

**Informe de la Auditoría**

HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA

**Marzo 2018**



**Servicio Madrileño de Salud**

 **Comunidad de Madrid**

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

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



**GEPRECON**  
GESTIÓN PREVENCIÓN CONTROL

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

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

## ÍNDICE DEL DOCUMENTO

<b>1.</b>	<b>ANTECEDENTES.....</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA .....</b>	<b>4</b>
<b>3.</b>	<b>DOCUMENTACIÓN REVISADA.....</b>	<b>4</b>
3.1.	SERVICIO DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA.....	5
3.2.	SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN.....	5
3.3.	SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS.....	5
3.4.	SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES .....	6
<b>4.</b>	<b>NORMATIVA APLICABLE.....</b>	<b>6</b>
4.1.	SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA: .....	6
4.2.	SERVICIO DE DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN:.....	7
4.3.	SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS.....	7
4.4.	SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES .....	7
<b>5.</b>	<b>METODOLOGÍA GENERAL .....</b>	<b>8</b>
5.1.	INTRODUCCIÓN.....	8
5.2.	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE INDICADORES .....	9
5.3.	AUDITORIA EXTERNA DE LOS SERVICIOS .....	9
<b>6.</b>	<b>METODOLOGIA DESARROLLADA.....</b>	<b>10</b>
6.1.	PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA .....	10
6.2.	PROCESO DE LA AUDITORÍA.....	10
6.3.	EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.....	11
6.4.	CIERRE DE LA AUDITORÍA .....	13
<b>7.</b>	<b>RESUMEN EJECUTIVO.....</b>	<b>13</b>
<b>8.</b>	<b>DATOS GENERALES DEL HOSPITAL.....</b>	<b>15</b>
<b>9.</b>	<b>DATOS GENERALES DEL SERVICIO.....</b>	<b>15</b>
9.1.	SERVICIO DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA.....	15
9.2.	SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN.....	17
9.3.	SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS.....	18
9.4.	SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES .....	19
<b>10.</b>	<b>RESULTADOS DE LA AUDITORÍA .....</b>	<b>21</b>
10.1.	VALORACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO. RESUMEN DE RESULTADOS.....	21
10.2.	ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS CONTRACTUALES Y NORMATIVA APLICABLE.....	32
10.3.	DESCRIPTIVO DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS.....	37
<b>11.</b>	<b>PARÁMETROS DE DESEMPEÑO DEL SERVICIO.....</b>	<b>43</b>
11.1.	PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.....	43
11.2.	CUADRO DE MANDO Y PLAN DE SEGUIMIENTO.....	44

<b>12. PROPUESTAS DE MEJORA.....</b>	<b>46</b>
<b>13. ANEXOS.....</b>	<b>47</b>
13.1. REPORTAJE FOTOGRÁFICO.....	47
13.2. CD CON DOCUMENTACIÓN REVISADA.....	53
13.3. “CHECK LIST” CUMPLIMENTADOS.....	54

## 1. ANTECEDENTES

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

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

## 2. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA

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

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

En resumen, los objetivos generales de la Auditoría son:

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

## 3. DOCUMENTACIÓN REVISADA.

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

### 3.1. SERVICIO DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

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

### 3.2. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN

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

### 3.3. SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS

- Definición del interlocutor para el control del servicio
- Planos de logística intracentro de residuos urbanos y sanitarios: Plantas (1, 2, 3 y 4) Planta Baja, Planta Sótano y Depósito aguas de laboratorio.
- Planos de logística extracentro (almacenamientos finales y expedición de residuos urbanos y sanitarios).
- Características de los envases de recogida y almacenamiento de residuos:
  - FT Biocompact 3L y 10L amarillo.
  - FT Biogrip 30-60L Negro, Azul y Rojo
  - FT Bolsa 120L con soporte
  - FT bolsa contenedor bisagra 60L
  - FT Contenedor bisagra negro 60L
  - FT Garrafa 25L traslucida
- Estudio Plan de control y gestión de residuos urbanos y sanitarios.
- Personal adscrito al servicio de manejo y gestión de residuos y responsabilidades.
- Datos de empresas encargadas del transporte de residuos urbanos y sanitarios.
- Datos de empresas encargadas de la gestión de residuos urbanos y sanitarios.
- Contratos de tratamiento para cada tipología de residuos generados.
- Autorizaciones, comunicaciones o inscripciones del Hospital en materia de residuos.

- Archivo cronológico de residuos.
- Informes de actividad en materia de gestión de residuos.
- Documentos de identificación y, en su caso, notificaciones de traslado, para los residuos gestionados.
- Modelos de etiquetas identificativas de almacenamiento temporales y finales de los residuos urbanos y sanitarios.
- Registro de quejas, incidencias de usuarios.
- Registros de denuncias sobre almacenamiento, transporte o gestión de residuos.
- Otra información relevante: Buenas Prácticas Ambientales.

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

- Definición del interlocutor para el control del servicio.
- Planos de viales y jardines:
  - Acceso Vehículos emergencia.
  - Mantenimiento Accesos.
  - Mantenimiento Evacuaciones.
- Plan de Mantenimiento Preventivo de Viales: Mantenimientos viales 2017.
- Plan de Mantenimiento Jardinería, podas, plantaciones, etc.
  - Ítems Mantenimiento Jardinería.
  - Mantenimiento Zonas Verdes\_2017.
- Datos de empresa subcontratada para jardinería.
  - Plan de emergencia y autoprotección.
  - Planos.
  - Situación y emplazamiento.
  - Anexos I-VI.
  - Capítulos 1-9.
  - Justificantes: Registro PAU y Aportación de Planos.
  - Informe de simulacro de emergencias del 09/06/2017.

## **4. NORMATIVA APLICABLE.**

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

### **4.1. SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA:**

- REAL DECRETO 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- REAL DECRETO 1215/1997, de 18 de julio por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo.
- REAL DECRETO 513/2017 Reglamento de instalaciones de protección contra incendios.
- Norma UNE-EN 15635:2010 “Almacenaje en estanterías metálicas. Uso y mantenimiento del equipo de almacenamiento”.

- Norma UNE 58013:2010 “Almacenaje en estanterías metálicas. Requisitos para el tratamiento de elementos dañados”,
- Norma UNE 23580-1:2005: Seguridad contra incendios. Actas para la revisión de las instalaciones y equipos de protección contra incendios. Inspección técnica para mantenimiento
- NTP 713: Carretillas elevadoras automotoras (I): conocimientos básicos para la prevención de riesgos
- NTP 715: Carretillas elevadoras automotoras (III): mantenimiento y utilización
- NTP 319: Carretillas manuales: transpaletas manuales.

#### **4.2. SERVICIO DE DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN:**

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

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

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

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

- REAL DECRETO 630/2013, de 2 de agosto, por el que se regula el Catálogo español de especies exóticas invasoras (BOE N° 185 del 3 de agosto de 2013).

- LEY 8/2005, de 26 de diciembre, de Protección y Fomento del Arbolado Urbano de la Comunidad de Madrid.
- LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- REAL DECRETO 1215/1997, de 18 de julio por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo.
- REAL DECRETO 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de Seguridad y Salud en los lugares de trabajo
- REAL DECRETO 485/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas en materia de señalización de seguridad y salud en el trabajo.
- LEY 8/1993, de 22 de junio de Promociones de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas.
- LEY 15/1995, de 30 de mayo sobre límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad.
- Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo del Código Técnico de la Edificación (CTE).
- REAL DECRETO 173/2010 de 19 de febrero, por el que se modifica el Código Técnico de la Edificación, aprobado por el R.D. 314/2006, de 17 de marzo, en materia de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad.
- DB-SU Seguridad de utilización y accesibilidad específica parámetros objetivos y procedimientos cuyo cumplimiento asegura la satisfacción de las exigencias básicas y la superación de los niveles mínimos de calidad propios del requisito básico de seguridad de utilización y accesibilidad.
- LEY 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil
- DECRETO LEGISLATIVO 1/2006, de 28 de septiembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley por la que se regulan los Servicios de Prevención, Extinción de Incendios y Salvamentos de la Comunidad de Madrid.
- REAL DECRETO 513/2017, de 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de instalaciones de protección contra incendios.
- REAL DECRETO 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.
- REAL DECRETO 1468/2008, de 5 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la norma básica de autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.

## 5. METODOLOGÍA GENERAL

### 5.1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los indicadores se desarrollan a través de los siguientes aspectos:

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

## 5.3. AUDITORIA EXTERNA DE LOS SERVICIOS

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

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

Se trata de **auditorías de proceso** que consisten en el examen sistemático e independiente de los elementos de un proceso para determinar si las actividades y los resultados relativos a la Calidad satisfacen a las disposiciones previamente

establecidas y si estas disposiciones se llevan a cabo efectivamente y son aptas para alcanzar los objetivos.

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

## 6. METODOLOGIA DESARROLLADA

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

### 6.1. PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA

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

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

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

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

### 6.2. PROCESO DE LA AUDITORÍA

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

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

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

El equipo auditor y el personal auditado realizan la auditoría mediante entrevistas y análisis de la documentación correspondiente. El trabajo comprende la obtención, mediante procesos de auditoría, de evidencia comprobatoria válida, pertinente y

suficiente, de forma que permita respaldar las valoraciones que realice el auditor del grado de cumplimiento de los criterios evaluados.

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

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

### 6.3. EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

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

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

CRITICIDAD DEL ASPECTO A AUDITAR	GRADO DE CUMPLIMIENTO					
	TOTAL		PARCIAL		NULO	
ALTA	Penalización	0 puntos	Penalización	3 puntos	Penalización	4 puntos
MEDIA	Penalización	0 puntos	Penalización	2 puntos	Penalización	3 puntos
BAJA	Penalización	0 puntos	Penalización	1 puntos	Penalización	2 puntos

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

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

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

Al tratarse de un método de auditoría por deméritos, esto significa que si las actividades auditadas se están llevando a cabo correctamente (Grado de cumplimiento Total), no ganan o suman puntos (0), pero si se hacen mal (Grado de cumplimiento

Parcial o Nulo), se penaliza restando puntos; esa resta de puntos dependerá de la criticidad que se haya establecido a cada pregunta, pudiendo ir desde 1 punto (Grado de cumplimiento Parcial - Criticidad Media) a 4 puntos (Grado de cumplimiento Nulo - Criticidad Alta)..

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

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

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

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

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

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

Finalmente, las incidencias se clasifican según los criterios establecidos.

### **6.3.2. PROPUESTA DE CAMBIOS Y MEJORAS**

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

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

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

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

## 6.4. CIERRE DE LA AUDITORÍA

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

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

## 7. RESUMEN EJECUTIVO

### AUDITORÍA DEL SERVICIO DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

La auditoría de este servicio fue realizada el día 8 de febrero de 2018.

Fueron auditados los siguientes procesos:

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

El resultado de la auditoría (realizada mediante la metodología de deméritos) fue de un 88,36 %. Aunque se han detectado algunas pequeñas incidencias, ninguna ha sido de gravedad. En general, se ha observado un desempeño correcto de las actividades.

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

Fueron detectadas 9 desviaciones, las cuales se exponen en las observaciones de dicho informe de verificación y en el apartado 10 de este informe.

### AUDITORÍA DEL SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN

La auditoría de este servicio fue realizada el día 8 de febrero de 2018.

Fueron auditados los siguientes procesos:

- Programación
- Medios (productos y equipos)
- Procedimiento
- Sistema y técnicas
- Sistemas de información y control

- Normativa y reglamentos
- Incidencias del servicio

El resultado de la auditoría (realizada mediante la metodología de deméritos) fue de un 93,98 %. Aunque se han detectado algunas pequeñas incidencias, ninguna ha sido de gravedad. En general se ha observado un desempeño correcto de las actividades.

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

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

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

La auditoría de este servicio fue realizada el día 9 de febrero de 2018.

Fueron auditados los siguientes procesos:

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

El resultado de la auditoría (realizada mediante la metodología de deméritos) fue de un 96,6 %. Aunque se han detectado algunas pequeñas incidencias, ninguna ha sido de gravedad. En general, se ha observado un desempeño correcto de las actividades.

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

Fueron detectadas 7 desviaciones, las cuales se exponen en las observaciones de dicho informe de verificación y en el apartado 10 de este informe.

## **AUDITORÍA DEL SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES**

La auditoría de este servicio fue realizada el día 9 de febrero de 2018.

Fueron auditados los siguientes procesos:

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

El resultado de la auditoría (realizada mediante la metodología de deméritos) fue de un 97,5 %. Aun habiéndose detectado alguna anomalía, no reviste gravedad. En general, se ha observado un desempeño correcto de las actividades.

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

En este servicio se detectaron 2 desviaciones, las cuales se exponen en las observaciones del informe de verificación y en el apartado 10 de este informe.

## 8. DATOS GENERALES DEL HOSPITAL

El Hospital General de Villalba, inaugurado el 13 de octubre de 2014, da cobertura a cerca de 110.000 ciudadanos de las poblaciones de Collado Villalba, Becerril de la Sierra, Collado Mediano, Alpedrete, Moralarzal, Cercedilla, Navacerrada, y Los Molinos.

Se ubica en los más de 55.600 m<sup>2</sup> de terreno al noreste de Collado Villalba, en el paraje conocido como La Chopera, accediendo por la carretera de Alpedrete a Moralarzal M-608 Km 41, pudiendo acceder a través de las líneas C3, C8 y C10 de Renfe Cercanías a Collado Villalba y varias líneas de autobuses urbanos e interurbanos desde Moralarzal, Cercedilla o Navacerrada.

Este centro hospitalario dispone de una plantilla de 716 empleados y cuenta con 140 Habitaciones individuales, 12 Puestos de neonatología, 12 Puestos de UCI, 85 Puestos de urgencias, 44 Puestos de Hospital de día, médicos y quirúrgicos, 9 Quirófanos, 4 Partitorios, 87 Consultas y Gabinetes, 15 Salas Radiología Digital, 1 Sala de Medicina nuclear, 14 Puestos de Hemodiálisis, 2 Resonancias Magnéticas y un TAC.

El Hospital General de Villalba es un Centro integrado en la Red Sanitaria Única de la Comunidad de Madrid que presta atención sanitaria especializada a los usuarios conforme a la Cartera de Servicios pactada con la Consejería de Sanidad. Está regido por el modelo Alzira en el que la titularidad es pública y el servicio es gratuito, pero el personal sanitario depende de la adjudicataria. La concesionaria, por 30 años es Quirón Salud (fruto de la fusión del Grupo Quirón y de IDC Salud), cuenta con un total de 26.000 profesionales en su red de centros.

Ha implantado un Sistema integral de Calidad, Medioambiente y Gestión Energética según el modelo de la Gestión por Procesos. Además, debido al interés en ofrecer al paciente una atención personalizada, dispone del compromiso interno de RSE de gestionar las reclamaciones y consultas en un plazo de 15 días, siendo de 30 días el tiempo establecido por la Comunidad de Madrid.

## 9. DATOS GENERALES DEL SERVICIO

### 9.1. SERVICIO DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

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

### 9.1.1. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

El servicio de gestión de almacenes está desarrollado mediante un esquema de gestión por doble cajón, a través de un procedimiento general de “Procedimiento General de compras y almacenes” realizado por departamento de compras y almacenes, aprobado por Dirección de gestión y actualizado en septiembre de 2016, a partir del cual se desarrolla el sistema documental que a continuación se detalla y que ha sido auditado en fase documental:

- Procedimiento compras y almacenes
- Documentación incidencias servicio almacén
- Relación artículos stock
- Relación artículos tránsito
- Relación artículos stock
- Relación artículos tránsito
- Relación artículos nuevos
- Equipos
- Evaluación de productos
- Evaluación de proveedores
- Procedimiento almacenaje productos en almacén general
- Artículos en almacén general
- Hoja solicitud inversión
- Hoja solicitud artículo nuevo
- Matriz calendario de reparto a planta
- Diagrama de flujo proceso de compras
- Diagrama de flujo proceso de recepción
- Diagrama de flujo proceso de almacenamiento
- Planos:
  - ✓ Almacén general
  - ✓ Almacén general (Detalles)
  - ✓ Almacenes PB
  - ✓ Almacenes P1
  - ✓ Almacenes P2
  - ✓ Almacenes P3
  - ✓ Almacenes P4

### 9.1.2. UNIDADES DE QUE CONSTA EL SERVICIO

Almacén General
Quirófano
Urgencias
Urgencias pediátricas
3-EXT
UCI
Neonatos
Paritorios
Hospitalización 3ª

Almacén central sótanos
Consultas externas 1 A
4-EXT
Hospitalización 3B
Rayos A
Maxilofacial C- 1 A
Consultas externas 2ª
Hospitalización 3C
Rayos B
Dermatología C – 1 A
Oftalmología C – 2 A
Anatomía
Extracciones
Hospitalización 4 A
Ginecología C – 1 A
Otorrinolaringología C – 2 A
Banco de sangre
Nefrología C
Pediatría C – 1 A
Consultas externas – 2 C
Laboratorio
Rehabilitación
Cardiología C – 1 B
Urología 2 B
Farmacia
Esterilización
Diálisis
Hospitalización 4 C
Nefrología C – 1 B
Psiquiatría C – 2 C
Gabinetes endoscopia
Traumatología C – 1 B
Hospital de día

### 9.1.3. PERSONAL RESPONSABLE

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

## 9.2. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN

Los datos del servicio recabados durante la auditoría son:

### 9.2.1. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

El servicio de gestión de DD está basado en el documento de gestión de plagas-documentos específicos y los planos de situación de cebos y portacebos, desarrollado por el responsable técnico de AMBISÁN AMBIENTE SANO S.L., Registro Nº AS/ES-1. en las instalaciones del complejo hospitalario HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA desde el año 2014 se basa en un CONTROL INTEGRADO DE PLAGAS cumpliendo la

normativa vigente y gestionado por el departamento de la sección de limpieza del Hospital de Villalba

### 9.2.2. UNIDADES DE QUE CONSTA EL SERVICIO

- Unidad de limpieza de servicios generales del hospital de Villalba.
- Contratista del servicio: empresa AMBISÁN AMBIENTE SANO S.L., Registro N° AS/ES-1, es responsable, desde el 1 de DICIEMBRE de 2014, del Programa de Prevención y Control de Vectores en las instalaciones en la localidad de Villalba (Madrid).

### 9.2.3. PERSONAL RESPONSABLE

- Responsable general del servicio: Doña Laura Alfaro
- Responsable Servicio generales, sección de limpieza: Silvia Parra

## 9.3. SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS

### 9.3.1. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

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

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

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

La correcta gestión y el aprovechamiento óptimo de los residuos generados en el hospital, desde los asimilables a urbanos hasta los peligrosos, son parte esencial del desarrollo sostenible para que día a día el hospital pueda ofrecer a pacientes y usuarios o empleados un mejor trato de calidad, siempre sobre la base del máximo respeto al medio ambiente. La correcta segregación y almacenamiento de residuos se realiza en depósitos habilitados, por lo que no hay riesgo de contacto, con personal, visitantes o pacientes.

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

### 9.3.2. UNIDADES DE QUE CONSTA EL SERVICIO

- La organización y Gestión del servicio a través del Departamento Servicios Generales y del Departamento de Calidad de la empresa concesionaria QUIRÓN SALUD, S.A.
- *Contratistas del servicio de gestión extracentro:* Las empresas CARPA Y CONSENUR están inscritas en el registro de gestores autorizados de

residuos peligrosos de la Comunidad de Madrid. Las empresas son responsables de la gestión externa de RNP's y RP's.

- Gestión Residuos Intrahospitalaria:

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

*Dispone de un procedimiento interno de aplicación a todos los residuos generados en el hospital*

- Gestión Residuos Extrahospitalaria:

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

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

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

### **9.3.1. PERSONAL RESPONSABLE**

- Responsable de Calidad: Laura Alfaro
- Gobernanta Corporativa: Dolores Muñoz Batista
- Responsable de Limpieza: Silvia Parra Fernández

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

### **9.4.1. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO**

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

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

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

- Departamento de Calidad

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

- Departamento de Mantenimiento:

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

Las actuaciones derivadas del Plan de Emergencia, además de ser gestionadas por el Departamento de Prevención de Riesgos Labores, también comprenden parte de las funciones del personal de mantenimiento.

