planta sótano	1	SI	
	2	SI	
	3	SI	
	4	SI	
	5	SI	

ZONA	Nº	¿ESTA?	OBSERVACIÓN
	6	SI	
	7	SI	
	8	SI	
	9	SI	
	10	NO	<p>No está el día 8-10-15.</p> <p>Se realiza una nueva revisión el día 13-10-15 y sí está</p>

ZONA	Nº	¿ESTA?	OBSERVACIÓN
<p>Exteriores</p>	1	SI	
	2	SI	
	3	SI	
	4	SI	
	5	SI	

5.4.4. RESULTADOS DE AUDITORÍA (DD)

Los resultados de la auditoría se muestran en el siguiente gráfico:

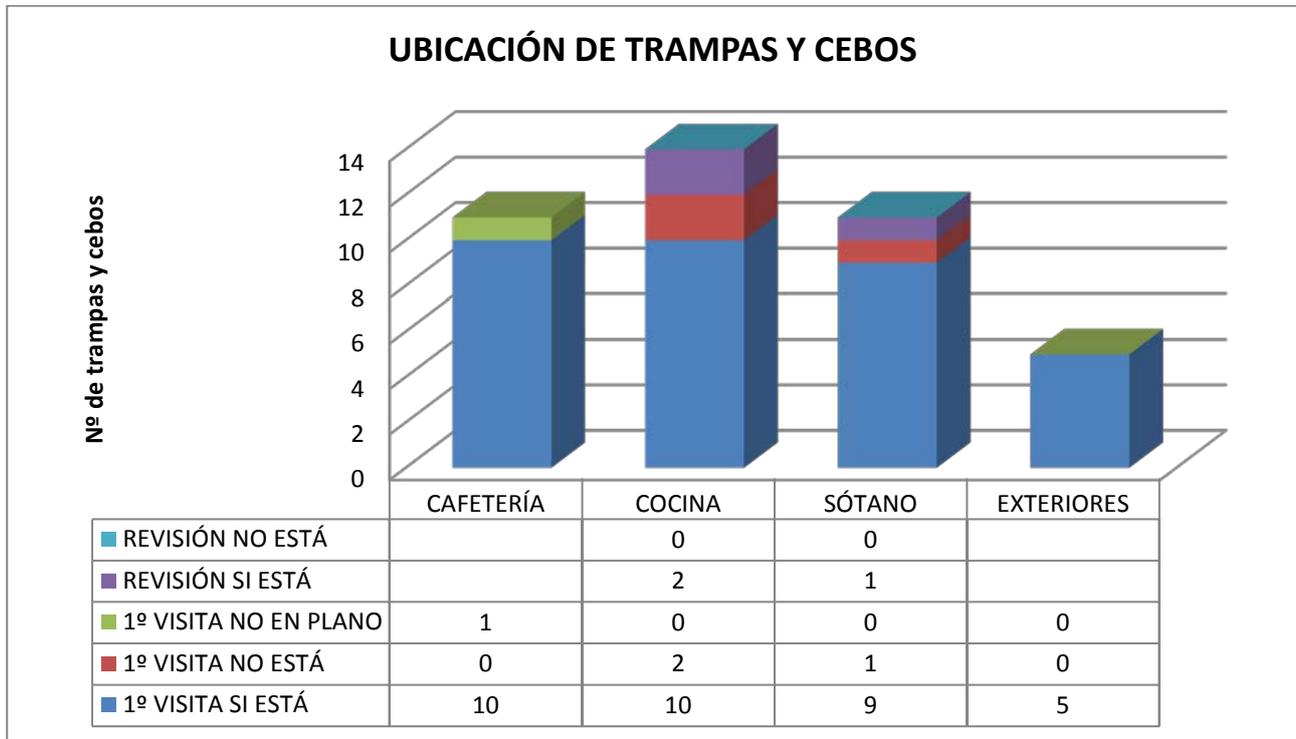


Gráfico 3. Ubicación adecuada de trampas y cebos (DD)

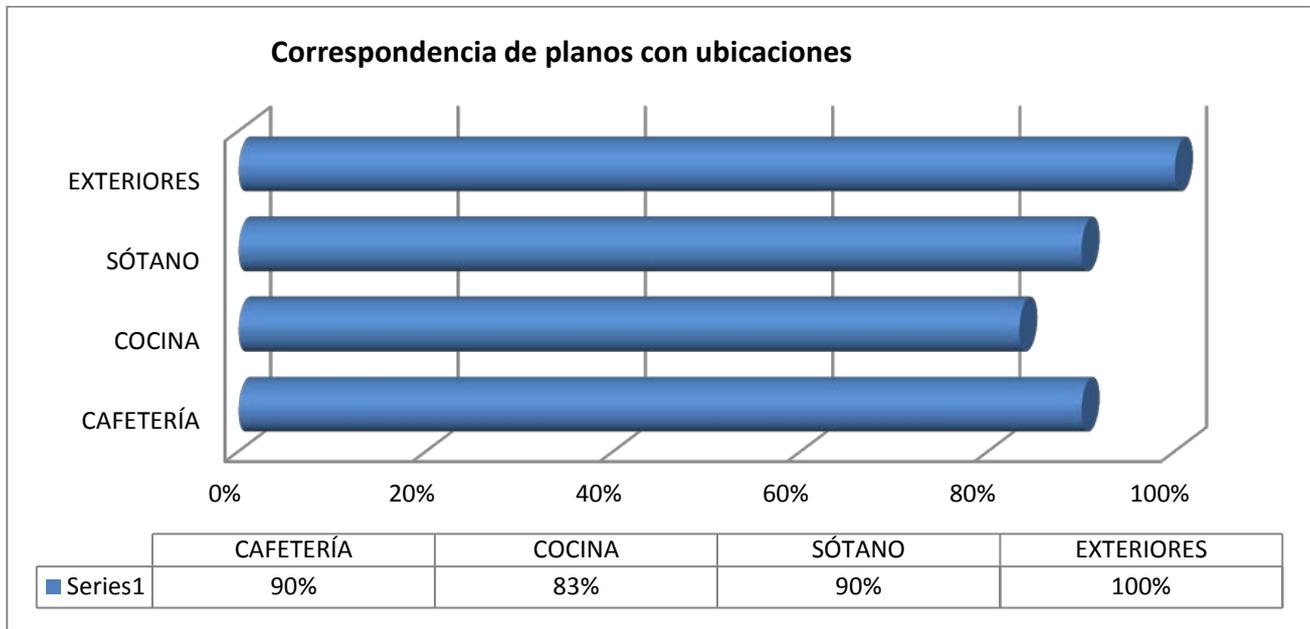


Gráfico 4. Correspondencia de ubicación de trampas y cebos con lo indicado en los planos (DD)

5.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (DD)

AREA DE MEJORA / INCIDENCIA	PROPUESTA DE MEJORA
Una de las trampas observadas no está incluida en los planos.	Actualización de planos.
Se detecta la ausencia de dos trampas para insectos en cocinas y un portacebos para roedores en parking. Esta incidencia se soluciona durante el periodo de auditoria mediante su colocación.	Revisión y registro periódico de que las trampas se encuentren donde indiquen los planos, solicitando su reposición cuando se extravíen (trampas susceptibles de ser retiradas durante operaciones de limpieza)

5.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (DD)

Se incluyen en este punto aquellos puntos que se han detectado como destacables frente a otros servicios de desinsectación y desratización en Hospitales según la experiencia del equipo auditor:

PUNTO FUERTE	EVIDENCIA
La cantidad de trampas y portacebos destaca respecto a otros Hospitales. Este puede ser el motivo por el que no hay observaciones en los informes, salvo alguna sobre elementos estructurales.	Observación de las trampas y portacebos.

5.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (DD)

A continuación se incluye la evaluación de los indicadores incluidos en el PPT:

INDICADORES	EVALUACIÓN
Incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales	No se han detectado incidencias relacionadas. Ninguna de las incidencias detectadas afecta a la operatividad y/o uso de áreas funcionales.
Incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales	Se detecta una incidencia relacionada: Ausencia de dos trampas para insectos en cocinas y un portacebos para roedores en parking.
Incumplimiento periodicidad programada para la aplicación de los tratamientos	No se han detectado incidencias relacionadas. Los partes de trabajo adjuntos a los informes mensuales evidencian la realización de tratamientos con la periodicidad programada.
Fallo en las precauciones a la hora de la aplicación del tratamiento	No se han detectado incidencias relacionadas. Durante la auditoria, se pudo comprobar el uso de los EPIS adecuados por parte del personal del servicio.

INDICADORES	EVALUACIÓN
La utilización de productos que deterioren el medio ambiente	No se han detectado incidencias relacionadas. Se han examinado las fichas de seguridad de los productos empleados.
Incorrecta uniformidad y/o identificación del personal del servicio	No se han detectado incidencias relacionadas. El personal del servicio se encuentra debidamente uniformado e identificado durante la auditoria.
Incumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente / usuario	Se detecta una incidencia relacionada: Una de las trampas observadas no está incluida en los planos.

5.8. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (DD)

El equipo auditor considera que **la organización ha establecido y mantenido los procesos y procedimientos** necesarios para prestar el servicio de desinsectación y desratización y **demuestra la capacidad del sistema para cumplir con los requisitos normativos técnicos y legales** del servicio para el **alcance, objetivos y política del hospital.**

Se han detectado un total de **2 incidencias** en el servicio, clasificadas como leves. Basándonos en estos resultados, el equipo auditor considera que el servicio debe mejorar en la revisión de trampas y porta cebos y actualización de planos en caso necesario.

De resto, el funcionamiento del servicio es correcto, destacando la cantidad de trampas y porta cebos colocados, atendiendo a las características del entorno del Hospital.

6) VIALES Y JARDINES (VJ)

6.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (VJ)

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PCAP

Cumplimiento de la **cláusula 9.1.3 del PCAP** en relación con los servicios no asistenciales:

- Prestar los servicios con medios propios
- De conformidad con la cláusula 9.1.3.8 del PCAP, la Sociedad concesionaria presentará en el plazo de un año desde la formalización del contrato, las memorias y protocolos de actuación, el diseño, organización y los recursos humanos y materiales que propone para cada servicio. En el primer año de funcionamiento del Hospital deberán documentarse los métodos y manuales de procedimiento de cada uno de los servicios.

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PTE

Este servicio conlleva la conservación desarrollo y fomento de la zona ajardinada tanto del interior como del exterior de la institución, de las vías de tránsito que deberán mantenerse en condiciones seguras y debidamente señalizadas para facilitar el acceso a los Centros de todos los usuarios (paciente, visitantes y empleados) y del mobiliario y estructuras externas de las instalaciones, realizando el mantenimiento programado, preventivo y correctivo para mantener dichas zonas en perfecto estado.

El Servicio de Jardinería buscará en todo momento la utilización de especies autóctonas, de poco consumo de agua, que deberá dentro de lo posible ser reciclada, y la utilización de productos químicos que respeten el medio ambiente.

La Sociedad concesionaria deberá ofrecer un servicio programado y preventivo de Mantenimiento de viales y jardines basado en un programa de mantenimiento trimestral que a su vez recoja el programa de trabajo establecido en los protocolos del servicio aprobados por la Administración (en el que deberá identificar y planificar todo el trabajo preventivo, la naturaleza del mismo y las zonas afectadas).

La Sociedad concesionaria garantizará:

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

Se enuncian los siguientes indicadores de disponibilidad y calidad, a los efectos establecidos en el Anexo XIV del PCAP.

CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES	CATEG FALLO
Aquellos incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD1
Aquellos incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD2
Incumplimiento del programa de mantenimiento de la zona ajardinada y de viales	FC1
Las rutas de acceso no están debidamente señalizadas y mantenidas en condiciones para su tránsito (sin obstáculos)	FC1
Incumplimiento en garantizar que las rutas de acceso cumplen con la normativa de supresión de barreras arquitectónicas.	FC1
Incumplimiento en garantizar que los vehículos de emergencia tengan acceso a las instalaciones del Centro y las fachadas de los edificios	FD o FC
Fallo en las vías de evacuación alternativas	FC1
Incumplimiento respecto a la limpieza de suelos y jardines	FC
Incorrecta uniformidad y/o identificación del personal del servicio	FC1
Incumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente/usuario	FC

Ilustración 8. Imagen de indicadores de Viales y jardines según PPT (VJ)

NORMATIVA APLICABLE

En cuanto a la normativa aplicable, se incluye en este apartado el listado de la normativa relacionada que pudiera tener aplicación al servicio:

- Decreto 13/2007, de 15 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento Técnico de Desarrollo en materia de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas
- Decreto 137/2014, de 7 de octubre, sobre medidas para evitar la introducción y propagación de organismos nocivos especialmente peligrosos para los vegetales y productos vegetales

6.2. DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE VIALES Y JARDINES (VJ)

LISTADO DE DOCUMENTACIÓN RECIBIDA				
SERV	DOCUMENTO	FECHA	FORM	DE
VJ	Manual de Procedimientos viales y jardines	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
VJ	Organigrama	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
VJ	Puesto de actividad, formación	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
VJ	Preventivos zonas ajardinadas	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
VJ	Mantenimiento preventivo del sistema de riego	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
VJ	Plan de Mantenimiento 2015	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
VJ	Cuadrante de cobertura	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
VJ	1. Enero.pdf	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
VJ	2. Febrero.pdf	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
VJ	3a. Marzo.pdf	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
VJ	3b. Marzo.pdf	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
VJ	4. Abril.pdf	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
VJ	5. Mayo.pdf	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
VJ	6. Junio. pdf	18-10-15	PDF	Laura Alfaro

LISTADO DE DOCUMENTACIÓN RECIBIDA				
SERV	DOCUMENTO	FECHA	FORM	DE
VJ	7. Julio.pdf	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
VJ	8. Agosto.pdf	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
VJ	ENERO - VIALES Y JARDINES.doc	18-10-15	Word	Laura Alfaro
VJ	FEBRERO - VIALES Y JARDINES.doc	18-10-15	Word	Laura Alfaro
VJ	MARZO - VIALES Y JARDINES 1.doc	18-10-15	Word	Laura Alfaro
VJ	ABRIL - VIALES Y JARDINES 1.doc	18-10-15	Word	Laura Alfaro
VJ	MAYO - VIALES Y JARDINES 1.doc	18-10-15	Word	Laura Alfaro
VJ	JUNIO - VIALES Y JARDINES 1.doc	18-10-15	Word	Laura Alfaro
VJ	JULIO - VIALES Y JARDINES 1.doc	18-10-15	Word	Laura Alfaro
VJ	AGOSTO - VIALES Y JARDINES 1.doc	18-10-15	Word	Laura Alfaro

Tabla 15. Listado de documentación revisada de Viales y jardines (VJ)

A) MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	Manual de Procedimientos viales y jardines.pdf
Renombrado como:	VJ01 Manual Viales y Jardines.pdf
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	11
Título en el documento:	PROCEDIMIENTO DE CONSERVACION DE VIALES Y JARDINES
Encabezado:	Título de documento, código, revisión y logo del Hospital
Pie de página:	Número de páginas e indicación de copia no controlada
Autor:	Sí, Dpto. de Mantenimiento
Fecha de edición y revisión:	Sí, editado, revisado y aprobado en enero de 2012

Análisis de edición del documento:

Su diseño y contenido cumple la norma ISO 9001:2008 en lo referente al apartado “4.2.3 Control de los documentos”.

No contiene índice, pero los apartados incluidos son:

- Objeto
- Alcance
- Documentación de referencia
- Formatos
- Anexos
- Definiciones
- 1 Conservación de viales y jardines
 - 1.1 Principio
 - 1.2 Procedimiento operativo
 - 1.2.1 Conservación de jardinería
 - 1.2.2 Conservación de viales, mobiliario, estructuras externas e instalaciones
 - 1.3 Recursos humanos
 - 1.4 Medios materiales y técnicos

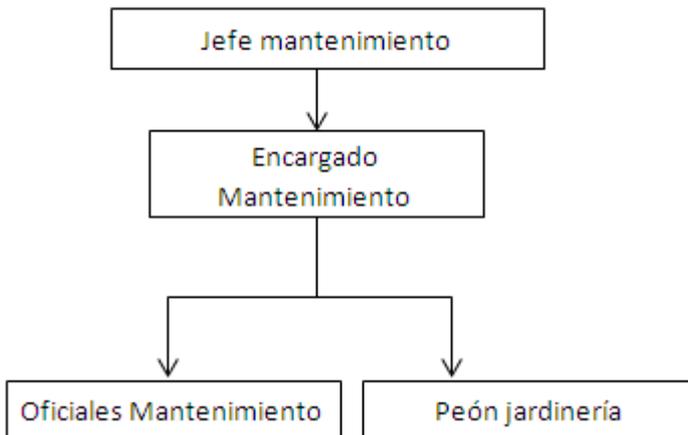
B) ORGANIGRAMA

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	Organigrama.pdf
Renombrado como:	LAV02 ORGANIGRAMA.docx
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	2
Título en el documento:	Organigrama mantenimiento
Encabezado:	Logo del Hospital
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Se incluye en el documento el organigrama del servicio, que se esquematiza a continuación:



C) PUESTOS Y HORARIO

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	Puesto de actividad, formación.pdf
Renombrado como:	VJ03 Puesto de actividad.pdf
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	1
Título en el documento:	Servicio de mantenimiento de las zonas verdes del Hospital de Collado Villalba
Encabezado:	Título y logo de Gesver Biología Ambiental, S.L.
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Se incluye la descripción del servicio que la empresa Gesver Biología Ambiental, S.L. realiza para el mantenimiento de las zonas verdes del Hospital, incluyendo organigrama, puestos de actividad, horario y medios materiales empleados.

D) MANTENIMIENTO PREVENTIVO ZONAS AJARDINADAS**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido:	Preventivos zonas ajardinadas.pdf
Renombrado como:	VJ04 Preventivos zonas ajardinadas.pdf
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	9
Título en el documento:	Gestión de zonas verdes y ajardinadas
Encabezado:	Logo de Bepers
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Registros de las acciones de mantenimiento preventivo realizadas mensualmente en las zonas verdes del Hospital. Incluye:

- Desbroce y limpieza de malas hierbas
- Fumigaciones de plantas y árboles afectadas por parásitos si fuera necesario
- Realización de alcorques
- Abonado estacional
- Poda general en época
- Perfilado de setos y plantas ornamentales
- Limpieza general de zonas verdes

E) MANTENIMIENTO PREVENTIVO SISTEMA DE RIEGO**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido:	Preventivos riego.pdf
Renombrado como:	VJ05 Preventivos Riego.pdf
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	9
Título en el documento:	Red de riego
Encabezado:	Logo de Bepers
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Registros de las acciones de mantenimiento preventivo realizadas mensualmente respecto al sistema de riego.

F) PLAN DE MANTENIMIENTO 2015

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido: Plan de Mantenimiento.xls
Renombrado como: VJ06 Plan de mantenimiento.xls
Tipo de archivo: Documento de Microsoft Excel
Número de páginas: 1
Título en el documento: Plan Preventivo 2015
Encabezado: Título
Pie de página: No
Autor: No
Fecha de edición y revisión: No

Análisis del contenido del documento:

Plan de mantenimiento preventivo de viales y jardines, incluyendo la periodicidad del mantenimiento de jardines, red de riesgo y pavimentación de viales, así como la autoría de dicho mantenimiento (propio o mediante empresa externa)

G) CUADRANTE DE COBERTURA

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido: Cuadrante de cobertura.xls
Renombrado como: VJ07 Cuadrante de Cobertura.XLS
Tipo de archivo: Documento de Microsoft Excel
Número de páginas: 1
Título en el documento: Cuadrante de cobertura
Encabezado: Título
Pie de página: No
Autor: No
Fecha de edición y revisión: No

Análisis del contenido del documento:

Descripción de la frecuencia de cobertura de puestos para la realización del servicio.

Meses	Frecuencia semanal	Horario
Enero	1	8:00 - 17:00
Febrero	1	8:00 - 17:00
Marzo	1	8:00 - 17:00
Abril	3	8:00 - 17:00
Mayo	3	8:00 - 17:00
Junio	3	8:00 - 17:00
Julio	3	8:00 - 17:00
Agosto	3	8:00 - 17:00
Septiembre	3	8:00 - 17:00
Octubre	1	8:00 - 17:00
Noviembre	1	8:00 - 17:00
Diciembre	1	8:00 - 17:00

H) PARTES DE TRABAJO**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido:	1. Enero.pdf 2. Febrero.pdf 3a. Marzo.pdf 3b. Marzo.pdf 4. Abril.pdf 5. Mayo.pdf 6. Junio. pdf 7. Julio.pdf 8. Agosto.pdf
Renombrado como:	VJ08 Partes enero 2015.pdf VJ09 Partes febrero 2015.pdf VJ10 Partes marzo 2015 1.pdf VJ11 Partes marzo 2015 2.pdf VJ12 Partes abril 2015.pdf VJ13 Partes mayo 2015.pdf VJ14 Partes junio 2015.pdf VJ15 Partes julio 2015.pdf VJ16 Partes agosto 2015
Tipo de archivo:	Documentos PDF
Número de páginas:	75 en total
Título en el documento:	Parte de operador
Encabezado:	Logo de Gesver Biología Ambiental, S.L.
Pie de página:	Observaciones y firmas
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Partes de los trabajos realizados en relación al servicio entre los meses de enero y agosto de 2015, ambos incluidos.