- Plan de Autoprotección

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

Por otra parte, incluidos dentro este Departamento, están los subprocesos de jardinería y limpieza, siendo éste último gestionado y realizado por personal interno de los servicios de mantenimiento del hospital, mientras que los trabajos de jardinería son subcontratados.

- Servicio de Jardinería.

*Contrata:* UNICA SERVICIOS EMPRESARIALES, S.L con CIF: B85534154

*Actividad:* Mantenimiento y conservación de zonas verdes del hospital, realización de proyectos de jardinería y paisajismo, instalación y mantenimiento de sistemas de riego, además de la decoración de espacios profesionales con plantas y flores.

Debido a que los terrenos se sitúan junto a la dehesa municipal y están atravesados por el arroyo de La Poveda y la Cañada Real Segoviana y la zona forma un corredor ecológico entre la dehesa y el Parque Regional de la Cuenca Alta del Manzanares, las actividades de jardinería pretenden ser lo más sostenible posible, utilizando vegetación autóctona, habiendo eliminado el césped por proliferación de insectos y regando con agua de aljibes.

Adaptada a las necesidades de las diversas zonas verdes del hospital, mediante el Plan Mensual a través de check-list con tareas propuestas, incluido en la plataforma del grupo Quirón denominada Gestión Integral de Mantenimiento (GIM), los trabajos son realizados por operarios formados, informados, uniformados, identificados y dotados con EPIs, en horarios de bajo perfil en caso de interferir en la accesibilidad y teniendo en cuenta que para poder trabajar deben pasar el filtro del departamento de PRL.

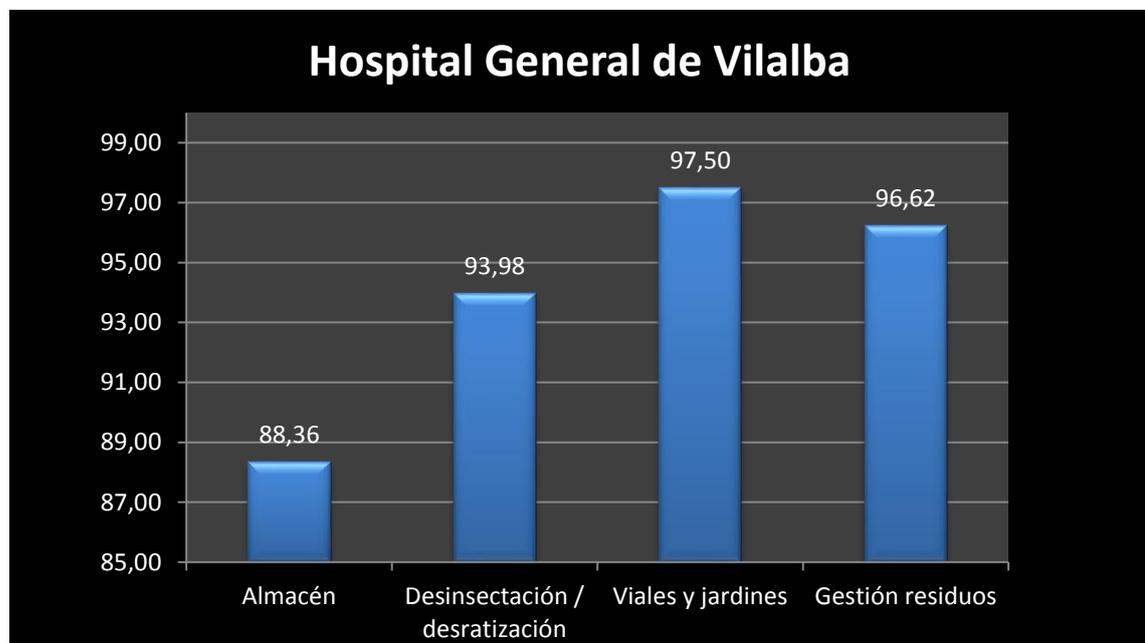
### 9.4.3. PERSONAL RESPONSABLE

- Responsable de Calidad: Laura Alfaro
- Responsable de Mantenimiento: José Luis Díez Torrecillas
- Encargado de Mantenimiento: Gustavo Quiñonero
- Responsable del plan actuación ante emergencias: José Luis Díez Torrecillas
- Responsable de Jardinería: David Liaño Piña

## 10. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

### 10.1. VALORACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO. RESUMEN DE RESULTADOS.

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



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

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

Se entiende por:

- **Fallo de disponibilidad (FD):**

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

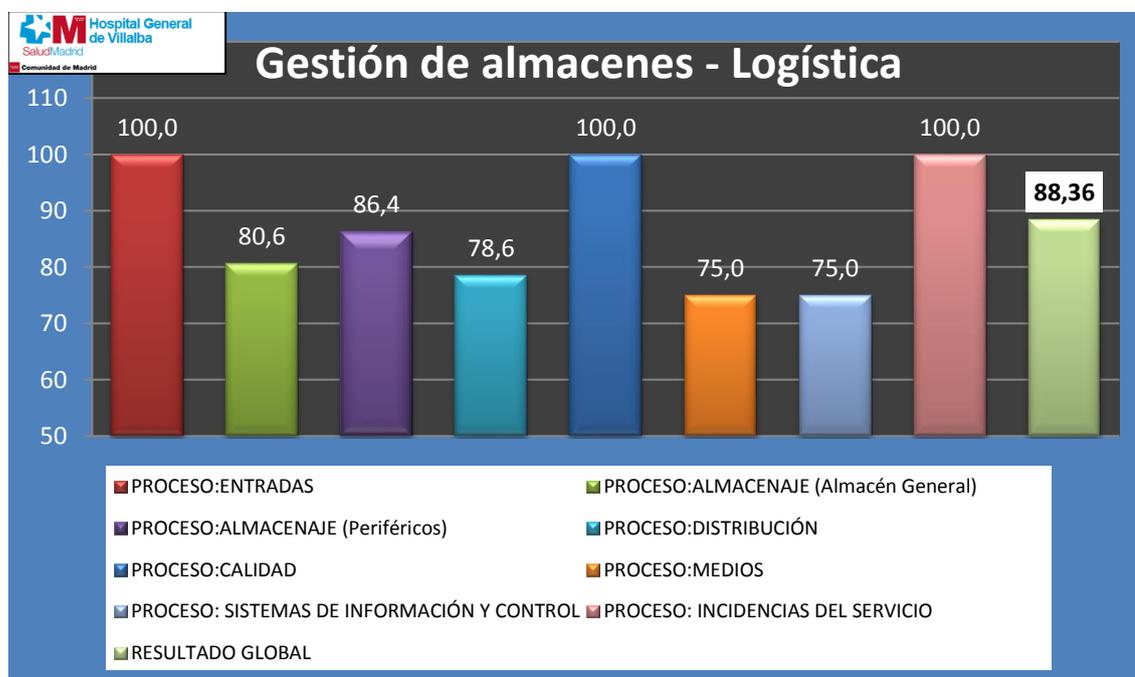
Los fallos de disponibilidad pueden ser graves, cuando afectan directamente a la operatividad y/o uso de las citadas áreas funcionales o parte de las mismas (FD1) o de riesgo, cuando podrían o pudiesen afectar a dicha operatividad y uso (FD2)

- **Fallo de calidad (FC):**

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

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

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



### 10.1.1.1. Valoración global del servicio

<b>RESULTADO GLOBAL</b>			
Deméritos potenciales		232	
Incidencias detectadas	9 <sup>1</sup>	Deméritos obtenidos	27
Porcentaje de deméritos		11,64	
<b>Grado de cumplimiento</b>		<b>88,36 %</b>	

### 10.1.1.2. Valoración del servicio por proceso

<b>PROCESO:ENTRADAS</b>	
Deméritos potenciales	67
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

<b>PROCESO:ALMACENAJE (Almacén General)</b>	
Deméritos potenciales	31
Deméritos obtenidos (FC1) (FD1)	6
Porcentaje de deméritos	19
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>80,6%</b>

<b>PROCESO:ALMACENAJE (Periféricos)</b>	
Deméritos potenciales	44
Deméritos obtenidos (FC1) (FC2)	6
Porcentaje de deméritos	14
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>86,4 %</b>

<b>PROCESO:DISTRIBUCIÓN</b>	
Deméritos potenciales	14
Deméritos obtenidos (FD1)	3
Porcentaje de deméritos	21
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>78,6</b>

<b>PROCESO:CALIDAD</b>	
Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	0

<sup>1</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 9 incidencias detectadas suponen una valoración de 27 deméritos

PROCESO: CALIDAD	
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

PROCESO: MEDIOS	
Deméritos potenciales	36
Deméritos obtenidos (FD1) (FD2) (FC2)	9
Porcentaje de deméritos	25
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>75,0 %</b>

PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	
Deméritos potenciales	12
Deméritos obtenidos	3
Porcentaje de deméritos	25
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>75,0 %</b>

PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO	
Deméritos potenciales	12
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

### 10.1.2. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN.



### 10.1.2.1. Valoración global del servicio

<b>RESULTADO GLOBAL</b>			
Deméritos potenciales			166
Incidencias detectadas	4 <sup>2</sup>	Deméritos obtenidos	10
Porcentaje de deméritos			6,02
<b>Grado de cumplimiento</b>			<b>93,98 %</b>

### 10.1.2.2. Valoración del servicio por proceso

<b>PROCESO: PROGRAMACIÓN</b>			
Deméritos potenciales			28
Deméritos obtenidos (FC2)			3
Porcentaje de deméritos			11
<b>Grado de cumplimiento</b>			<b>89,3 %</b>

<b>PROCESO: MEDIOS (PRODUCTOS Y EQUIPOS)</b>			
Deméritos potenciales			21
Deméritos obtenidos			0
Porcentaje de deméritos			0
<b>Grado de cumplimiento</b>			<b>100,0 %</b>

<b>PROCESO: PROCEDIMIENTO</b>			
Deméritos potenciales			18
Deméritos obtenidos			0
Porcentaje de deméritos			0
<b>Grado de cumplimiento</b>			<b>100,0 %</b>

<b>PROCESO: SISTEMAS Y TÉCNICAS</b>			
Deméritos potenciales			20
Deméritos obtenidos			0
Porcentaje de deméritos			0
<b>Grado de cumplimiento</b>			<b>100,0 %</b>

<b>PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL</b>			
Deméritos potenciales			30
Deméritos obtenidos (FD2)			7

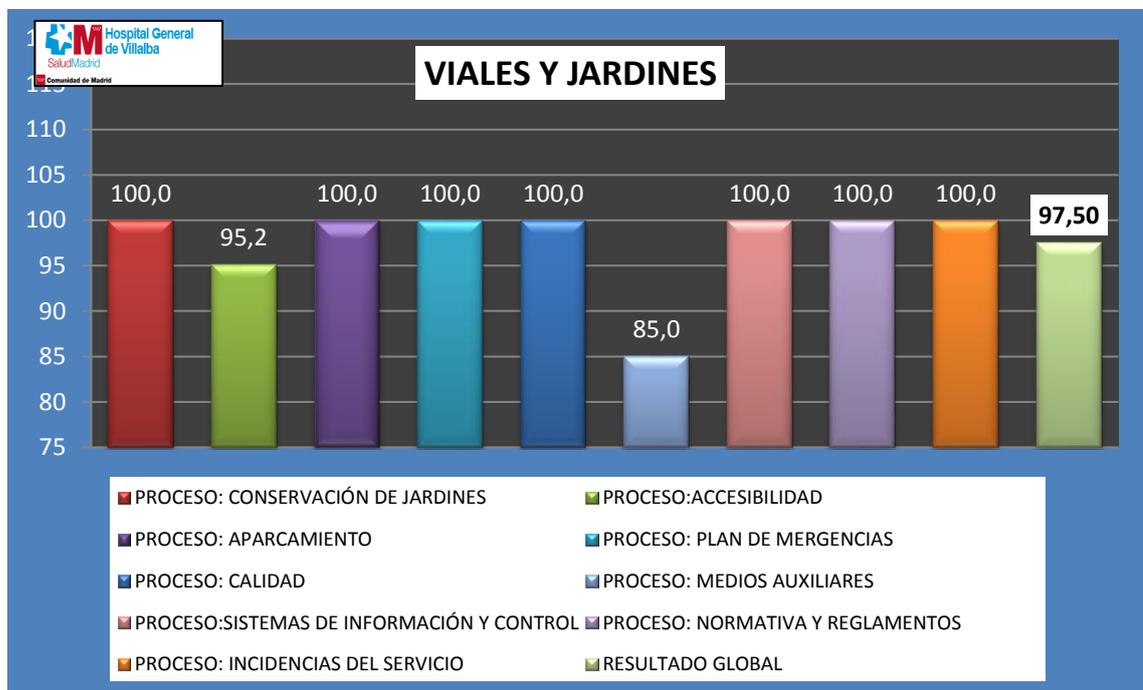
<sup>2</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia se debe a un incumplimiento parcial o total, las 4 incidencias detectadas suponen una valoración de 10 deméritos

PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	
Porcentaje de deméritos	23
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>76,7 %</b>

PROCESO: NORMATIVAS Y REGLAMENTOS	
Deméritos potenciales	32
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO	
Deméritos potenciales	17
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100 %</b>

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



### 10.1.3.1. Valoración global del servicio

<b>RESULTADO GLOBAL</b>			
Deméritos potenciales			240
Incidencias detectadas	2 <sup>3</sup>	Deméritos obtenidos	6
Porcentaje de deméritos			4,94
<b>Grado de cumplimiento</b>			<b>97,50 %</b>

### 10.1.3.2. Valoración del servicio por proceso

<b>PROCESO: CONSERVACIÓN DE JARDINES</b>			
Deméritos potenciales			27
Deméritos obtenidos			0
Porcentaje de deméritos			0
<b>Grado de cumplimiento</b>			<b>100,0 %</b>

<b>PROCESO: ACCESIBILIDAD</b>			
Deméritos potenciales			62
Deméritos obtenidos (FC2) (FD2)			3
Porcentaje de deméritos			4,8
<b>Grado de cumplimiento</b>			<b>95,2 %</b>

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

<b>PROCESO: PLAN DE MERGENCIAS</b>			
Deméritos potenciales			40
Deméritos obtenidos			0
Porcentaje de deméritos			0
<b>Grado de cumplimiento</b>			<b>100,0 %</b>

<b>PROCESO: CALIDAD</b>			
Deméritos potenciales			24
Deméritos obtenidos			0

<sup>3</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 2 incidencias detectadas suponen una valoración de 6 deméritos

<b>PROCESO: CALIDAD</b>	
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

<b>PROCESO: MEDIOS AUXILIARES</b>	
Deméritos potenciales	20
Deméritos obtenidos (FD2) (FC2)	3
Porcentaje de deméritos	15
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>85,0 %</b>

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

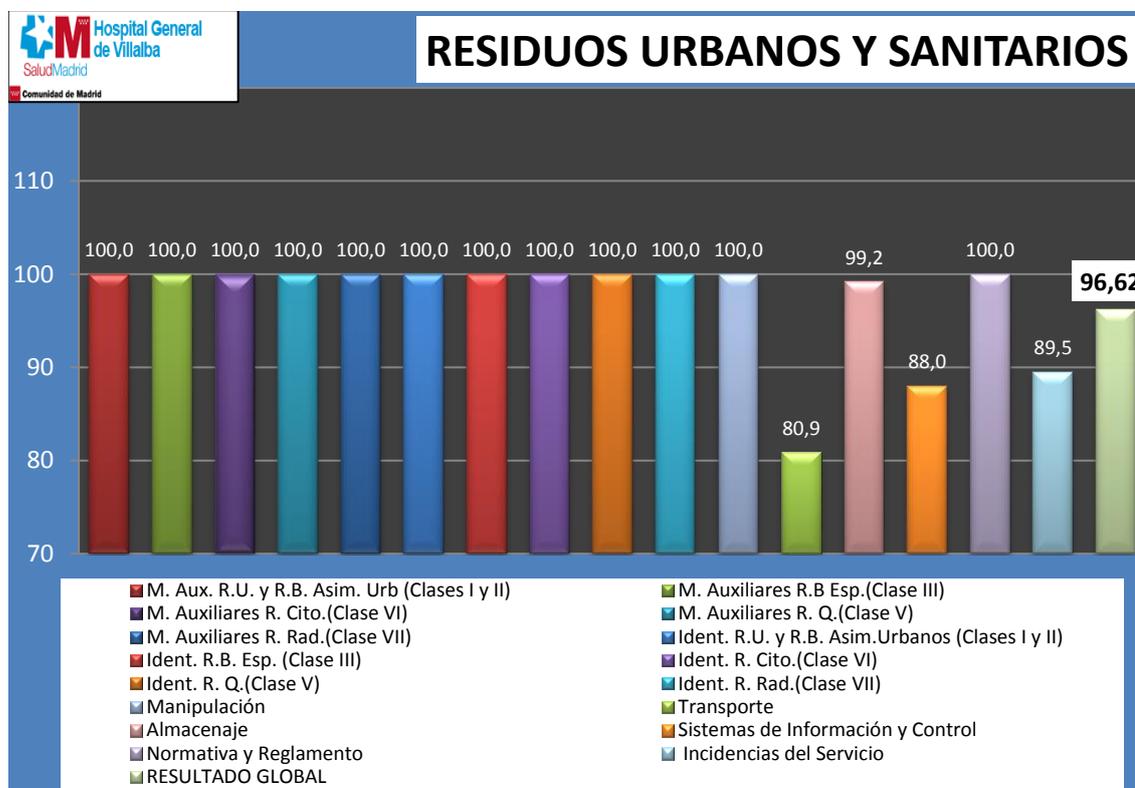
  

<b>PROCESO: NORMATIVA Y REGLAMENTOS</b>	
Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

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

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



#### 10.1.4.1. Valoración global del servicio

RESULTADO GLOBAL			
Deméritos potenciales			562
Incidencias detectadas	7 <sup>4</sup>	Deméritos obtenidos	19
Porcentaje de deméritos			3,38
<b>Grado de cumplimiento</b>			<b>96,62 %</b>

#### 10.1.4.2. Valoración del servicio por proceso

PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (Clases I y II)	
Deméritos potenciales	22
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

<sup>4</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 7 incidencias detectadas suponen una valoración de 19 deméritos

<b>PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Biosanitarios Especiales (Clase III)</b>	
Deméritos potenciales	36
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

<b>PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Citotóxicos (Clase VI)</b>	
Deméritos potenciales	36
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

<b>PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Químicos (Clase V)</b>	
Deméritos potenciales	24
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

<b>PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Radioactivos (Clase VII)</b>	
Deméritos potenciales	20
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

<b>PROCESO: Identificación Residuos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (Clases I y II)</b>	
Deméritos potenciales	16
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

<b>PROCESO: Identificación Residuos Biosanitarios Especiales (Clase III)</b>	
Deméritos potenciales	32
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

<b>PROCESO: Identificación Residuos Cytotóxicos (Clase VI)</b>	
Deméritos potenciales	32
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

<b>PROCESO: Identificación Residuos Químicos (Clase V)</b>	
Deméritos potenciales	20
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

<b>PROCESO: Identificación Residuos Radioactivos (Clase VII)</b>	
Deméritos potenciales	20
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

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

<b>PROCESO: Transporte</b>	
Deméritos potenciales	68
Deméritos obtenidos (FC1)(F1/FD1)	13
Porcentaje de deméritos	19
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>80,9 %</b>

<b>PROCESO: Almacenaje</b>	
Deméritos potenciales	122
Deméritos obtenidos (FC1)	1
Porcentaje de deméritos	0,82
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>99,2 %</b>

<b>PROCESO: Sistemas de Información y Control</b>	
Deméritos potenciales	25
Deméritos obtenidos (FC1)	3

<b>PROCESO: Sistemas de Información y Control</b>	
Porcentaje de deméritos	12
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>88,0 %</b>

<b>PROCESO: Normativa y Reglamento</b>	
Deméritos potenciales	50
Deméritos obtenidos	0
Porcentaje de deméritos	0
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>100,0 %</b>

<b>PROCESO: Incidencias del Servicio</b>	
Deméritos potenciales	19
Deméritos obtenidos (FC1)	2
Porcentaje de deméritos	11
<b>Grado de cumplimiento</b>	<b>89,5 %</b>