I) INFORMES MENSUALES**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido:	ENERO - VIALES Y JARDINES.doc FEBRERO - VIALES Y JARDINES.doc MARZO - VIALES Y JARDINES 1.doc ABRIL - VIALES Y JARDINES 1.doc MAYO - VIALES Y JARDINES 1.doc JUNIO - VIALES Y JARDINES 1.doc JULIO - VIALES Y JARDINES 1.doc AGOSTO - VIALES Y JARDINES 1.doc
------------------------------	--

Renombrado como:	VJ17 Informe mensual enero 2015.doc VJ18 Informe mensual febrero 2015.doc VJ19 Informe mensual marzo 2015.doc VJ20 Informe mensual abril 2015.doc VJ21 Informe mensual mayo 2015.doc VJ22 Informe mensual junio 2015.doc VJ23 Informe mensual julio 2015.doc VJ24 Informe mensual septiembre 2015.doc
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	2 por informe, 18 en total
Título en el documento:	Informe Mensual del Servicio de Conservación de Viales y Jardines
Encabezado:	Logo del Hospital, logo de Bepers, título y mes
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	Mes de edición, en cada caso

Análisis del contenido del documento:

Informes mensuales del servicio, incluyen actividad desarrollada, incluyendo partes de trabajo como anexo e información adicional.

6.3. PROGRAMA DE VISITA (VJ)

Se realiza la auditoria del servicio el día 28/10/15:

- Revisión de los medios materiales empleados para la realización del servicio
- Visita a zonas ajardinadas: césped, praderas, plantaciones
- Visita a zonas abiertas al público y aparcamientos: mobiliario urbano, elementos de alumbrado y alcantarillado
- Revisión del funcionamiento del sistema de riego

6.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (VJ)

6.4.1. MEDIOS MATERIALES (VJ)

Se ha verificado la disponibilidad de los medios materiales descritos en los documentos del servicio.

LISTADO DE EQUIPOS		
EQUIPOS	Nº	Observado
MAQUINA BARREDORA	1	SI
EQUIPOS MANUALES CARRO Y HERRAMIENTAS	3	SI
PLATAFORMA ELEVADORA	1	SI

6.4.2. MEDIOS HUMANOS (VJ)

El servicio tiene descrito el organigrama, así como los perfiles de los puestos y los horarios de trabajo. La frecuencia con la que el peón de jardinería se desplaza al Hospital para la realización de trabajos relacionados con el servicio depende del mes. En el mes de la auditoria (octubre) esta frecuencia es de una vez a la semana. El día de la auditoria el peón no coincide que el peón se encuentre en el Hospital. Los partes de mantenimiento permiten verificar el cumplimiento de la cobertura del puesto, sin haberse detectado incidencias.

6.4.3. EVALUACION DE PROCESOS (VJ)

Se ha realizado la evaluación de los procesos llevados a cabo en la operativa del servicio, verificando que se corresponde con lo descrito en el Manual de Procedimientos. La documentación recibida incluye una descripción de las frecuencias con las que se realizan los trabajos relativos a la conservación y mantenimiento de los elementos responsabilidad del servicio. Dichas frecuencias son las siguientes:

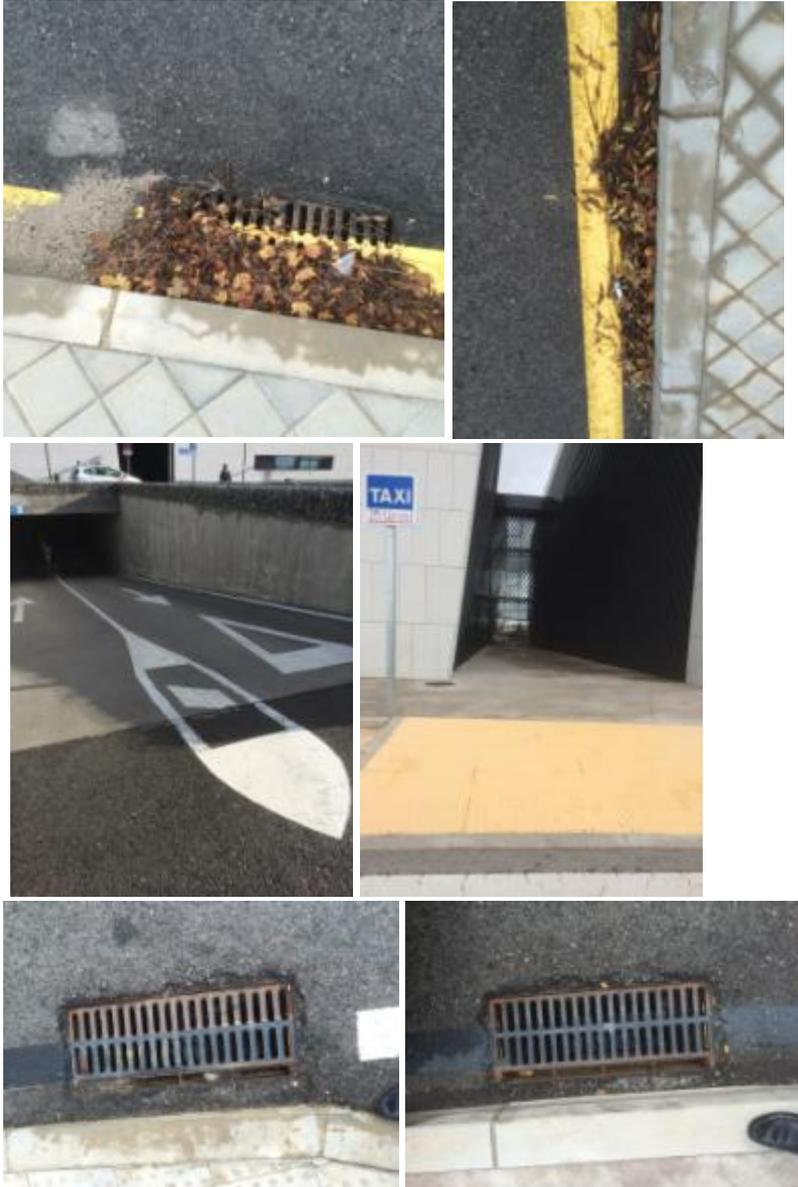
ELEMENTOS	OPERACIONES	PERIODO	FRECUENCIA
Conservación de césped y praderas	Riegos	Invierno	Cada 20-25 días
		Primavera	Días alternos, si la lluvia no es suficiente
		Verano	3 riegos por semana
		Otoño	1-2 riegos por semana
	Siegas	Diciembre, Enero y Febrero	1 siega mes o sin siegas.
		Marzo y Noviembre	2 siegas por mes.
		Abril, Mayo y Octubre	3 siegas por mes.
		Junio, Julio, Agosto y Septiembre	1 siega semanal
	Recorte de bordes		cuando se estima oportuno
	Eliminación de malas hierbas		cuando se estima oportuno
	Aireación		1 vez al año
	Resembrado		1-2 veces al año.
	Tratamientos fitosanitarios		cuando se estima oportuno
Abonado		2 veces al año	
Conservación de plantaciones	Riegos	Mayo – septiembre	2 riegos por semana
		Abril y octubre	cada 15 días
		Noviembre – marzo	Dependiendo de periodos de sequia
	Poda de arboles	Noviembre-abril	1 vez al mes
	Poda de arbustos	final del invierno	1 vez al año
	Recorte de setos	mayo y agosto	2 veces al año

ELEMENTOS	OPERACIONES	PERIODO	FRECUENCIA
	Reposición de marras		cuando se estima oportuno
	Tratamientos fitosanitarios		cuando se estima oportuno
	Abonado		cuando se estima oportuno
Conservación de viales y aparcamiento			no se especifica frecuencia
Conservación sistema de riego y red de agua		mayo – septiembre	1 vez al mes
Conservación de mobiliario urbano			no se especifica frecuencia
Conservación de alumbrado y alcantarillado			no se especifica frecuencia

Durante la auditoria, se verifica el cumplimiento de dichas frecuencias mediante el uso de los partes recibidos y la observación de estos elementos. No se detectan incidencias relacionadas en la revisión de los partes de trabajo.

ELEMENTOS	OBSERVACIÓN
<p>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.</p>	
<p>Conservación de césped y praderas</p>	

ELEMENTOS	OBSERVACIÓN
<p>Conservación de césped y praderas</p>	
<p>Conservación de plantaciones: No se detectan incidencias de ningún tipo.</p>	
<p>Conservación de viales y aparcamiento: no hay parking de ambulancias en urgencias</p>	

ELEMENTOS	OBSERVACIÓN
<p>Conservación de viales y aparcamiento: Se detectan acumulaciones de hojas caídas en algunos viales de la calzada que rodea al Hospital. 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.</p> <p>Las plazas de aparcamiento de los vehículos de emergencia son las más próximas que hay a la fachada del Hospital y se encuentran libres de coches de otros usuarios en los distintos días en los que se ha realizado la auditoria operativa.</p> <p>Las vías de evacuación están dispuestas para su uso en caso necesario.</p>	
<p>Conservación sistema de riego y red de agua: No se detectan incidencias relacionadas. No se ha visto en funcionamiento.</p>	

ELEMENTOS	OBSERVACIÓN
<p>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.</p>	
<p>Conservación de alumbrado y alcantarillado: No se detectan incidencias, aunque no se ha visitado por la noche.</p>	

6.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (VJ)

AREA DE MEJORA / INCIDENCIA	PROPUESTA DE MEJORA
<p>Acumulaciones de hojas caídas en determinadas zonas de la calzada y rejillas de viales.</p>	<p>Valorar la posibilidad de un aumento de la frecuencia de barrido en los meses otoñales.</p>

6.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (VJ)

Se incluyen en este punto aquellos puntos que se han detectado como destacables frente a otros servicios de viales y jardines en Hospitales según la experiencia del equipo auditor:

PUNTO FUERTE	EVIDENCIA
<p>El estado de mantenimiento de las zonas exteriores que se han observado es bueno, excepto en aquellos en los que se han detectado incidencias puntuales.</p>	<p>Observación de las zonas exteriores.</p> 

6.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (VJ)

A continuación se incluye la evaluación de los indicadores incluidos en el PPT:

INDICADORES	EVALUACIÓN
<p>Incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales</p>	<p>No se han detectado incidencias relacionadas. Ninguna de las incidencias detectadas afecta a la operatividad y/o uso de áreas funcionales.</p>
<p>Incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales</p>	<p>No se han detectado incidencias relacionadas. Ninguna de las incidencias detectadas podría haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales.</p>
<p>Incumplimiento del programa de mantenimiento de la zona ajardinada y de viales</p>	<p>No se han detectado incidencias relacionadas. Se ha recibido el plan de mantenimiento y se ha comprobado la realización de las acciones que incluye mediante los partes de trabajo recibidos.</p>
<p>Las rutas de acceso no están debidamente señalizadas y mantenidas en condiciones para su tránsito (sin obstáculos)</p>	<p>No se han detectado incidencias relacionadas. Se ha verificado el buen estado de todas las rutas de acceso al Hospital.</p>

INDICADORES	EVALUACIÓN
Incumplimiento en garantizar que las tutas de acceso cumplen con la normativa de supresión de barreras arquitectónicas.	No se han detectado incidencias relacionadas. Los sistemas de acceso al Hospital cumplen con la normativa de supresión de barreras arquitectónicas, permitiendo a usuarios acceder al centro, un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas.
Incumplimiento en garantizar que los vehículos de emergencia tengan acceso a las instalaciones del Centro y las fachadas de los edificios	No se han detectado incidencias relacionadas. Los sistemas de acceso permiten el acceso a dichos vehículos. Sus plazas de aparcamiento son las más próximas que hay a la fachada del Hospital y se encuentran libres de coches de otros usuarios en los distintos días en los que se ha realizado la auditoria operativa.
Fallos en las vías de evacuación alternativas	No se han detectado incidencias relacionadas. Se han examinado dichas vías de evacuación, comprobándose que están dispuestas para su uso en caso necesario.
Incumplimiento respecto a la limpieza de suelos y jardines	Se detecta una incidencia: Acumulaciones de hojas caídas en determinadas zonas de la calzada y rejillas de viales.
Incorrecta uniformidad y/o identificación del personal del servicio	No se han detectado incidencias relacionadas. No se ha podido realizar esta verificación, por no encontrarse el peón de jardinería en el Hospital durante la auditoria.
Incumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente/usuario	No se han detectado incidencias relacionadas. No se observan acumulaciones de residuos en zonas ajardinadas. Todas las zonas exteriores están en las condiciones adecuadas para su uso por parte de los usuarios del Hospital.

6.8. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (VJ)

El equipo auditor considera que **la organización ha establecido y mantenido los procesos y procedimientos** necesarios para prestar el servicio de viales y jardines y **demuestra la capacidad del sistema para cumplir con los requisitos normativos técnicos y legales** del servicio para el **alcance, objetivos y política del hospital.**

Se han detectado un total de **1 incidencia** en el servicio, clasificadas como leve. Basándonos en este resultado, el equipo auditor considera que la incidencia detectada (acumulaciones de hojas caídas en determinadas zonas de la calzada y rejillas de viales) como una incidencia puntual, que no es representativa del funcionamiento del servicio, que es correcto basándonos en los resultados que obtiene (limpieza y estado de todas las zonas a las que aplica).

7) ESTERILIZACIÓN (EST)

7.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (EST)

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PCAP

Cumplimiento de la **cláusula 9.1.3 del PCAP** en relación con los servicios no asistenciales:

- Prestar los servicios con medios propios
- De conformidad con la cláusula 9.1.3.8 del PCAP, la Sociedad concesionaria presentará en el plazo de un año desde la formalización del contrato, las memorias y protocolos de actuación, el diseño, organización y los recursos humanos y materiales que propone para cada servicio. En el primer año de funcionamiento del Hospital deberán documentarse los métodos y manuales de procedimiento de cada uno de los servicios.

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PTE

De conformidad con el anexo VI especificaciones técnicas de los servicios complementarios no sanitarios siguientes:

- La concesionaria prestará el servicio integral de esterilización de los productos sanitarios reutilizables, aportando los medios necesarios para esterilizar el material de acuerdo a la normativa vigente.
- Se dispondrá de Licencia de la Central de Esterilización así como de la validación de los equipos y los procedimientos de esterilización emitido por el Mº de Sanidad y Consumo.
- Se implantará un sistema de gestión informatizada de todos los procesos llevados a cabo, con el fin de garantizar el control y la trazabilidad de todos los productos.
- La Sociedad concesionaria realizará, a su cargo y con frecuencia mensual, controles de calidad, por laboratorios externos autorizados, y comunicará los resultados de los mismos por escrito a la Unidad administrativa de seguimiento y control o persona en quien delegue la Administración.
- La Sociedad concesionaria establecerá un sistema de control de calidad que comprenda la totalidad del proceso.
- Se deberán tomar las medidas oportunas para asegurar el mantenimiento del servicio en caso de circunstancias extraordinarias, debiendo establecer los medios adecuados para solventarlas:
 - Disponer de stock de seguridad, tanto de textil como de instrumental.
 - Disponer de alternativas a sus centrales de esterilización.
 - Disponer de material estéril de un solo uso en sustitución del textil.
- Se enuncian los siguientes indicadores de disponibilidad y calidad, a los efectos establecidos en el Anexo XIV del PCAP.

ESTERILIZACIÓN	CATEG FALLO
Aquellos incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD1
Aquellos incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD2
Incumplimiento en la realización de los controles de calidad, externos, mensuales	FC2
No adopción de medidas correctoras de las deficiencias advertidas en los controles de calidad o inspecciones.	FC2
Incumplimiento de la obligación de garantizar la trazabilidad	FC1
Incumplimiento de alguna de las medidas contempladas en el Pliego para situaciones extraordinarias	FD2 ó FC2
Incumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente/usuario	FC

Ilustración 9. Imagen de indicadores de Esterilización según PPT (VJ)

NORMATIVA APLICABLE

En cuanto a la normativa aplicable, se incluye en este apartado el listado de la normativa relacionada que pudiera tener aplicación al servicio:

- Real Decreto 414/1996 sobre productos sanitarios (transposición de la Directiva 93/42/CEE)
- Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios,
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios
- UNE-EN 285:2007+A2:2009 - Esterilizadores de vapor. Esterilizadores grandes.
- UNE-EN 556:1999 - Esterilización de productos sanitarios. Requisitos para que los productos sanitarios esterilizados en su envase final puedan etiquetarse como "estéril".
- UNE-EN 556-1:2002 - Esterilización de productos sanitarios. Requisitos para que los productos sanitarios esterilizados en su envase final puedan etiquetarse como "estéril". Parte 1: requisitos de los productos sanitarios esterilizados en su estado terminal.
- 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 556-2:2004 Esterilización de productos sanitarios. Requisitos de los productos sanitarios para ser designados "estéril". Parte 2: requisitos de los productos sanitarios procesados asépticamente.
- UNE-EN 867-5: 2002 - Sistemas no biológicos para uso en esterilizadores. Parte-5: especificación para indicadores y dispositivos de desafío del proceso para utilización en las pruebas de funcionamiento de los esterilizadores pequeños tipo B y tipo S
- UNE-EN 868-1:2001 - Materiales y sistemas de envasado para productos sanitarios que es necesario esterilizar. Parte 1: requisitos generales y métodos de ensayo.
- UNE-EN 868-2:2009 - Materiales y sistemas de envasado para productos sanitarios que es necesario esterilizar. Parte 2: envoltorio para esterilización. Requisitos y métodos de ensayo.
- UNE-EN 868-3: 2009 - Materiales y sistemas de envasado para productos sanitarios que es necesario esterilizar. Parte 3: papel utilizado en la fabricación de bolsas de papel

(especificadas en la norma en 868-4) y en la fabricación de bolsas y rollos (especificados en la norma en 868-5) requisitos y métodos de ensayo.

- UNE-EN 868-4: 2009 - Materiales y sistemas de envasado para productos sanitarios que es necesario esterilizar. Parte 4: bolsas de papel. Requisitos y métodos de ensayo.
- UNE-EN 868-5:2009 - Materiales y sistemas de envasado para productos sanitarios que es necesario esterilizar. Parte 5: bolsas y rollos termo y autosellables fabricados de papel y de lámina de plástico. Requisitos y métodos de ensayo.
- UNE-EN 868-6:2009 - Materiales y sistemas de envasado para productos sanitarios que es necesario esterilizar. Parte 6: papel para la fabricación de envases de uso médico para esterilización por óxido de etileno o irradiación. Requisitos y métodos de ensayo.
- UNE-EN 868-7:2009 - Materiales y sistemas de envasado para productos sanitarios que es necesario esterilizar. Parte 7: papel recubierto de adhesivo para la fabricación de envases termosellables de uso médico para esterilización por óxido de etileno o irradiación. Requisitos y métodos de ensayo.
- UNE-EN 868-8:2009 - Materiales y sistemas de envasado para productos sanitarios que es necesario esterilizar. Parte 8: recipientes reutilizables para esterilización en esterilizadores de vapor conformes a la norma EN 285. Requisitos y métodos de ensayo.
- UNE-EN 868-9:2009 - Materiales y sistemas de envasado para productos sanitarios que es necesario esterilizar. Parte 9: materiales poliolefínicos no tejidos y sin recubrimiento para la utilización en la fabricación de bolsas, rollos y tapas termosellables. Requisitos y métodos de ensayo.
- UNE-EN 868-10:2009 - Materiales y sistemas de envasado para productos sanitarios que es necesario esterilizar. Parte 10: materiales poliolefínicos no tejidos con recubrimiento para la utilización en la fabricación de bolsas, rollos y tapas termosellables. Requisitos y métodos de ensayo.