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

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

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

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

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

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

### 10.2.1.1. Tabla de valoración

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

### 10.2.1.2. Resultados obtenidos

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
ENTRADA	100 %	Muy bueno
ALMACENAJE (Central)	80,6 %	Excelente
ALMACENAJE (Periféricos)	86,4 %	Bueno
DISTRIBUCIÓN	78,6 %	Bueno
CALIDAD	100 %	Excelente
MEDIOS	75 %	Muy bueno
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	75 %	Bueno
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	100 %	Excelente
<b>GLOBALIDAD DEL SERVICIO</b>	<b>88,36 %</b>	<b>Muy bueno</b>

#### TIPO DE FALLO/INCUMPLIMIENTO

FC1	3	
FC2	2	
FD1	3	
FD2	1	<b>Total: 9</b>

## 10.2.2. SERVICIO DE DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN.

### 10.2.2.1. Tabla de valoración

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

### 10.2.2.2. Resultados obtenidos

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
PROGRAMACIÓN	89,63 %	Muy Bueno
MEDIOS (Productos y equipos)	100 %	Excelente
PROCEDIMIENTO	100 %	Excelente
SISTEMAS Y TÉCNICAS	100 %	Excelente
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	76,7 %	Bueno
NORMATIVAS Y REGLAMENTOS	100,0 %	Excelente
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	100,0 %	Bueno
<b>GLOBALIDAD DEL SERVICIO</b>	<b>93,98 %</b>	<b>Excelente</b>

#### TIPO DE FALLO/INCUMPLIMIENTO

FD2	3	
FC2	1	Total: 4

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

#### 10.2.3.1. Tabla de valoración

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

#### 10.2.3.2. Resultados obtenidos

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
CONSERVACIÓN DE JARDINES	100%	Muy Bueno
ACCESIBILIDAD	95,2%	Excelente
APARCAMIENTO	100%	Excelente
PLAN DE EMERGENCIAS	100%	Excelente
CALIDAD	100%	Excelente
MEDIOS AUXILIARES	85,0%	Muy bueno
SIST. DE INFORMACIÓN Y CONTROL	100%	Excelente
NORMATIVA Y REGLAMNETOS	100%	Excelente
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	100%	Excelente
<b>GLOBALIDAD DEL SERVICIO</b>	<b>97,50%</b>	<b>Excelente</b>

#### TIPO DE FALLO/INCUMPLIMIENTO

FD2/FC2	2	Total: 2
---------	---	----------

## 10.2.4. SERVICIO DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS.

### 10.2.4.1. Tabla de valoración

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

### 10.2.4.2. Resultados obtenidos

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
M. AUX. R.U. Y R.B. ASIM. URB (CLASES I Y II)	100 %	Excelente
M. AUXILIARES R.B ESP.(CLASE III)	100 %	Excelente
M. AUXILIARES R. CITO.(CLASE VI)	100 %	Excelente
M. AUXILIARES R. Q.(CLASE V)	100 %	Excelente
M. AUXILIARES R. RAD.(CLASE VII)	100%	Excelente
IDENT. R.U. Y R.B. ASIM.URBANOS (CLASES I Y II)	100 %	Excelente
IDENT. R.B. ESP. (CLASE III)	100 %	Excelente
IDENT. R. CITO.(CLASE VI)	100 %	Excelente
IDENT. R. Q.(CLASE V)	100 %	Excelente
IDENT. R. RAD.(CLASE VII)	100 %	Excelente
MANIPULACIÓN	100 %	Excelente
TRANSPORTE	80,9 %	Muy bueno

PROCESOS	RESULTADO	VALORACIÓN
ALMACENAJE	99,2 %	Excelente
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	88 %	Muy bueno
NORMATIVA Y REGLAMENTO	100 %	Excelente
INCIDENCIAS DEL SERVICIO	89,5 %	Muy bueno
<b>GLOBALIDAD DEL SERVICIO</b>	<b>96,62 %</b>	<b>Excelente</b>

TIPO DE FALLO/INCUMPLIMIENTO	
FC1	5
FC1/FD1	2 Total: 7

### 10.3. DESCRIPTIVO DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS.

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

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

Nº	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
<b>Almacenes y distribución logística</b>				
1	ALMACENAJE (ALMACÉN GENERAL)	Se detecta que existen algunos productos por debajo del stock mínimo Evidencia: MS 02030459. Se lanza pedido normal 02/01/18. Se lanza incidencia en heipdesk a central de compras. A fecha 08/02/18 no se ha entregado dicha referencia. Se ha buscado material y proveedor alternativo, aunque el tiempo de demora para el suministro es un poco largo	Fallo Calidad 1	Se recomienda, dada la experiencia con algunos productos de entrega demorada, estudiar la posibilidad de tener establecido un estudio de riesgos en este punto y tener proveedores y productos alternativos en aquellos casos más críticos y tener alternativa posible de forma más inmediata, para eliminar o minimizar este riesgo.
2	ALMACENAJE (ALMACENES PERIFÉRICOS)	Fallo en ubicación en almacenes periféricos.  No se contempla en el apartado 3.4. Punto 1 del Procedimiento de compras y almacenes.	Fallo Calidad 2	Se recomienda, siempre que el espacio del armario lo permita, identificar área de material sin colocar, por si se diera el caso de no poder colocar la mercancía directamente en el mismo tiempo.  Identificar el carrito usado como de "tránsito" que es para ese fin para el que se usa (cartelito).
3	ALMACENAJE (ALMACENES PERIFÉRICOS)	No se corresponden las etiquetas con los productos y/o cantidades almacenadas en ellos <i>Procedimiento de compras y almacenes. Apartado 3.4. Punto 1</i>	Fallo Calidad 2	Se recomienda colocar una tarjeta amarilla identificando a las referencias correspondientes cuando son considerados como elemento de "tránsito"
4	DISTRIBUCIÓN	No coincide el programa de distribución semanal procedimentado con el actual (no se ha actualizado en el proceso de compras y almacenes). Evidencia: listado de distribución por días semanales a los peticionarios se ha modificado y no	Fallo Calidad 2	Aplicar la correcta gestión documental

Nº	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
		se ha retirado y llevado a obsoleto correctamente. Se establece en los anexos del procedimiento. Está contemplado en el "procedimiento de compras y almacenes". Apartado 3.2 Actualización del procedimiento a 30/09/2016.		
5	MEDIOS	No se evidencia la existencia de un plan de mantenimiento preventivo de traspaleas	Fallo Disponibilidad 2	Realizar mantenimiento preventivo de traspaleas
6	MEDIOS	Se detecta el extintor de pasillo de almacén N° 0932, sin etiqueta con última fecha de inspección, reglamentaria. RD 513/2017. Sección 2ª. Artículo 17. Apartado G	Fallo Calidad 1	Empresa conservadora (JOMAR) Realice revisión completa en este punto a todos los equipos de PCI del área
<b>Número de incidencia detectadas: 6</b>				
<b>Deméritos obtenidos: 26<sup>5</sup></b>				
<b>Desinsectación y desratización</b>				
7	PROGRAMACIÓN	No se evidencia en el plan de plagas los trabajos derivados de alguna incidencia potencial que pudieran estar fuera del alcance de contrato con empresa de gestión de plagas	Fallo Calidad 2	Se recomienda incluir en el plan de plagas que "ante cualquier incidencia acaecida aparte de los roedores y cucarachas, se procederá de forma establecida según especie, riesgo, etc. en un presupuesto adicional".
8	SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	Se detectan portacebos de cocinas con etiquetas antiguas (serigrafiadas y con posibilidad de falta de legibilidad)	Fallo Disponibilidad 2	Sustituir etiquetas de portacebos de las cocinas

<sup>5</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 6 incidencias detectadas suponen una valoración de 26 deméritos.

Nº	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
9	SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	No se han identificado y fijados a suelo los portacebos del parking	Fallo Disponibilidad 2	Identificación con etiquetas o incluso sustitución de los portacebos, y fijación de los mismos para evitar desplazamientos y confusiones respecto a los marcados en plano.
10	SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	No se realiza la identificación de los portacebos de la zona de "Exteriores"	Fallo Disponibilidad 2	Identificación con etiquetas o incluso sustitución de los portacebos
<b>Número de incidencia detectadas: 4</b>				
<b>Deméritos obtenidos: 10<sup>6</sup></b>				
<b>Residuos urbanos y sanitarios</b>				
11	TRANSPORTE INTRACENTRO	El Circuito de sucio, como en otros casos está obligado a discurrir por zonas comunes al personal, pero en este caso además, al menos en una de las zonas (Hospital de Día), al ser zona de consulta, discurre constantemente por zonas comunes a pacientes y visitantes	Fallo de disponibilidad/Calidad	Se recomienda estudiar si existe algún otro itinerario alternativo que evitase este punto.
12	TRANSPORTE INTRACENTRO	En la zona de Hospital de Día hay dos ascensores, uno de ellos utilizado para el traslado de residuos peligrosos. Pero al no ser de uso exclusivo de personal ni estar marcado como circuito sucio, y no tener acceso restringido, lo usan tanto pacientes como usuarios y personal.	Fallo de disponibilidad/Calidad	Se sugiere señalar con un cartel el cometido del ascensor, indicando la no peligrosidad de su uso por personas para evitar suspicacias.
13	TRANSPORTE INTRACENTRO	Se evidencia en los registros de retirada de residuos Clases III y VI en el Hospital de Día, que pasa del	Fallo de calidad	Se recomienda revisar los registros y actualizarlos en caso de no estar completados. O bien, si ese es el procedimiento que siguen,

<sup>6</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 4 incidencias detectadas suponen una valoración de 10 deméritos.

Nº	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
		26 al 29 de enero y del 02 al 05 de febrero, sin ningún registro de recogida, comprobando que no se cumple con la frecuencia mínima que el Hospital estipula de 2 veces/día o la mínima por Normativa (1 vez al día).		realizar la recogida según pliego interno o legal.
14	TRANSPORTE EXTRACENTRO	El hospital tiene marcado como días de recogida martes y viernes (08:00h), incumpliendo la frecuencia de recogida mínima exigida, del viernes al martes (96h).	Fallo de Calidad	Se requiere establecer un nuevo calendario interno de recogidas que no supere las 72h para cumplir con el Art18 Decreto 83/1999.
15	ALMACENAJE	Se utiliza como depósito final el mismo almacén para los residuos C.V y C.VI No incumple estrictamente la ley, pues ésta está referida a envases, no a almacenes.	Fallo de calidad Buenas prácticas	Sería una buena práctica el separar los residuos peligrosos en almacenes diferenciados para evitar riesgos en cadena.
16	SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL	Detectada anomalía en el ejercicio de trazabilidad (09/01/18), con error en las cantidades registradas, provocada por una mala segregación de R. Clase III, pues además, se añaden otros residuos diferentes que tienen mayor peso (bolsas de irrigación, arenas, etc.), descuadrando los pesos finales. Existe una NC relacionada (NC 20/11/17) y se verifica que la AC sigue abierta.	Fallo de calidad	Se requiere poner fecha para cerrar la NC y tomar medidas preventivas que eviten la repetición de la incidencia.
17	INCIDENCIAS DEL SERVICIO	Algunas acciones correctivas al ser reiterativas, no se cierran en un plazo marcado. Con el protocolo actual, sólo el responsable de abrir la NC es	Fallo de calidad	Se debería marcar un plazo de cierre inicial con independencia de ampliación para evaluar progresos en las AC.

Nº	PROCESO/SUBPRO.	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	PROPUESTA DE MEJORA
		quien puede seguir y comprobar el cumplimiento del objetivo.		
<b>Número de incidencia detectadas: 7</b>				
<b>Deméritos obtenidos: 19<sup>7</sup></b>				
<b>Conservación de viales y jardines</b>				
18	ACCESIBILIDAD	Vías debidamente señalizadas pero pudiendo no ser seguras por el mal aparcamiento	Fallo de disponibilidad Calidad Aplicación de oportunidad de mejora	Señalizar visiblemente zonas prohibido aparcarse e incluso, concertar un acuerdo con los servicios municipales de movilidad del ayuntamiento de Villalba. Previniendo, en caso de emergencia, que los Servicios de Emergencia Externa no encuentren dificultades en su acceso.
19	MEDIOS AUXILIARES	La Sociedad concesionaria ofrece un programa correctivo y no preventivo de mantenimiento de viales y jardines	Fallo de calidad Procedimiento Mantenimiento	Realizar mantenimiento preventivo de viales y jardines. Y poner bancos de descanso puntual.

**Número de incidencia detectadas: 2**

**Deméritos obtenidos: 6<sup>8</sup>**

<sup>7</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 7 incidencias detectadas suponen una valoración de 19 deméritos.

<sup>8</sup> Teniendo en cuenta la gravedad del aspecto auditado donde se han detectado las incidencias y si la incidencia de debe a un incumplimiento parcial o total, las 2 incidencias detectadas suponen una valoración de 6 deméritos.

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

No se ha tenido ninguna incidencia reseñable al respecto.

## 11. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO DEL SERVICIO

### 11.1. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO

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

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

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

## 11.2. CUADRO DE MANDO Y PLAN DE SEGUIMIENTO

### 11.2.1. GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
Entradas	100,0	100,0	Anual	
Almacenaje (Alm. General)	80,6	90,0	Anual	
Almacenaje (Periféricos)	86,4	90,0	Anual	
Distribución	78,6	85,0	Anual	
Calidad	100,0	100,0	Anual	
Medios	75,0	85,0	Anual	
Sist. información y control	75,0	85,0	Anual	
Incidencias	100,0	100,0	Anual	
<b>RESULTADO GLOBAL</b>	<b>88,36</b>	<b>90,0</b>	Anual	

### 11.2.2. DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
Programación	89,3	95,0	Anual	
Medios (product y equipos)	100,0	100,0	Anual	
Procedimiento	100,0	100,0	Anual	

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
Sistemas y técnicas	100,0	100,0	Anual	
Sist. Información y control	76,7	90,0	Anual	
Normativas y reglamentos	100,0	100,0	Anual	
Incidencias	100,0	100,0	Anual	
<b>RESULTADO GLOBAL</b>	<b>93,98</b>	<b>95,0</b>	<b>Anual</b>	

### 11.2.3. CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
Conservación de jardines	100,0	100,0	Anual	
Accesibilidad	95,2	98,0	Anual	
Aparcamiento	100,0	100,0	Anual	
Plan de emergencias	100,0	100,0	Anual	
Calidad	100,0	100,0	Anual	
Medios auxiliares	85,0	90,0	Anual	
Sist. información y control	100,0	100,0	Anual	
Normativa y reglamentos	100,0	100,0	Anual	
Incidencias del servicio	100,0	100,0	Anual	
<b>RESULTADO GLOBAL</b>	<b>97,50</b>	<b>99,0</b>	<b>Anual</b>	

### 11.2.4. RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS

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

PROCESO	Cumplimiento actual (%)	Objetivo de cumplimiento (%)	Periodicidad evaluación	Responsable
Ident. R. Cito.(clase VI)	100,0	100,0	Anual	
Ident. R. Q.(clase V)	100,0	100,0	Anual	
Ident. R. Rad.(clase VII)	100,0	100,0	Anual	
Manipulación	100,0	100,0	Anual	
Transporte	80,9	90	Anual	
Almacenaje	99,2	100	Anual	
Sistemas de información y control	88	95	Anual	
Normativa y reglamento	100,0	100,0	Anual	
Incidencias del servicio	89,5	95	Anual	
<b>RESULTADO GLOBAL</b>	<b>96,62</b>	<b>98</b>	Anual	

## 12. PROPUESTAS DE MEJORA.

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

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

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

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

## 13. ANEXOS

### 13.1. REPORTAJE FOTOGRÁFICO

#### 13.1.1. VIALES Y JARDINES

##### 13.1.1.1. ACCESOS A LAS INSTALACIONES.



Foto 1: Visión general de las instalaciones.



Foto 2: Acceso a zona de Urgencias.

### 13.1.1.2. ZONAS AJARDINADAS.



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

### 13.1.1.3. APARCAMIENTO.

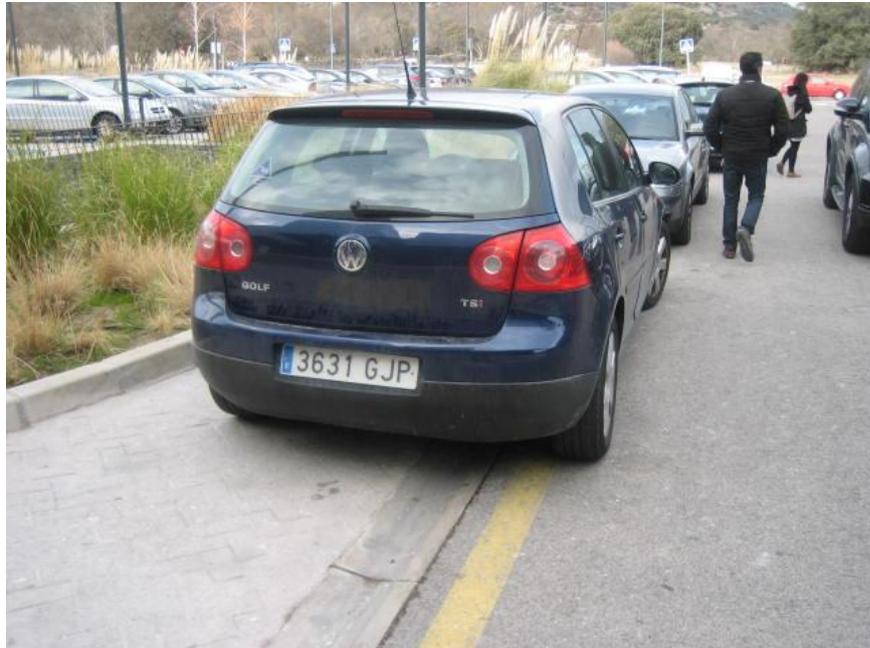


Foto 4: Aparcamiento en zona no habilitada (I). **Ver Ítem 11.**



Foto 5: Aparcamiento en zona no habilitada (II). **Ver Ítem 11.**



Foto 6: Zona acotada aparcamiento en sótano: 12 plazas comprometidas por magnetrón TAC planta superior.



Foto 7: Punto de reunión.

### 13.1.2. GESTIÓN DE RESIDUOS



Foto 8: Depósito de RRSS Clases I y II.

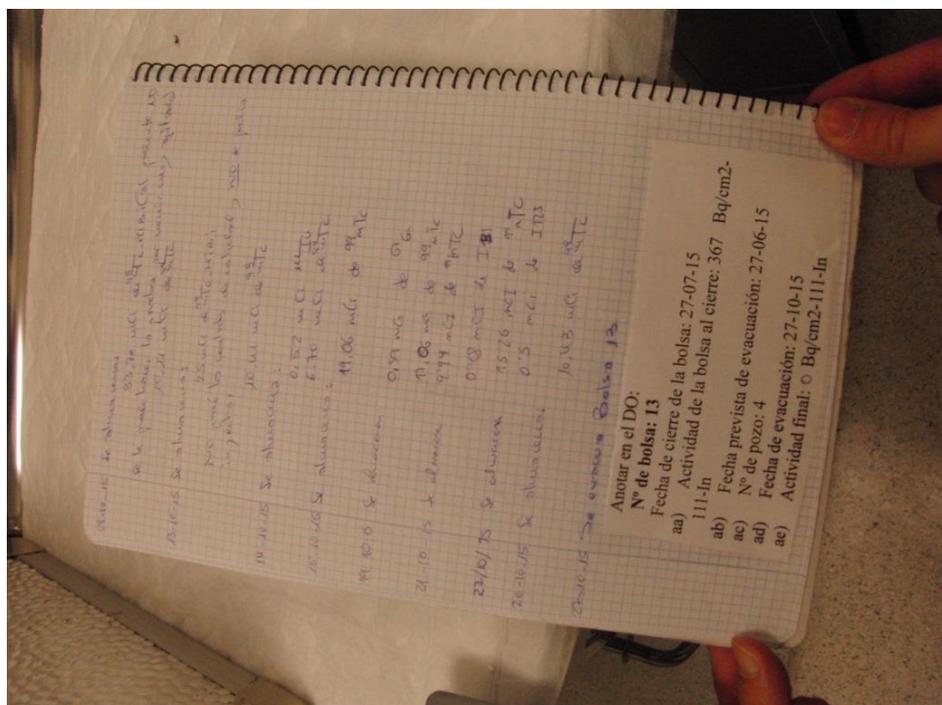


Foto 9: Registro actividad residuos radioactivos. Ver Ítem 86.