7.2. DOCUMENTACIÓN SERVICIO ESTERILIZACIÓN (EST)

LISTADO DE DOCUMENTACIÓN RECIBIDA				
S	DOCUMENTO	FECHA	FORM	DE
EST	VI_PSA04_POC00_Anexo_01_Mapa de procesos Central de Esterilización HGV.docx	16-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	VI_PSA04_POC00_Anexo_02_Organigrama Central de Esterilización HGV.docx	16-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	VI_PSA04_POC00_Anexo_03_Registro reconocimiento de firmas del personal de la Central.docx	16-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	VI_PSA04_POC00_ORGANIZACIÓN DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HGV.docx	16-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	VI_PSA04_POC01_PROCEDIMIENTO GENERAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HGV.docx	16-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	VI_PSA04_POC02_Anexo_01_Controles Preventivos de la Central de Esterilización.docx	16-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	VI_PSA04_POC02_PROCEDIMIENTO CONTROLES DE CALIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HGV.docx	16-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	VI_PSA04_POC03_PROCEDIMIENTO_CONTROLES DE CALIDAD ESTERILIZACIÓN EN LOS CEP.docx	16-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	VI_PSA04_POC04_CIRCUITO DE ESTERILIZACIÓN CON EL ÁREA QUIRÚRGICA.docx	16-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	VI_PSA04_POC06_PROCEDIMIENTO TRAZABILIDAD HUGV.docx	16-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	VI-PSA04-POC06-01 REGISTRO DE TRAZABILIDAD DE INSTRUMENTAL UTILIZADO EN EL ÁREA.docx	16-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	INFORME BIOSEGURIDAD AMBIENTAL EN ESTERILIZACIÓN.docx	29-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	Informe Mensual Servicio Integral de Esterilización ENE 2015.docx	29-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	Informe Mensual Servicio Integral de Esterilización FEB2015.odt	29-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	Informe Mensual Servicio Integral de Esterilización MAR 2015.odt	29-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	Informe Mensual Servicio Integral de Esterilización ABR 2015.odt	29-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	Informe Mensual Servicio Integral de Esterilización MAY 2015.odt	29-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	Informe Mensual Servicio Integral de Esterilización JUN 2015.odt	29-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	Informe Mensual Servicio Integral de Esterilización JUL 2015.odt	29-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	Informe Mensual Servicio Integral de Esterilización AGO 2015.odt	29-9-15	Word	Laura Alfaro
EST	Diagnóstico Calidad del aire en Esterilización MAY 2015.pdf	29-9-15	PDF	Laura Alfaro
EST	Diagnóstico Calidad del aire en Esterilización JUN 2015.pdf	29-9-15	PDF	Laura Alfaro
EST	Diagnóstico Calidad del aire en Esterilización JUL 2015.pdf	29-9-15	PDF	Laura Alfaro
EST	Protocolo pruebas, seguridad y calibración Autoclave 27315.pdf	29-9-15	PDF	Laura Alfaro
EST	Protocolo pruebas, seguridad y calibración Autoclave 27316.pdf	29-9-15	PDF	Laura Alfaro
EST	Solicitud Registro de Instalación Autoclave 27315.pdf	29-9-15	PDF	Laura Alfaro
EST	Solicitud Registro de Instalación Autoclave 27316.pdf	29-9-15	PDF	Laura Alfaro

Tabla 16. Listado de documentación revisada de Esterilización (EST)

A) ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	VI_PSA04_POC00_ORGANIZACIÓN DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HGV.docx
Renombrado como:	EST01 ORGANIZACIÓN CE HGV.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	13
Título en el documento:	ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL COLLADO VILLALBA
Encabezado:	Título, edición, alcance, código y logos del Hospital y Bepers
Pie de página:	Indicación de copia no controlada y número de página
Autor:	Grupo de mejora del Control de la Infección
Fecha de edición y revisión:	Aprobado en diciembre 2013. Revisado en enero 2015.

Análisis del contenido del documento:

Su diseño y contenido cumple la norma ISO 9001:2008 en lo referente al apartado “4.2.3 Control de los documentos”.

Incluye índice, siendo los apartados incluidos:

1. PRESENTACIÓN

- 1.1. Titular
- 1.2. Emplazamiento

2. CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN

- 2.1. Descripción de la organización

3. PROCESOS DE ACTIVIDAD

- Recepción y lavado en zona sucia
- Preparación en zona limpia
- Esterilización

4. PROCESOS RELACIONADOS

5. REGISTROS DEL SISTEMA

6. ANEXOS

- 6.1. Mapa de procesos
- 6.2. Organigrama
- 6.3. Registro reconocimiento de firmas del personal de la Central

B) MAPA DE PROCESOS**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido:	VI_PSA04_POC00_Anexo_01_Mapa de procesos Central de Esterilización HGV.docx
Renombrado como:	EST02 Anexo 01 Mapa de procesos.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	1
Título en el documento:	MAPA DE PROCESOS CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HGV
Encabezado:	Título de documento, código, edición y logos de Hospital General de Villalba y Bepers
Pie de página:	Indicación de copia no controlada
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	Edición 2.0, sin fecha de edición

Análisis del contenido del documento:

El documento contiene el mapa de procesos de la unidad de esterilización, distinguiendo los procesos estratégicos, operativos y clave que se llevan a cabo:

- Procesos estratégicos
 - Gestión de la Calidad
- Procesos operativos
 - Recepción y lavado de material
 - Preparación de material
 - Esterilización de material
- Procesos de soporte
 - Mantenimiento y control de equipos
 - Limpieza
 - Compras y almacén
 - Electromedicina
 - Gestión de RR.HH.
 - Controles laboratorio

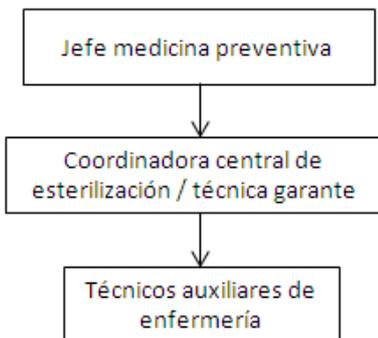
C) ORGANIGRAMA

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	VI_PSA04_POC00_Anexo_02_Organigrama Central de Esterilización HGV.docx
Renombrado como:	EST03 Anexo 2 Organigrama.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	1
Título en el documento:	ORGANIGRAMA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HGV
Encabezado:	Título de documento, código, edición, alcance y logo Bepers
Pie de página:	Indicación de copia no controlada
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	Edición 2.0, sin fecha de edición

Análisis del contenido del documento:

Se incluye en el documento el organigrama del servicio, que se esquematiza a continuación:



D) REGISTRO RECONOCIMIENTO DE FIRMAS DEL PERSONAL DE LA CENTRAL

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	VI_PSA04_POC00_Anexo_03_Registro reconocimiento de firmas del personal de la Central.docx
Renombrado como:	EST04 Anexo 3 firmas.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	1
Título en el documento:	REGISTRO DE FIRMAS DEL PERSONAL DE ESTERILIZACIÓN
Encabezado:	Código y logos del Hospital y Bepers
Pie de página:	Indicación de copia no controlada
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

El documento contiene el formato del registro de firmas del personal de esterilización. Es una tabla de dos columnas, una para identificación del personal mediante nombre y apellido y otra para firma. No se incluye ningún espacio específico para la indicación de la fecha de firma.

E) ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	VI_PSA04_POC01_PROCEDIMIENTO GENERAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HGV.docx
Renombrado como:	EST05 PROCEDIMIENTO.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	27
Título en el documento:	PROCEDIMIENTO GENERAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HGV
Encabezado:	Título, edición, alcance, código y logos del Hospital y Bepers
Pie de página:	Indicación de copia no controlada y número de página
Autor:	Grupo de mejora del Control de la Infección
Fecha de edición y revisión:	Aprobado en diciembre 2013 por Grupo de mejora del Control de la Infección. Revisado por coordinadora esterilización en enero 2015.

Análisis del contenido del documento:

Su diseño y contenido cumple la norma ISO 9001:2008 en lo referente al apartado “4.2.3 Control de los documentos”.

No incluye índice, aunque los apartados incluidos son:

1. INTRODUCCIÓN
2. RECOMENDACIONES GENERALES DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN
3. PROCEDIMIENTOS
 - 3.1 Proceso general de recogida, transporte y recepción de material sucio
 - 3.2 Proceso general de almacenaje y control del mismo
 - 3.3 Proceso general de desinfección y limpieza del material
 - 3.3.1 Definiciones
 - 3.3.2 Proceso de limpieza manual
 - 3.3.3 Proceso de limpieza por ultrasonidos
 - 3.3.4 Proceso de desinfección y limpieza mecánica
 - 3.4 Proceso general de preparación y envasado del material
 - 3.5 Proceso general de esterilización por vapor
 - 3.6 Proceso general de esterilización por plasma.
 - 3.7 Proceso general de entrega y distribución de productos
 - 3.8 Esterilización fuera de la central de esterilización
 - 3.9 Recomendaciones específicas: enfermedad de Creutzfeldt Jacob (ECJ)

Diseño de procesos:

Tras analizar esta documentación presentamos a continuación el flujograma de actividades del servicio:

<p>Proceso: Recogida y recepción de material sucio Celadores: CEL Auxiliares de enfermería: AES Responsable de esterilización: RESP</p>	<p>Obtenido del manual de procedimientos</p>
<p style="text-align: center;">Diagrama de flujo</p> <p>Recogida de material sucio</p>	<p style="text-align: center;">Descripción de etapas</p> <p>Recepción del material sucio, para su proceso adecuado en la Central de Esterilización.</p> <p>El material de quirófanos es transportado por los celadores desde el bloque quirúrgico hasta la zona de descontaminación y lavado. El instrumental del resto de servicios se entrega en la central, identificado. Este material será transportado por parte de un Auxiliar.</p> <p>◆ Punto control Junto al material transportado se adjunta el albarán con el material a procesar y firmas de que lo entrega y el que lo recibe.</p> <p>El material interno que sea prestado a otros centros sanitarios, deberá registrarse en (VI/PSA04/POC01/17 Material interno préstamo), con control de vuelta por los responsables de esterilización y quirófano.</p> <p>El material prestado por un proveedor para una intervención específica ya realizada y vaya a ser retirado por éste, debe identificarse claramente "para devolver" y proceder exclusivamente a su limpieza.</p> <p>Entrada del material sucio para dar la conformidad.</p> <p>Inspección de material, verificando que cumpla los criterios exigibles para continuar el proceso del material, incluido el defectuoso. ¿Cómo?</p> <p>En el caso de que faltara material, o se viera defectuoso el auxiliar informará a la Coordinadora mediante el circuito de comunicación que se indique al efecto.</p> <p>Una vez recibido el material contaminado en la Central, se selecciona para realizar a cada uno el tratamiento de limpieza y desinfección más adecuado.</p>

<p>Proceso: Desinfección y limpieza del material Auxiliares de enfermería: AES</p>	<p>Obtenido del manual de procedimientos</p>
<p align="center">Diagrama de flujo</p>	<p align="center">Descripción de etapas</p>
<p>Desinfección y limpieza del material</p> <pre> graph TD A[Selección del tratamiento de limpieza y desinfección] --> B[Limpieza manual] A --> C[Limpieza ultrasonidos] A --> D[Limpieza mecánica] B --> E[Material limpio] C --> E D --> E E --> F[Zona de preparación y envasado] </pre>	<p>Limpieza manual</p> <p>Se procesará de este modo todo aquel instrumental que no puede ser lavado mecánicamente, bien por ser requerido con urgencia, por ser muy delicado o por no ser sumergible.</p> <p>Limpieza por ultrasonido: Equipos generadores de ondas vibratorias de ultrasonidos.</p> <p>Se ha de lavar por ultrasonidos el material canulado, brocas y en general todo material con zonas de difícil acceso.</p> <p>Punto control se registrará en el formato: VI/PSA04/POC01/ Registro Lavado manual y Ultrasonidos.</p> <p>Limpieza mecánica: lavadoras</p> <p>Todo el material que sea posible por sus características técnicas se lavará en las máquinas de lavado.</p> <p>Punto control Se cumplimentará el registro: VI/PSA04/POC01/01 Registro Carga Lavadora</p>

<p>Proceso: Preparación y envasado del material. Auxiliares de enfermería: AES</p>	<p>Obtenido del manual de procedimientos</p>
<p align="center">Diagrama de flujo</p>	<p align="center">Descripción de etapas</p>
<p>Preparación y envasado del material.</p> <pre> graph TD A[Selección del tratamiento de limpieza y desinfección] --> B[Material limpio] B --- AES1[AES] B --> C[Inspección visual] C --- AES2[AES] C --> D{¿Material limpio?} D -- SI --> E[Determinar tipo de envasado] E --- AES3[AES] E --> F[Envasado] F --- AES4[AES] D -- NQ --> G[Material rechazado] G --- AES5[AES] G --> A </pre>	<p>El material llega desde de la zona de lavado y desinfección: limpio y seco.</p> <p>Inspección visual previa al acondicionamiento y/o envasado, rechazándose todo el material que presente desperfectos o no posea las condiciones óptimas de limpieza. Se utilizan los siguientes tipos de envasado:</p> <p>Envasado en contenedores</p> <p>Los contenedores llevan la misma identificación que el material que se deba colocar en él. Se introduce en el contenedor un control químico integrador. Se anota la realización/montaje de cada contenedor o instrumental que se empaquete en Hoja Preparación Cajas vi_PSA04_POC01_10. Los contenedores herméticos una vez esterilizados tienen una caducidad de 6 meses, fecha que se registra en la etiqueta.</p> <p>Envasado en textil y tejido sin tejer</p> <p>Se envuelve el cestillo o caja con dos capas de tejido sin tejer (método del rombo), cerrando el paquete con indicador químico. A continuación se fija con cinta, anotando el nombre del instrumental y la fecha de caducidad (seis meses) y se introduce un control químico integrador.</p> <p>Envasado en bolsa mixta</p> <p>Se envasan en bolsa mixta todos los materiales e instrumentales que no van en contenedores o cestillos. Todas las bolsas llevan en su exterior un control químico de proceso adecuado al programa seleccionado para el material que contienen.</p> <p>Preparación y envasado de textil</p> <p>Se revisa el estado de la misma, siendo rechazada aquella que presenta roturas, manchas o esté desflecada. Seguidamente se procede al doblado y envasado.</p>

<p>Proceso: Esterilización por vapor. Auxiliares de enfermería: AES</p>	<p>Obtenido del manual de procedimientos</p>
<p align="center">Diagrama de flujo</p>	<p align="center">Descripción de etapas</p>
<p>Esterilización por vapor.</p> <pre> graph TD A[Prueba de vacío Bowie & Dick AES] --> B{¿Resultado correcto?} B -- NO --> C[Esterilizador fuera de servicio] B -- SI --> D[Carga del autoclave] D --> E[Selección del programa adecuado AES] E --> F[Descarga AES] F --> G[Revisión controles físicos, químicos y biológicos AES] G --> H{¿Son correctos?} H -- NO --> I[Material no esterilizado AES] I --> D H -- SI --> J[Almacén estéril] J --> K[Almacenamiento AES] K --> L[Entrega] </pre>	<p>Se debe realizar la prueba de vacío Bowie & Dick todos los días por el personal de esterilización, antes de iniciar cualquier proceso de esterilización de material.</p> <p>Se abre para cada aparato el correspondiente registro mediante la “Ficha de carga de Autoclave”.</p> <p>Se carga. Se selecciona el programa adecuado. Una vez terminado el ciclo se procede a su descarga. La calidad del proceso se verificará a través del resultado de los diferentes controles.</p> <p>Controles físicos.</p> <p>Se revisan los registros de presión, tiempo y temperatura. En caso de ser anómalos la carga no se considerará como estéril.</p> <p>Indicadores químicos.</p> <p>Externos</p> <p>Se utilizarán en todos los paquetes. Se comprobarán al final del proceso de esterilización y antes de repartir el material por el personal de esterilización.</p> <p>Internos</p> <p>En el caso de no ser correctos se considerará “no estéril”.</p> <p>Indicadores biológicos</p> <p>Indican si la esterilización ha sido correcta.</p>

<p>Proceso: Esterilización por plasma. Auxiliares de enfermería: AES</p>	<p>Obtenido del manual de procedimientos</p>
<p align="center">Diagrama de flujo</p>	<p align="center">Descripción de etapas</p>
<p>Esterilización por plasma.</p> <pre> graph TD A[Material envasado] --> B[Carga del esterilizador] B --> C[Descarga] C --> D[Revisión controles físicos, químicos y biológicos] D --> E{¿Son correctos?} E -- NO --> F[Material no esterilizado] F --> A E -- SI --> G[Almacén estéril] </pre>	<p>Se procede a la carga del esterilizador. La identificación del producto se verificará mediante el registro y control del siguiente registro VI/PSA04/POC01/09 Registro Carga Gas Plasma</p> <p>Una vez terminado el ciclo se procede a su descarga. La calidad del proceso se verificará a través del resultado de los diferentes controles.</p>
<p>Proceso: Entrega y distribución de productos. Auxiliares de enfermería: AES Celadores: CEL</p>	<p>Obtenido del manual de procedimientos</p>
<p>Entrega y distribución de productos.</p> <pre> graph TD A[Material esterilizado] --> B[Entrega y recogida] B --> C{¿El material recogido se ha utilizado?} C -- NO --> A C -- SI --> D[Zona de descontaminación y lavado] </pre>	<p>En cada entrega se emitirá el “Volante de entrega de material” que deberá ser firmado por los responsables de las diferentes unidades en el momento de recepcionar el material estéril o desinfectado. Figuraré claramente el nombre del servicio, unidad o usuario y la fecha, así como un apartado para reflejar observaciones. El servicio receptor verificará la relación del material recibido</p> <p>Todos los avisos de carácter urgente se atienden inmediatamente.</p> <p>El material no utilizado en quirófano y el envase no esté dañado, se almacenara en el almacén estéril.</p> <p>El material que haya sido esterilizado en ciclo expreso (rápido) por petición del quirófano y no haya sido utilizado se recoge para realizar un nuevo proceso de esterilización con secado completo y no se computa como devolución.</p>

F) CONTROLES PREVENTIVOS DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	VI_PSA04_POC02_Anexo_01_Controles Preventivos de la Central de Esterilización.docx
Renombrado como:	EST06 Controles Preventivos.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	1
Título en el documento:	CONTROLES MEDIOAMBIENTALES PREVENTIVOS DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
Encabezado:	Código y logos del Hospital y Bepers
Pie de página:	Indicación de copia no controlada
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

El documento contiene el formato para el registro de los controles medioambientales preventivos a realizar en la central de esterilización. Se incluyen los siguientes controles:

- Control ambiental: almacén estéril
- Control ambiental: sala preparación
- Controles químicos y microbiológicos agua osmotizada

G) CONTROLES DE CALIDAD DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	VI_PSA04_POC02_PROCEDIMIENTO CONTROLES DE CALIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HGV.docx
Renombrado como:	EST07 CONTROLES DE CALIDAD.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	5
Título en el documento:	CONTROLES DE CALIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HGV
Encabezado:	Título, edición, alcance, código y logos del Hospital y Bepers
Pie de página:	Indicación de copia no controlada y número de página
Autor:	Grupo de mejora del Control de la Infección
Fecha de edición y revisión:	Aprobado en diciembre 2013. Revisado en enero 2015.

Análisis del contenido del documento:

El documento incluye una descripción de los distintos controles de calidad que se llevan a cabo en la central de esterilización. Se incluyen los siguientes controles:

- CONTROLES ZONALES:
 - Controles ambientales.
 - Control químico del agua osmotizada
 - Control microbiológico del agua osmotizada
- CONTROLES FÍSICOS:
 - “Test de sangre” / “test de lavadoras”.

- CONTROLES QUÍMICOS:
 - “Test de Bowie – Dick”.
 - “Control químico externo”. (candados de papel, bordes de bolsa mixta, cinta indicadora, etc.)
 - “Control químico interno (control integrador)”.
 - “Indicadores Biológicos”.

H) CONTROLES DE CALIDAD DE LOS CEP

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	VI_PSA04_POC03_PROCEDIMIENTO_CONTROLES DE CALIDAD ESTERILIZACIÓN EN LOS CEP.docx
Renombrado como:	EST08 CONTROLES DE CALIDAD EN LOS CEP
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	3
Título en el documento:	CONTROLES DE CALIDAD ESTERILIZACIÓN CENTROS DE ESPECIALIDADES
Encabezado:	Título, edición, código y logo del Hospital
Pie de página:	Indicación de copia no controlada y número de página
Autor:	Grupo de mejora del Control de la Infección
Fecha de edición y revisión:	Aprobado en enero 2014. Fecha próxima revisión enero 2017.

Análisis del contenido del documento:

El documento define y describe los procedimientos de esterilización que se realizan en los CEP

Diseño de procesos:

Se presenta a documentación el flujograma de los procesos que incluye el documento:

<p>Proceso: Esterilización en los CEP. Auxiliares de enfermería: AES</p>	<p>Obtenido del manual de procedimientos</p>
<p align="center">Diagrama de flujo</p>	<p align="center">Descripción de etapas</p>
<p>Esterilización en los CEP.</p> <pre> graph TD A[Material sucio] --> B[Lavado] B --- AES1[AES] B --> C{¿Incidencias?} C -- SI --> D[Registro] D --- AES2[AES] C -- NO --> E[Esterilización] E --- AES3[AES] E --> F{¿Incidencias?} F -- SI --> G[Registro] G --- AES4[AES] F -- NO --> H[Revisión controles físicos, químicos y biológicos] H --- AES5[AES] H --> I{¿Son correctos?} I -- SI --> J[Entrega] J --- AES6[AES] I -- NO --> K[Material no esterilizado] K --- AES7[AES] K --> E </pre>	<p>Antes de la esterilización, todo el instrumental es sometido a un proceso de lavado manual con detergente trienzimático, quedando reflejado en el registro correspondiente, Registro del lavado manual en los CEP VI/PSA04/POC03/01</p> <p>Si ocurriese cualquier incidencia en alguna de las fases de limpieza y/o esterilización que sufre el instrumental, quedaría reflejado en su registro correspondiente, Seguimiento de Incidencias en los CEP VI/PSA04/POC03/02.</p> <p>Controles físicos.</p> <p>Se revisan los registros de presión, tiempo y temperatura. En caso de ser anómalos la carga no se considerará como estéril. Dichos resultados junto con el control químico interno se adjunta a Registro de carga del esterilizador en los CEP. MO/PSA04/POC03/03</p> <p>Controles químicos:</p> <p>Se realiza un test de Bowie - Dick en el autoclave los días que se utilice. El análisis de dicho resultado se registra en CEP VI/PSA04/POC03/04</p> <p>Control químico interno (control integrador)</p> <p>Se introduce en todos los paquetes a bolsa mixta un integrador a modo de control de carga. Se registra en CEP VI/PSA04/FPOC03/03</p> <p>Indicadores Biológicos</p> <p>Se registran los resultados en el registro específico para ello, Registro Controles Biológicos en los CEP VI/PSA04/POC03/05</p>

I) CIRCUITO DE ESTERILIZACIÓN EN EL AREA QUIRÚRGICA

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	VI_PSA04_POC04_CIRCUITO DE ESTERILIZACIÓN CON EL ÁREA QUIRÚRGICA.docx
Renombrado como:	EST09 CIRCUITO CON EL ÁREA QUIRÚRGICA
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	2
Título en el documento:	CIRCUITO DE ESTERILIZACIÓN EN EL AREA QUIRÚRGICA
Encabezado:	Título, edición, código y logo del Hospital
Pie de página:	Indicación de copia no controlada y número de página
Autor:	Grupo de mejora del Control de la Infección
Fecha de edición y revisión:	Aprobado en diciembre 2013. Revisado enero 2017.