### **13.2. CD CON DOCUMENTACIÓN REVISADA**

La entrega se llevará a cabo con el informe definitivo.

### **13.3. “CHECK LIST” CUMPLIMENTADOS**

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



**GEPRECON**  
GESTIÓN PREVENCIÓN CONTROL  
AMBIENTAL

## CUESTIONARIO DE AUDITORÍA

Código	
CA-HGV-AL	
Edición	Fecha edición
1	19.01.18

<b>Hospital Auditado</b>	Hospital general de Villalba
<b>Servicio Auditado</b>	Gestión de almacenes y distribución logística
<b>Fecha de la Auditoría</b>	08 de Febrero de 2018
<b>Equipo auditor</b>	Vicente L. Martínez Camacho
<b>Responsable del Servicio auditado</b>	Laura Alfaro
<b>Otros interlocutores</b>	Mónica Pérez, Jaime Fernández y Francisco Capilla

RESULTADO DE LA AUDITORÍA	
<b>Total deméritos posibles :</b>	<b>232</b>
<b>Deméritos obtenidos :</b>	<b>27</b>
<b>Porcentaje de deméritos :</b>	<b>11,64%</b>
<b>RESULTADO: 100% - (% deméritos)</b>	<b>88,36%</b>

CRITERIOS DE EVALUACIÓN						
CRITICIDAD DEL ASPECTO A AUDITAR	GRADO DE IMPLANTACIÓN DEL ASPECTO A AUDITAR					
	TOTAL (T)		PARCIAL (P)		NULO (N)	
ALTA	TA	0	PA	3	NA	4
MEDIA	TM	0	PM	2	NM	3
BAJA	TB	0	PB	1	NB	2

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
<b>PROCESO:ENTRADAS</b>						<b>Tipo fallo</b>
1	Analizar el registro de la última auditoría interna	0	2	3		FD2 Realizada en Abril de 2017 por personal competente. No se detentan No Conformidades.
2	¿Existe un catálogo de productos actualizado?	0	3	4		FC2 "Listado de artículos". Actualizado en el 31/12/2017
3	Ver propuesta de compras aprobada por la comisión	0	3	4		FC2 Inversión de 4 sillas de ruedas. Solicitud 17/03/2017. Aprobado 24/03/2017.
4	Ver los presupuestos solicitados	0	2	3		FC2 Evidencias:-Salvador Navarro, S.L. -Helanthus medical
5	Ver la confirmación del pedido por la central de compras	0	3	4		FC2 Realizado 10/04/2017. Ref. VI17IA0027. Se adjudica a Salvador Navarro, S.L.
6	Ver trazabilidad de un pedido a un proveedor	0	3	4		FD2 Pedido 18VIG00603. 75 udes. Referencia MS01010036. 05/02/18. Se recepciona el material en almacén general (albarán de entrega OK, nº 364 de 08/02/18

7	¿Existe un procedimiento documentado para la recepción de pedidos?	0	3	4		FC2	Está contemplado en el “procedimiento de compras y almacenes”. Apartado 3.2 Actualización del procedimiento a 30/09/2016.
8	¿Existe un procedimiento documentado para la recepción de mercancías?	0	3	4		FC2	Está contemplado en el “procedimiento de compras y almacenes”. Apartado 3.2 Actualización del procedimiento a 30/09/2016
9	¿Existe una planificación para la recepción de mercancías?	0	3	4		FC1	Está contemplado en el “procedimiento de compras y almacenes”. Apartado 3.2 Actualización del procedimiento a 30/09/2016
10	¿Se verifican los productos recepcionados?	0	3	4		FC1	Izasa Hospital es el proveedor. Fecha de salida: 07/02/18. Fecha recepción 08/02/18. En su horario: 11,00 h. Evidenciado en trabajo de campo.
11	¿Se coteja el albarán con las mercancías recibidas?	0	3	4		FC2	Pedido 18VIG00603. 75 udes. Referencia MS01010036. 05/02/18. Se recepciona el material en almacén general (albarán de entrega OK, nº 364 de 08/02/18
12	¿Se cumplen los horarios para la recepción de mercancías?	0	3	4		FC2	Sí. Izasa Hospital es el proveedor. Fecha de salida: 07/02/18. Fecha recepción 08/02/18. En su horario: 11,00 h. Evidenciado en trabajo de campo.
13	¿Se clasifica la mercancía recibida?	0	2	3		FC1	Se realiza mediante zona intermedia de recepción para aplicar los criterios de aceptación y rechazo. Posteriormente se coloca en el sitio identificado del almacén general. Izasa Hospital es el proveedor. Fecha de salida: 07/02/18. Fecha recepción 08/02/18. En su horario: 11,00 h. Evidenciado en trabajo de campo
14	¿Existe un procedimiento de gestión de rechazos y devoluciones?	0	3	4		FC2	Está contemplado en el “procedimiento de compras y almacenes”. Apartado 3.2 Actualización del procedimiento a

							30/09/2016. Se establecen 7 criterios de aceptación, p.ej. : Nº pedido, proveedor, nº unidades e inspección visual.
15	Existe una zona para ubicar los productos rechazados, devoluciones o no conformes?	0	3	4		FD2	Sí. Zonas de entrada a derecha e izquierda en estanterías correctamente identificadas. Evidenciado en trabajo de campo.
16	¿Están designados los operarios encargados de la recepción?	0	1	2		FD2	Sí. Evidencias: David González Moreno Fernando José Tejada
17	¿Están definidas las funciones y responsabilidades de las personas encargadas de la recepción?	0	3	4		FD2	Se evidencian en los perfiles de puesto del encargado, mozos de almacén y administrativo en los “perfiles de puesto de trabajo”: --David Moreno González, Mónica Pérez, Francisco Tejada y Francisco Capilla.
18	¿Se gestiona adecuadamente la documentación asociada al pedido?	0	3	4		FC2	Está contemplado en el “procedimiento de compras y almacenes”. Apartado 3.2 Actualización del procedimiento a 30/09/2016. Pedido 18VIG00603. 75 udes. Referencia MS01010036. 05/02/18. Se recibe el material en almacén general (albarán de entrega OK, nº 364 de 08/02/18)

N°	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
<b>PROCESO:ALMACENAJE (Almacén General)</b>						
19	¿Existen procedimientos documentados para la gestión del almacén?	0	3	4		FC2 Está contemplado en el “procedimiento de compras y almacenes”. Apartado 3.2 Actualización del procedimiento a 30/09/2016.
20	¿Existen KPI’s para la gestión del almacén?	0	3	4		FD2
21	¿Existe un stock mínimo y máximo definido para todos los productos?	0	3	4		FC2 “Listado de artículos”. Actualizado en el 31/12/2017
22	¿Hay establecido un nivel de stock de seguridad?	0	2	3		FC1 Se equipara al stock mínimo. “Listado de artículos”. Actualizado en el 31/12/2017.
23	¿Hay establecido un segundo punto de pedido para los productos?	0	3	4		FC2 Corresponde con el stock punto medio “Listado de artículos”. Actualizado en el 31/12/2017
24	¿Se realizan inventarios y con qué periodicidad?	0	3	4		FC2 Se realizan mensual parcial. 2 inventarios generales. El encargado, al solicitarle el inventario de stock debía ir a administración para comprobarlo, mediante el registro digital.  <i>(Observaciones. Punto 10)</i>
25	Ver si hay productos por debajo de stock mínimo y si existe propuesta de pedido al proveedor	0	3	4		FC1 Sí. Evidencia: MS 02030459. Se lanza pedido normal 02/01/18. Se lanza incidencia en heipdesk a central de compras. A fecha 08/02/18 no se ha entregado dicha referencia. Se ha buscado material y proveedor alternativo, aunque el tiempo de demora para el suministro es un poco largo.  <i>(Ver obsevaciones. Punto 1)</i>

26	Ver funcionamiento de almacén en tránsito: comprobar petición del servicio <b>IFMS:PDPLA</b> , ver pedido de material al proveedor <b>IFMS: PDPR1</b> , ver la baja en el almacén de tránsito, dispensación a servicio <b>IFMS:PDPLZ</b>	0	3	4		FC2	Pedido PDPRJ /004728. Proveedor ABBOT: fecha pedido 30/01/18. Se entrega 01/02/2018.. Tránsito T-365. Destino: hemodinámica. Fdo 01/02/2018 pro Javier C. Supervisión del departamento.
<b>PROCESO:ALMACENAJE (Almacenes periféricos)</b>							
27	¿Existen procedimientos documentados para la gestión del almacén?	0	2	3		FC2	Está contemplado en el “procedimiento de compras y almacenes”. Apartado 3.2 Actualización del procedimiento a 30/09/2016
28	Existen pactos de consumo actualizados con los distintos servicios peticionarios	0	3	4		FC2	SE realizan por los estudios de consumo y la rotación del material.
29	Comprobar el correcto funcionamiento del Doble Cajón	0	3	4		FC2	Se va a visitar paritorios y rehabilitación. MS07040259. Vaso muestras. 1º cajón vacío. Está en pantalla preparado para pedido.
30	Se corresponden las etiquetas con los productos y cantidades almacenadas en los compartimentos?	0	3	4		FC2	MS05080390. Mascarilla. 1º cajón ok, 2º cajón coincide. MS07040259. Vaso muestras. 1º cajón vacío. Está en pantalla preparado para pedido.  <i>(Observaciones punto 4)</i>
31	¿Los compartimentos contienen el 50% de la cantidad estipulada?	0	2	3		FC2	MS05080390. Mascarilla. 1º cajón ok, 2º cajón coincide
32	En el caso de agotarse el stock, la etiqueta se pasa por el panel antes de las 7 am. Verificar si es así.	0	2	3		FC2	Dispensación PDPLO/019932. 08/02/2018 a las 07:00 h.
33	¿Queda constancia de la verificación por el supervisor del pedido no registrado en doble cajón?	0	2	3		FC2	Sin incidencias
34	¿Está establecida una ubicación específica para los productos no almacenados en armario?	0	2	3		FC2	<i>Observación. Puntos 2 y 3.</i>
35	¿Se realiza un control del número de pedidos realizados por urgencia?	0	2	3		FD2	08/02/18. PDPLA/023086. Almacén quirófanos.MS02030246. Se dispensa 08/02/18. 10:06 h. OK
36	¿Cómo se gestionan las devoluciones de producto del Servicio al almacén?	0	2	3		FD2	A través de los responsables de las secciones y mediante la plataforma IFSM, y recogido por los mozos cuando se realizan

								nuevas entregas. -Almacén quirófano. 26/12/17. Se devuelve MS03040012 41 udes. Motivo: exceso de pedido. -MS03040452. 26/12/17. Motivo: exceso de pedido.
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
37	¿Existe un stock mínimo definido para cada producto?	0	3	4		FC2 Se establece en los pactos
38	¿Hay establecido un nivel de stock de seguridad?	0	2	3		FC2 Se establece en los pactos
39	¿Se realizan inventarios y con qué periodicidad?	0	3	4		FC2 Se realizan conteo por consumo directo
<b>PROCESO:DISTRIBUCIÓN</b>						
40	¿Hay establecido un plan de reparto a los servicios peticionarios?	0	3	4		FC1 Se establece en los anexos del procedimiento Está contemplado en el "procedimiento de compras y almacenes". Apartado 3.2 Actualización del procedimiento a 30/09/2016.  <i>Observaciones. Punto 5</i>
41	¿El plan de reparto se encuentra aprobado por Gerencia?	0	1	2		FD2 Se establece en los anexos del procedimiento Está contemplado en el "procedimiento de compras y almacenes". Apartado 3.2 Actualización del procedimiento a 30/09/2016.
42	¿Hay establecido un horario para la reposición del almacén periférico?	0	3	4		FD2 Está contemplado en el "procedimiento de compras y almacenes". Apartado 3.2 Actualización del procedimiento a 30/09/2016.
43	¿Se cumple el plan de reparto?	0	3	4		FC1
<b>PROCESO:CALIDAD</b>						
44	¿Existe un plan de formación para el personal del almacén?	0	3	4		FC2 Plan de formación 2017 SPS
45	¿Existen registros de las acciones formativas de los empleados?	0	3	4		FC2 -David Moreno González, Mónica Pérez, Francisco tejada y 2 más. Formación Básico PRL 8 horas. 15/12/2015. -Francisco capilla y Mónica Pérez. Excel básico 40 horas. 25/11/2015.

46	¿Existe un catálogo de productos actualizado y revisado?	0	3	4		FC2	“Listado de artículos”. Actualizado en el 31/12/2017
47	¿Se realiza una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores en el proceso de almacén?	0	3	4		FC2	-Código VI/PES03C/FP0C01/03 Ed 2.0 Octubre 2017

	Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION					EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
			T	P	N	N/A		
<b>PROCESO:MEDIOS</b>								
48		¿Se controlan las temperaturas en aquellos productos que lo requieran?	0	3	4	N/A	FC2	
49		¿Existe un inventario de bienes de capital en el almacén?	0	3	4		FD2	Sí. Diciembre 2016. Es continua la inclusión y exclusión de materiales

							(Observación. punto 9)
50	¿Existe plan de mantenimiento de bienes de capital: carretillas, elevadoras, etc?	0	3	4		FD2	Correctivo, pero no preventivo (Observaciones. Punto 6)
51	¿Se realiza un diario de mantenimiento de las carretillas elevadoras?	0	3	4	N/A	FD2	
52	¿Se guardan registros de los mantenimientos realizados a los bienes de capital?	0	3	4		FD2	Sí. Diciembre 2016. Es continua la inclusión y exclusión de materiales
53	¿Se realiza un mantenimiento de las instalaciones: estanterías	0	3	4		FD2	Se realizan inspecciones una vez al mes por UTC.
54	¿Se realiza un mantenimiento de los medios auxiliares, escalerillas, por ejemplo	0	3	4	N/A	FD2	No existe mantenimiento preventivo de trapaletas, pero sí correctivo.
55	¿Se realiza un mantenimiento de las instalaciones: contra incendios?	0	3	4		FC1	Sí, Empresa mantenedora JOMAR (Nº registro 92532).  Se detecta el extintor de pasillo de almacén Nº 0932 sin etiqueta con fecha de última inspección, reglamentaria.  (Observaciones. Punto 7)
56	Comprobar si las actas de mantenimiento de instalación internas o externas cumplen la legislación.	0	3	4		FC2	OK. Informe anual de Junio 2017. 974-17 14/06/2017. Empresa Jomar (92532.)
57	Si lo hace personal interno, tienen la certificación requerida?	0	3	4	N/A	FC2	
58	Si el mantenimiento de la instalación contra incendios lo hace empresa mantenedora externa, se comprueba si cumple con la legislación? Ver anexo	0	3	4		FC1	Informe anual de Junio 2017. 974-17 14/06/2017. Empresa Jomar (92532.)
59	¿Se proporciona a los trabajadores de almacén los equipos de protección individual adecuados para el desempeño de sus funciones?	0	3	4		FC2	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo
60	¿Las condiciones en que se desarrollan las actividades es adecuado para la correcta realización de las tareas?	0	3	4		FC2	Evidenciado en trabajo de campo
<b>PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL</b>							

61	Trazabilidad de pedidos compras-almacén	0	3	4		FD2	Pedido 18VIG00603. 75 udes. Referencia MS01010036. 05/02/18. Se receptiona el material en almacén general (albarán de entrega OK, nº 364 de 08/02/18)
62	Revisar registro de entradas y salidas	0	3	4		FD1	A través del trabajo de Fran. Evidenciado en trabajo de campo. Y del IFMS "Control de stock almacenes"
63	Realizar prueba de coincidencia entre inventario informático y físico	0	3	4		FD2	Sí, Alguna deficiencia registrada en:  (Observaciones. Punto 8)
<b>PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO</b>							
64	¿Se lleva a cabo un registro y control de incidencias en el almacén?	0	3	4		FD2	"Registro de no conformidades y acciones correctivas
65	¿Se toman acciones correctivas para solucionar las incidencias producidas?	0	3	4		FD2	El almacén dispone de cajas de suero por el suelo (Diciembre/2017) Acción correctiva: colocar estanterías para los suelos en menos de 2 meses. Colocadas en Enero/17.Se cierra en misma fecha
66	¿Se cierran las acciones correctivas en plazo?	0	3	4		FD2	Acción correctiva anterior punto: colocar estanterías para los suelos en menos de 2 meses. Colocadas en Enero/17.Se cierra en misma fecha

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

1. Se recomienda, dada la experiencia con algunos productos de entrega demorada, estudiar la posibilidad de tener establecido un estudio de riesgos en este punto y tener proveedores y productos alternativos en aquellos casos más críticos y tener alternativa posible de forma más inmediata, para eliminar o minimizar este riesgo.
2. Se recomienda, siempre que el espacio del armario lo permita, identificar área de material sin colocar, por si se diera el caso de no poder colocar la mercancía directamente en el mismo tiempo.
3. Identificar el carrito usado como de "tránsito" que es para ese fin para el que se usa (cartelito)
4. Se recomienda colocar una tarjeta amarilla identificando a la referencia "Test MS 07031560" como elemento de "tránsito"
5. Aplicar la correcta gestión documental. Evidencia: listado de distribución por días semanales a los peticionario se ha modificado y no se ha retirado y llevado a obsoleto correctamente.
6. Realizar mantenimiento preventivo de transpaletas.
7. Se detecta el extintor de pasillo de almacén N° 0932, sin etiqueta con fecha de última inspección, reglamentaria.
8. No coincide en almacén 2, pasillo 2 estantería 4 la referencia MS 03020198 de la cual hay 288 unidades, pero están registradas en stock en IFMS 336 udes.
9. No se evidencia la inclusión de los carros de transporte en el inventario de inmovilizado
10. Se recomienda que cuando se realicen los inventarios de stock de almacenes generales el encargado del área disponga de copia de los mismos, por si hubiera de manejar ante cualquier eventualidad.

Firma del auditor



Firma del auditado

Función:

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

TRIMESTRAL, ANUAL Y QUINQUENAL

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

NOTA ACLARATORIA

a) Información general.

1.º Nombre y domicilio de la propiedad de la instalación. 2.º Nombre y cargo del representante de la propiedad responsable de la instalación. 3.º Nombre y cargo del representante de la propiedad responsable ante las operaciones de mantenimiento que se van a llevar a cabo. 4.º Domicilio de localización de la instalación y fecha de instalación. 5.º Empresa responsable de la última inspección y fecha de la misma. 6.º Empresa responsable del último mantenimiento y fecha del mismo. 7.º Nombre, n.º de identificación y domicilio de la empresa mantenedora. Declaración de que se está habilitada para todos y cada uno de los productos y sistemas sobre los que va a efectuar el mantenimiento.

8.º Nombre de la/s persona/s responsable/s de realizar las operaciones de mantenimiento. Declaración de que dicha/s persona/s se encuentra/n cualificada/s para realizar los mantenimientos. 9.º Tipos de productos y sistemas que van a ser objeto de mantenimiento.

b) Para cada producto o sistema sobre el que se realice mantenimiento. 1.º Tipo de producto o sistema, marca y modelo. 2.º Identificación unívoca del producto o sistema (ej.: mediante identificación de número de serie, ubicación...). 3.º Operaciones de mantenimiento realizadas y resultado. En caso de presentarse incidencias, acciones propuestas.

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



**GEPRECON**  
GESTIÓN PREVENCIÓN CONTROL  
AMBIENTAL

## CUESTIONARIO DE AUDITORÍA

Código	
CA-HGV-DD	
Edición	Fecha edición
1	19.01.18

<b>Hospital Auditado</b>	Hospital General de Villalba (Madrid)
<b>Servicio Auditado</b>	Gestión del servicio de desinsectación / desratización (DD)
<b>Fecha de la Auditoría</b>	08 de Febrero de 2018
<b>Equipo auditor</b>	Vicente Luis Martínez Camacho - Alfonso Guzmán
<b>Responsable del Servicio auditado</b>	Laura Alfaro
<b>Otros interlocutores</b>	Dolores Muñoz, Silvia Parra, Samuel Gómez, José Luis Díaz.