Análisis del contenido del documento:

El documento describe los circuitos seguidos para la retirada de material contaminado en quirófanos y la entrega de material estéril.

J) REGISTRO DE TRAZABILIDAD DE INSTRUMENTAL UTILIZADO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	VI_PSA04_POC06_PROCEDIMIENTO TRAZABILIDAD HUGV.docx
Renombrado como:	EST10 REGISTRO DE TRAZABILIDAD
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	2
Título en el documento:	REGISTRO DE TRAZABILIDAD DE INSTRUMENTAL UTILIZADO EN EL ÁREA QUIRÚRGICA
Encabezado:	Logo del Hospital y Bepers
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

El documento contiene el formato del registro de trazabilidad de uso de material en el área quirúrgica que debe rellenar el personal sanitario. Incluye espacios para:

- Fecha de uso
- Identificación de enfermera
- Identificación del médico
- Especialidad
- Datos del paciente / pegatina
- Pegatinas identificativas del material empleado

K) SISTEMA DE TRAZABILIDAD

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido: VI-PSA04-POC06-01 REGISTRO DE TRAZABILIDAD DE INSTRUMENTAL UTILIZADO EN EL ÁREA.docx

Renombrado como: EST11 PROCEDIMIENTO TRAZABILIDAD HUGV

Tipo de archivo: Documento de Microsoft Word

Número de páginas: 4

Título en el documento: PROCEDIMIENTO DE TRAZABILIDAD HUGV

Encabezado: Título de documento, código, edición y logos de Hospital General de Villalba y Bepers

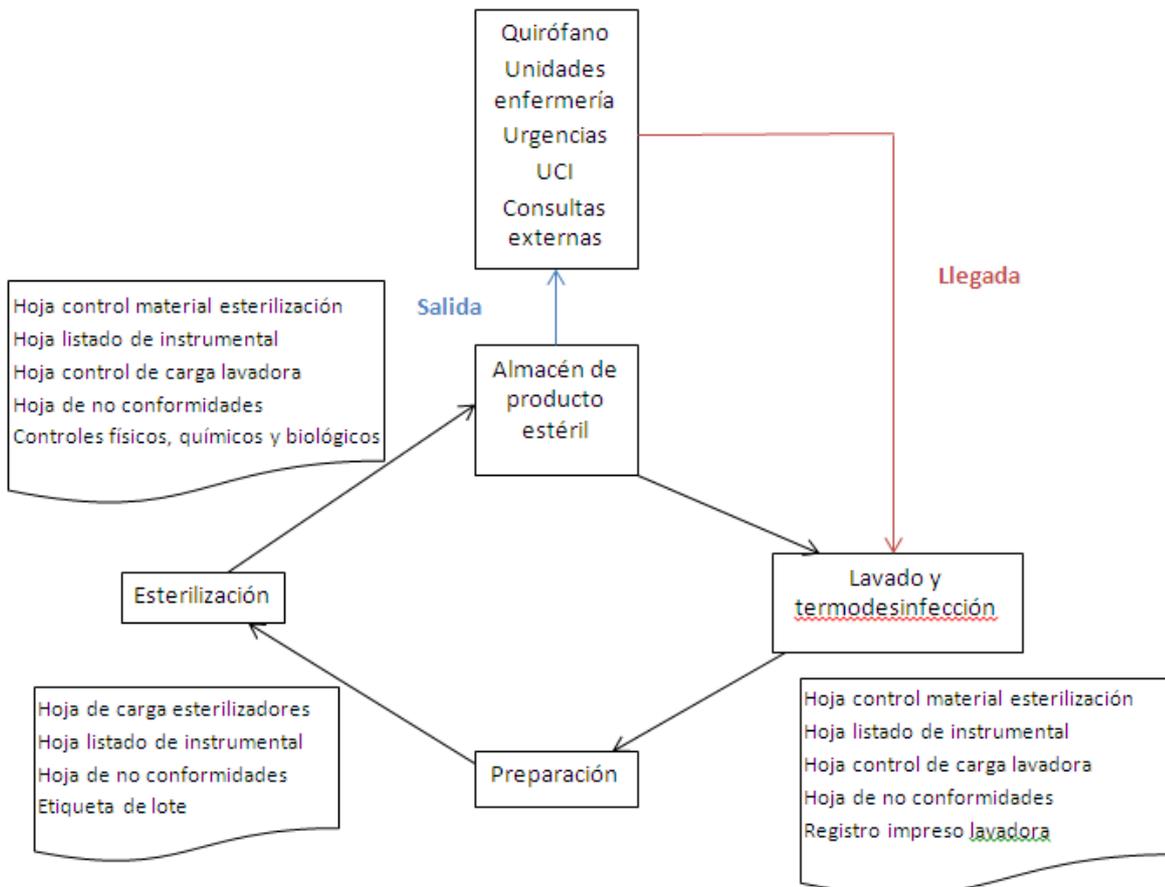
Pie de página: Indicación de copia no controlada y número de página

Autor: Grupo de mejora del Control de la Infección

Fecha de edición y revisión: Edición 2.0, aprobado en diciembre 2013 y revisado en enero 2015

Análisis del contenido del documento:

El documento describe el sistema empleado por la central de esterilización para garantizar la trazabilidad del instrumental procesado. Este sistema se incluye en el siguiente flujograma:



7.3. PROGRAMA DE VISITA (EST)

1ª VISITA: Realizada el 23/09/15. La programación de la visita fue:

- Visita central de esterilización
 - Recepción de instrumental
 - zona de descontaminación y lavado
 - Zona de empaquetado
 - Zona de material estéril
- Seguimiento de uno de los turnos de entrega y recogida de material
 - Intentar coincidir con uno de los repartos
- Recursos humanos
- Recursos materiales no vistos
- Revisión documentación:
 - Certificados de calibración
 - Licencia de la central
 - Registros de trazabilidad
 - Otros (Ver punto 2.1)

2ª VISITA: Realizada el 15/10/15. La programación de la visita fue:

- Análisis de trazabilidad de una muestra de material esterilizado.

7.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (EST)

Se realiza la visita a la central de esterilización, en compañía del responsable del servicio.

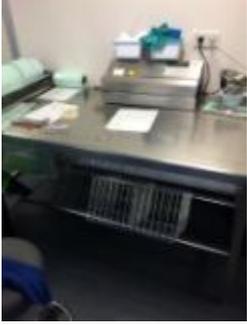
La central de esterilización se encuentra en perfecto estado de orden y limpieza en el momento de la visita.

7.4.1. MEDIOS MATERIALES (EST)

Se ha verificado la disponibilidad de los medios materiales descritos en el manual de procedimientos del servicio. Se detecta una incidencia relacionada: la impresora de etiquetas para contenedores se encuentra estropeada en la primera visita. Durante el periodo de auditoria se corrigió esta incidencia, verificándose su disponibilidad y buen estado en la visita realizada el 15/10/15. No se detectan incidencias respecto al estado del resto de equipos en cuanto a su mantenimiento y limpieza.

ZONA	EQUIPO	¿VISTO?	
Zona de limpieza y descontaminación	3 lavadoras termo desinfectadoras de doble puerta		
	Mesas de trabajo		
	Carros cerrados para el transporte de material sucio		
	Cubeta ultrasonidos		
	Pistola de aire comprimido		

ZONA	EQUIPO	¿VISTO?
	Pistola de agua	
	Sistema informático	
Zona de preparación y envasado	2 esterilizadores de Vapor de doble puerta	
	1 esterilizador de Gas Plasma	
	Carros para la carga de los esterilizadores.	

ZONA	EQUIPO	¿VISTO?
	2 soldadoras de bolsas	
	Carros de transporte	
	Mesas de trabajo	
	Sistema informático	SI
	2 incubadoras controles biológicos	

ZONA	EQUIPO	¿VISTO?
Zona almacén material estéril	Carros para la descarga de los esterilizadores.	
	Carros de transporte	
	Estanterías de varilla	
	Carros cerrados para el transporte de material estéril	

7.4.2. MEDIOS HUMANOS (EST)

El servicio tiene asignados un puesto al turno de mañana y dos puestos al turno de tarde. Se ha verificado la cobertura de estos puestos en las dos visitas realizadas, visitando la central en ambos turnos. En todo momento, el personal se encuentra debidamente uniformado e identificado, utilizando los EPIS propios de una central de esterilización. No se detectan incidencias relacionadas.

FECHA	TURNO	CUBIERTO POR	EPIS
23-9-15	Mañana	Miguel Angel Ruiz de la Rubia	
	Tarde	Elena López Guardón	
		Matilde López Guardón	
15-10-15	Mañana	Gonzalo Navarro Gil Delgado	
	Tarde	Elena López Guardón y	
		Miguel Angel Ruiz de la Rubia	

7.4.3. EVALUACION DE PROCESOS (EST)

El responsable de servicio explica el circuito que sigue el material a esterilizar, a fin de verificar que los procedimientos y registros que se siguen coinciden con los descritos en el Manual de Procedimientos.

ZONA	EXPLICACIÓN	FOTOS
Zona de limpieza y descontaminación	<ul style="list-style-type: none"> - Entra el material sucio en la Central - La entrada de material externo al Hospital se registra en “Registro material externo” - Se realiza el lavado adecuado para cada material y se registra en “Registro lavado manual y ultrasonidos” y “Registro Ópticas” - El instrumental se coloca en los cestillos - Se introduce la información de carga en las lavadoras en el programa Matachana, que genera una etiqueta con un código de barras para cada contenedor. En la primera visita, la impresora de etiquetas se encuentra estropeada, por lo que los contenedores se identificaban mediante etiquetas escritas a mano. Esto dificulta pero no impide comprobar la trazabilidad de un determinado contenedor, ya que se puede localizar cada contenedor en el Matachana manualmente en lugar de leyendo su código de barras. - Se cumplimenta el registro “Registro Carga Lavadora” 	

ZONA	EXPLICACIÓN	FOTOS																																																																		
Zona de preparación y envasado	<ul style="list-style-type: none"> - Se descarga la lavadora - Se comprueba la correcta realización del ciclo de lavado - Se realiza una inspección visual. - Se realiza el envasado correspondiente a cada material (contenedores, bolsas mixtas o tejido sin tejer), registrándolo en el registro "Hoja preparación cajas" - Se introduce en control químico integrador - Se abre para cada autoclave el correspondiente registro "Ficha de carga de Autoclave". - Se procederá a su carga - Se selecciona el programa adecuado para cada tipo de material o instrumental. - Una vez al día en los ciclos de vapor y en cada ciclo en el plasma, se introduce un indicador biológico. - Una vez al día se realiza y registra la Prueba de vacío Bowie & Dick 																																																																			
Zona almacén material estéril	<ul style="list-style-type: none"> - Se verifica la calidad del proceso a través del resultado de los diferentes controles. - El material una vez esterilizado y validado se clasifica y coloca en carros cerrados para ser trasladados. Se realiza un acompañamiento al personal del servicio que realiza un reparto durante la auditoria, verificando el cumplimiento de los circuitos de limpio y sucio establecidos. - La salida de material prestado a otros centros sanitarios se registra en "Registro material interno prestado a otros centros sanitarios" <p>Se verifica durante la auditoria que no hay ningún instrumental caducado en el almacén.</p>	<table border="1" style="font-size: small;"> <caption>REGISTRO MATERIAL INTERNO</caption> <thead> <tr> <th>FECHA</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> <th>CANTIDAD</th> <th>DESTINO</th> <th>VALIDACIÓN</th> <th>OTROS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21/05</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> <td>...</td> </tr> </tbody> </table>	FECHA	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	DESTINO	VALIDACIÓN	OTROS	21/05	21/05	21/05	21/05	21/05	21/05	21/05	21/05	21/05	21/05
FECHA	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	DESTINO	VALIDACIÓN	OTROS																																																															
21/05																																																															
21/05																																																															
21/05																																																															
21/05																																																															
21/05																																																															
21/05																																																															
21/05																																																															
21/05																																																															
21/05																																																															
21/05																																																															

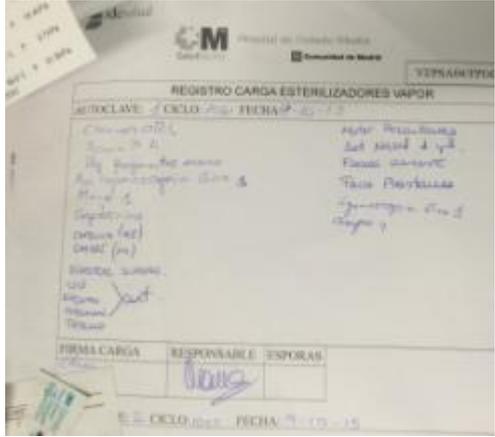
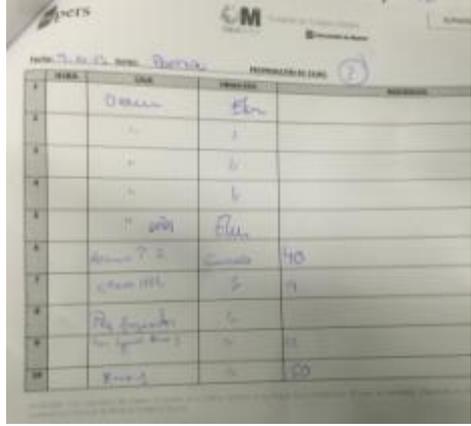
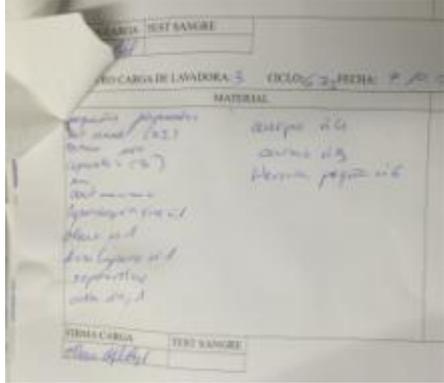
Los procedimientos se describen tal y como está documentado y no se detectan incidencias durante la explicación. No obstante se detecta un **área de mejora**: No se encuentra documentado y protocolizado el contenido de los contenedores, de modo que el personal del servicio pueda verificar que lo que se está empaquetando es el contenido real. Para comprobar que está todo, el personal cuenta el número de piezas totales.

7.4.4. TRAZABILIDAD DEL PROCESO (EST)

Se realiza durante la auditoria la trazabilidad completa hacia atrás de una muestra de cinco contenedores que se encontraban en el almacén de material estéril de quirófanos el día 15/10/15. Para cada uno de ellos, se revisaron todos los registros que permitieron verificar que todo el proceso de esterilización se había realizado completamente.

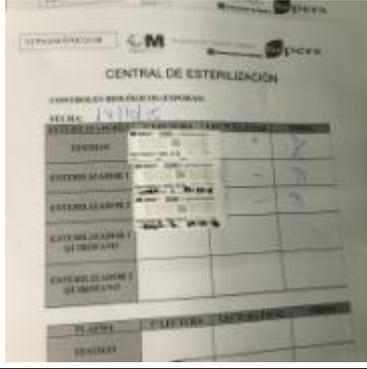
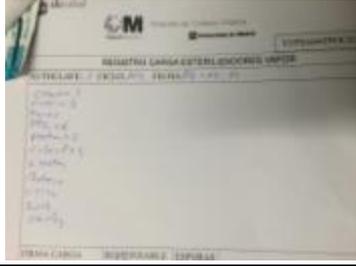
Verificación 1:

Registro	¿Está?	Foto
Identificación del material: Pequeños fragmentos 1	SI	
Registro prueba Bobbie & Dick	SI	
Controles físicos	SI	
Controles químicos	SI	
Controles biológicos	SI	

Registro	¿Está?	Foto
Registro de carga en autoclave	SI	
Registro "Hoja preparación cajas"	SI	
Registro impreso lavadora	SI	
Registro carga lavadora	SI	

Verificación 2:

Registro	¿Está?	Foto
Identificación del material: Cesárea 3	SI	

Registro	¿Está?	Foto
Registro prueba Bobbie & Dick	SI	
Controles físicos	SI	
Controles químicos	SI	
Controles biológicos	SI	
Registro de carga en autoclave	SI	
Registro "Hoja preparación cajas"	SI	

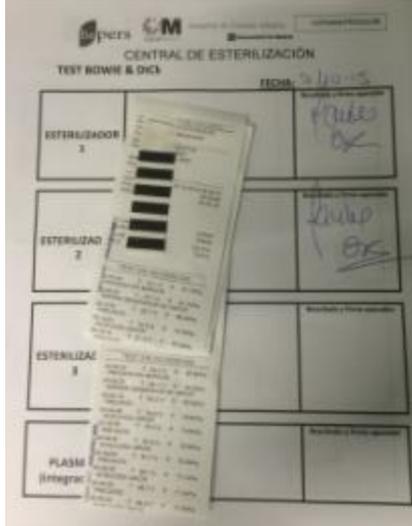
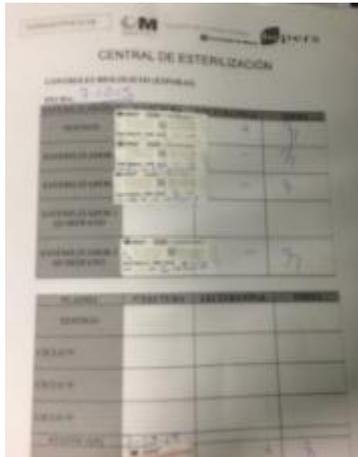
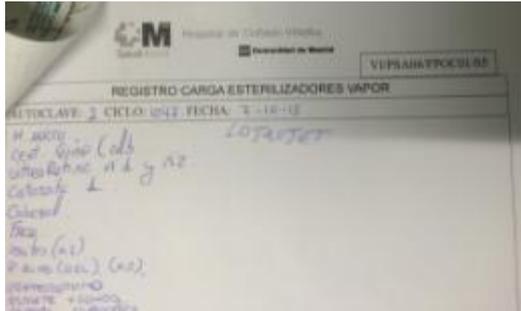
Registro	¿Está?	Foto
Registro impreso lavadora	SI	
Registro carga lavadora	SI	

Verificación 3:

Registro	¿Está?	Foto
Identificación del material: Hernia Apéndice 3	SI	
Registro prueba Bobbie & Dick	SI	
Controles físicos	SI	
Controles químicos	SI	

<p>Controles biológicos</p>	<p>SI</p>	
<p>Registro de carga en autoclave</p>	<p>SI</p>	
<p>Registro "Hoja preparación cajas"</p>	<p>SI</p>	
<p>Registro impreso lavadora</p>	<p>SI</p>	
<p>Registro carga lavadora</p>	<p>SI</p>	

Verificación 4:

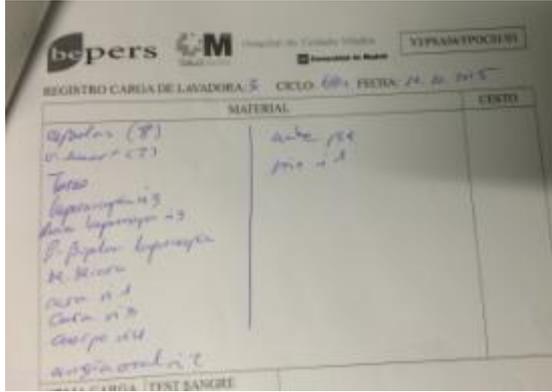
Registro	¿Está?	Foto
Identificación del material: Proctología 3	SI	
Registro prueba Bobbie & Dick	SI	
Controles físicos	SI	
Controles químicos	SI	
Controles biológicos	SI	
Registro de carga en autoclave	SI	

Registro	¿Está?	Foto
Registro "Hoja preparación cajas"	SI	
Registro impreso lavadora	SI	
Registro carga lavadora	SI	

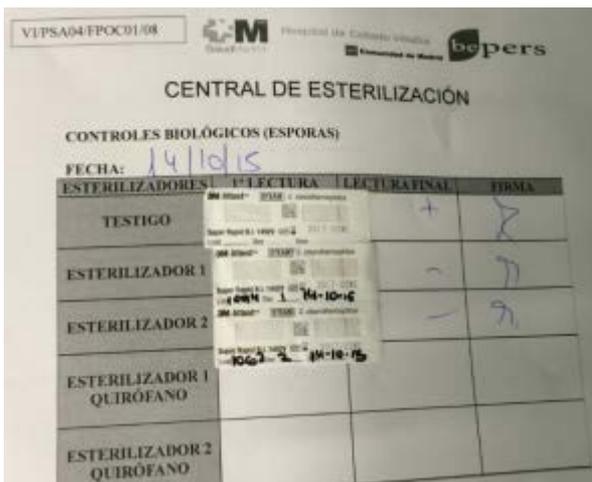
Verificación 5:

Registro	¿Está?	Foto
Identificación del material: Laparoscopia 3	SI	
Registro prueba Bobbie & Dick	SI	
Controles físicos	SI	

Registro	¿Está?	Foto
Controles químicos	SI	
Controles biológicos	SI	
Registro de carga en autoclave	SI	
Registro "Hoja preparación cajas"	SI	
Registro impreso lavadora	SI	

Registro	¿Está?	Foto
Registro carga lavadora	SI	

Se detecta una **incidencia** durante la verificación de la trazabilidad del proceso: El registro visual del control biológico que se realiza no permite verificar que el resultado sea la ausencia de microorganismos, ya que tanto la muestra testigo (que contiene microorganismos) como la muestra introducida en el esterilizador quedan incoloras:



VIPTSA04-EPOC01/08

Hospital de Madrid Villalba

Central de Esterilización

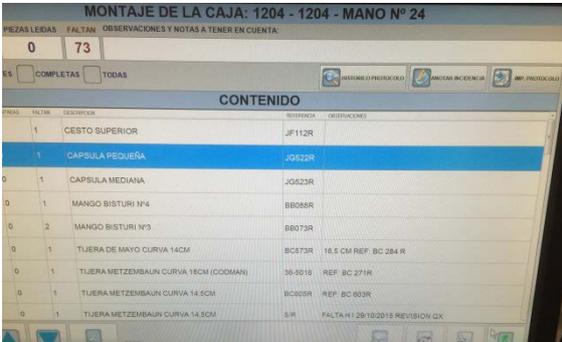
CONTROLES BIOLÓGICOS (ESPORAS)

FECHA: 14/10/15

ESTERILIZADOR(S)	LECTURA	LECT. RATINSAI	IDEMA
TESTIGO	+		2
ESTERILIZADOR 1	-		2
ESTERILIZADOR 2	-		2
ESTERILIZADOR 1 QUIRÓFANO			
ESTERILIZADOR 2 QUIRÓFANO			

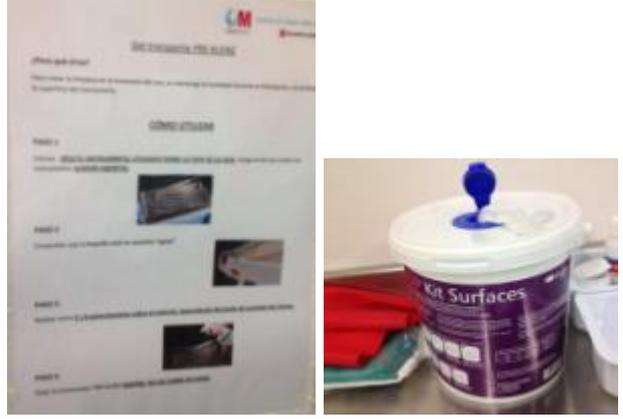
La única evidencia que queda de que el resultado es positivo es la anotación a mano por parte del personal que haga la comprobación en la incubadora.

7.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (EST)

AREA DE MEJORA / INCIDENCIA	PROPUESTA DE MEJORA
<p>La impresora para etiquetas se encuentra estropeada. Se considera incidencia.</p>	<p>Solucionada durante el periodo de auditoria.</p>
<p>El registro visual del control biológico que se realiza no permite verificar que el resultado sea la ausencia de microorganismos. Se considera incidencia.</p>	<p>Sustitución del control biológico realizado en los autoclave por otro que permita realizar la comparación mediante cambio de color de ambas muestras</p>
<p>No se ha protocolizado y documentado la existencia de un stock de seguridad de material estéril en los almacenes de material estéril. El responsable del servicio indica que sí existe dicho stock, que se acuerda con el personal responsable de quirófanos, pero al no estar documentado no se ha podido verificar. Se considera una incidencia, al ser un requerimiento del PPT.</p>	<p>Documentar el stock de seguridad que debe haber siempre en el almacén estéril, acordándolo con los responsables sanitarios implicados.</p>
<p>No se encuentra documentado y protocolizado el contenido de los contenedores. Se considera un área de mejora.</p>	<p>Documentar el contenido de los contenedores. Se muestran a continuación como podrían documentar:</p>  

7.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (EST)

Se incluyen en este punto aquellos puntos que se han detectado como destacables frente a otros servicios de esterilización en Hospitales según la experiencia del equipo auditor:

PUNTO FUERTE	EVIDENCIA
<p>El lavado de carros para el transporte de material está procedimentado y documentado, utilizando un producto específico para tal fin: el gel Pre-Lenz, que puede ser utilizado sobre cualquier instrumento quirúrgico o dispositivo médico donde la sangre, proteínas, mucosas o restos resacos hayan podido depositarse o bien donde resulte impracticable realizar un proceso de cepillado.</p>	
<p>La actitud del personal durante la auditoria fue muy positiva, reconociendo las áreas de mejora que se fueron detectando.</p>	

7.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (EST)

A continuación se incluye la evaluación de los indicadores incluidos en el PPT:

INDICADORES	EVALUACIÓN
<p>Incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales</p>	<p>No se han detectado incidencias relacionadas. No se han encontrado falta de material en almacén estéril, instrumental sucio en almacén estéril, fallos de equipos, material caducado o estropeado ni fallo de equipos.</p>
<p>Incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales</p>	<p>No se han detectado incidencias relacionadas. Todos los equipos empleados están debidamente calibrados. No se detecta material con caducidad cercana a la fecha de auditoria. Se realizan todos los controles de calidad documentados.</p>
<p>Incumplimiento en la realización de los controles de calidad externos mensuales</p>	<p>Se ha revisado una muestra de los registros de dichos controles mensuales. No se detectan incidencias relacionadas.</p>
<p>No adopción de medidas correctoras de las deficiencias advertidas en los controles de calidad o inspecciones</p>	<p>No se detectan incidencias relacionadas. Durante la auditoria, se detectó que la impresora de etiquetas identificativas de contenedores se encontraba estropeada y se adoptaron las medidas correctoras necesarias para su arreglo.</p>

INDICADORES	EVALUACIÓN
Incumplimiento de la obligación de garantizar la trazabilidad	El sistema de trazabilidad es el adecuado para garantizar la trazabilidad del instrumental esterilizado. No obstante, se detecta una incidencia ya mencionada anteriormente: el registro visual del control biológico que se realiza no permite verificar que el resultado sea la ausencia de microorganismos.
Incumplimiento de alguna de las medidas contempladas en el Pliego para situaciones extraordinarias	Se detecta una incidencia : el servicio no tiene documentado el stock de seguridad.
Incumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente / usuario	No se han detectado incidencias relacionadas. La ubicación y estado de los carros para la entrega y recogida de material. Se respetan los circuitos de transporte de material

7.8. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (EST)

El equipo auditor considera que **la organización ha establecido y mantenido los procesos y procedimientos** necesarios para prestar el servicio de esterilización y **demuestra la capacidad del sistema para cumplir con los requisitos normativos técnicos y legales** del servicio para el **alcance, objetivos y política del hospital.**

Se han detectado un total de **3 incidencias** en el servicio, clasificadas como leves. Basándonos en estos resultados, el equipo auditor considera que el servicio debe mejorar en relación a los siguientes aspectos:

- Registro biológico empleado para garantizar la trazabilidad del servicio
- Protocolizar y documentar el stock de seguridad de material estéril que debe haber en el almacén estéril

Además se ha detectado un área de mejora que se considera que podría contribuir a la mejora del servicio prestado: documentar y protocolizar el contenido de los contenedores.

El personal responsable del servicio ha solucionado una de las incidencias detectadas durante la auditoría, mostrando una actitud constructiva que el equipo auditor considera importante para la mejora continua del servicio prestado.

8) SEGURIDAD (SEG)

8.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (SEG)

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PCAP

Cumplimiento de la **cláusula 9.1.3 del PCAP** en relación con los servicios no asistenciales:

- Prestar los servicios con medios propios
- De conformidad con la cláusula 9.1.3.8 del PCAP, la Sociedad concesionaria presentará en el plazo de un año desde la formalización del contrato, las memorias y protocolos de actuación, el diseño, organización y los recursos humanos y materiales que propone para cada servicio. En el primer año de funcionamiento del Hospital deberán documentarse los métodos y manuales de procedimiento de cada uno de los servicios.

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PTE

El servicio de Seguridad y Vigilancia debe garantizar la seguridad y ausencia de riesgos a pacientes, empleados y visitantes debiendo intervenir en aquellas situaciones conflictivas que puedan generarse en el hospital, así como colaborar en su prevención.

El servicio se extenderá a todas las dependencias, edificios y recinto que forman parte del Hospital, incluyéndose los edificios anexos, aparcamientos y centrales.

Deberá garantizar permanencia física 24 horas/día, los 365 días en al menos; el centro de control, urgencias y patrulla móvil así como el control de accesos al hospital mediante presencia física o cámaras de seguridad.

Además, la Sociedad concesionaria deberá cumplir las siguientes obligaciones que no tienen carácter limitativo:

- La Sociedad Concesionaria deberá realizar un Plan de emergencia o catástrofes internas y un plan de catástrofes externas que deberán presentar para su aprobación por la Administración en el plazo de un año desde la formalización del contrato.
- La Sociedad concesionaria llevará y pondrá a disposición de la Administración cuando sea requerida a tal efecto, un libro o documento equiparable que se establezca, de registro diario de las incidencias acontecidas.
- La empresa que preste el servicio deberá cumplir todas las normas y requisitos técnicos administrativos de la legislación vigente en cuanto a Empresas de Seguridad, en especial las dictadas por el Ministerio del Interior

Se enuncian los siguientes indicadores de disponibilidad y calidad, a los efectos establecidos en el Anexo XIV del PCAP.

SEGURIDAD	CATEG FALLO
Aquellos incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD1
Aquellos incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD2
Inseguridad deducible del incremento de agresiones a personas	FC1
Inseguridad que se deduce del incremento de los robos o daños contra las cosas	FC1
No intervención en situaciones conflictivas	FC1
No colaboración en la prevención de situaciones conflictivas	FC1
Incumplimiento de la obligación de permanencia física las 24 h/d, 365 días en el Centro de Control	FC1
Incumplimiento de la obligación de permanencia física las 24 h/d, 365 días en Urgencias	FC1
Incumplimiento de la obligación de permanencia física las 24 h/d, 365 días en patrulla móvil	FC1
No prestación del servicio por ausencia	FC
No realización de los planes de catástrofes o emergencias	FD2
No cumplimiento de las actuaciones previstas o relacionadas con los Planes de catástrofes o emergencias	FC1
No cualificación o capacitación del personal empleado	FC2
Incumplimiento de la obligación de llevar al día el registro de incidencias	FC2
Incumplimientos de la legislación vigente en materia de seguridad.	FC
Incorrecta uniformidad y/o identificación del personal del servicio	FC1
Incumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente/usuario	FC

Ilustración 10. Imagen de indicadores de Seguridad según PPT (SEG)

NORMATIVA APLICABLE

En cuanto a la normativa aplicable, se incluye en este apartado el listado de la normativa relacionada que pudiera tener aplicación al servicio:

- Ley 5/2014, de 4 de abril, de Seguridad Privada
- Real Decreto 1123/2001, de 19 de octubre, por el que se modifica parcialmente el reglamento de seguridad privada.
- 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.
- Orden 212/2204, de 4 de marzo, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por el que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de Planes de Prevención y Atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en centros e instituciones sanitarias públicas

8.2. DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE SEGURIDAD (SEG)

LISTADO DE DOCUMENTACIÓN RECIBIDA				
SERV	DOCUMENTO	FECHA	FORM	DE
SEG	Manual de Procedimientos de Seguridad	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
SEG	3. ORGANIGRAMA SERVICIOS LIMPIEZA	18-10-15	Word	Laura Alfaro
SEG	PUESTOS DE ACTIVIDAD	18-10-15	Word	Laura Alfaro
SEG	PROTOCOLO DE CIERRE Y APERTURA HOSPITAL	18-10-15	Word	Laura Alfaro
SEG	PROCEDIMIENTO ALARMA DE INCENDIO	18-10-15	Word	Laura Alfaro
SEG	LISTADO DE NORMATIVA APLICABLE	18-10-15	Word	Laura Alfaro
SEG	INFORMACION CALIFICACION DEL PERSONAL	18-10-15	Word	Laura Alfaro
SEG	HORARIO DE ACTIVIDAD POR PUESTO	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
SEG	HABILITACION SASEGUR	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
SEG	DESIGNACION DEL EQUIPO DE COMUNICACIONES_ VIGILANTES DE SEGURIDAD	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
SEG	Agradecimientos Seguridad 2015	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
SEG	POLITICA PREVENCION	18-10-15	Word	Laura Alfaro
SEG	Protocolos de actuación Sasegur	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
SEG	LISTADO EQUIPOS DE EMERGENCIA	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
SEG	HOSPITAL COLLADO VILLALBA-16092015110047	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
SEG	EVALUACION RIESGOS LABORALES	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
SEG	MENSUAL SEGURIDAD ENERO 2015	18-10-15	Word	Laura Alfaro
SEG	MENSUAL SEGURIDAD FEBRERO 2015	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
SEG	MENSUAL SEGURIDAD MARZO 2015	18-10-15	Word	Laura Alfaro
SEG	MENSUAL SEGURIDAD ABRIL 2015	18-10-15	Word	Laura Alfaro
SEG	MENSUAL SEGURIDAD MAYO 2015	18-10-15	Word	Laura Alfaro
SEG	MENSUAL SEGURIDAD JUNIO 2015	18-10-15	Word	Laura Alfaro
SEG	MENSUAL SEGURIDAD JULIO 2015	18-10-15	Word	Laura Alfaro
SEG	MENSUAL SEGURIDAD AGOSTO 2015	18-10-15	Word	Laura Alfaro
SEG	ISO 9001 SASEGUR.pdf	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
SEG	ISO 14001 SASEGUR.pdf	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
SEG	ISO 18001 SASEGUR.pdf	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
SEG	H VILLALBA ENERO 2015 AUX	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
SEG	H VILLALBA FEBRERO 2015 AUX	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
SEG	H VILLALBA MARZO 2015 AUX	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
SEG	H VILLALBA ABRIL 2015 AUX	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
SEG	H VILLALBA MAYO 2015 AUX	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
SEG	H VILLALBA JUNIO 2015 AUX	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
SEG	H VILLALBA JULIO 2015 AUX	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
SEG	H VILLALBA AGOSTO 2015 AUX	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
SEG	H VILLALBA AGOSTO 2015 VS	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
SEG	H VILLALBA ENERO 2015 VS 2	18-10-15	Excel	Laura Alfaro

LISTADO DE DOCUMENTACIÓN RECIBIDA				
SERV	DOCUMENTO	FECHA	FORM	DE
SEG	H VILLALBA FEBRERO 2015 VS	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
SEG	H VILLALBA MARZO 2015 VS	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
SEG	H VILLALBA ABRIL 2015 VS	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
SEG	H VILLALBA MAYO 2015 VS	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
SEG	H VILLALBA JUNIO 2015 VS	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
SEG	H VILLALBA JULIO 2015 VS	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
SEG	H VILLALBA ENERO 2015 VS	18-10-15	Excel	Laura Alfaro
SEG	Registros diarios	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
SEG	Registros semanales	18-10-15	PDF	Laura Alfaro
SEG	Informe del Simulacro - Hospital Villalba - 29.06.2015 - rev1	23-11-15	PDF	Laura Alfaro
SEG	Informe simulacro Hospital Villalba - Febrero 2015	23-11-15	PDF	Laura Alfaro

Tabla 17. Listado de documentación revisada de Seguridad (SEG)

A) MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	Manual de Procedimientos de Seguridad.pdf
Renombrado como:	SEG01 Manual de Procedimientos de Seguridad.PDF
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	12
Título en el documento:	Procedimiento de seguridad y vigilancia
Encabezado:	Título de documento, código, revisión y logo del Hospital
Pie de página:	Número de páginas e indicación de copia no controlada
Autor:	Sí, Dpto. de servicios generales
Fecha de edición y revisión:	Sí, editado, revisado y aprobado en enero de 2012

Análisis de edición del documento:

Su diseño y contenido cumple la norma ISO 9001:2008 en lo referente al apartado “4.2.3 Control de los documentos”.

No contiene índice, pero los apartados incluidos son:

- Objeto
- Alcance
- Documentación de referencia
- Formatos
- Anexos
- Definiciones
- 1 Seguridad y vigilancia del Hospital
 - 1.1 Principio
 - 1.2 Procedimiento operativo
- 2 Plan de contingencias
- 3 Control e integración de elementos materiales y humanos

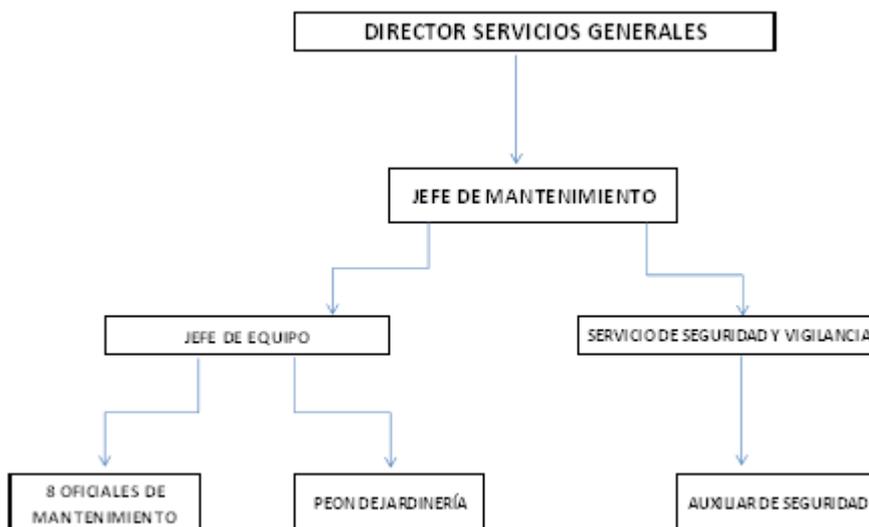
B) ORGANIGRAMA

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	3. ORGANIGRAMA SERVICIOS LIMPIEZA.doc
Renombrado como:	DD02 ORGANIGRAMA.doc
Tipo de archivo:	Documento Microsoft Word
Número de páginas:	1
Título en el documento:	Organigrama servicio de mantenimiento
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Se incluye en el documento el organigrama del servicio, que se esquematiza a continuación:



C) PUESTOS DE ACTIVIDAD

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	PUESTOS DE ACTIVIDAD.docx
Renombrado como:	SEG03 PUESTOS DE ACTIVIDAD.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	1
Título en el documento:	No
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Descripción de los tres puestos existentes que desempeñan los vigilantes de seguridad.

D) PROTOCOLO DE CIERRE Y APERTURA DEL HOSPITAL

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	PROTOCOLO DE CIERRE Y APERTURA HOSPITAL.docx
Renombrado como:	SEG04 PROTOCOLO DE CIERRE Y APERTURA HOSPITAL.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	3
Título en el documento:	HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA APERTURA Y CIERRE DE DEPENDENCIAS
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	Editado el 7/9/15

Análisis del contenido del documento:

Este documento explica los horarios de apertura y cierre de las diferentes dependencias del Hospital, distinguiendo días laborables, sábados y festivos.

E) PROCEDIMIENTO ALARMA DE INCENDIO

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	PROCEDIMIENTO ALARMA DE INCENDIO.docx
Renombrado como:	SEG05 PROCEDIMIENTO ALARMA DE INCENDIO.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	2
Título en el documento:	HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA PROCEDIMIENTO ALARMA DE INCENDIO
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Descripción de las acciones a realizar en caso de detección o simulacro de incendio.

F) LISTADO DE NORMATIVA APLICABLE

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	LISTADO DE NORMATIVA APLICABLE.docx
Renombrado como:	SEG06 LISTADO DE NORMATIVA APLICABLE.docx
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	1
Título en el documento:	Listado de normativa aplicable
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No

Fecha de edición y revisión: No

Análisis del contenido del documento:

Numeración de la normativa que aplica al servicio de seguridad y vigilancia.