RESULTADO DE LA AUDITORÍA	
<b>Total deméritos posibles :</b>	<b>166</b>
<b>Deméritos obtenidos :</b>	<b>10</b>
<b>Porcentaje de deméritos :</b>	6,024
<b>RESULTADO: 100% - (% deméritos)</b>	<b>93,976</b>

CRITERIOS DE EVALUACIÓN						
CRITICIDAD DEL ASPECTO A AUDITAR	GRADO DE IMPLANTACIÓN DEL ASPECTO A AUDITAR					
	TOTAL (T)		PARCIAL (P)		NULO (N)	
ALTA	TA	0	PA	3	NA	4
MEDIA	TM	0	PM	2	NM	3
BAJA	TB	0	PB	1	NB	2

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
<b>PROCESO: PROGRAMACIÓN</b>						<b>Tipo fallo</b>
1	¿Se han estudiado las situaciones previas respecto al sitio o emplazamiento?	0	3	4		FC1 Está incluido en el plan de plagas N° Pddd 0184/0118 de fecha 18/01/2018
2	¿Se han estudiado los factores de riesgo en el sitio (respecto al medioambiente y salud de usuarios / trabajadores / pacientes)?	0	3	4		FC2 Estudios realizados e incluidos en el plan de plagas N° Pddd 0184/0118 de fecha 18/01/2018.
3	¿Se ha establecido un plan de plagas para este hospital?	0	3	4		N° Pddd 0184/0118 de fecha 18/01/2018. <i>(Observaciones. Punto 1)</i>
4	¿Se establecen planos con la situación de los cebos/portacebos?	0	3	4		FC2 Cafetería, planta baja, cocinas, sótanos y exteriores.
5	¿Se ha realizado una zonificación atendiendo a la situación de riesgo?	0	3	4		FC2 Se refleja en los planos anteriormente comentados
6	Derivado del establecimiento del plan de plagas, ¿Se establece calendario de actividad según tratamiento?	0	3	4		FC2 Véase en el plan de plagas N° Pddd 0184/0118 de fecha 18/01/2018
7	¿Se han llevado a cabo las actividades según la programación?	0	3	4		FC1 Se cotejan las correspondientes a los trabajos realizados - Tratamiento mensual N° 35555-1

								de fecha 18/12/2017. - Noviembre. N° 35555- 2. Trabajos correspondientes al tratamiento mensual. 03/11/17 09:29 - 13:57		
<b>PROCESO: MEDIOS (PRODUCTOS Y EQUIPOS)</b>										
8	¿Existe un procedimiento de compras de productos biocidas?	0	2	3	N/A	FC2				
9	¿Se describen los productos utilizados según técnica aplicada?	0	2	3		FC1	Se refleja en el plan de plagas. N° Pddd 0184/0118 de fecha 18/01/2018			
10	¿Se atiende a la peligrosidad en la utilización de biocidas a la seguridad y salud de empleados, pacientes y técnicos, así como al medioambiente?	0	2	4		FC1	Se refleja en el plan de plagas. N° Pddd 0184/0118 de fecha 18/01/2018			
11	¿Existen fichas de seguridad de los productos empleados?	0	2	4		FC2	Evidencia: Massocide Alpha Plus. Ok			
12	¿Disponen todos los aplicadores de dichas fichas de seguridad?	0	3	4		FC2	Evidenciado a través de la tablet de Francisco del Saz, técnico aplicador			
13	¿Existe un listado de EPIs para uso de los aplicadores?	0	2	3		FC2	Se encuentran entregados por cada uno de los aplicadores. Evidencia: a D. Francisco Javier Isidoro del cerro. (29/06/2015). Felipe Amador Baeza. (29/06/2015)			
14	¿Autorización Medicina preventiva de técnicos aplicadores?	0	2	3		FC2	D. Francisco Javier Isidoro del cerro. (28/11/2016). Felipe Amador Baeza. (21/11/2016)			
N°	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				T	P	N	N/A	EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A					
<b>PROCESO: PROCEDIMIENTO</b>								<b>Tipo fallo</b>		
15	¿Existen procedimientos documentados para la realización del método de desinsectación?	0	2	3		FC2	Procedimiento incluido en el plan de plagas N° Pddd 0184/0118 de fecha 18/01/2018			
16	¿Existen procedimientos documentados para la realización del método de desratización?	0	2	3		FC2	Procedimiento incluido en el plan de plagas N° Pddd 0184/0118 de fecha 18/01/2018			
17	¿Se especifica el método a seguir con todo detalle?	0	3	4		FC2	Véase plan de plagas.			
18	¿Existe una secuencia lógica del proceso/método en desinsectación?	0	3	4		FC2	Procedimiento incluido en el plan de plagas N° Pddd 0184/0118 de fecha 18/01/2018			
19	¿Existe una secuencia lógica del proceso/método en desratización?	0	3	4		FC2	Procedimiento incluido en el plan de plagas N° Pddd 0184/0118 de fecha 18/01/2018			

PROCESO: SISTEMAS Y TÉCNICAS						
20	¿Se realizan las técnicas de aplicación atendiendo al índice de riesgo de personas, empleados y medioambiente en la desinsectación?	0	3	4		FD1 Se tiene en cuenta los trabajos realizados según especifica el plan de plagas y el parte de intervención: - Tratamiento mensual N° 35555-1 de fecha 18/12/2017.
21	¿Se realizan las técnicas de aplicación atendiendo al índice de riesgo de personas, empleados y medioambiente en la desratización?	0	3	4		FD1 Se tiene en cuenta los trabajos realizados según especifica el plan de plagas y el parte de intervención: - Tratamiento mensual N° 35555-1 de fecha 18/12/2017.
22	¿Se realizan las aplicaciones según el plan de plagas/procedimientos descritos/I.T., etc en desinsectación?	0	3	4		FD1 Se tiene en cuenta los planos que se entregan tras una intervención en el informe de trabajo. No está en todos partes
23	¿Se realizan las aplicaciones según el plan de plagas/procedimientos descritos/I.T., etc en desratización?	0	3	4		FD1 Se tiene en cuenta los trabajos realizados según especifica el plan de plagas. (30/01/2018). evidenciado
24	¿Se tienen en cuenta los riesgos de entorno según técnica aplicada: avisos con antelación al cliente, periodos de reentrada, etc.?	0	3	4		FD1 Se tiene en cuenta los trabajos realizados según especifica el plan de plagas y cada uno de los partes de trabajo según el plan con tratamiento mensual o visita específica. *Evidencia: Tratamiento mensual N° 35555-1 de fecha 18/12/2017
PROCESO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL						
25	¿Se llevan a cabo los controles en los trabajos realizados mediante registros de control?	0	2	3		FD2 A través del One dive se puede acceder a los controles del servicio y pueden rellenar los datos necesarios.  Tratamiento mensual N° 35555-1 de fecha 18/12/2017

26	¿Están los portacebos y trampas en buen estado y con la información en la tapa visible y legible por completo?	0	2	3		FD2	Se detectan portacebos de cocinas con etiquetas antiguas (serigrafiadas y con posibilidad de falta de legibilidad)  (Observaciones. Punto 2)
27	¿Están todos los portacebos y trampas colocados según plano?	0	3	4		FD2	Evidenciado en visita de campo. No se han identificado y fijados a suelo los portacebos del parking (Observaciones. Punto 3)
28	¿Se marcan los planos de portacebos y otros sistemas físicos de control de plagas con fecha de revisión y aplicador que lo realiza?	0	2	3		FD2	Evidenciado en visita de campo realizada
29	¿Se identifican los portacebos con número según plano?	0	2	3		FD2	No se realiza en los de exteriores. En el resto sí. Incumplimiento de disponibilidad:  (Observaciones. Punto 4)
30	¿Se registran todos los tratamientos realizados en libros físicos, digitales, etc.?	0	3	4		FD2	Se evidencia a través de la aplicación de One Drive de la tablet de Francisco del Saz. -Se tiene en cuenta los trabajos realizados según especifica el plan de plagas y el parte de intervención: *Evidencia: Tratamiento mensual N° 35555-1 de fecha 18/12/2017
31	¿Se tienen en cuenta procedimiento, tipología, área de actuación?	0	3	4		FD2	Se ha realizado en el plan de plagas
32	¿Las hojas de trabajos llevan la hora de ejecución, materiales empleados, composición, técnico aplicador, etc?	0	2	3		FD2	Se cotejan las correspondientes a los trabajos realizados - Tratamiento mensual N° 35555-1 de fecha 18/12/2017. - Noviembre. N° 35555- 2. Trabajos correspondientes al tratamiento mensual. 03/11/17 09:29 - 13:57
33	¿Todos los registros de ejecución de trabajos están firmados por el cliente?	0	2	3		FD2	Se cotejan las correspondientes a los trabajos realizados - Tratamiento mensual N° 35555-1 de fecha 18/12/2017.

										Noviembre. Nº 35555- 2. Trabajos correspondientes al tratamiento mensual. 03/11/17 09:29 - 13:57
Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				T	P	N	N/A	EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A					
<b>PROCESO: NORMATIVAS Y REGLAMENTOS</b>									<b>Tipo fallo</b>	
34	¿Posee la empresa el registro de autorización legal de realización de servicios DD?	0	3	4					FC1	Registro nº AS/ES-1. 06/03/2000.
35	Los certificados de tratamientos firmados por cliente, según epígrafe anterior, ¿están correctamente archivados y conservados?	0	3	4					FD2	Se registra en la carpeta de UTC (Unidad técnica de control). Evidencia: Informe Diciembre/2017 (14/12/2017)
36	¿Poseen los técnicos aplicadores el título vigente según RD 830/2010?	0	3	4					FC2	-Felipe Amador Baeza. 50219000B. Vigencia: 27/03/2022 -Fco. Javier Isidoro del cerro. 51354670V. Vigencia: 17/12/2018.
37	¿Posee la empresa un responsable técnico y está en plantilla, según establece el RD 830/2010?	0	3	4					FC2	Esperanza Santaolalla. Licenciada en Ciencias Biológicas.
38	Los productos utilizados están inscritos en el registro oficial de biocidas, según RD 1054/2002?	0	3	4					FC2	-Nupilac Hidro AZM Green. Nº 13-30-06623. Fecha: 10/04/2015. -Massocide alfa Plus. Nº 16-30-05828 27/06/2016
39	¿Se cumplen todos los requisitos relacionados con la ley de PRL (31/1995) para aquellos trabajadores que realizan el servicio?	0	3	4					FC2	Se evidencian con las formaciones y entregas de equipos EPIs comentados.
40	¿Tiene la empresa suscrito contrato con gestor de residuos autorizado por la CAM (Ley 22/2011)?	0	3	4					FC2	Se gestionan a través de Consenur
41	¿Segregan bien los residuos generados en las actividades de DD (Ley 22/2011)?	0	3	4					FC2	Evidenciado en visita de campo
42	¿Posee la empresa algún pequeño almacén en el hospital que almacene productos químicos biocidas?	0	3	4				<b>N/A</b>	FD2	No aplica
<b>PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO</b>										
43	¿Se lleva a cabo un registro y control de incidencias en el servicio?	0	3	4					FC2	Las No conformidades del servicio e incidencias se registran en el documento Excel de "registro de incidencias de

							limpieza”
44	¿Se investigan todas las incidencias y se estudia y determina la causa raíz?	0	2	3		FC2	Evidencia: Proviene del parte de servicio 35555 de mantenimiento mensual de septiembre (01/09/2017). Se detectan hormigas en área de dormitorio médico quirófanos
45	¿Se realizan correcciones inmediatas para solucionar las incidencias producidas?	0	2	3		FC2	Evidencia: Derivada del parte de trabajo anterior. Cerrar o sellar perímetro de plato de ducha de cuarto médico de quirófano, realizadi por equipo de mantenimiento de hospital, silicona y una hora de trabajo
46	Se establecen planes de acciones correctivas con responsables, recursos a emplear, tiempo de ejecución y comprobación de la eficacia del plan corrector?	0	3	4		FC2	Cerrar o sellar perímetro de plato de ducha de cuarto médico de quirófano, realizadi por equipo de mantenimiento de hospital, silicona y una hora de trabajo. Se cierra en visita del mes de Octubre de Ambisán (04/10/2017). No se han vuelto a observar hormigas en el área
47	¿Se establecen indicadores o KPIs para determinar el índice de satisfacción del servicio DD?	0	2	3		FC2	Se realizan para todos los servicios en un único KPI.

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

1. Se recomienda incluir en el plan de plagas que "ante cualquier incidencia acaecida aparte de los roedores y cucarachas, se procederá de forma establecida según especie, riesgo, etc.; en un presupuesto adicional".
2. Sustituir etiquetas de portacebos de las cocinas.
3. Identificar los portacebos del parking y fijarlos a suelo.
4. No se identifican los portacebos con número según plano en los situados en exteriores

Firma del auditor



Firma del auditado

Función:



**GEPRECON**  
GESTIÓN PREVENCIÓN CONTROL  
AMBIENTAL

## CUESTIONARIO DE AUDITORÍA

### Código

Edición	Fecha edición
3	01.02.18

<b>Hospital Auditado</b>	HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA
<b>Servicio Auditado</b>	Servicio de Residuos Urbanos y Sanitarios
<b>Fecha de la Auditoría</b>	9/2/2018
<b>Equipo auditor</b>	V. Villarejo/A. Guzmán/J.L. González
<b>Responsable del Servicio auditado</b>	<i>Dolores Muñiz Batista – Gobernanta Corporativa Silvia Parra Fernández – Responsable de limpieza</i>
<b>Otros interlocutores</b>	<i>Laura Alfaro – Responsable de Calidad</i>

### RESULTADO DE LA AUDITORÍA

<b>Total deméritos posibles :</b>	562
<b>Deméritos obtenidos:</b>	19
<b>Porcentaje de deméritos :</b>	3,4
<b>RESULTADO: 100% - (% deméritos)</b>	<b>96,6%</b>

### CRITERIOS DE EVALUACIÓN

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

N°	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
<b>PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (Clases I y II)</b>						
1	¿Existen Puntos de recogida específicos para RRSS Clase I y RRSS Clase II?	0	3	4		FC1/ FD1 Existen almacenes de recogida, con contenedores correctamente segregados. Se comprueba su conformidad a parte del depósito final, en las zonas de Hospital de día, laboratorio y medicina nuclear.
2	De existir estos puntos de recogida, ¿Están convenientemente identificados?	0	3	4		FC1/ FD1 Todos los puntos de recogida están señalizados mediante letreros o se identifican perfectamente por ubicación y presencia de contenedores específicos. Se verificaron los puntos de recogida de Hospital de día y Laboratorio.
3	¿Existen compactadores u otros elementos de mecanización por presión de residuos?	0	1	2		FD2 En el deposito final tienen dos compactadores, uno para RRSS Clase I y II y otro para cartón y plástico. Durante la inspección se estaban limpiando.
4	Los contenedores, recipientes y envases, ¿cumplen con los requisitos requeridos en cuanto a sus características físicas?	0	3	4		FC1 Todos los contenedores y envases comprobados cumplen con las características contempladas en las fichas técnicas del Procedimiento de Gestión de Residuos.
5	Las zonas de recogida y almacenamiento, ¿poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4		FC1/ FD2 Los puntos de recogida, tienen disponible un equipo de extinción de incendios, cerca y señalizado. Existiría una duda con el almacén intermedio de medicina nuclear, que tiene un equipo extintor a más de 15m (recomendable) de la zona de almacenaje, pero a menos de 25 (legislado según responsable). Si bien en este caso en concreto, la importancia sería algo menor, ya que los contenedores de los productos radioactivos son de metal y recubiertos de plomo, por lo que tendrían una mayor carga ignífuga.
6	¿La limpieza de contenedores, recipientes, medios de transporte, maquinaria y demás utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4		FC1/ FD2 Hay una zona específica de Limpieza de contenedores para RRSS Clase I y II. En la visita a esta zona, preguntamos al personal encargado (Ismael Kartouch) si existe una zona determinada para el almacenamiento de contenedores limpios y sucios, para evitar confusiones, nos indica la manera de proceder, verificándose que los contenedores limpios se encuentran separados de los sucios, evidenciándose su limpieza ocularmente y la desinfección por un intenso olor a lejía u otro desinfectante.
<b>PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Biosanitarios Especiales (Clase III)</b>						
7	¿Existen Puntos de recogida específicos para RRSS Clase III?	0	3	4		FC1/ FD1 Existen puntos de recogida en las zonas revisadas donde se generan habitualmente este tipo de RRSS (Comprobado en Hospital de día y laboratorio).
8	De existir estos puntos de recogida, ¿están convenientemente identificados?	0	3	4		FC1/ FD1 Están señalizados mediante letreros o se identifican perfectamente por ubicación y presencia de contenedores específicos.

9	¿Se utilizan envases no rígidos específicos (color rojo) para recoger los residuos Clase III?	0	3	4	FC1	Los contenedores en uso que revisamos de la zona de Hospital de día y laboratorio, tenían la bolsa roja correspondiente dentro del contenedor negro especificado. Además, se da la circunstancia que en el laboratorio tienen que cerrar uno de los contenedores negros en nuestra presencia, por lo que podemos verificar el protocolo de actuación.
10	¿Se utilizan contenedores y recipientes rígidos o semirrígidos, exclusivos para este tipo de residuo?	0	3	4	FC1	Se usan contenedores semirrígidos apropiados, que se describen en las fichas técnicas suministradas.
11	¿Los contenedores, recipientes y/o envases cumplen las características físicas y requerimientos requeridos?	0	3	4	FC1	Todos los contenedores revisados de R. Clase III, cumplen con las especificaciones de las fichas técnicas, son acordes a normativa aplicable y están etiquetados e identificados correctamente.
12	¿Existen contenedores específicos para residuos punzantes y cortantes?	0	3	4	FC1	Se verifica su existencia en los puntos de recogida, están contemplados en las fichas técnicas de envases.
13	Los contenedores de residuos punzantes o cortantes ¿están diseñados específicamente y cumplen con los requerimientos físicos requeridos?	0	3	4	FC1	Son contenedores específicos para este tipo de uso y son adecuados.
14	¿Las zonas de recogida y almacenamiento, poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4	FC1/ FD2	Si no hay en el mismo almacén, siempre hay un equipo de extinción cerca, claramente identificado.
15	¿La limpieza de contenedores, recipientes, medios de transporte, maquinaria y demás utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4	FC1/ FD2	Los contenedores de residuos peligrosos, los retira y repone el Gestor autorizado (Consedur). Se comprueba que los contenedores repuestos y el carro de transporte estaban limpios.
<b>PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Citotóxicos (Clase VI)</b>						
16	¿Existen Puntos de recogida específicos para RRSS Clase VI?	0	3	4	FC1/ FD1	De los puntos de recogida revisados, solamente en: Hospital de día se observa este tipo de residuo, como en los casos anteriores, se observa una nevera para la recogida de muestras, que está separada del resto de residuos e identificada con el pictograma y texto R. Citotóxico.
17	¿De existir estos puntos de recogida, están convenientemente identificados?	0	3	4	FC1/ FD1	La nevera de recogida está marcada con el texto y pictograma de R. Citotóxico.
18	¿Se utilizan envases y contenedores de color azul para recoger los residuos Clase VI?	0	3	4	FC1	En los almacenes intermedios y finales, se evidencia el uso de estos contenedores.
19	¿Se utilizan contenedores y recipientes rígidos o semirrígidos, exclusivos para este tipo de residuo?	0	3	4	FC1	Los contenedores revisados son reglamentarios.
20	Los contenedores, recipientes y/o envases. ¿Cumplen las características físicas y requerimientos requeridos?	0	3	4	FC1	Todos los contenedores y envases verificados cumplen con las características plasmadas en las fichas técnicas, que a su vez cumplen con la Normativa de referencia.
21	¿Existen contenedores específicos para residuos punzantes y cortantes?	0	3	4	FC1	Existen según la ficha técnica, pero en esta visita no podemos verificar ninguno, debido a la poca producción de estos residuos en las zonas visitadas.
22	¿Los contenedores de residuos punzantes o cortantes, están diseñados específicamente y cumplen con los requerimientos físicos requeridos?	0	3	4	FC1	Según la ficha técnica, cumplirían. Lo único que cambiaría con los contenedores para punzantes de R. Clase III es el logo y el texto por el de Peligro Citotóxico.

23	¿Las zonas de recogida y almacenamiento, poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4		FC1/ FD2	No tenían en el propio almacén, pero si en las proximidades.
24	¿La limpieza de contenedores, recipientes, medios de transporte, maquinaria y demás utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4		FC1/ FD2	Los contenedores de Residuos peligrosos, los retira y repone el Gestor autorizado (Consenu). Se comprueba que los contenedores repuestos y el carro de transporte estaban limpios.
<b>PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Químicos (Clase V)</b>							
25	¿Existen Puntos de recogida específicos para Residuos Clase V?	0	3	4		FC1/ FD1	Evidenciamos su presencia en la zona de laboratorio. Son los únicos envases de Residuos Peligrosos que no vienen etiquetados directamente por el Gestor autorizado, ya que existen dos tipos de Residuos: aguas de laboratorio y productos químicos de laboratorio, por lo que en función de su producción se pone una etiqueta u otra inmediatamente tras su producción, para no provocar confusión. También se comprueba la existencia de contenedores rojos, para los residuos químicos sólidos.
26	¿De existir estos puntos de recogida, están convenientemente identificados?	0	3	4		FC1/ FD1	Se identifica perfectamente por su segregación por separado y la presencia de contenedores específicos y diferentes al resto de Residuos Peligrosos.
27	¿Se utilizan bidones y garrafas específicos y adecuados para recoger los residuos Clase V?	0	3	4		FC1	Garrafas transparentes con tapón amarillo y contenedores rojos para sólidos.
28	Los bidones, garrafas y recipientes, ¿cumplen con los requisitos requeridos en cuanto a sus características físicas?	0	3	4		FC1	Según la ficha técnica, cumplen la normativa vigente.
29	¿Las zonas de recogida y almacenamiento, poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4		FC1/ FD2	Tienen dos equipos de extinción en 5m.
30	¿La limpieza de bidones, garrafas y demás recipientes, medios de transporte, maquinaria y resto de utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4		FC1/ FD2	Los contenedores de Residuos peligrosos, los retira y repone el Gestor autorizado (Consenu), además en este caso, los repone sin etiquetar y proporciona dos tipos de pegatina aparte, para poder diferenciar entre dos tipos de R. Clase V líquidos (Aguas de laboratorio y Productos químicos de laboratorio).
<b>PROCESO: Medios Auxiliares Residuos Radioactivos (Clase VII)</b>							
31	¿Existen Puntos de recogida específicos para Residuos Clase VII?	0	3	4		FC1/ FD1	Existe una zona de recogida y almacenamiento específica para este tipo de Residuo (radioisótopos y otros residuos de radiodiagnóstico).
32	¿De existir estos puntos de recogida, están convenientemente identificados?	0	3	4		FC1/ FD1	Están perfectamente identificados y poseen los pictogramas de peligro radiactivo pertinentes. Se almacenan en contenedores especiales el tiempo suficiente (dependiendo del radioisótopo) dejando que caiga su actividad.
33	Los contenedores, recipientes y/o envases. ¿Cumplen las características físicas y requerimientos requeridos?	0	3	4		FC1	Cumplen los medios de prevención y protección para el almacenamiento de este tipo de residuos. Tienen dos contenedores para Tecnecio (6h), 1 para Galio e Indio, 1 para Radio y otro para Indio 131 (8 días).
34	Las zonas de recogida y almacenamiento, ¿poseen equipos de extinción de incendios?	0	3	4		FC1/ FD2	Existe un equipo de extinción de incendios a una distancia menor a 25 m.

35	¿La limpieza de contenedores, recipientes, medios de transporte, maquinaria y demás utensilios, es adecuada y suficiente?	0	3	4		FC1/ FD2	Son contenedores especiales, que requieren de un mantenimiento diferente y específico. Los residuos almacenados después del tiempo marcado en el Decae (Sistema de prevención radiológica de la fundación Jiménez Díaz), son tratados como R. Clase II.
----	---	---	---	---	--	-------------	---

N°	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
<b>PROCESO: Identificación Residuos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (Clases I y II)</b>							
36	¿Las zonas de almacenamiento de RRSS Clases I y II, están claras y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4		FC1/ FD1	Todos los almacenes intermedios verificados están identificados mediante letreros, y en caso de contener RRSS peligrosos con avisos de uso restringido y/o pictogramas y texto de peligrosidad.
37	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los RRSS Clases I y II?	0	3	4		FC1	Todos los contenedores están separados e identificados correctamente para evitar errores de segregación.
38	¿Todos los envases y contenedores se encuentran identificados correctamente?	0	3	4		FC1	Todos los contenedores revisados estaban identificados de manera correcta, ya sea por las características del contenedor o por su emplazamiento. Este tipo de Residuo no es necesario que esté etiquetado.
39	¿Se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4		FC1	La fecha y zona de generación se refleja en cada almacén en una hoja de registro.
<b>PROCESO: Identificación Residuos Biosanitarios Especiales (Clase III)</b>							
40	Las zonas de almacenamiento de residuos Clase III, ¿Están clara y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4		FC1/ FD1	Todos los almacenes intermedios revisados están identificados mediante un letrero, y en caso de contener RRSS peligrosos con avisos de uso restringido y/o pictogramas y texto de Residuo Biopeligroso o Residuo Citotóxico.
41	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los residuos Clase III?	0	3	4		FC1	En los almacenes intermedios donde hemos detectado R. Clase III, se ha podido evidenciar que los contenedores están separados e identificados correctamente para evitar errores de segregación. En Hospital de día, laboratorio y medicina nuclear, los RRSS Peligrosos siempre están separados de los demás contenedores.
42	¿La segregación y acumulación de residuos Clase III se realiza fuera de las zonas de hospitalización y atención al paciente y en lugares dispuestos para ello?	0	3	4		FC1/ FD1	Se realiza en cuartos aislados fuera del alcance de estas zonas
43	¿Se minimiza el riesgo de exposición y contacto del personal, los pacientes y el público en general con este tipo de residuo?	0	3	4		FC1/ FD1	Existen almacenes intermedios específicos identificados para el almacenamiento de estos residuos y el protocolo es adecuado.
44	¿Todos los envases y contenedores se encuentran etiquetados e identificados correctamente?	0	3	4		FC1	Las 3 zonas verificadas que contenían contenedores de R. Clase III en sus almacenes intermedios (Hospital de día, Laboratorio y Medicina nuclear), tenían contenedores adecuados, bien etiquetados e identificados.
45	¿El etiquetado de envases y contenedores es adecuado y correcto?	0	3	4		FC1	El etiquetado es correcto y está actualizado.
46	¿En envases y contenedores se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4		FC1	La fecha y zona de generación queda indicada en el registro de actividad de cada almacén intermedio.
47	¿Todos los recipientes y contenedores están marcados con el logo y texto Biopeligroso?	0	3	4		FC1	No hemos encontrado ningún contenedor que no tuviese marcado el logo y texto de Biopeligroso.

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
<b>PROCESO: Identificación Residuos Citotóxicos (Clase VI)</b>							
48	Las zonas de almacenamiento de residuos Clase VI, ¿Están clara y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4		FC1/ FD1	Todos los almacenes intermedios están identificados mediante un letrero, y en caso de contener RRSS peligrosos con avisos de uso restringido y/o pictogramas y texto de Residuo Biopeligroso o Residuo Citotóxico.
49	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los residuos Clase VI?	0	3	4		FC1	Todos los contenedores están separados e identificados correctamente para evitar errores de segregación. En este caso sólo hemos detectado este tipo de Residuo en el Hospital de día, y en el almacén intermedio, se apreciaba una correcta segregación.
50	¿La segregación y acumulación de residuos Clase VI se realiza fuera de las zonas de hospitalización y atención al paciente y en lugares dispuestos para ello?	0	3	4		FC1/ FD1	Se realiza en cuartos aislados fuera del alcance de estas zonas.
51	¿Se minimiza el riesgo de exposición y contacto del personal, los pacientes y el público en general con este tipo de residuo?	0	3	4		FC1/ FD1	No hay riesgo de exposición o de contacto, los contenedores se almacenan una vez cerrados en zonas habilitadas sin riesgo.
52	¿Todos los envases y contenedores se encuentran etiquetados e identificados correctamente?	0	3	4		FC1	Los envases verificados cumplían con el etiquetado.
53	¿El etiquetado de envases y contenedores es adecuado y correcto?	0	3	4		FC1	El etiquetado es correcto y esta actualizado según Normativa.
54	¿En envases y contenedores se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4		FC1	La fecha y zona de generación queda indicada en el registro de actividad de cada almacén intermedio.
55	¿Todos los Recipientes y contenedores están marcados con el logo y texto Citotóxico?	0	3	4		FC1	Lo evidenciamos en la visita al hospital de día, en concreto en su almacén intermedio. También en el depósito final.
<b>PROCESO: Identificación Residuos Químicos (Clase V)</b>							
56	Las zonas de almacenamiento de residuos Clase V, ¿Están clara y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4		FC1/ FD1	En la zona de laboratorio, nos encontramos almacenados R. Clase V, en un almacén intermedio que tiene un cartel indicativo.
57	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los residuos Clase V?	0	3	4		FC1	Los envases verificados estaban correctamente segregados.
58	¿Todos los bidones, garrafas y recipiente, se encuentran etiquetados e identificados correctamente?	0	3	4		FC1	En el depósito final e intermedio, están correctamente identificados.
59	¿El etiquetado de envases y contenedores es adecuado y correcto?	0	3	4		FC1	El Etiquetado correcto en contenido y esta actualizado según Normativa.
60	¿En envases y contenedores se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4		FC1	La fecha y zona de generación queda indicada en el registro de cada almacén intermedio.
<b>PROCESO: Identificación Residuos Radioactivos (Clase VII)</b>							
61	¿Las zonas de almacenamiento de residuos Clase VII, están claras y correctamente señaladas e identificadas?	0	3	4		FC1/ FD1	La zona de almacenamiento se encontraba en Medicina Nuclear. Allí se encuentra el almacén intermedio, donde se depositan los Residuos con Isotopo radioactivo, el tiempo necesario para su desactivación, momento en el cual, pasan a considerarse Residuos Clase II y proceden a gestionarse

N°	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
						como un residuo urbano más. Correcta identificación y segregación.
62	¿Se realiza una adecuada segregación y separación de los Residuos Radioactivos?	0	3	4		FC1 Cada Isotopo, tiene asignado un contenedor con características especiales (plomado), específico para cada uno de los Residuos radioactivos existentes. Excepto los de Galio e Indio que se almacenan en el mismo contenedor, debido a la similitud de sus características.
63	¿Todos los envases y contenedores se encuentran etiquetados e identificados correctamente?	0	3	4		FC1 Las medidas y protocolos identificativos, están claramente indicados, debido a la peligrosidad de los mismos. Existe un control riguroso a través de un libro de registro, contenedores apropiados donde dejan decaer la radioactividad de los residuos durante el tiempo necesario, marcado por el S° de Protección Radiológica. Una vez ha decaído su actividad se comprueba antes de liberarlos y gestionarlos como residuos sólidos urbanos.
64	¿El etiquetado de envases y contenedores es adecuado y correcto?	0	3	4		FC1 Cada contenedor está convenientemente identificado con un cartel y se guarda registro de actividad de cada residuo.
65	¿En envases y contenedores se señala la fecha y zona de generación?	0	3	4		FC1 Se guardan registros de control de fecha de entrada y de salida, para comprobar en todo momento que los residuos cumplen el tiempo mínimo de desactivación, marcado en el Decae. (ANEXO FOTOGRAFICO)

N°	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
<b>PROCESO: Manipulación</b>						
66	¿Los protocolos para la manipulación de residuos, están identificados y al alcance del personal?	0	3	4		FC1 Existe un Procedimiento de Gestión de Residuos que esta disponible, en la intranet del Hospital, para todo el personal.
67	¿Existe algún tipo de autorización especial para la manipulación de residuos específicos? Si es así, ¿el personal que se encarga de su manipulación está convenientemente autorizado?	0	3	4		FD1/ FD2 No se evidencia la existencia de ninguna autorización especial específica. Si bien el personal que trabaja en la Manipulación de Residuos Peligrosos está definido e identificado.
68	¿Existen equipos de protección individual (EPIs) para la manipulación de residuos peligrosos?	0	3	4		FC1 Se comprueba que el personal que está en contacto con los Residuos utiliza equipos de protección básicos. Además existen Kits de derrames en diferentes zonas del hospital, y uno en cada almacén del depósito final. Además en este centro, pudimos evidenciar que en la zona de medicina nuclear existen EPIs específicos para este tipo de Residuos Peligrosos, como Chaleco y protector de tiroides, detector y medidor de radioactividad. Por último el personal de esta zona lleva un dosímetro en la solapa y muñeca para poder comprobar que el nivel de radiación no es peligroso.
69	¿Existe un plan de prevención elaborado para casos de emergencia o accidente?	0	3	4		FC1 Hay un plan de emergencias medioambientales, que está a disposición del personal en la intranet del Hospital. Al preguntar al personal encargado de la retirada de los RRSS por este plan, nos informó de los pasos a seguir en caso de emergencia de derrame de Residuos peligrosos, indicando los pasos a seguir uno a uno, según describe dicho plan. Además nos dio las pautas a seguir para poder consultar el procedimiento en la Intranet.
<b>PROCESO: Transporte</b>						
<b>INTRACENTRO</b>						
70	El traslado interno de los residuos, ¿Tiene un circuito alternativo (circuito limpio y sucio) que evite las vías de circulación de los pacientes, visitantes y personal del hospital?	0	3	4		FD1/ FC1 Al igual que ocurría en los otros Hospitales el Circuito de sucio, debido a la disponibilidad arquitectónica, está obligado a discurrir por zonas comunes al personal (en algún punto), pero en este caso además, al menos en una de las zonas (Hospital de día), al ser una zona de consulta, discurre por zonas comunes a pacientes y visitantes. Habría que estudiar si existe algún otro itinerario alternativo que evitase este punto. El personal que nos acompaña asegura que no hay otra posibilidad. <b>(OBSERVACIÓN 1)</b>
71	¿El traslado interno de residuos se realiza adecuadamente cumpliendo los requisitos	0	3	4		FC1 Se usa un carro específico para el traslado de los Residuos

	marcados en la normativa?						desde los almacenes intermedios al depósito final. El protocolo es adecuado.
72	En caso de usar ascensores, ¿se utilizan unos diferentes a los usados para alimentos, personal, pacientes o visitantes?	0	3	4		FD1/ FC1	En la zona de Hospital de día hay dos ascensores, en uno de ellos pone el epígrafe "limpio" en el otro no presenta la etiqueta "sucio", se supone que este último es el que se utiliza para el traslado de residuos peligrosos. Al no ser un ascensor de uso exclusivo de personal, no marcarse como ascensor para residuos o circuito sucio, y no tener acceso restringido, lo usan pacientes, visitantes y personal del hospital indiscriminadamente, como pudimos verificar mientras realizábamos la visita a esa zona. En la otra zona visitada, la de laboratorio, sí que existen ascensores para personal autorizado, que tienen llave, "opcional" si se quiere ir directamente a un piso sin que la gente pueda parar el ascensor. <b>(OBSERVACIÓN 2)</b>
73	¿Se cumplen la frecuencia mínima de retirada indicada en normativa para cada tipo de residuo (Clases III y VI)?	0	3	4		FC1	En la hoja de registro de retirada del Hospital de día, se puede comprobar que en las anotaciones de retirada de RRSS, se pasa del 26 al 29 de enero y del 02 al 05 de febrero, sin ningún registro de recogida, por lo que no se puede evidenciar que la recogida de Residuos cumpla con la frecuencia mínima que el Hospital marca (2 veces al día) (ANEXO FOTOGRAFICO). En la zona de laboratorio y medicina nuclear, el registro es correcto. Según su propio procedimiento, deben evacuarse los contenedores dos veces al día, según Normativa, al menos una vez al día. <b>(OBSERVACIÓN 3)</b>
74	¿Existe registro de frecuencia de recogida de residuos?	0	3	4		FC1	Todos los almacenes intermedios revisados disponen de este registro.
75	¿Los residuos Clases III, V y VI se transportan individualmente y separados de los demás?	0	3	4		FC1	Los Residuos peligrosos se transportan separados de los demás, e individualmente, en un carro específico.
76	¿Los residuos permanecen identificados y segregados en el transporte?	0	3	4		FC1	Desde el momento de su recogida, los Residuos (sobre todo los peligrosos) permanecen segregados e identificados, para que no haya posibilidad de error.
77	¿Existen diagramas de flujo o planos específicos para el transporte de residuos?	0	2	3		FD2	Existe un plano del Hospital donde se muestra el recorrido de los Residuos, por el circuito sucio establecido.
78	¿Existen carros o medios de transporte exclusivos según el tipo de residuo?	0	2	3		FC2	Pudimos verificar que, efectivamente, tienen un carro específico, que sólo utilizan para Residuos peligrosos.
<b>EXTRACENTRO</b>							
79	¿El transporte de los residuos los realiza una empresa autorizada?	0	3	4		FC1	CARPA (R. Clase I y II) y CONSENUR (r. Clase III, V y VI).

80	¿Se verifica el estado de los contenedores de residuos, la ausencia de fugas y el vehículo en el transporte?	0	3	4		FC1	Los peones de limpieza verifican el estado de los contenedores en el almacén. Nunca han tenido una incidencia relacionada con el estado de los contenedores, ya que estos contenedores están diseñados para ser lo más estancos posibles (cierre con palometas).
81	¿Se encuentran registrados los datos de la empresa de transporte autorizado?	0	2	3		FC2	Están registrados y nos hacen llegar los documentos para la preparación de la auditoría.
82	En caso de incumplimiento del transportista, ¿se registra la incidencia?	0	2	3	N/A	FC2	No han tenido nunca ninguna.
83	¿Existe un Gestor Autorizado para cada tipo de residuo?	0	3	4		FC1	CONSEUR para RP's CARPA para RNP's
84	¿Se encuentran registrados los datos del gestor de residuos autorizado?	0	2	3		FC2	Disponen de información registrada del gestor.
85	En caso de incumplimiento del gestor de residuos, ¿se registra la incidencia?	0	2	3	N/A	FC2	No hay notificación de denuncias o incidencias relacionadas con el gestor o el transportista
86	¿Se cumple la frecuencia mínima de recogida para cada tipo de residuo?	0	3	4		FC1	Al ser Productores de Residuos Peligrosos con una producción media mensual de más de 1000Kg, la frecuencia de recogida es de 72h (Art18 Decreto 83/1999). Ellos tienen marcado como días de recogida martes y viernes (08:00h), por lo que incumplirían la frecuencia de recogida mínima exigida, del viernes al martes (96h). <b>(OBSERVACIÓN 4)</b>
87	¿Existe registro de frecuencia de recogida de residuos?	0	3	4		FC1	Los registros del transportista (albarán e informe), actividad de Residuos, Partes de control de pesadas.
88	¿Existen y se archivan los contratos con las diferentes empresas transportistas y gestoras autorizadas?	0	3	4		FC1	Se verifica que existen y que están archivados.
89	¿Existen y se archivan las autorizaciones de las empresas transportista y gestora?	0	3	4		FC1	Se verifica que existen y que están archivadas.
<b>PROCESO: Almacenaje</b>							
90	¿Todos los almacenes y puntos de recogida de residuos cumplen la normativa vigente?	0	3	4		FC1	Son adecuados y por norma general cumplen con la Normativa.
91	¿Existe un registro de la gestión de residuos intracentro?	0	2	3		FC1	Se verifica que existen varios registros con los que se puede trazar la gestión de residuos.
92	Aparte de las zonas de recogida establecidas, ¿Existen almacenes intermedios para el almacenamiento temporal de los diferentes residuos producidos?	0	2	3		FC1/ FD1	Existen y se verifican en las zonas de Hospital de día, Laboratorio y medicina nuclear.
93	Los almacenes intermedios, ¿son adecuados y cumplen con los requisitos mínimos obligatorios?	0	3	4		FC1	No hay evidencias de incumplimiento, todos los almacenes revisados cumplen con los requisitos obligatorios.
94	Los almacenes intermedios ¿disponen de equipos y productos de limpieza y desinfección del área en caso de vertido o derrame accidental?	0	3	4		FC1	Las tres zonas visitadas y cada uno de los depósitos finales, tenían su propio Kit de derrames y productos de limpieza y desinfección.
95	¿Existen puntos de recogida o almacenes intermedios refrigerados para Clase III y/o Clase VI?	0	1	2		FC2/ FD2	No hay almacenes intermedios refrigerados. Se comprueba la existencia de una nevera para Citotóxicos, pero en el punto de recogida de este residuo.