G) INFORMACION CALIFICACION DEL PERSONAL

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido: INFORMACION CALIFICACION DEL PERSONAL.docx
Renombrado como: SEG07 INFORMACION CALIFICACION DEL PERSONAL.docx
Tipo de archivo: Documento de Microsoft Word
Número de páginas: 3
Título en el documento: Efectivos hospital Villalba/tarjeta identificación profesional
Encabezado: No
Pie de página: No
Autor: No
Fecha de edición y revisión: No

Análisis del contenido del documento:

Evaluación del rendimiento, actitud e implicación de la plantilla de la empresa que realiza el servicio. No incluye firma ni autor.

H) HORARIO DE ACTIVIDAD POR PUESTO

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido: HORARIO DE ACTIVIDAD POR PUESTO.xls
Renombrado como: SEG08 HORARIO DE ACTIVIDAD POR PUESTO.xls
Tipo de archivo: Documento de Microsoft Excel
Número de páginas: 1
Título en el documento: Horario de actividad por puesto
Encabezado: No
Pie de página: No
Autor: No
Fecha de edición y revisión: No

Análisis del contenido del documento:

Horario de cada uno de los tres puestos que ocupan los vigilantes de seguridad en ambos turnos (día y noche).

I) REGISTRO EMPRESA DE SEGURIDAD

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido: HABILITACION SASEGUR.pdf
Renombrado como: SEG09 REGISTRO SASEGUR.pdf

Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	1
Título en el documento:	No
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Certificado del registro de la empresa SASEGUR S.L. como empresa de seguridad.

J) ACCIONES FORMATIVAS SOBRE EL PLAN DE EVACUACIÓN Y EMERGENCIAS

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	DESIGNACION DEL EQUIPO DE COMUNICACIONES_VIGILANTES DE SEGURIDAD.pdf
Renombrado como:	SEG10 Registro de acciones formativas sobre el Plan de Evacuación y emergencias.pdf
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	4
Título en el documento:	Comunicación de la designación de los equipos de emergencia y autoprotección
Encabezado:	Título y logo de IDC Salud
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	Firmados el 2/6/15

Análisis del contenido del documento:

Documentos que comunican al personal su función dentro del Plan de Evacuación y Emergencias y convocatoria para su asistencia a una acción formativa relacionada.

K) AGRADECIMIENTOS

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	Agradecimientos Seguridad 2015.pdf
Renombrado como:	SEG11 Agradecimientos 2015.pdf
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	2
Título en el documento:	Agradecimiento
Encabezado:	Título, logo del Hospital, código y edición
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	Firmados con fecha

Análisis del contenido del documento:

Agradecimientos recibidos por el servicio en el 2015 hasta la realización de la auditoria.

L) PLAN DE AUTOPROTECCIÓN

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	Portada.pdf (Anexo I Directorio de comunicación) (Anexo II Formularios para la gestión de emergencias) (Anexo III Registro de operaciones de mantenimiento) (Capítulo 1 Identificación del titular) (Capítulo 2 Descripción de la actividad) (Capítulo 3 Inventario, análisis y evaluación de riesgos) (Capítulo 4 Inventario de medios) (Capítulo 5 Programa de mantenimiento de instalaciones) (Capítulo 6 Plan de actuación ante emergencias) (Capítulo 7 Integración del PA) (Capítulo 8 Implantación del PA) (Capítulo 9 Mantenimiento de la eficacia y actualización del)
Renombrado como:	SEG12-1 Portada.pdf SEG12-2 (Anexo I Directorio de comunicación).pdf SEG12-3 (Anexo II Formularios para la gestión de emergencias) SEG12-4 (Anexo III Registro de operaciones de mantenimiento) SEG12-5 (Capítulo 1 Identificación del titular) SEG12-6 (Capítulo 2 Descripción de la actividad) SEG12-7 (Capítulo 3 Inventario, análisis y evaluación de riesgos) SEG12-8 (Capítulo 4 Inventario de medios) SEG12-9 (Capítulo 5 Programa de mantenimiento de instalaciones) SEG12-10 (Capítulo 6 Plan de actuación ante emergencias) SEG12-11 (Capítulo 7 Integración del PA) SEG12-12 (Capítulo 8 Implantación del PA) SEG12-13 (Capítulo 9 Mantenimiento de la eficacia y actualización del)
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	280
Título en el documento:	Plan de Autoprotección
Encabezado:	Título y logo de Ingeniería Legal Planning
Pie de página:	Versión, numero de página y capitulo
Autor:	No

Fecha de edición y revisión: Editado en abril de 2013

Análisis del contenido del documento:

Plan de autoprotección del Hospital.

M) POLITICA DE PREVENCIÓN**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido: POLITICA PREVENCIÓN.pdf
Renombrado como: SEG13 POLITICA PREVENCIÓN.pdf
Tipo de archivo: Documento PDF
Número de páginas: 1
Título en el documento: Política de Prevención
Encabezado: Título, logo de Sasegur
Pie de página: Firma, sello y datos de contacto
Autor: No
Fecha de edición y revisión: No

Análisis del contenido del documento:

Política de Prevención seguida por la empresa Sasegur, subcontratada por IDC Salud para la realización del servicio de Seguridad y Vigilancia.

N) PROTOCOLOS DE ACTUACION SASEGUR**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido: Protocolos de actuación Sasegur.pdf
Renombrado como: SEG14 Protocolos de actuación Sasegur.pdf
Tipo de archivo: Documento PDF
Número de páginas: 58
Título en el documento: SASEGUR PROTOCOLOS DE ACTUACION
Encabezado: Título y logo de Sasegur
Pie de página: Número de página
Autor: No
Fecha de edición y revisión: No

Análisis del contenido del documento:

Política de Prevención seguida por la empresa Sasegur, subcontratada por IDC Salud para la realización del servicio de Seguridad y Vigilancia. Incluye:

- Normas básicas del servicio
- Funciones y normas de los vigilantes de seguridad
- Manual de procedimiento
- Actuación en caso de emergencias
- Actuación en caso de aviso de bomba
- Teléfonos de interés
- Guía primeros auxilios

O) LISTADO EQUIPOS DE EMERGENCIA**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido:	LISTADO EQUIPOS DE EMERGENCIA.pdf
Renombrado como:	SEG15 LISTADO EQUIPOS DE EMERGENCIA.pdf
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	1
Título en el documento:	Listado de equipos de emergencia
Encabezado:	Logo del Hospital
Pie de página:	Número de página
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Listado de responsables de actuación en caso de emergencia y número de contacto: jefe de emergencia, jefe de intervención y equipo de primeros auxilios

P) REGISTROS FORMACION PRL**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido:	HOSPITAL COLLADO VILLALBA-16092015110047.pdf
Renombrado como:	SEG16 REGISTRO ACCIONES FORMATIVAS.pdf
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	16
Título en el documento:	No
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Registros de acciones formativas (diplomas) expedidos a los trabajadores del servicio. La formación está relacionada con Prevención de Riesgos Laborales.

Q) REGISTROS FORMACION PRL**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido:	EVALUACION RIESGOS LABORALES.pdf
Renombrado como:	SEG17 EVALUACION RIESGOS LABORALES.pdf
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	17
Título en el documento:	Evaluación de riesgos laborales
Encabezado:	Título, empresa, centro, autor, fecha, número de pagina
Pie de página:	No

Autor: Jose Manuel Garcia Fernandez
Fecha de edición y revisión: Editado el 21/01/2015

Análisis del contenido del documento:

Documento en el que se realiza la evaluación de los riesgos laborales asociados al puesto de vigilante de seguridad.

R) INFORMES MENSUALES

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido: MENSUAL SEGURIDAD ENERO 2015.docx
MENSUAL SEGURIDAD FEBRERO 2015.pdf
MENSUAL SEGURIDAD MARZO 2015.docx
MENSUAL SEGURIDAD ABRIL 2015.docx
MENSUAL SEGURIDAD MAYO 2015.docx
MENSUAL SEGURIDAD JUNIO 2015.docx
MENSUAL SEGURIDAD JULIO 2015.docx
MENSUAL SEGURIDAD AGOSTO 2015.docx

Renombrado como: SEG18 MENSUAL SEGURIDAD ENERO 2015.docx
SEG19 MENSUAL SEGURIDAD FEBRERO 2015.docx
SEG20 MENSUAL SEGURIDAD MARZO 2015.docx
SEG21 MENSUAL SEGURIDAD ABRIL 2015.docx
SEG22 MENSUAL SEGURIDAD MAYO 2015.docx
SEG23 MENSUAL SEGURIDAD JUNIO 2015.docx
SEG24 MENSUAL SEGURIDAD JULIO 2015.docx
SEG25 MENSUAL SEGURIDAD AGOSTO 2015.docx

Tipo de archivo: Documentos de Microsoft Word

Número de páginas: 8 en total, 1 por informe

Título en el documento: Informe Mensual de Seguridad y Vigilancia

Encabezado: Título, fecha y logo de Sasegur

Pie de página: Número de página

Autor: No

Fecha de edición y revisión: Incluye mes de edición

Análisis del contenido del documento:

Informes mensuales del servicio de enero a agosto de 2015, ambos incluidos. Incluyen actividad desarrollada e información adicional.

S) CERTIFICADOS DEL SERVICIO

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido: ISO 9001 SASEGUR.pdf
ISO 14001 SASEGUR.pdf
ISO 18001 SASEGUR.pdf

Renombrado como:	SEG26 ISO 9001 SASEGUR.pdf SEG27 ISO 14001 SASEGUR.pdf SEG28 OHSAS 18001 SASEGUR.pdf
Tipo de archivo:	Documentos PDF
Número de páginas:	3
Título en el documento:	No
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	Incluye fecha de expedición y de expiración

Análisis del contenido del documento:

Certificados que acreditan al servicio en el cumplimiento de las normas ISO 9001, ISO 14001 y OHSAS 18001.

T) INFORMES DIARIOS

Análisis del contenido del documento:

Recibida una muestra de los informes diarios que realiza el servicio, siendo un total de 44 documentos (los registros del 9 al 22 de enero en ambos turnos). Incluyen fecha, nombre de los operarios del turno y descripción de incidencias ocurridas con su hora.

H) INFORMES SEMANALES

Análisis del contenido del documento:

Recibida una muestra de los informes semanales que realiza el servicio, siendo un total de 29 documentos (desde febrero a agosto). Incluyen una recopilación de todas las incidencias descritas en los informes diarios.

U) CUADRANTES DE PERSONAL

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	H VILLALBA ENERO 2015 AUX.xls H VILLALBA FEBRERO 2015 AUX H VILLALBA MARZO 2015 AUX H VILLALBA ABRIL 2015 AUX H VILLALBA MAYO 2015 AUX H VILLALBA JUNIO 2015 AUX H VILLALBA JULIO 2015 AUX H VILLALBA AGOSTO 2015 AUX H VILLALBA ENERO 2015 VS H VILLALBA ENERO 2015 VS 2 H VILLALBA FEBRERO 2015 VS H VILLALBA MARZO 2015 VS H VILLALBA ABRIL 2015 VS
------------------------------	--

H VILLALBA MAYO 2015 VS

H VILLALBA JUNIO 2015 VS

H VILLALBA JULIO 2015 VS

H VILLALBA AGOSTO 2015 VS

Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Excel
Número de páginas:	17
Título en el documento:	No
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Cuadrantes de personal mensuales para la cobertura de los puestos del servicio. Incluyen mes, fecha, nombre y apellidos, hora de entrada, hora de salida y total de horas por día.

8.3. PROGRAMA DE VISITA (SEG)

Se realiza la auditoria del servicio el día 28/10/15:

- Revisión de la operativa del servicio
- Revisión de la central de seguridad
- Revisión de los medios materiales empleados
- Revisión de la cobertura de puestos

8.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (SEG)

8.4.1. MEDIOS MATERIALES (SEG)

Se ha verificado la disponibilidad de los medios materiales descritos en los documentos del servicio.

LISTADO DE EQUIPOS		
EQUIPOS	Nº	Observado
EQUIPOS DE RADIOTRASMISION	3	 SI
LINTERNAS HALOGENAS	1	SI

LISTADO DE EQUIPOS		
EQUIPOS	Nº	Observado
		
EQUIPO DE CONTROL INFORMATIZADO	1	SI 
CHALECOS REFLECTANTES	1	SI 
GUANTES HOMOLOGADOS DE PROTECCION ANTIPINCHAZOS	1	SI 
Dos motocicletas Dos detectores manuales de metales	2 2	Ya no los tienen por falta de utilidad en este hospital (quitar entonces del manual de procedimientos).

8.4.2. MEDIOS HUMANOS (SEG)

El servicio tiene asignados tres puestos al turno de día y tres puestos al turno de noche. Se ha verificado la cobertura de estos puestos en el día de la auditoria. En todo momento, el personal se encuentra debidamente uniformado e identificado, utilizando los EPIS propios de una central de esterilización. No se detectan incidencias relacionadas.

FECHA	TURNO	CUBIERTO POR	EPIS
28-10-15	Mañana	Lorenzo Torres	
		Álvaro David Aguilar	
		Juan Manuel Heiderreich	

8.4.3. EVALUACION DE PROCESOS (SEG)

El responsable de servicio explica la operativa diaria del servicio, a fin de comprobar que se cumplen los procedimientos descritos en el Manual de Procedimientos.

La actividad diaria de seguridad y vigilancia de las instalaciones queda registrada en los Partes Diarios, por cada turno y en cada zona vigilada, adjuntando las Hojas de Incidencias correspondientes.

El servicio dispone de tres puestos por turno, que se distribuyen el trabajo del siguiente modo:

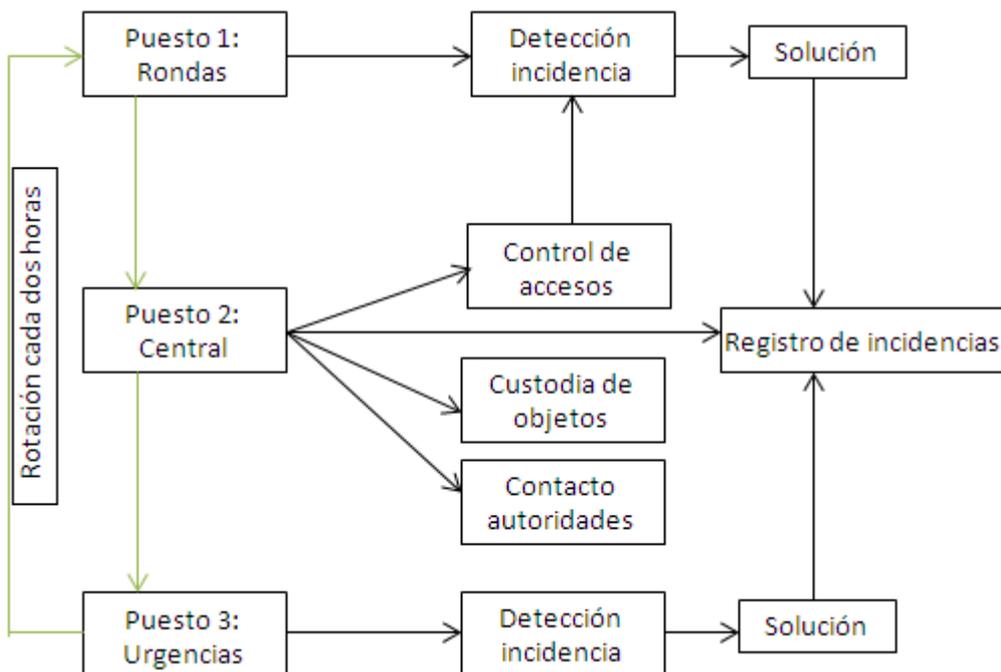
- Puesto 1: Control de cámaras
- Puesto 2: Realización de rondas
- Puesto 3: Puerta de urgencias

Estos tres puestos rotan cada dos horas, distribuyéndose las siguientes funciones:

- **Rondas de Seguridad:** Durante la auditoria, se comprueba como el vigilante que realiza las rondas está en contacto permanente con el vigilante que realiza el sala de control de cámaras y le comunica las incidencias que van ocurriendo, para su registro en los informes diarios.
- **Permanencia en zonas de riesgo específico en determinadas horarios:** Se lleva a cabo por el vigilante que se encuentre realizando rondas, a petición del Hospital.
- **Control de Accesos:** Durante la auditoria, se comprueba que el servicio dispone, en la sala de control de cámaras del Hospital, de un sistema informático para el control de accesos del Hospital, de modo que se detecta de inmediato cuando se produce la apertura de

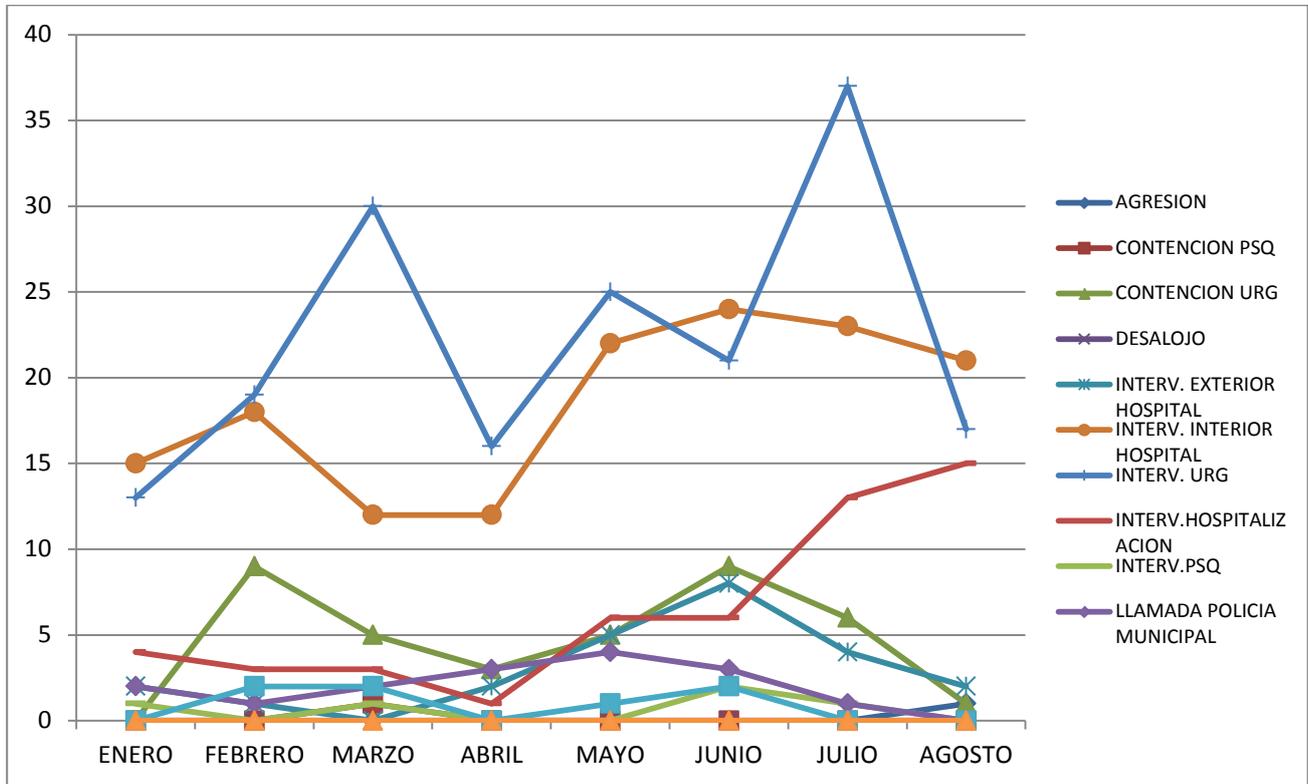
- alguna puerta que deba permanecer cerrada. En caso de ocurrir esto, el vigilante de la central se lo comunica al que esté realizando las rondas, para su inspección y cierre.
- **Control de personas sospechosas:** Se lleva a cabo por el vigilante que se encuentre realizando rondas, a petición del Hospital.
 - **Operación desde la Sala de Control:** El acceso a la central es restringido. En el interior se encuentran los monitores que muestran la actividad que van captando las cámaras distribuidas por el Hospital, que son visualizadas en todo momento por un vigilante. Aparte de lo descrito anteriormente, el vigilante que se encuentra en la sala de control, realiza el control de megafonía y comunica con autoridades externas al Hospital (bomberos, policía, etc.) en caso necesario. Además, se realiza la custodia de los objetos depositados en la caja fuerte del Hospital. Durante la auditoria, se solicita al personal del servicio que explique el procedimiento empleado para realizar este depósito. Se verifica que el servicio dispone de un registro que los usuarios rellenan y que dicho registro incluye todo el contenido necesario. Además, el servicio tiene documentado el protocolo para la apertura y cierre del Hospital, en el que se describen los horarios de apertura y cierre de las distintas zonas del Hospital.

Por otro lado, se verifica que el personal conoce el procedimiento de actuación ante una alarma de incendios, ya que sus indicaciones coinciden con la documentación recibida. Además, los registros recibidos evidencian que el personal ha recibido formación y conoce los planes de emergencia y autoprotección del Hospital.



8.4.4. RESULTADOS DE AUDITORÍA (SEG)

No aplica, puesto que no se ha realizado muestreo en la auditoria de este servicio. Los resultados de auditoria se incluyen en los puntos posteriores. A continuación se incluye un gráfico con la evolución de la actividad del servicio según los informes mensuales recibidos:



8.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (SEG)

AREA DE MEJORA / INCIDENCIA	PROPUESTA DE MEJORA
Los recorridos de las rondas no se encuentran protocolizados. Se considera área de mejora.	Se recomienda protocolizar los recorridos que debe realizar el personal de rondas, en caso de no detectarse ninguna necesidad específica en algún área, de modo que se garantice con mayor fiabilidad la seguridad de todas las zonas.
Los medios descritos en el manual del servicio no están actualizados: se debe omitir motocicletas y detectores manuales de metales.	

8.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (SEG)

Se incluyen en este punto aquellos puntos que se han detectado como destacables frente a otros servicios de seguridad en Hospitales según la experiencia del equipo auditor:

PUNTO FUERTE	EVIDENCIA
<p>La calidad de los registros generados a diario por turno (informes diarios) es muy buena, permitiendo al lector entender rápidamente cual ha sido la actividad realizada.</p>	<p>Observación de los registros recibidos.</p>

8.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (SEG)

A continuación se incluye la evaluación de los indicadores incluidos en el PPT:

INDICADORES	EVALUACIÓN
Incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales	No se han detectado incidencias relacionadas. Ninguna de las incidencias detectadas afecta a la operatividad y/o uso de áreas funcionales.
Incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales	Se detecta una incidencia relacionada: Ausencia de dos trampas para insectos en cocinas y un portacebos para roedores en parking.
Inseguridad deducible del incremento de agresiones a personas	No se han detectado incidencias relacionadas. Los informes mensuales indican que no se ha producido ninguna agresión durante el 2015. Durante la auditoria, no se detectan incidencias.

INDICADORES	EVALUACIÓN
Inseguridad que se deduce del incremento de los robos o daños contra las cosas	No se han detectado incidencias relacionadas. Los informes mensuales indican que no se ha producido un incremento de robos o daños durante el 2015.
No intervención en situaciones conflictivas	No se han detectado incidencias relacionadas. Durante la auditoria, se verifica que el personal acude a las solicitudes que el Hospital realiza cuando se genera una situación conflictiva.
No colaboración en la prevención de situaciones conflictivas	No se han detectado incidencias relacionadas. Durante la auditoria, se verifica que el personal realiza las rondas y la vigilancia necesaria y está a disposición del Hospital.
Incumplimiento de la obligación de permanencia física las 24 h/d, 365 días en el Centro de Control	No se han detectado incidencias relacionadas. Los informes diarios evidencian la permanencia física en el Centro de Control.
Incumplimiento de la obligación de permanencia física las 24 h/d, 365 días en el Urgencias	No se han detectado incidencias relacionadas. Los informes diarios evidencian la permanencia física en Urgencias.
Incumplimiento de la obligación de permanencia física las 24 h/d, 365 días en el patrulla móvil	No se han detectado incidencias relacionadas. Los informes diarios evidencian la permanencia física en patrulla móvil.
No prestación de servicios por ausencia	No se han detectado incidencias relacionadas. Los informes diarios evidencian la prestación de servicios.
No realización de los planes de catástrofes o emergencias	No se han detectado incidencias relacionadas. Se ha recibido y examinado la documentación relacionada.
No cualificación o capacitación del personal empleado	No se han detectado incidencias relacionadas. Se han recibido los registros formativos del personal empleado.
Incumplimiento de la obligación de llevar al día el registro de incidencias	No se han detectado incidencias relacionadas. Se han recibido dichos registros y se ha verificado la operativa diaria que se usa para su redacción.
Incumplimientos de la legislación vigente en materia de seguridad	No se han detectado incidencias relacionadas. No se ha detectado ningún incumplimiento de la legislación vigente en materia de seguridad.
Incorrecta uniformidad y/o identificación del personal del servicio	No se han detectado incidencias relacionadas. Se ha comprobado que el personal del servicio se identifica y uniforma correctamente.
Incumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente/usuario	No se han detectado incidencias relacionadas.

8.8. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (SEG)

El equipo auditor considera que **la organización ha establecido y mantenido los procesos y procedimientos** necesarios para prestar el servicio de seguridad y **demuestra la capacidad del sistema para cumplir con los requisitos normativos técnicos y legales** del servicio para el **alcance, objetivos y política del hospital**.

Se han detectado **1 incidencia** en el servicio, clasificada como leve (actualización en el Manual de procedimientos de los medios materiales empleados). El equipo auditor considera que el funcionamiento del servicio es correcto y que los medios empleados garantizan la seguridad de los usuarios del Hospital.

9) CELADORES: TRASLADO DE PACIENTES Y MATERIALES (CEL)

9.1. CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SERVICIO (CEL)

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PCAP

Cumplimiento de la **cláusula 9.1.3 del PCAP** en relación con los servicios no asistenciales:

- Prestar los servicios con medios propios
- De conformidad con la cláusula 9.1.3.8 del PCAP, la Sociedad concesionaria presentará en el plazo de un año desde la formalización del contrato, las memorias y protocolos de actuación, el diseño, organización y los recursos humanos y materiales que propone para cada servicio. En el primer año de funcionamiento del Hospital deberán documentarse los métodos y manuales de procedimiento de cada uno de los servicios.

CRITERIOS ESTABLECIDOS EN PTE

La prestación de este Servicio comprenderá las siguientes funciones o tareas:

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

- Tareas complementarias que puedan ser solicitadas ocasionalmente.

La Sociedad concesionaria dispondrá de todos los materiales, uniformes, artículos de consumo y equipamiento requerido para prestar el Servicio y cumplir con los requisitos fijados en este apartado. Esto incluirá, pero no se limitará a las sillas de ruedas, camillas, remolcadores, equipo de movilización y de carga, material y equipos de reprografía, máquinas de franqueo, equipos de comunicaciones etc.

Se enuncian los siguientes indicadores de disponibilidad y calidad, a los efectos establecidos en el Anexo XIV del PCAP.

SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES Y MATERIALES. OTROS	CATEG FALLO
Aquellos incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD1
Aquellos incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.	FD2
Incumplimiento de las condiciones higiénicas de seguridad en el rasurado de pacientes.	FC1
Incumplimiento de la normativa y protocolos para la realización de los cambios posturales	FC1
Faltas a la dignidad debida al paciente o relativas a la necesaria diligencia en los traslados de pacientes.	FC1
Incorrecta uniformidad y/o identificación del personal del servicio	FC1
Incumplimiento de las normas para el traslado digno de la persona fallecida	FC2
Incumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente/usuario	FC1

Ilustración 11. Imagen de indicadores de celadores según PPT (CEL)

NORMATIVA APLICABLE

En cuanto a la normativa aplicable, se incluye en este apartado el listado de la normativa relacionada que pudiera tener aplicación al servicio:

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Texto consolidado. Última modificación: 5 de octubre de 2011).
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Texto consolidado. Última modificación: 5 de marzo de 2011)
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. (Texto consolidado. Última modificación: 8 de marzo de 2012).
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales (Texto consolidado. Última modificación: 26 de diciembre de 2014) y reglamentos relacionados

9.2. DOCUMENTACIÓN SERVICIO DE CELADORES (CEL)

LISTADO DE DOCUMENTACIÓN RECIBIDA				
SERV	DOCUMENTO	FECHA	FORM	DE
TIG	MANUAL PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLO.pdf	08-10-15	PDF	Laura Alfaro
TIG	TIG02 PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO.docx	08-10-15	Word	Laura Alfaro
TIG	LISTADO DE MEDIOS TRASLADO PACIENTES Y MATERIALES	08-10-15	Word	Laura Alfaro
TIG	HOJA DE REVISION CELADORES NOCHE	08-10-15	Word	Laura Alfaro
TIG	INFORME DIARIO	08-10-15	Excel	Laura Alfaro

Tabla 18. Listado de documentación revisada de Celadores (CEL)

A) MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	MANUAL PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLO.pdf
Renombrado como:	TIG01 MANUAL PROCEDIMIENTO CELADORES.PDF
Tipo de archivo:	Documento PDF
Número de páginas:	39
Título en el documento:	Manual de acogida organizativo celadores
Encabezado:	Título de documento, código, edición y logo del Hospital
Pie de página:	Número de páginas e indicación de copia no controlada
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	Sí, editado en septiembre de 2015

Análisis de edición del documento:

Su diseño y contenido cumple la norma ISO 9001:2008 en lo referente al apartado "4.2.3 Control de los documentos".

Sus apartados incluidos son:

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. DEFINICIÓN DE RESPONSABLES DIRECTOS
4. ACOGIDA DEL TRABAJADOR
5. DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO Y EVALUACION DEL TRABAJADOR
 - 5.1. Funciones Del Celador
 - 5.2. Evaluación Del Trabajador
6. ORGANIZACIÓN INTERNA PERSONAL
 - 6.1. Dotación De Personal, Sistema Y Distribución Por Turnos
 - 6.2. Cambios De Planillas
 - 6.3. Organización De Festivos Y Vacaciones
 - 6.4. Solicitud De Permisos Reglamentarios
 - 6.5. Procedimiento de actuación ante parada Cardíaca
7. UBICACIÓN FÍSICA DEL SERVICIO
8. FUNCIONAMIENTO INTERNO DEL SERVICIO:
 - 8.1. Prioridades Para Actuación

- 8.2. Funciones Del Celador Según Su Localización
- 8.3. Normas Generales
- 9. INTRODUCCIÓN AL SISTEMA INFORMÁTICO

B) PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	TIG02	PROCEDIMIENTO	DE	TRASLADO
	INTRAHOSPITALARIO.docx			
Renombrado como:	PROCEDIMIENTO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO.docx			
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word			
Número de páginas:	6			
Título en el documento:	Procedimiento de traslado intrahospitalario			
Encabezado:	Título de documento, código, edición y logo del Hospital			
Pie de página:	Indicación de copia no controlada			
Autor:	No			
Fecha de edición y revisión:	Sí, editado en diciembre de 2014			

Análisis de edición del documento:

Su diseño y contenido cumple la norma ISO 9001:2008 en lo referente al apartado “4.2.3 Control de los documentos”.

1. OBJETO Y ALCANCE
2. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA/LEGISLACIÓN APLICABLE
3. REALIZACIÓN
 - 3.1 Urgencias.
 - 3.2 Hospitalización.
 - 3.3 UCI
 - 3.3.1 CRITERIOS DE GRAVEDAD.
 - 3.3.2 CONSIDERACIONES RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:
 - 3.3.3 CONSIDERACIONES GENERALES
4. FORMATOS
5. ANEXOS

C) LISTADO DE MEDIOS TRASLADO PACIENTES Y MATERIALES

Ficha técnica del documento:

Nombre del archivo recibido:	NA (Revisado en la central de celadores)
Renombrado como:	NA (Revisado en la central de celadores)
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	1
Título en el documento:	LISTADO DE MEDIOS TRASLADO PACIENTES Y MATERIALES
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis de edición del documento:

Listado de los medios materiales empleados por el servicio.

D) HOJA DE REVISION CELADORES NOCHE**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido:	NA (Revisado en la central de celadores)
Renombrado como:	NA (Revisado en la central de celadores)
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Word
Número de páginas:	1
Título en el documento:	Hoja de revisión celadores noche
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Formato del registro empleado por el servicio para la revisión del stock de balas de gases medicinales en los distintos puntos del Hospital.

E) INFORME DIARIO**Ficha técnica del documento:**

Nombre del archivo recibido:	NA (Revisado en la central de celadores)
Renombrado como:	NA (Revisado en la central de celadores)
Tipo de archivo:	Documento de Microsoft Excel
Número de páginas:	1
Título en el documento:	No
Encabezado:	No
Pie de página:	No
Autor:	No
Fecha de edición y revisión:	No

Análisis del contenido del documento:

Ejemplo de informe diario. Incluye el total de actividad realizada y la demora, tanto por tipo de actividad como por trabajador.

9.3. PROGRAMA DE VISITA (CEL)

Se realiza la auditoria del servicio el día 6/10/15:

- Revisión de la central de celadores
- Acompañamientos de traslados de materiales y pacientes

9.4. VISITA A LAS INSTALACIONES (CEL)

9.4.1. MEDIOS MATERIALES (CEL)

Se ha verificado la disponibilidad de los medios materiales necesarios para realizar el traslado de pacientes y materiales:

- Camas eléctricas
- Camillas de transporte
- Grúas para transferencia de pacientes
- Sillas de ruedas
- Sistemas de transfer de pacientes
- Sistema informático
- Equipos de comunicación

9.4.2. MEDIOS HUMANOS (CEL)

El servicio tiene asignados diez puestos en el turno de mañana. Se ha verificado la cobertura de estos puestos en el día de la auditoria.

Puesto	Nombre y apellidos
ORGANIZADOR/TRIAJE	Oscar Rubelo
URGENCIAS/RAYOS/QUIMIO	Jaime Herrero
HOSPITALIZACION	Celestino Casas
HOSPITALIZACION/CONSULTAS	Fernando Rubio
FARMACIA/HOSPITALIZACION	Leticia Izaguirre
EXTRA	Ana Escribano
REHABILITACION/HOSPITALIZACION	Angel Ochoa
RESPONSABLE QUIROFANO	Pablo Martínez
QUIROFANO	Antonio Lobato
QUIROFANO	Rubén Martin

9.4.3. EVALUACION DE PROCESOS (CEL)

Se ha realizado la evaluación de los procesos llevados a cabo en la operativa del servicio, verificando que se corresponde con lo descrito en el Manual de Procedimientos.

EXPLICACIÓN	FOTO
<p>Las actividades que realiza el servicio pueden ser programadas o a demanda. El organizador del servicio recibe las peticiones que realiza el personal del Hospital mediante la Intranet o por vía telefónica. Estas actividades consisten en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trasladar de unos servicios a otros aparatos o mobiliario - Traslado de los enfermos. - Ayudar al personal sanitario al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial, en razón de sus dolencias, para hacerles la higiene y las camas. - Traslado de cadáveres (Exitus) al mortuorio. Traslado las sabanas que hay en el cesto del mortuorio cuando esté lleno, dejándolo en lencería para su limpieza. <p>El organizador del servicio transmite estas peticiones al personal correspondiente.</p> <p>Se han realizado el acompañamiento a celadores en varios traslados, verificando que se cumplen todos los procedimientos en cuanto a identificación y trato al paciente, confidencialidad y que los medios materiales empleados son los adecuados en cada caso. Estos traslados son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traslado de paciente desde urgencias a radiología en silla de ruedas - Traslado de pacientes desde medicina nuclear a hospitalización en silla de ruedas - Traslado de medicación desde farmacia a urgencias en carro - Traslado desde urgencias a UCI en cama - Traslado desde UCI a hospitalización en cama - Cambio postural en hospitalización <p>Además, se realiza un simulacro de traslado a mortuorio, explicando el procedimiento a seguir, el cual coincide con el explicado en el manual de procedimientos.</p>	 <p align="center">Pantalla de la intranet con la petición de servicios</p>  <p align="center">Estadísticas de trabajo diario</p> 

EXPLICACIÓN	FOTO
<p>Toda esta actividad se recoge en los informes diarios. El organizador dispone de información sobre el total de actividad realizada, la demora media según el tipo de actividad, y la cantidad de tareas realizadas y la demora media en minutos por celador.</p> <p>El responsable del servicio explica la operativa realizada para el control stock de balas de gases medicinales se lleva a cabo del siguiente modo: diariamente, en el turno de noche, se realiza una revisión de todos los puntos del Hospital que deben disponer de este tipo de balas. El resultado de dicha revisión se entrega al servicio de mantenimiento, que gestiona su recogida y reposición.</p>	<p align="center">Libro de registro de mortuorio</p>  <p align="center">Hoja de revisión de stock de balas de O₂</p>

9.4.4. RESULTADOS DE AUDITORÍA (CEL)

No aplica, puesto que no se ha realizado muestreo en la auditoria de este servicio. Los resultados de auditoria se incluyen en los puntos posteriores.

9.5. RESUMEN DE INCIDENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA (CEL)

No se han detectado incidencias ni áreas de mejora durante la auditoria.

9.6. RESUMEN DE PUNTOS FUERTES (CEL)

Se incluyen en este punto aquellos puntos que se han detectado como destacables frente a otros servicios de celadores en Hospitales según la experiencia del equipo auditor:

PUNTO FUERTE	EVIDENCIA
<p>La evaluación del personal del servicio permite mantener su motivación y mejorar su rendimiento.</p>	<p>Registros estadísticos diarios.</p>
<p>Implantación de nuevas tecnologías para la mejora del servicio: sistema de identificación de pacientes antes de su traslado, mediante código de barras y lectura usando una aplicación de los teléfonos móviles.</p>	<p>Observación y explicación por parte del responsable del servicio.</p>

9.7. EVALUACIÓN DE INDICADORES (CEL)

A continuación se incluye la evaluación de los indicadores incluidos en el PPT:

INDICADORES	EVALUACIÓN
Incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales	No se han detectado incidencias relacionadas. Ninguna de las incidencias detectadas afecta a la operatividad y/o uso de áreas funcionales.
Incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales	No se han detectado incidencias relacionadas. Ninguna de las incidencias detectadas podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales.
Incumplimiento de las condiciones higiénicas de seguridad en el rasurado de pacientes	No se han detectado incidencias relacionadas. No se ha observado el rasurado de ningún paciente durante la auditoria, pero no hay quejas relacionadas.
Incumplimiento de la normativa y protocolos para la realización de cambios posturales	No se han detectado incidencias relacionadas. Se ha verificado como el personal del servicio realiza los cambios posturales.
Faltas a la dignidad debida al paciente o relativas a la necesaria diligencia en los traslados de pacientes	No se han detectado incidencias relacionadas. Durante la auditoria, se ha acompañado a celadores en la realización de traslados a pacientes.
Incorrecta uniformidad y/o identificación del personal del servicio	No se han detectado incidencias relacionadas. Todo el personal está debidamente uniformado e identificado.
Incumplimiento de las normas para el traslado digno de la persona fallecida	No se han detectado incidencias relacionadas. No se produce ningún traslado de este tipo durante la auditoria, pero el personal del servicio evidencia sus conocimiento del procedimiento a seguir.
Incumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente/usuario	No se han detectado incidencias relacionadas.

9.8. EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO (CEL)

El equipo auditor considera que **la organización ha establecido y mantenido los procesos y procedimientos** necesarios para prestar el servicio de celadores y **demuestra la capacidad del sistema para cumplir con los requisitos normativos técnicos y legales** del servicio para el **alcance, objetivos y política del hospital.**

No se han detectado incidencias en el servicio. El equipo auditor considera que el funcionamiento del servicio es correcto.

6. CONCLUSIONES

Durante la auditoria, se ha evaluado el cumplimiento de todos los aspectos que debe cumplir cada uno de los servicios según los **Pliegos** (PCAP y PTE), incluyendo los indicadores de calidad y disponibilidad, la **normativa vigente** y la **documentación propia** del servicio.

Los servicios auditados han sido los siguientes:

- Restauración
- Lencería y lavandería
- Seguridad y vigilancia
- Residuos urbanos y sanitarios
- Conservación de viales y jardines
- Esterilización
- Desinsectación y desratización
- Gestión de almacenes y distribución de logística
- Traslado de pacientes y materiales

Se han detectado un total de 29 incidencias, siendo la distribución por servicio la que se muestra en el siguiente gráfico:

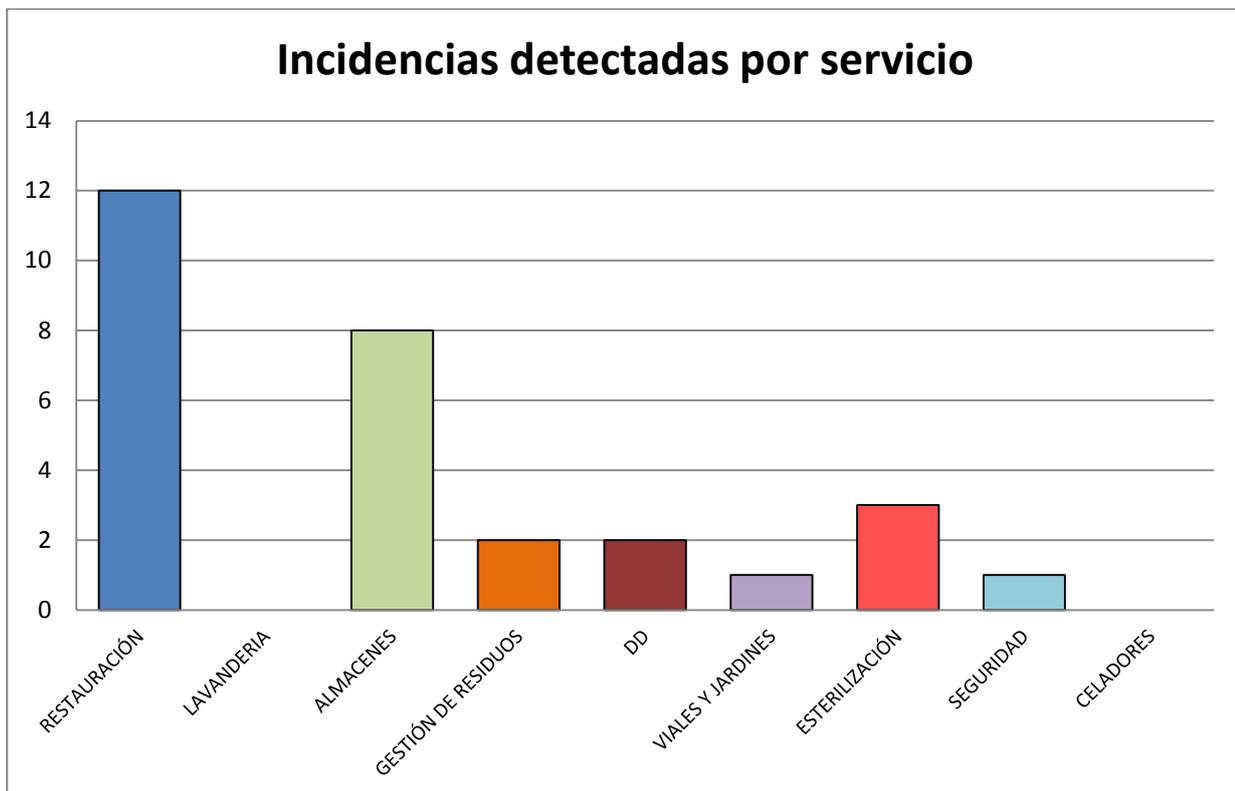


Gráfico 5. Incidencias detectadas por servicio

Estas 29 incidencias se han clasificado en 3 niveles de criticidad:

- **Crítica:** Incumplimientos graves de la normativa. Incidencias que suponen un riesgo claro para las personas y/o el medio ambiente y/o una interrupción del servicio sanitario.
- **Media:** Incumplimientos de normativa y procedimientos que pueden derivar en un riesgo para las personas y/o medio ambiente y/o una afectación al servicio sanitario.

- **Leves:** Incumplimientos de procedimientos que suponen una limitación de uso de salas y/o instalaciones y/o servicios, un sobreconsumo energético.

22 de las 29 incidencias han sido clasificadas como leves y las 7 restantes como medias. No se han detectado incidencias graves en ninguno de los servicios.

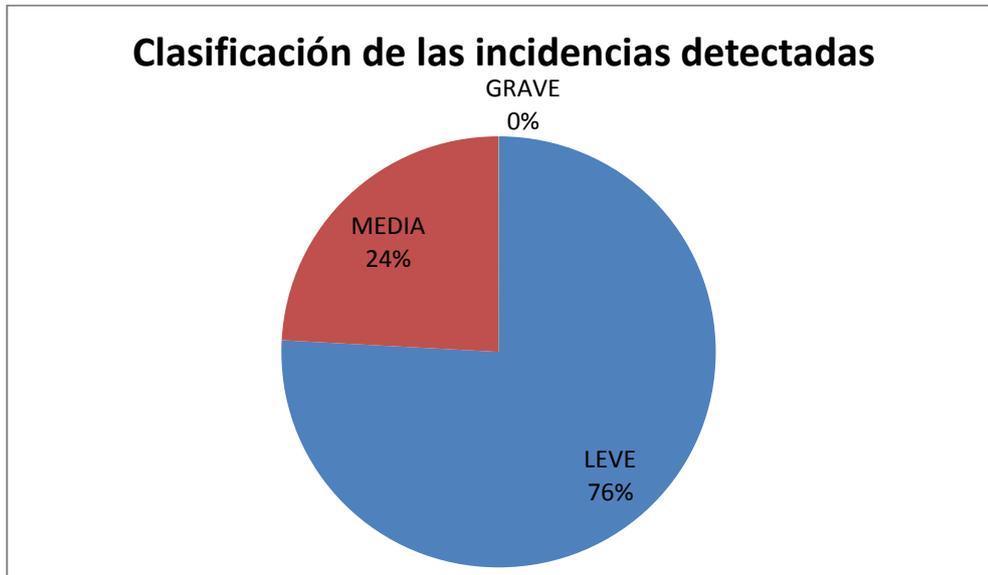


Gráfico 6. Clasificación de las incidencias detectadas

Las 6 incidencias clasificadas como media corresponden a los servicios de restauración (4) y almacenes (2).

La explicación y clasificación de las incidencias detectadas se muestra en la siguiente tabla:

Nº	SERVICIO	INCIDENCIA	CLASIFICACION	PROPUESTA DE MEJORA
1	Restauración	En los <u>listados de medios</u> no aparecen algunos de los medios utilizados por el servicio. Estos medios no parecen controlarse desde el servicio.	Leve	Balanza de Pesado: disponer en el servicio de los certificados de calibrado o verificaciones. Termómetros: disponer en el servicio de los certificados de calibrado o verificaciones. Programa de control de temperaturas.

Nº	SERVICIO	INCIDENCIA	CLASIFICACION	PROPUESTA DE MEJORA
2	Restauración	En la <u>recepción del pedido</u> de pollo del día 13-10-15 no se realiza el control al proveedor tal y como está descrito: la toma de temperatura del camión y visión de sus condiciones se realiza varios minutos después de la recepción durante la que el camión ha estado abierto. Además el trabajador que recibe la mercancía no parece conocer el protocolo, puesto que realiza este control después de preguntarle por qué no lo ha hecho. Lo mismo sucede en la entrada de pedido en cafetería.	Media	Informar a los trabajadores de la necesidad de cumplir con los protocolos del servicio. Formar al personal en los protocolos del servicio.
3	Restauración	En la <u>cámara de carnes</u> se detecta "gallina eviscerada" a las 9:35 del 13-10-15 cuyo consumo debe ser en el día (fecha de caducidad 13-10-15) sin que conste en el menú una elaboración que pueda incluirla. Al finalizar la visita la bandeja con este contenido sigue en el mismo sitio. Tras informar al responsable indica que se puede usar para caldos y otras elaboraciones.	Media	
4	Restauración	En la cámara de lácteos se detecta un paquete de <u>salchichas Frankfurt</u> caducado. Tras avisar a responsable se retira antes de hacer la foto.	Media	
5	Restauración	Envases en congeladores y cámaras frigoríficas: <u>cartón en congelador</u> de cafetería (con panes en su interior)	Leve	Las cajas de cartón son materiales contaminantes e imposibles de limpiar y desinfectar.

Nº	SERVICIO	INCIDENCIA	CLASIFICACION	PROPUESTA DE MEJORA
6	Restauración	La temperatura de los registros de platos elaborados en restauración pacientes es superior a la observada en las tomas realizadas (macarrones por ejemplo). No se garantiza que la temperatura de los alimentos calientes, lleguen al paciente a 60°C o superior.	Leve	
7	Restauración	En la cocina (preparación en caliente) se detecta en el <u>techo una rejilla</u> que desprende rejilla seca sobre el carro donde tiene la carne y pala de mover el alimento en la sartén la cocinera que está cocinándola. El 28 octubre sigue en el mismo estado.	Leve	Se recibe parte de mantenimiento del mismo día 28 de octubre. El mismo día se reciben fotos del sellado realizado.
8	Restauración	El 13/10/15 los <u>cuchillos están en soportes</u> en la pared. Es conveniente disponer de un sistema que esterilice los cuchillos y evite la oxidación/contaminación. Ocurre lo mismo en cafetería.	Leve	El 15 de octubre se recibe el armario esterilizador. Y el 28 de octubre se observa su uso en cocina restauración.
9	Restauración	En cafetería y restauración: la indicación de realizado en los <u>registros de limpieza</u> es en ocasiones una x cuando se ha establecido que debe ser la inicial de la persona que lo realiza.	Leve	
10	Restauración	En una de las neveras de cocina de cafetería se observa puntualmente una <u>pera expuesta</u> al aire.	Leve	

Nº	SERVICIO	INCIDENCIA	CLASIFICACION	PROPUESTA DE MEJORA
11	Restauración	En algunas <u>etiquetas de productos</u> en envases distintos de los originales o bien abiertos no se indica el lote, ni se especifica fecha apertura / caducidad (aunque se presupone), sobre todo en cafetería.	Media	
12	Restauración	Se observa <u>escarcha</u> alrededor del tubo y pared del equipo de frío dentro de la cámara de congelación de cafetería.	Leve	
13	Almacenes	Actualización del mapa de la Unidad de almacenes.	Leve	
14	Almacenes	Mejora del Manual de procedimientos del servicio, indicando actividades en aquellos puntos del proceso donde se realizan controles o clasificaciones de mercancía.	Leve	Recibido un nuevo Manual de procedimientos actualizado a 25/9/2015
15	Almacenes	23-9-15: Nevera en almacén general con mercancía mezclada con comida y bebida para trabajadores del servicio.	Media	Nueva disposición del material de frío para que no pueda existir contaminación alguna del material sanitario, habiendo instalado otra nevera en el lugar de descanso que tiene el personal de almacén.

Nº	SERVICIO	INCIDENCIA	CLASIFICACION	PROPUESTA DE MEJORA
16	Almacenes	23-9-15: Se detectan <i>Discos adhesivos Coloplast</i> caducados desde 12/5/2015. La referencia es MS_03030160	Media	<p>Acción inmediata: retirada de toda la mercancía caducada del almacén y revisión del método de control de caducidades para determinar las causas.</p> <p>Según indica el responsable se trata de mercancía que proporciona el proveedor a coste 0 y que por tanto no aparece en las consultas de caducidad. No se ha utilizado ninguna de las unidades que entraron.</p> <p>Anota referencia y busca sistema para ver si hay reparto a planta: aparece 0. La evidencia incluida en anexo verifica solo que en el día consultado no se ha consumido pero se desconoce que ha ocurrido otros días.</p> <p>Se debe implantar un procedimiento para que no vuelva a ocurrir.</p>
17	Almacenes	La referencia vista en el almacén central no corresponde a la que aparece en los listados	Leve	<p>La mercancía TRACOE twist Tracheostomy Tube, con la referencia MS_03040247 (ver foto)</p> <p>En listado del manual y por plantas: MS03040247 BIOPSY PUNCH 5 MM -200105</p>
18	Almacenes	Algunos de los productos almacenados en las plantas, no permite conocer la caducidad. Los materiales que proceden de una gran caja y se reparten en los dos cajetines, tales como esparadrapos y bastoncillos, quedan sueltos en los cajetines sin identificar caducidad.	Leve	<p>Diseñar un área de mejora para garantizar el consumo preferente de los materiales de este tipo que caducan primero y además garantizar que no queda ninguna unidad sin consumir dentro de la fecha recomendada.</p>

Nº	SERVICIO	INCIDENCIA	CLASIFICACION	PROPUESTA DE MEJORA
19	Almacenes	En algunos almacenes de planta como quirúrgico y hospitalización planta 3: en ocasiones no se cumple que el primer material en caducar esté para consumo prioritario	Leve	A pesar de ser incidencias puntuales se debe insistir a los mozos que reponen material en plantas la necesidad de que la reposición se realice siguiendo la metodología FIFO.
20	Almacenes	Almacén planta P2A: se observan cajas en el suelo	Leve	Se debe formar al personal en la importancia de cumplir los protocolos del servicio.
21	Gestión de residuos	Los residuos de envases (fracción amarilla) y de cartón (fracción azul) se depositan en el mismo compactador.	Leve	Adquisición de un nuevo compactador para separar ambas clases de residuos
22	Gestión de residuos	Uso de contenedores de RBE para residuos de vidrio en zonas de hospitalización	Leve	Adquisición de contenedores de vidrio que se adapten al espacio disponible para su colocación en los controles de enfermería.
23	DD	Una de las trampas observadas no está incluida en los planos.	Leve	Actualización de planos.
24	DD	Se detecta la ausencia de dos trampas para insectos en cocinas y un porta cebos para roedores en parking.	Leve	Revisión y registro periódico de que las trampas se encuentren donde indiquen los planos, solicitando su reposición cuando se extravíen (trampas susceptibles de ser retiradas durante operaciones de limpieza)
25	Viales y jardines	Acumulaciones de hojas caídas en determinadas zonas de la calzada y rejillas de viales.	Leve	Valorar la posibilidad de un aumento de la frecuencia de barrido en los meses otoñales.
26	Esterilización	La impresora para etiquetas se encuentra estropeada.	Leve	Solucionada durante el periodo de auditoria.
27	Esterilización	El registro visual del control biológico que se realiza no permite verificar que el resultado sea la ausencia de microorganismos. Se considera incidencia.	Leve	Sustitución del control biológico realizado en los autoclave por otro que permita realizar la comparación mediante cambio de color de ambas muestras

Nº	SERVICIO	INCIDENCIA	CLASIFICACION	PROPUESTA DE MEJORA
28	Esterilización	No se ha protocolizado y documentado la existencia de un stock de seguridad de material estéril en los almacenes de material estéril. El responsable del servicio indica que sí existe dicho stock, que se acuerda con el personal responsable de quirófanos, pero al no estar documentado no se ha podido verificar. Se considera una incidencia, al ser un requerimiento del PPT.	Media	Documentar el stock de seguridad que debe haber siempre en el almacén estéril, acordándolo con los responsables sanitarios implicados.
29	Seguridad	Los medios descritos en el manual del servicio no están actualizados: se debe omitir motocicletas y detectores manuales de metales.	Leve	Actualizar el manual del servicio

Tabla 19. Resumen de incidencias detectadas

Por otro lado, el equipo auditor ha detectado las siguientes áreas de mejora:

SERVICIO	AREA DE MEJORA	PROPUESTA DE MEJORA
Lavandería	La balanza empleada es la misma que se utiliza para el pesado de residuos. Aunque el servicio indica que la diferencia de horarios entre la retirada de ropa/residuos con la recepción de ropa limpia garantiza que no se produzca contaminación cruzada, el equipo auditor recomienda la realización de ambas pesadas mediante dos balanzas diferentes.	Adquisición de una balanza específica para pesado de residuos.
Gestión de residuos	La balanza empleada es la misma que se utiliza para el pesado de residuos. Aunque el servicio indica que la diferencia de horarios entre la retirada de ropa/residuos con la recepción de ropa limpia garantiza que no se produzca contaminación cruzada, el equipo auditor recomienda la realización de ambas pesadas mediante dos balanzas diferentes.	Adquisición de una balanza específica para pesado de residuos.

SERVICIO	AREA DE MEJORA	PROPUESTA DE MEJORA
Gestión de residuos	Los residuos de vidrio se transportan a un contenedor situado en las inmediaciones del depósito final.	Adquisición de compactador o contenedor específico para residuos de vidrio.
Esterilización	No se encuentra documentado y protocolizado el contenido de los contenedores.	Documentar el contenido de los contenedores.
Seguridad	Los recorridos de las rondas no se encuentran protocolizados. Se considera área de mejora.	Se recomienda protocolizar los recorridos que debe realizar el personal de rondas, en caso de no detectarse ninguna necesidad específica en algún área, de modo que se garantice con mayor fiabilidad la seguridad de todas las zonas.

Tabla 20. Resumen de áreas de mejora detectadas

El equipo auditor resalta los siguientes puntos fuertes detectados en cada uno de los servicios:

SERVICIO	PUNTO FUERTE
Restauración	Sistema de control de la temperatura de las cámaras
Restauración	La actitud del personal durante la auditoria fue muy positiva, reconociendo las áreas de mejora que se fueron detectando.
Lavandería	Destaca el estado de las prendas almacenadas tanto en cuartos de lencería como en el almacén central. Durante la auditoria, únicamente se encuentra una prenda en mal estado de planchado dentro de una muestra bastante elevada de prendas.
Almacenes	Normalización y etiquetado de mercancía.
Almacenes	Reparto en almacenes de planta.
Gestión de residuos	Destaca el estado de los contenedores de los depósitos intermedios de residuos. No se detectan contenedores sucios, con mal olor ni ningún tipo de derrame.
Gestión de residuos	Destaca la frecuencia de retirada de residuos de los depósitos intermedios. No se observan contenedores llenos ni casi llenos durante el recorrido realizado.
DD	La cantidad de trampas y portacebos destaca respecto a otros Hospitales. Este puede ser el motivo por el que no hay observaciones en los informes, salvo alguna sobre elementos estructurales.
Viales y jardines	El estado de mantenimiento de las zonas exteriores que se han observado es bueno, excepto en aquellos en los que se han detectado incidencias puntuales.

SERVICIO	PUNTO FUERTE
Esterilización	El lavado de carros para el transporte de material está procedimentado y documentado, utilizando un producto específico para tal fin: el gel Pre-Lenz, que puede ser utilizado sobre cualquier instrumento quirúrgico o dispositivo médico donde la sangre, proteínas, mucosas o restos rescos hayan podido depositarse o bien donde resulte impracticable realizar un proceso de cepillado.
Esterilización	La actitud del personal durante la auditoria fue muy positiva, reconociendo las áreas de mejora que se fueron detectando.
Seguridad	La calidad de los registros generados a diario por turno (informes diarios) es muy buena, permitiendo al lector entender rápidamente cual ha sido la actividad realizada.
Celadores	La evaluación del personal del servicio permite mantener su motivación y mejorar su rendimiento.
Celadores	Implantación de nuevas tecnologías para la mejora del servicio: sistema de identificación de pacientes antes de su traslado, mediante código de barras y lectura usando una aplicación de los teléfonos móviles.

Tabla 21. Resumen de puntos fuertes detectados

Por último, la siguiente tabla muestra un resumen del número de incidencias, áreas de mejora y puntos fuertes detectados en cada uno de los servicios auditados:

SERVICIO	INCIDENCIAS	AREAS DE MEJORA	PUNTOS FUERTES
RESTAURACIÓN	12	0	2
LAVANDERIA	0	1	1
ALMACENES	8	0	2
GESTIÓN DE RESIDUOS	2	2	2
DD	2	0	1
VIALES Y JARDINES	1	0	1
ESTERILIZACIÓN	3	1	2
SEGURIDAD	1	1	1
CELADORES	0	0	2

Tabla 22. Número de incidencias, áreas de mejora y puntos fuertes detectados

7. LISTADO DE ILUSTRACIONES, GRÁFICOS Y TABLAS

Tabla 1. Listado de documentación revisada de Restauración (RES)	17
Tabla 2. Listado de medios recibido (RES)	21
Tabla 3. Formación de trabajadores de cocina y cafetería (RES)	22
Tabla 4. Observación de las cámaras de refrigeración y congelación en cocina (RES)	59
Tabla 5. Control de productos almacenados en cocina (RES).....	61
Tabla 6. Listado de documentación revisada de Lencería y Lavandería (LAV)	69
Tabla 7. Listado de documentación revisada de gestión de almacenes (ALM).....	88
Tabla 8. Revisión de material en almacén central (ALM)	117
Tabla 9. Revisión de material en almacén de gabinetes (ALM).....	117
Tabla 10. Revisión de material en almacén quirúrgico (ALM)	118
Tabla 11. Revisión de material en almacén hospitalización (ALM)	118
Tabla 12. Revisión de material en almacén consultas externas (ALM)	119
Tabla 13. Listado de documentación revisada de gestión de residuos (GR)	125
Tabla 14. Listado de documentación revisada de desinsectación y desratización (DD)	147
Tabla 15. Listado de documentación revisada de Viales y jardines (VJ).....	164
Tabla 16. Listado de documentación revisada de Esterilización (EST)	180
Tabla 17. Listado de documentación revisada de Seguridad (SEG).....	218
Tabla 18. Listado de documentación revisada de Celadores (CEL)	237
Tabla 19. Resumen de incidencias detectadas	251
Tabla 20. Resumen de áreas de mejora detectadas	252
Tabla 21. Resumen de puntos fuertes detectados	253
Tabla 22. Número de incidencias, áreas de mejora y puntos fuertes detectados	253
Ilustración 1. Imagen de indicadores de Restauración según PPT (RES)	15
Ilustración 2. Distribución de zonas en cocina (RES)	21
Ilustración 3. Distribución de zonas en cafetería (RES)	22
Ilustración 4. Imagen de indicadores de lavandería y lencería según PPT (LAV)	67
Ilustración 5. Imagen de indicadores de gestión de almacenes según PPT (ALM).....	87
Ilustración 6. Imagen de indicadores de gestión de residuos urbanos y sanitarios según PPT (GR)	124
Ilustración 7. Imagen de indicadores de desinsectación y desratización según PPT (DD)	145
Ilustración 8. Imagen de indicadores de Viales y jardines según PPT (VJ)	163
Ilustración 9. Imagen de indicadores de Esterilización según PPT (VJ)	178
Ilustración 10. Imagen de indicadores de Seguridad según PPT (SEG).....	216
Ilustración 11. Imagen de indicadores de celadores según PPT (CEL).....	236
Gráfico 1. Porcentaje de artículos caducados (ALM).....	122
Gráfico 2. Número de observaciones y artículos disponibles según programas.....	122
Gráfico 3. Ubicación adecuada de trampas y cebos (DD).....	159
Gráfico 4. Correspondencia de ubicación de trampas y cebos con lo indicado en los planos (DD)	159
Gráfico 5. Incidencias detectadas por servicio	244

Gráfico 6. Clasificación de las incidencias detectadas 245