96	¿Existen zonas perfectamente identificadas, destinadas al almacenamiento final de los residuos?	0	3	4		FC1	Se verifica su existencia y correcta identificación.
97	¿Los residuos en el depósito final se encuentran segregados e identificados?	0	3	4		FC1	Los Residuos están segregados e identificados.
98	Los contenedores en la zona de almacenaje final, ¿tienen tapa y están protegidos contra roedores e insectos?	0	3	4		FC1	Todos los almacenes y contenedores cumplen esta premisa.
99	Los contenedores en el almacenaje final, ¿se encuentran alejados de los conductos de ventilación del hospital?	0	3	4		FD2/ FC1	Los depósitos finales están separados del hospital físicamente, por lo que no afectaría a la ventilación del Hospital en ningún caso. Se encuentra en el edificio industrial.
100	¿Hay escalones en la zona de acceso del transportista a la zona final de almacenamiento?	0	3	4		FC1	La vía de acceso es adecuada y accesible.
101	La zona final de almacenaje, ¿está dotada de equipos contra incendio?	0	3	4		FD2/ FC1	Tienen un equipo de extinción de incendios común y cercano a todos los almacenes.
102	La zona final de almacenaje, ¿dispone de productos para la limpieza y desinfección y se llevan a cabo dichas labores?	0	3	4		FC1	Existe equipo para limpieza, incluida la manguera que verificamos que es extensible a cada uno de los depósitos. Se evidencia limpieza en todos los depósitos finales.
103	¿Existen almacenes finales diferenciados, específicos y adecuados para cada tipo de residuo peligroso?	0	1	2		FC1	En el depósito final se utiliza el mismo almacén para los C.V y C.VI. En principio no se incumple la normativa pues la separación de los residuos entre sí se refiere a los envases no a los almacenes. Sin embargo, sería una buena práctica que los residuos peligrosos estuviesen en almacenes independientes, para evitar riesgos en cadena. <b>(OBSERVACIÓN 5)</b>
104	¿El depósito final presenta contenedores específicos para los distintos tipos de residuos?	0	3	4		FC1	Cada Depósito final, en función del tipo de Residuo que contiene, tiene contenedores específicos adecuados, según las fichas técnicas proporcionadas.
105	¿El almacenamiento de los residuos es inferior a dos años, o a seis meses si se trata de residuos Clase V?	0	3	4		FC1	Los residuos son retirados dos veces por semana (martes y viernes), por tanto se cumple la frecuencia indicada para Clase V.
106	¿El almacenamiento final de residuos presenta un control de acceso?	0	3	4		FC2	No hay un control de acceso físico, pero el transportista necesita que la persona autorizada (Personal de limpieza) le dé acceso y abra el almacén, para realizar el transporte. Por lo que se evidencia que existe un control de acceso a los Residuos.
107	¿Los accesos al área están diferenciados para la gestión externa y la gestión interna de los residuos?	0	2	3		FC2	Los puntos de carga de los Residuos Clase I y II y de los de Clase III, V y VI son diferentes. Por tanto su gestión está diferenciada y no puede haber lugar a error. Además existe un camión autorizado (verificación por matrícula) diferente para la recogida de cada Residuo.
108	¿El área de depósito final dispone de un espacio destinado a la recepción, clasificación y entrega de los residuos a los gestores externos?	0	2	3		FC2	Los residuos se mantienen segregados en el depósito final y son entregados al transportista en un muelle de carga acondicionado para su retirada.

109	¿Existen dentro del área de trabajo del depósito final equipos y productos para actuar en caso de derrames y vertidos accidentales?	0	3	4		FC1/ FD2	El responsable de limpieza de ese día (Ismael Kartouch) nos indica cómo se utilizaría en caso de necesidad, por lo que se evidencia que el personal de limpieza conoce el protocolo de actuación ante emergencias medioambientales, como se detalla en el Procedimiento específico que tienen al alcance del personal en la intranet del sistema.
110	¿El almacén de Clase III, V y VI dispone de desagüe cerrado en todo momento, para evitar que en caso de derrame este vierta a la red de saneamiento pública?	0	3	4		FC1	Tienen un método y equipo de actuación ante derrames, que no incluye la arqueta de contención. El desagüe y por tanto la arqueta estarían cegados, cumpliendo la normativa actual.
111	¿Hay un espacio para alojar los envases y contenedores vacíos de los residuos peligrosos?	0	3	4		FC1	Los envases y contenedores de Residuos Peligrosos son recogidos por el Gestor y repuestos por otros limpios en cada transporte, por lo que no se tienen que almacenar para ser limpiados. Se comprueba que existe un almacén para los contenedores limpios que repone el gestor.
112	¿Los almacenes de residuos finales y/o de contenedores finales, presentan las juntas de la pared con las del suelo continuas, están dotados de toma de agua para facilitar la limpieza y presentan ventilación eficaz que impide la entrada de pájaros, roedores e insectos?	0	3	4		FC1	No se limpian habitualmente con agua. Aunque en caso de necesidades puntuales, utilizan la manguera de la zona de limpieza de contenedores, que llega a todos los almacenes.
113	¿En el depósito final se lleva a cabo una inspección visual de contenedores, comprobando que están en perfecto estado y adecuación, que no están rotos, sucios, etc., y en caso contrario son devueltos al gestor?	0	3	4		FC1	Los peones de limpieza comprueban los contenedores al almacenarlos. Sólo los recogen de los almacenes intermedios si están conveniente tapados. Nunca han tenido una incidencia relacionada con la rotura de alguno de los contenedores, ni en almacenamiento ni en transporte
114	¿En el depósito final se llevan a cabo tareas de pesaje y cuantificación de residuos peligrosos?	0	3	4		FC1	Verificada la presencia de balanza y registro diario de pesaje de residuos (Verificado el pesaje del día 09/01/18). El pesaje se realiza descontando el peso (conocido) de los contenedores utilizados, aunque este registro se utiliza como pesaje de referencia, simplemente para comparar con los datos del transportista y gestor. EL etiquetado de los RRSS Peligrosos lo realiza el gestor y es el encargado de fijarlo en los contenedores, que son retirados y repuestos por otros limpios en cada transporte. Asimismo, llevan un registro en excel de los pesajes para el control de residuos generados e indicadores
115	¿Se comprueba que la retirada es adecuada (según normativa) de los distintos residuos generados en el hospital, principalmente los de Clase III y Clase VI?	0	3	4		FC1/ FD1	Se verifica que el proceso de retirada es adecuado según normativa.

116	Residuos Radioactivos Clase VII: ¿El Hospital dispone de un almacén para el depósito de este tipo de residuos hasta que baja la actividad de los mismos y son recogidos por gestor autorizado?	0	3	4		FC1	Este tipo de residuos sólo se genera en medicina nuclear. Se verifica que este área del hospital dispone de un almacén intermedio, donde se realiza la segregación, almacenaje y desactivación de los residuos. Una vez se comprueba que ha bajado la radiactividad al nivel de control, se tratan como RSU.
-----	--	---	---	---	--	-----	--

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
<b>PROCESO: Calidad</b>						
117	¿El personal que pueda entrar en contacto o manipular los diferentes tipos de residuos se encuentra perfectamente identificado?	0	3	4		FC1 Todo el personal dispone de tarjetas de identificación. Además los peones de limpieza tienen un uniforme diferente al de personal sanitario.
118	¿Se cumple con la uniformidad del personal que trabaja en la manipulación de residuos?	0	3	4		FC1 Todo el personal que hemos verificado está uniformado correctamente.
119	¿Se adoptan las medidas de prevención y protección personal a la hora de manipular los diferentes tipos de residuos peligrosos?	0	3	4		FC1 Todo el personal que hemos visto manipulando residuos peligrosos llevaba guantes de protección. Disponen de EPI's y kits de derrames
120	¿El personal encargado de la manipulación de residuos (sobre todo peligrosos), dispone de instrucciones y protocolos de actuación a su alcance?	0	3	4		FC1 Existen protocolos, procedimientos e instrucciones sobre la manipulación de RRSS disponibles en la intranet del Hospital. Se verifica que el personal está informado y que sabe cómo acceder a dicha información.
121	¿Todo el personal que pueda estar en contacto con residuos peligrosos, tiene la formación adecuada y conocimientos suficientes, para llevar a cabo la manipulación de residuos peligrosos sin riesgo alguno?	0	3	4		FC1 Se verifica que disponen de cursos de formación en PRL específicos para cada puesto (incluido el personal de limpieza). Se verifican los cursos de formación de Ismael Kartouch, personal de limpieza que nos asiste en la visita al depósito final. Evidenciándose que el 19/04/2016 asistió al curso "Uso debido y manejo de maquinaria de limpieza: rotativas y fregadora". El 15/09/2015 realiza el curso "PRL para personal de limpieza", se verifica que el plan de formación es adecuado, además se constata un seguimiento de la eficacia de los cursos a los 3 meses.
122	¿Existe algún sistema o plan de calidad implantado que incluya el servicio de Residuos Urbanos y Sanitarios?	0	1	2		FC2 Los RRSS se contemplan dentro de varios sistemas y procedimientos: ISO 9001, ISO14001, ISO50001, OSHAS, procedimiento gestión de residuos, plan de emergencias ambientales, Guía de Buenas Prácticas ambientales, etc.
123	¿Existe un plan o procedimiento de Control y Gestión de Residuos?	0	3	4		FC1 Existen diferentes documentos relacionados: Procedimiento de gestión de residuos, plan de emergencias ambientales, Guía de Buenas Prácticas ambientales.
<b>PROCESO: Sistemas de Información y Control</b>						
124	¿Existen registros de Control y Seguimiento de residuos?	0	3	4		FC1 Se verifica la existencia de registros de control y seguimiento. Entre ellos: Libro de registro de residuos, Albaranes e informe de transportista, informe del gestor, registro de actividad de residuos, registros pesaje, registro de recogida en almacén intermedio, etc.
125	¿Existe un libro de registro o archivo cronológico de residuos actualizado?	0	3	4		FC1 Se verifica que disponen de libro de registro de 2017.
126	¿Existe una trazabilidad completa de los residuos desde el punto de generación hasta su eliminación final?	0	3	4		FC1 Se realizó un ejercicio para comprobar que la trazabilidad era correcta, verificando: informe del transportista con el número de contenedores recogidos (camión), el albarán (MDFS00091Z) o la hoja de

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
						<p>porte, el control de pesos del gestor y el registro de actividad de Residuos. Todas relacionadas con el día 09/01/18, se comprueba la gestión de dos tipos de Residuos: Medicamentos (Trazabilidad OK), R. Clase III, en este punto encontramos una incidencia, se recogen 17 contenedores, que deberían tener un peso final de 170Kg, sin embargo en el Control de pesos del Gestor y el registro de actividad se registran 201Kg, al preguntar por esta diferencia tan abultada, nos comunican que tienen abierto un parte de NC 20/11/17), debido a una mala segregación en R. Clase III, ya que se añaden a este tipo de residuos, otros residuos diferentes que tienen mayor peso (bolsas de irrigación, arenas, etc), lo que hace descuadrar los pesos finales. Se verifica que la AC sigue abierta. <b>(OBSERVACIÓN 6)</b></p>
127	Aparte de los documentos anteriores, ¿existe una gestión documental para indicadores, reportes, incidencias, incumplimientos y errores?	0	2	3	FC2	<p>Se verifica la existencia de registro de incidencias e indicadores, para ello utilizan la plataforma INTRAL. También, disponen de un Sistema de Gestión de la Calidad dentro del Grupo donde registran y llevan a cabo un seguimiento de las incidencias, no conformidades y acciones correctivas. Las incidencias detectadas sobre manipulación de residuos en los <i>Cortes Observacionales</i> que realizan cada mes se registran y se hace seguimiento a través de dicho SGC.</p>
128	¿Se elaboran los informes, memorias y declaraciones necesarios para el control de los residuos y el cumplimiento de la legislación aplicable?	0	3	4	FC1	<p>Elaboran informes de la actividad realizada en gestión de residuos. La declaración anual de Residuos peligrosos obligatoria para productores de más de 10.000t, la hace el Gestor. El hospital está exento de elaborar memoria anual de residuos clase III y clase VI, o declaración anual de residuos peligrosos.</p>
129	¿Se encuentra toda la información registrada accesible para los trabajadores?	0	1	2	FC2	<p>Accesible para los trabajadores relacionados con la Gestión de Residuos, a través de la intranet del Hospital. Los trabajadores tienen acceso al portal de calidad. También publican documentos de interés para el personal respecto a la manipulación y gestión de los residuos. También se envían correos de interés a los responsables y personal de las diferentes áreas. P.e. se comprueba uno con fecha de 7/2/2017.</p>
130	¿Se registran y actualizan los formatos de etiquetas correspondientes a envases, recipientes y contenedores?	0	3	4	FC1	<p>El gestor es el encargado de la edición y actualización de etiquetas. Presentan tipos de etiquetas identificativas de contenedores, evidenciándose que son correctas.</p>

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
<b>PROCESO: Normativa y Reglamento</b>						
131	¿Se dispone de la autorización del gestor de residuos? ¿Se encuentra en vigor?	0	3	4		FC1 Se verifica que el Gestor tiene Número de identificación medioambiental (NIMA) para: tratamiento de residuos peligrosos (13E01A3000019132X), para tratamiento de residuos no peligrosos (13E02A3100019133J), para transporte de residuos peligrosos (13T01A1900004693Q) y como transportista de residuos no peligrosos (13T02A1800002895X).
132	¿El hospital dispone de la autorización (NIMA) como productor de residuos peligrosos?	0	3	4		FC1 El hospital dispone de N° NIMA, para Residuos Peligrosos, que sustituye a la "autorización como productor de residuos peligrosos": 13P02A1700010157W, del 29/07/14.
133	¿Se ha elaborado un plan de ordenación y/o de minimización de residuos biosanitarios y citotóxicos?	0	3	4		FC1 Se verifica que disponen de estudio de minimización de residuos con fecha de 01/06/16 (valido por 4 años).
134	¿Se dispone del documento de aceptación (Contrato de Tratamiento) del gestor autorizado?	0	3	4		FC1 Se ha comprobado en la documentación enviada.
135	¿Se comprueba la matrícula y la documentación de los vehículos de transporte en cada retirada?	0	3	4		FC1 Se verifica por la comprobación de la matrícula del camión, ya que ellos tienen toda la documentación del camión vinculada a esa matrícula.
136	¿Se registran los incumplimientos y/o incidencias relacionadas con la normativa?	0	2	3		FC2 Las incidencias relacionadas con RRSS y medioambiente (Registro de incidencias, documentación y legislación) se registran a través de una herramienta informática llamada "INTRAL". Esta herramienta les avisa de por ejemplo, cambios de Normativa.
137	¿Se realiza periódicamente un control documental de la gestión de residuos?	0	2	3		FC2
138	¿Se requiere al gestor autorizado el certificado de destrucción o de depósito/vertido, especificando la cantidad gestionada?	0	3	4		FC1 Se comprueba que disponen de los certificados de eliminación que les envía el gestor.
139	¿Se incluyen fecha, cantidades, pesos y demás características significativas, en los albaranes de retirada?	0	3	4		FC1 Además del peso, fecha y tipo de residuo, se incluye la matrícula del camión (1993FFB) y los datos del Gestor.
140	¿Antes de la retirada de RRSS Clase I y II se dispone de la autorización de vertido a vertedero, en su caso?	0	3	4		FC1 CARPA dispone de autorización para vertido de RSU de la Mancomunidad de Municipios del Noroeste.
141	¿Antes de cada retirada de Residuos Peligrosos se realiza la correspondiente "Notificación Previa de Traslado de Residuos Peligrosos" con suficiente antelación al organismo competente dependiendo del destino final del residuo?	0	3	4		FC1 Enviado y verificado. Se comprueba una notificación previa del 06/01/17, para productos químicos que contienen sustancias peligrosas, de cantidad 36.65Kg. OK
142	¿Se cumplimenta el Documento de Identificación de los residuos y se comprueba que contiene los datos correctos del tipo de residuo, cantidad y fecha?	0	3	4		FC1
143	¿Se recoge el albarán o documento de retirada de residuos con la firma del conductor?	0	3	4		FC1 Presentan albaranes de retirada de RP's durante el 2017.

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
<b>PROCESO: Incidencias del Servicio</b>						
144	¿Existe un registro actualizado y cronológico de incidencias, reclamaciones de pacientes y fallos?	0	3	4		FC1 Se verifica su existencia y trazamos una NC para comprobar su eficacia. El día 20/11/17 se detecta una NC relacionada con la mala segregación de Residuos clase III (hemos detectado que está relacionada con el ejercicio de trazabilidad de residuos, provocando un error en la cuantificación de residuos total que afecta a su actividad). Tiene asociada una AC (hablar con su supervisora y dar instrucciones al personal a su cargo), el plazo de ejecución permanece abierto, ya que siguen encontrándose la misma NC repetidamente (Como en el caso de la incidencia encontrada en el ejercicio de trazabilidad).
145	¿Se aplican acciones correctoras para solucionar las incidencias, reclamaciones o fallos?	0	3	4		FD1 Verificado. Aunque como se demuestra en el ejemplo, no siempre tengan la eficacia esperada.
146	¿Se realiza un seguimiento de las reclamaciones de pacientes?	0	3	4	N/A	FD1 No han tenido notificación de quejas o incidencias con pacientes o usuarios en el hospital.
147	¿Se realiza un seguimiento de las incidencias y fallos?	0	3	4		FD1 Se realizan visitas de seguimiento, como mínimo una vez al mes, para comprobar que las acciones correctoras han sido eficaces, de lo contrario se amplía el plazo de ejecución.
148	¿Las acciones correctoras propuestas, se cierran en el plazo fijado?	0	2	3		FC1 Determinadas acciones correctivas reiterativas, no se cierran (no tienen plazo de cierre) por ser reiterativas. Se requiere la imposición de un plazo inicial (independientemente que luego haya que ampliarlo), para poder evaluar la eficacia y cumplimiento de manera objetiva. Con el protocolo actual, la única persona capaz de comprobar si se está cumpliendo el objetivo o no, sería la persona que abrió la NC o está realizando el seguimiento. <b>(OBSERVACIÓN 7)</b>
149	¿Existe un registro de acciones correctoras?	0	3	4		FC1 Es el mismo que el de NC. (Plataforma INTRAL).

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

### OBSERVACIONES:

1. El Circuito de sucio, como en otros casos está obligado a discurrir por zonas comunes al personal, pero en este caso además, al menos en una de las zonas (Hospital de día), al ser una zona de consulta, discurre constantemente por zonas comunes a pacientes y visitantes. Habría que estudiar si existe algún otro itinerario alternativo que evitase este punto.
2. En la zona de Hospital de día hay dos ascensores, uno de ellos se utiliza para el traslado de residuos peligrosos. Al no ser un ascensor de uso exclusivo de personal, no marcarse como ascensor para residuos o circuito sucio, y no tener acceso restringido, lo usan pacientes, visitantes y personal del hospital indiscriminadamente.
3. En el registro de recogida de residuos del Hospital de día, se puede comprobar que en las anotaciones de retirada de Residuos, se pasa del 26 al 29 de enero y del 02 al 05 de febrero, sin ningún registro de recogida, por lo que no se puede evidenciar que la recogida de Residuos cumpla con la frecuencia mínima que el Hospital marca (2 veces al día), o la mínima requerida por Normativa (1 vez al día).
4. Al ser Productores de Residuos Peligrosos con una producción media mensual de más de 1000Kg, la frecuencia de recogida es de 72h (Art18 Decreto 83/1999). La frecuencia de recogida del hospital sería de 2 veces a la semana, martes y viernes (08:00h), por lo que incumplirían la frecuencia de recogida mínima exigida, del viernes al martes (96h).
5. En el depósito final se utiliza el mismo almacén para los C.V y C.VI. En principio no se incumple la normativa pues la separación de los residuos entre si se refiere a los envases no a los almacenes. Sin embargo, sería recomendable que los residuos peligrosos estuviesen en almacenes independientes, para evitar riesgos en cadena.
6. Se detecta una anomalía en el ejercicio de trazabilidad. día 09/01/18, se evidencia un error en las cantidades registradas, provocada por una mala segregación de residuos. Existe una NC relacionada (NC 20/11/17), se verifica que la AC sigue abierta.
7. Determinadas acciones correctivas, no tienen plazo de cierre por ser reiterativas.

Firma del auditor

Firma del auditado

Función:



**Código**

Edición	Fecha edición
1	19.01.18

<b>Hospital Auditado</b>	Hospital General de Villalba
<b>Servicio Auditado</b>	Servicio de Conservación de Viales y Jardines
<b>Fecha de la Auditoría</b>	09 de Febrero de 2018
<b>Equipo auditor</b>	V. Villarejo/A. Guzmán/J.L. González
<b>Responsable del Servicio auditado</b>	José Luís Díez – Jefe del Servicio de Mantenimiento Gustavo Quiñonero – Encargado de Mantenimiento
<b>Otros interlocutores</b>	Laura Alfaro - Responsable de Calidad

**RESULTADO DE LA AUDITORÍA**

<b>Total deméritos posibles :</b>	258 - 18N/A =240
<b>Deméritos obtenidos:</b>	6
<b>Porcentaje de deméritos :</b>	2,50%
<b>RESULTADO: 100% - (% deméritos)</b>	<b>97,5%</b>

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

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

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
<b>PROCESO: CONSERVACIÓN DE JARDINES</b>						
1	¿Existe un procedimiento documentado para el mantenimiento de los jardines?	0	3	4		FC1 Subcontrata: UNICA. Responsable: David Liaño Piña. Tarea 15.12 del Manual de Mantenimiento con un check list de frecuencia mensual cuya orden salta cada 16 de cada mes. (Mantenimiento estático). A través de la plataforma del grupo Quirón denominada Gestión Integral de Mantenimiento (GIM). P.e. realizan revisiones mensuales de arquetas de riego.
2	¿Existe un Plan de poda: Estacional o anual, documentado?	0	3	4		FC1 Plan Mensual a través de check-list: Revisión general jardines, eliminación residuos, tratamiento fitosanitario, replantaciones, podas, revisión riego por goteo, riego interiores y parque infantil.
3	¿Se utilizan preferentemente especies autóctonas y de poco consumo de agua? (riego sostenible)	0	3	4		FC2 Plantas autóctonas. Está colindante al <i>Parque Regional de la Cuenca Alta del Manzanares</i> . Se eliminó césped por proliferación de insectos.
4	¿El riego se hace dentro de lo posible con agua reciclada, y se usan productos químicos que respeten el medio ambiente?	0	2	3		FC2 Agua de 2 aljibes de consumo humano. Sostenibles por la ubicación. Sólo pastillas cloradoras en las láminas de agua que hay en zonas ajardinadas (las pastillas cloran el agua y son floculantes)
5	¿Los abonos utilizados contienen productos químicos mínimamente agresivos y controlados?	0	3	4	N/A	FC2 <b>NO Aplica:</b> UNICA aún no ha abonado jardín. Consejería MA CAM control semanal [polen] así ayuda al control también productos químicos
6	¿Se desarrollan las actividades de jardinería que puedan interferir en la accesibilidad durante el horario de perfil bajo?	0	3	4		FD2 Perfil bajo, como en fin de semana si interfiere. Jardín zona no conflictiva
7	¿Se indica la zona de trabajo con señales verticales o luminosas (noches o días nublados)?	0	3	4		FD2 FC2 Malas hierbas arrancadas a mano. Si interfiere se baliza.
8	Durante las labores de jardinería, ¿los vehículos de trabajo tienen señalización luminosa y sonora durante su movimiento?	0	3	4	N/A	FD1 FC2 <b>NO Aplica:</b> No vehículos. Sólo descompactadora manual de la tierra. No uso zona de riego automático para evitar arranque de los conductos.
9	¿La recogida y eliminación de residuos derivados de la actividad se hace según el protocolo referente a Residuos?	0	3	4		FD2 FC2 Residuos a compactadora y tratados como asimilables a RSU. Las talas o voluminosos son gestionados por UNICA.
<b>PROCESO: ACCESIBILIDAD</b>						
10	¿Existe un procedimiento documentado para el mantenimiento y la limpieza de las vías de acceso?	0	3	4		FC1 Responsable: José Luis Díez Encargado: Gustavo Quiñonero Procedimiento mantenimiento en GIM con Check List evaluación tareas mensual por zonas: Acceso ppal., Urgencias y Otros, Viales papales y otros, sumideros e imbornales y limpiezas láminas agua.
11	¿Están las vías de tránsito mantenidas en condiciones seguras y debidamente señalizadas para facilitar el acceso al Centro de todos los usuarios?	0	3	4		FD2 FC2 Vías debidamente señalizadas pero pudiendo no ser seguras por el mal aparcamiento ( <i>observación 1</i> )
12	¿Existen planos y carteles informativos de la ubicación de los accesos?	0	2	3		FD1 Evidenciado en inspección visual: Carteles informativos acceso y ubicación
13	¿Se desarrollan las actividades de mantenimiento y limpieza que puedan interferir en la accesibilidad durante el horario de perfil bajo?	0	3	4		FD2 En Perfil Bajo, si no se puede, se baliza. Limpieza exterior en fin de semana: Balizan y prohíben aparcar.

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
14	En caso de interferir en la accesibilidad, ¿Se indica la zona de trabajo con señales verticales o luminosas (noches o días nublados)?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado en inspección visual restos de trabajos de obra balizados con vallas plástico con cremallera.
15	En caso de usar maquinaria móvil para el mantenimiento y limpieza, ¿tienen señalización luminosa y sonora durante su movimiento?	0	3	4	N/A	FD2 FC2	<b>No Aplica:</b> No disponen de maquinaria móvil y cuando la necesitan se subcontrata
16	¿Están las vías de circulación de personas y vehículos diferenciadas y señalizadas?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo
17	¿Existen espejos cóncavos en zonas de poca visibilidad para facilitar las maniobras de los vehículos de emergencia?	0	2	3		FD1	Uno a la salida del aparcamiento subterráneo. No zonas conflictivas en exterior.
18	¿El pavimento es antideslizante en seco o mojado y está libre de resaltes, bordes o huecos que haga posible el tropiezo de personas?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual. Noche anterior helada y no resbalaba.
19	¿Se utiliza la diferenciación de textura y color, para informar del encuentro con otros modos de transporte?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo
20	¿Son adecuadas las características de los pasos de peatones en cuanto a recorrido, señalización, iluminación, posición, tiempos de recorrido y encuentro con otros?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo. Señalizados, rebajados, abotonados, cambio de textura y de color amarillo.
21	¿Las escaleras, rampas y plataformas están limpias, con perfil antideslizante, en buen estado y libres de obstáculos?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo
22	¿El tramo de escaleras de acceso de un itinerario peatonal está complementado con una rampa?	0	3	4		FD2 FC2	Sólo una escalera en zona Morgue con especificaciones ley y no rampa pero accesibilidad por cuesta lateral a zona principal.
23	¿Las escaleras disponen de barandillas de una altura no inferior a 90 cm en sus lados abiertos y de pasamanos en sus lados cerrados?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual. Se han Diseñadas y construidas según el CTE/2006
24	¿Las puertas de salida tienen el acceso visible y señalizado y se abren en dirección al exterior?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual. Cumplen Legislación
25	¿La salida de peatones hacia vías de circulación está protegida mediante una barandilla que impide el acceso directo?	0	3	4	N/A	FD1 FC2	<b>No Aplica:</b> No zonas conflictivas
26	¿Se han evitado obstáculos en fachadas y otros elementos verticales a alturas inferiores a 2,10 metros?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual. Cumplen Art14. Ley 8/1993
27	En caso de estar realizando obras en la vía, ¿están los andamiajes, zanjas o cualquier otro tipo de obra señalizados y protegidos de manera que garanticen la seguridad física de los viandantes?	0	3	4		FD2 FC2	En zona Morgue había medios materiales utilizados en obra reciente balizados con mallas altas verdes.
<b>PROCESO: APARCAMIENTO</b>							
28	¿Están reservadas de manera permanente y tan cerca como sea posible de los accesos peatonales plazas debidamente señalizadas para vehículos que transporten personas en situación de movilidad reducida?	0	3	4		FD2 FC2	Cumplen Art.12. Ley 8/1993. En Sótano 12plazas comprometidas por magnetron TAC planta superior afectando mecánica y electrónica vehículos. Permanente vallado anclado al suelo y prohibido aparcarse
29	En caso de aparcamiento subterráneo, ¿cuenta con ascensor adaptado o practicable?	0	3	4		FD2 FC2	3 accesos al Parking Sótano con 2 ascensores por acceso adaptados
30	¿Está delimitada el área de la plaza destacándose su condición por tener su superficie color azul e incorporar el símbolo de accesibilidad?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual en trabajo de campo. Cumplen Art.12. Ley 8/1993.
31	¿Está el área de acercamiento dotada de una señal vertical por el símbolo de accesibilidad y la inscripción "reservado a personas con movilidad reducida"?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual. Señal vertical pero sin inscripción. Cumplen Art.12. Ley 8/1993.
<b>PROCESO: PLAN DE EMERGENCIA</b>							
32	¿Existen protocolos de notificación de la emergencia?	0	3	4		FD2 FC2	Gustavo Quiñonero: Jefe Intervención Suplente turno mañana. Fines semana y festivos hay un oficial de guardia. Se comprueba que tienen un plan con teléfonos de emergencia
33	¿Se realiza mantenimiento de la eficacia y actualización del plan de autoprotección?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado en la Documentación facilitada: Programación anual 2017 con responsables, tareas, inspección

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
						y evaluaciones. Se actualiza e inscribe telemáticamente en la CAM
34	¿Se realizan simulacros periódicos de emergencias para comprobar la efectividad en la evacuación y accesibilidad al centro?	0	3	4		FD2 FC2 Min 1 año. Se pretende en 3 años pasar por todas las áreas. 09/06/2017 Simulacro en vehículo exterior hospital. Timeline: 32min. Participación 70%. Puntos totales: 6 Resultado evaluación: 36 (Baremo: 25-36= Bueno) aunque habían apuntado "muy bueno"
35	Existe un punto de concentración o reunión exterior de fácil acceso y amplitud suficiente en caso de evacuación?	0	3	4		FD2 FC2 Hay 2 exteriores: Zonas Parking Autobuses y Parking Urgencias
36	¿Están los medios de extinción, columnas secas y BIES en su lugar de ubicación, visible y accesible?	0	3	4		FD2 FC2 Evidenciado por inspección visual. (5 Columnas secas) y documentada localización exacta, características y propiedades en el Plan de Autoprotección.
37	¿Se garantiza que los vehículos de emergencia tengan acceso directo a las instalaciones de la Institución y a las fachadas de los edificios?	0	3	4		FD2 FC2 Acceso total. Exclusivo ambulancia emergencia señalizado en rotonda entrada, No hay bolardos que puedan interferir
38	¿Se garantizan vías de evacuación alternativa en caso de incendio o cualquier otra eventualidad?	0	3	4		FD2 FC2 Todo indicado en el PE. Identificadas como salida pie de calle.
39	¿Dichas vías alternativas han sido acordadas con el Servicio de Bomberos y con Protección Civil?	0	3	4		FD2 FC2 Acuerdo Municipio Villalba y CAM En 2017: 5visitas de las diferentes unidades de bomberos para controlar todas las áreas.
40	¿Existen bolardos desmontables para facilitar el acceso de los Servicios de Bomberos y Protección Civil?	0	1	2	N/A	FD2 <b>No Aplica:</b> Bolardos hormigón no desmontables colindantes con terraplén que separa del Parque Natural, sin interferir en accesos hospital a Servicios Emergencia
41	¿Las puertas de emergencia se abren hacia el exterior y no están cerradas con llave? (Se prohíben, como puertas específicamente de emergencia, las correderas o giratorias)?	0	3	4		FD2 FC2 Cumplen CTE/2006. Se comprueba que se abren hacia el exterior
42	En caso de avería de la iluminación general, ¿están las vías equipadas con iluminación de seguridad suficiente conforme a lo establecido en el RD 485/1997 y RD 513/2017?	0	3	4		FD2 FC2 Cumplen legislación según RD513/2017.Sección 1ª.Punto 15 e indicado en el Plan Autoprotección Revisión anual (09/2017) OCA: Cuadros de Baja Tensión.
<b>PROCESO: CALIDAD</b>						
43	¿La Sociedad concesionaria ofrece un programa preventivo de mantenimiento de viales y jardines trimestral en el que se identifique y planifique todo el trabajo preventivo, la naturaleza del mismo y las zonas afectadas?	0	3	4		FD1 FC1 UNICA tiene un Programa Anual de Mantenimiento dentro del plan incluido en el GIM
44	¿Están definidas las personas, las funciones y responsabilidades encargadas de la conservación de viales y jardinería?	0	3	4		FC1 Documentación UNICA con el organigrama de sus empleados. Pasa filtro Depto. PRL. Si no está registrado trabajador no trabaja y UNICA debe actualizar docs.
45	¿Está el personal de conservación de viales y jardinería correctamente uniformados para ser identificados?	0	1	2		FC1 Debidamente uniformado para que Depto. PRL les deje trabajar,
46	¿Está el personal encargado de la conservación de viales y jardines formado, entrenado y dotado de los EPIs necesarios, en función de los riesgos a los que puedan verse sometidos?	0	3	4		FD2 FC2 UNICA forma, entrena y dota a su personal de EPIs pasando Filtro PRL y Registro obligatorio en OHS Quirón. No certificados o no EPIs no trabajo.
47	¿Se realiza una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores de conservación de viales y jardinería?	0	3	4		FD2 FC2 UNICA evalúa riesgos, genera informe y pasa filtro PRL. Para después Registro en OHS Quirón

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES	
		T	P	N	N/A		
48	¿Existe personal informativo y apoyo a la accesibilidad?	0	2	3		FD1 FC1	Chaquetas verdes y Auxiliares. Evidenciado: anciano necesita una silla y chaqueta verde asiste.
49	¿El personal de apoyo está debidamente formado y uniformado para facilitar su localización?	0	2	3		FD1 FC1	Formados y uniformados según protocolo interno.
<b>PROCESO: MEDIOS AUXILIARES</b>							
50	¿Se mantienen en perfecto estado el mobiliario y estructuras externas de las instalaciones realizando un mantenimiento programado, preventivo y correctivo?	0	3	4		FD2 FC2	No hay bancos. Sólo hay papeleras con mantenimiento Correctivo, no Preventivo. (observaciones 2 y 3)
51	¿Existe un plan de mantenimiento periódico de herramientas, maquinaria y vehículos utilizados en conservación de viales y jardines?	0	3	4		FC2	Dpto. Mantenimiento: inspección visual de ESM antes de usarlo. Si hay anomalía se abre parte trabajo y se registra. Plan mantenimiento jardinería por UNICA con informe en plataforma OHS-QUIRON pasando filtro PRL
52	Se realizan el mantenimiento mínimo que se debe realizar a los aparatos, equipos y sistemas de protección contra incendios, aplicable en todos los usos, establecido en el RD 1942/1993 y RD 315/2017?	0	3	4		FD2 FC2	Desarrollado en el Plan Emergencia. PCI lo realiza JOMAR del grupo ELECNOR
53	¿Las fuentes de luz artificial están protegidas para no interferir en el campo visual del usuario?	0	3	4		FD2 FC2	Cumplen legislación RD 486/1997 de PRL y UNE-EN 60588 con cubiertas correspondientes. No focos.
54	¿Permiten las fuentes de luz percibir contrastes y profundidad de los objetos, con el fin de evitar efectos estroboscópicos según el RD 486/1997?	0	3	4		FD2 FC2	Cumplen legislación RD 486/1997 de PRL
<b>PROCESO: SISTEMA DE INFORMACIÓN Y CONTROL</b>							
55	¿Se guardan y se revisan registros de los mantenimientos realizados a herramientas, maquinaria y vehículos utilizados en las operaciones de conservación de viales y jardinería?	0	3	4		FC1	Visto in-situ en la Documentación facilitada. Registros mantenimientos en GIM. PRL pide actualización anual de registros mantenimientos a UNICA
56	¿Se guardan los registros derivados de la actividad de jardinería?	0	3	4		FC1	Visto in-situ en la Documentación facilitada. Escanean y archivan los partes de trabajo de cada mes. Una vez digitalizados se incorporan los datos a la plataforma GIM.
57	¿Se guardan y se revisan los registros de los mantenimientos y limpieza periódicos de viales?	0	3	4		FC1	Visto in-situ en la Documentación facilitada. Datos en GIM. Visto registro revisión mensual viales del 22/01/2018 con resultado favorable.
58	¿Se guardan y se revisan los registros de simulacros en situaciones de emergencia para comprobar la eficacia de evacuación y accesibilidad al centro?	0	3	4		FC2	Visto in-situ en la Documentación facilitada. Simulacro 09/06/2017
<b>PROCESO: NORMATIVA Y REGLAMENTOS</b>							
59	¿Se garantizan las rutas de acceso conforme a la normativa de supresión de barrera arquitectónicas?	0	3	4		FD2 FC2	Cumplen Legislación. (Pero no se garantizan todos los accesos si hay vehículos mal estacionados.)
60	¿Se facilitan rutas de acceso alternativas que garanticen la supresión de barreras arquitectónicas para personas con discapacidad?	0	3	4		FD2 FC2	Evidenciado por inspección visual que cumplen Legislación
61	¿Hay al menos, una de cada 50 plazas reservadas para personas con movilidad reducida conforme al N° Parking /Discapacitado establecido por ley?	0	3	4		FD2 FC2	Cumplen Legislación Sótano:436 plazas +14 Minusválidos Exterior: 71 plazas + 9 Minusválidos
62	¿Existe un Plan de Autoprotección?	0	3	4		FD2 FC2	Plan Autoprotección de enero 2017. Actualizado anualmente e inscrito en la CAM.
<b>PROCESO: INCIDENCIAS DEL SERVICIO</b>							
63	¿Se lleva a cabo un registro y control de incidencias en las	0	3	4		FC1	Personal registra incidencias a través de INTRANET y Dpto. Mantenimiento

Nº	ASPECTO A AUDITAR	EVALUACION				EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES
		T	P	N	N/A	
	actividades de jardinería?					abre hoja trabajo para reparar lo antes posible. 05/05/2016: Rama partida: Ese mismo día se abrió parte de trabajo y se cortó la rama. Cierre de NC.
64	¿Se lleva a cabo un registro y control de incidencias en las actividades de mantenimiento y limpieza?	0	3	4		FC1 Personal registra incidencias a través de INTRANET y Dpto. Mantenimiento abre hoja trabajo para reparar lo antes posible.
65	¿Se lleva a cabo un registro y control de quejas, reclamaciones o sugerencias interpuestas por usuarios del centro?	0	3	4		FC1 Visto in-situ en la Documentación facilitada: 05/02/18: Nevada. Usuario resbala en Puente acceso Hospital (Fuera del recinto del hospital). Puso reclamación en Admisión/Atención al Paciente que realizó Aviso, reparación e Informe por Mantenimiento. Respuesta a través de Admisión/Atención al Paciente
66	¿Se toman acciones correctivas para solucionar las incidencias producidas?	0	3	4		FD1 Visto in-situ en la Documentación FC2 facilitada. Con relativa prontitud. Acción correctiva (Q65: Echar sal)
67	¿Las reclamaciones, sugerencias o agradecimientos se gestionan en un plazo máximo de 30 días como indica la Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria?	0	2	3		FC2 Como objetivo interno tienen que gestionar, solventar y contestarlas en 15 días naturales. Encargado quejas: atención al paciente

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

1. Se debería incorporar señalización de prohibido aparcar en la calzada o de tipo vertical que impida el aparcamiento inadecuado o concertar un acuerdo con los servicios municipales de movilidad del ayuntamiento de Villalba para la gestión del mal aparcamiento. Previendo, que dadas las características intrínsecas del centro si hubiera una emergencia, los Servicios de Emergencia Externa no encuentren dificultades de este tipo en su acceso.
2. Realizar mantenimiento tanto preventivo como correctivo.
3. Sería conveniente instalar bancos de descanso en las proximidades exteriores del centro para el descanso de usuarios o pacientes en un momento puntual.

Firma del auditor

Firma del auditado

Función: