

## **INFORME**

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

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

## **HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA**



**MAYO 2019**



## ÍNDICE

1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	1
2. INFORME EJECUTIVO.....	1
3. METODOLOGÍA DESARROLLADA.....	4
4. SERVICIO DE LIMPIEZA .....	9
4.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA .....	9
4.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.....	9
4.3. COMPROBACIONES POSITIVAS .....	11
4.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.....	23
4.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	23
4.5.1. INCIDENCIAS CRÍTICAS .....	24
4.5.2. INCIDENCIAS LEVES .....	25
4.6. INCIDENCIAS DETECTADAS .....	26
4.6.1. INCIDENCIAS MEDIAS.....	26
4.6.2. INCIDENCIAS LEVES .....	34
4.7. EVIDENCIAS DOCUMENTALES .....	51
4.7.1. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA .....	51
4.7.2. FICHA TÉCNICA TOALLITAS EMPLEADAS EN ZONAS ALTO RIESGO .....	53
5. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN .....	56
5.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	56
5.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.....	56
5.3. COMPROBACIONES POSITIVAS .....	57
5.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.....	57
5.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	57
5.6. INCIDENCIAS DETECTADAS .....	57
6. SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA.....	58
6.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA .....	58
6.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.....	58
6.3. COMPROBACIONES POSITIVAS .....	59
6.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.....	90
6.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	90
6.5.1. INCIDENCIAS LEVES .....	90
6.6. INCIDENCIAS DETECTADAS .....	112
6.6.1. INCIDENCIAS LEVES .....	112
7. SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN.....	127
7.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA .....	127
7.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.....	127
7.3. COMPROBACIONES POSITIVAS .....	129
7.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.....	158
7.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	159
7.5.1. INCIDENCIAS LEVES .....	159

---

7.6. INCIDENCIAS DETECTADAS .....	166
7.6.1. INCIDENCIAS LEVES .....	166
8. SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS .....	167
8.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA .....	167
8.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA .....	167
8.3. COMPROBACIONES POSITIVAS .....	168
8.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO .....	184
8.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	185
8.5.1. INCIDENCIAS CRÍTICAS .....	185
8.5.2. INCIDENCIAS LEVES .....	185
8.6. INCIDENCIAS DETECTADAS .....	186
8.6.1. INCIDENCIAS CRÍTICAS .....	186
8.6.2. INCIDENCIAS LEVES .....	189
9. SERVICIO DE CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES .....	197
9.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA .....	197
9.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA .....	197
9.3. COMPROBACIONES POSITIVAS .....	198
9.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO .....	221
9.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	221
9.6. INCIDENCIAS DETECTADAS .....	222
9.6.1. INCIDENCIAS LEVES .....	222
10. SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA .....	224
10.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA .....	224
10.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA .....	224
10.3. COMPROBACIONES POSITIVAS .....	233
10.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO .....	259
10.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	260
10.5.1. INCIDENCIAS LEVES .....	260
10.6. INCIDENCIAS DETECTADAS .....	261
10.6.1. INCIDENCIAS LEVES .....	261
11. SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO .....	262
11.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA .....	262
11.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA .....	262
11.3. COMPROBACIONES POSITIVAS .....	263
11.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO .....	286
11.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	286
11.6. INCIDENCIAS DETECTADAS .....	286
12. SERVICIO DE EXPLOTACIONES COMERCIALES .....	287
12.1. OBJETO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA .....	287
12.2. DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA .....	287
12.3. COMPROBACIONES POSITIVAS .....	288
12.4. PARÁMETROS DE DESEMPEÑO .....	301
12.5. INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR .....	302

---

---

12.6. INCIDENCIAS DETECTADAS.....	302
13. PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO.....	303



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

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

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

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

## 2.-INFORME EJECUTIVO.

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

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

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

SERVICIO	CRÍTICAS	MEDIAS	LEVES	TOTALES
Limpieza		7	9	16
Desinfección, Desinsectación y Desratización				0
Seguridad y Vigilancia			6	6
Gestión de Residuos Sanitarios	2		3	5
Viales y Jardines			1	1
Esterilización			1	1
Gestión de Almacenes y Distribución-Logística		1		1
Apoyo Administrativo				0
Explotaciones Comerciales		1		1

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

### **LIMPIEZA**

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

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Calidad de la limpieza	MEDIA	REINCIDENTE
Calidad de la limpieza	MEDIA	NUEVA
Doble cubo	MEDIA	NUEVA
Dosificación	MEDIA	NUEVA
Doble cubo	MEDIA	NUEVA
Calidad de la limpieza	MEDIA	NUEVA
Dosificación	MEDIA	NUEVA
Calidad de limpieza	LEVE	NUEVA
Productos	LEVE	NUEVA
Estado de cubos	LEVE	NUEVA
Calidad de la limpieza	LEVE	NUEVA
Calidad de la limpieza	LEVE	NUEVA

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Calidad de la limpieza	LEVE	NUEVA
Calidad de la limpieza	LEVE	NUEVA
Metodología	LEVE	NUEVA
Materiales	LEVE	NUEVA

### **DESINFECCIÓN, DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN**

No procede

### **SEGURIDAD Y VIGILANCIA**

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Control accesos a vestuarios generales	LEVE	REINCIDENTE
Inoperatividad de control de accesos mediante huella digital	LEVE	REINCIDENTE
Registro de rondas en el Hospital	LEVE	REINCIDENTE
Ausencia de cámaras en el parking exterior	LEVE	NUEVA
Lectores de matrícula en parking subterráneo	LEVE	REINCIDENTE
Zonas desconectadas en la Central de Incendios	LEVE	REINCIDENTE

### **GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS**

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Puertas de cuartos intermedios abiertas	CRÍTICA	REINCIDENTE
Galga de las bolsas de basura	CRÍTICA	NUEVA
Registro de retirada de residuos	LEVE	NUEVA
Calidad de limpieza de contenedores	LEVE	NUEVA
Estado de cuartos intermedios	LEVE	NUEVA

### **GESTIÓN DE VIALES Y JARDINES**

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Plazas de aparcamiento próximas al acceso	LEVE	NUEVA

### **ESTERILIZACIÓN**

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Stock material estéril	LEVE	REINCIDENTE

### **GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA**

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Identificación ubicación etiquetas en planta	MEDIA	NUEVA

### **APOYO ADMINISTRATIVO**

No procede

### **EXPLORACIONES COMERCIALES**

TIPOLOGÍA	CRITICIDAD	NUEVA/REINCIDENTE
Encuestas trimestrales del aparcamiento	MEDIA	NUEVA

## **3.-METODOLOGÍA DESARROLLADA.**

La metodología general ha consistido en lo siguiente:

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

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

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

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



---

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

La documentación solicitada ha sido la siguiente:

#### SERVICIO DE LIMPIEZA:

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

#### SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA:

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

#### SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS:

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

#### SERVICIO DE VIALES Y JARDINES:

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

SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN:

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

SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA:

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

SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO:

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

SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES Y MATERIALES:

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

EXPLOTACIONES COMERCIALES:

Cafetería-bar y comedor:

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

Servicio de aparcamiento:

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

Servicio de teléfono y televisores en habitaciones y zonas comunes:

- Tarifas de teléfono y servicio de televisión.

Las auditorías anteriores revisadas son las siguientes:

- Auditoría operativa del año 2.016
- Auditoría de Seguridad y Vigilancia del año 2.018
- Auditoría de esterilización del año 2.015

El estudio documental ha consistido en lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

GESMAN realizó lo siguiente a partir de la información obtenida:

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

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

- Clasificar las incidencias según criterios establecidos
- Definir medidas para la mejora de las ya existentes o desarrollo de nuevas actuaciones

- 
- Elaborar una propuesta de PLAN DE ACCIÓN, en el que se asociarán las incidencias detectadas, con las propuestas de mejora para solucionarlas.

FASE VIII: ANÁLISIS DE PARÁMETROS ESTÁNDAR DE DESEMPEÑO

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

FASE IX: REDACCIÓN DE LOS INFORMES

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

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

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

## 4.-SERVICIO DE LIMPIEZA.

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

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

### 4.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

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

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

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

- Resolución de 8 de mayo de 2013, de la Dirección General de Empleo, por la que se registra y publica el I Convenio colectivo sectorial de limpieza de edificios y locales.
- Real Decreto 349/1993, de 5 de marzo, por el que se modifica la Reglamentación Técnico-Sanitaria de Lejías aprobada por el Real Decreto 3360/1983, de 30 de noviembre.
- Real Decreto 770/1999, de 7 de mayo, por el que se aprueba la Reglamentación técnico-sanitaria para la elaboración, circulación y comercio de detergentes y limpiadores.
- Resolución de 18 de agosto de 2005, de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la inscripción en el registro y publicación del Acuerdo marco estatal del sector de limpieza de edificios y locales.
- ORDEN 288/2010, de 28 de mayo, por la que se regulan los requisitos técnicos generales y específicos de los centros y servicios sanitarios sin internamiento, y de los servicios sanitarios integrados en organización no sanitaria en la Comunidad de Madrid.
- Decreto 83/1999, de 3 junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de residuos biosanitarios y citotóxicos de la Comunidad de Madrid.
- Ley 5/2003 de 20 de marzo de residuos de la Comunidad de Madrid.
- Ley 22/2011 de 28 de julio de residuos y suelos contaminados.
- Real Decreto 180/2015, de 13 de marzo de traslado de residuos en el interior del estado.
- NTP 635: Clasificación, envasado y etiquetado de las sustancias peligrosas.
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

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

*ZONAS DE ALTO RIESGO:*

- Cirugía Ambulatoria
- Quirófanos (quirófano Q6, Q8, Q4, Q2, Q9, Q5)
- Reanimación (Box 13, 27, 25, 20, 9, 10, 6, 17)
- Unidad de Cuidados Intensivos (UCI 7)
- Neonatología (Neonatos 1, 4, 12)
- Bloque Obstétrico (Paritorios: Observación 1, 2, Atención al Parto 1, 2,

*ZONAS DE MEDIO RIESGO:*

- Consultas Externas
- Hospital Día Psiquiátrico Adultos
- Hospital de Día
- Endoscopias
- Hospitalización (Habitación B460, B339,
- Urgencias Adultos y Pediátrica
- Radiología

*ZONAS DE BAJO RIESGO:*

- Aseos públicos
- Vestuarios
- Pasillos
- Salas de Espera
- Escaleras
- Ascensores

### 4.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

- La empresa presenta en los plazos estipulados los protocolos y manuales de procedimientos:
  - Subdivisión zonas limpieza a efectos de limpieza: alto riesgo, medio riesgo, bajo riesgo, zonas comunes, paredes, techos y puntos de luz, cristales, aseos públicos, ascensores, suelos, suelos, ordenadores, habitaciones de Pacientes sin aislamiento, Radiodiagnóstico y Medicina nuclear, bloque A, bloque B, bloque C, bloque D,
  - Tiene programa de limpieza por zonas con periodicidad
  - Técnicas, procedimientos y productos a emplear

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

## 03. LIMPIEZA

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA

CORP24.1/GM1

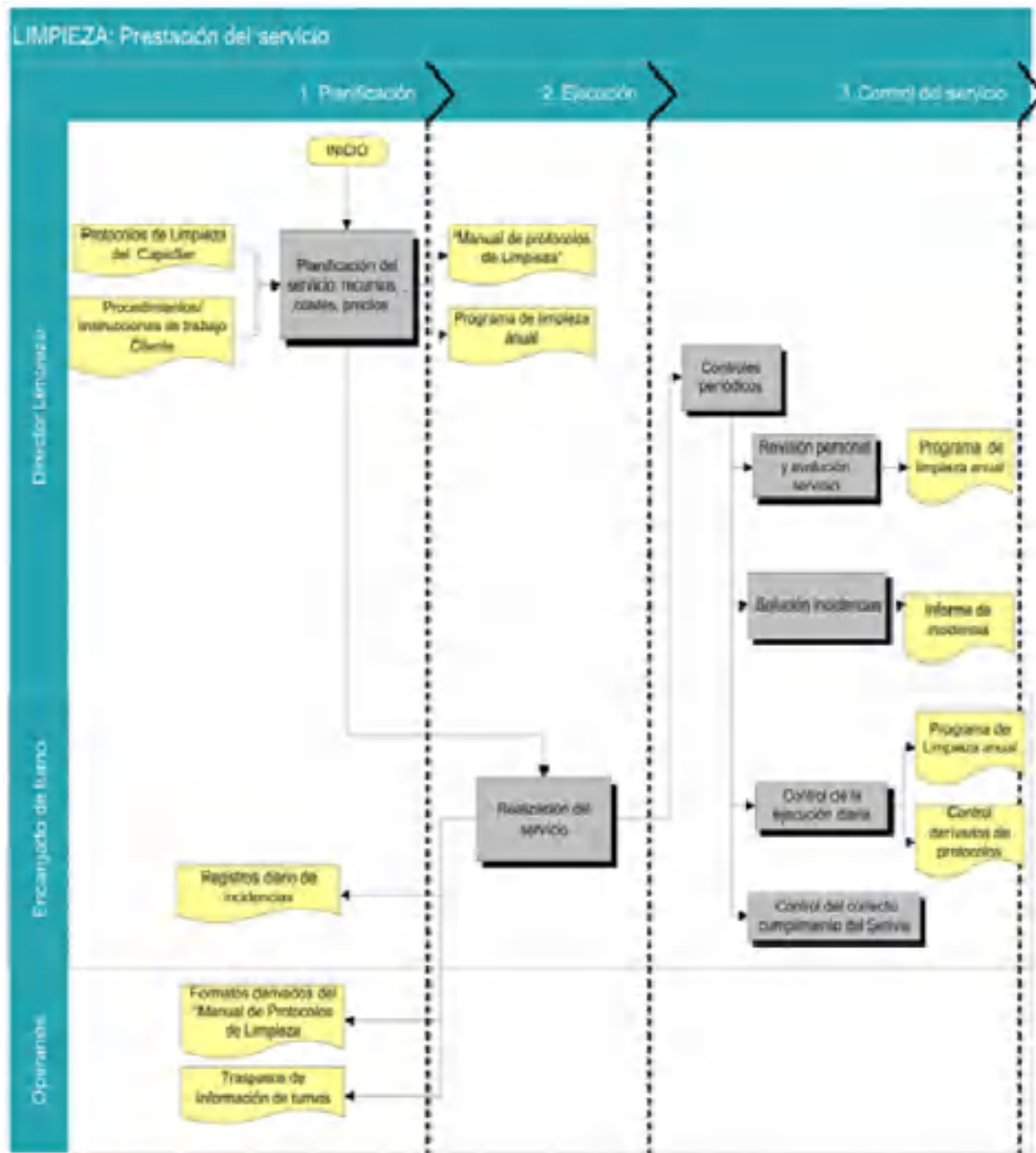
Versión 4

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA

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

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





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

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

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

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

P5.4 Normas de limpieza de cristales

P5.5 Normas de limpieza aseos públicos

P5.6 Normas de limpieza de ascensores

P5.7 Normas de limpieza de suelos

P5.8 Normas de limpieza de ordenadores

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

P6.1 Normas de limpieza habitaciones pacientes sin aislamiento

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

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

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

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

P7.3 BLOQUE C: Cabina de Citostáticos

P7.4 BLOQUE D: Habitaciones de infecciosos

Los protocolos de limpieza describen mediante fichas:

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

### 5.1 REGISTROS

Formatos de gestión del servicio

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

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

- P5/F1 " Formato de registro de limpieza diario zonas riesgo bajo"
- P5/F2 "Limpieza diaria de aseos Públicos"
- P5/F3 "Formato de identificación de aseos"
- P5/F4 "Formato limpieza cristales"
- P5/F5 "Formato de registro pulido de suelos"
- P5/F6 "Desinfección de ascensores"
- P6/F1 "Formato de registro de limpieza diario zonas riesgo medio"

- P6/F2 "Limpieza de habitaciones"
- P7/F1 "Formato de registro de limpieza diario zonas alto riesgo"
- P7/F2 "Formato Limpieza de Quirófanos"
- P7/F3 "Formato Limpieza de Paritorios"
- P7/F4 "Formato Limpieza de Sala de Radiología"
- P7/F5 "Formato Limpieza de Boxes de Urgencias"
- P7/F6 "Formato de Limpieza de UCI"
- P7/F7 "Formato de limpieza del área de citostáticos"

**5.2 ANEXOS**

- P1 Clasificación de las áreas de limpieza
  - P2 Recursos materiales y técnicos
  - P3 Buenas prácticas del personal de limpieza
  - P4 Programa de Limpieza por Zonas
  - P5 Protocolos de limpieza de zonas bajo riesgo
  - P6 Protocolos de limpieza zonas medio riesgo
  - P7 Protocolos de limpieza zonas alto riesgo
  - P8 Procedimiento de buenas prácticas
  - P9 Procedimiento de evaluación del servicio de limpieza
- Se verifica la existencia de una planificación de las limpiezas mensuales a realizar, con indicación de las fechas de las mismas:



**Informe Mensual del Servicio de Limpieza**  
Informe mensual Hospital General de Villalba  
Fecha: Octubre/2018

**Actividad desarrollada:**  
Competencia Limpieza planificada y programación Limpieza planificada para el mes siguiente

Zonas críticas	Áreas	Frecuencia Limpieza Planificada	Fecha de realización	Fecha próxima mes siguiente
Distribuidores	GERENCIA Y ZONAS COMUNES	MENSUAL	14-10-2018/30/10/2018	14-11-2018/30/11/2018
Unidades de Resuscitación e Respiración (quirófanos)	NO APLICA	MENSUAL	17-10-2018/2018	17-11-2018/2018
Resonancias	NO APLICA	QUINCENAL	01/10/2018	15/11/2018
Control (Intensivistas)	NO APLICA	MENSUAL	01/10/2018	01/11/2018
UCL/OBSTETRICAS	BOXES Y ZONAS COMUNES	MENSUAL	01-03-17-30/10/2018	01-03-17-30/11/2018
Diálisis	NO APLICA	DIARIA SU SUCCESIVA 24/7	27-10-2018-24/11/2018	
Urgencias (Boxes y observación)	BOXES Y ZONAS COMUNES	MENSUAL	01-03-05-10-17-24/10/2018	01-03-05-10-17-24/11/2018
Área de ingreso	NO APLICA	MENSUAL	21/10/2018	19-11/2018
Hospital de día	NO APLICA	MENSUAL	02/10/2018	02/11/2018
Habitaciones de aislamiento	NO APLICA	Cada vez que el paciente se va de día		
Sala de esterilización	NO APLICA	DIARIA		
Medicamentos especiales (a almacenar en sala central)				



**Informe mensual-Limpieza**  
*Informe mensual Hospital General de Villalba*  
*Fecha: Octubre/2018*

Zonas semicríticas	Áreas	Frecuencia Limpieza Planificada	Fechas de realización	Fechas previstas mes siguiente
Radiodiagnóstico	NO APLICA	MENSUAL	15-16/10/2018	12-13-14/11/2018
Laboratorios	NO APLICA	MENSUAL	2-17/10/2018	
Endoscopia Digestiva	NO APLICA	MENSUAL	13/10/2018	10-11/11/2018
Anatomía Patológica	NO APLICA	MENSUAL	2-17/10/2018	
Servicio de Rehabilitación	NO APLICA	MENSUAL	6-13-20-27/10/2017	3-10-17-24/11/2018
Áreas de Consultas Externas	Todas las consultas, incluidas 5 de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc.	MENSUAL	6-7-16-17/10/2018	16-17-18/11/2018
Resto de zonas de Hospitalización de enfermos	Incluido limpiezas generales, en las rutinarias según necesidades			
Otros	NO APLICA			



**Informe mensual-Limpieza**  
Informe mensual Hospital General de Villalba  
Fecha: Octubre/2018

Zonas comunes	Áreas	Frecuencia Limpieza Planificada	Fechas de realización	Fechas previstas mes siguiente
Vestíbulo principal	NO APLICA	SEMANAL	6-13-26/10/2018	4-11-18-25/11/2018
Escaleras	NO APLICA	SEMANAL	6-13-26/10/2018	4-11-18-25/11/2018
Otros				

**Información adicional**

- Se comprueban los siguientes registros en los que se verifica el cumplimiento de la ejecución de la limpieza planificada:
  - 15/10/2018: laboratorios
  - 15/10/2018: Anatomía patológica
  - Neonatos: 9/11/2018

- Se comprueba que los productos empleados son los aprobados por Medicina Preventiva:

PRODUCTO	MARCA			
LIMPIADOR NEUTRO	SANWASH		X	X
AMBIENTADOR	SANWASH		X	X
DESENGRASANTE	ACTIVAL			X
LEJIA 1L	BUGA	X	X	X
LEJIA-DETERGENTE	BUGA	X	X	X
DÉCAPANTE	JONTEC FUTUR		X	X
LIMPIACRISTALES	SANWASH	X	X	X
DETERGENTE-POLVO	VIMP CLOREX		X	X
TAPA POROS	H 16	X	X	X
CERA SUELO BRILLO	RESITOL	X	X	X
JABON DE MANOS 1L	CLEAR FOAM	X	X	X
JABON DE MANOS	DETER QUIMICA	X	X	X
LAVAVAJILLAS MANUAL	BUGA			X
SPRINT H 100 DESINFECTANTE	DIVERSEY	X	X	
LIMPIADOR SANITARIOS SANWASH	LIMPIADOR WC		X	X
INSTRUNET	INSTRUNET ANIOS	X		
CRISTALIZADOR ROSA	CASELJI		X	X

Fdo. Laurea Robio Cirio; responsable MEDICINA PREVENTIVA

Laurea Robio

28/02/2019.

- La limpieza se realiza de las zonas limpias hacia las sucias.
- Todo el material está colocado en el carro, así como las bolsas de basura.
- Los pomos se limpian diariamente con desinfectante.
- El agua no se emplea en ningún caso sola. (detergente + desinfectante en la concentración adecuada).



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

- Se verifica que se limpia con bayeta verde todas las superficies horizontales y verticales consideradas comunes, a excepción del suelo.
- Se comprueba que se limpia con bayeta amarilla los aseos en todas las superficies, excepto el suelo y el WC.
- Se verifica que se limpia con bayeta roja la zona de los WC.
- Se comprueba que se emplea la técnica del doble cubo y el barrido húmedo con mopa desechable:
  - La Responsable de limpieza (Gobernanta), dispone de un “registro de incidencias” cumplimentado
  - Se emplea la técnica de doble cubo
  - Se utilizan las bayetas humedecidas de cuatro colores:

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

- El carro de limpieza tiene cuatro cubos, que tienen el mismo color que las bayetas correspondientes.
- Se emplea la técnica de doble cubo
- Se utiliza el sistema de preimpregnación de mopas y bayetas
- Se comprueba que los carros utilizados para la aplicación del doble cubo van equipados con lo siguiente:
  - Bandeja para colocación de cubos de colores
  - Bayetas de colores
  - Cubos de colores
  - Soporte para bolsa de basura
  - Bolsas de plástico para recogida de basuras
  - Bolsas de plástico para forrar cubos y papeleras
  - Prensa
  - Cubos para técnica de doble cubo
  - Fregona
  - Recogedor



- Haragán con fliselinas
  - Estropajos
  - Guantes de goma
  - Espátula
- Se comprueba que los carros utilizados para el sistema de preimpregnación o limpieza en plano son de tres bandejas dotados de lo siguiente:
- Cubetas para humedecer las mopas de microfibra
  - Palos telescópicos para los soportes de las mopas
  - Mopas de microfibra
  - Bayetas de microfibra de diferentes colores
  - Soporte para las bolsas de basura
  - Bayeta absorbente para el secado
  - Estropajos
  - Recipientes para desinfectantes con la dilución específica de la zona en la que se trabaje
  - Recogedor
  - Espátulas
  - Dosificadores
  - Bolsas de plástico para la recogida de basuras
  - Bolsas de plástico para forrar cubos y papeleras
  - Guantes de goma
- Se ha comprobado que diariamente se desinfecta el equipamiento de limpieza empleado.
- Se verifica que los pomos de puertas y barandillas de las escaleras se limpian diariamente.
- Se comprueba que las superficies de zonas más altas se limpian con un elemento telescópico o especial impregnado con un agente de limpieza evitando dispersar el polvo
- Se comprueba la planificación y registro de las limpiezas diarias programadas.
- Se corrigen las deficiencias que salen en los controles de calidad o inspecciones.
- Se cumple cualquier obligación que pueda repercutir en el paciente/usuario.
- La limpieza de quirófanos es correcta.
- El resultado de la encuesta de satisfacción no se encuentra por debajo de 75%.

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



- Se ha verificado la existencia de protocolos de limpieza, lo que evidencia la normalización de la metodología utilizada.
- En la documentación remitida se ha podido evidenciar el cumplimiento de las frecuencias de las limpiezas diarias, éstas también visualmente, así como de las limpiezas generales, más específicas, realizándose semanal, mensual, trimestral y semestralmente, cumpliendo con lo requerido para garantizar la operatividad y/o uso de las Áreas Funcionales del Hospital General de Villalba. Se ha revisado la correcta ejecución de las limpiezas generales, evidenciándose un elevado grado de limpieza en todas las estancias inspeccionadas.
- Las Responsables de la Limpieza de cada turno organizan al personal de la limpieza diariamente y atienden las llamadas telefónicas del Personal del Hospital, en las que se les indican posibles incidencias, para su subsanación de forma inmediata. Se ha evidenciado en el momento de la auditoría operativa, la correcta subsanación de las incidencias por parte de los profesionales de la limpieza, cerrándolas de forma positiva en plazo y forma.
- Se ha valorado positivamente que, en el cambio de turno, las Profesionales de la Limpieza documenten en el registro correspondiente aquellas observaciones que se consideran necesarias para la correcta prestación del servicio de limpieza por parte de las profesionales del turno entrante.

- Se ha evidenciado la correcta formación en materia de Prevención de Riesgos Laborales de las/los Profesionales de la Limpieza, garantizándose en todo momento por parte de BEPERS el cumplimiento de la Legislación de Prevención de Riesgos Laborales para su Personal del Servicio de Limpieza. Se ha podido evidenciar de igual forma, tanto visual como documentalmente, la entrega de EPI's a las/los Profesionales de la Limpieza por parte de BEPERS.
- En relación con los indicadores de desinsectación y de desratización se ha podido evidenciar que la Empresa subcontratada para prestar ese servicio, AMBISAN, está inscrita en el Registro de Establecimientos y Servicios Plaguicidas.

#### 4.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

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

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

Nivel de cumplimiento exigible: 8 sobre 10

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

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

PARÁMETRO 2: Indicador del Servicio de Limpieza

Resultado: 9

##### **PARÁMETRO 2: Indicador del Servicio de Limpieza**

$IN=0.3*Frecuencia+0.7*Calidad$

Donde:

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

$Calidad=0.6*AR+0.3*MR+0.1*BR$

Donde:

AR: Calidad de la limpieza en zonas de alto riesgo

MR: Calidad de la limpieza en zonas de medio riesgo

BR: Calidad de la limpieza en zonas de bajo riesgo

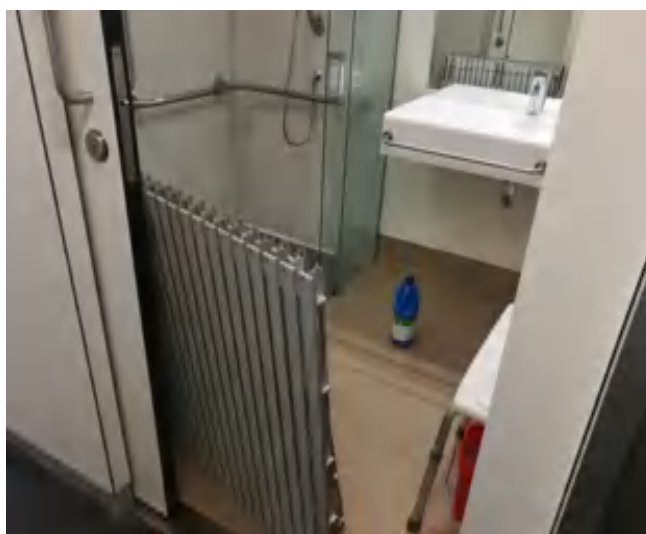
Resultado: 8.78

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

A continuación, se indican las incidencias detectadas en la auditoría en relación con el Servicio de Limpieza, que se observaron ya en la auditoría anterior:

#### 4.5.1.-INCIDENCIAS CRÍTICAS.

1. **INCIDENCIA CRÍTICA:** Se tienen evidencias de suciedad en las duchas de la zona de hospitalización, si bien, el tipo de rejillas empleadas como suelo de las mismas tiene un diseño que dificulta la limpieza. Así mismo, se ha podido evidenciar que tienen un peso elevado y que es complicado realizar una limpieza a fondo por parte de un único trabajador→**PENDIENTE DE SUBSANAR**, ya que las duchas son iguales y existen los mismos problemas para poder llevar a cabo la correcta limpieza y desinfección de las mismas, por parte de una única profesional de la limpieza:





2. **INCIDENCIAS CRÍTICA:** Se ha podido evidenciar durante las tareas de limpieza de las habitaciones de hospitalización, que el agua de los cubos de limpieza se empleó para limpiar dos habitaciones. Según requisitos de pliego, *“nunca debe utilizarse el mismo agua para dos habitaciones distintas de enfermos”* → **SUBSANADA** para el caso de limpiezas a fondo y/o altas.

#### 4.5.2.-INCIDENCIAS LEVES.

- 1 Las mopas y bayetas empleadas están prehumedecidas antes de su uso, además, se colocan varios recambios una encima de otra, por lo que puede haber contaminación de unas a otras, no garantizándose en todos los casos la correcta desinfección. **ÁREA DE MEJORA** que se mantiene también tras la realización de la presente Auditoría Operativa de 2019.

## 4.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

### 4.6.1.-INCIDENCIAS MEDIAS.

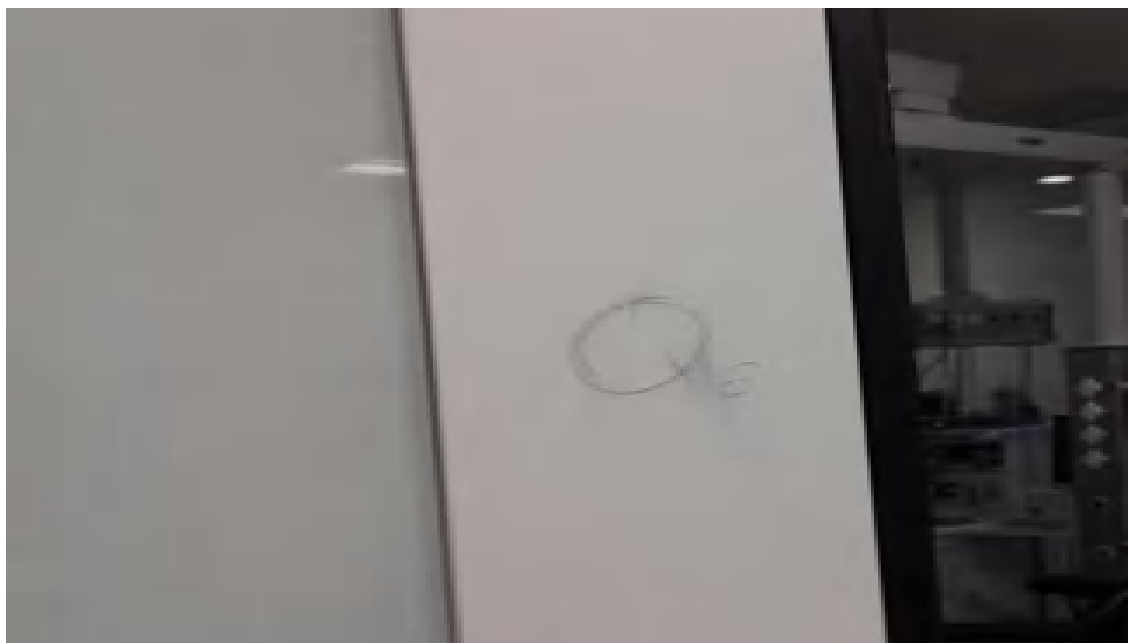
- 1 INCIDENCIA MEDIA REINCIDENTE: Se tienen evidencias de suciedad en las duchas de la zona de hospitalización, si bien, el tipo de rejillas empleadas como suelo de las mismas tiene un diseño que dificulta la limpieza. Así mismo, se ha podido evidenciar que tienen un peso elevado y que es complicado realizar una limpieza a fondo por parte de un único trabajador





QUIRÓFANO 6.

- 2 En el momento de la auditoria se observa cinta adhesiva en el colchón, siendo el pegamento de la cinta un potencial caldo de cultivo. NUEVA



- 3 Doble cubo: en el momento de la auditoría se observa que la profesional de limpieza no realiza la metodología del doble cubo, introduciendo la fregona únicamente en el cubo azul y escurriendo la fregona en el cubo azul. NUEVA





- 4 En el cuarto de sucio de quirófano no se utiliza el dosificador automático aunque éste esté conectado. NUEVA



- 5 En el momento de la auditoría, la profesional de limpieza cuando cambia el agua de los cubos para fregar el suelo, vierte producto de desinfección en ambos cubos (rojo y azul). NUEVA



UCI BOX 01 Y 02

- 6 En el momento de la auditoria se observa acumulación de polvo en las zonas altas. NUEVA





PARITORIO Y RADIODIAGNÓSTICO

- 7 Cuarto de sucio: En el momento de la auditoría se observa que las botellas de los productos de limpieza conectados al dosificador automático no están cerradas correctamente o les falta el tapón, no pudiendo asegurar una correcta dosificación. NUEVA







#### 4.6.2.-INCIDENCIAS LEVES.

##### NEONATOS 01

1. En el momento de la auditoría se observa manchas en uno de los sillones. NUEVA





ALMACÉN DE PRODUCTOS

2. En el momento de la auditoría se observa productos colocados en baldas de estanterías, algunas de ellas dobladas y otras con derrames. NUEVA







3. En el momento de la auditoría, en las zonas de alto riesgo, tales como Quirófanos, UCI's y Neonatos, no se ha podido evidenciar que los cubos azules estén en buen estado, a pesar de realizar el cambio de agua daba sensación de suciedad en el interior de los mismos: NUEVA





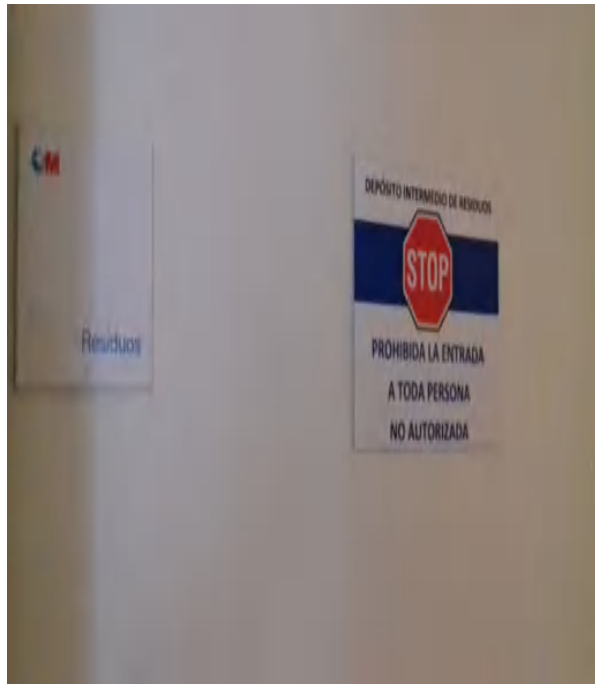
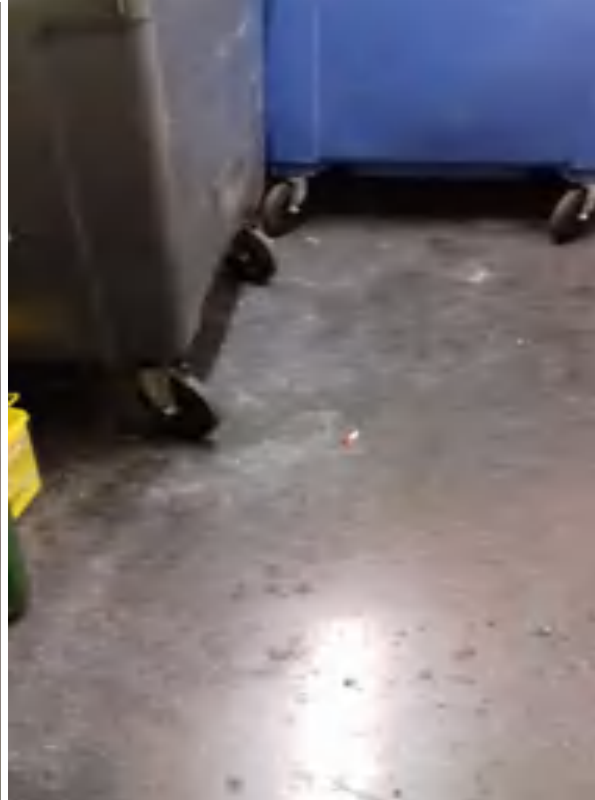
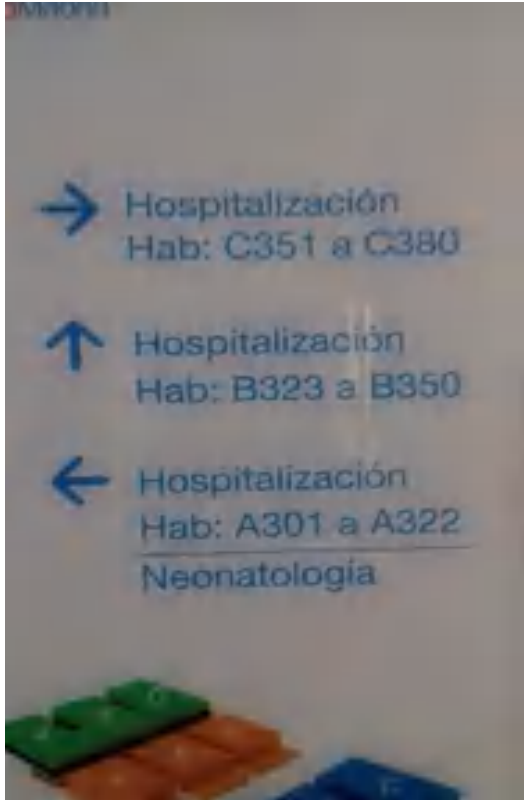


4. En el momento de la auditoría, se ha podido evidenciar polvo en la habitación de Hospitalización auditada: NUEVA





5. En el momento de la auditoría, se ha podido evidenciar suciedad en el suelo del cuarto de residuos de Hospitalización: NUEVA





6. En el momento de la auditoría, se ha podido evidenciar polvo en un Box de REA, así como esparadrapos en varias de los quirófanos inspeccionados: NUEVA









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

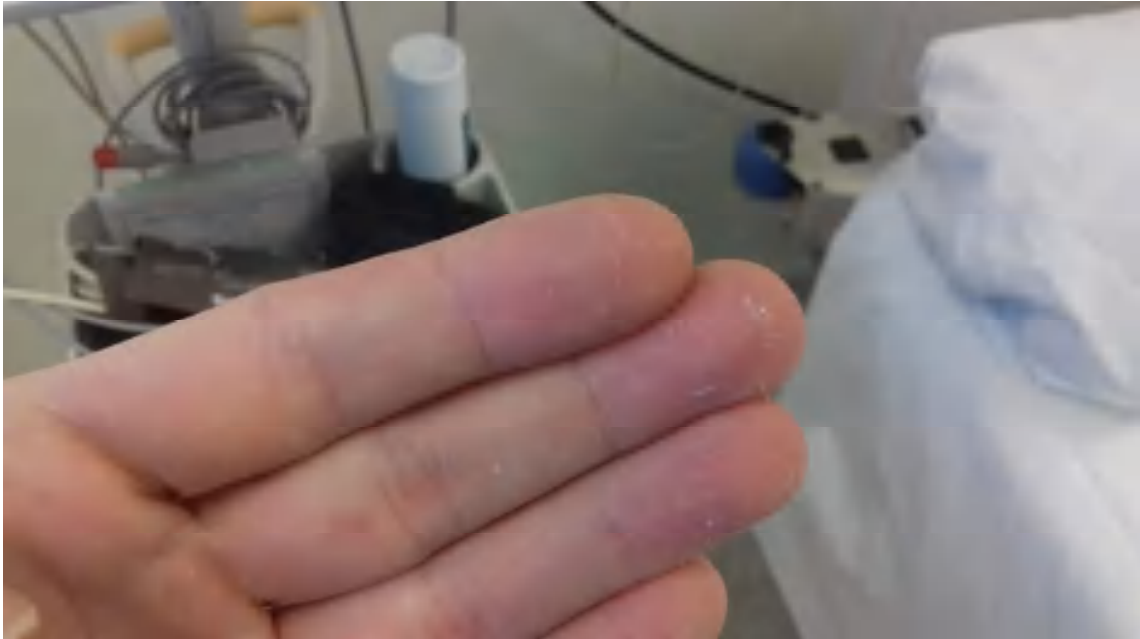






8. En el momento de la auditoría, se ha podido evidenciar polvo en el área de Partos y de Neonatología, observándose polvo en los altillos y suciedad en los cristales exteriores: NUEVA







N.º DE NEONATO	FECHA DE LIMPIEZA	LUGAR	MATERIA	LIMPIEZA	MATERIA
1	12/01/2018	U1	NEONATO	SECO	SECO
2	12/01/2018	U1	NEONATO	SECO	SECO
3	12/01/2018	U1	NEONATO	SECO	SECO
4	12/01/2018	U1	NEONATO	SECO	SECO
5	12/01/2018	U1	NEONATO	SECO	SECO





9. En el momento de la auditoría, se ha podido evidenciar en el área de Quirófanos, que el carro del pasillo de limpio debe acceder al pasillo de sucio para realizar el cambio de agua y dosificación del producto, por lo que no se evidencia el cumplimiento de la separación de la zona de limpio con la de sucio en quirófanos. NUEVA
  
10. En el momento de la auditoría, se han podido evidenciar en varios carros de limpieza, las bayetas húmedas antes de su utilización, así como la fregona húmeda en el cubo con agua y producto durante toda la noche hasta el día siguiente, lo que no garantiza la correcta desinfección en la limpieza. NUEVA

## 4.7.-EVIDENCIAS DOCUMENTALES.

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

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

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

Página 1 de 217

51



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

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA


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

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

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

2018-DESCOSEPT PUR WIPES RTU-HUIE

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

<p style="text-align: center; font-weight: bold;">DESCOSEPT PUR WIPES RTU</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">  </div> <p style="display: flex; justify-content: space-around;"><span>RECAMBIO</span> <span>CUBO REUTILIZABLE</span></p> <p style="color: #00AEEF;">*Toallitas impregnadas, listas para su uso.</p> <p>•Indicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza y rápida desinfección de equipamiento médico resistente al alcohol y todo tipo de superficies.</li> <li>• No utilizar en superficies calientes.</li> <li>• No utilizar en dispositivos invasivos.</li> </ul>	<p>•Preparación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar la limpieza y desinfección del cubo con los dos sobres que vienen que vienen con el recambio.                     <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limpieza (toallita azul), en el siguiente orden:                             <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;">     </div> </li> <li>2. Desinfección (toallita verde), en el mismo orden.</li> </ol> </li> <li>• Recortar bolsa de recambio de las toallitas por la parte superior e introducirla en el cubo (sin retirar la bolsa).                      </li> <li>• Validez una vez abierto 4 semanas.</li> <li>• Utilización:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar cubriendo por completa la superficie y dejar secar.</li> </ul> </li> </ul>
---	--

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

DESCOSEPT PUR WIPES RTU

*Toallitas para desinfección de superficies*

## DESCOSEPT PUR WIPES RTU

Toallitas de base alcohólica para una rápida desinfección.

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

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

DESCOSEPT PUR WIPES RTU no debe usarse por lo que está diseñado para todas las áreas del hospital.

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

**Ámbito de aplicación**  
Adecuado con la Directiva de Dispositivos Médicos (MDM): Desinfección rápida de dispositivos médicos no invasivos en contacto al alcohol. Específicamente adecuado para pantallas, toallitas y superficies de control de equipamiento médico.

Adecuado a la Regulación de Productos Químicos: Limpieza y rápida desinfección de equipamiento médico existente al alcohol y todo tipo de superficies.

DESCOSEPT PUR WIPES RTU son especialmente adecuadas para:

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

**Propiedades Administrativas**

Descripción y uso	USO*	1 litro	5 litros
Desinfección de superficies para desinfección de superficies (desinfectante, bactericida)**	500 ml	1	5
Desinfección de superficies para desinfección de superficies (no-alcohol, bactericida, bactericida)**	500 ml	1	5
Toallitas para limpiar	2000 unidades	1	5
Desinfectante (alcohol y no-alcohol)	2000 unidades	1	5

**Indicaciones de uso**

- superficies con un contacto frecuente de manos y piel, como camas y sillones;
- superficies en áreas de alimentos y control;
- superficies de acceso inmutable y frentes de recepción.

**Indicaciones de actividad**

- Bactericida;
- Antibactericida;
- Antiviral;
- Anticida (Candida).

**Modo de empleo**  
Aplicar la superficie con DESCOSSEPT PUR WIPES RTU hasta que está completamente mojada. Repetir el tiempo de contacto. DESCOSSEPT PUR WIPES RTU está diseñada para su uso con sistemas tecnológicos de dispensación.

**Dr. Schumacher GmbH**  
Am Spiegelweg 7, 44323 Metelen, Germany, T +49 3086 6360-0, F +49 3086 6360-1  
www.schumacher-medical.com, www.schumacher-medical.com

*Tecnilitas para desinfección de superficies*

## DESCOCEPT PUR WIPES RTU

*Tecnilita de base alcoholizada para una rápida desinfección*

En todo momento en consideración los límites de desinfección y procesamiento del sistema de desinfección. No es compatible con superficies plásticas.

**Compatibilidad:**  
500 g de solución cubren las siguientes superficies:  
- 40,0 g de aluminio

**Características del producto:**  
- Producto en el estado líquido, al estado líquido de desinfección DISCOCEPT y al estado de desinfección alcoholizada (AC).  
- Conformada y distribuida por la compañía DISCOCEPT S.L. de Productos Sanitarios.

**Información Adicional:**  
Los productos de DISCOCEPT S.L. de Productos Sanitarios se fabrican en condiciones de máxima higiene, seguridad y calidad con el medio ambiente. Gracias a los procesos de fabricación utilizados en la fabricación, nuestros productos poseen una calidad superior en cuanto a su uso.

**Dr. Sánchez, generalista, Valencia:**  
Informe positivo por desinfección de superficies de acuerdo con la normativa y EN 14476.

**Dr. Rodríguez, cirujano, Valencia:**  
Informe positivo sobre la actividad preventiva contra BCG y Bacillus anthracis de acuerdo con la normativa.

**Diferencias con Desinfectante:**  
- Líquido inflamable.  
- Si se encuentra en un recipiente, contenedor o envase, se debe etiquetar y almacenar de acuerdo con las normas de seguridad y salud en el trabajo. Mantener el producto bien cerrado. No respirar el vapor. Si hay contacto con los ojos, lavarlos abundantemente con agua abundante. Mantener el producto bien cerrado. Si hay contacto con la piel, lavar con agua abundante y jabón. Si hay contacto con la ropa, lavar la ropa con agua abundante y jabón.

Producto	Forma	Vol.	Composición	Norma	EN
DESCOCEPT PUR WIPES RTU	Líquido	500 g	Alcoholizado	Alcoholizado	EN 14476
DESCOCEPT ALCOHOLIZADO	Líquido	500 g	Alcoholizado	Alcoholizado	EN 14476

Leer las instrucciones de forma segura. Leer siempre la etiqueta y la información del producto antes de utilizarlo.

DISCOCEPT S.L. de Productos Sanitarios es una empresa líder en el sector de desinfección y esterilización de superficies y equipos médicos. Nuestra experiencia y conocimiento en el sector nos permite ofrecer soluciones innovadoras y de alta calidad. Somos una empresa comprometida con la salud y el bienestar de nuestros clientes. Para más información, contacta con nosotros a través de nuestro sitio web o por correo electrónico.

**IHO** **ISO 9001** **GMP** **GMP** **VCI** **BRH** **EMAS**



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

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

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

### 5.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

La documentación revisada ha sido la siguiente:

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

La normativa revisada ha sido la siguiente:

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

### **5.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.**

- En relación con los indicadores de desinfección, desinsectación y de desratización se ha podido evidenciar que la Empresa subcontratada para prestar ese servicio, AMBISAN, está inscrita en el Registro de Establecimientos y Servicios Plaguicidas.
- Se comprueba que los dispositivos están correctamente colocados en el perímetro del Hospital.
- Se comprueba que los productos empleados están registrados

### **5.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.**

No procede

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

Sin incidencias

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

Sin incidencias

## 6.-SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA.

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

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

### 6.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

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

- Planes de catástrofes internas o emergencias (Plan de Autoprotección)
- Plan de catástrofes externas.
- Registro de incidencias del mes de Octubre de 2018.
- Número de vigilantes en turno de mañana, en turno de tarde y de noche y carnets de los mismos.
- Procedimiento de control de accesos, en caso de disponer de él.
- Procedimiento de gestión de rondas, en caso de disponer de él.
- Hoja resumen de los cursos previstos en el Plan de Formación del año 2019.

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

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

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

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

### 6.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

- El servicio de seguridad y vigilancia se extiende a todas las dependencias y zonas del Centro, recinto exterior del Hospital, incluido edificios anexos y aparcamientos, si bien, en el momento de la auditoría no se ha podido evidenciar que en el parking exterior de superficie existan cámaras de seguridad, no obstante, las domos exteriores perimetrales del Hospital General de Villalba pueden enfocar hacia el mismo, obteniendo imágenes del mismo con una resolución adecuada.
- Existe un Plan de Autoprotección de marzo de 2018, y un plan de emergencia/catástrofes internas/externas de junio de 2018:



# Plan de Autoprotección

Controla 1: Identificación del riesgo y del emplazamiento

Madrid Marzo 2018

Actualización 1 - Revisión 2



**HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA  
COLLADO VILLALBA (MADRID)**



**PLAN DE ACTUACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA ANTE CATÁSTROFES EXTERNAS O INCIDENTES CON MÚLTIPLES VÍCTIMAS (IMV). (actualizado 01 junio 2018)**

- 1. Introducción y objeto del plan de emergencias**
- 2. Términos y definiciones**
- 3. Legislación y ámbito de aplicación**
- 4. Análisis de riesgos**
- 5. Catálogo de recursos**
- 6. Funcionamiento del SUMMA 112 ante un IMV (Incidente múltiples víctimas)**
- 7. Dirección y coordinación del plan de catástrofes en el Hospital General de Villalba**
  - 7.1 Comité de catástrofes.**
    - 7.1.1 Funciones
    - 7.1.2 Composición Comité de catástrofes
  - 7.2 Gabinete de crisis**
    - 7.2.1 Funciones generales del gabinete
    - 7.2.2 Composición y ubicación física
    - 7.2.3 Funciones específicas de los equipos del gabinete de crisis
- 8. Actuación en HGV ante catástrofes**
  - 8.1 Plan de activación**
  - 8.2 Activación del plan de catástrofe, constitución del gabinete de crisis y líneas de actuación**
  - 8.3 Plan específico por áreas**
    - 8.3.1 Urgencias
    - 8.3.2 Admisión
    - 8.3.3 UVI
    - 8.3.4 Bloque quirúrgico
    - 8.3.5 Radiología
    - 8.3.6 Laboratorio
    - 8.3.7 Equipo de atención a familiares de víctimas
    - 8.3.8 Equipo de soporte
- 9. Anexos**

- El Plan de Autoprotección se encuentra accesible en el Centro de Control de Seguridad y Vigilancia, así como las normas de actuación en caso de emergencia por todo el Hospital.



- El procedimiento de detección y alerta del Plan de Autoprotección está definido de forma concreta y concisa, hecho que facilita la implantación del mismo.

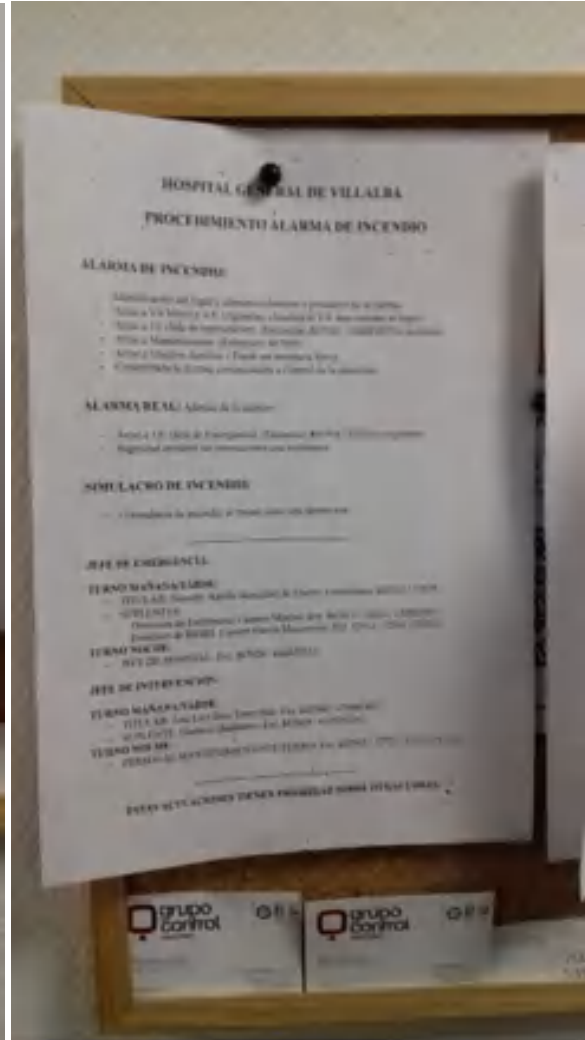
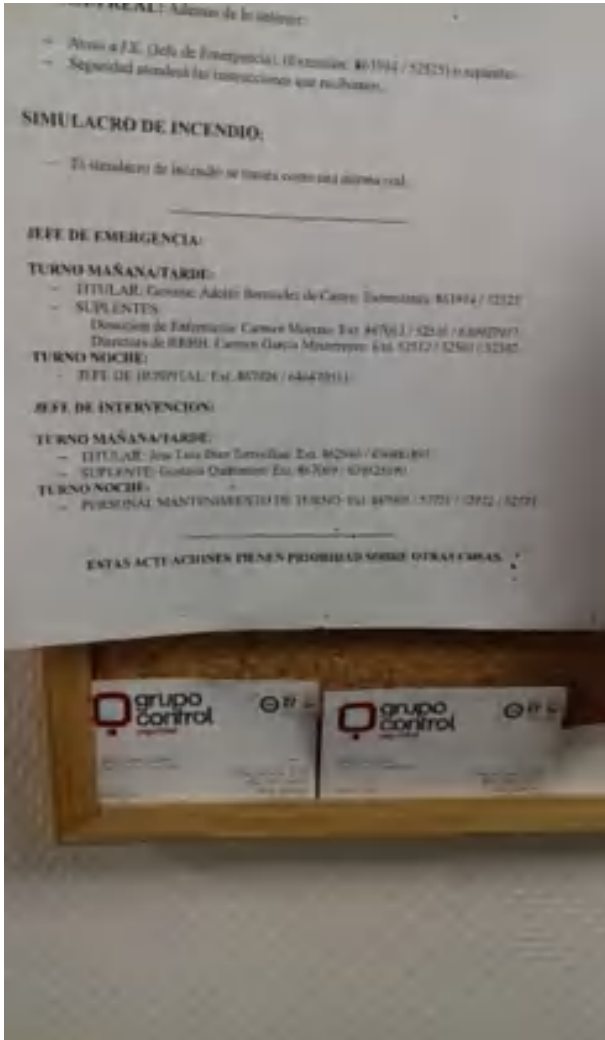
**PLAN DE AUTOPROTECCIÓN**  
HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA

**1. TELÉFONOS DE EQUIPOS DE EMERGENCIA**

**NUMERO DE EMERGENCIA DEL CENTRO**

POSTO	COMPONENTES	RESPONSABLES	TELÉFONO
Unidad de Emergencia	Teléfono Unid. Materna	Administración de Urgencias	Teléfono móvil: 900 200 500 Extensión interna: 80104 / 10104
	Aspirador 1 Unid. Materna	Unid. Urg. Carreón	Teléfono móvil: 910 240 730 Extensión interna: 80102
	Aspirador 2 Unid. Materna	Carreón Matern.	Teléfono móvil: 910 240 730 Extensión interna: 80107
	Aspirador 3 Unid. Materna	Carreón Colaborador	Teléfono móvil: 910 240 730 Extensión interna: 10101
Unid. de Emergencia y Unid. de Recepción	Teléfono Unid. Materna	Unid. L. Der. Tardes	Teléfono móvil: 910 200 600 Extensión interna: 80100
	Aspirador Unid. Materna	Unid. L. Der. Tardes	Teléfono móvil: 910 200 600 Extensión interna: 80100 / 10100
Unid. de Emergencia y Unid. de Recepción	Teléfono Unid. Materna	Unid. L. Der. Tardes	Teléfono móvil: 910 200 600 Extensión interna: 80100 / 10100
	Aspirador Unid. Materna	Unid. L. Der. Tardes	Teléfono móvil: 910 200 600 Extensión interna: 80100 / 10100
Sistema de Emergencia	Unid. Materna	Unid. L. Der. Tardes	Teléfono móvil: 910 200 600 Extensión interna: 80100
Centro de Control	Teléfono Unid. Materna	Unid. L. Der. Tardes	Teléfono móvil: 910 200 600 Extensión interna: 10100
	Aspirador Unid. Materna	Unid. L. Der. Tardes	Teléfono móvil: 910 200 600 Extensión interna: 10100

- Los equipos de emergencia del Centro están definidos y sus números de teléfono anotados:



- Se evidencia plan de formación para el año 2019, siendo alguna de las acciones formativas previstas las siguientes:

---

#### **EMERGENCIAS Y AUTOPROTECCIÓN EN CENTROS HOSPITALARIOS**

**Número de participantes:** máximo 30 por grupo.

**Cronograma:** Las acciones formativas se llevarán a cabo entre los meses de Marzo a Mayo y de Octubre a Noviembre.

**Duración:** La duración mínima de estos cursos será de 10 horas en modalidad presencial.

**Jornada:** Se harán varios turnos sobre las acciones formativas con distintos horarios para lograr cubrir el mayor número de Vigilantes en cada formación.

**Modalidad:** Presencial

**Lugar de impartición:** CEP Cervantes Madrid, nº 1692 Registro Nacional Centros de Seguridad Privada. Sitio en c/ Sebastián Herrera nº 12-14, Madrid.

**Destinatarios:**

Vigilantes de Seguridad que por el servicio que prestan necesitan conocer las normativas aplicables en emergencias y evacuación de un centro hospitalario, así como a resolver los conflictos diarios a los que debe hacer frente. Centrando la formación en los supuestos prácticos del día a día, realizando una formación específica al puesto laboral que desempeña.

**Contenidos formativos:**

#### **TEMA 1 – QUE ES UNA EMERGENCIA**

- ✓ Tipos
- ✓ Clasificación
- ✓ El plan de autoprotección
- ✓ Estructura y contenidos
- ✓ Deficiencias
- ✓ Que es una infraestructura crítica (centros hospitalarios y derivados)
- ✓ Planes estratégicos
- ✓ El director de seguridad

### **CONTROL DE IMPULSOS Y GESTIÓN DE LA IRA**

**Número de participantes:** máximo 30 por grupo.

**Cronograma:** Las acciones formativas se llevarán a cabo entre los meses de Marzo a Mayo y de Octubre a Noviembre.

**Duración:** La duración mínima de estos cursos será de 10 horas en modalidad presencial.

**Jornada:** Se harán varios turnos sobre las acciones formativas con distintos horario para lograr cubrir el mayor número de Vigilantes en cada formación.

**Modalidad:** Presencial

**Lugar de impartición:** CEP Cervantes Madrid, nº 1692 Registro Nacional Centros de Seguridad Privada. Sitio en r/ Sebastián Herrera nº 12-14, Madrid.

#### **Destinatarios:**

Este curso está destinado al personal de Seguridad Privada, para que sepa gestionar sus emociones y el estrés al que pueda estar sometido según las exigencias del servicio que presta. Además aprenderá a identificar el tipo de perfil del usuario al que se enfrenta.

#### **CONTENIDO:**

##### **1. Presentación**

- ✓ ¿Qué son las emociones?
- ✓ Desarrollo de las habilidades sociales
- ✓ Regulación de emociones y autoestima

##### **2. Comunicación emocional**

- ✓ Habilidades sociales en la comunicación
- ✓ Escucha activa

##### **3. Respiración**

- ✓ Control de los impulsos
- ✓ Atención plena
- ✓ Efectos de la Inteligencia emocional

### **PRIMEROS AUXILIOS CON DESA**

**Número de participantes:** máximo 30 por grupo.

**Cronograma:** Las acciones formativas se llevarán a cabo entre los meses de Marzo a Mayo y de Octubre a Noviembre.

**Duración:** La duración mínima de estos cursos será de 10 horas en modalidad presencial.

**Jornada:** Se harán varios turnos sobre las acciones formativas con distintos horario para lograr cubrir el mayor número de Vigilantes en cada formación.

**Modalidad:** Presencial

**Lugar de impartición:** CEP Cervantes Madrid, nº 1692 Registro Nacional Centros de Seguridad Privada. Sito en c/ Sebastián Herrera nº 12-14, Madrid.

#### **Destinatarios:**

Vigilantes de Seguridad que por el servicio que prestan necesitan adquirir los conocimientos teórico-prácticos en el auxilio de personas. Además con el módulo práctico de desfibrilador DESA los participantes serán capacitados para usar el desfibrilador externo semiautomático, sito en lugares concurridos, para evitar los episodios de muerte súbita.

#### **TEMARIO:**

- ✓ **TEMA 1.** Introducción al socorrismo. Principios generales
- ✓ **TEMA 2.** Valoración de los lesionados
- ✓ **TEMA 3.** Reanimación cardio-pulmonar
- ✓ **TEMA 4.** Manejo de heridas y hemorragias
- ✓ **TEMA 5.** Actitud ante quemados
- ✓ **TEMA 6.** Traumatismos
- ✓ **TEMA 7.** Actuación en los accidentes de tráfico

#### **PRÁCTICAS**

- ✓ **Práctica 1.** RCP
- ✓ **Práctica 2.** Uso del Desfibrilador

Plan de formación Vigilantes de Seguridad, año 2018, Madrid.  
GRUPO CONTROL EMPRESA DE SEGURIDAD SA.

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



## HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA

### INCIDENCIAS DE SEGURIDAD

SEMANA DEL 22 AL 28 OCTUBRE 2018:

**DIA 22 OCTUBRE:**

- 11:40 h: Salta mensaje de alarma en consulta nº 1. Se envía a V.S. de Urgencias. No hay ningún problema en la consulta nº1 y la medico dice que no ha pulsado nada. V.S. vuelve a su puesto
- 12:26 h: Recibimos varios avisos de 3ºB por una mujer que está discutiendo a gritos con sus familiares. Se envía a V.S. móvil. Se llama la atención a la mujer solicitándola que modere el tono. Se calma la situación.
- 16:05 h: Se recoge un Neceser perdido en Admisión a nombre de Sandra Dominguez. Ya está avisado Tfno. 687484168. Se pasará a recogerlo.
- 18:45 h: Presencia de Guardia Civil preguntando por un paciente. Se les atiende en lo necesario.
- 19:45 h: llega a Urgencias dotación de Guardia Civil para realizar detención de paciente ingresado en box 28. Apoyamos en lo necesario. Se marchan a las 20:00 h con el paciente detenido.
- 20:45 h: Personal de Información de Urgencias solicita, a petición de Jefa de Hospital, la presencia de V.S de urgencias por dos pacientes psiquiátricos que quieren redactar reclamación. Se les acompaña a la sala de atestados y permanecemos pendientes mientras resuelven. Se marchan sobre las 21:20 h.
- 21:30 h: Se recibe llamada de Información de Atrio comunicando que el dueño del bolso-neceser encontrado por la mañana está en el puesto de Información esperando para retirarlo. Se desplaza V.S. y se hace la entrega previa identificación suficiente.

**DIA 23 OCTUBRE:**

- 08:35 h: Acude a Urgencias Guardia Civil y Policía Municipal requerida por la madre de una paciente psiquiátrica menor, la cual no quería acceder a consultas. Se les presta asistencia necesaria
- 02:15 h: Entra en Urgencias paciente anciano inquieto. Personal de ambulancia solicita ayuda. Se apoya el ingreso en box 22 donde que da contenido con sujeciones blandas.



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



HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA							
HORARIOS							
D	07:00/19:00	E	19:00/07:00	M	07:00/15:00	T	15:00/23:00
N	23:00/07:00	S	19:00/23:00				

CLIENTE: QUIRON

octubre-18

EMPLEADOS	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	horas trabaja	TOTAL HRS					
	CID MORELLO, ANGEL J	M	D	D					D	M						S	T	E					D	D	D	E	E	M	E	E		204,0			
REDONDECH GIMENEZ, JUAN M		M	D					D	D	D					M	D						D	D	D	M				D	D	M	188,0			
CONTREBAS GARCIA, JUAN	T	T	T	T				V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	T	T		161,0			
BERNARDO MORENO, VICTOR M				M	D	D					M	D			D	D					E	E					D	D	D	D	M	180,0			
FERNANDEZ GASPAR, ALVARO D				E	E	E					E	E			E	E	E									D	D	E	BM	BM	BM	E	144,0		
OLIVERA RODRIGUEZ, ALVARO							E	E	E						E	E	E					D	D			E	E	E	E		180,0				
RUÍZ ALVAREZ, JUAN ANDRES	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	M	190,0			
TORES BLANCO, LORENZO	D										D	D			D	D													D	D		168,0			
GARCIA DIEZ AFACELI	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	T	T	E		84,0		
DEL PALACIO TEIXEIRA, MANUEL A.	E	E	E					E	E	E					E	E	E									BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	108,0	
SANTOS GARCIA, MI JOSE				D	D	D					T	T	T									BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	T		E	E	E	E	116,0
DIFIDA CAMACHO, ELVA	E	E													E							D	D	M	E	E	E	E				D	D	D	164,0
FRUTOS DE, CARLOS	V			E	E					D	D	D			E	E	E					D	D	E				E	E	E	E		180,0		
GARCIA MERNANDO, JOSE LUIS	D	D	M					E	E	E					M	T					E	E					D	D	D		E	E		168,0	
PETROV, ALEN																																T		8,0	
<b>TOTAL DIA</b>	64,0	64,0	64,0	64,0	72,0	72,0	72,0	64,0	64,0	64,0	64,0	72,0	72,0	72,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	72,0	72,0	72,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	2068,0	



HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA							
HORARIOS							
D	07:00/19:00	E	19:00/07:00	M	07:00/15:00	T	15:00/23:00
N	23:00/07:00	S	19:00/23:00				

CLIENTE: QUIRON

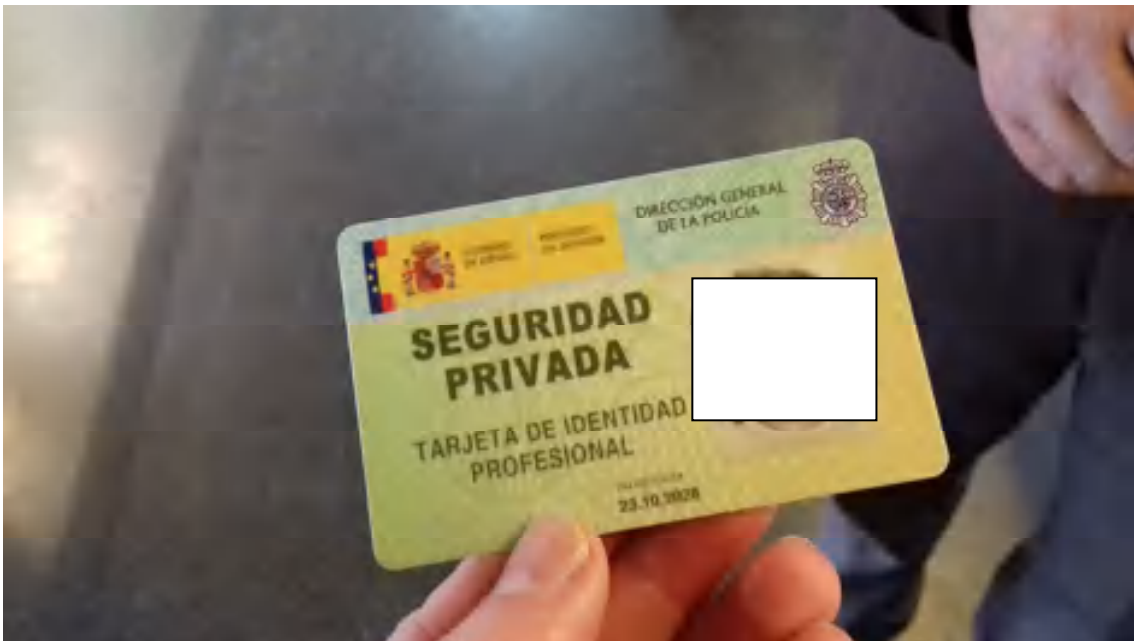
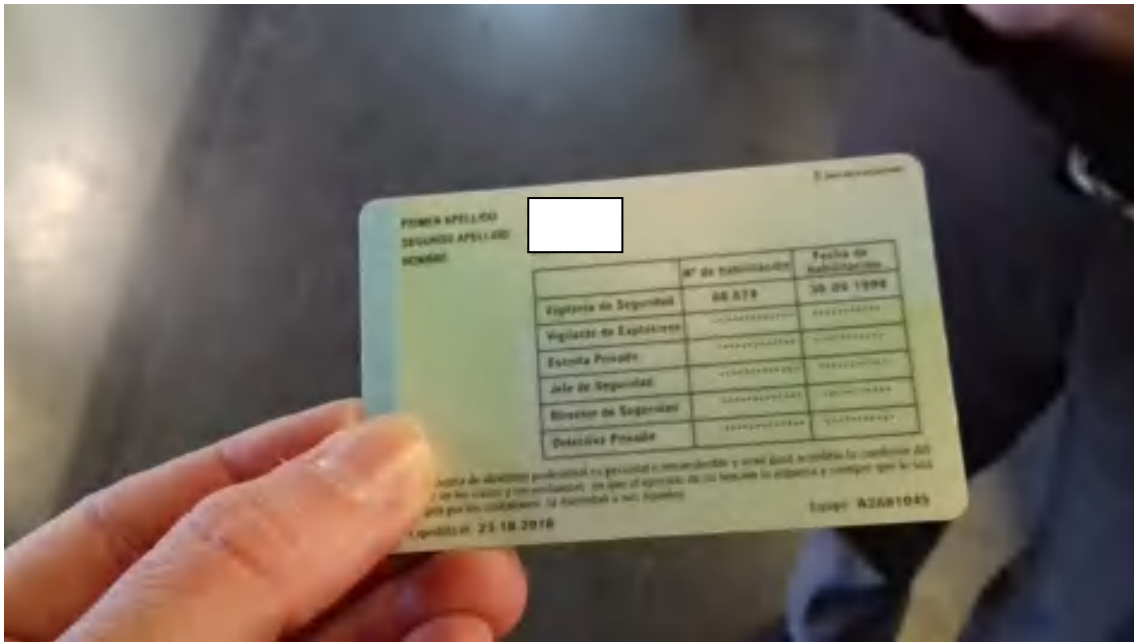
diciembre-18

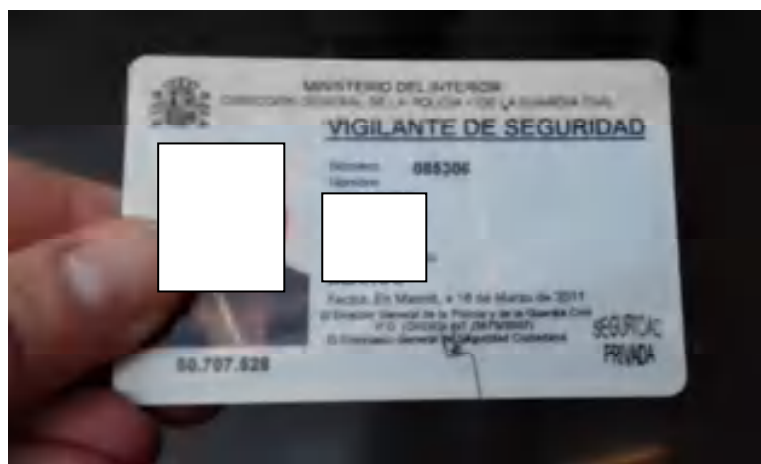
EMPLEADOS	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	horas trabaja	TOTAL HRS							
	CID MORELLO, ANGEL J								D	D	D					D	M					E	E					D	D	T		T	E	E		172,0	
REDONDECH GIMENEZ, JUAN M	D	D													D	M	D	D	D							M	M	D	D		M		D	D	D	176,0	
CONTREBAS GARCIA, JUAN			D	T	T	T	T				D	T	T	T	T							D	T								M			180,0			
BERNARDO MORENO, VICTOR M			M	D	M						D	D	M									D	M	D	D			D	M	M		D	D		168,0		
SANQUEZ DUARTE, ANTONIO	E	E	E					V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	E	E		E	E	E	90,0	
FERNANDEZ GASPAR, ALVARO D	E	E													E	E						T	E	E	E				E	E		E		176,0			
OLIVERA RODRIGUEZ, ALVARO							E	E	E	E					D	M						D	D			M	D	D			D	D	D		164,0		
RUÍZ ALVAREZ, JUAN ANDRES	D	D	D												E	E						D	D	D				D	E		D	D	D	D	176,0		
TORES BLANCO, LORENZO	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	D	D		D	D	D	90,0
GARCIA DIEZ AFACELI	D							D	D						D	D						E	E					D	D	D	D		E	E		180,0	
DEL PALACIO TEIXEIRA, MANUEL A.	E														E	E	E	E									E	E	E	E	E	E	E	E	168,0		
DIFIDA CAMACHO, ELVA	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	150,0	
FRUTOS DE, CARLOS	E	E						D	D	D					E	E	E	E									D	D				E	E	E	E	180,0	
SANTOS GARCIA, MI JOSE				D	M	D					BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	32,0	
<b>TOTAL DIA</b>	72,0	72,0	64,0	64,0	64,0	64,0	72,0	72,0	72,0	64,0	64,0	64,0	72,0	72,0	72,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	72,0	72,0	72,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	64,0	2096,0		



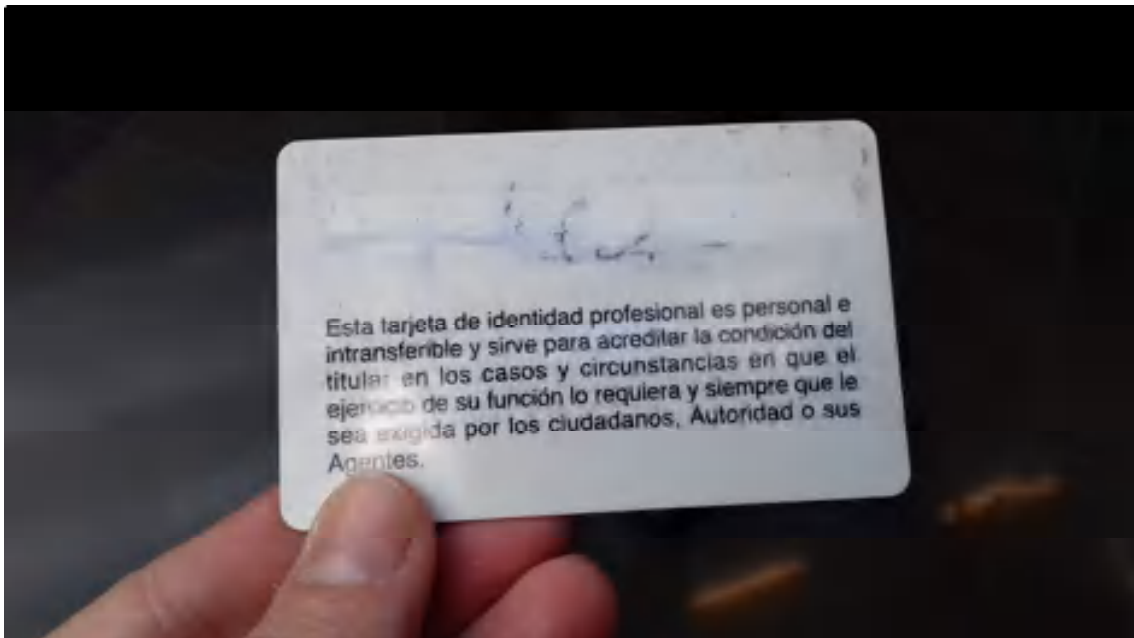
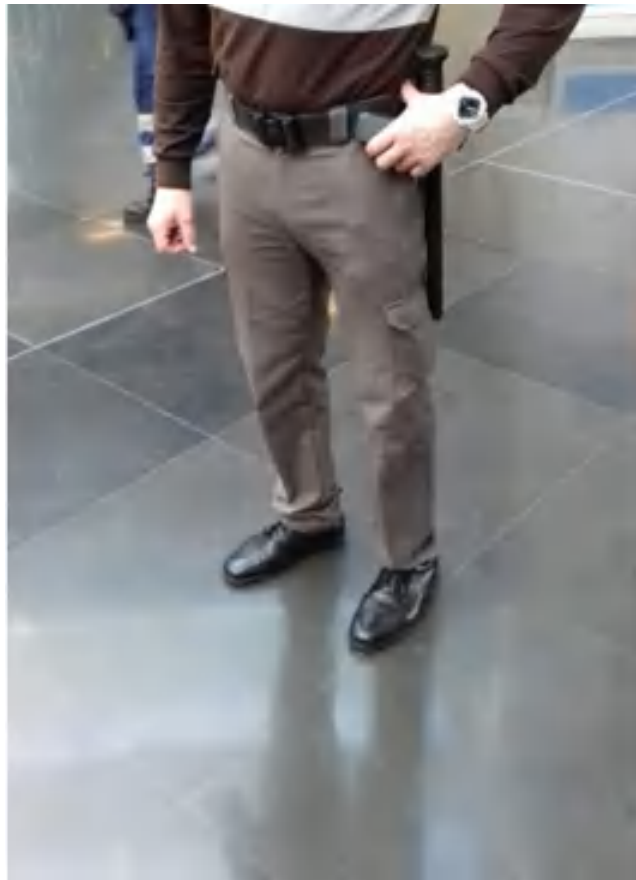
- No se evidencia desatención del servicio por ausencias.
- Se realizan los planes de catástrofes y emergencias.
- Se cumplen las actuaciones previstas en los planes de catástrofes y emergencias.
- El personal está cualificado y capacitado.
- Se lleva al día el registro de incidencias.
- El personal va debidamente uniformado e identificado.

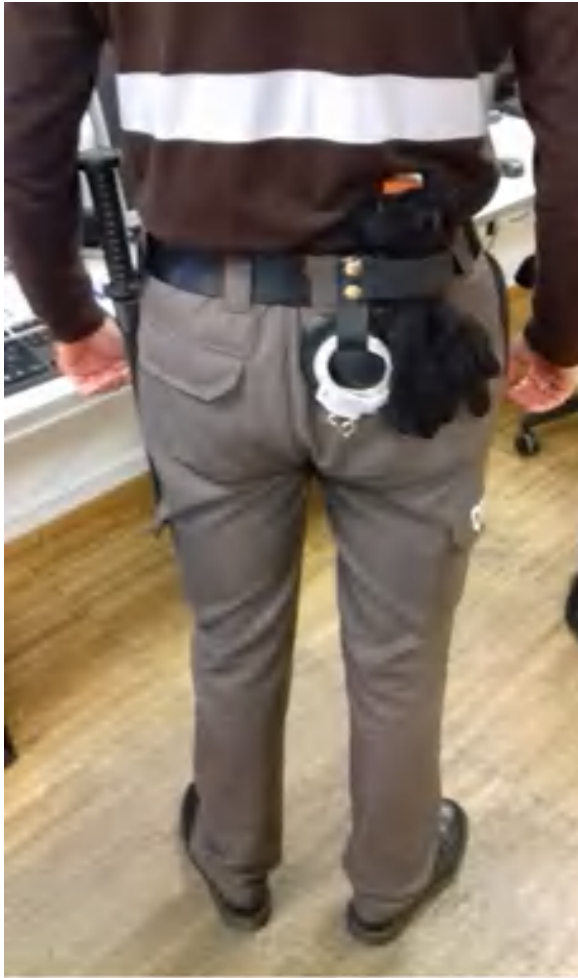














- Se ha comprobado que hay 14 vigilantes, ya que en las planillas figuraba su nombre y se han aportado los siguientes carnets de vigilantes.

## | TIP's EFECTIVOS SEGURIDAD HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA.2018

TIP: 40485.

TIP: 208419.

TIP: 96288.

TIP: 43214.

TIP: 44272.

TIP: 87102.

TIP: 92052.

TIP: 211420.

TIP: 21171.

TIP: 170772.

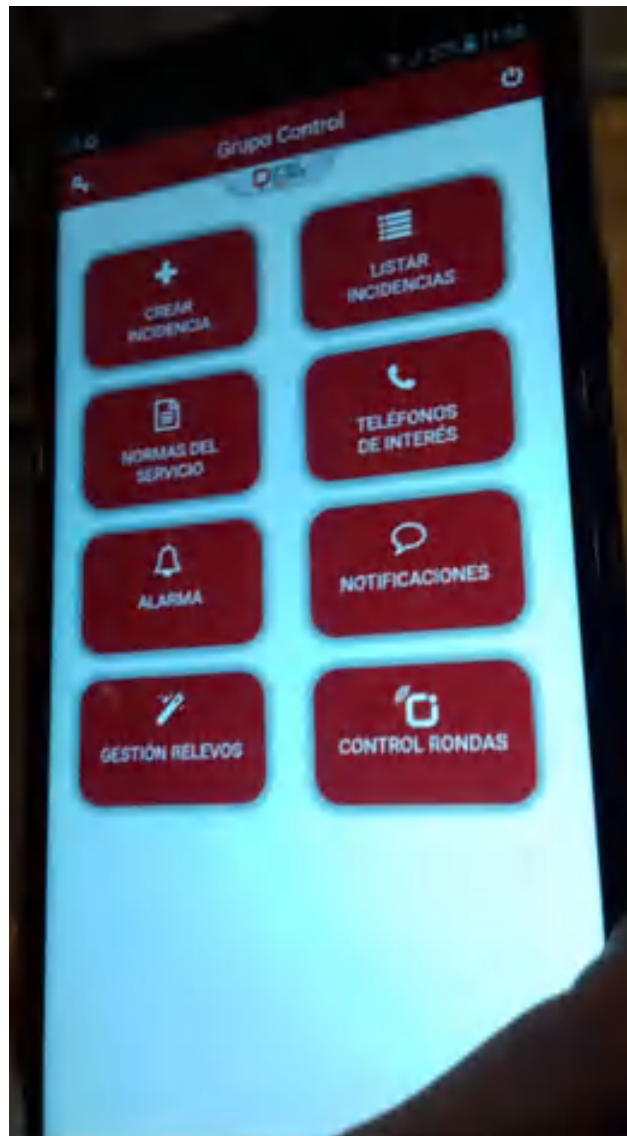
TIP: 42676.

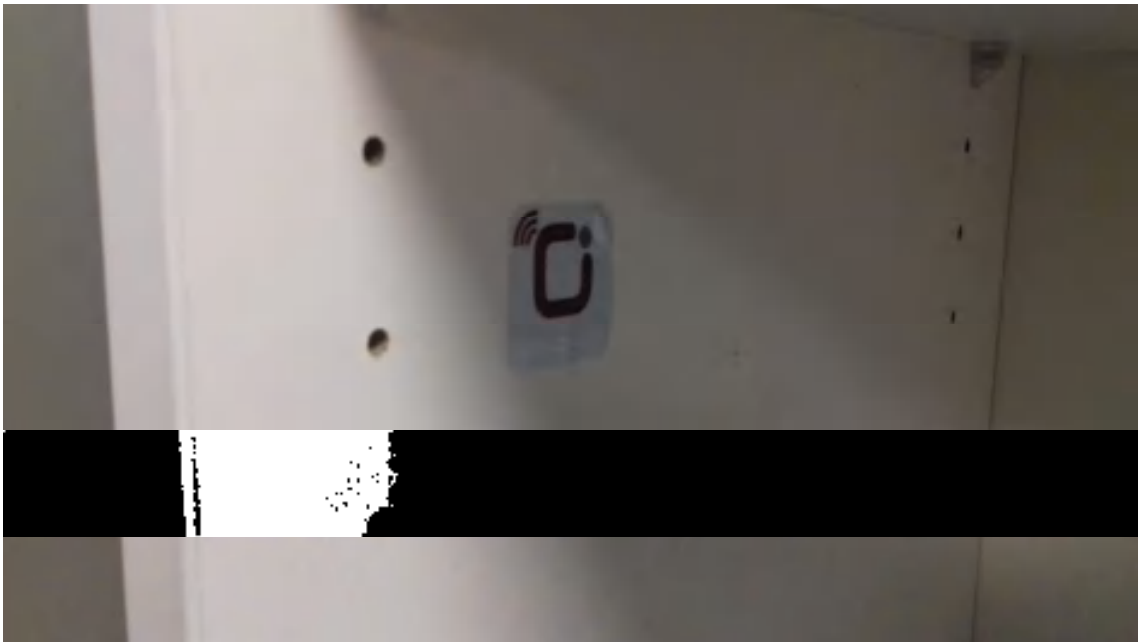
TIP: 60674.

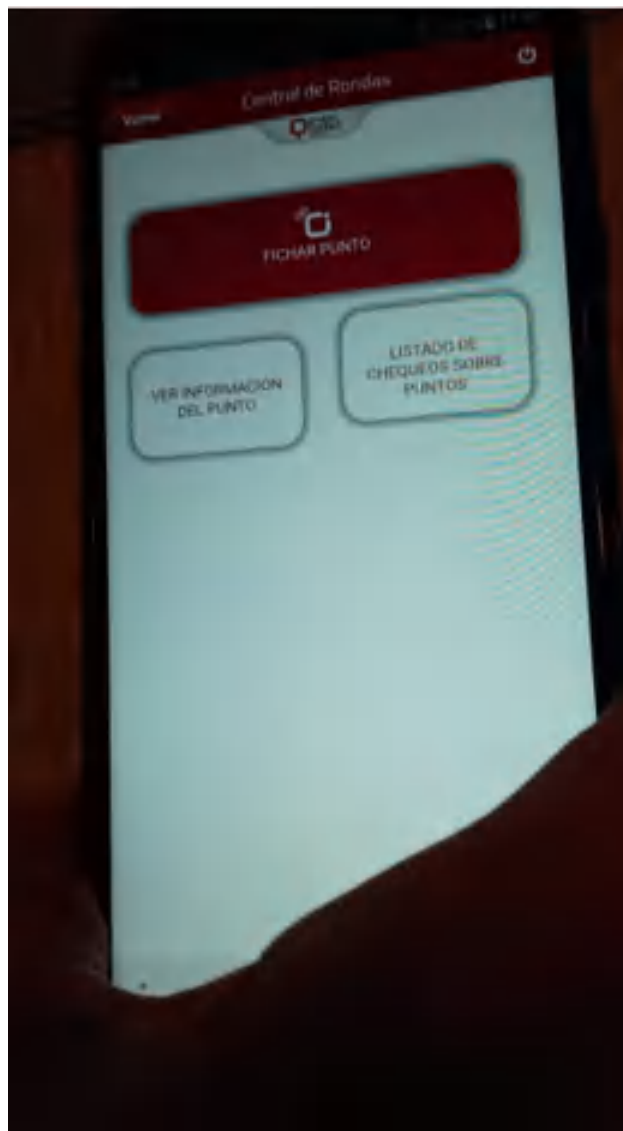
TIP: 113877.

TIP: 85306.

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





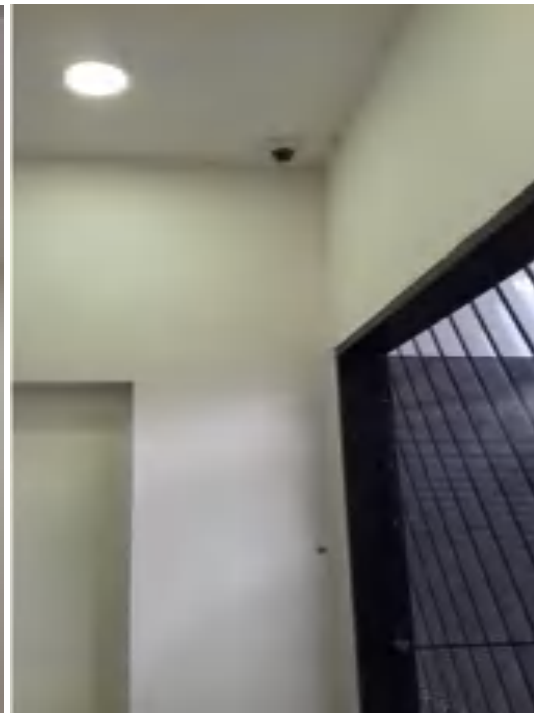
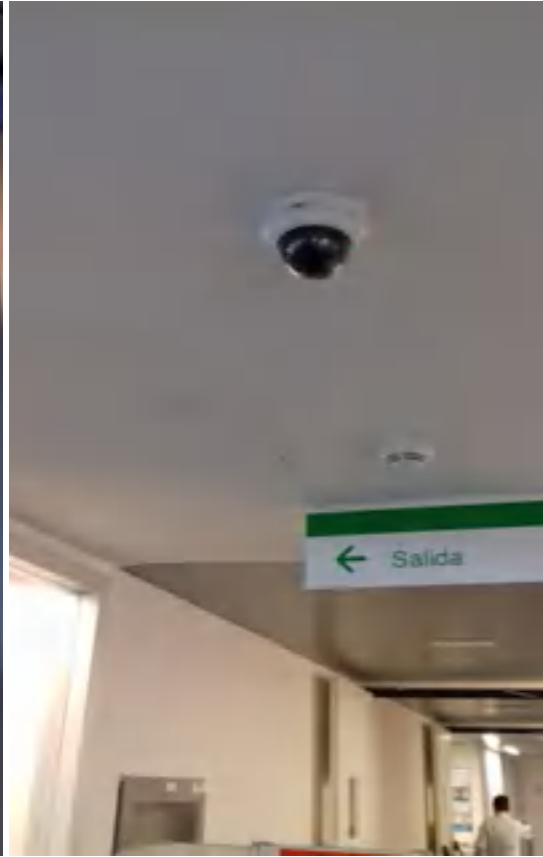


- Se ha comprobado la formación en el plan de emergencias y autoprotección del personal de seguridad y vigilancia.
- Se comprueba la disponibilidad de un plano en el que se encuentran todas las cámaras de seguridad.
- Se evidencia el correcto funcionamiento de los elementos del CCTV y del Control de Accesos.



















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







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

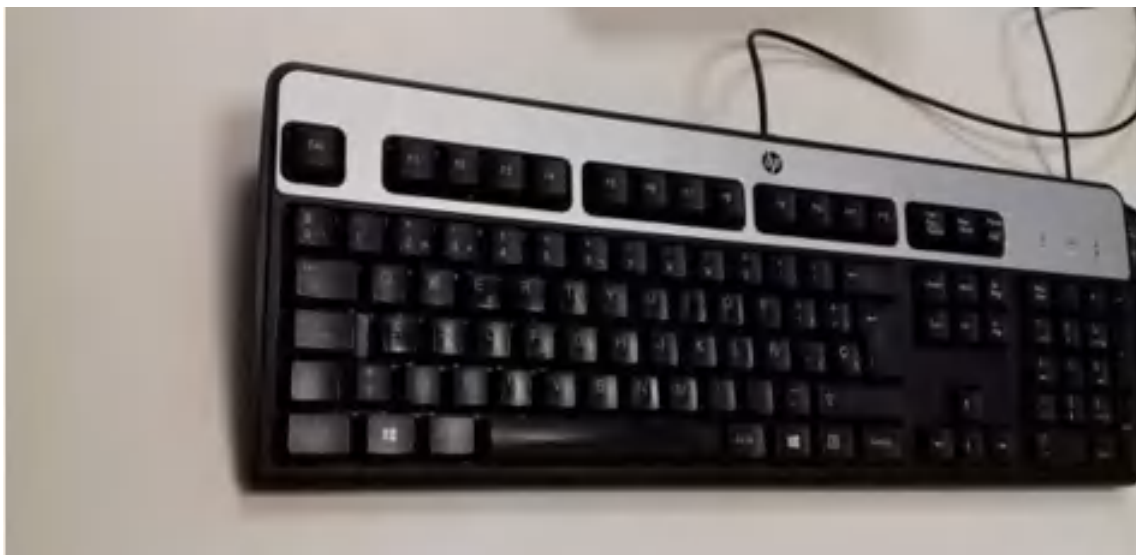


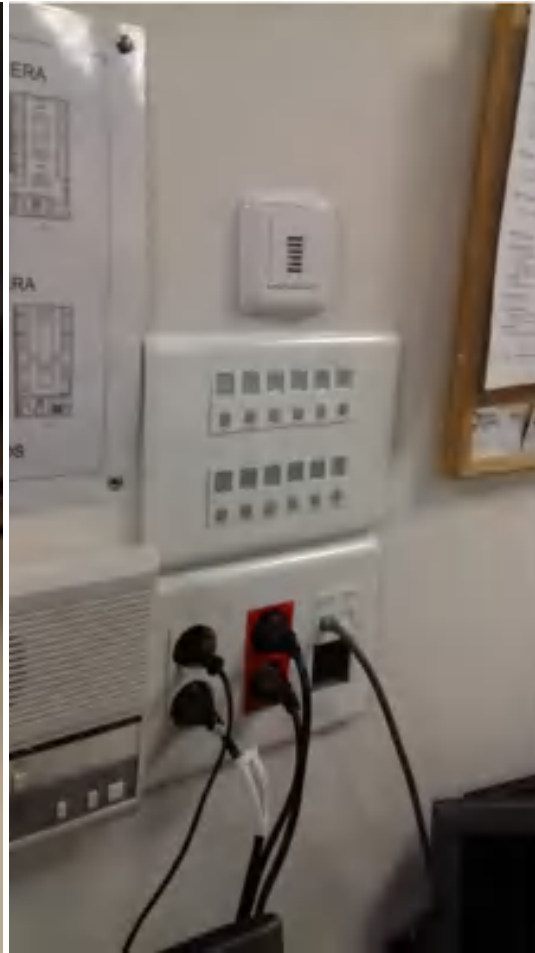
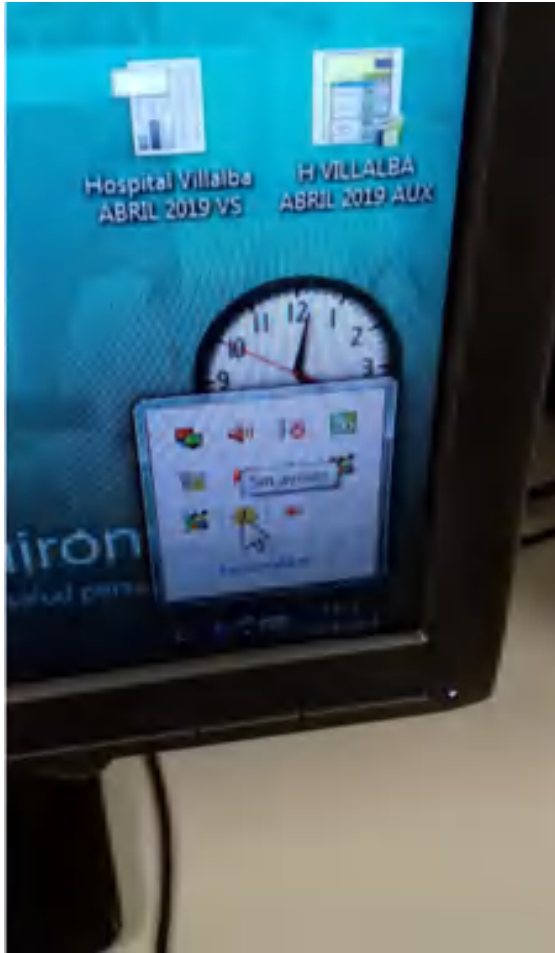


DIA	HORA ENTREGA	NOMBRE	DNI	HORA	HORA SALIDA	HORA
30-3-19	9:52	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
31-3-19	9:56	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
06-04-19	9:45	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
04-04-19	9:45	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

- En el momento de la auditoría, se ha podido evidenciar el correcto funcionamiento del botón antipánico de las consultas de psiquiatría y Urgencias:







## 6.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

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

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

Nivel de cumplimiento exigible: 10 sobre 10

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

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

Resultado: 10

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

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

Donde:

PC: Grado de cumplimiento del Plan de Catástrofes

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

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

Resultado: 9.3

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

### 6.5.1.-INCIDENCIAS LEVES.

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

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

**AUDITORÍAS DE CALIDAD DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA DE LOS HOSPITALES "INFANTA ELENA" (VALDEMORO), "REY JUAN CARLOS" (MÓSTOLES), GENERAL DE VILLALBA Y DE TORREJÓN (LOTE 3). PA SER-41/2018-AE**

**INCIDENCIAS Y ÁREAS DE MEJORA**

**Obj. y alcance:** Seguridad Personal de pacientes

**1.1. Procedimiento de Rondas:**

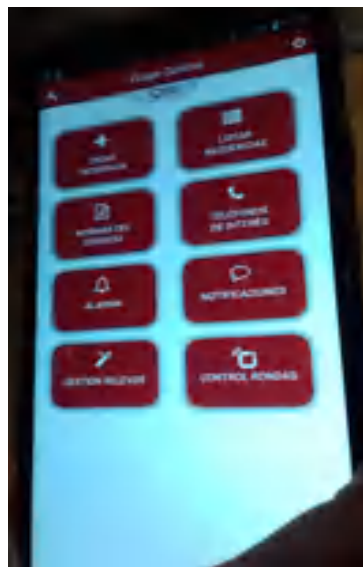
- 1.1.1. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.2. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.3. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.4. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.5. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.6. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.7. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.8. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.9. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.10. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.11. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.12. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.13. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.14. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.15. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.16. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.17. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.18. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.19. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.
- 1.1.20. No se evidencian registros de rondas de vigilancia en el Hospital General de Villalba.

**RECOMENDACIONES:**

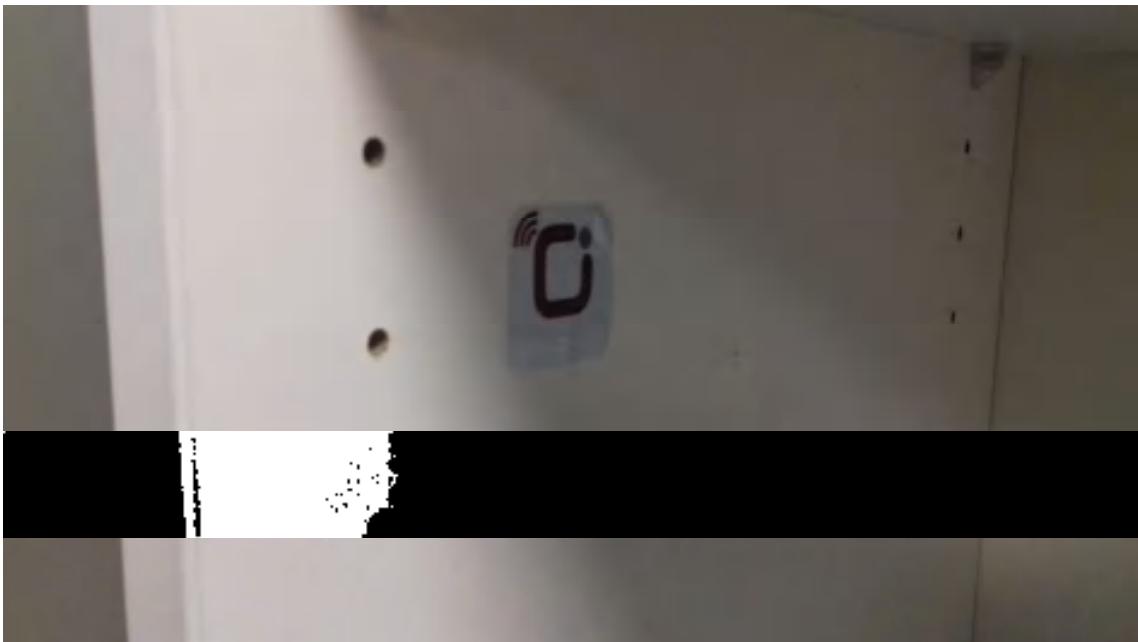
1. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
2. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
3. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
4. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
5. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
6. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
7. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
8. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
9. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
10. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
11. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
12. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
13. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
14. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
15. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
16. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
17. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
18. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
19. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.
20. Se recomienda implementar un software de registro de rondas de vigilancia que evidencie la correcta realización de las mismas.

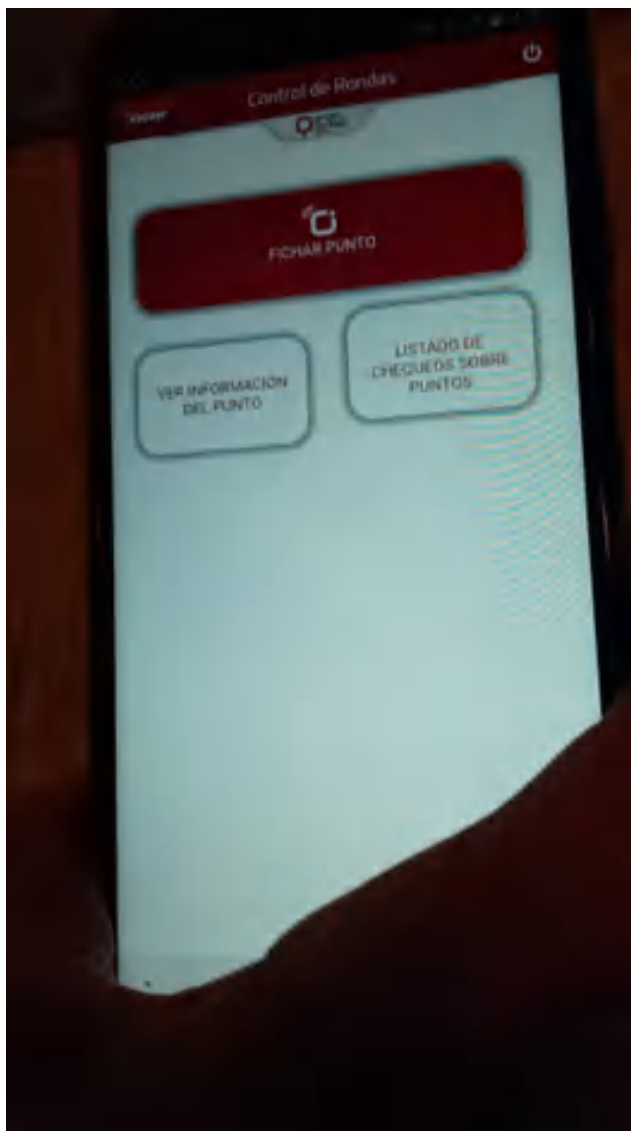


Se ha comprobado que las rondas diarias cubren todo el Hospital, si bien, en el momento de la auditoría, no queda registro alguno de ello, no obstante, la nueva empresa de seguridad estaba implementando un software con objeto de que quede registro de la realización de dichas rondas, colocando etiquetas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



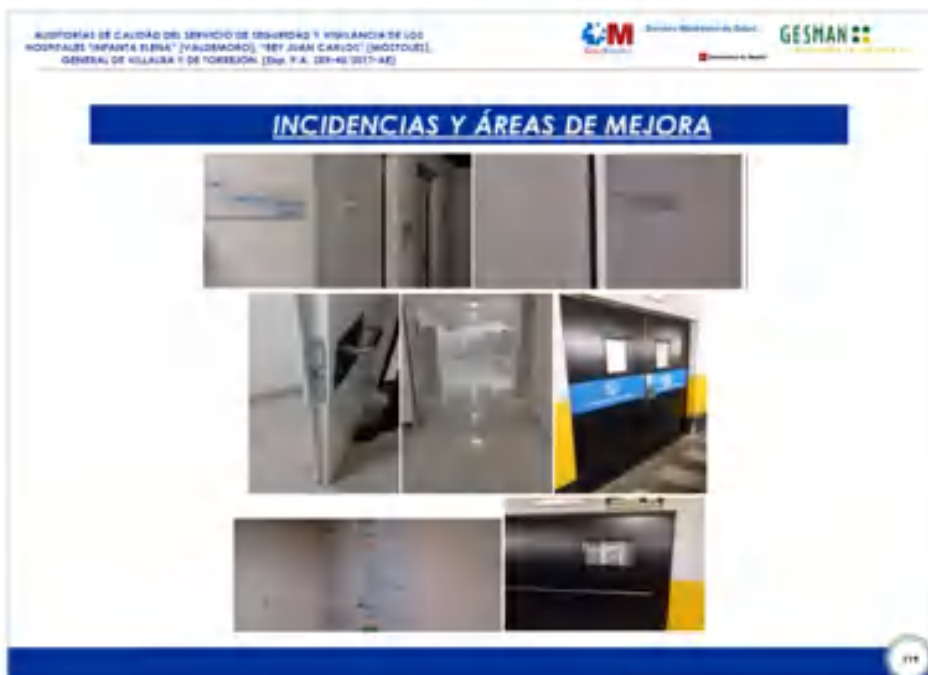






Además, el servicio de seguridad y vigilancia se extiende a todas las dependencias y zonas del Centro, recinto exterior del Hospital, incluido edificios anexos y aparcamientos, si bien, en el momento de la auditoría no se ha podido evidenciar que en el parking exterior de superficie existan cámaras de seguridad, no obstante, las domos exteriores perimetrales del Hospital General de Villalba pueden enfocar hacia el mismo, obteniendo imágenes del mismo con una resolución adecuada. Esta incidencia se encuentra pendiente de subsanar.

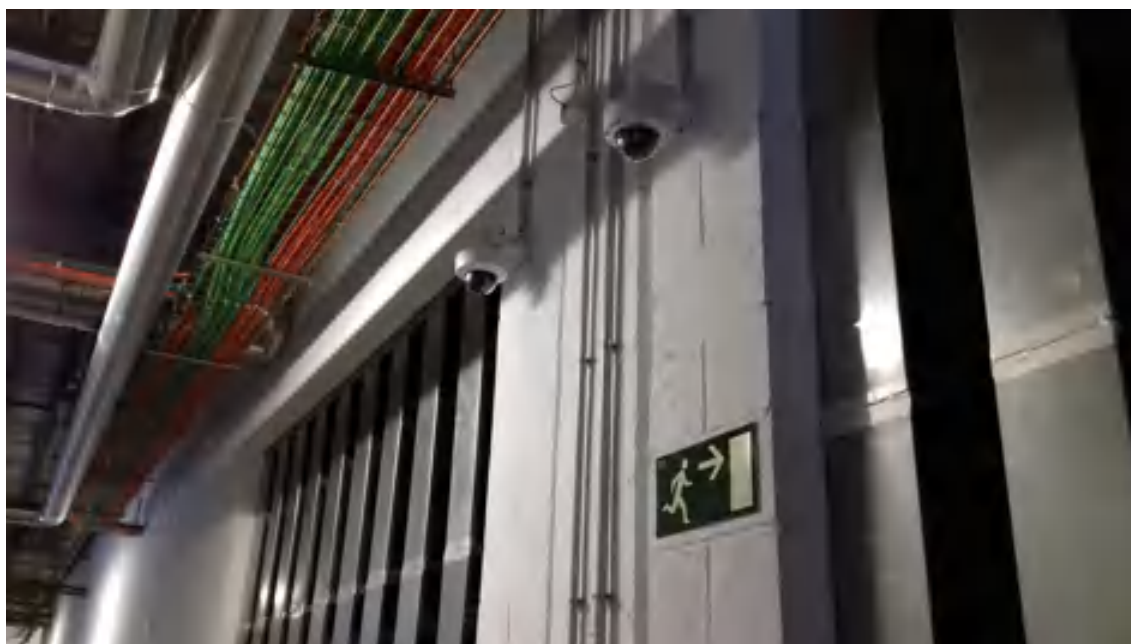
2. **INCIDENCIA LEVE:** No se ha podido evidenciar en el momento de la auditoría del servicio de seguridad y vigilancia del Hospital General de Villalba, que exista control de accesos a los vestuarios generales del personal del Centro ubicados en planta sótano -1, siendo el acceso al mismo un punto ciego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



Pendiente de subsanar, ya que, aunque estaban instalados dichos controles de accesos, en el momento de la auditoría no estaban operativos.

Por otro lado, se recomienda también la operatividad de los controles de accesos mediante huella digital de los vestuarios ubicados en quirófanos y de los vestuarios de la UCI, con objeto de evitar posibles robos e incidentes→Pendiente de subsanar, ya que, aunque estaban instalados dichos controles de accesos, en el momento de la auditoría no estaban operativos.

3. **INCIDENCIA LEVE:** Se considera una incidencia leve la existencia de puntos ciegos en el sistema del CCTV del túnel técnico de acceso de proveedores y en aquellas zonas que por ubicación o actividad requieran de ser videovigiladas, ampliando el alcance del sistema actual, por lo que se propone la instalación de nuevas cámaras de vigilancia y la reparación de la cámara de vigilancia del vial de servicio del túnel, que estaba averiada en el momento de la auditoría. Se propone la colocación de medios de vigilancia en el túnel técnico del Hospital donde se ubican la mayor parte de las salas técnicas→**SUBSANADA**.















4. **INCIDENCIA LEVE** : Se han colocado cámaras de vigilancia en todas las entradas al Hospital y en zonas interiores, si bien, no se ha podido evidenciar en el momento de la auditoría que se haya indicado que es una Zona Videovigilada en cumplimiento de la LOPD, destacando la importancia de la colocación de dichas señales en las entradas principales, por lo que se considera una incidencia leve, debiendo llevarse a cabo la colocación de carteles que indiquen que el Hospital General de Villalba es una zona videovigilada. Cabe destacar, que se ha remitido al equipo auditor en fecha 12/02/2018 el siguiente e-mail, en el que se indica la subsanación de dicha incidencia leve por parte de la Sociedad Concesionaria, considerándose positivo la celeridad con la que se ha subsanando la misma→**SUBSANADA**.







5. **INCIDENCIA LEVE** : No se ha podido evidenciar en el momento de la auditoría, la existencia de barreras de acceso al parking subterráneo del Hospital General de Villalba, ni una aplicación de gestión del parking ni lectores de matrículas en la entrada y salida, lo que se ha considera una incidencia leve, ya que puede suponer un riesgo para la seguridad de los usuarios del Centro→**PENDIENTE DE SUBSANAR** con la colocación de un lector de matrículas con el vehículo en marcha, ya que no se colocaran barreras de acceso debido al diseño y ubicación de los accesos al parking subterráneo. Se deberá reforzar el sistema de CCTV del parking subterráneo en los accesos:











6. **INCIDENCIA LEVE:** Se propone revisar por parte del Dpto. de Mantenimiento el estado de la Central de Incendios, en la que se indica la existencia de 7 averías en el Hospital General de Villalba para su subsanación en el menor plazo posible, si bien, se evidenció in situ el correcto funcionamiento de las diversas centrales de incendios existentes y el conocimiento del manejo de la misma por parte de los vigilantes de seguridad → **PENDIENTE DE SUBSANAR**, siguen existiendo zonas desconectadas, por lo que se propone en esta auditoría como incidencia leve.

1. **ÁREA DE MEJORA 1:** El Hospital General de Villalba, concienciado con la seguridad en el Centro, de pacientes y personal, se encuentra inmerso en varios proyectos enfocados en la mejora de los sistemas de seguridad y vigilancia: Se ha ampliado el Sistema del CCTV en el Hospital General de Villalba, con 8 cámaras de seguridad de vigilancia nuevas, que se han instalado en puntos estratégicos, con objeto de mejorar el nivel de seguridad del Centro, si bien, en el momento de la auditoría no se ha podido evidenciar que ya estuviesen integradas en el CCTV ni operativas → **SUBSANADA**.
  
2. **ÁREA DE MEJORA 2:** Puesta en marcha de un sistema de intrusión, que permita mejorar notablemente la seguridad de la infraestructura, y favorecer el trabajo del personal de seguridad y vigilancia del Hospital General de Villalba, dando una respuesta más rápida y eficaz ante posibles actos delictivos, como por ejemplo en las Zonas de Consultas Externas. No se ha podido evidenciar que el sistema de antiintrusión, en el momento de la auditoría, estuviese operativo, estando pendiente la planificación de los trabajos a llevar a cabo para instalar y poner en funcionamiento el sistema de antiintrusión dejando operativos los electroimanes y volumétricos. En el momento de la auditoría, se ha podido evidenciar la existencia de los siguientes detectores bivolumétricos (10 en total), no estando operativos en el Hospital General de Villalba → **PENDIENTE DE SUBSANACIÓN**.
  - Gerencia
  - Salas de Espera
  - Consultas
  
3. **ÁREA DE MEJORA 3:** En determinados puntos de atención e información a los usuarios del Hospital, así como en Admisión, en Consulta de Enfermería y de Psiquiatría de Urgencias y en Consulta de Urgencias Pediátricas, existe una combinación de teclas, CTRL + Q, que alerta a los puestos colindantes en caso de que un usuario del Centro realice amenazas o se comporte de forma agresiva, posteriormente, el personal del Hospital pueda avisar al Personal del Servicio de Seguridad y Vigilancia y éste se presente en el menor plazo posible, si bien, se considera un área a ser mejorada el hecho de que dicha alerta pueda ser detectada directamente desde el Centro de Control de Seguridad y Vigilancia, para poder gestionar dichas alarmas en un plazo de tiempo más reducido → **SUBSANADA**.
  
4. **ÁREA DE MEJORA 4:** Revisar la posible colocación de una tapa de cierre en las cajas de conexión IP de las cámaras de seguridad del parking subterráneo del Hospital General de Villalba, así como la ubicación de dichas cajas de conexión en el parking → **PENDIENTE DE SUBSANACIÓN**.

5. **ÁREA DE MEJORA 5:** El parking de superficie es público y no vigilado, ya que no se ha podido evidenciar la existencia de cámaras de seguridad instaladas en el mismo, aunque hay cámaras de seguridad perimetrales que pueden obtener imágenes de éste, en caso de rotar su orientación→**SUBSANADA**.
6. **ÁREA DE MEJORA 6:** Se considera un área de mejora las recomendaciones detectadas en el simulacro de emergencia realizado en junio de 2017 en el Hospital General de Villalba→**PENDIENTE SUBSANAR**.

	<b>INFORME DE SIMULACRO PLAN DE AUTOPROTECCIÓN</b>	Junio 2017
--	--	------------

El Jefe de emergencia decide el final de simulacro.

• 08:58 horas. Fin del Simulacro: 18:30 minutos


### 4. HECHOS OBSERVADOS Y RECOMENDACIONES

HECHOS OBSERVADOS	RECOMENDACIONES
Sala de espera y dependencias, excepto Recepción de urgencias, más personas al lugar de la emergencia están evacuadas.	En caso de emergencia sólo debe permanecer en el lugar más próximo el personal designado, el resto debe confinarse en el interior del edificio.
Dos personas acceden, de nuevo, a la zona evacuada. Inmediatamente abandonan la zona.	El personal de seguridad y auxiliar tiene que vigilar que estas cuestiones no se produzcan por ser peligroso acceder de nuevo a la zona evacuada.
El Vigilante de seguridad procede a quitar la cuñas para poder cerrar las puertas de la zona más cercana al lugar de la emergencia.	Eliminar las cuñas que sujetan algunas puertas. En caso de emergencia podrían no quitarse y como consecuencia de ello los sectores quedarían comunicados con el consiguiente riesgo que ello conlleva.
El Jefe de emergencia no dispone del Plan de Autoprotección.	El Jefe de emergencia debe disponer del Plan de Autoprotección para facilitárselo a los servicios de emergencia exteriores. Recordar que hay un juego de planes en la zona de urgencias.
El movimiento del personal del sector afectado se realiza con tranquilidad, sin riesgo de accidentes y con mucha normalidad.	Se recuerda que esas pautas de comportamiento deben seguir así para evitar accidentes secundarios por pánico.

Se debe tener en cuenta que los residuos originados en la emergencia deberán gestionarse por gestor autorizado como residuo peligroso.

Sería recomendable mejorar la cobertura de telefonía móvil como de Walkie Talkie para una mejora notable de las comunicaciones en caso de emergencia.

	<p>REFORME DE SIMULACRO PLAN DE AUTOPROTECCIÓN</p>	<p>Junio 2017</p>
---	--	-------------------

CAUSAS/CAUSAS		
CAUSAS/CAUSAS CUANTITATIVAS	CAUSAS/CAUSAS CUALITATIVAS	Total evaluación del documento de emergencias
40-78 puntos	EXCELENTE	
27-36 puntos	MUY BUENO	
20-26 puntos	BUENO	
13-19 puntos	REGULAR	
0-12 puntos	INSUFICIENTE	

## 6. CONCLUSIONES

Cabe resaltar un aspecto muy importante desde el punto de vista de la gestión de la emergencia:

La tranquilidad que el personal confinado manifiesta en todo momento. Este elemento es fundamental para no desencadenar situaciones de pánico y con ello crear mayor dificultad en la evacuación.

La forma de alcanzar mayor probabilidad de éxito en caso de una emergencia real es el entrenamiento, es decir, la realización de Simulacros de emergencias con la utilización de botas de humo inocuo, figurantes, etc en distintos escenarios y que se ajusten, en la medida de lo posible, a la realidad.

Por otro lado, conviene realizar charlas informativas periódicas de máxima difusión entre los ocupantes del Hospital de Villalba, con el fin de informar de las medidas preventivas y de actuación en caso de emergencia.

Madrid a 9 de Junio de 2017



César Mayoral Gallego  
Legal Planning S.L.



7. **ÁREA DE MEJORA 7:** Se considera un área de mejora el insuficiente número de pantallas de visualización del CCTV en el Centro de Control y Seguridad del Hospital General de Villalba, ya que en el momento de la auditoría sólo se ha podido evidenciar una pantalla, debiendo los vigilantes de seguridad ir combinando las diversas imágenes de las cámaras de seguridad para vigilar el mayor número de zonas posibles en el mismo instante → **SUBSANADA**.





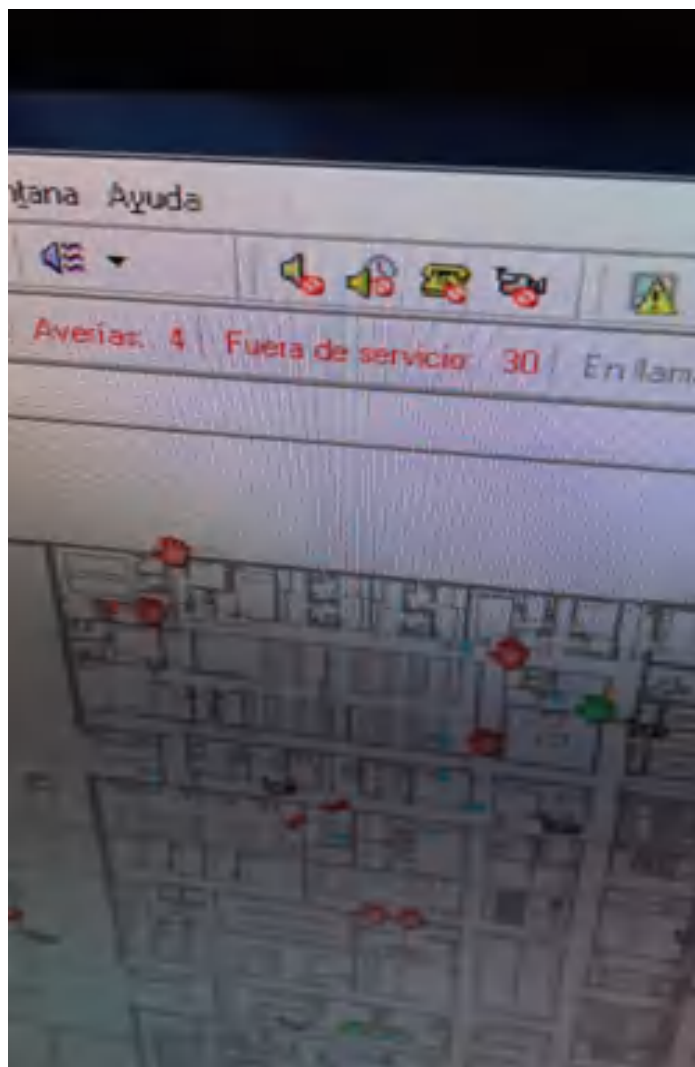


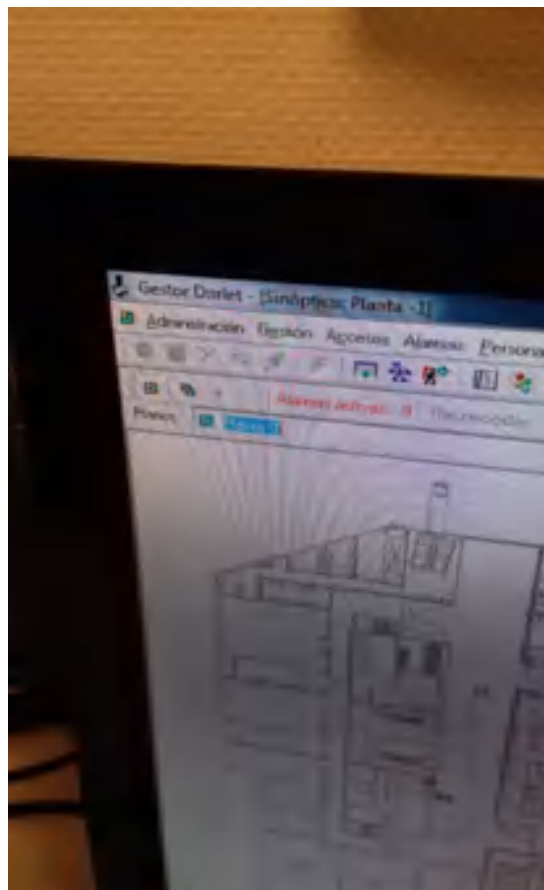
8. **ÁREA DE MEJORA 8:** Se considera un área de mejora el hecho de que en el momento de la auditoría, no se han podido realizar consultas en el software de control de accesos DORLET, con objeto de consultar los profesionales que habían accedido a las diversas zonas restringidas del Hospital General de Villalba, tal como es el caso de los accesos a la farmacia → **PENDIENTE DE SUBSANACIÓN.**
  
9. **ÁREA DE MEJORA 9:** Se propone revisar el sistema de megafonía del Hospital General de Villalba, ya que se nos ha indicado que una resistencia del bucle de megafonía da fallo en la Central de Amplificación, evitándose de este modo que pueda quedar inoperativa → **SUBSANADA.**

## 6.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

### 6.6.1.-INCIDENCIAS LEVES.

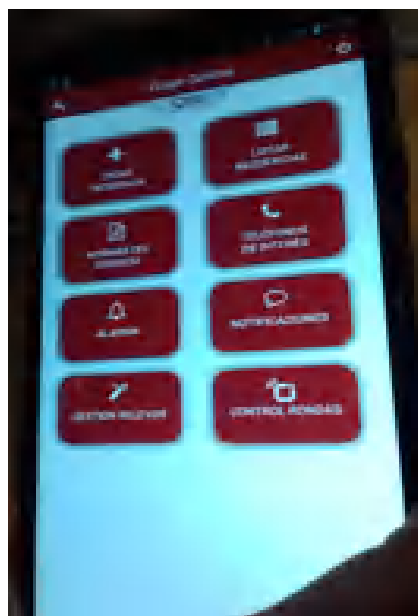
1. **INCIDENCIA LEVE REINCIDENTE:** No se ha podido evidenciar en el momento de la auditoría del servicio de seguridad y vigilancia del Hospital General de Villalba, que exista control de accesos a los vestuarios generales del personal del Centro ubicados en planta sótano -1, siendo el acceso al mismo un punto ciego en relación con el CCTV instalado en el Hospital. Se propone la colocación de Control de Acceso DORLET en los vestuarios de personal para evitar posibles robos y/o agresiones.

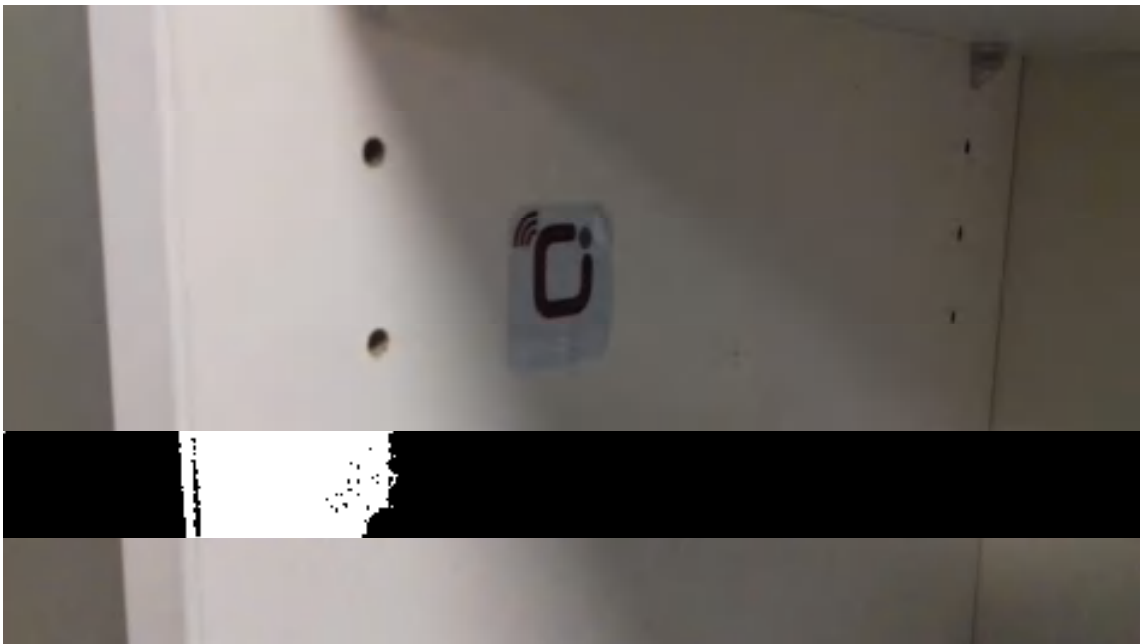


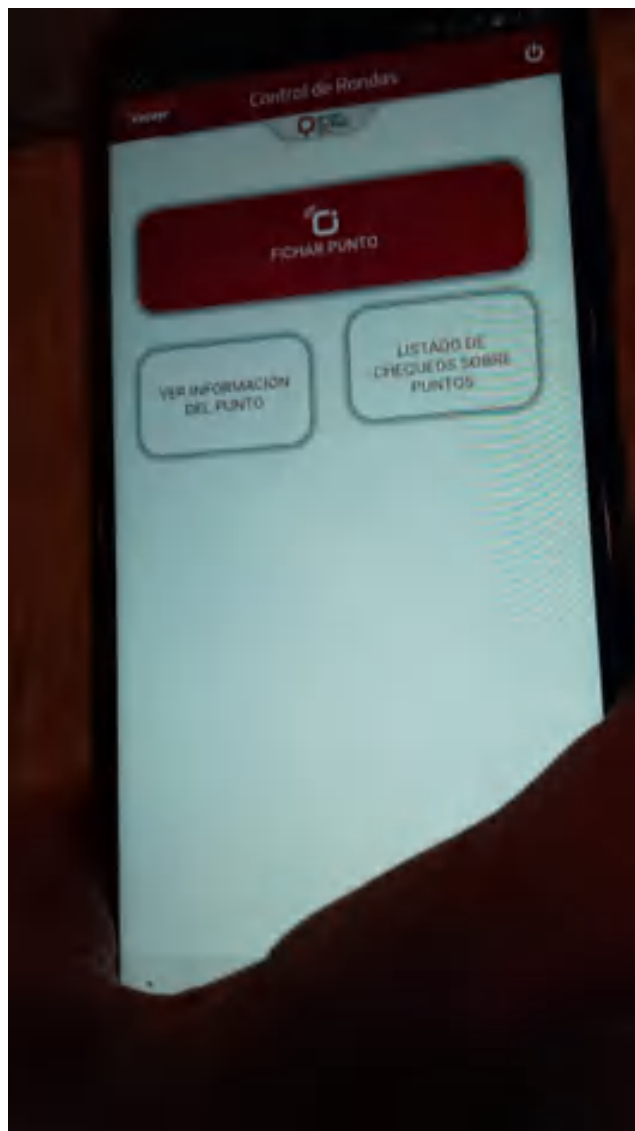




2. **INCIDENCIA LEVE REINCIDENTE:** Por Inoperatividad de los controles de accesos mediante huella digital de los vestuarios ubicados en quirófanos y de los vestuarios de la UCI, con objeto de evitar posibles robos e incidentes.
  
3. **INCIDENCIA LEVE REINCIDENTE:** Se ha comprobado que las rondas diarias cubren todo el Hospital, si bien, en el momento de la auditoría, no queda registro alguno de ello, no obstante, la nueva empresa de seguridad estaba implementando un software con objeto de que quede registro de la realización de dichas rondas, colocando etiquetas por el Hospital para ser leídas cuando pasa el Vigilante de Seguridad por dicho punto, aunque no estaba operativo en el momento de la auditoría:







4. **INCIDENCIA LEVE NUEVA:** El servicio de seguridad y vigilancia se extiende a todas las dependencias y zonas del Centro, recinto exterior del Hospital, incluido edificios anexos y aparcamientos, si bien, en el momento de la auditoría no se ha podido evidenciar que en el parking exterior de superficie existan cámaras de seguridad, no obstante, las domos exteriores perimetrales del Hospital General de Villalba pueden enfocar hacia el mismo, obteniendo imágenes del mismo con una resolución adecuada:









5. **INCIDENCIA LEVE REINCIDENTE:** En el momento de la auditoría, no se ha podido evidenciar la existencia de lectores de matrículas para el control de accesos al parking subterráneo (entradas y salidas), lo que mejoraría el control de los vehículos que acceden al parking subterráneo del Hospital General de Villalba.





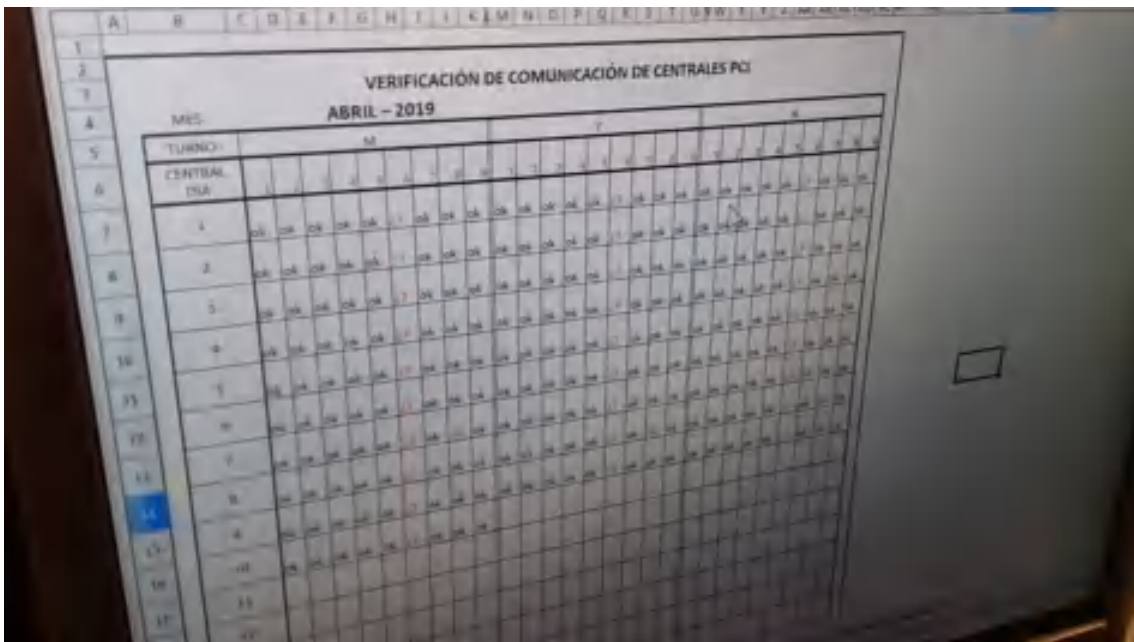
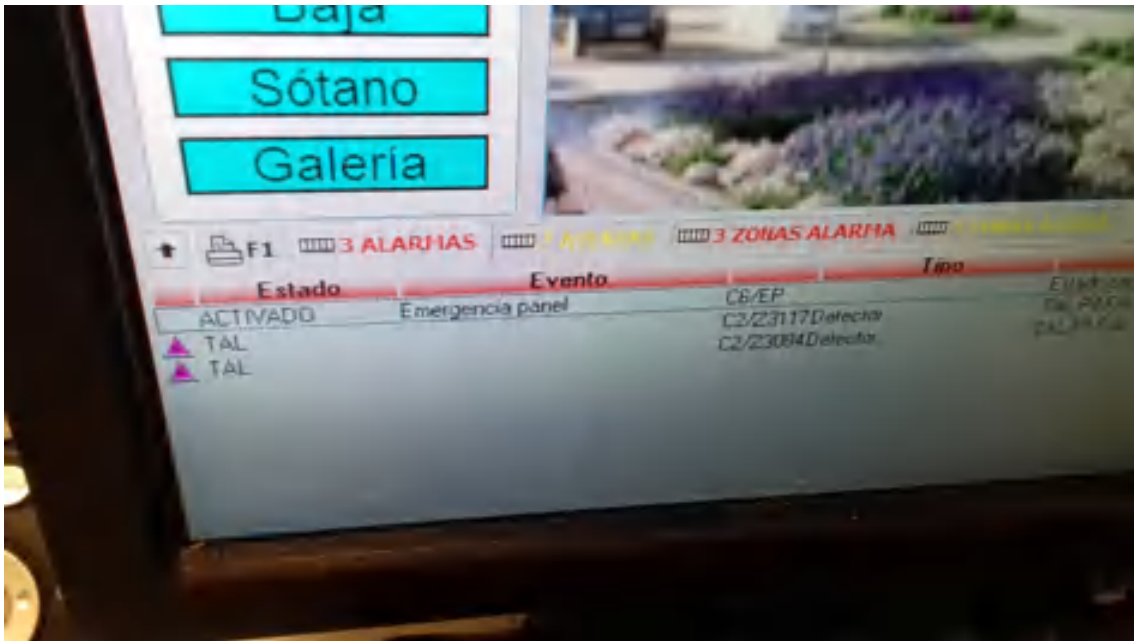


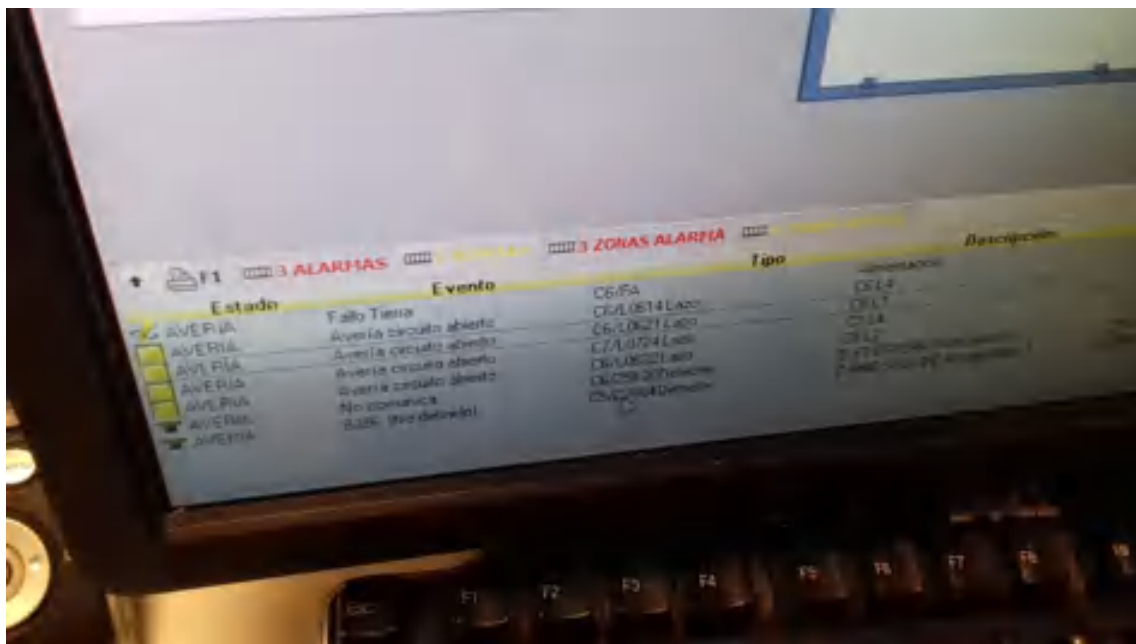
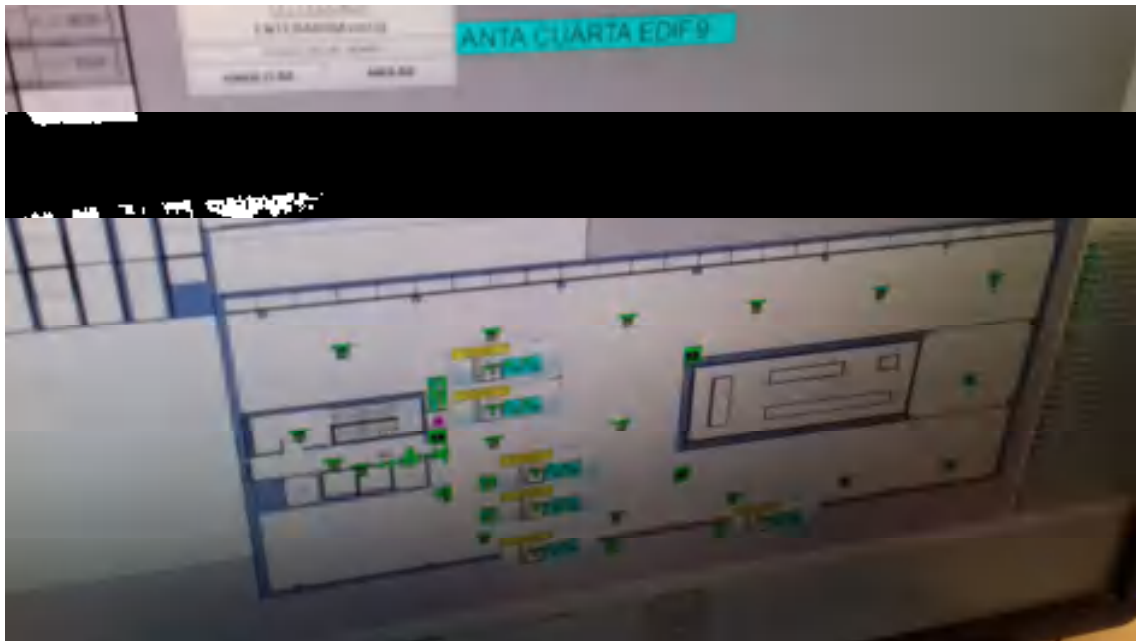


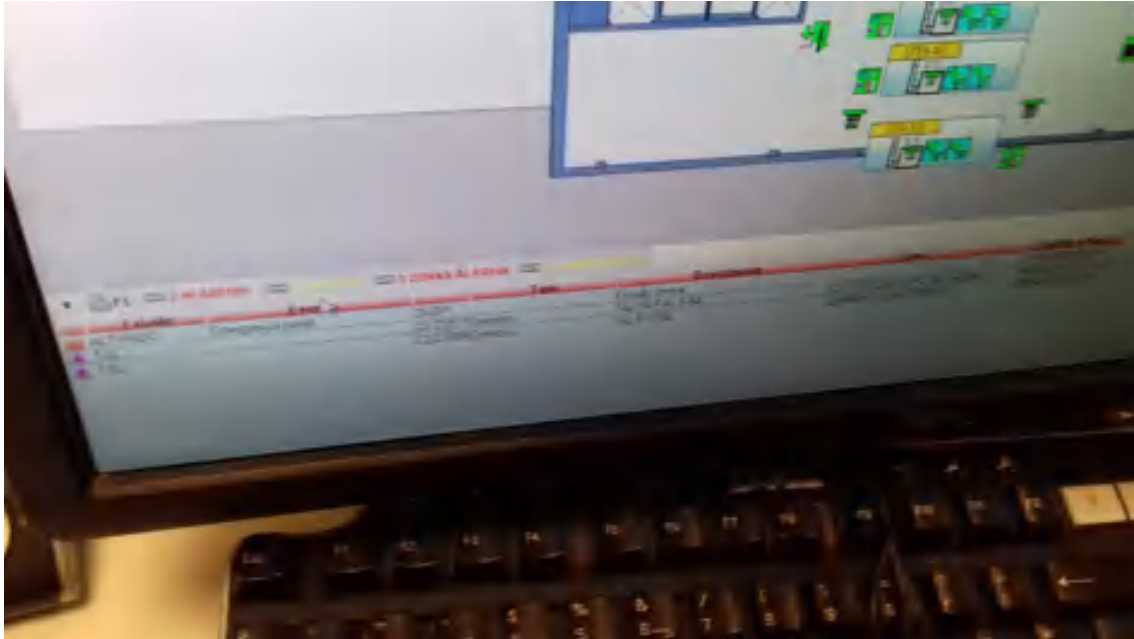


6. **INCIDENCIA LEVE REINCIDENTE:** Se detectan zonas desconectadas en la Central de Incendios.









## 7.-SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN.

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

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

### 7.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

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

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

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

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



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

GESMAN ha evaluado la prestación del servicio de la Central de Esterilización del Hospital General de Villalba.



### 7.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

- La empresa ha solicitado la licencia de la central de esterilización, tal como se evidencia en los registros siguientes y ha evidenciado la validación de los equipos y procedimientos de la misma:



**MODELO DE SOLICITUD DE LICENCIA SANITARIA PREVIA DE FUNCIONAMIENTO**

D. ADOLFO BERMÚDEZ DE CASTRO PFEIFFER  
 Con D.N.I. 02191199-N, Nacionalidad Española  
 Domicilio a efectos de notificación en Ctra. Alpedrete a Moralzarzal M-608, km 41, 28400 Collado Villalba, Madrid, España  
 En representación de la empresa IDC-SERVICIOS VILLALBA SA  
 Con domicilio o sede social: CALLE ZURBARÁN, 28, 28010 MADRID  
 Teléfono: 910908102, e-mail [secretariadireccion@hgvillalba.es](mailto:secretariadireccion@hgvillalba.es)

SOLICITA LICENCIA SANITARIA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE: Señalar lo que proceda:

Fabricación		Agrupación	
Importación		Esterilización	X

De:

Productos sanitarios de fabricación seriada y/o sus accesorios	X
Productos sanitarios implantables activos de fabricación seriada	X
Productos sanitarios y/o productos sanitarios implantables activos de fabricación a medida en el caso de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla	
Productos sanitarios para diagnóstico "in vitro" y sus accesorios	
Lentes de contacto sin finalidad correctiva no consideradas productos sanitarios	
Aparatos e instrumental utilizados para maquillaje permanente, semipermanente o tatuaje de la piel por técnicas invasivas no considerados productos sanitarios	

En las instalaciones establecidas en la Central de Esterilización del HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA sito en carretera de Alpedrete a Moralzarzal M-608 Km 41, 28400 Collado Villalba, Madrid.

Para lo que se acompaña la documentación que se relaciona en Anexo.

En Collado Villalba, a diecinueve de marzo de dos mil diecinueve.

Adolfo Bermúdez de Castro Pfeiffer

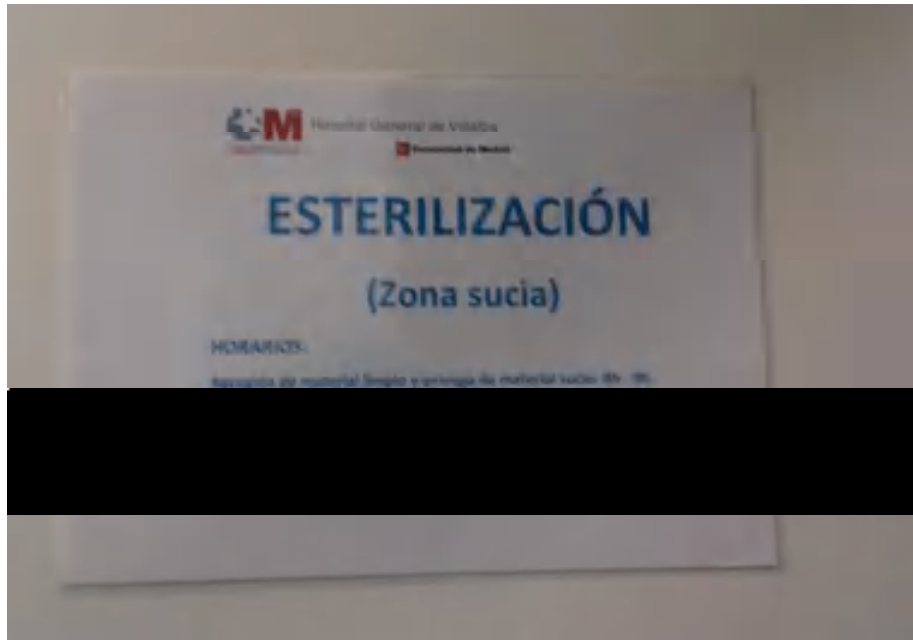
Destinatario:  
 AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS  
 c/ Campezo, 1. Edificio 8, 28022 - Madrid





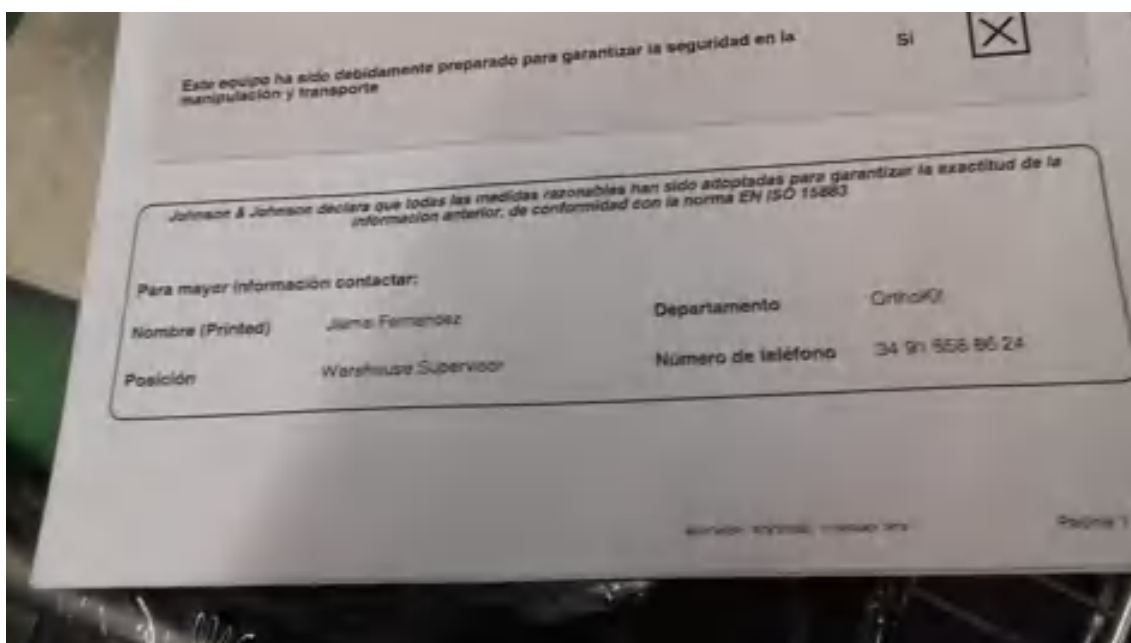
- El personal va correctamente uniformado:



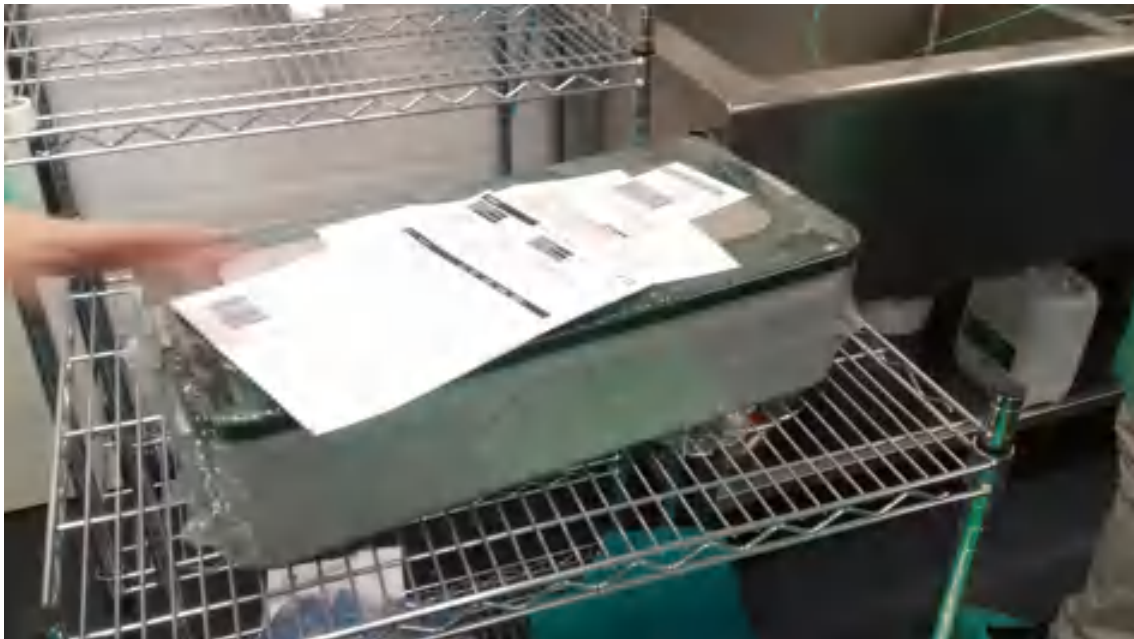
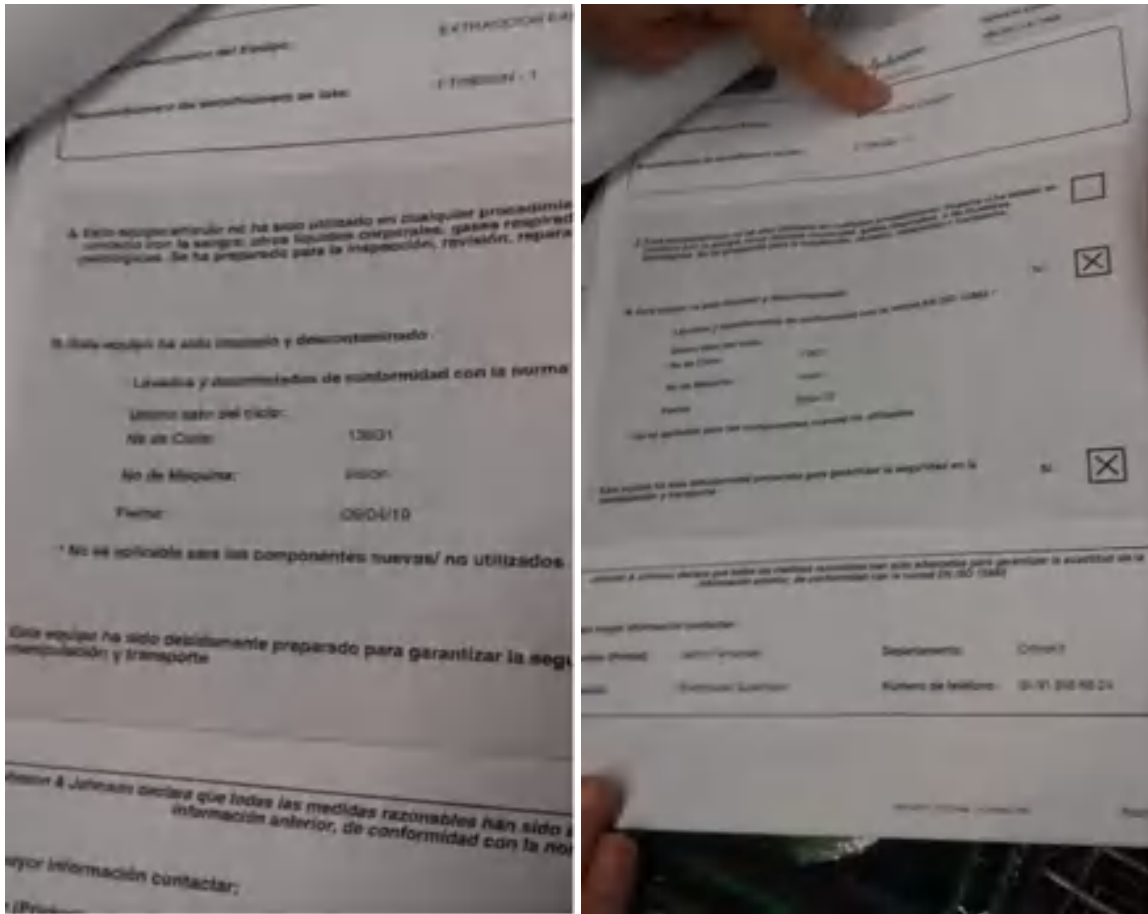




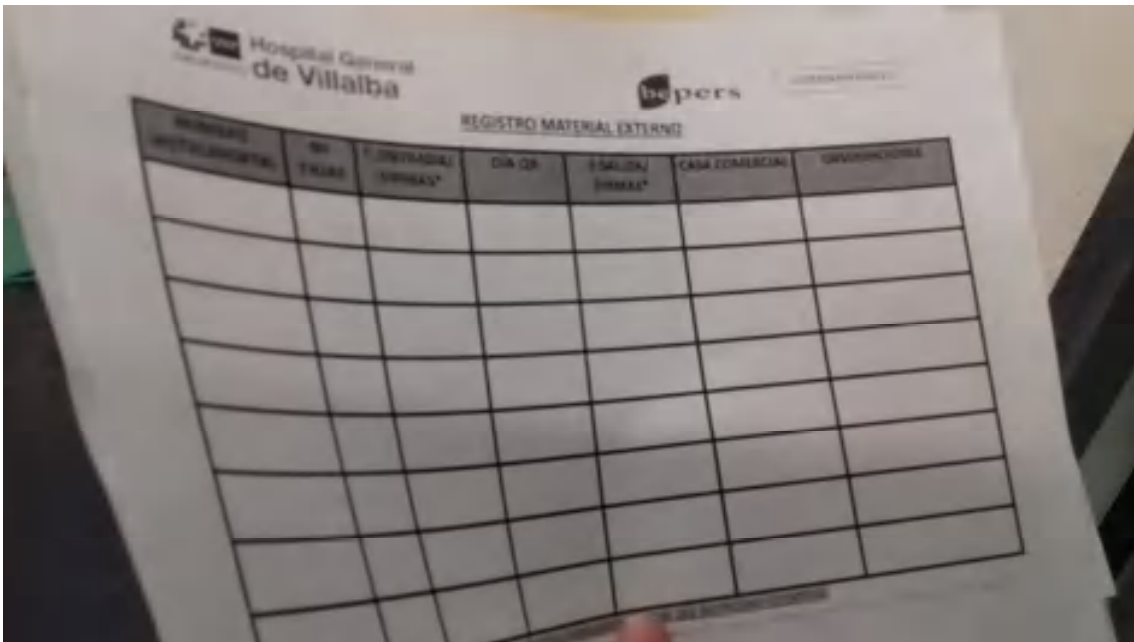
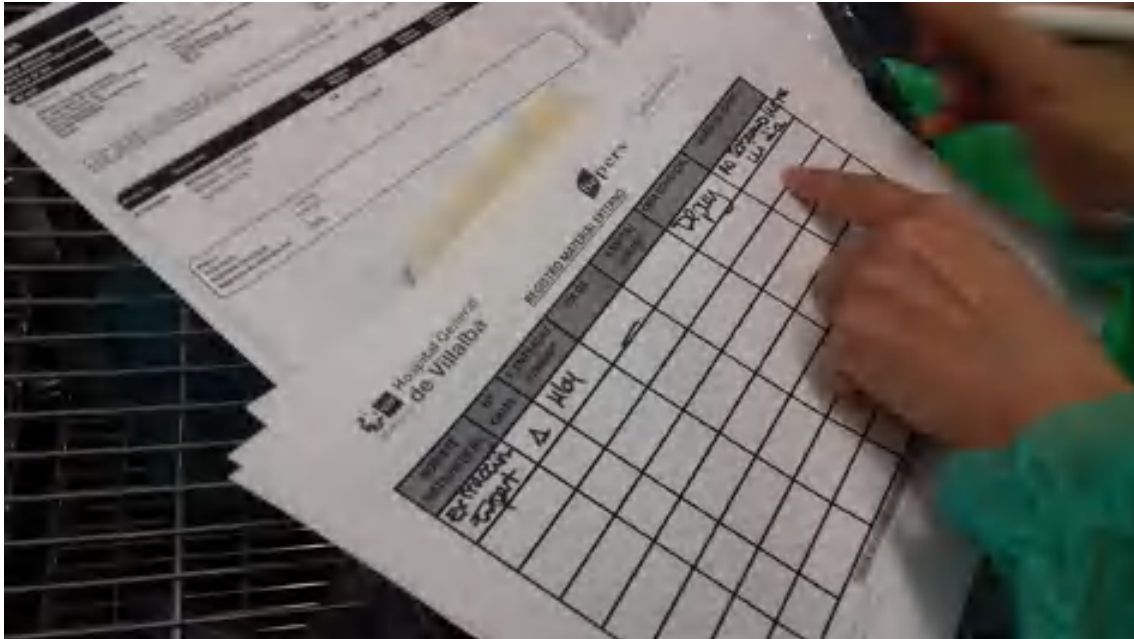
- La empresa comunica los resultados de los controles a la unidad administrativa.
- Se dispone de stock de seguridad de instrumental.
- Existe alternativa a sus centrales de esterilización.
- Se dispone de material estéril de un solo uso sustituyendo al textil.
- Todo el material del almacén está identificado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







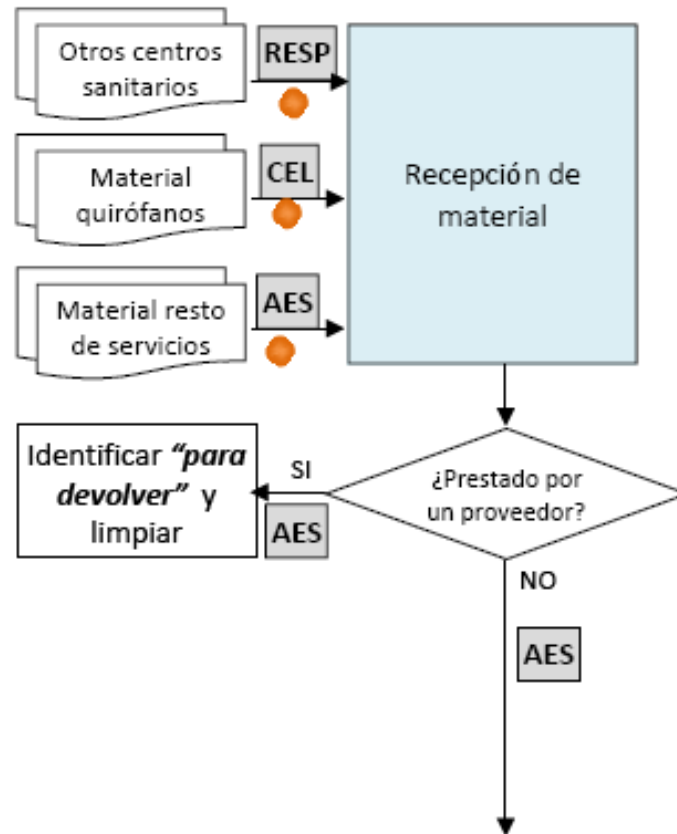
- Se dispone de registros del material de préstamo



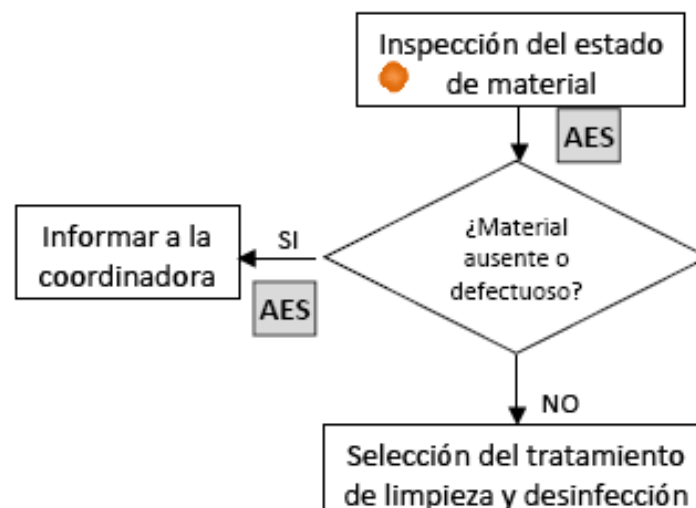
- Se dispone del procedimiento general de la Central de Esterilización del Hospital General de Villalba, así como los siguientes procedimientos para gestionar la trazabilidad y los controles de calidad, cuya implantación ha sido comprobada durante la auditoría:

<b>VI_PSA04_POC00_Anexo_01_Mapa de procesos Central de Esterilización HGV.docx</b>
<b>VI_PSA04_POC00_Anexo_02_Organigrama Central de Esterilización HGV.docx</b>
<b>VI_PSA04_POC00_Anexo_03_Registro reconocimientos de firmas del personal de la Central.docx</b>
<b>VI_PSA04_POC00_ORGANIZACIÓN DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HGV.docx</b>
<b>VI_PSA04_POC01_PROCEDIMIENTO GENERAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HGV.docx</b>
<b>VI_PSA04_POC07_Anexo_01_Controles Preventivos de la Central de Esterilización.docx</b>
<b>VI_PSA04_POC02_PROCEDIMIENTO CONTROLES DE CALIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HGV.docx</b>
<b>VI_PSA04_POC03_PROCEDIMIENTO CONTROLES DE CALIDAD ESTERILIZACIÓN EN LOS CEP.docx</b>
<b>VI_PSA04_POC04_CIRCUITO DE ESTERILIZACIÓN CON EL ÁREA QUIRÚRGICA.docx</b>
<b>VI_PSA04_POC06_PROCEDIMIENTO TRAZABILIDAD HGV.docx</b>
<b>VI_PSA04_POC06-01 REGISTRO DE TRAZABILIDAD DE INSTRUMENTAL UTILIZADO EN EL ÁREA.docx</b>
<b>INFORME BIOSSEGURIDAD AMBIENTAL EN ESTERILIZACIÓN.docx</b>

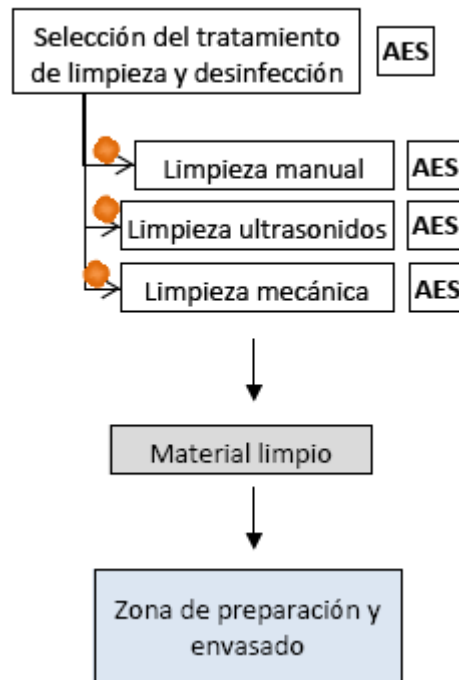
### Recogida de material sucio



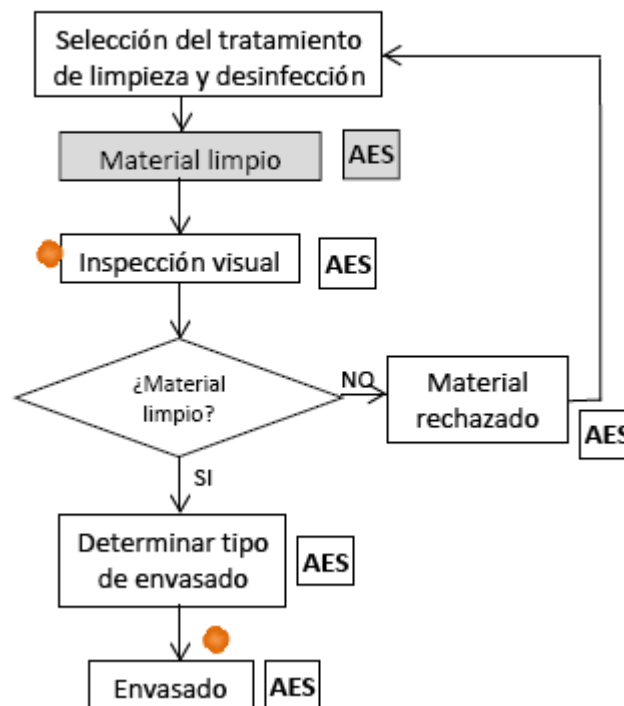
### Recepción material sucio



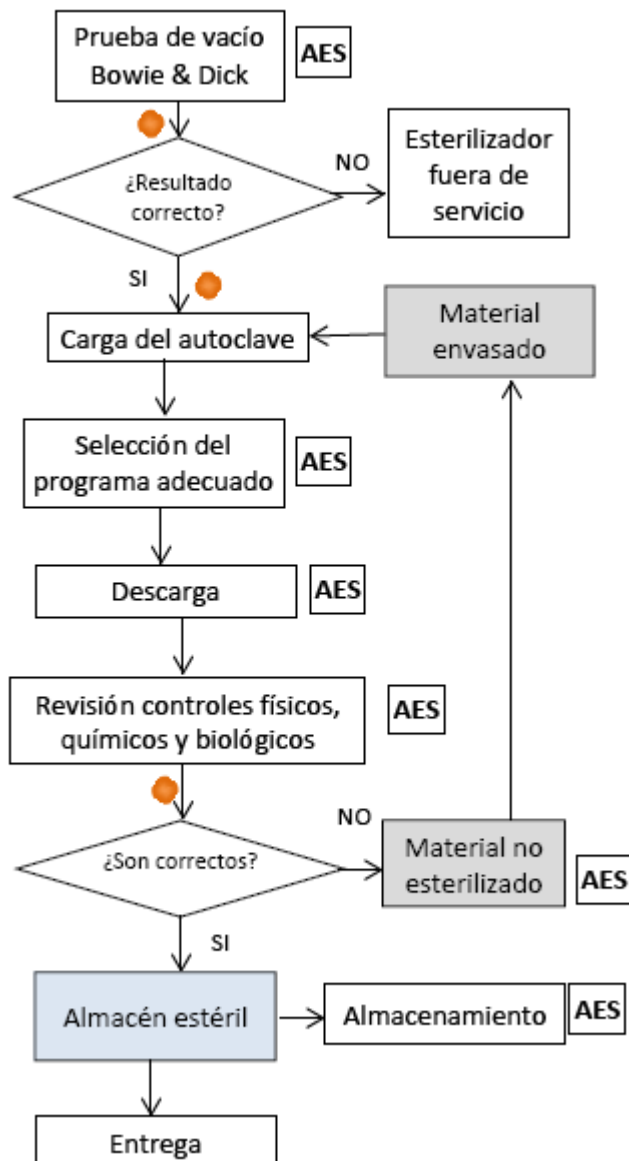
### Desinfección y limpieza del material



### Preparación y envasado del material.

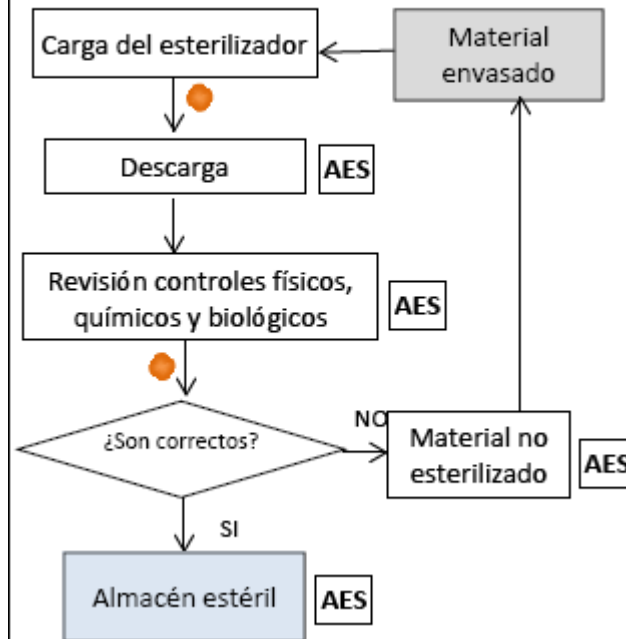


### Esterilización por vapor.

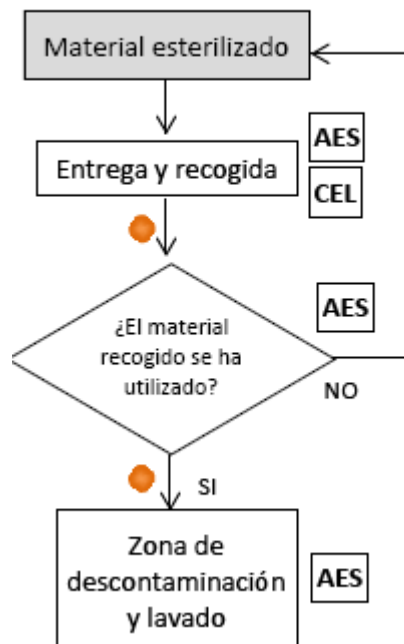




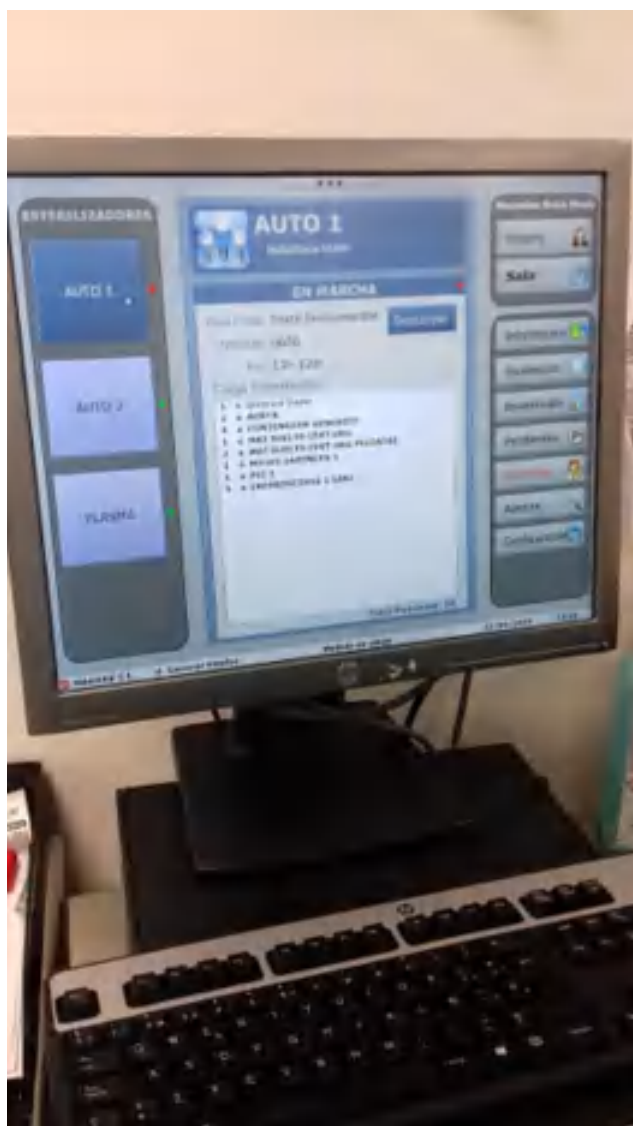
### Esterilización por plasma.

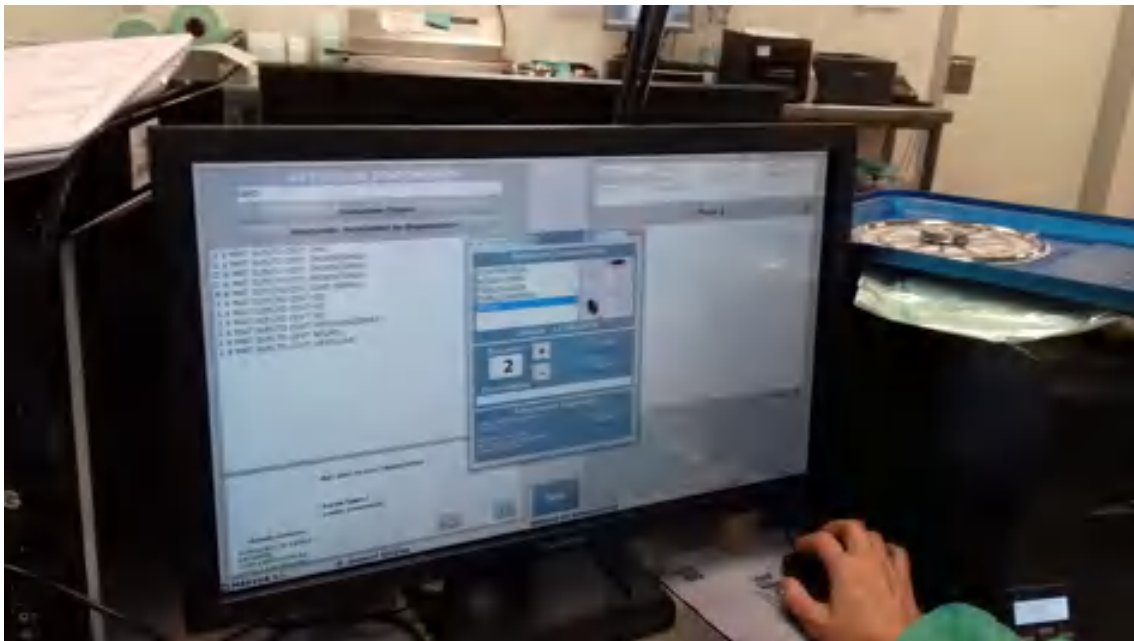
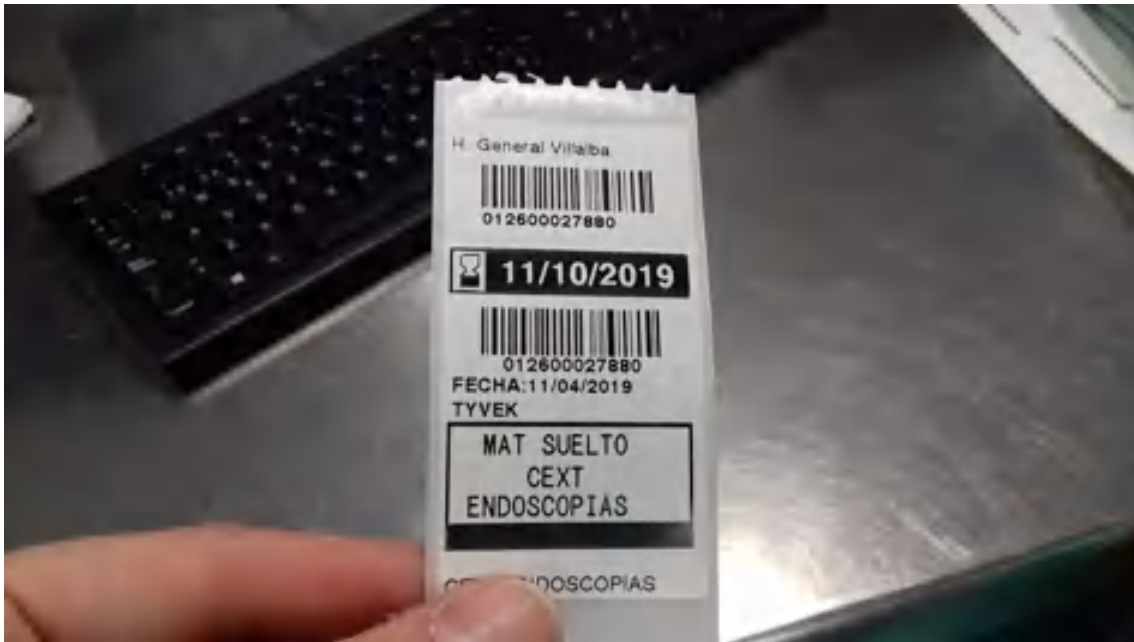


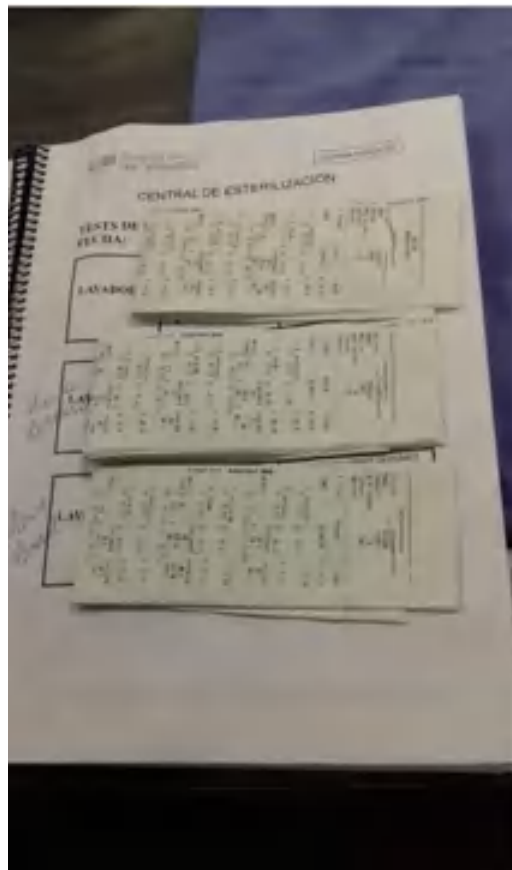
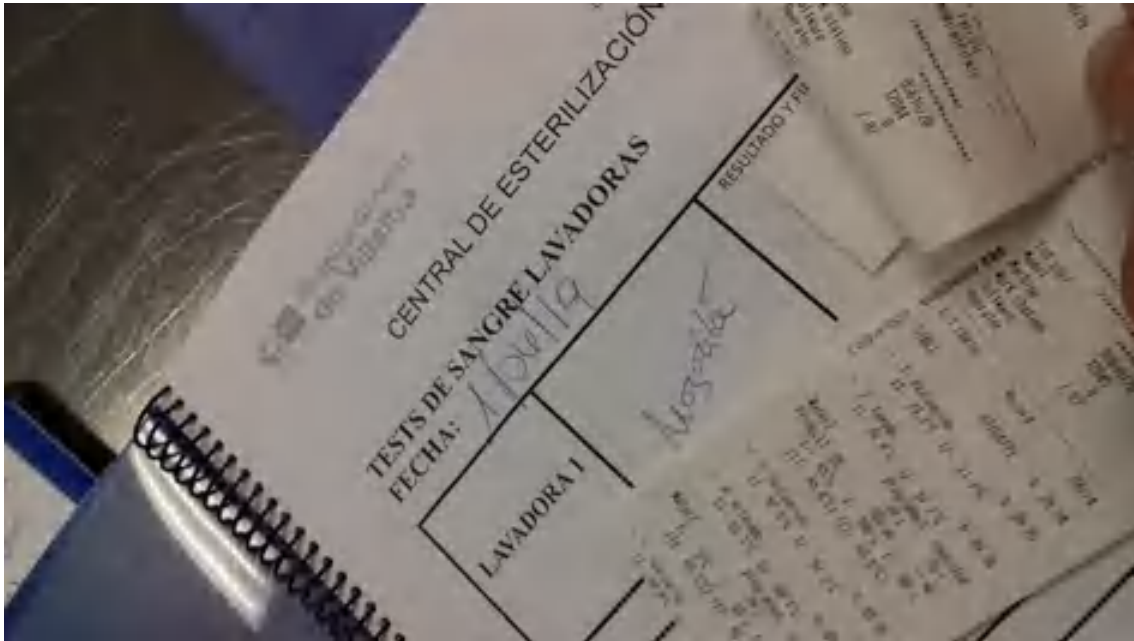
### Entrega y distribución de productos.

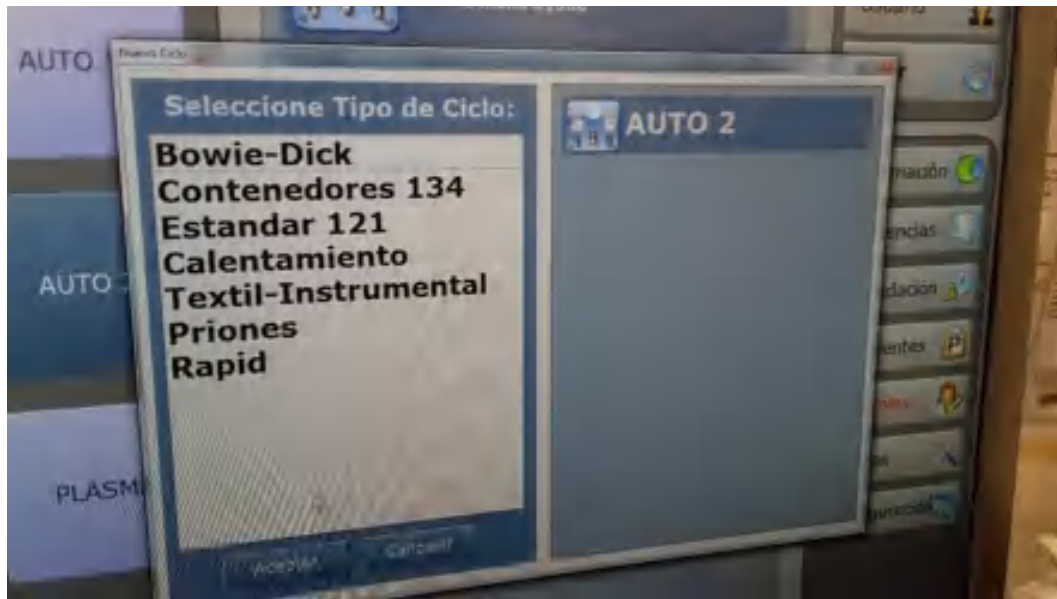


- Todos los contenedores van acompañados, en su parte exterior superior del listado del instrumental que compone esa caja y de un sello en el que consta la fecha, ciclo, nombre del autoclave y auxiliar de enfermería
- Queda registrada la carga de cada equipo esterilizador, con fecha, número de ciclo, indicador físico y químico, el operador y el material esterilizado en el equipo:

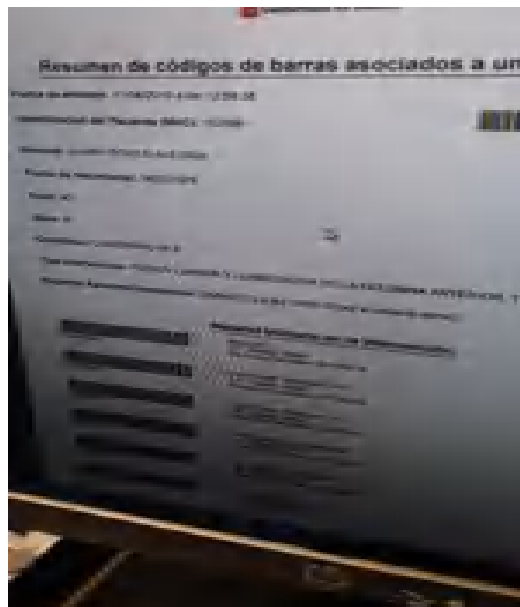






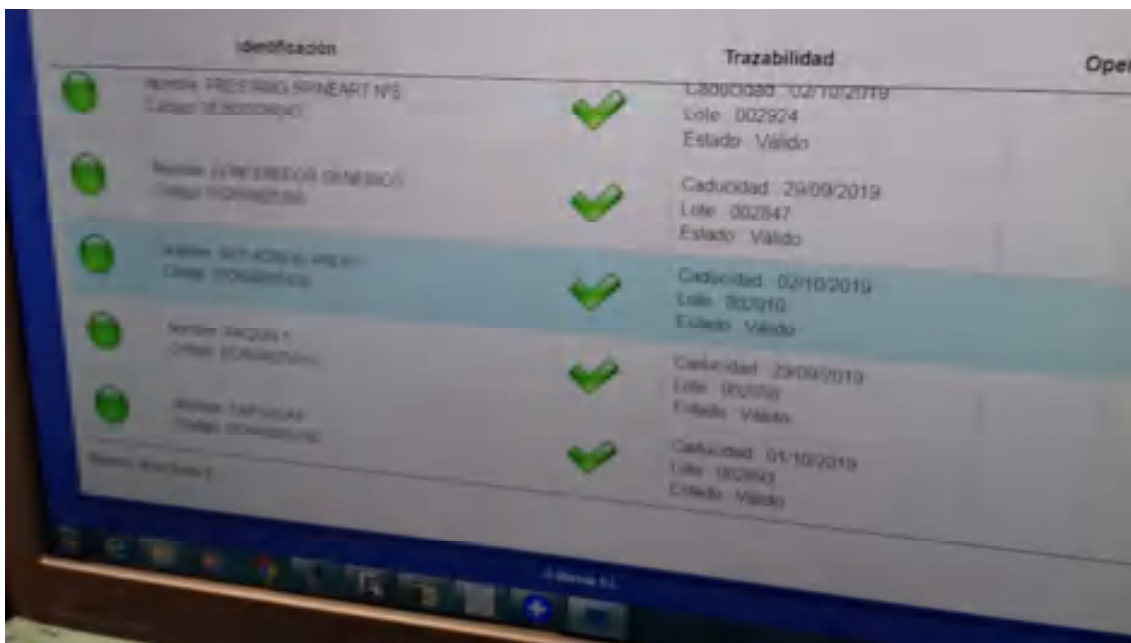
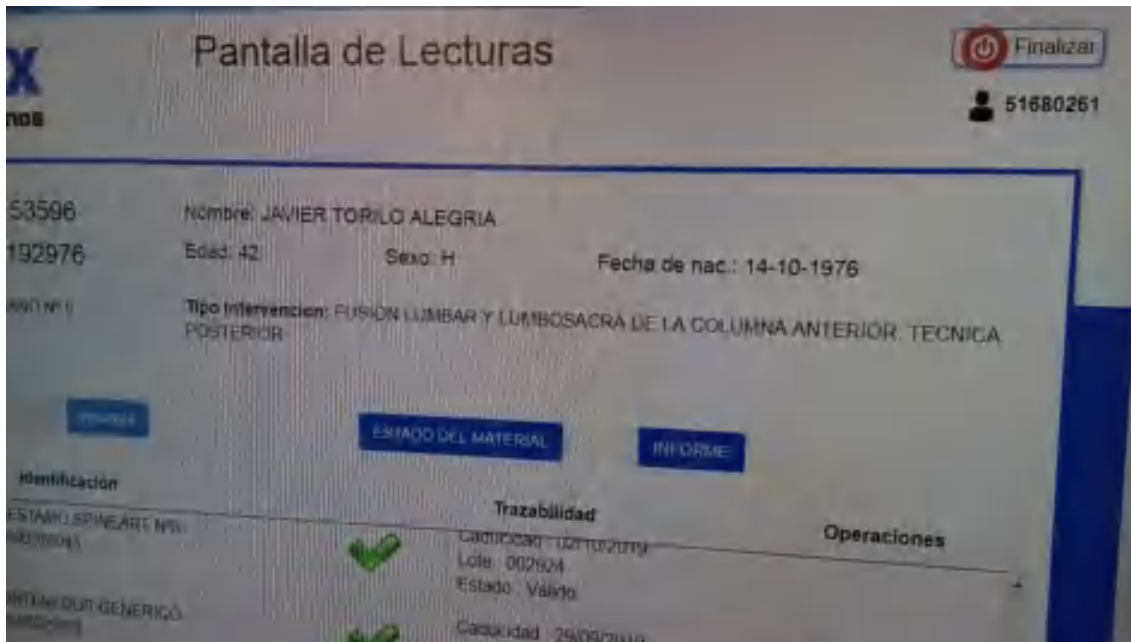


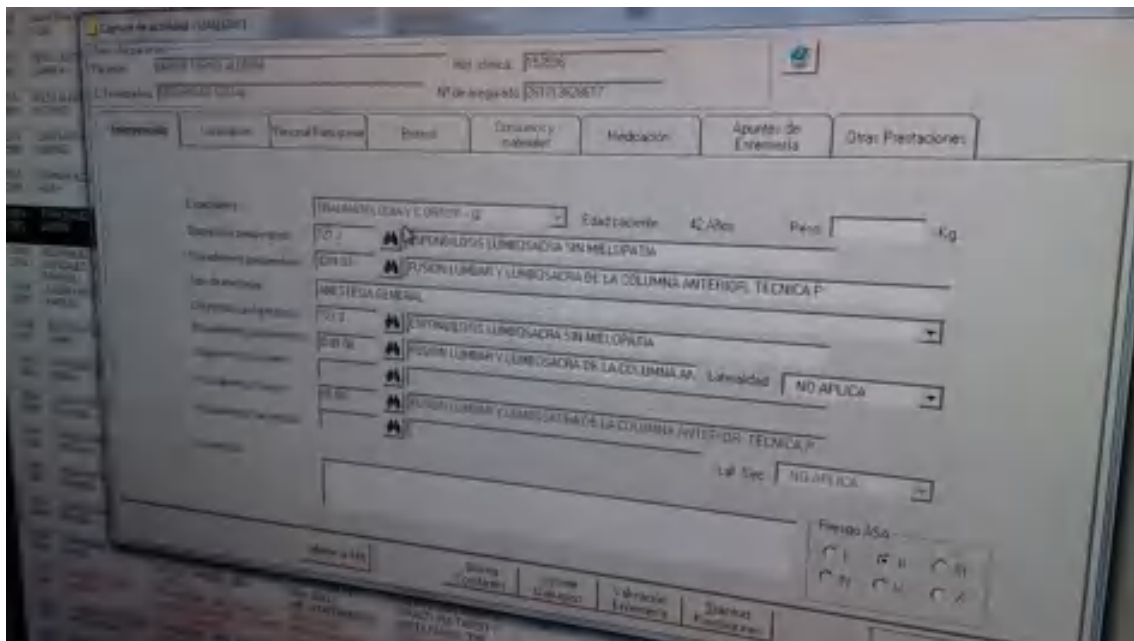
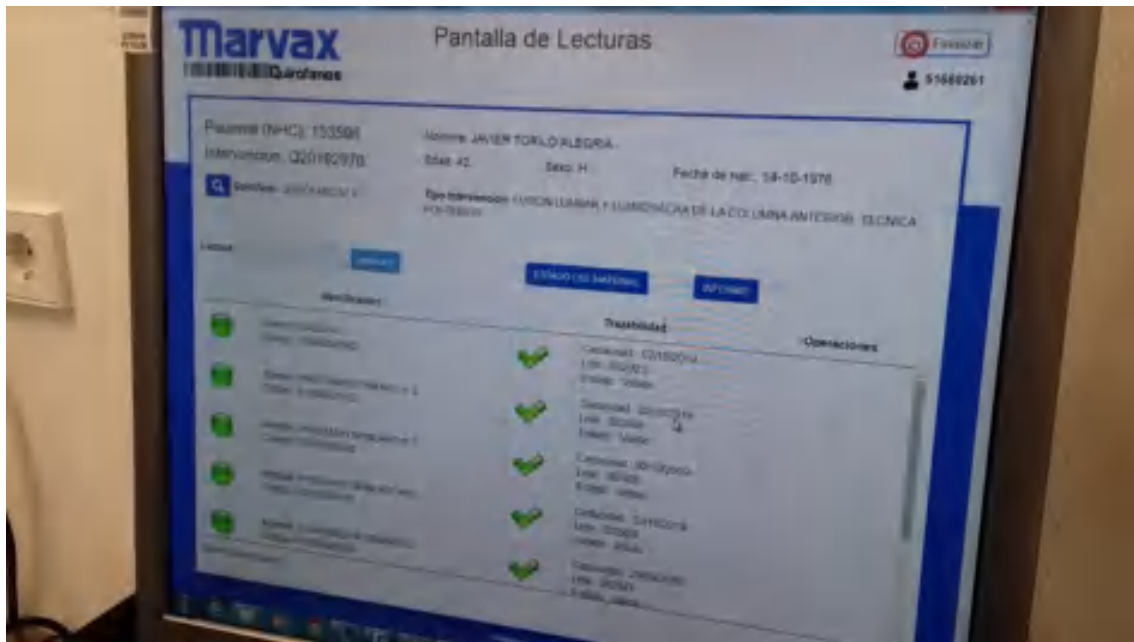
- Las cajas que se llevan tienen adherida en la hoja de trazabilidad del paciente, en la que se reflejan los datos del paciente, las etiquetas del instrumental utilizado identificando éste de forma manual, e implantes que han podido implantar en el paciente.
- Toda la documentación se anexa a la historia clínica del Paciente de forma automatizada:

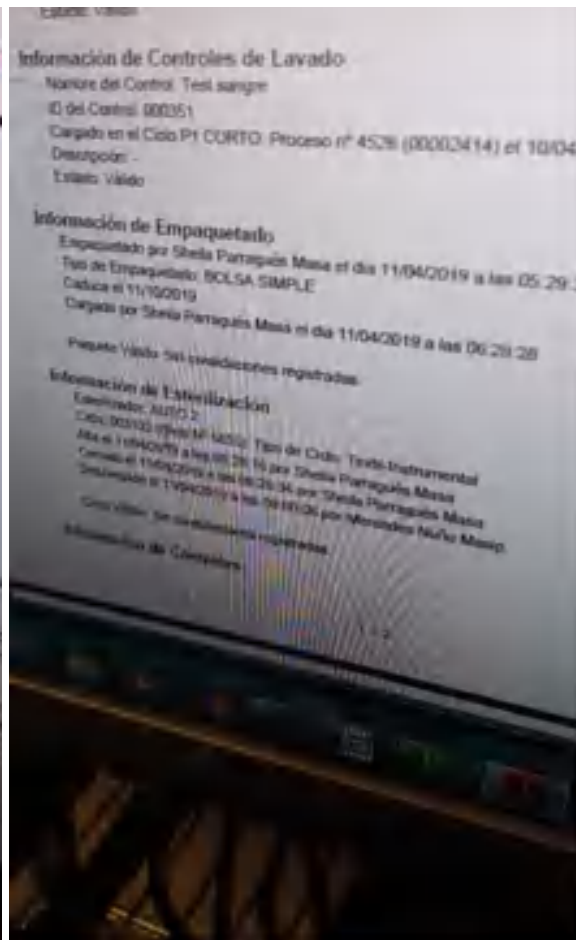
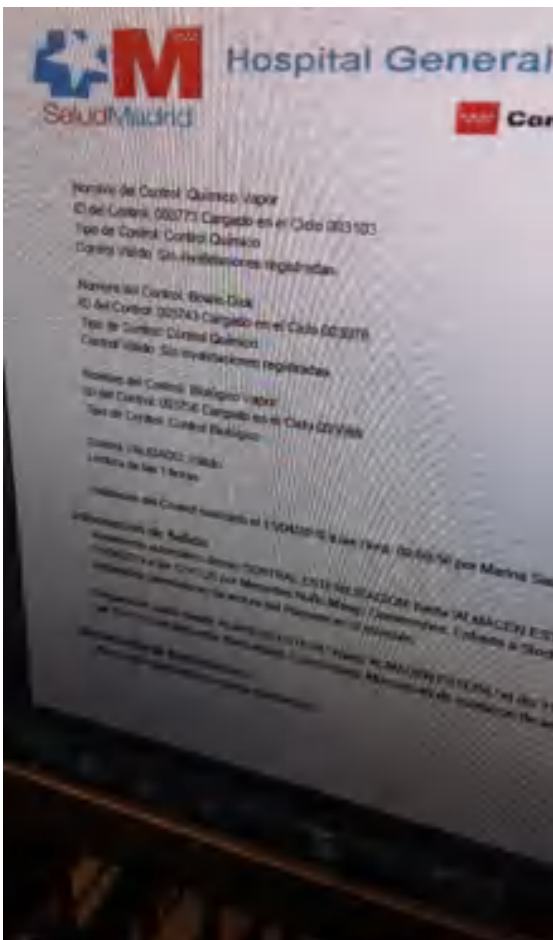
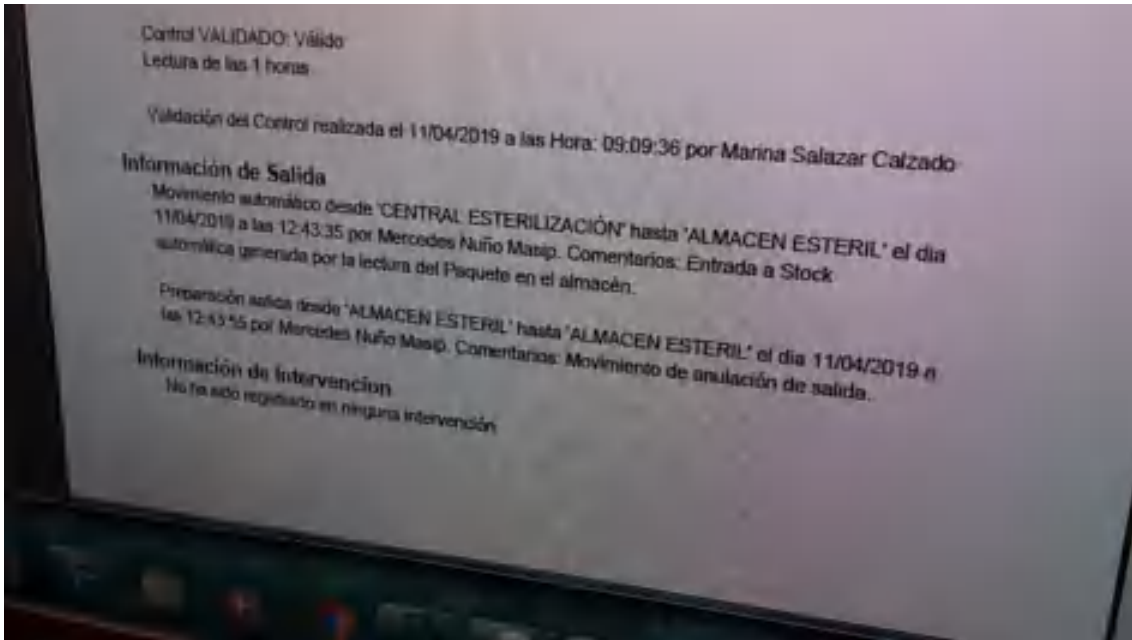


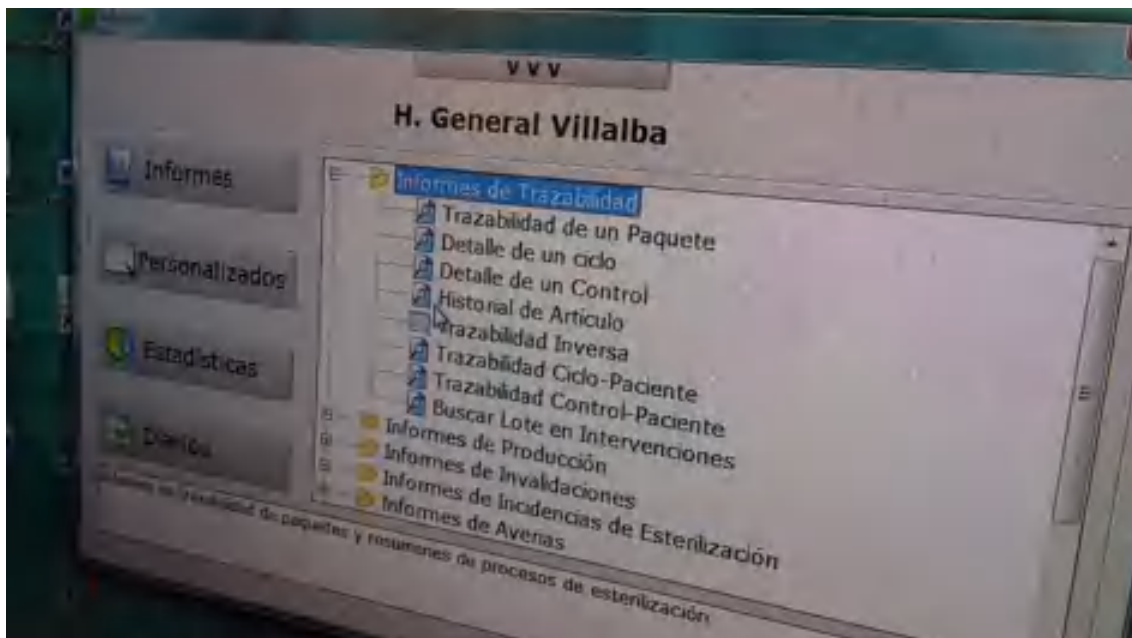








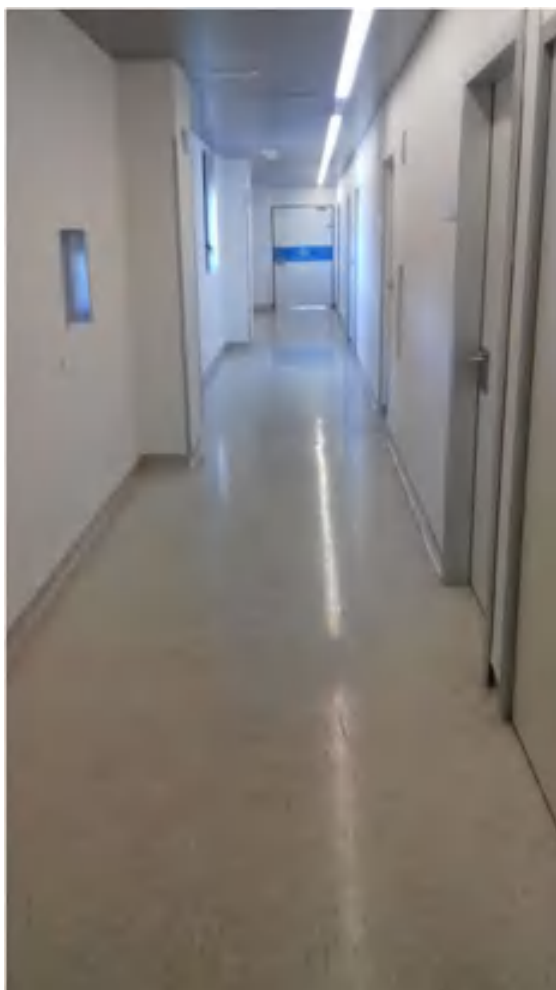








- Se ha comprobado para el Paciente de las anteriores imágenes, la siguiente información:
  - Material implantado si procede
  - Instrumental utilizado en la intervención
  - Características del proceso de esterilización que se le dio al instrumental correspondiente
- Se comprueba la separación entre la zona de lavado y la zona de preparación previa a la esterilización.
- Se evidencia la existencia de una zona específica para almacenamiento de material de limpieza.
- Se comprueba la comunicación directa entre la Central de Esterilización y los quirófanos a través de un circuito de sucio y un circuito de limpio que no se cruzan:







- Se observa que, para el caso de lavado manual, se emplean equipos de protección personal.



- Se constata que la zona de preparación y empaquetado tienen una iluminación más acusada.

- Se observa un lavabo en la zona de preparación del personal en la zona de empaquetado.
- En el Almacén General las estanterías están elevadas, lo que garantiza una buena limpieza del suelo.
- No se han observado envoltorios con roturas o humedad.
- Se valora positivamente la disponibilidad de barrera sanitaria.



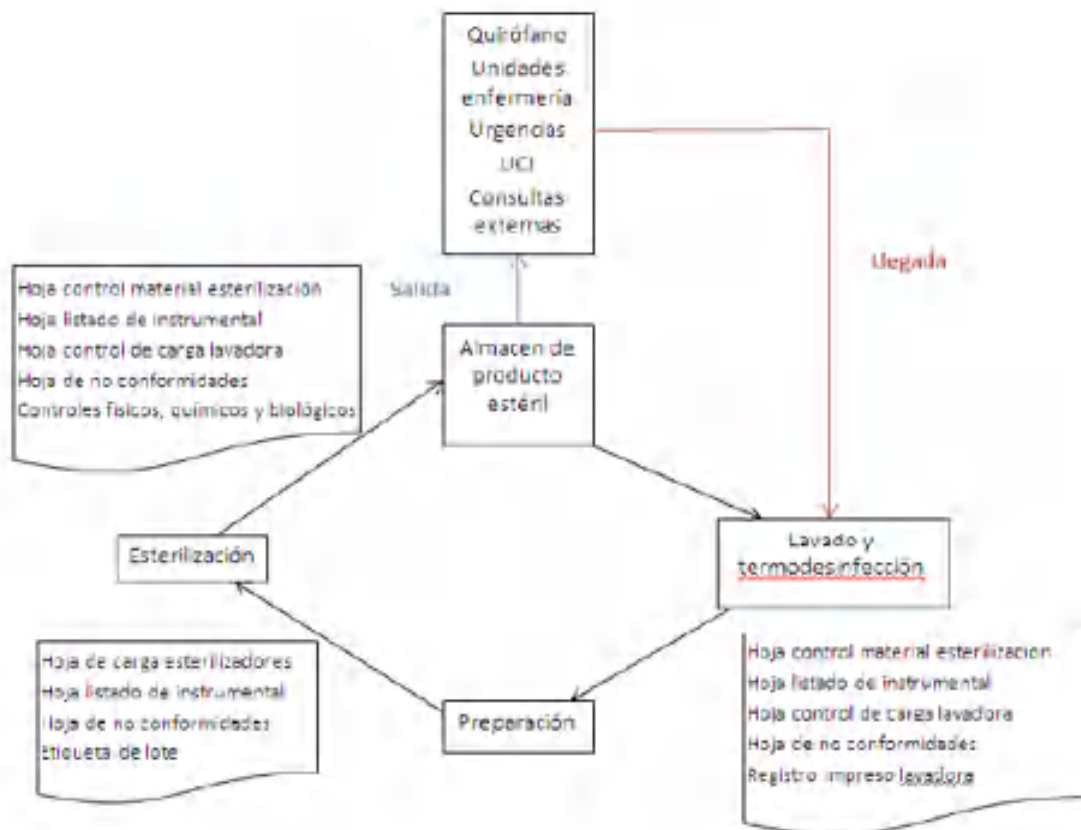
- Se evidencia una correcta gestión del instrumental de préstamo, solicitándose el certificado de lavado y desinfección correspondiente al proveedor, así como su precinto plástico:



- Se ha podido evidenciar un efectivo control de caducidades, así como su registro
- Se han podido evidenciar los controles microbiológicos realizados en la central de esterilización, siendo los resultados adecuados.
- Se comprueba que se dispone de un procedimiento para la cadena del proceso de esterilización, que recoge las actuaciones a realizar en todos los procesos: limpieza, descontaminación, inspección, preparación/empaquetado, esterilización, almacenamiento y entrega.
- La puerta de acceso a la zona estéril permanece en todo momento cerrada
- Se constata que se dispone de un Plan de Medidas Preventivas
- Se consideran positivos los resultados del Informe Mensual del Servicio de Esterilización del Hospital General de Villalba
- Los procesos están informatizados para garantizar el control.

- Se realizan controles mensuales de calidad por laboratorios externos:
  - Cada mes se realizan controles ambientales en zonas de preparación y almacén estéril
  - Cada mes se realiza un análisis químico del agua osmotizada
  - Diariamente se realiza un test de sangre y un test de Bowie-Dick
- En cada registro de cada ciclo de la lavadora se comprueba que ha sido correcta la presión, tiempo y temperatura.
- La empresa comunica los resultados de los controles a la unidad administrativa.
- Se dispone de stock de seguridad (textil e instrumental):
- Se han comprobado la identificación de las cajas siguientes:
  - Cirugía general:
    - Laparoscopia
    - Auxiliar de laparoscopia
    - Proctología
    - Cuello
    - Apéndice
  - Traumatología:
    - Cadera
    - Columna
    - Auxiliar gamma
    - Motores y cables de motor
  - Cirugía pediátrica:
    - Laparoscopia pediátrica
    - Auxiliar de laparoscopia pediátrica
    - Hernia pediátrica
- Se ha comprobado la coincidencia de los registros informáticos con la realidad observada para el instrumental
- Se recepciona el instrumental ya utilizado procedente de quirófano o de consultas externas y se registra en el módulo informático correspondiente a entradas

- Una vez registrada la entrada del instrumental, se procede a registrarlo en el módulo de lavado según el tipo de limpieza/desinfección que se precise
- Una vez terminado el proceso de lavado/desinfección, el instrumental es colocado en la zona de limpio quedando registrado en el módulo de empaquetado.
- Posteriormente y en la misma zona de limpio, se puntea la caja siguiendo el protocolo de ese contenedor y se carga en el autoclave siguiendo los siguientes pasos:
  - Se procede a imprimir la etiqueta de trazabilidad, eligiendo el contenedor correspondiente del módulo de empaquetado.
  - Desde el módulo informático de carga se elige autoclave y se escanea el código de barras de las etiquetas del instrumental para que quede registrado en el autoclave elegido.
  - Una vez terminado el ciclo se procede al registro informático de la descarga del instrumental esterilizado.
  - Al descargar el autoclave baja el instrumental a quirófano: este movimiento del instrumental se registra desde la central de esterilización en el módulo de SALIDA.
  - Una vez el instrumental llega al almacén de quirófanos, se procede a su registro como nueva recepción en el módulo de SALIDA.
  - Cuando se requiere la utilización de instrumental estéril en algún quirófano, se registra, desde el almacén de quirófano, la salida de dicho instrumental en el módulo de SALIDA.
  - En quirófano, tras la apertura de la caja, se verifica que el control ha virado, se escanea la etiqueta del proceso de trazabilidad para que ésta quede registrada informáticamente en la historia clínica del paciente.



- Se ha comprobado que todos los registros de los procesos informáticos de la lavadora, autoclave, empaquetado y controles quedan grabados en el soporte informático de trazabilidad
- No se han observado envoltorios con roturas o humedad.

## 7.4.- PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

### **PARÁMETRO 1: Trazabilidad**

Definición: Grado de cumplimiento de la trazabilidad de dos equipos

Nivel de cumplimiento exigible: 10 sobre 10

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

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

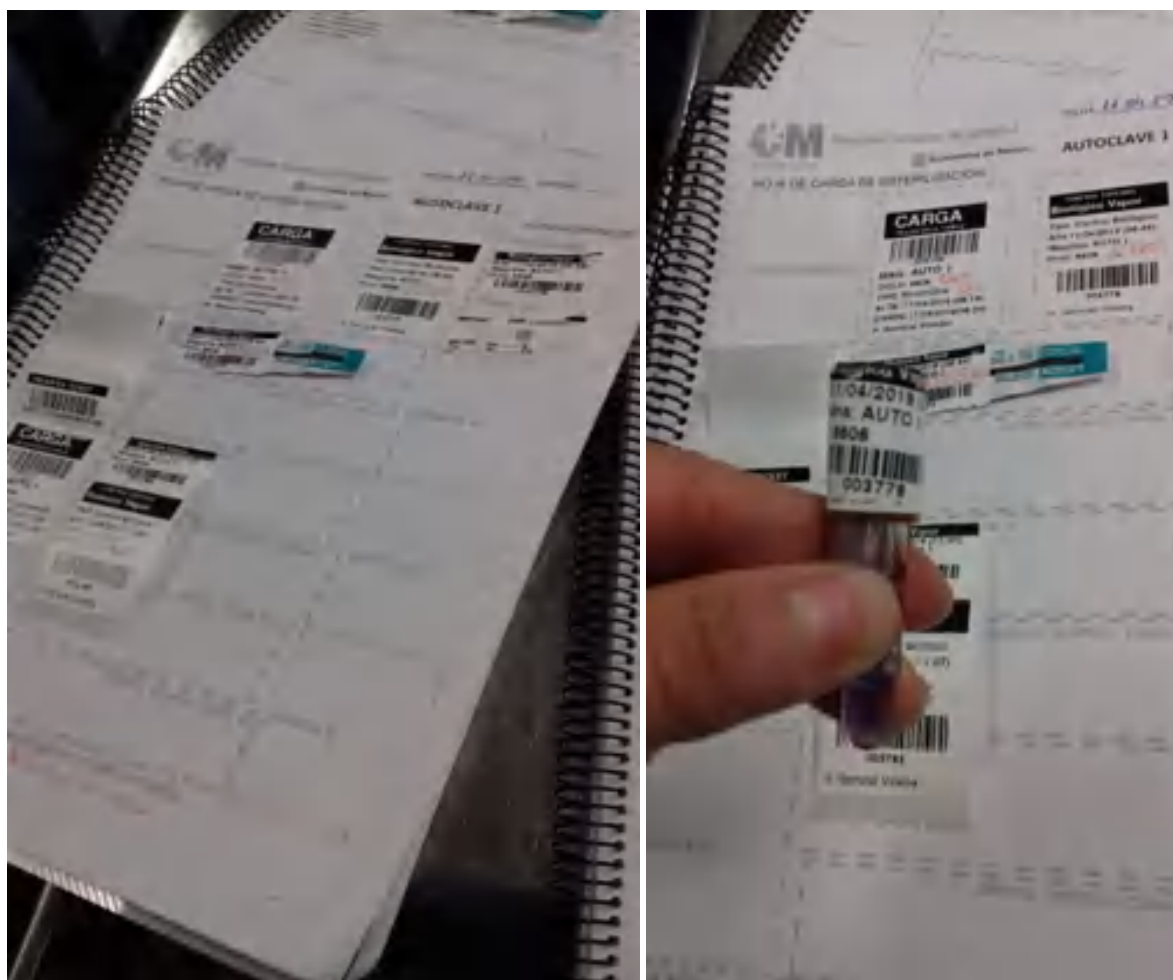
Resultado: 10

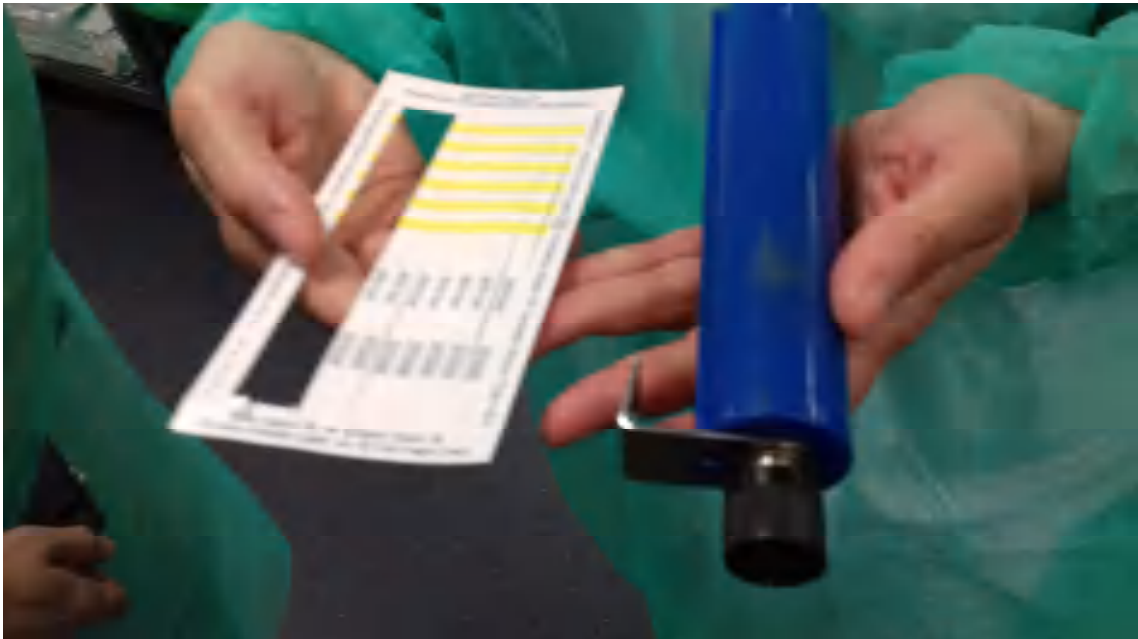
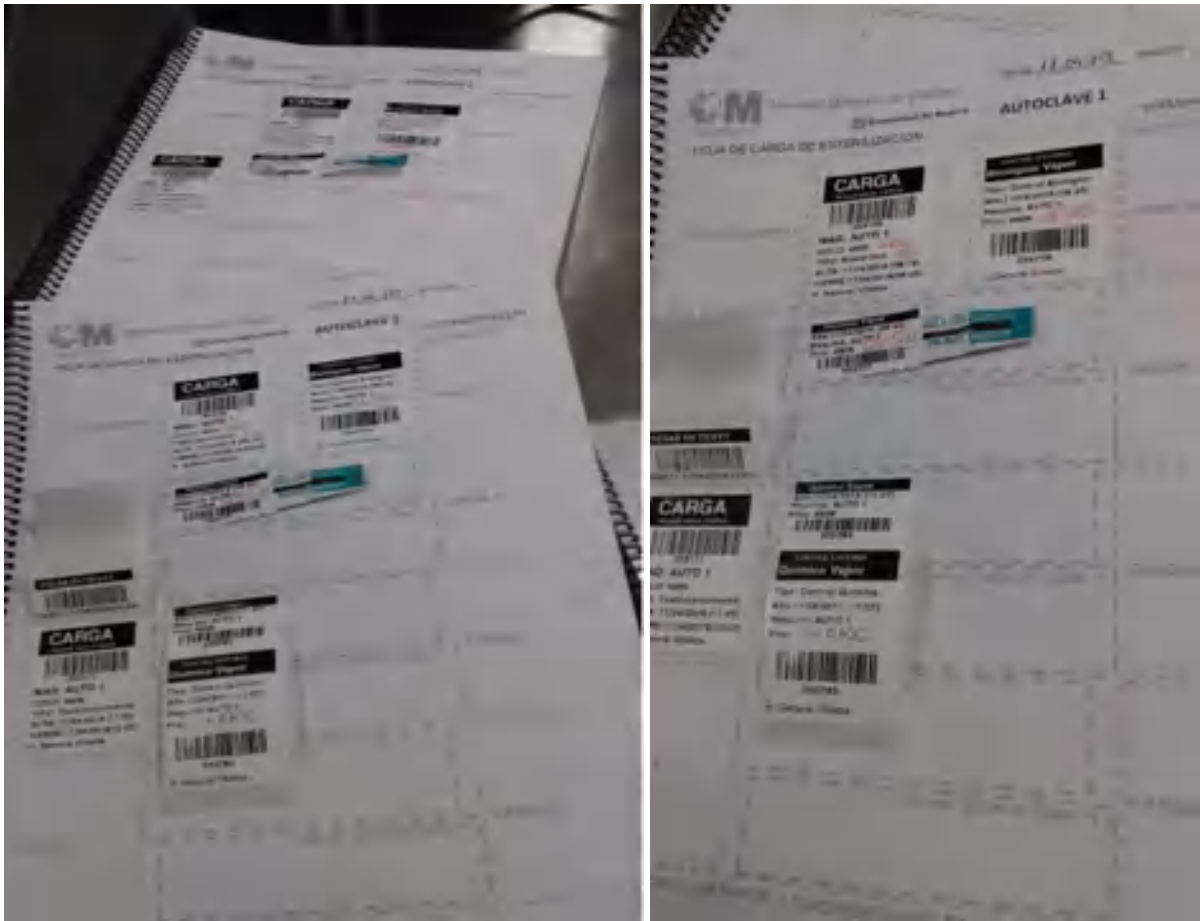


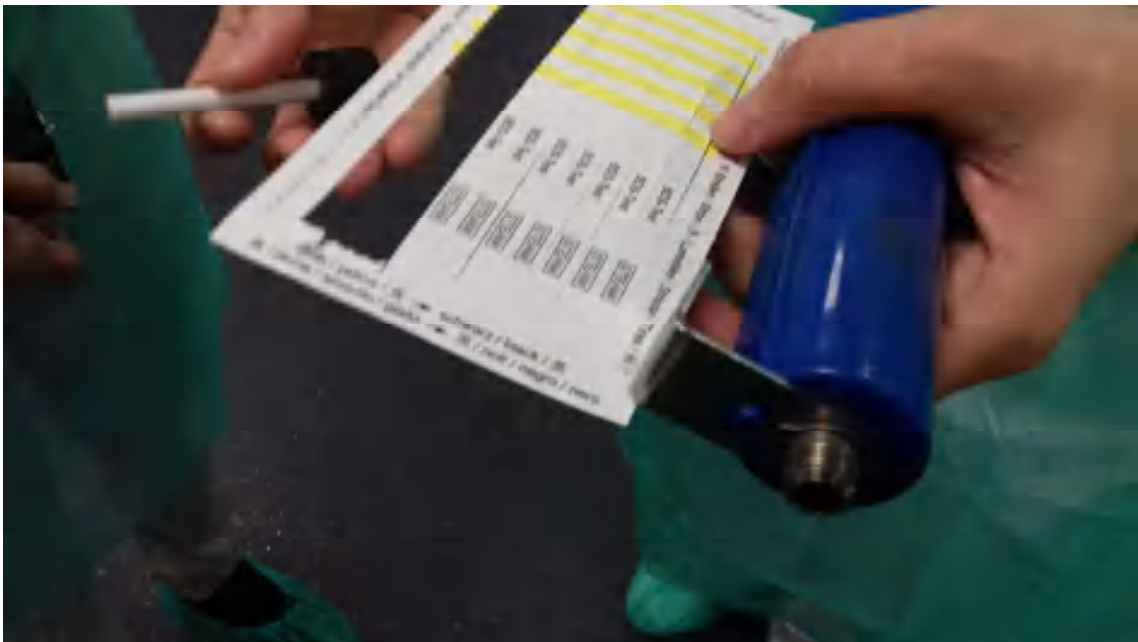
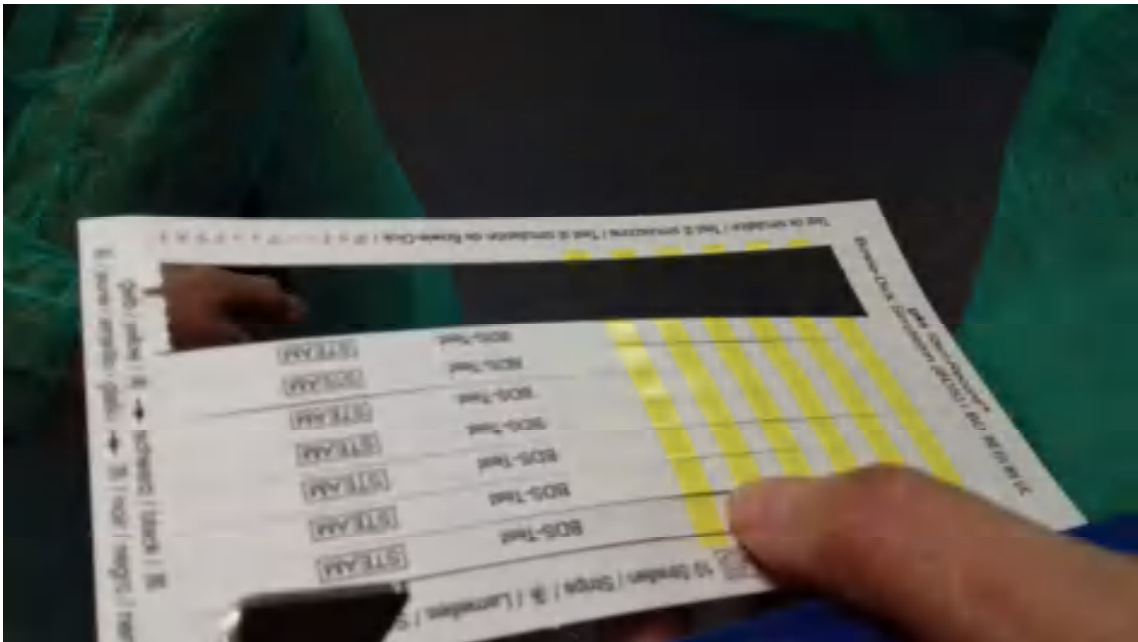
## 7.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.

### 7.5.1.-INCIDENCIAS LEVES.

- La impresora para etiquetas se encuentra estropeada. Se considera incidencia→**SUBSANADA**.
- El registro visual del control biológico que se realiza no permite verificar que el resultado sea la ausencia de microorganismos. Se considera incidencia→**SUBSANADA**.



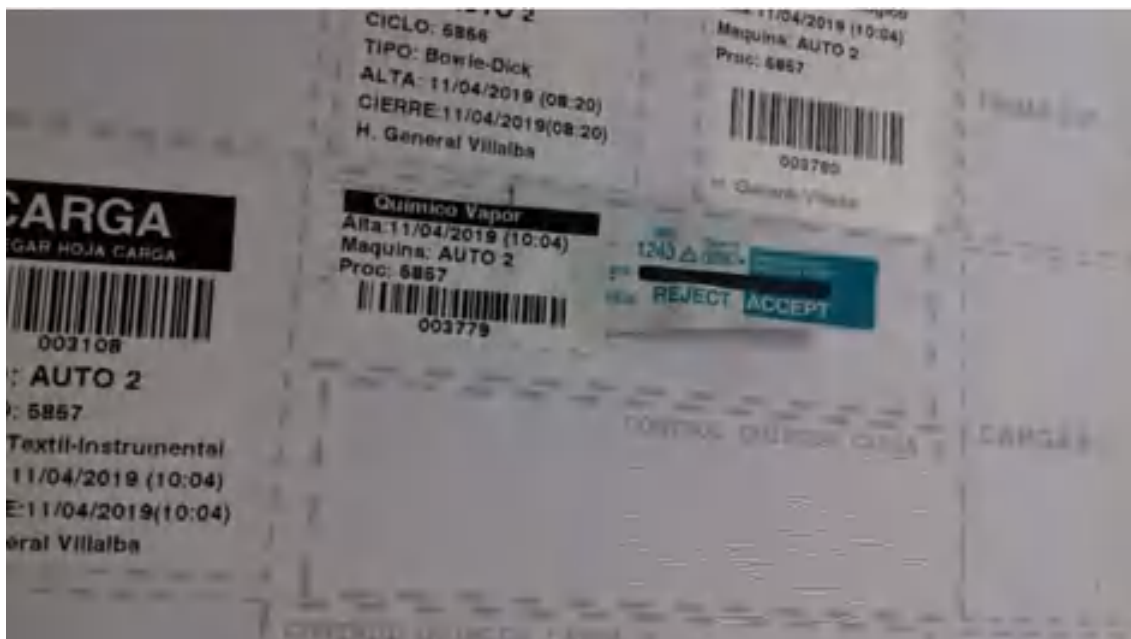
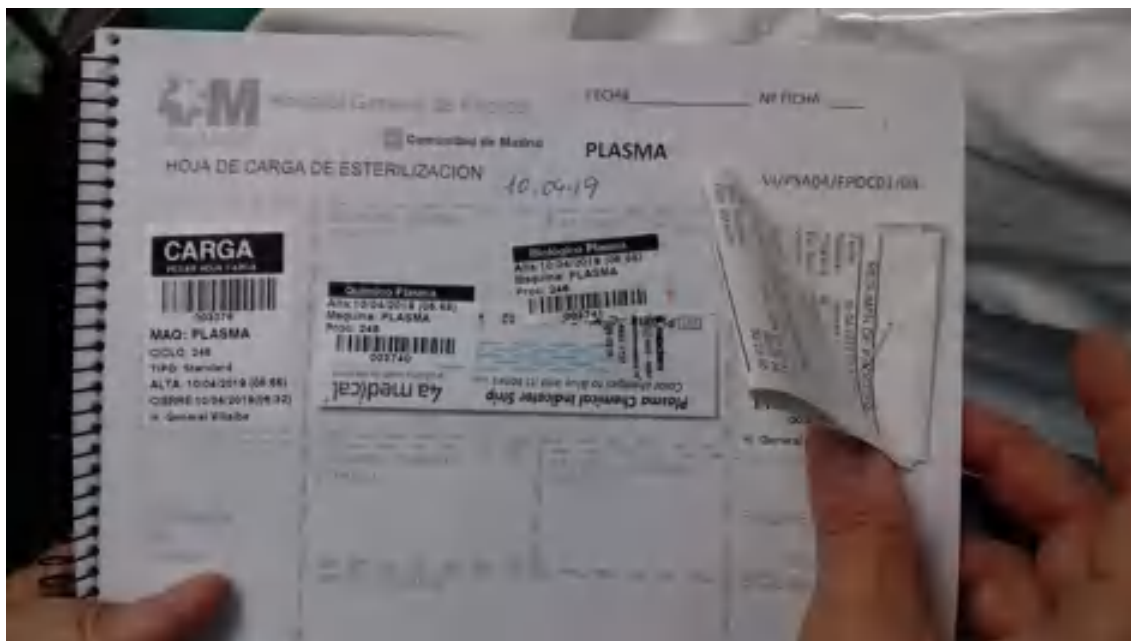








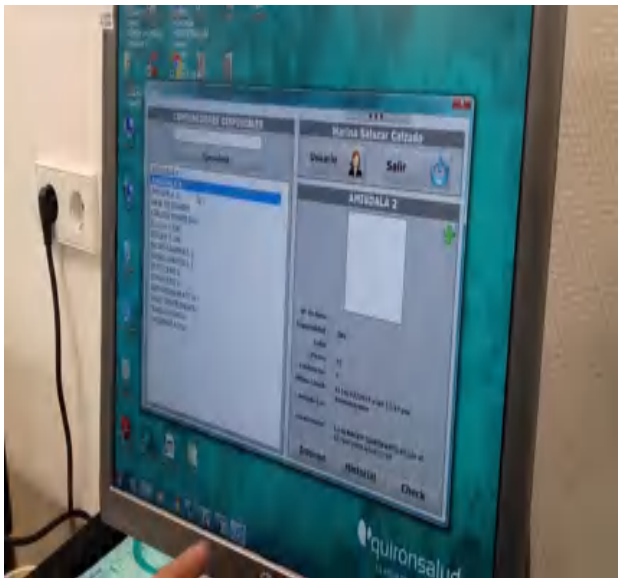
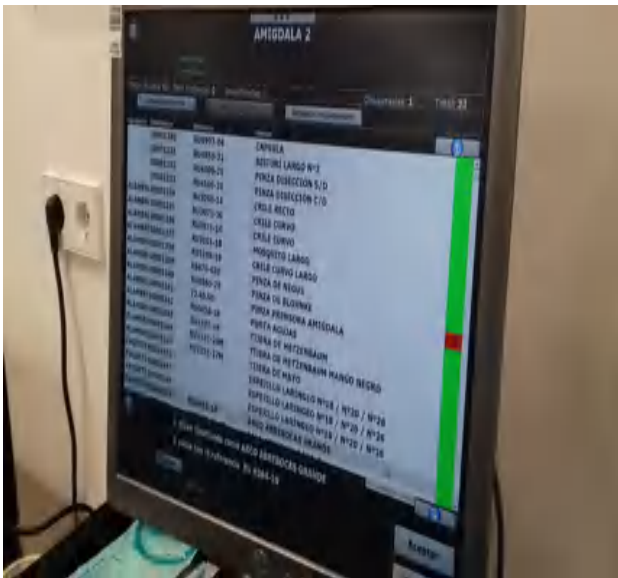
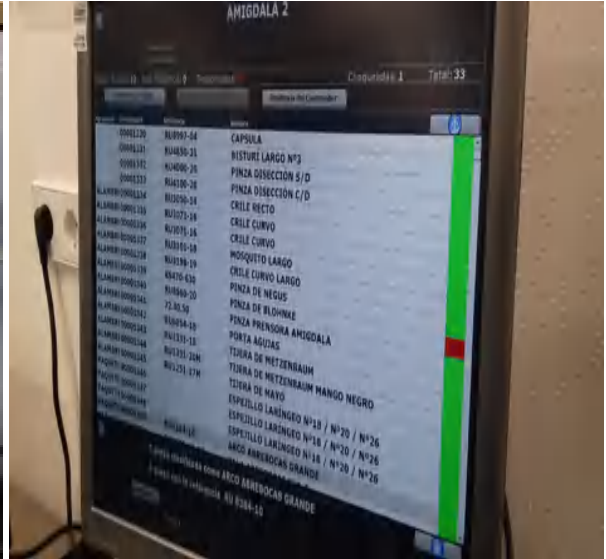
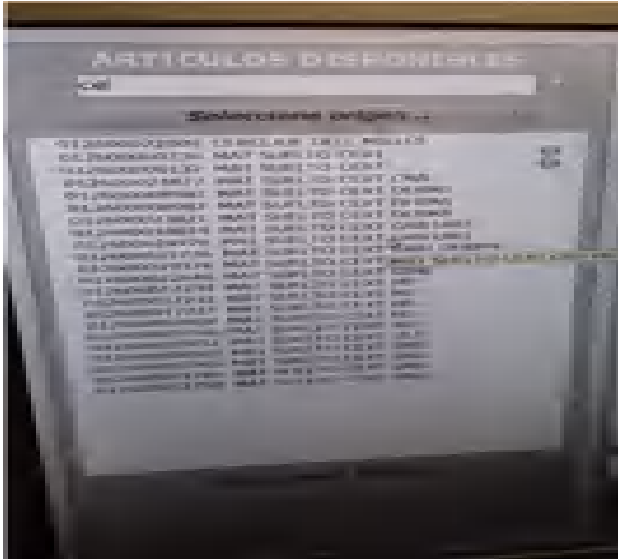


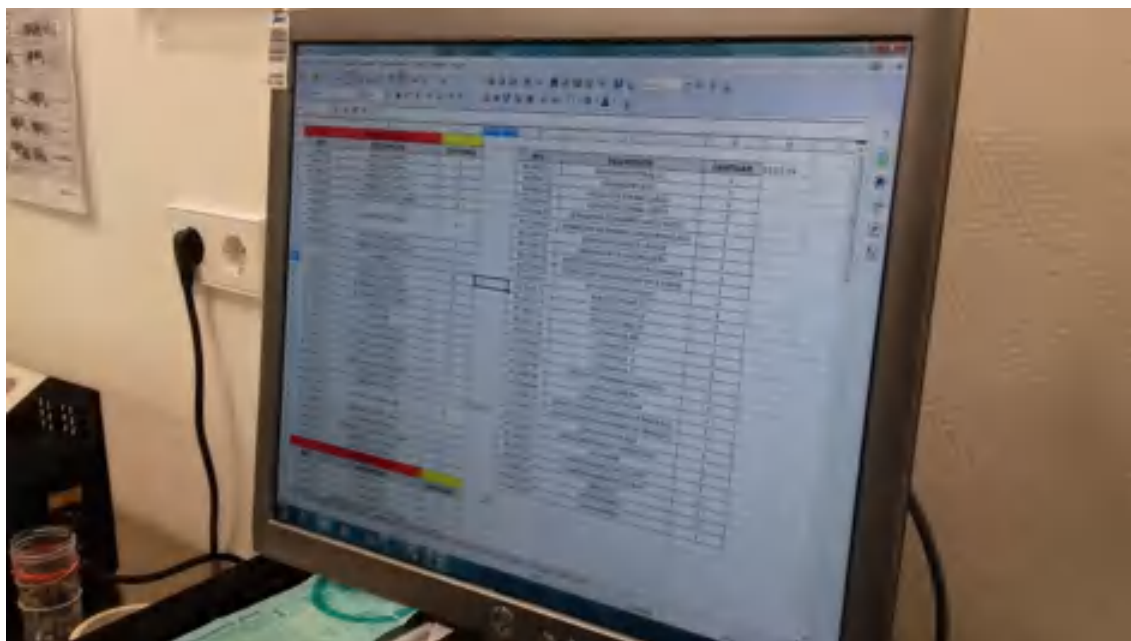


- No se ha protocolizado y documentado la existencia de un stock de seguridad de material estéril en los almacenes de material estéril. El responsable del servicio indica que sí existe dicho stock, que se acuerda con el personal responsable de quirófanos, pero al no estar documentado no se ha podido verificar. Se considera una incidencia, al ser un requerimiento del PPT → **PENDIENTE DE SUBSANAR**.



- No se encuentra documentado y protocolizado el contenido de los contenedores. Se considera un área de mejora → **SUBSANADA**.





## 7.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

### 7.6.1.-INCIDENCIAS LEVES.

1. **INCIDENCIA LEVE REINCIDENTE:** No se ha protocolizado y documentado la existencia de un stock de seguridad de material estéril en los almacenes de material estéril. El responsable del servicio indica que sí existe dicho stock, que se acuerda con el personal responsable de quirófanos, pero al no estar documentado no se ha podido verificar.

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

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

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

### 8.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

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

- Documento de aceptación del gestor de residuos sanitarios.
- Plan de gestión de Prevención de Riesgos Laborales.
- Hoja resumen de los cursos previstos en el Plan de Formación del año 2019.
- Certificados de formación en PRL del personal adscrito al Servicio de Limpieza, responsable de la retirada de los residuos.

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

- Decreto 83/1999, de 3 junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de residuos biosanitarios y citotóxicos de la Comunidad de Madrid.
- Ley 5/2003 de 20 de marzo de residuos de la Comunidad de Madrid.
- Ley 22/2011 de 28 de julio de residuos y suelos contaminados.
- Real Decreto 180/2015, de 13 de marzo de traslado de residuos en el interior del estado.
- NTP 635: Clasificación, envasado y etiquetado de las sustancias peligrosas.
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

### 8.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

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

#### CONTRATO DE TRATAMIENTO

(Real Decreto 180/2015, RDE 07/04/2015)

Código de contrato de tratamiento: DA30280002100120157440624

#### Datos del productor

Razón social:	HOSPITAL COLLADO-VILLALBA		
Denominación del centro:	HOSPITAL COLLADO-VILLALBA	CIF:	A86012424
Dirección:	CTIA M-608 KM 43	CP:	28400
Teléfono:		FAX:	
Municipio:	COLLADO VILLALBA	Provincia:	Madrid
Persona responsable:	Antonio Mateo Suarez	NIMA:	2800086093
Email:	amateos@hgvillalba.es		
Nº registro de productor	13P02A1700014094Y		

#### Datos del residuo

LER:	18 01 06
Características de peligrosidad:	HP5 HP9
Descripción LER:	Productos químicos que consisten en, o contienen, sustancias peligrosas.
Descripción del residuo:	Restos anatómicos en formol
Tratamiento según Anexo I y II de la Ley 22/2011 a los que se somete el residuo:	D15
Periodicidad estimada de los traslados:	Semanal
Cantidad estimada de residuos que se van a trasladar:	100 kg
Información relevante para el traslado:	

#### Datos del gestor/destino

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

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

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

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

FECHA, FIRMA Y SELLO DEL PRODUCTOR	FECHA, FIRMA Y SELLO DEL GESTOR 22 01 18



**CONTRATO DE TRATAMIENTO DE RESIDUOS**  
Real Decreto 180/2015 de 13 de Marzo

Documento Nº **DA00280032053011009022**

**A. DATOS DEL OPERADOR DEL TRASLADO**

Razón Social/Nombre:	Hospital General de Villalba	N.I.F.:	A8607404
N.I.M.A.:	280996093	Provincia:	28 Madrid
Dirección:	C/Carretera Villalba Merlatzaral M 608, km 41	Nº Tel.:	91 781 06 82
Municipio:	Collado Villalba	Nº Fax.:	
Persona de Contacto:	Antonio Mateo Suarez	Mail:	amatos@hgvillalba.es
Número de inscripción en el Registro de Producción y Gestión de Residuos:			13201A160018842P

**B. DATOS DEL PRODUCTOR DEL RESIDUO**

Razón Social/Nombre:	Hospital General de Villalba	N.I.F.:	A86012424
N.I.M.A.:	2806086093	Provincia:	28 Madrid
Dirección:	C/Carretera Villalba Merlatzaral M 608, km 41	Nº Tel.:	91 781 06 82
Municipio:	Collado Villalba	Nº Fax.:	
Persona Responsable:	Antonio Mateo Suarez	Mail:	amatos@hgvillalba.es
Número de inscripción en el Registro de Producción y Gestión de Residuos:			13201A160018842P

**C. DATOS DEL RESIDUO QUE SE TRANSFIERE**

Nombre del residuo:	Agua de laboratorio
Código según la Lista Europea de Residuos (L.E.R.) Decisión 2014/93/UE:	140506
Descripción LER:	Productos químicos de laboratorio que consisten en, o contienen, sustancias peligrosas, incluidas las mezclas de productos químicos de laboratorio
Código Anexo (Ley 22/2011):	R12
Reglamento (UE) 1357/2014 Características de los Residuos:	H2

**D. DATOS DEL CENTRO GESTOR**

Razón Social/Nombre:	Gestión y Valorización Integral del Centro, S.L.	N.I.F.:	B86246691
N.I.M.A.:	2800372053	Provincia:	28 Madrid
Dirección:	C/ Tecnología 2 Pol. Ind. Las Olivas	Nº Tel.:	916011157
Municipio:	Getafe	Nº Fax.:	916826421
Persona Responsable:	Esterla Herrera Márquez	Mail:	info@gcvvalorizacion.es
Número de inscripción en el Registro de Producción y Gestión de Residuos:			AAJMDQ11/10434

**OTROS DATOS DOCUMENTO ACEPTACIÓN**

Parámetros de Admisión:	Condiciones generales: Ver al ítem		
Admisión:	Si		
Frecuencia:	0,5 p/semanal		
Cantidad:	9,80	Volumen:	-
Forma de Envase:	07	Cilindros:	

**F. OBLIGACIONES DE LAS PARTES EN CASO DE INCIDENCIA**

En el caso en que los residuos reexpedidos no cumplan con los parámetros físico-químicos acordados, indicados en el presente documento o otras establecidas entre las partes, o que los envases y embalajes que los contienen no cumplan con el medio de transporte que los transporta ni sus condiciones o lo establecido por la legislación vigente, el Gestor del traslado será responsable de todas las posibles daños y perjuicios económicos o de otro índole que pudieran derivarse. En el caso que GVC Valorización, PV GETAFE rechace los residuos, se actuará de acuerdo a lo establecido en el Artículo 7 del Real Decreto 180/2015

Fecha: 18/06/2018

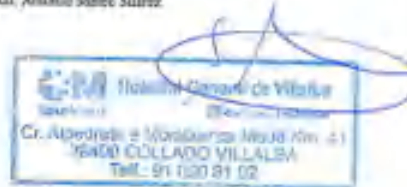
**GESTOR**  
GVC Valorización, PV GETAFE

**OPERADOR DEL TRASLADO**  
Hospital General de Villalba

Fdo: Esterla Herrera Márquez



Fdo: Antonio Mateo Suarez



Carretera del Valle, 12 Pol. Ind. Las Olivas  
28930 Getafe, Madrid  
No: 91 601 11 57  
Email: info@gcvvalorizacion.es

Carretera del Valle, 12 Pol. Ind. Las Olivas  
28930 Getafe, Madrid  
Tel: 91 601 11 57  
Fax: 91 602 64 21  
www.gcvvalorizacion.es





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

Comunidad de Madrid

Dirección General de Medio Ambiente y Sostenibilidad | Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio  
Creciente del Sistema de Identificación Medio Ambiental

Consulta de Número de Identificación Medio Ambiental (NIMA)

**Sede**

NIF: A6109842 Razón Social: SPCL CONSENUR CEE, S.A.  
Dirección Sede: Calle RIO EBRO S/N Polígono FINANZAJITO 28500 Arganda del Rey, Madrid  
Municipio: Arganda del Rey Código INE Municipio: 280148 CP: 28500  
Provincia: Madrid Código INE Provincia: 28

**Centro**

Denominación del Centro: SPCL CONSENUR CEE, S.A.  
NIMA: 200021001  
Dirección Centro: CALLE BATALLA DE BRUMETE 20 Polígono CODEM 28946 Fuenteabrada, Madrid  
Municipio: Fuenteabrada Código INE Municipio: 280507 CP: 28946  
Provincia: Madrid Código INE Provincia: 28

**Autorizaciones**

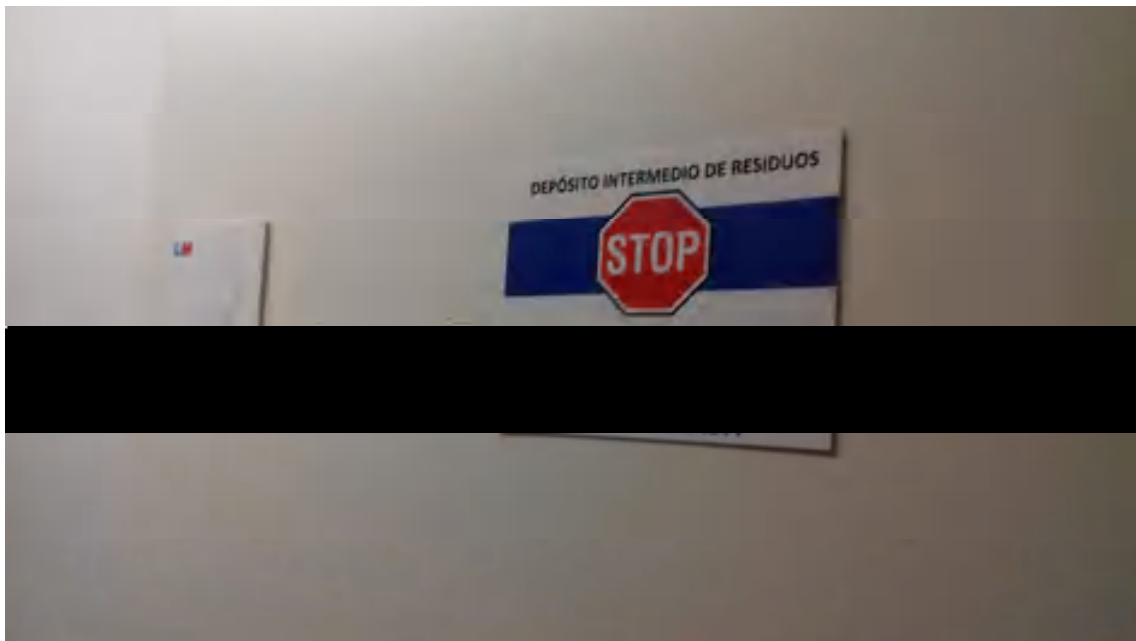
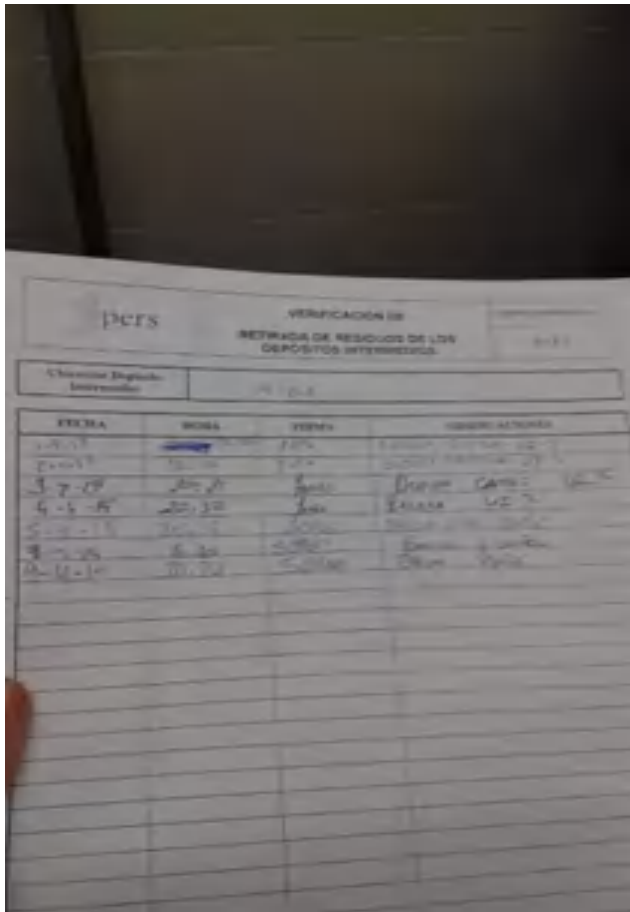
Tipología autorización	Nº Autorización	Estado	Fecha Comenzación	Fecha Finiquito	Fecha Actualización	Fecha de Vige	
G03 - Centro Gestor de residuos peligrosos	13021A1500035984	Autorizada/Registrada		26/03/2017	06/05/2016		Consultar
G04 - Centro Gestor de residuos no peligrosos	13G04A14000759401	Autorizada/Registrada		26/03/2017	08/06/2016		Consultar

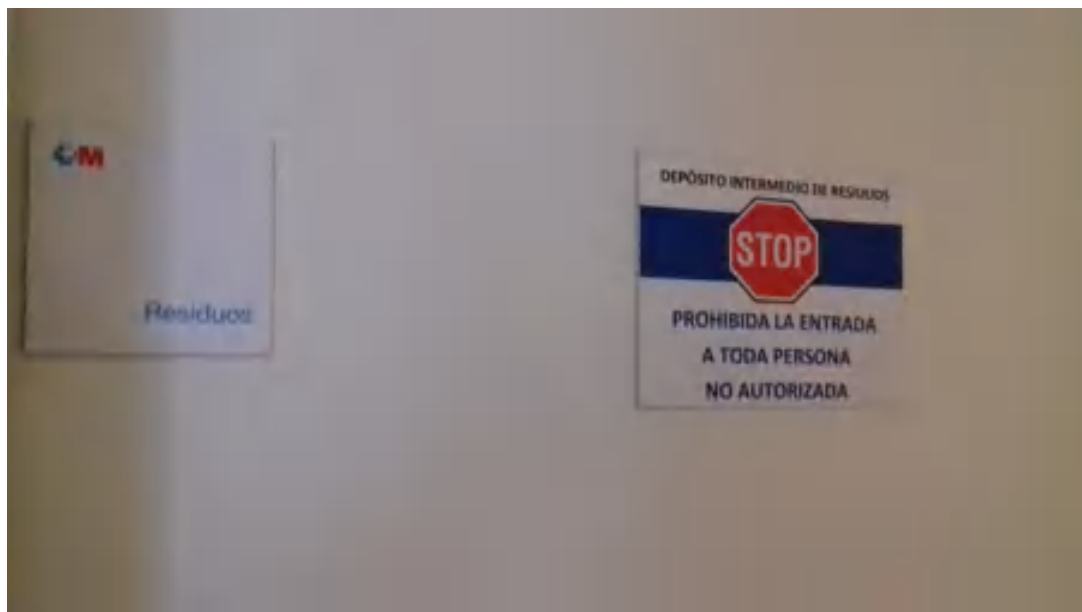
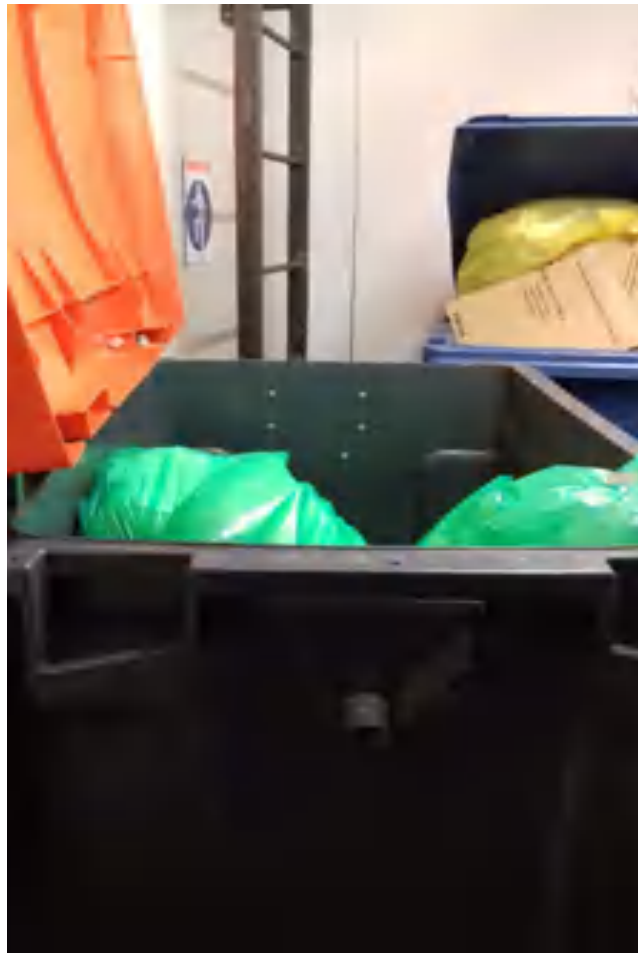
- El personal tiene la formación adecuada para el puesto que desarrolla.
- Se hace la recogida con la frecuencia establecida.



- Las zonas destinadas a almacenamiento de residuos esta señalizada.





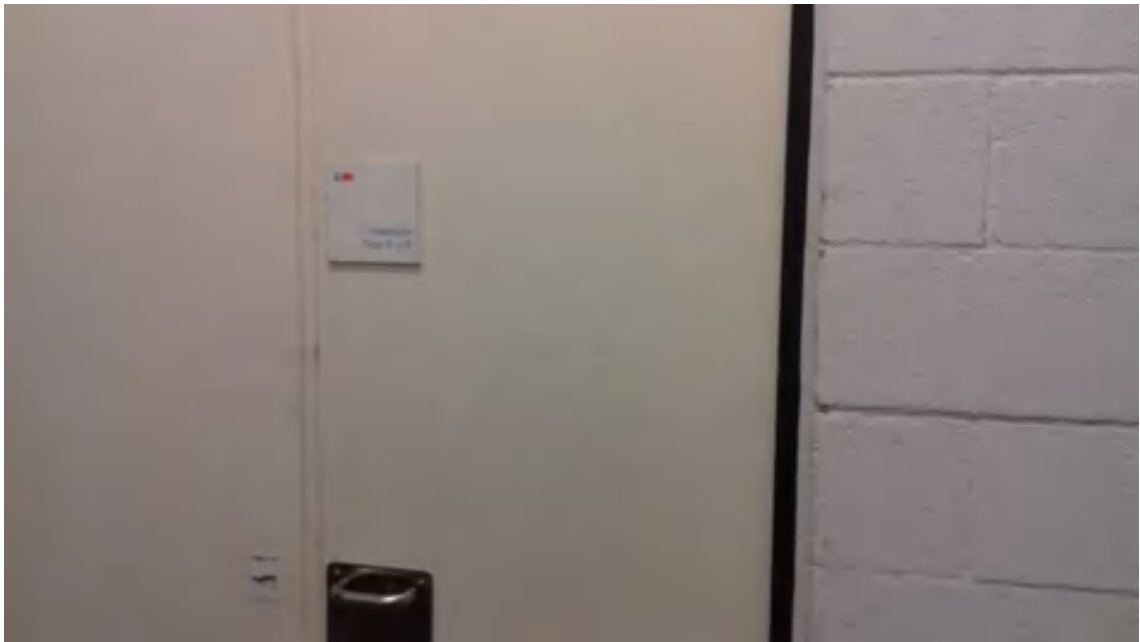




pers VERIFICACION DE RETRACA DE RESIDUOS DE LOS DEPÓSITOS INTERMEDIOS

2. Unidad Depósito Intermedio: 997-302

FECHA	HORA	TIPO	INDICACIONES
1-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
2-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
3-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
4-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
5-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
6-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
7-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
8-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
9-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
10-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
11-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
12-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
13-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
14-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
15-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
16-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
17-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
18-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
19-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
20-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
21-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
22-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
23-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
24-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
25-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
26-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
27-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
28-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
29-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos
30-1-18	11:30	Entrada	Entrada de residuos



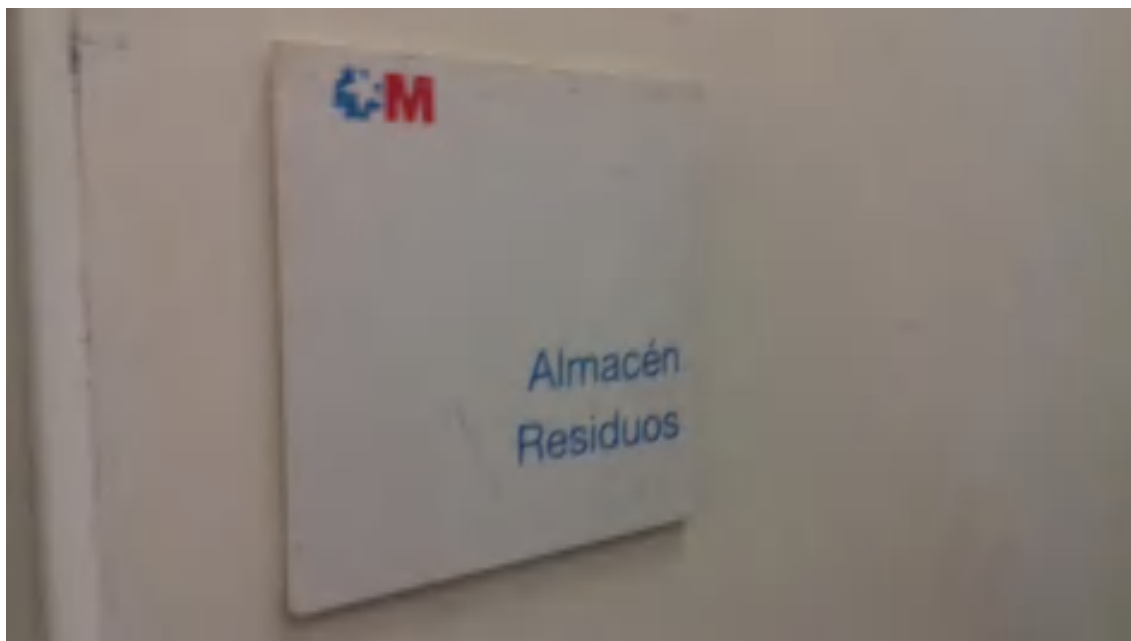














- Se cumple la normativa de residuos y se dispone de un sistema de gestión de prevención de riesgos laborales:
  - Se ha comprobado que se dispone de un Plan de Prevención de Riesgos Laborales, de agosto de 2016, donde se indican los riesgos y medidas preventivas asociadas al servicio de gestión de residuos.
  - Se evidencia un plan de formación para el año 2019:



*Prevision Formacion 2019.*

Área Conocimientos	Curso	Tipo de curso	Situación	Fecha	Origen de la Necesidad	Gestivos Dominancia	Nº personas a formar (cobertura)
Competencias técnicas asistenciales	GESTION DE RESIDUOS	SESION	En Planificación	mar-19	Medicina Preventiva	Todos	30
Competencias técnicas asistenciales	GESTION DE RESIDUOS	SESION	En Planificación	jun-19	Medicina Preventiva	Todos	30
Competencias técnicas asistenciales	GESTION DE RESIDUOS	SESION	En Planificación	sep-19	Medicina Preventiva	Todos	30
Competencias técnicas asistenciales	GESTION DE RESIDUOS	SESION	En Planificación	dic-19	Medicina Preventiva	Todos	30
Competencias técnicas asistenciales	GESTION DE RESIDUOS	SESION	En Planificación	oct-19	Medicina Preventiva	Todos	30

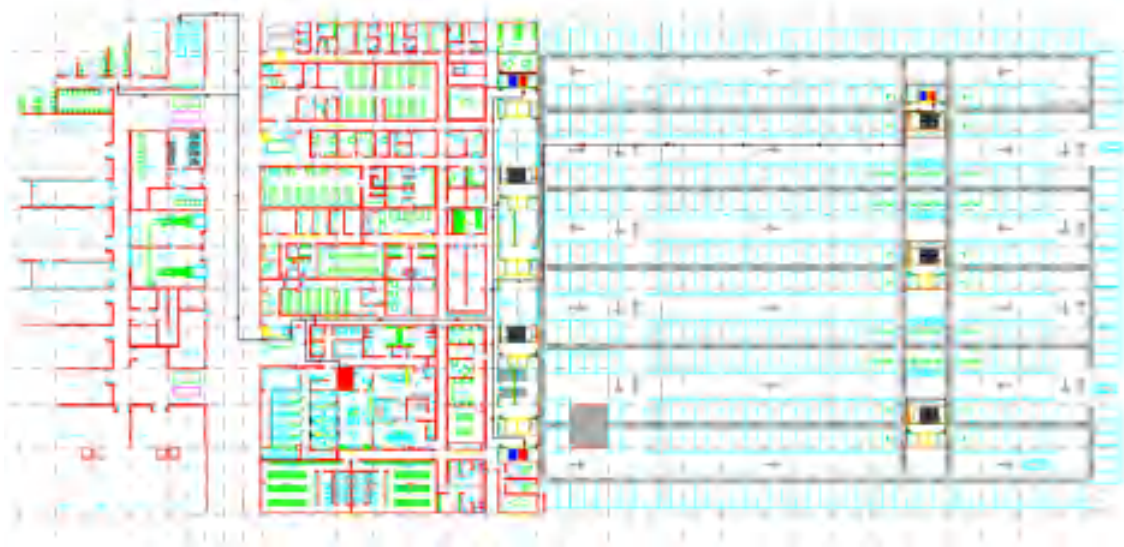




- Se ha evidenciado la existencia de registros del personal en el que consta que se ha recibido un curso de PRL en gestión de residuos en las siguientes fechas:
  - Daniel Molero: 15/09/15
  - José Manuel Flores: 14/11/17-28/11/17
  - Ismael Kartouch: 15/09/15-1/10/15
  - Jorge Martín: 15/09/15-1/10/15
  - Sergio Moreno: 26/06/2016
- Se ha comprobado que en los quirófanos y en las habitaciones, las bolsas de basura se transportan cerradas y no se arrastran por el suelo.
- Se han visitado los almacenes intermedios y se ha comprobado que las bolsas de residuos no están en el suelo
- Se ha comprobado que en los horarios en los que se transportan los residuos en los ascensores son exclusivos para este menester
- Se evidencian los correspondientes registros de lavado y desinfección de ascensores después del horario de su utilización para transporte de residuos
- Los envases que contienen residuos tóxicos y peligrosos están correctamente identificados
- Se comprueba que los almacenes intermedios son limpiados con una frecuencia adecuada
- Los contenedores de residuos se limpian diariamente en la zona de residuos final
- El almacén de residuos sanitarios está ubicado en la planta 0, en un edificio independiente al de los demás servicios del Hospital de Villalba con acceso directo a la calle para la retirada de residuos sanitarios por parte del Gestor Autorizado. Está señalizado y queda prohibida la entrada a toda persona no autorizada, estando cerrado bajo llave. El almacén de residuos sanitarios está cubierto, de una superficie fácil de limpiar, alejado de ventanas y rejillas, con acceso sin escalones y pendientes menor al 5%. El punto de evacuación final se compone de varios almacenes en función del tipo de residuo, una zona de lavada de cubos y carros así como de contenedores exteriores, uno para objetos más grandes como muebles, y otro para el vidrio.
- La retirada de los envases contaminados de residuos sanitarios de cada uno de los Servicios y la reposición de envases se realiza diariamente por parte del Responsable de la Gestión de Residuos de acuerdo a la Programación, si bien, se puede modificar en función de los residuos sanitarios generados que depende directamente del volumen de actividad asistencial en cada uno de los Servicios.



- El Responsable de la Gestión de Residuos lleva a cabo el pesaje de todos los envases de residuos tóxicos retirados para comprobar que coincide con lo indicado por el Proveedor, empleando para ello una báscula correctamente calibrada.
- En el Hospital de Villalba existe un circuito técnico por donde se lleva a cabo la retirada de los residuos sanitarios de cada uno de los Servicios del Hospital, disponiendo de un ascensor para uso exclusivo de retirada de residuos sanitarios.



- También se ha evidenciado la colocación en todos los depósitos intermedios de carteles informativos acerca de la correcta segregación de los diferentes tipos de residuos que se producen en el hospital.



- El personal va debidamente uniformado e identificado.

## 8.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

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

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

Nivel de cumplimiento exigible: 8 sobre 10

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

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

Resultado: 10

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

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

Donde:

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

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

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

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

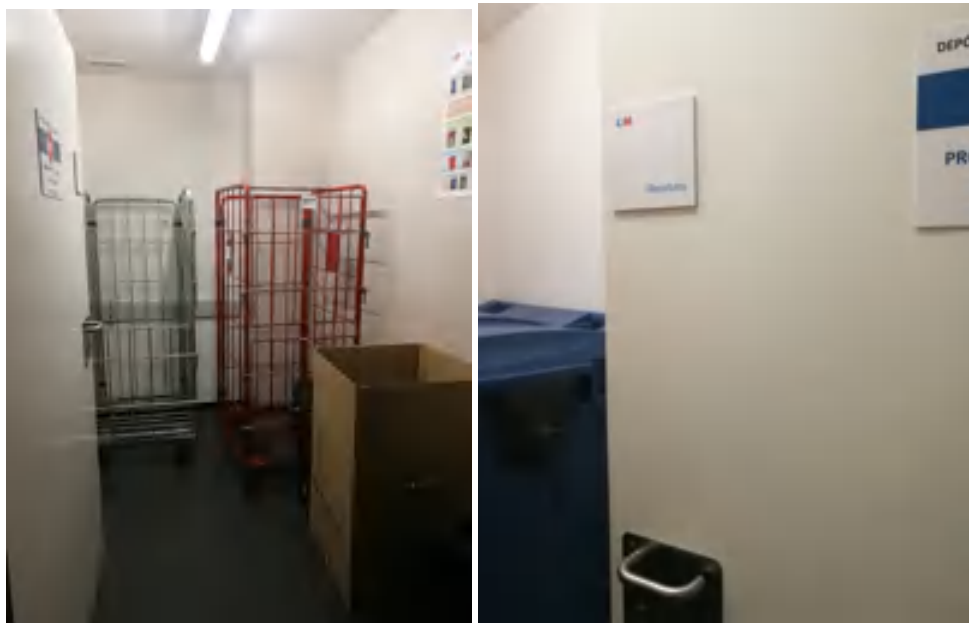
Resultado: 9

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

A continuación, se indican las incidencias detectadas en la auditoría en relación con el Servicio de Gestión de Residuos, que se observaron ya en la auditoría anterior:

### 8.5.1.-INCIDENCIAS CRÍTICAS.

1. Se han podido evidenciar dos puertas de seis almacenes intermedios visitados de residuos abiertas durante el desarrollo de la auditoría. Según el DECRETO 83/1999, de 3 de junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de los residuos biosanitarios y citotóxicos en la Comunidad de Madrid "Todos los locales destinados al depósito intermedio de residuos deberán estar cerrados o bajo constante supervisión por parte del personal del centro productor" → **PENDIENTE DE SUBSANAR** (4 abiertos de 8 inspeccionados):



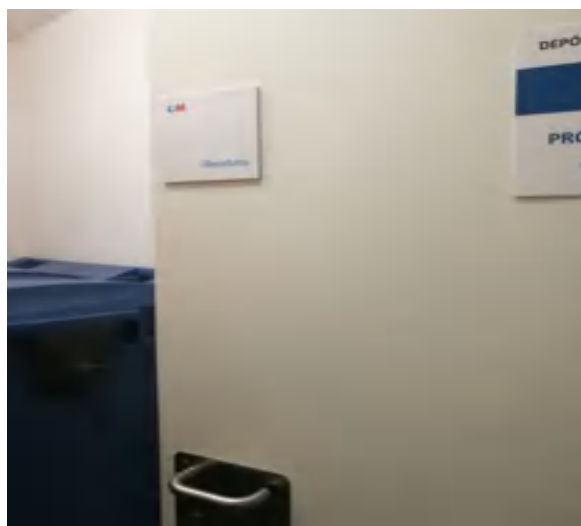
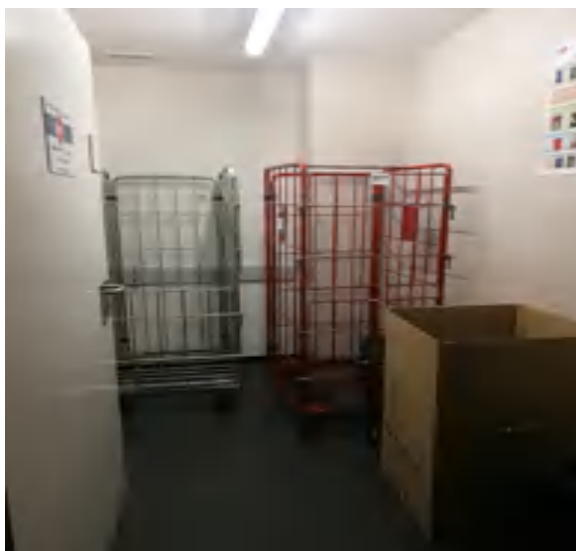
### 8.5.2.-INCIDENCIAS LEVES.

1. Se han podido evidenciar envases contaminados fuera de las bolsas empleadas para su recogida, si bien se trata de un caso aislado. La bolsa destinada para tal uso superaba en este caso el 75 % del llenado recomendado → **SUBSANADA**.

## 8.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

### 8.6.1.-INCIDENCIAS CRÍTICAS.

1. **INCIDENCIA CRÍTICA REINCIDENTE:** Se han podido evidenciar cuatro puertas de seis almacenes intermedios visitados de residuos abiertas durante el desarrollo de la auditoría. Según el DECRETO 83/1999, de 3 de junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de los residuos biosanitarios y citotóxicos en la Comunidad de Madrid *"Todos los locales destinados al depósito intermedio de residuos deberán estar cerrados o bajo constante supervisión por parte del personal del centro productor"*



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

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

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

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



**FICHA TECNICA**

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

ARTICULO: BOLSA DE BASURA COMUNIDAD

MEDIDA	CM.	85X105 (+/-5%)
ESPESOR	MICRAS	42,5(+/-5%)
COLOR		VERDE
MATERIA PRIMA		PE BAJA DENSIDAD RECIKLADO
TIPO DE SOLDADURA		PLANA
PRESENTACION:		UNIDADES ROLLO: 10 CON VITOLA
		ROLLOS/CAJA: 25
		PALETS: 32 CAJAS

# Plasoeste

## Ficha Técnica de Producto

Sociedade Transformadora de Plásticos, Lda.

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



### Identificación de Producto

**Código** .....: SX.DMB501050-003

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

**Materia Prima Base:** POLIETILENO

**Cantidad x Caja :** 40 UN

### Características

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

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

**Espesor** .....: 0,020 mm (galga 80)

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

### Contacto con los Alimentos:

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







**pers** VERIFICACIÓN DE RETIRADA DE RESIDUOS DE LOS DEPÓSITOS INTERMEDIOS

Unidades Operativas Intermedias: *U11 U12*

FECHA	HORA	TIPO	COMENTARIOS
10-4-18	10:15	U11	Basura
10-4-18	10:20	U12	Basura
10-4-18	10:30	U11	Basura
10-4-18	10:40	U12	Basura
10-4-18	10:50	U11	Basura
10-4-18	11:00	U12	Basura
10-4-18	11:10	U11	Basura
10-4-18	11:20	U12	Basura
10-4-18	11:30	U11	Basura
10-4-18	11:40	U12	Basura
10-4-18	11:50	U11	Basura
10-4-18	12:00	U12	Basura

**pers** VERIFICACIÓN DE RETIRADA DE RESIDUOS DE LOS DEPÓSITOS INTERMEDIOS

Unidades Operativas Intermedias: *Sí Hospit*

FECHA	HORA	TIPO	COMENTARIOS
10-4-18	9:15	U11	Basura
10-4-18	9:20	U12	Basura
10-4-18	10:30	U11	Basura
10-4-18	11:30	U12	Basura

**pers** VERIFICACIÓN DE RETIRADA DE RESIDUOS DE LOS DEPÓSITOS INTERMEDIOS

Unidades Operativas Intermedias: *U11 U12*

FECHA	HORA	TIPO	COMENTARIOS
10-4-18	10:15	U11	Basura
10-4-18	10:20	U12	Basura
10-4-18	10:30	U11	Basura
10-4-18	10:40	U12	Basura
10-4-18	10:50	U11	Basura
10-4-18	11:00	U12	Basura
10-4-18	11:10	U11	Basura
10-4-18	11:20	U12	Basura
10-4-18	11:30	U11	Basura
10-4-18	11:40	U12	Basura
10-4-18	11:50	U11	Basura
10-4-18	12:00	U12	Basura

**pers** VERIFICACIÓN DE RETIRADA DE RESIDUOS DE LOS DEPÓSITOS INTERMEDIOS

Unidades Operativas Intermedias: *Sí Hospit*

FECHA	HORA	TIPO	COMENTARIOS
10-4-18	9:15	U11	Basura
10-4-18	9:20	U12	Basura
10-4-18	10:30	U11	Basura
10-4-18	11:30	U12	Basura

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

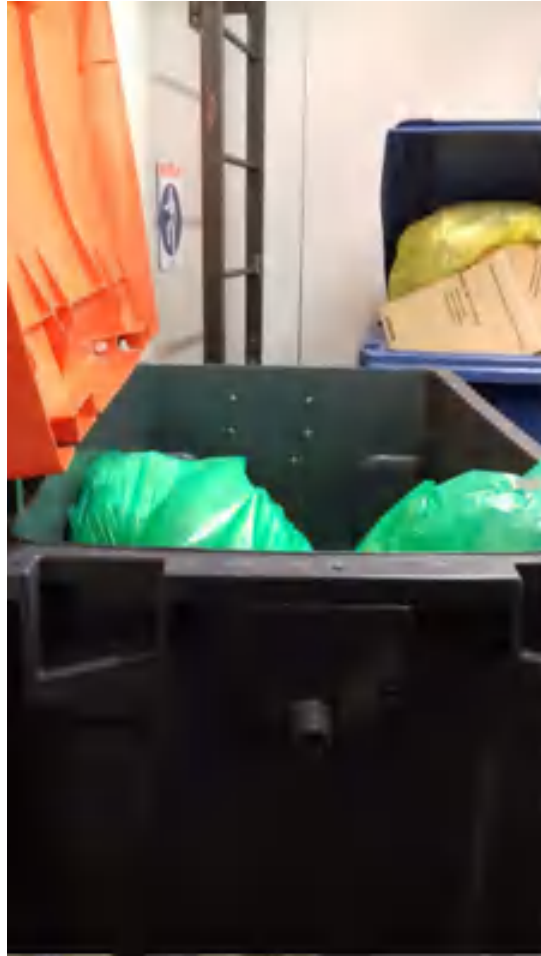




3. En el momento de la auditoría, se han podido evidenciar varios depósitos intermedios de residuos colapsados, en un estado no adecuado, observándose cartones por el suelo: (NUEVA)













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

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

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

### 9.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

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

- Programa de mantenimiento del segundo trimestre de 2018.
- Planos con indicación de las rutas de acceso
- Planos con indicación de las rutas de accesos a los vehículos de emergencia.
- Planos con indicación de las vías de evacuación alternativas en caso de incendio o cualquier otra eventualidad.
- Ficha de seguridad de los productos empleados
- Fichas de las especies vegetales existentes en el Hospital

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

- Ley 8/1993, de 22 de junio de Promociones de la Accesibilidad y Supresión de barreras arquitectónicas.
- Ley 15/1995, de 30 de mayo sobre límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad.
- Ley 1/1998, de 5 de mayo, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas y de la Comunicación.
- Decreto 13/2007 de 15 de marzo, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el "Reglamento Técnico de Desarrollo en Materia de promoción de la Accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas"
- Orden VIV/561/2010, de 1 de febrero, por la que se desarrolla el documento técnico de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados.
- Código Técnico de la Edificación.
- DB-SUA de Seguridad de Utilización y Accesibilidad
- Real Decreto 1311/2012, de 14 de septiembre, por el que se establece el marco de actuación para conseguir un uso sostenible de los productos fitosanitarios.

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

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

### 9.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

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

**UNICA**

**CONTROL DE JARDINERIA**

JARDINERIA

TAREA	F (7)	DÍAS																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
REVISION GENERAL JARDINES					X			X		X	X	X					X	X			X	X							X	X		
ELIMINACION DE RESIDUOS					X			X		X	X	X					X	X			X	X						X	X			
TRATAMIENTO FITOSANITARIO																																
REPLANTACIONES																																
PODAS																																
REVISION RIEGO POR GÓTEO																																
RIEGOS INTERIORES					X													X								X						
PARQUE INFANTIL					X			X		X	X	X					X	X			X	X			X	X		X	X			

Fr (7): Frecuencia Segun Uso (S.U.)

FIRMA UNICA:  4/06/2018  
Pablo Serrano

FIRMA IDC:   
Gustavo Quiñones Linde



CONTROL DE JARDINERIA

CENTRO: HOSPITAL GENERAL VILLALBA  
ACCESOS:

ÁREA: JARDINERIA

MES: MAYO

AÑO: 2018

TAREA	F.U. (*)	DÍAS																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ACCESO PRINCIPAL	S.U.				X			X		X	X						X		X			X	X			X	X		X	X		
ACCESO DE URGENCIAS					X			X		X	X						X		X			X	X			X	X		X	X		
OTROS ACCESOS	S.U.				X			X		X	X						X		X			X	X			X	X		X	X		
VIALES PRINCIPALES	S.U.				X			X		X	X						X		X			X	X			X	X		X	X		
OTROS VIALES	S.U.				X			X		X	X						X		X			X	X			X	X		X	X		
SUMIDEROS E IMBORNALES																													X			
LIMPIEZA DE LAMINAS DE AGUA										X									X			X								X		

- JARDINERÍA: Se ha podido evidenciar una correcta poda, la eficacia de los tratamientos fitosanitarios, un riego de acuerdo a las necesidades, así como un correcto mantenimiento de la red de riego por goteo instalada en los jardines.

Seleccione Tipo de Mantenimientos

Por Árbol depl./E.S.M.

Por Descripción

Selección por Fechas  
 Tipo Fecha:  Realización  Solicitud  
 Fecha Inicial  Prevista  
 Fechas  Todos  
 Desde:    
 Fecha en que se cierra

Selección por Tipo de Mantenimiento  
 Preventivo En Curso  
 Preventivo Realizado  
 Correctivo En Curso  
 Correctivo Realizado  
 Conductivo En Curso  
 Conductivo Realizado

Selección por Número  
 Activar  
 Desde:   
 Hasta:

Selección por Inversión/Presupuesto  
 Activar

Selección por Número de Tarea  
 Activar Tarea:

Selección por Estado PDA  
 Activar

Selección O.T. Detenidas  
 Todas  Sólo Detenidas  Sólo NO Detenidas





Item	Material	Marca	Modelo	Descripción de B.O.B.	Descripción	Unidad de Medida	Requisitos	Fecha	Estado	Observaciones
1	11.261	104	HOM-PE-8A-00001	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
2	11.262	104	HOM-PE-8A-00002	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
3	11.263	104	HOM-PE-8A-00003	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
4	11.264	104	HOM-PE-8A-00004	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
5	11.265	104	HOM-PE-8A-00005	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
6	11.266	104	HOM-PE-8A-00006	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
7	11.267	104	HOM-PE-8A-00007	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
8	11.268	104	HOM-PE-8A-00008	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
9	11.269	104	HOM-PE-8A-00009	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
10	11.270	104	HOM-PE-8A-00010	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
11	11.271	104	HOM-PE-8A-00011	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
12	11.272	104	HOM-PE-8A-00012	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
13	11.273	104	HOM-PE-8A-00013	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
14	11.274	104	HOM-PE-8A-00014	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
15	11.275	104	HOM-PE-8A-00015	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
16	11.276	104	HOM-PE-8A-00016	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
17	11.277	104	HOM-PE-8A-00017	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
18	11.278	104	HOM-PE-8A-00018	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
19	11.279	104	HOM-PE-8A-00019	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
20	11.280	104	HOM-PE-8A-00020	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
21	11.281	104	HOM-PE-8A-00021	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
22	11.282	104	HOM-PE-8A-00022	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
23	11.283	104	HOM-PE-8A-00023	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
24	11.284	104	HOM-PE-8A-00024	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
25	11.285	104	HOM-PE-8A-00025	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
26	11.286	104	HOM-PE-8A-00026	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
27	11.287	104	HOM-PE-8A-00027	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
28	11.288	104	HOM-PE-8A-00028	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
29	11.289	104	HOM-PE-8A-00029	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
30	11.290	104	HOM-PE-8A-00030	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
31	11.291	104	HOM-PE-8A-00031	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
32	11.292	104	HOM-PE-8A-00032	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
33	11.293	104	HOM-PE-8A-00033	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
34	11.294	104	HOM-PE-8A-00034	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
35	11.295	104	HOM-PE-8A-00035	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
36	11.296	104	HOM-PE-8A-00036	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
37	11.297	104	HOM-PE-8A-00037	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
38	11.298	104	HOM-PE-8A-00038	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
39	11.299	104	HOM-PE-8A-00039	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
40	11.300	104	HOM-PE-8A-00040	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
41	11.301	104	HOM-PE-8A-00041	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
42	11.302	104	HOM-PE-8A-00042	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
43	11.303	104	HOM-PE-8A-00043	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
44	11.304	104	HOM-PE-8A-00044	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
45	11.305	104	HOM-PE-8A-00045	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
46	11.306	104	HOM-PE-8A-00046	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
47	11.307	104	HOM-PE-8A-00047	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
48	11.308	104	HOM-PE-8A-00048	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
49	11.309	104	HOM-PE-8A-00049	MAQUINA DE	MAQUINA DE					
50	11.310	104	HOM-PE-8A-00050	MAQUINA DE	MAQUINA DE					

- La zona ajardinada se mantiene en condiciones seguras y señalizadas:







## PROYECTO DE RECUPERACIÓN AMBIENTAL E INTEGRACIÓN PAISAJÍSTICA DEL NUEVO HOSPITAL DE COLLADO VILLALBA

### INDICE

#### MEMORIA

1. OBJETO DEL PROYECTO
2. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTUACIONES
3. SELECCIÓN DE ESPECIES
4. PLAN DE MANTENIMIENTO
5. ORGANIZACIÓN TEMPORAL DEL TRABAJO

#### PLANOS

1. PLAN DE LOCALIZACIÓN (ESCALA 1:25.000).
2. PLAN DE PLANTACIÓN Y SIEMBRA (ESCALA 1:1.000).

#### MEDICIONES Y PRESUPUESTO

### 3. SELECCIÓN DE ESPECIES

Las especies seleccionadas, junto con su tamaño y número de unidades son las siguientes:

#### 1. Actuación nº 3. Siembra y plantación de vegetación autóctona en la parcela a restaurar.

##### Siembra

Especie	Proporción	Nº de unidades
<i>Quercus ilex subsp. rotundifolia</i> Encina	50%	300
<i>Quercus faginea</i> Quejigo	25%	50
<i>Quercus pyrenaica</i> Rebollo	25%	50
<b>Total</b>		<b>600</b>

##### Plantación zona encinares

Especie	Tamaño (m)	Proporción	Nº de unidades
<i>Juniperus oxycedrus</i> Terebinto	1	10%	5
<i>Arbutus uncea</i> Madroño	1	10%	5
<i>Rosa canina</i> Rosa silvestre	0,5	10%	20
<i>Corylus monogyna</i> Maguejo	0,5	40%	70
<b>Total</b>			<b>50</b>

##### Plantación zona fresnedas

Especie	Tamaño (m)	Proporción	Nº de unidades
<i>Fraxinus angustifolia</i> Fresno	2	30%	30
<i>Populus alba</i> Álamo blanco	2	10%	10
<i>Salix alba</i> Sauce blanco	1,5	10%	10
<i>Salix atrocinerea</i> Sauce centizo	1,5	10%	10
<i>Salix nigra</i> Sauce negro	1,5	10%	10
<i>Syringa vulgaris</i> Sirla del cazador	1,5	8%	8
<i>Corylus avellana</i> Avellano	1,5	7%	7
<i>Alnus glutinosa</i> Alno	1,5	5%	5
<i>Fragaria vesca</i> Arandano	1,5	5%	5
<i>Sambucus nigra</i> Saúco	1,5	5%	5
<b>Total</b>			<b>100</b>

2. Actuación N° 4 Restauración de los arroyos del Casal y de la Póveda.

Especie	Tamaño (m)	Proporción	% de unidades
Populus alba Álamo blanco	2	12,1%	50
Salix alba Sauce blanco	1,5	34,11%	140
Salix purpurea Sauce cenizo	1,5	26,4%	106
Salix atrocinerea Sauce negra	1,5	26,4%	106
<b>Total</b>			<b>402</b>

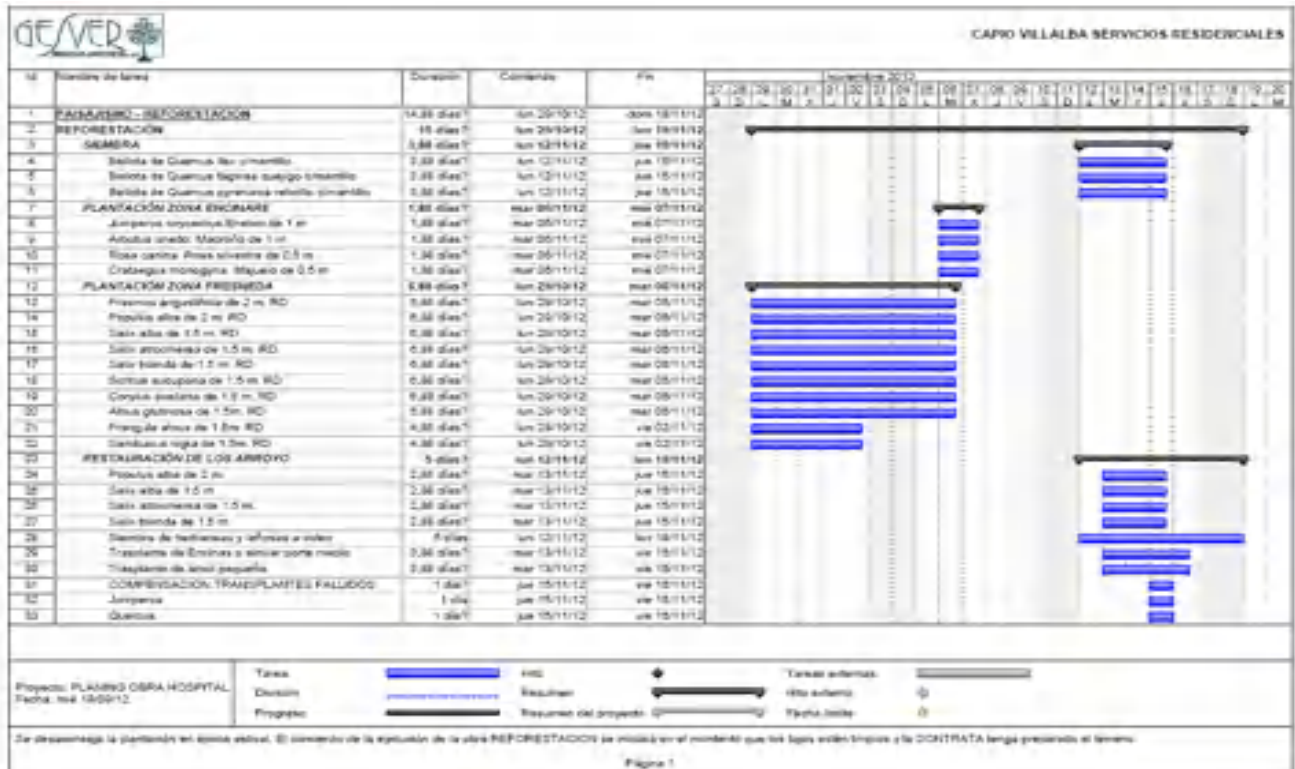
3. Actuación N° 4 Restauración de la escollera.

**Composición muestra de herbáceas**

<i>Agrivis tenuis</i>	30%	
<i>Agrivis scabrifera</i>		30%
<i>Festuca rubra</i>	30%	
<i>Alopecurus pratensis</i>		10%

**Composición muestra de leñosas**

<i>Quercus ilex subsp. rotundifolia</i> Encina	50%
<i>Quercus faginea</i> Quejigo	25%
<i>Quercus pyrenaica</i> Rebollo	25%





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

- Conservación de plantaciones: No se detectan incidencias de ningún tipo.



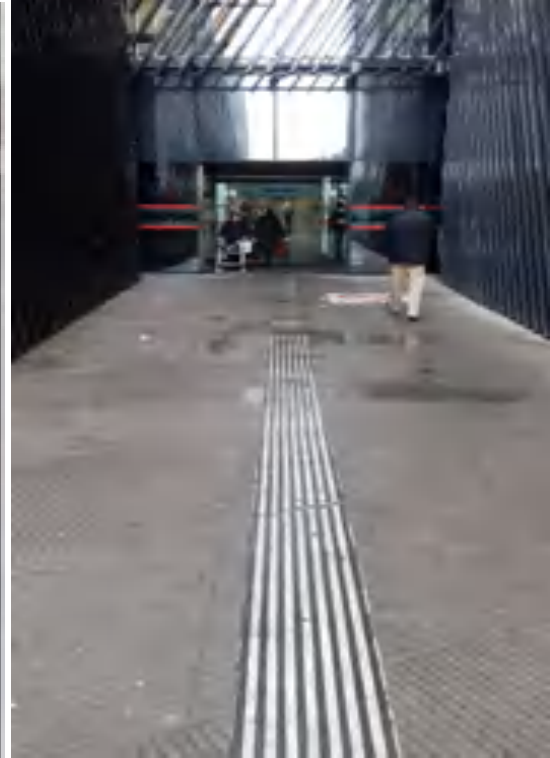








- Las rutas de acceso están señalizadas y no tienen obstáculos
- Las rutas de acceso cumplen con la normativa de supresión de barreras arquitectónicas





- Los vehículos de emergencia tienen un acceso a las instalaciones
- Hay vías de evacuación alternativas, acordadas con el servicio de bomberos y protección civil
- Conservación de viales y aparcamiento: La señalización en las zonas de asfalto es perfectamente visible. Los sistemas de acceso al Hospital cumplen con la normativa de supresión de barreras arquitectónicas, permitiendo a los pacientes acceder al centro, un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas.









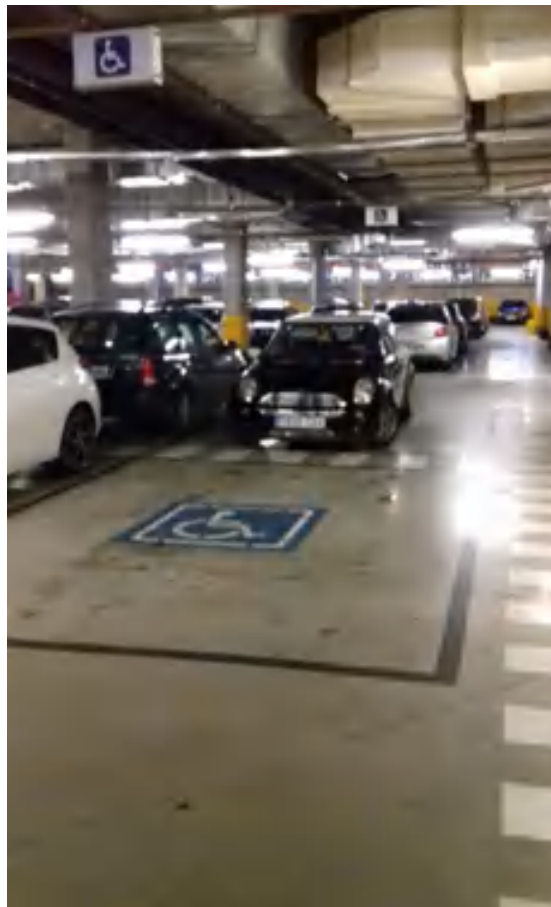


- Las plazas de aparcamiento de los vehículos de emergencia y de minusválidos son las más próximas que hay a la fachada del Hospital y se encuentran libres de coches de otros usuarios en los distintos días en los que se ha realizado la auditoria:













Dentro de recinto del Hospital General de Villalba se disponen un total de 683 plazas de aparcamiento.

**Aparcamiento subterráneo:** En el nivel de sótano se disponen de 464 plazas de aparcamiento, de las cuales 14 son para minusválidos.

Debido a la gran afluencia de usuarios se pudieron habilitar alrededor de 20 plazas más, hasta llegar al total indicado.

Todas las plazas son de carácter gratuito.

**Aparcamiento exterior:** El total de plazas de aparcamiento disponibles en el exterior del recinto hospitalario, y en superficie, es de 219, siendo 9 para minusválidos.

Al igual que en el nivel subterráneo se pudieron incrementar en 24 nuevas plazas.



















También en el exterior el aparcamiento es gratuito.













<b>PLAZAS DE APARCAMIENTO</b>			
SUBTERRANEO			
PLAZAS NORMALES		430	
PLAZAS MINUSVALIDOS		14	
PLAZAS INCREMENTADAS		20	
	<b>TOTAL:</b>	<b>464</b>	
SUPERFICIE			
PLAZAS NORMALES		136	
PLAZAS MINUSVALIDOS		9	
AMBULANCIAS		4	
ESPECIALES		16	
PLAZAS INCREMENTADAS		24	
PLAZAS HABILITADAS		30	
	<b>TOTAL:</b>	<b>219</b>	
<b>TOTAL PLAZAS:</b>		<b>683</b>	

- Las vías de evacuación están dispuestas para su uso en caso necesario.
- Conservación sistema de riego y red de agua: No se detectan incidencias relacionadas. No se ha visto en funcionamiento.
- Conservación de mobiliario urbano: No se detectan incidencias. La señalética está perfecto estado para su correcta visualización y uso. Los elementos de mobiliario urbano que son responsabilidad del servicio, como papeleras, bancos, etc. están en buen estado de mantenimiento y limpieza.
- Conservación de alumbrado y alcantarillado: No se detectan incidencias.



- Los suelos y jardines se mantienen limpios. En el Hospital existen las siguientes especies vegetales:

 ALAMO BLANCO.odt  
 ALISO.odt  
 ARRACLAN.odt  
 AVELLANO.odt  
 ENCINA.odt  
 ESPECIES VEGETALES.pdf  
 FRESNO.odt  
 MADROÑO.odt  
 MAJUELO.odt  
 plano vegetacion.pdf  
 QUEJIBO.odt  
 REBOLLO.odt  
 ROSA SILVESTRE.odt  
 SAUCE BLANCO.odt  
 SAUCE CENIZO.odt  
 SAUCE NEGRO.odt  
 SAÚCO.odt  
 SERBAL DEL CAZADOR.odt

 ABEDUL.odt  
 ARCE MONTEPELLIER.odt  
 FORNIO.odt  
 LAVANDA.odt  
 LIQUIDAMBAR.odt  
 PASTO VARILLA.odt  
 PLUMERO.odt  
 SERPENTINA, LIRIOPE.odt  
 TELEFIO.odt  
 TILO PLATEADO.odt  
 TOMILLO SANJUANERO.odt  
 ZACATE PLUMOSO.pdf



- Los productos fitosanitarios empleados se consideran adecuados, disponiéndose de la ficha de seguridad de los mismos:

<b>FICHA SEGURIDAD PRODUCTO (SAFETY DATA SHEET)</b>	
Conforme con Reglamento EC Nº 1907/2006 (REACH) y Reglamento EC Nº 1272/2008 (CLP)	
<b>MULTIGREEN® 17.8.18 + 1.6 MgO + 2Fe</b>	Página 1 de 8

**1.- IDENTIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA/PREPARADO y LA EMPRESA**

**IDENTIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA O EL PREPARADO:**

Nombre de producto: MULTIGREEN® (4) 17.8.18+ 1.6MgO + 2Fe  
 Nombres comerciales: MULTIGREEN® (4) 17.8.18  
 Sinónimos: NA  
 Fórmula química: NA  
 Tipo de producto: Fertilizante de liberación controlada recubierto por polímero  
 Nº CAS: NA  
 Nº EC: NA

**USOS DE LA SUSTANCIA O EL PREPARADO:**

Agricultura: Fertilizante, componente de mezclas fertilizantes.

**IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA:**

HAIFA IBERIA S.A.  
 Gonzalo de Córdoba Nº 2 - 2ª planta  
 28010 MADRID  
 Teléfono: 915912138  
 Fax: 915912552  
 Email: [ib@haifa.com](mailto:ib@haifa.com)

**Teléfonos de emergencia**

Instituto Nacional de Toxicología: 34-915 620.420

**2.- IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS**

**2.1.- CLASIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA O MEZCLA**

**2.1.1.- SEGÚN CLP Reglamento EC 1272/2008**

	Clasificación CLP
MULTIGREEN® (4) 17.8.18	--

**2.1.2.- SEGÚN DIRECTIVA 67/548/CEE (DSO) O 1999/45/CE**

	Clasificación
MULTIGREEN® (4) 17.8.18	--

Ver sección 16 para información texto completo de frases R y H arriba indicados  
 Ver sección 11 para información más detallada sobre los síntomas y efectos en la salud

Referencia/código producto: FRQ-MGC17818Fe



## FICHA TECNICA

**PRODUCTO:** MULTIGREEN L

**FUNCION:** Bioestimulante complejo con micronutrientes quelatados.

**FABRICANTE:** GreenCorp Biorganiks de México, S.A. de C.V., Blvd. Luis Donaldo Colosío 1858, Col. San patricio C.P. 25204, Saltillo, Coah. Tel: (844) 439-00-48 al 50, ventas@greencorp.com.mx

**COMPOSICION QUIMICA:** Magnesio: 1.50%; Hierro: 3.00%; Manganeso: 1.50%; Carbohidratos: 1.50%; Acidos fúlvicos: 1.00%; Extracto soluble de pescado: 5.00%; Acondicionadores y diluyentes: 86.50%.

**CARACTERISTICAS FISICO-QUÍMICAS:** Densidad: 1.285; pH: 4.67.

**FORMULACION:** Líquido soluble.

**PROPIEDADES Y MODO DE ACCION:** Multigreen L es un fertilizante con un contenido de microelementos balanceados, enriquecido con carbohidratos, ácidos fúlvicos que en conjunto proveen a las plantas de elementos necesarios para su desarrollo en forma altamente asimilables, lo que se traduce en una rápida respuesta, crecimiento balanceado y armónico. Multigreen L Está recomendado para su uso en cualquier cultivo y en cualquier etapa que se desee reforzar. Es una excelente opción para cumplir con las demandas de micronutrientes para una óptima producción en frutales como nogal, manzano y guayabo.

**INSTRUCCIONES DE USO:** Siempre calibre su equipo de aplicación; agítase vigorosamente antes de usarse. Aplicación foliar.

Dosis y formas de aplicación:

Hortalizas en general: 1 a 2 L/ha.

Granos y cereales: 1 a 2 L/ha.

Frutales en general: 3 a 4 L/ha.

Banano: 1 a 2 L/ha distribuido en 2 aplicaciones sucesivas a media dosis.

Piña: 3 a 4 L/ha.

Se recomienda Multigreen L para todos los cultivos en etapas que se desee reforzar en agua suficiente para cubrir el follaje a punto de goteo.

**INCOMPATIBILIDAD:** Multigreen L es compatible con la mayoría de los agroquímicos, sin embargo, se sugiere hacer pruebas antes de realizar la mezcla final.

**CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO Y TRANSPORTE:** Almacene el producto en lugares frescos y cubiertos, no se deje al alcance de los niños ni se ponga en contacto con animales o alimentos.



**TOXICIDAD:** Multigreen L. no es fitotóxico a las concentraciones, etapas y formas de aplicación recomendadas. El producto es considerado ligeramente tóxico. En caso de ingestión, provoque el vómito y consulte a su médico.

- El personal de servicio va uniformado e identificado

#### 9.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

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

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

Nivel de cumplimiento exigible: 10 sobre 10

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

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

Resultado: 9

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

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

Donde:

MT: Grado de cumplimiento del Plan de mantenimiento trimestral

ACC: Grado de cumplimiento de los requisitos de accesibilidad

Resultado:9

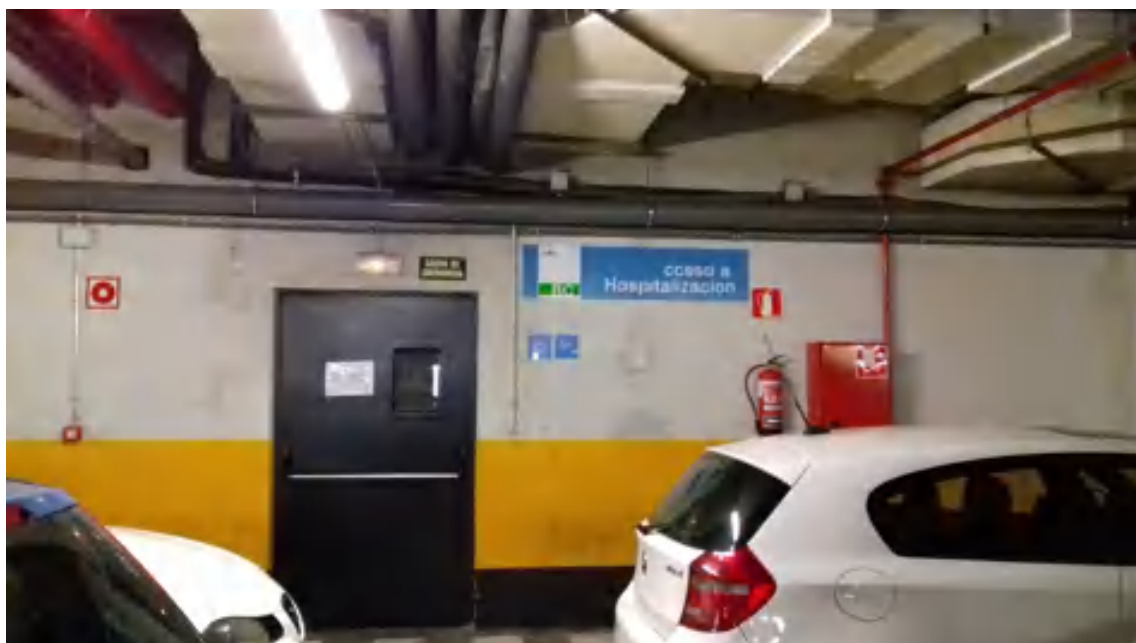
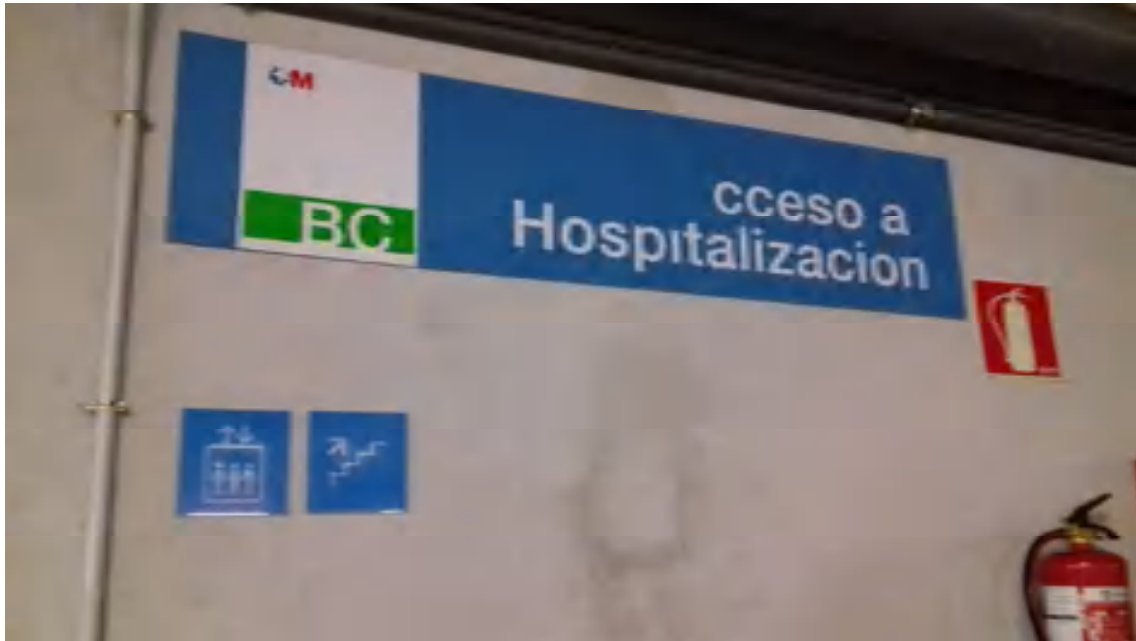
#### 9.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR.

Sin incidencias

## 9.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

### 9.6.1.-INCIDENCIAS LEVES.

1. En el parking subterráneo, de las 14 plazas de minusválidos existentes, ninguna de ellas está próxima al acceso a Hospitalización ubicado en la zona opuesta a la entrada del parking (zona de Urgencias): NUEVA





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

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

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

### 10.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

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

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

Así mismo, es importante señalar que la normativa que ha sido tenida en cuenta para el análisis de la información del Servicio de almacenes y distribución - logística ha sido la siguiente:

- Real Decreto 513/2017, de 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de instalaciones de protección contra incendios.
- Decreto Legislativo 1/2006, de 28 de septiembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley por la que se regulan los Servicios de Prevención, Extinción de Incendios y Salvamentos de la Comunidad de Madrid.
- Norma UNE 23580-1:2005: Seguridad contra incendios. Actas de la revisión de instalaciones y equipos de protección contra incendios. Inspección técnica para mantenimiento.
- Norma UNE-EN 15635:2010 de almacenaje en estanterías metálicas. Uso y mantenimiento del equipo de almacenamiento.
- Norma UNE-EN 58013:2016 de almacenaje en estanterías metálicas. Requisitos para el tratamiento de elementos dañados.

GESMAN ha evaluado la prestación del servicio de almacén, evidenciándose el cumplimiento del procedimiento correspondiente:





**PROCEDIMIENTO DE COMPRAS Y ALMACENES**

Código: HGV\_23.1\_P1  
Versión v.1

**PROCEDIMIENTO DE COMPRAS Y ALMACENES**

<b>Redactado por:</b> Responsable del proceso de Compras y Almacén Junio 2018	<b>Aprobado por:</b> Dirección Económico Financiera, Dirección de Compras, Dirección de Enfermería y Dirección Asistencial Junio 2018
---	---

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
V1	Junio 2018	Respecto de la versión anterior se actualiza formato, se extraen los anexos fuera del procedimiento, se actualiza los días de reparto, los stocks y las ubicaciones

NOTACIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad ubicado de la Internet, tiene consideración de copias controladas. Únicamente se consultará documentación controlada en internet en el Portal de Calidad.

Página 1 de 29





## PROCEDIMIENTO DE COMPRAS Y ALMACENES

Código: HGV\_23.1\_P1  
versión v.1

### 1. OBJETO Y ALCANCE

Definir los mecanismos para la realización de las compras y la gestión de los almacenes en Hospital General de Villalba.

La organización realiza las solicitudes de compra de suministro, verifica que el suministro comprado cumpla con las características del producto solicitado, gestiona el stock de productos almacenados, adecua los espacios de almacenamiento de acuerdo con los requisitos establecidos, gestiona la utilización de espacios para el almacenamiento, teniendo en cuenta las particularidades de cada producto y garantiza la provisión a las unidades funcionales de acuerdo con los flujos determinados previamente teniendo en cuenta la trazabilidad de los artículos.-

Resulta de aplicación a:

1. Artículos en Stock
2. Artículos en Tránsito
3. Artículos de Depósito
4. Artículos Inventariables (Activos- Inversión)
5. Artículos para Reparar.

### 2. DOCUMENTACIÓN RELACIONADA

- Sistema de Gestión de Calidad y Medio Ambiente corporativo.
- Normas UNE-EN-ISO 9001, 14001, 50001, 16001 vigentes.

### 3. DEFINICIONES

No aplica.

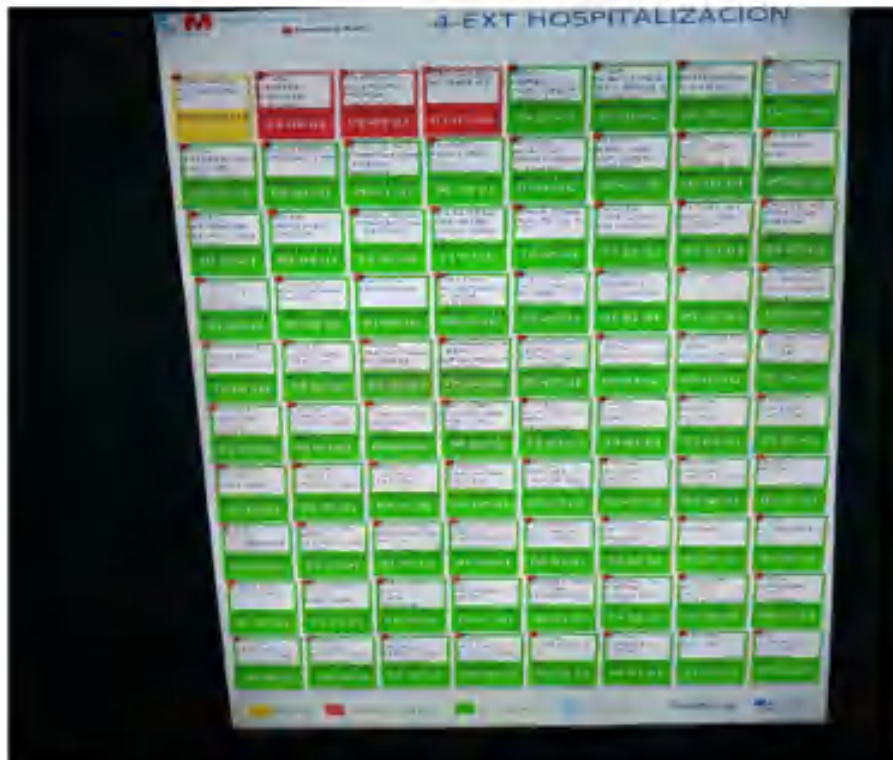
VERIFICAR: Este documento es propiedad de Gesman Ingeniería de Gestión, S.L. y es un documento confidencial. Toda reproducción o uso no autorizado sin el consentimiento escrito de Gesman Ingeniería de Gestión, S.L. quedará sujeta a las acciones legales correspondientes.

Página 4 de 18



**PROCEDIMIENTO DE COMPRAS Y ALMACENES**

Código: HGV\_23.1\_P1  
versión v.1



El almacén siempre repondrá las cantidades pactadas, cambiando el material del segundo cajón al primero, es decir que el material nuevo ahora pasará a ser el stock de seguridad o segundo cajón y el material antiguo pasa al primer cajón de uso. De esta manera minimizamos los problemas de caducidad (ver foto almacén periférico y cajones)



## PROCEDIMIENTO DE COMPRAS Y ALMACENES

Código: HGV\_23.1\_P1  
versión v.1



En caso de que fuera de horario de apertura del almacén, una planta necesitara material del almacén, lo primero que hará el supervisor al detectar la necesidad es comprobar la posibilidad de que otro almacén periférico se lo suministre en concepto de préstamo. Si esto no fuera posible, el supervisor o la persona que en ese momento está a cargo de la planta, avisará a seguridad para que le abra el almacén y poder coger los artículos necesario; teniendo que registrar en el libro de almacén la fecha, los artículos que coge, las cantidades, el destino y el nombre y la firma tanto el supervisor como la persona de seguridad que lo acompaña.

### Material de tránsito

Se recibe el material con un sello de Conforme Condicional para confirmar al proveedor que dicho género ha sido entregado en el Hospital General de Villalba.

Posteriormente, se revisa manualmente el contenido de la misma cotejando mediante el albarán que la entrega coincida con la solicitud previa, hecha desde el Dpto. de Compras: "Pedido de Material a Proveedor". Una vez comprobada y aceptada la mercancía, se procede a su recepción, realizando la evaluación del producto y del proveedor y registrándolo

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Dirección tiene carácter oficial de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada al residir en la Dirección del Portal de Calidad.

Página 15 de 20



CALENDARIO DE REPARTO A PLANTAS  
NOV\_2018\_PL\_Annex 4

<u>LUNES</u>	<u>MARTES</u>	<u>MIÉRCOLES</u>	<u>JUEVES</u>	<u>VIERNES</u>
QUIRÓFANO	QUIRÓFANO	QUIRÓFANO	QUIRÓFANO	QUIRÓFANO
URGENCIAS	URGENCIAS PEDIÁTRICAS	URGENCIAS	URGENCIAS PEDIÁTRICAS	URGENCIAS
3-EXT	UCI	NEONATOS	3-EXT	UCI
PARITORIOS		HOSPITALIZACIÓN 3-A	PARITORIOS	
CONSULTAS-EXT 1-A	4-EXT	HOSPITALIZACIÓN 3-B	RAYOS - A	4-EXT
MAXILOFACIAL-C 1-A	CONSULTAS-EXT 2-A	HOSPITALIZACIÓN 3-C	RAYOS - B	
DERMATOLOGÍA-C 1-A	OFTALMOLOGÍA-C 2-A	ANATOMÍA	EXTRACCIONES	HOSPITALIZACIÓN 4-A
GINECOLOGÍA-C 1-A	OTORRINO-C 2-A	BANCO DE SANGRE	NEFROLOGÍA-C	
PEDIATRÍA-C 1 A	CONSULTAS-EXT 2-B	ESTERILIZACIÓN	DIÁLISIS	HOSPITALIZACIÓN 4-B
CONSULTAS-EXT 1-B	ALERGOLOGÍA-C 2-B	LABORATORIO	REHABILITACION	
CARDIOLOGÍA-C 1-B	UROLOGÍA-C 2-B	FARMACIA	CONSULTA DAMIAN	HOSPITALIZACIÓN 4-C
NEURÓLOGÍA-C 1-B	PSIQUIATRÍA-C 2-C	GABINETES ENDOSCOPIA		
TRAUMATOLOGÍA-C 1-B	HOSPITAL DE DÍA			

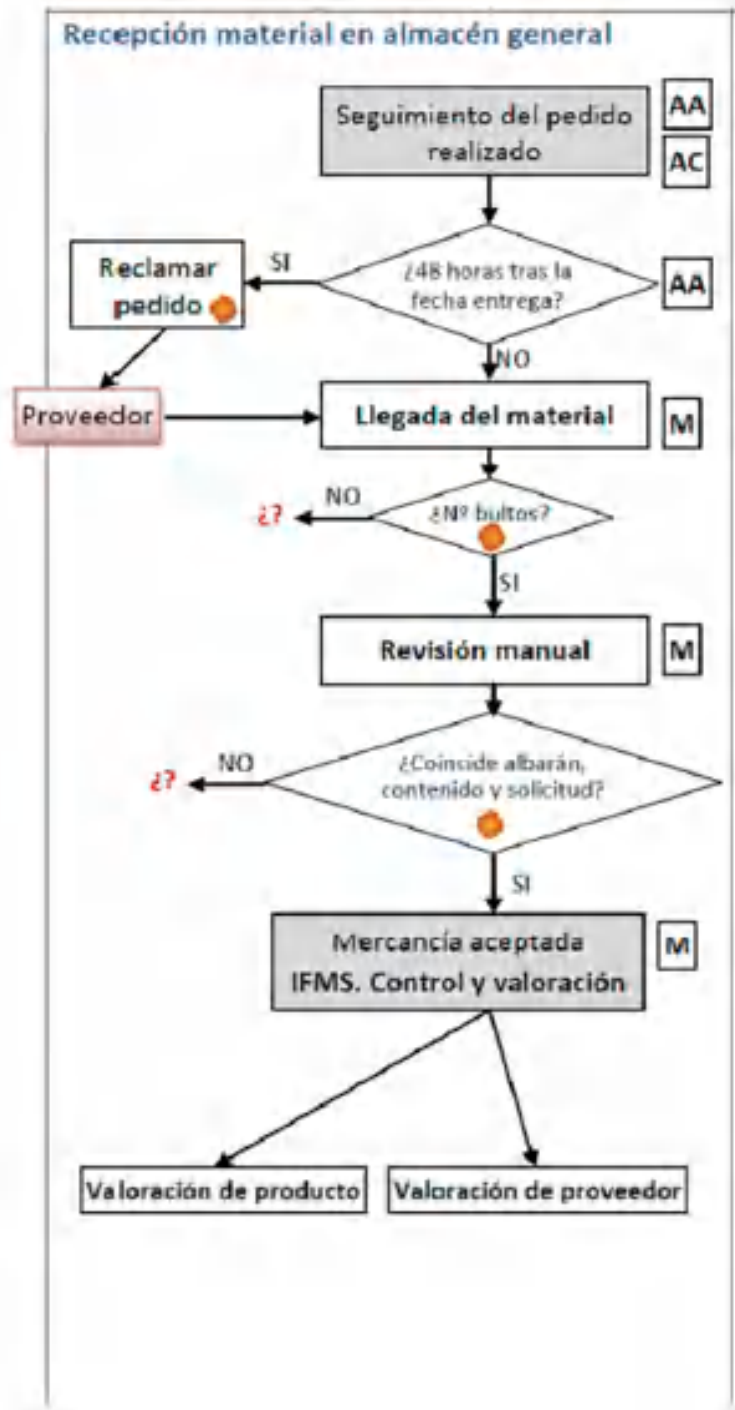
**DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO DE COMPRAS**  
HGV\_23.1\_P1\_Anejo 7





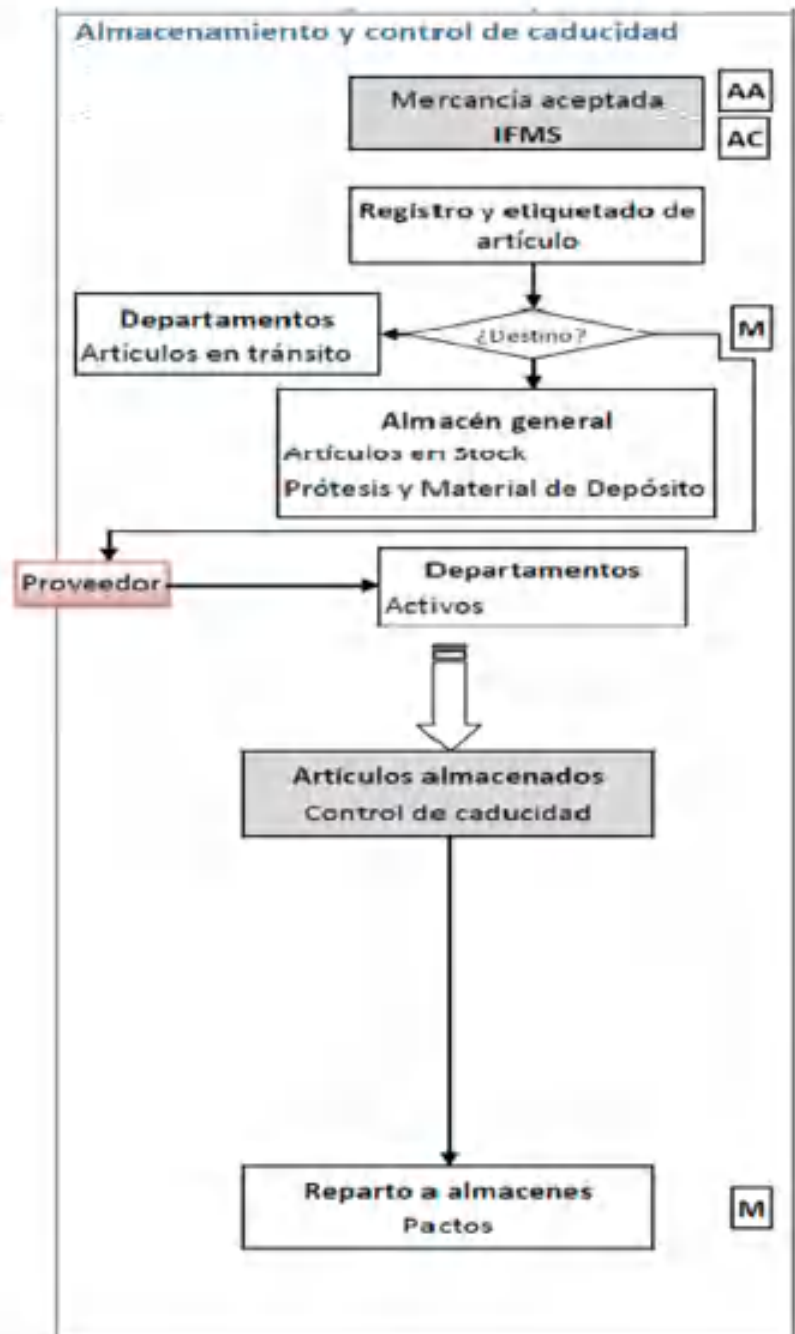
**DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO DE RECEPCIÓN**

HGV\_23.1\_#1\_Anejo 8



**DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO DE ALMACENAMIENTO**

HGV\_23.1\_P1\_Anejo 9



### 10.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

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



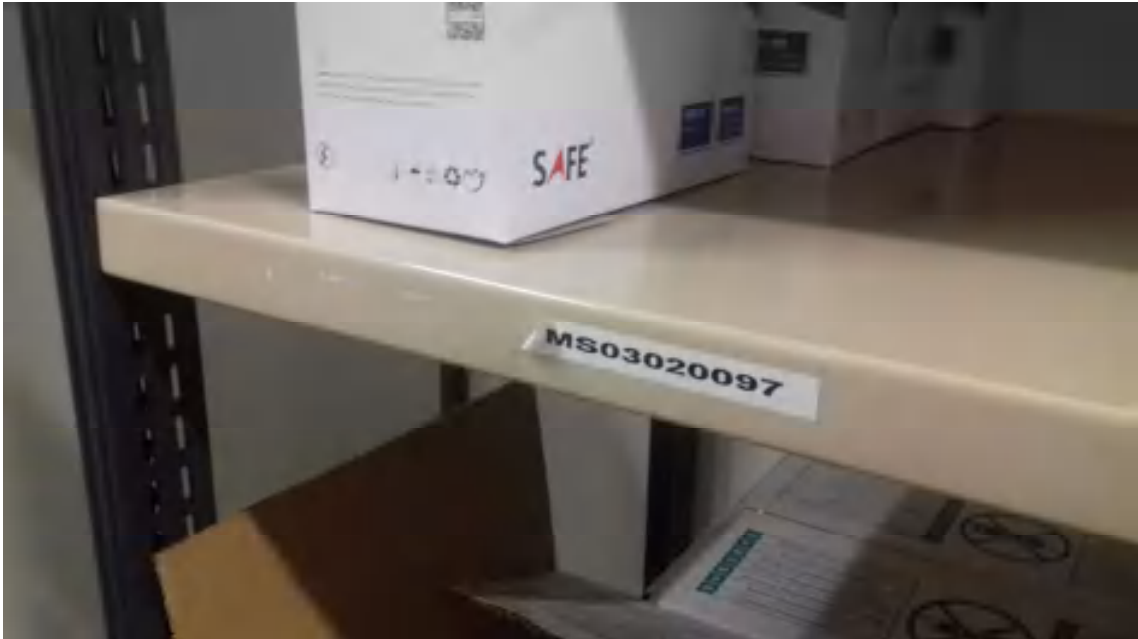
- Se detecta el nombre del proveedor
- Se comprueba fecha de recepción en el Hospital
- Se verifica el control de calidad a la entrada que se realizó en su momento
- Se comprueba a qué Servicio se entregó el producto y en qué fecha

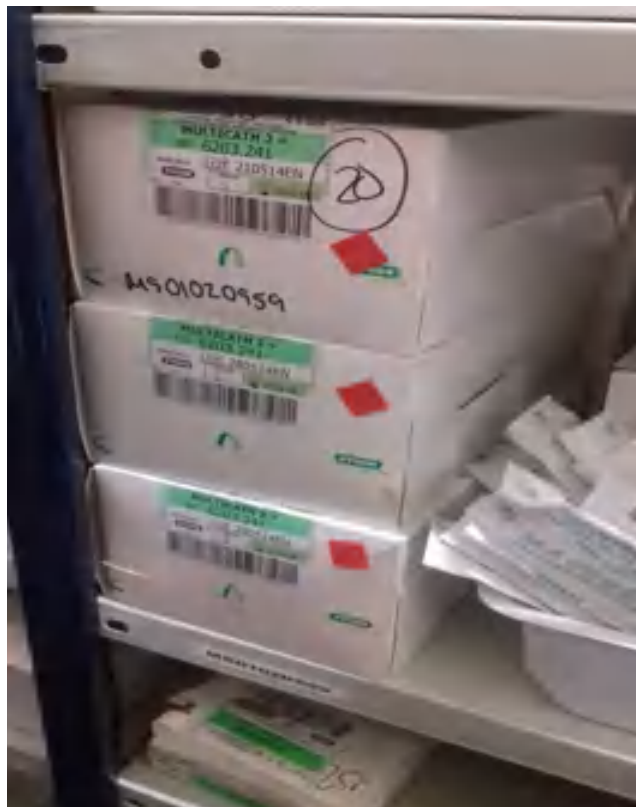
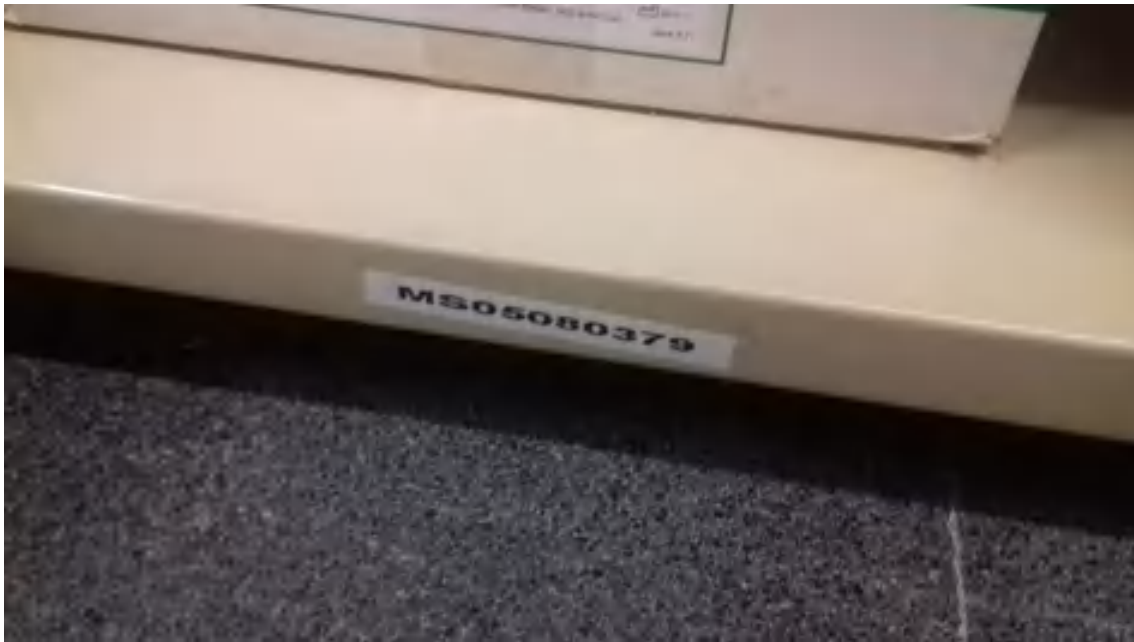
- Se comprueba producto:



- Se detecta el nombre del proveedor
- Se comprueba fecha de recepción en el Hospital
- Se verifica el control de calidad a la entrada que se realizó en su momento
- Se comprueba a qué Servicio se entregó el producto y en qué fecha
- Los productos nunca entran en contacto con el suelo
- La empresa proporciona un servicio eficaz y eficiente de calidad:
  - Se dispone de la relación de recepciones esperadas en función de plazos de entrega de los pedidos, que es aproximadamente de 72-96 horas
  - Se verifica la coincidencia entre lo pedido y lo recepcionado
  - El material recibido se almacena por familias, lo que garantiza la trazabilidad
  - Se verifica la hoja de necesidades de cada Servicio a la que se añaden las necesidades del almacén general
  - En el almacén se preparan las dispensaciones a cada uno de los servicios

- Se dispone de inventario en soporte papel e informático y ambos coinciden:

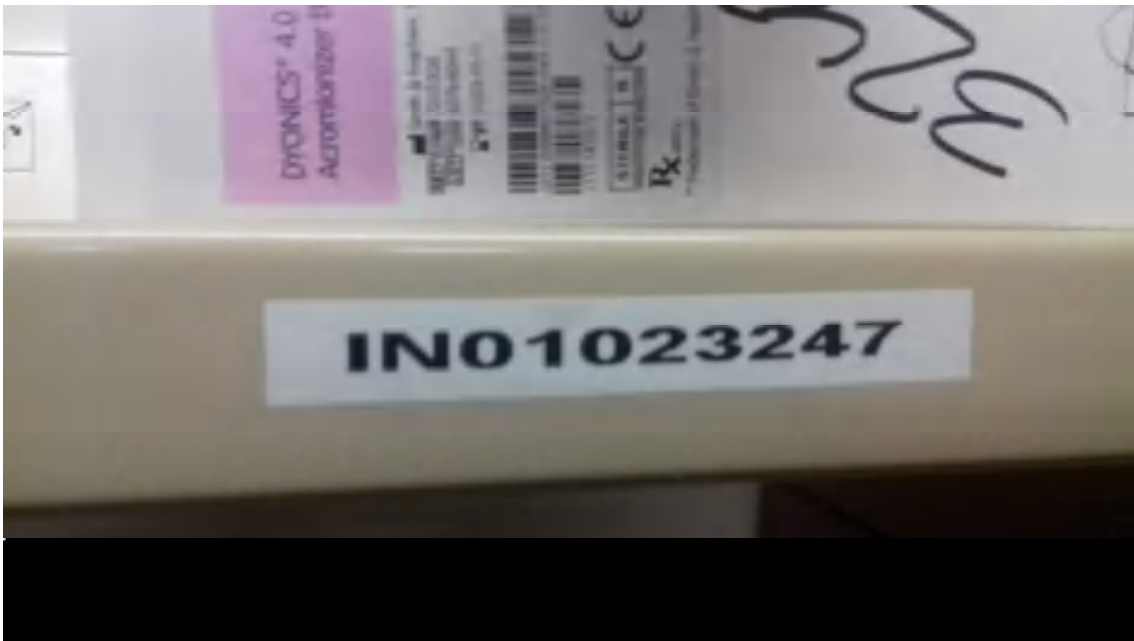




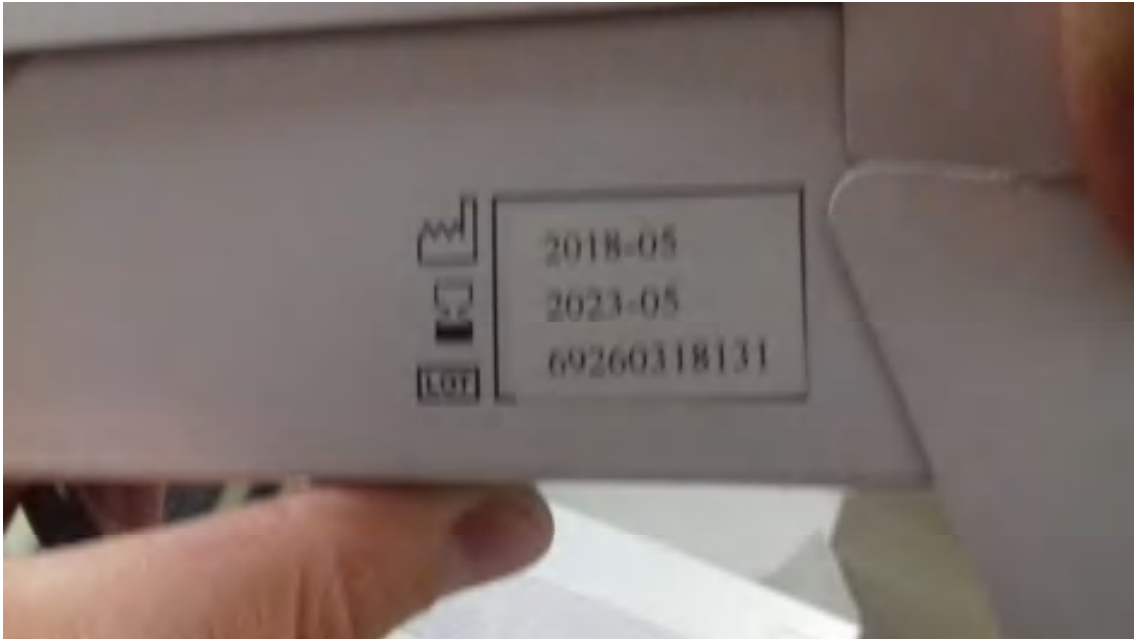








- o No se ha detectado la existencia de material sanitario caducado:

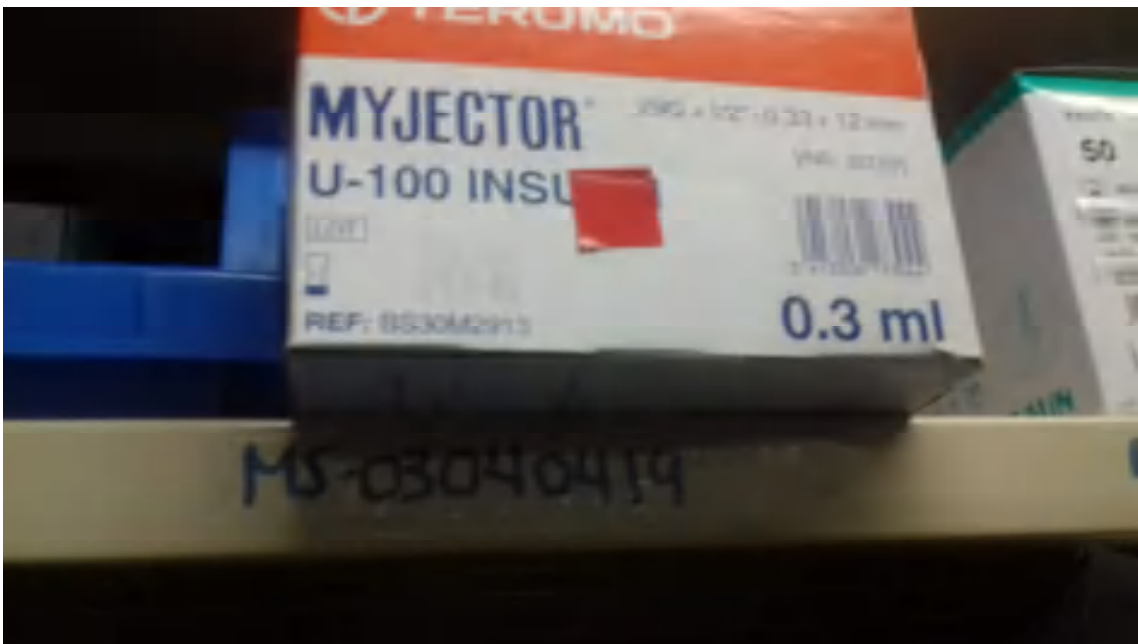
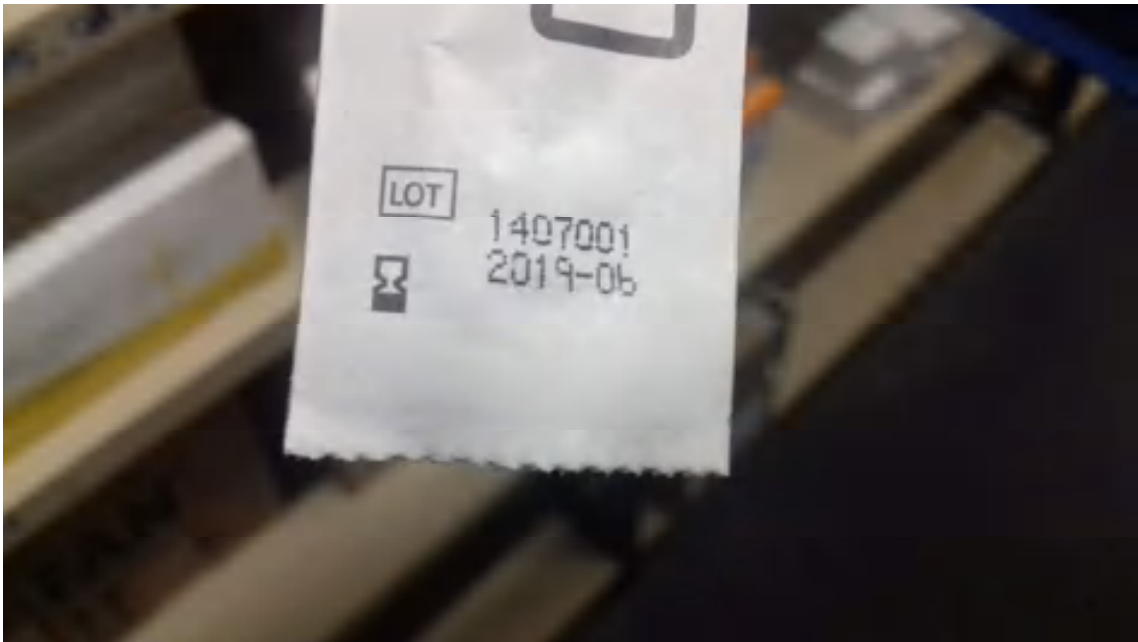




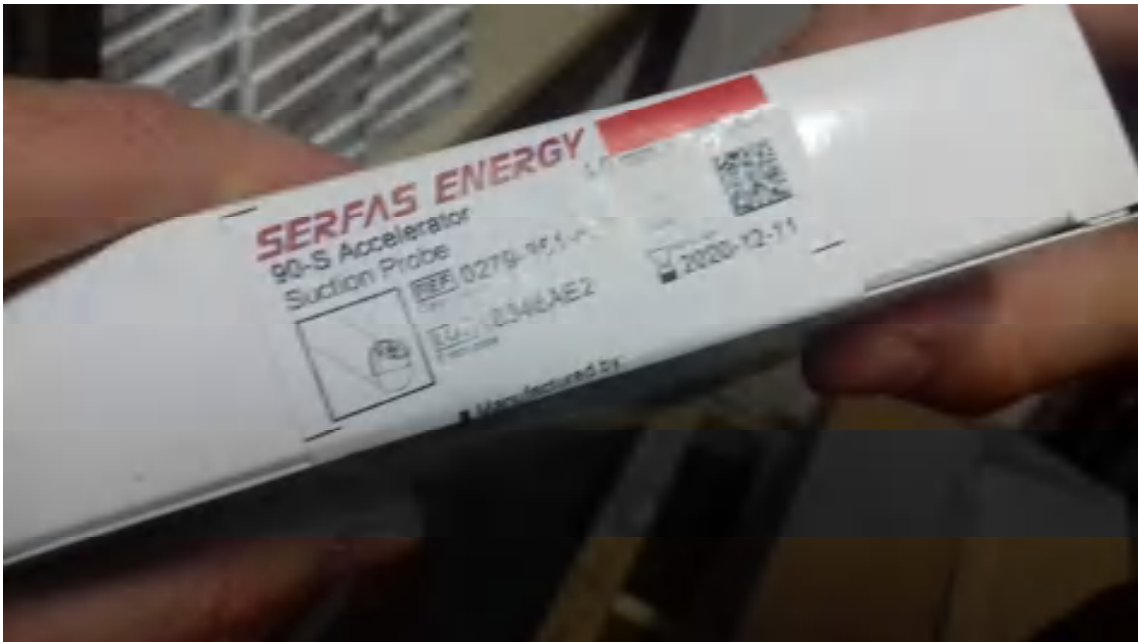


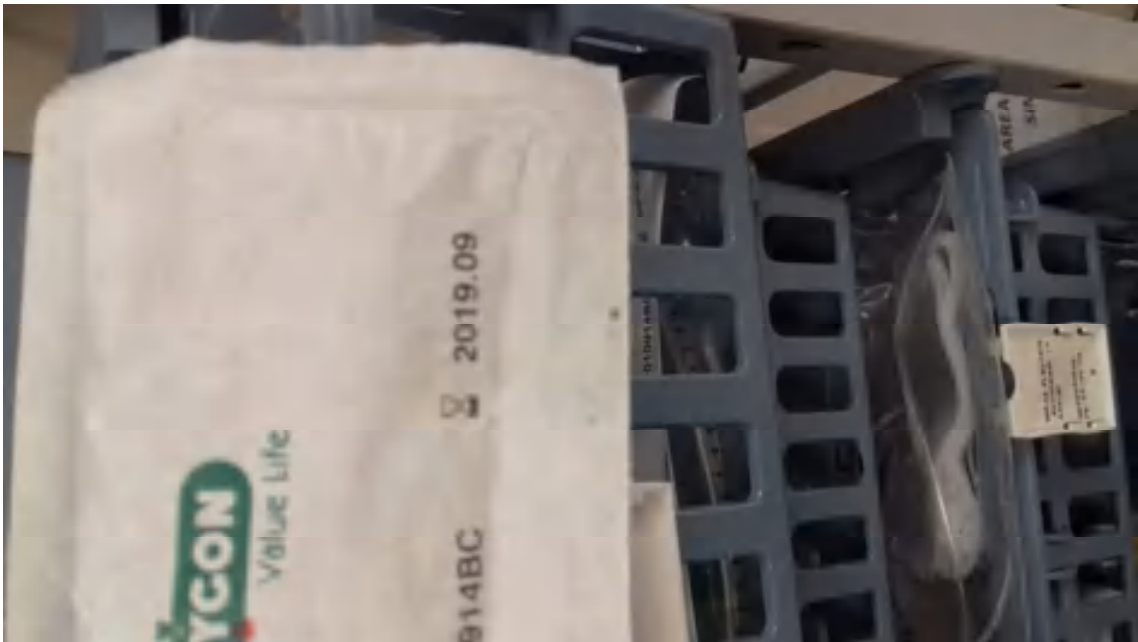


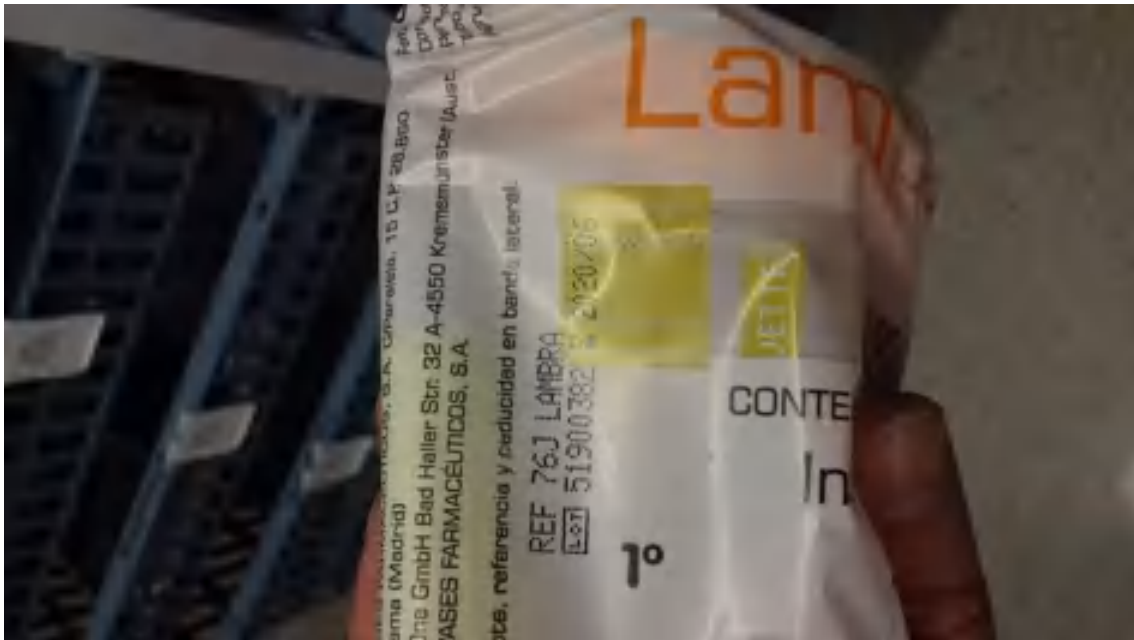












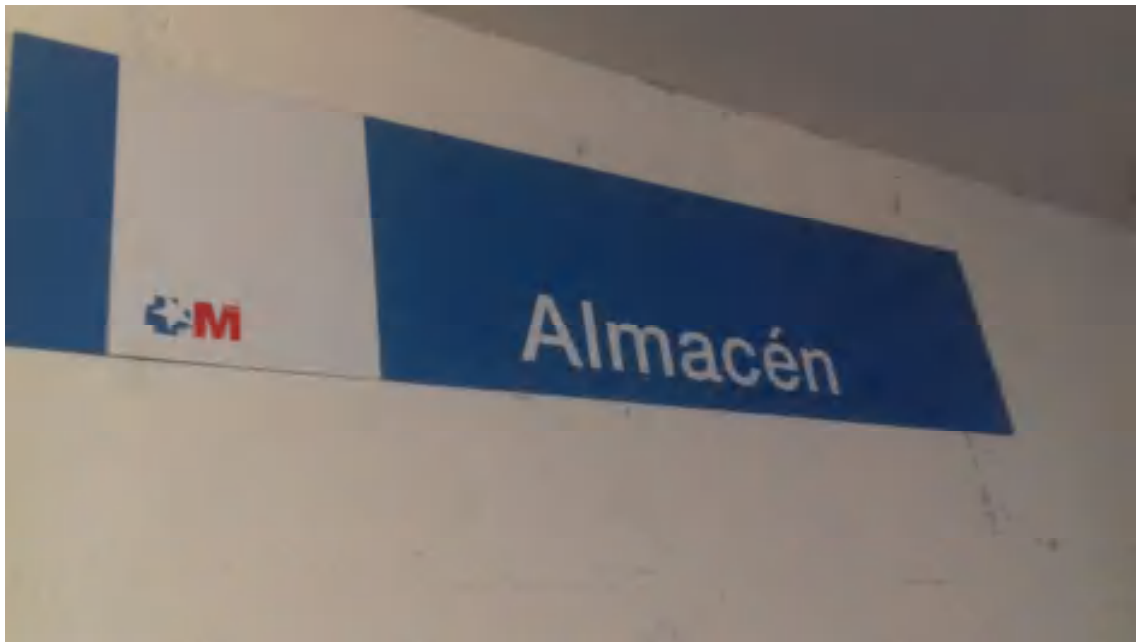
- Se comprueba el registro de los pedidos de los almacenes de planta al almacén general, según "pedido interno de artículos (IFMS: PDPLA)
- Se comprueba que se dispone de un calendario de reparto a plantas del material:

**Calendario de reparto a plantas**

JUEVES	VIERNES	MIÉRCOLES	VIERNES	VIERNES
CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN	CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN	CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN	CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN	CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN
RESERVA DE MATERIALES	RESERVA DE MATERIALES	RESERVA DE MATERIALES	RESERVA DE MATERIALES	RESERVA DE MATERIALES
CH-EIT	CH-EIT	RESERVA DE MATERIALES	CH-EIT	CH-EIT
INSTRUMENTOS		RESERVA DE MATERIALES	INSTRUMENTOS	
CONSEJO TÉCNICO I-A	CH-EIT	RESERVA DE MATERIALES	RESERVA DE MATERIALES	CH-EIT
RESERVA DE MATERIALES I-A	CONSEJO TÉCNICO I-A	RESERVA DE MATERIALES I-C	RESERVA DE MATERIALES	
RESERVA DE MATERIALES I-A	RESERVA DE MATERIALES I-A	RESERVA DE MATERIALES	RESERVA DE MATERIALES I-C	RESERVA DE MATERIALES I-A
RESERVA DE MATERIALES I-A	RESERVA DE MATERIALES I-A	RESERVA DE MATERIALES	RESERVA DE MATERIALES I-C	
RESERVA DE MATERIALES I-A	CONSEJO TÉCNICO I-B	RESERVA DE MATERIALES	RESERVA DE MATERIALES	RESERVA DE MATERIALES I-A
CONSEJO TÉCNICO I-B	RESERVA DE MATERIALES I-B	RESERVA DE MATERIALES	RESERVA DE MATERIALES	
RESERVA DE MATERIALES I-B	RESERVA DE MATERIALES I-B	RESERVA DE MATERIALES	CONSEJO TÉCNICO I-B	RESERVA DE MATERIALES I-B
RESERVA DE MATERIALES I-B	RESERVA DE MATERIALES I-B	RESERVA DE MATERIALES		



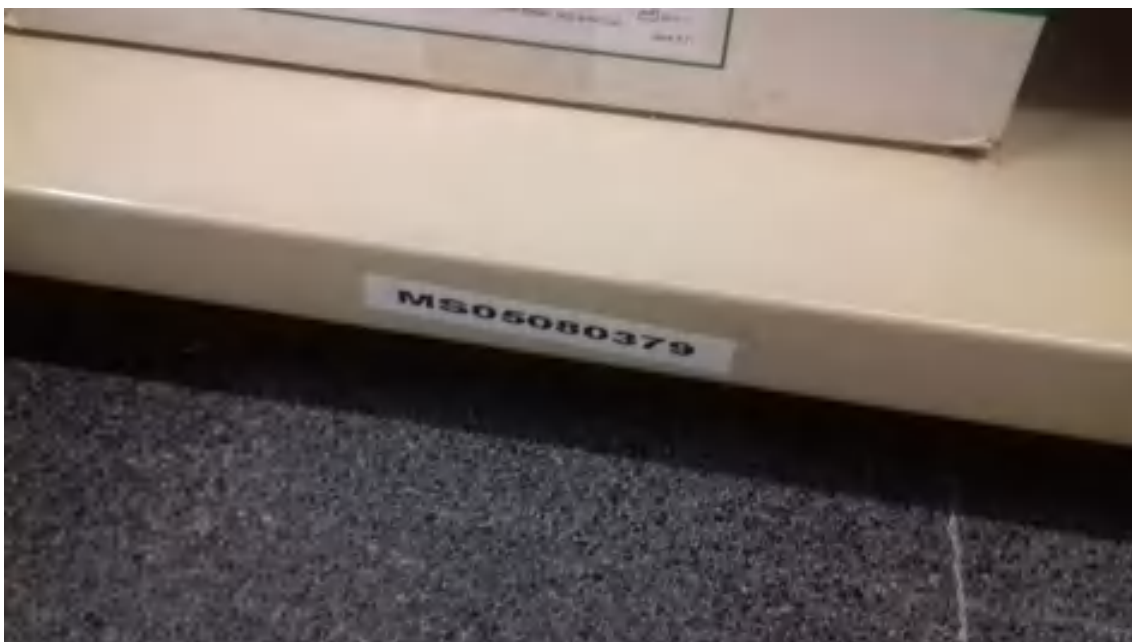
- El pedido es recibido en el Almacén General



- Se verifica un registro de los productos distribuidos para darse de baja del sistema informático, según "Dispensación a almacén (IFMS: PDPLZ)"



- Se comprueba que el sistema informático no indica que en ningún producto se ha detectado una rotura de stock.
- Todos los artículos están identificados: El material recibido se almacena por familias, a las cuales se les ha asignado un código. A continuación, se adjuntan a modo de ejemplo del Listado de Familias de Artículos y el estante en los que se encuentran en cada uno de los Almacenes Generales del Hospital de Villalba, verificándose que es así en la Auditoría Operativa:



- o Queda registro homogéneo de la detección de necesidades que se comunican al almacén general

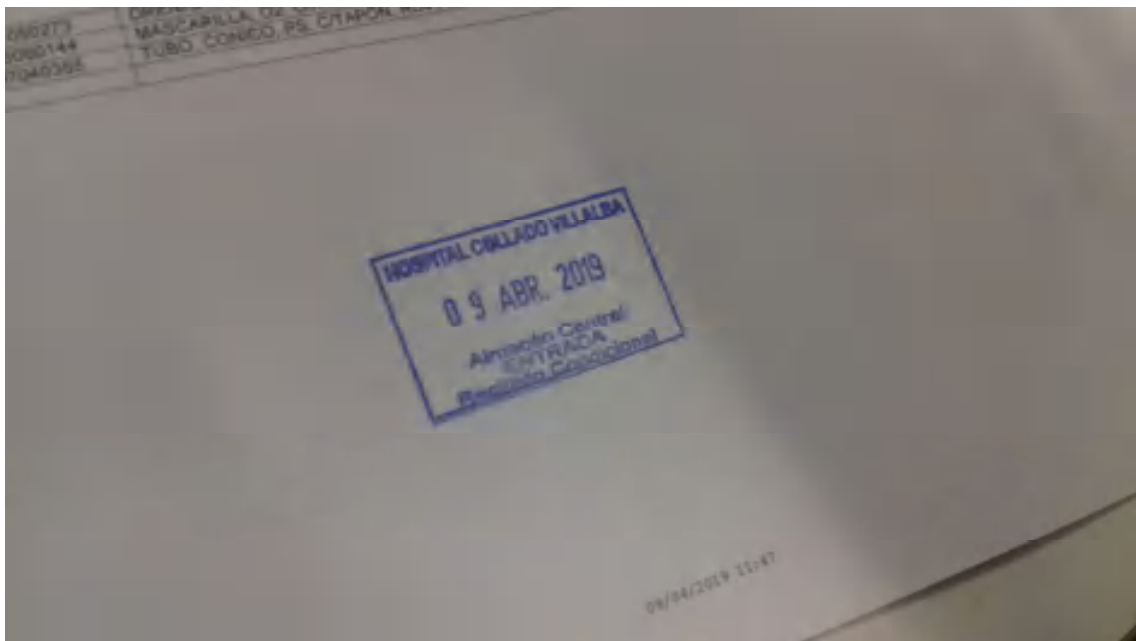


EJEMPLO FACTO INFORMÁTICO NEONATOS SA  
HGV\_23.1\_P4\_Annex3

Artículo	Descripcion Artículo	Cantidad	Cantidad Máxima	Estantería
MS03040012	AGUJA ESPINAL 22G -405254	5	10	A1P02E06
MS03040025	AGUJA PUNCIÓN LUMBAR 22GX1.5 REF-405256	1	2	A1P02E06
MS05030088	ALARGADERA PARA BOMBA IVAC REF. G30402M -G30402M	20	20	A1P02E03
MS02010032	APÓSITO HIDROCOLOIDE FINO	5	10	A1P08E02
MS03030096	BAMBINO PAÑAL PEDI- 3-6KG -3621850	162	324	A2P01E01
MS03030099	BAMBINO PAÑAL PS -BAMBINO D A 3 KG -3623440	150	300	A2P03E03
MS03010167	BATA QUIRURGICA, ESTANDAR, T-L	4	8	A2P01E02
MS05990435	BIBERON, POLIPROPILENO, C/TAPA, 120ML	100	200	A1P09E05
MS05980005	BOLSA 02 ESTERIL 1000 ML REF.1175 -1175	2	4	A1P08E01
MS01010149	CANULA DE EXTRACCION P/HERINGA -817052	100	200	A1P02E05
MS01020545	CANULA VENOSA INTROCAN 24 G -INTROCAN SAFETY -4251601-01	20	40	A1P02E03
MS01020170	CATETER PERIFERICO 22G LEADER FLEX DE BCM-1212-08	30	20	A1P07E01
MS01020512	CATETER UMBILICAL CH.3,5 REF.1270.05 -1270.05	2	4	A1P07E02
MS01020514	CATETER UMBILICAL PUR DE 5 FR -1270.05	2	4	A1P07E02
MS05990558	CINTA METRICA -619-6887	2	4	A1P01E01
MS05980403	CONECTOR PARA EXPUGA MEZCALDOR	30	20	A1P06E07
QA01010024	CREMA DE MANOS	1	2	A1P09E06
MS02990020	CREMA PROTECTORA, BARRERA, C/DIMETICONA, 92GR	2	4	A1P09E06

- o La puerta del almacén general permanece cerrada y no puede acceder cualquier persona ajena al servicio. El acceso al almacén general está cercano al muelle de descarga del Hospital, empleando transpalets para el transporte de la mercancía desde el muelle al almacén central.
- o Se dispone de la relación de recepciones esperadas en función de plazos de entrega de los pedidos, que es aproximadamente de 72-96 horas. En la recepción se llevan a cabo las siguientes tareas:
  - Recepción de envíos de proveedores con albarán de entrega del transportista.
  - Desembala y comprueba que lo recibido coincide con lo solicitado.
  - Recuenta bultos y comprueba que no existen daños exteriores.
  - Confronta pedido y albarán y si coincide lo registra en la aplicación informática del almacén. Si coincide pedido y albarán lo sella como evidencia de su comprobación.
  - Anota las anomalías en el albarán del transportista y del proveedor.

- Informa a compras de la llegada del pedido una vez subsanadas las incidencias.
  - Control de calidad.
  - Si el control de calidad es correcto da entrada definitiva al material y lo registra en la aplicación informática y le da un número de registro.
  - Envío de datos de identificación, recuento y verificación a compras y contabilidad.
  - Da de alta el producto en el inventario de existencias.
- Una vez chequeado el albarán con lo recibido y coincide todo, imprime el pedido y lo grapa todo junto y le da el VºBº con el cuño del Hospital tras verificar que coincide.



- Se ha podido evidenciar que, ante una rotura de stock de una referencia por parte del proveedor, existen otros proveedores como alternativa para evitar quedarse sin stock de dicha referencia, gestionándose de forma efectiva por parte del personal de Almacén y el personal sanitario involucrado:

Empresa VM (Dpto. AD) Operación: MANEJO (MODIFICACION ARTICULO) (CENTRO)

Archivo Edición Documento Expedir Impresión Ayuda Acerca De...

**Modificación Artículo** Datos Base Datos Marca y Tipo / Código Nacional Datos Distribuciones / DCP

Código: 000740300 Código Proveedor: Marcar los proveedores alternativos

Descripción: DET. RELIGIOSA ORINA

Descripción Alternativa: DET. RELIGIOSA ORINA

Grupo: AT Subgrupo: AT100 Familia: ALIBRA / FUNDULO LAB. Indicador de Componente:

Tipo Artículo: PLAZMARENABLE Clase: MATERIAL QUIMICO Unidades/Envase: 100.00

Unidad Compra: CUAJ Unid. Venta: CUAJ Múltiplo de unidades de compra: 1 Precio Venta (por U. Compra): 6.00 Precio Venta (por U. Envase): 5.00

Múltiplo de unidades de medida una unidad interna: 1 Tipo IVA Venta: 0 Tipo IVA Compra: 0

Artículo Controlado por Activos con Proveedores:

Código Base: Proveedor: AROSA Fabricante: FARMALIS

Indicador de Stock Operativo:  Indicador de Stock Seguridad Stock:

Código Artículo Alternativo: Unidad Or:

Búsqueda de Alternativos:

Listado Propuestas de Pedido:

Empresa VM (Dpto. AD) Operación: MANEJO (MODIFICACION ARTICULO) (CENTRO)

Archivo Edición Documento Expedir Impresión Ayuda Acerca De...

**Artículos Especiales** Datos Base Datos Marca y Tipo / Código Nacional Datos Distribuciones / DCP

Artículo: DET. RELIGIOSA ORINA

Orden	CT	Código	Descripción	Tipo Proveedor	Precio Proveedor	Unidad Compra	Unid. Venta	Stock	Descripción Alternativa de Pro
1	01	000740300	DET. RELIGIOSA ORINA	PROVEEDOR SECUNDARIO	6.00	CUAJ	100.00	21	DET. RELIGIOSA ORINA
2	01	42077001	FARMACIA ALIBRA MED	PROVEEDOR SECUNDARIO	6.00	CUAJ	100.00	21	DET. RELIGIOSA ORINA
3	01	00184402	ACUSTE KUPHA S.A.	PROVEEDOR SECUNDARIO	36.75	CUAJ	100.00	21	DET. RELIGIOSA ORINA
4	01	01902941	BIOGEN QUIMICA S.L.	PROVEEDOR SECUNDARIO	54.00	CUAJ	225.00	21	DET. RELIGIOSA ORINA
5	01	00180270	BIOGEN QUIMICA S.L.	PROVEEDOR SECUNDARIO	54.00	CUAJ	225.00	21	DET. RELIGIOSA ORINA
6	01	00180300	HELIANTHUS MEDICAL S	PROVEEDOR SECUNDARIO	125.00	CUAJ	500.00	21	DET. RELIGIOSA ORINA
7	01	00180100	DISTRIBUCIONES BIOGEN	PROVEEDOR SECUNDARIO	67.00	CUAJ	268.00	21	DET. RELIGIOSA ORINA

Artículos Especiales: Aplicar el stock (0) de articulo con stock seguro para altern...

Orden	Descripción
1	

Empresa VM / Operación MMATE / MODIFICACIÓN ARTICULOS (CENTROS)

Artículo: BIASO MUESTRA, DIFRA, T28M

**Modificación Artículo** | Datos Dirección | Marca y Ref / Código Nacional | Datos Clasificación / DCP

Código: BIASO MUESTRA, DIFRA, T28M | Código Familia: **Material de consumo clínico**

Descripción: BIASO MUESTRA, DIFRA, T28M

Descripción Comercial: BIASO MUESTRA, DIFRA

Grupo: 01 | Subgrupo: 0100 | Familia: 0100M | Familia Comercial: FUMGRIE, GAB

Unidades de Composición: \_\_\_\_\_

Tipo Artículo: PLUMACIONABLE | Clase: MATERIAL SANITARIO | Unidades Externas: 1,00

Unidad Compra: 01 | UNIDAD | Marca y Referencia / Código Nacional: \_\_\_\_\_

Unidad Venta: 01 | UNIDAD | Precio Venta por Unidad Compra: 0,00 | Precio Venta por Unidad Venta: 0,00

Multiplo de unidades de medida para pedidos internos: 0 | Tipo IVA Venta: 0 | Tipo IVA Compra: 0

Artículo Gestionado por Accesos con Plomada: 0

Código Extra: \_\_\_\_\_

Registros concepto Facturas: 00001 | FUMGRIE, GAB

Dirección Facturación: \_\_\_\_\_

Incluido en Inca Costativa: 0 | Indicador Cobertura Seguridad Social: 0

Artículo C. Compra: \_\_\_\_\_

Cód. Artículo Anular: \_\_\_\_\_

Unidad OH: \_\_\_\_\_

Definición Lotar: 0 |  Definir Propiedades de Pedido: 0

Empresa VM / Operación MMATE / MODIFICACIÓN ARTICULOS (CENTROS)

Artículo: BIASO MUESTRA, DIFRA, T28M

**Modificación Artículo** | Datos Dirección | Marca y Ref / Código Nacional | Datos Clasificación / DCP

**Intereses:**

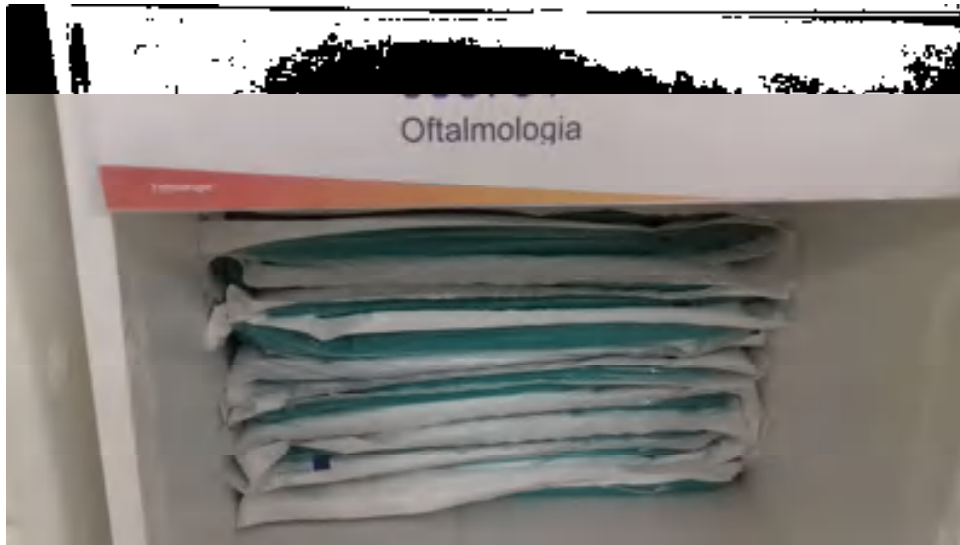
Interés	T.P.	Código	Descripción	Tipo Proveedor	Precio Base/Unid.	Unidad Compra	Unid. Externa	U.S. IVA	Descripción Artículo de Int.
1	01	0100M004	Servicio Personal a S.Med.	PROVEEDOR PRINCIPAL	0,00	CAMB	100,00	21	CONTENEDOR ESTERIL
2	01	0100M001	TRAYECCO TORA MELI	PROVEEDOR PRINCIPAL	17,2299	CAMB	300,00	21	CONTENEDOR ESTERIL
3	01	0100M002	VALJETE ESPINA, S.A.	PROVEEDOR PRINCIPAL	15,00	CAMB	400,00	21	CONTENEDOR ESTERIL
4	01	0100M044	TRAYECCO, S.A.	PROVEEDOR PRINCIPAL	25,00	CAMB	300,00	21	BIASO MUESTRA, DIFRA
5	01	0100M004	GARVIC GESTION Y SERV	PROVEEDOR PRINCIPAL	23,26	CAMB	400,00	21	BIASO MUESTRA, DIFRA

**Artículos Equivalentes:** Aparecerán de cada uno los artículos con datos lógicos para el mismo

Artículo	Código	Descripción
1		



- Se ha valorado como positivo la integración de armarios volumétricos del proveedor Hartmann, para el suministro del material de quirófano:
  1. A primera hora de la mañana Hartmann recibe una solicitud automática de necesidad de pedido QS
  2. Si QS necesita stock, Hartman a través de la guía envía el pedido a QS.
  3. Este pedido se registra automáticamente en el ERP de QS
  4. También automáticamente, el pedido se envía a Hartman a través de la Central de Compras.





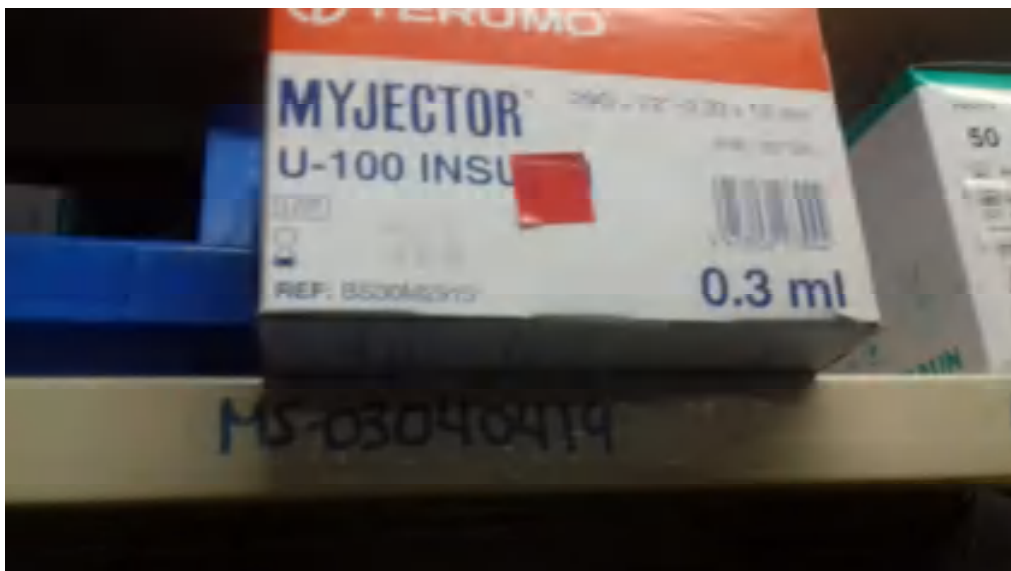




- Se ha podido evidenciar que se lleva un control de los pedidos pendientes de ser suministrados por los proveedores, con objeto de llevar a cabo las reclamaciones pertinentes y el seguimiento de los mismos
- Se ha podido evidenciar que se lleva a cabo un control de caducidades en el almacén general y se identifican con pegatina roja aquellas referencias que caducan en un breve plazo de tiempo:







- Los Técnicos del Almacén distribuyen los materiales sanitarios a cada uno de los Servicios del Hospital y el personal de Enfermería de cada Servicio, es el responsable de ir gestionando los consumos de los mismos, si bien, no se registra en la aplicación informática los consumos de material sanitario que se van produciendo, por lo que no es posible realizar un inventario en los diversos almacenillos de los Servicios.

#### 10.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

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

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

Nivel de cumplimiento exigible: 10 sobre 10

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

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

Resultado: 10

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

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

Donde:

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

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

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

Resultado: 9.4

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

### 10.5.1.-INCIDENCIAS LEVES.

1. Se ha podido evidenciar la petición de kit desinfectante en el sistema de doble cajón cuando todavía queda en el almacén, lo que puede descuadrar el stock real de producto. No obstante, se están realizando auditorías internas para controlar y ajustar los stocks de los almacenillos→**SUBSANADA**.
2. Se han podido evidenciar cajas con productos fungibles en el suelo del almacén de paritorio→**SUBSANADA**.

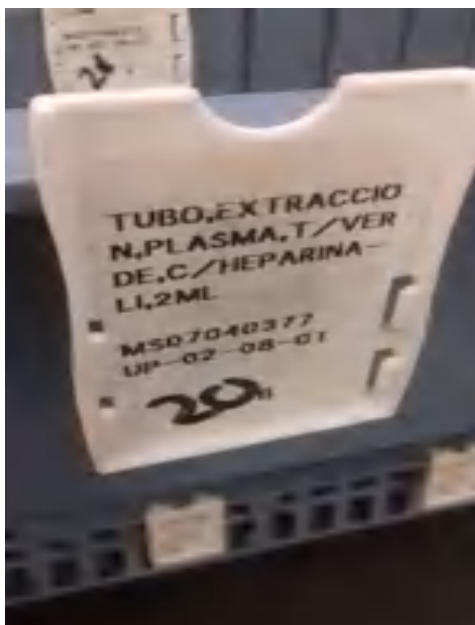




## 10.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

### 10.6.1.-INCIDENCIAS MEDIAS.

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



## 11.-SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO.

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

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

### 11.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

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

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

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

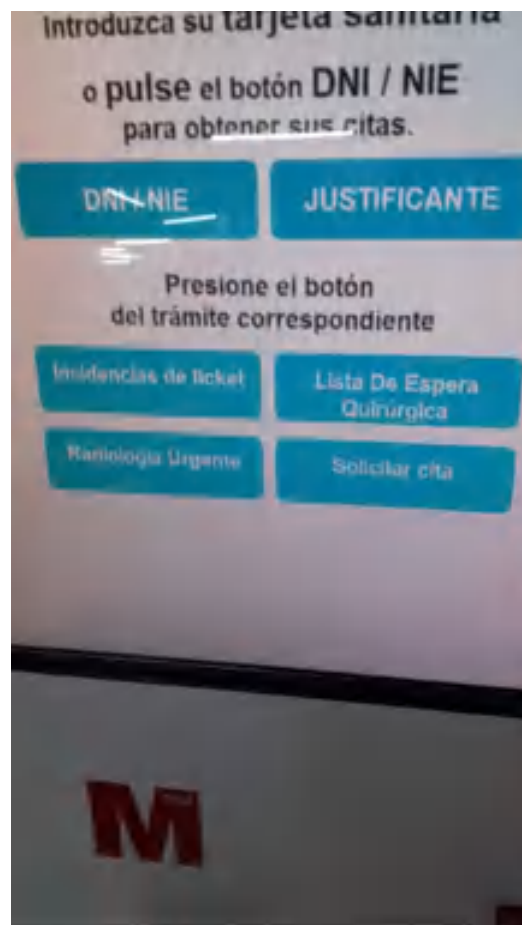
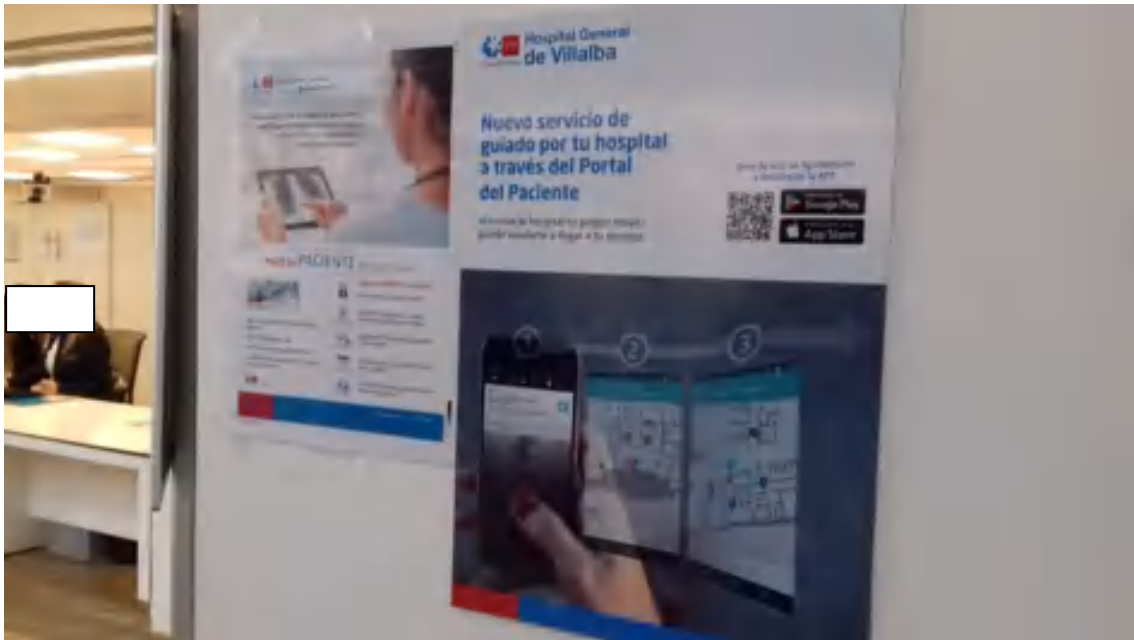
- Admisión
  - Agendas – Gestión de Citas (mostrador o diferidas)
  - Lista de Espera Quirúrgica
  - Derivaciones/Canalizaciones
  - Atención al Paciente → gestión de las Quejas, Reclamaciones, Sugerencias y Agradecimientos
  - Urgencias
  - Traslados
  - Call Center→ Atención telefónica de Pacientes
  - Fidelización del Paciente (Publicidad y Marketing)
- Tareas de información, acogimiento, acompañamiento o recepción a las personas usuarias de los servicios asistenciales a cuyo efecto se debe contar con profesionales con unos conocimientos extensos en habilidades de comunicación.
  - Se debe disponer de puntos de información dedicados a la atención a pacientes y usuarios así como servicios de información al paciente en Urgencias 24 horas. Deben atender todos los requerimientos de información de las personas que lo soliciten, debiendo tener conocimiento exhaustivo de la ubicación de todas las dependencias del Centro Sanitario.

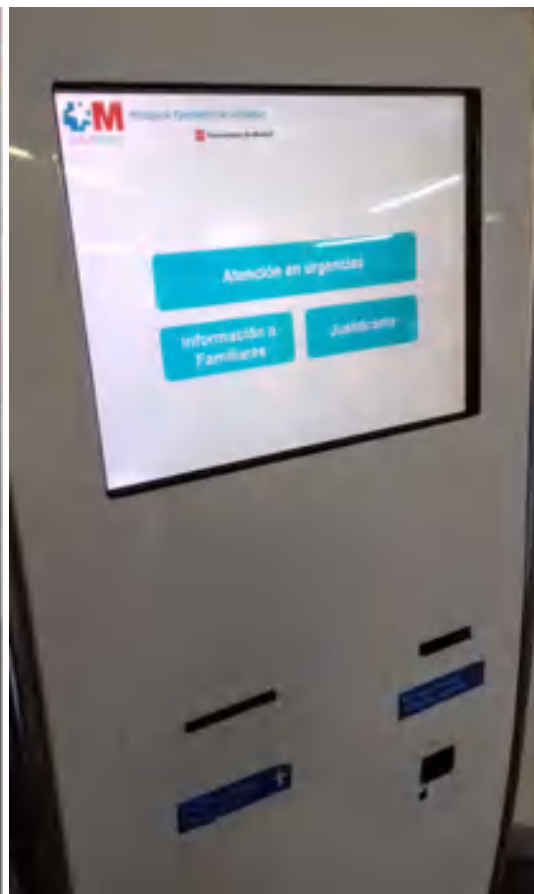
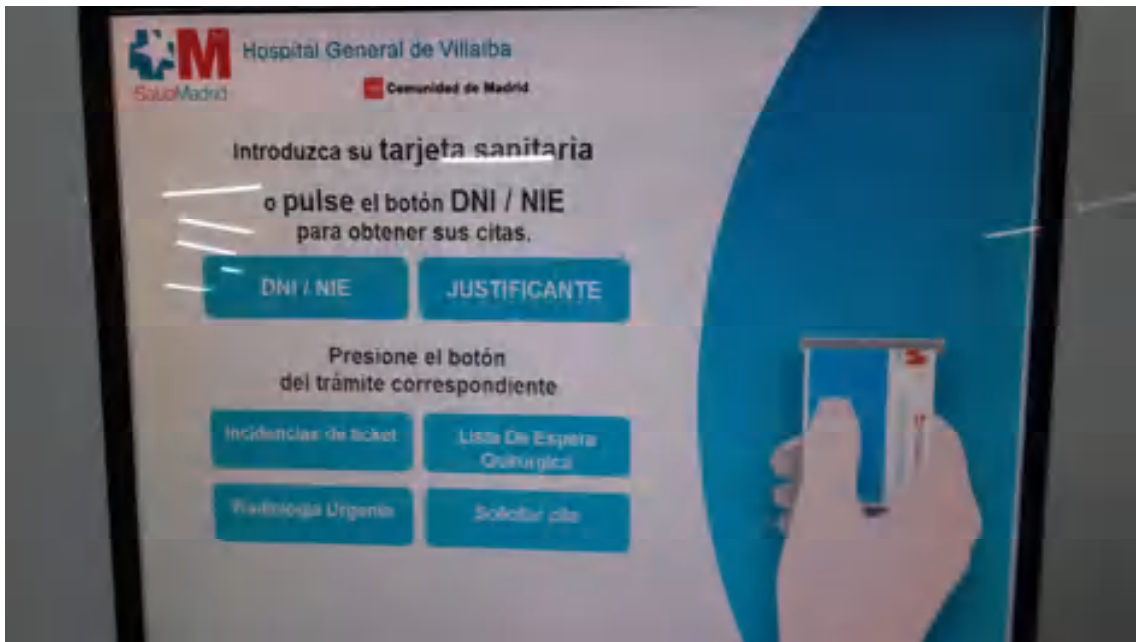
- El personal del servicio debe acompañar a enfermos, familiares o visitantes al lugar donde vayan, en las circunstancias que queden establecidas en el oportuno protocolo debiendo tener conocimiento de los medios que dispone el Hospital para facilitar la comunicación a personas discapacitadas, entre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

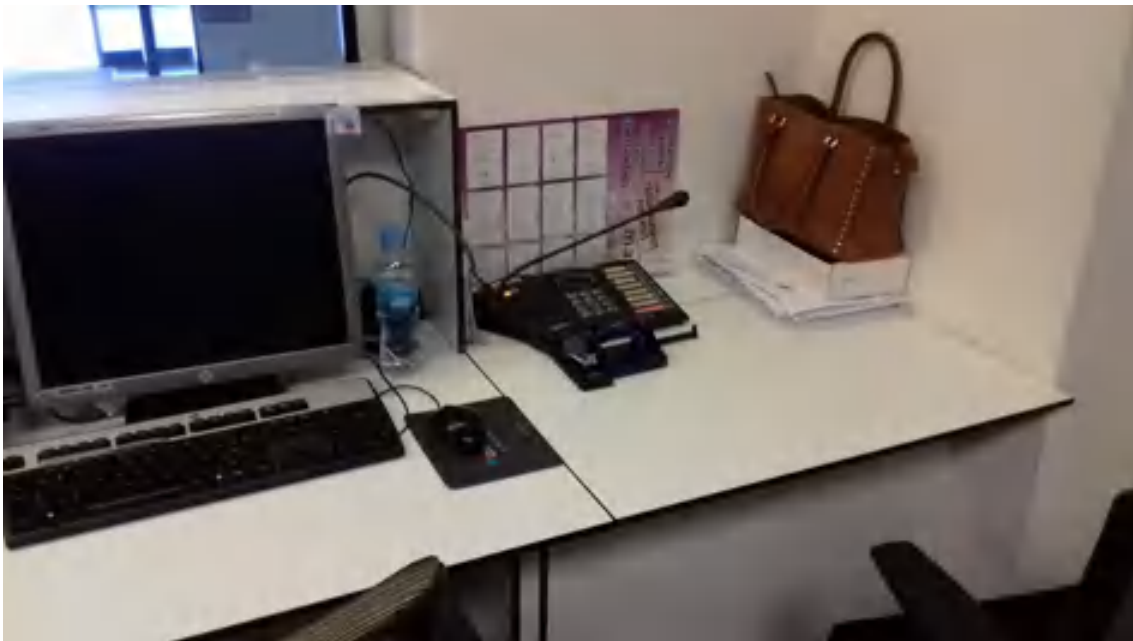
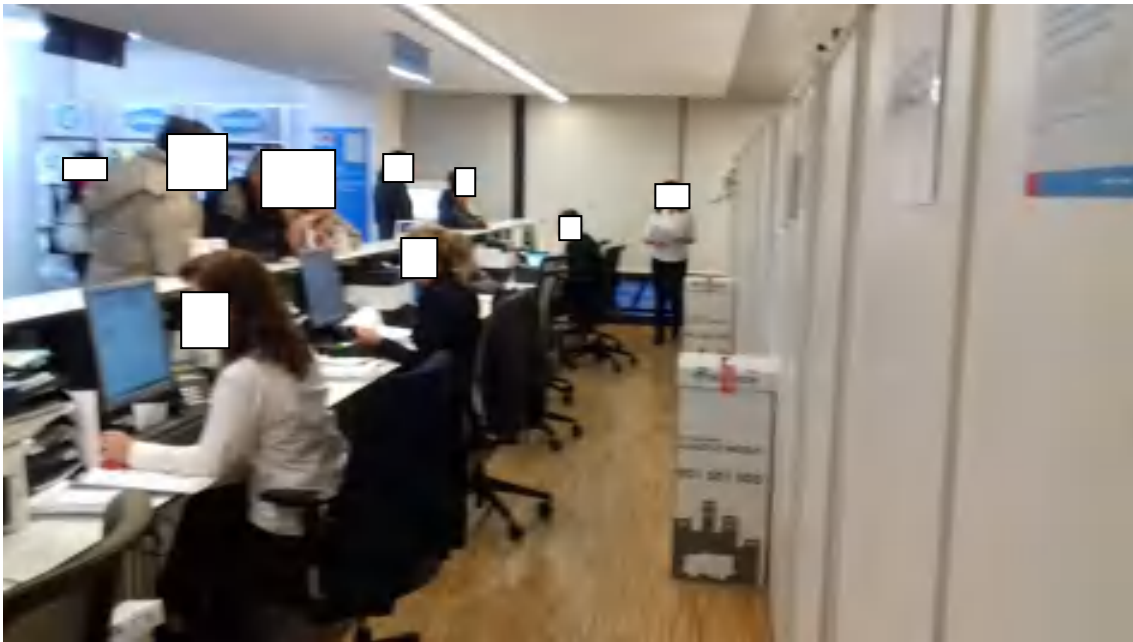
### 11.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

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





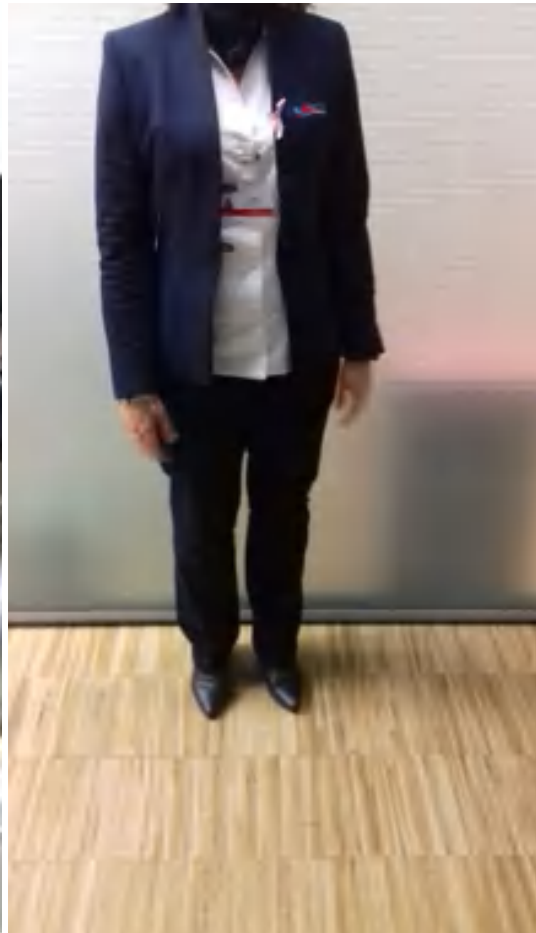




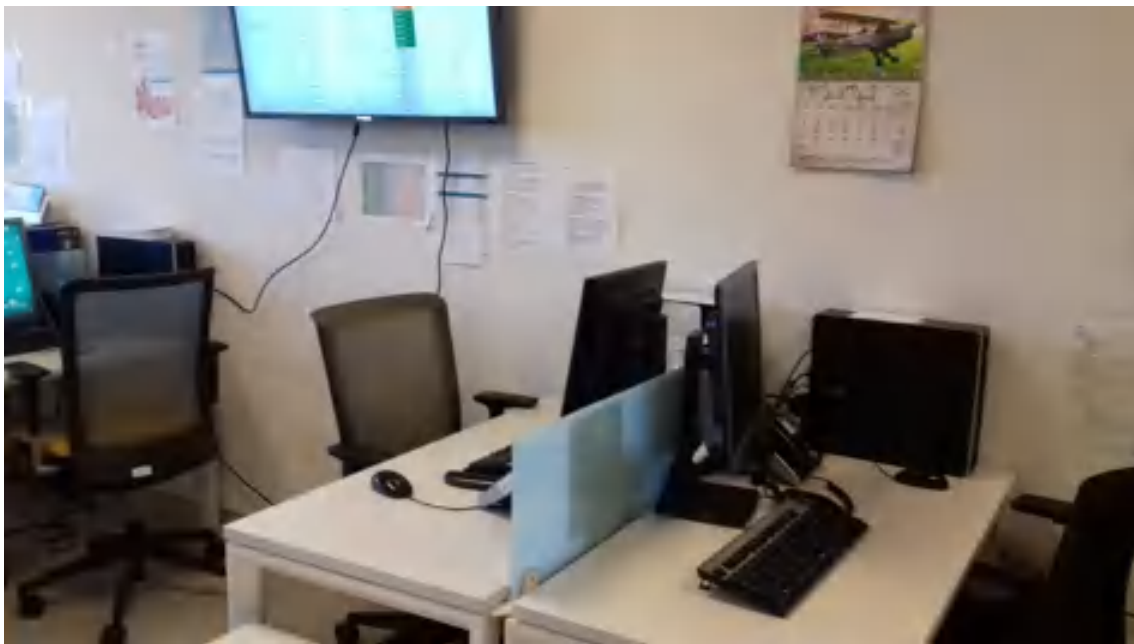
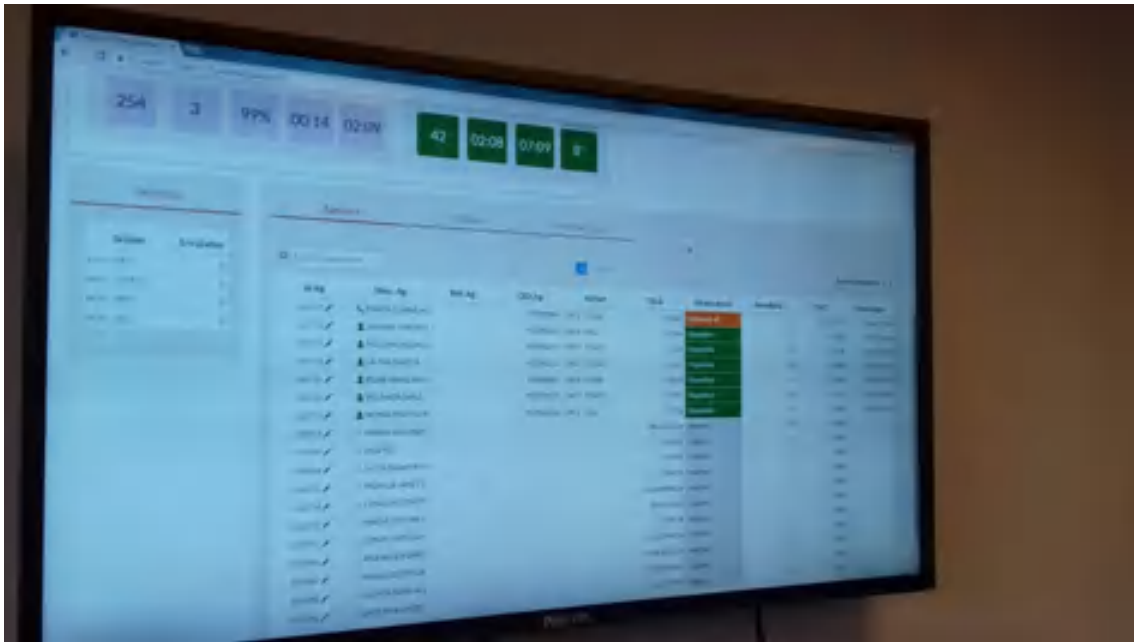
- El personal acompaña a enfermos o visitantes siempre que lo necesiten.
- El personal tiene conocimientos básicos en otras lenguas utilizadas habitualmente.
- Se tiene control informático de los tiempos de urgencias por paciente

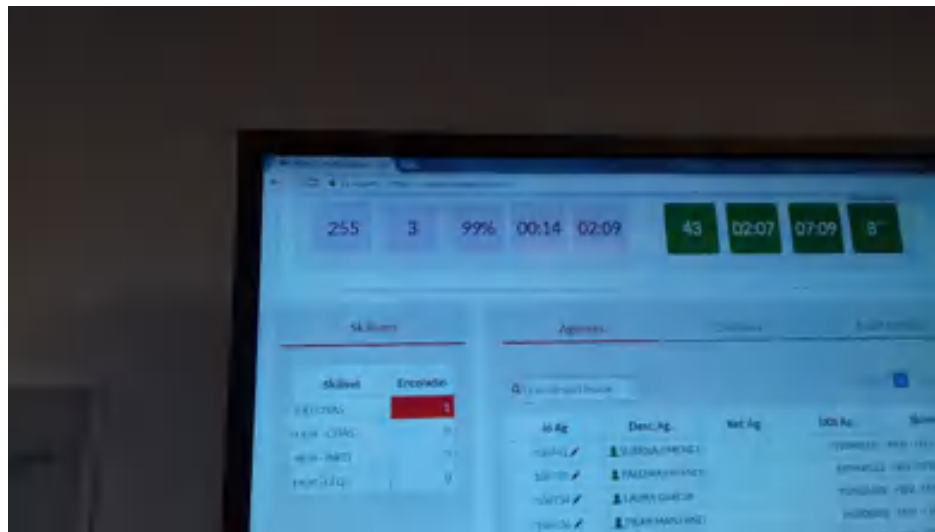


- El personal va uniformado e identificado.



- Se dispone de un listado telefónico actualizado en la Intranet
- Se ha comprobado que las extensiones siguientes son correctas:
  - HCV Sala de diálisis: 52029
  - HCV Nefrología: 52034
  - HCV Admisión: 52053
- Se dispone de un circuito de comunicación de llamadas
- Se ha evidenciado que se analiza el porcentaje de llamadas perdidas en el Call Center, llevándose a cabo Informes en los que se detallan los motivos de las llamadas perdidas y se establecen Acciones Correctoras en su caso.





Informe mensual-Administrativos  
Informe mensual Hospital General de Villalba  
Fecha: noviembre de 2019

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

#### Actividad Desarrollada:

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

Número de llamadas atendidas (contestadas)	16.416
Número de llamadas entrantes	17.254
*Número de llamadas perdidas	695 (total abandonadas) + 142 (saturadas no contestadas) - 450 (abandonadas - 60s) = 387 (abandonadas + 60s)
**Porcentaje de llamadas perdidas (número de llamadas perdidas sobre el total de llamadas entrantes)	$(387 / 17.254) * 100\% = 2,24\%$

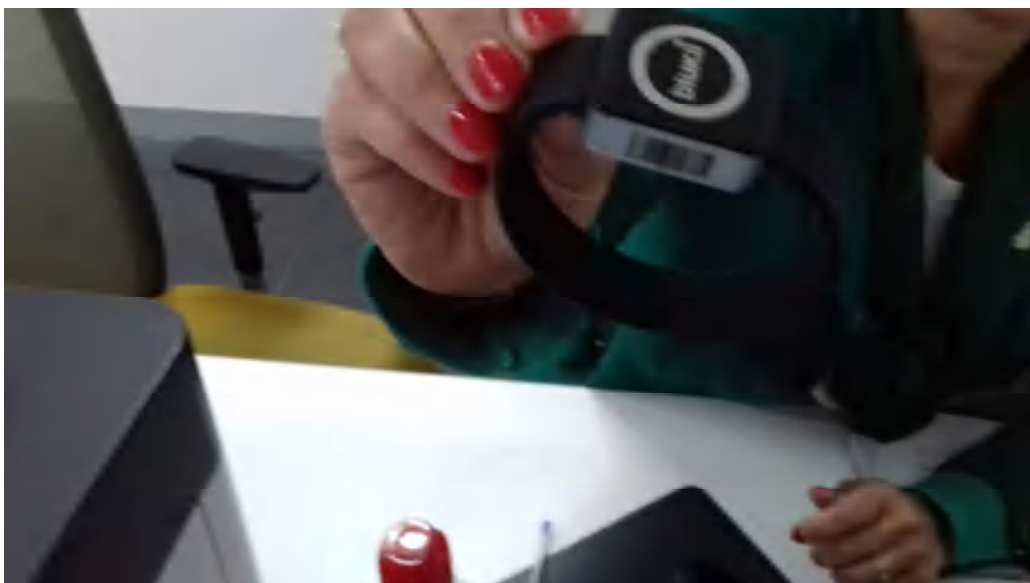
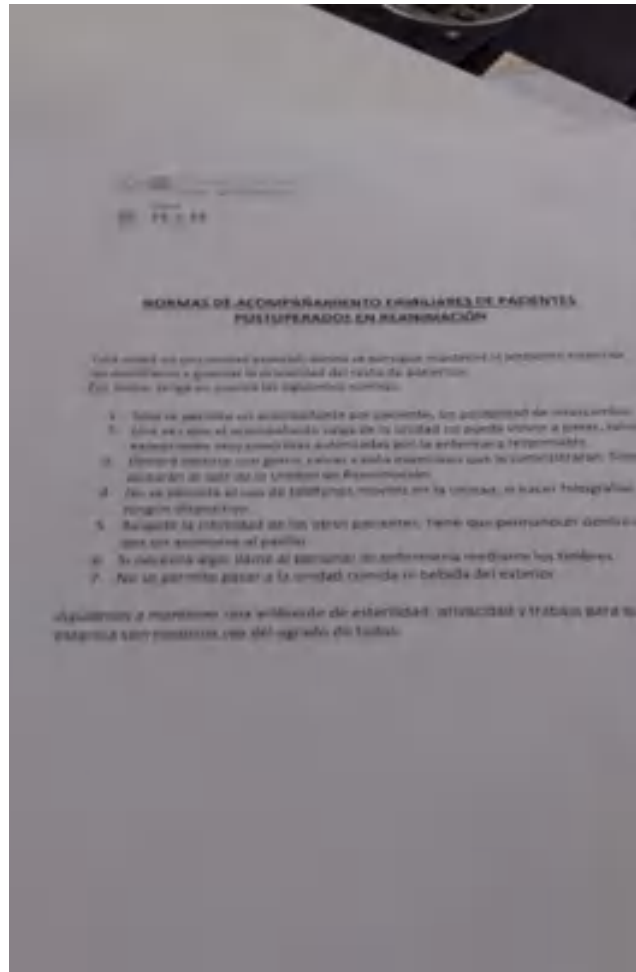
\*Se considera llamada perdida a aquella llamada no atendida con más de 60 segundos de espera sin respuesta

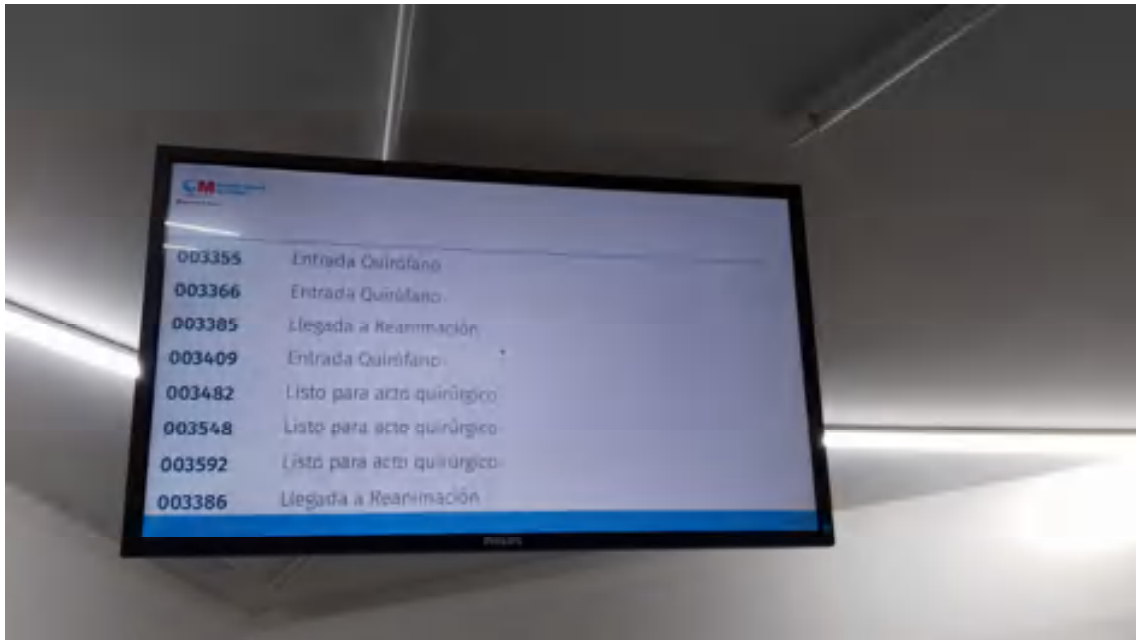
\*\* Porcentaje de llamadas perdidas: número de llamadas perdidas sobre el total de llamadas entrantes

#### Información adicional

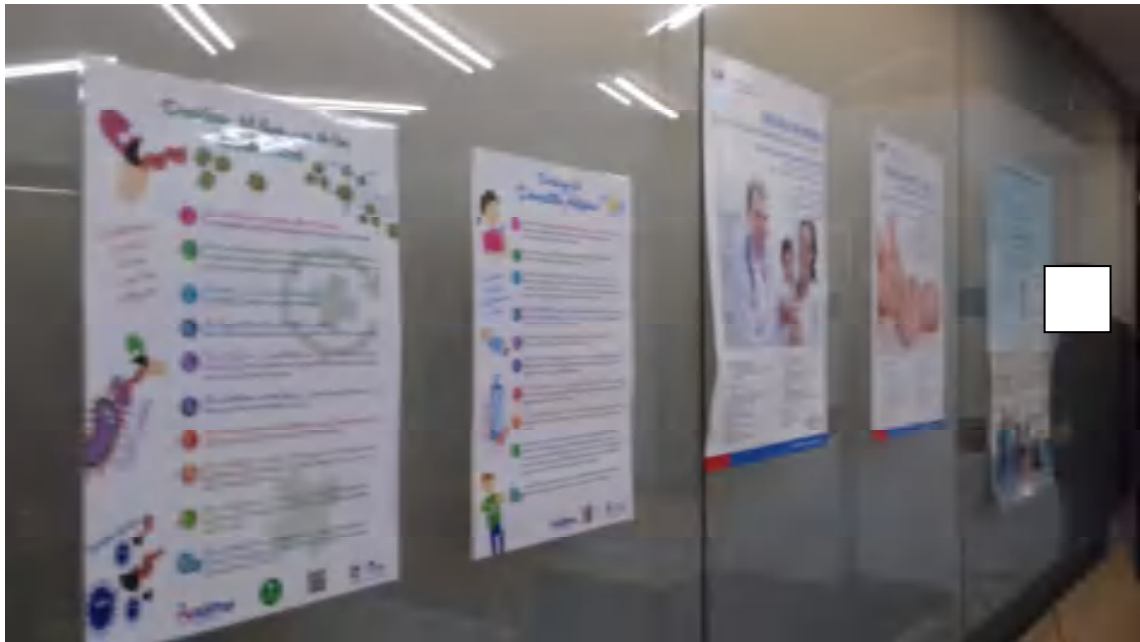
Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio

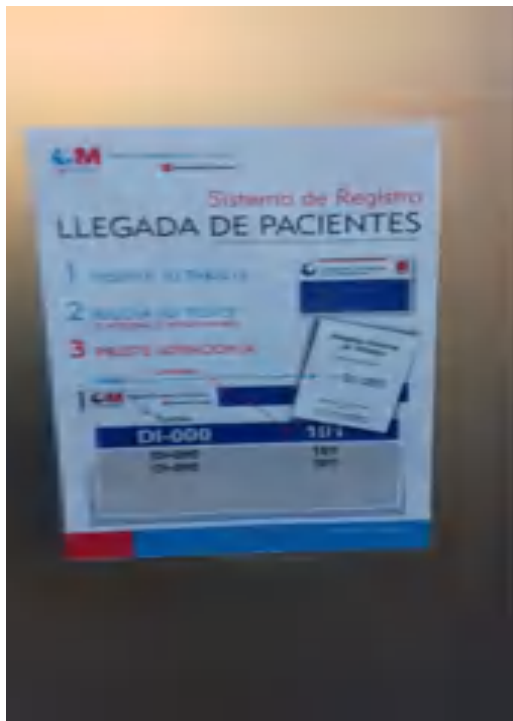
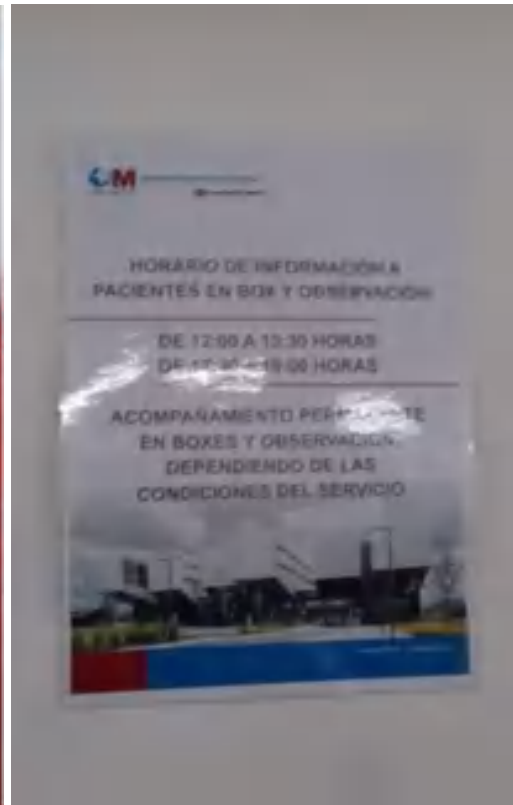
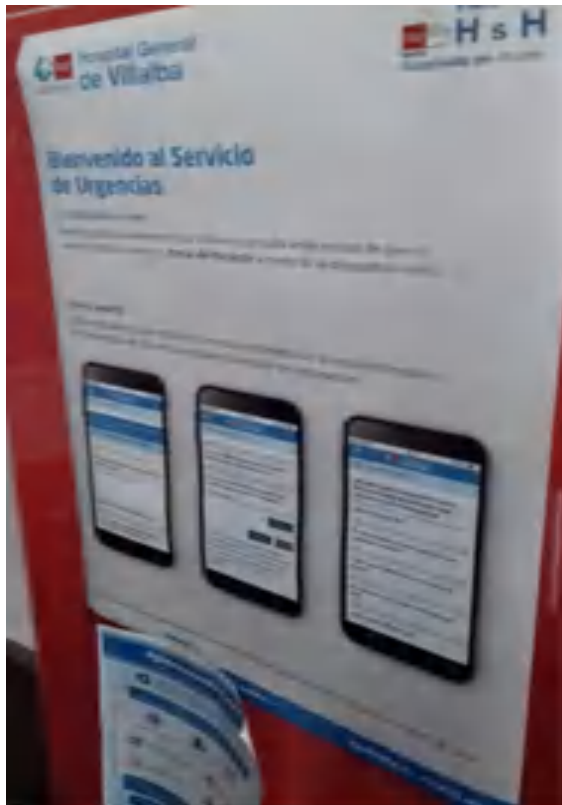
- Se cumple el deber de confidencialidad, ya que se dispone de un anexo al Contrato en el que el personal administrativo se compromete al cumplimiento de la legislación vigente en esta materia.
- El personal es educado y trata con respeto.
- Se ha evidenciado el cumplimiento de la LOPD y por tanto del deber de confidencialidad de todos los Profesionales del Servicio de Admisión y Atención al Paciente.
- No se ha evidenciado durante la Auditoría Operativa faltas de atención por parte del Personal del Servicio de Apoyo Administrativo que denotasen mala educación, falta de respeto, etc, hacia el paciente y sus familiares.
- Se ha evidenciado que se llevan a cabo de un modo eficaz las tareas de información, acogimiento, acompañamiento o recepción a las personas usuarias de los servicios asistenciales del Hospital General de Villalba a cuyo efecto, se ha evidenciado que se dispone de profesionales con unos conocimientos extensos en habilidades de comunicación.
- Se ha evidenciado que se dispone de puntos de información dedicados a la atención a pacientes y usuarios así como servicios de información al paciente en Urgencias 24 horas. Se ha verificado que se atienden todos los requerimientos de información de las personas que lo soliciten, teniendo el personal del Servicio de Admisión y Atención al Paciente del Hospital General de Villalba conocimiento exhaustivo de la ubicación de todas las dependencias del Centro Sanitario.
- Se realizan Proyectos relacionados con ofrecer una mejor Atención de los Pacientes del Centro.



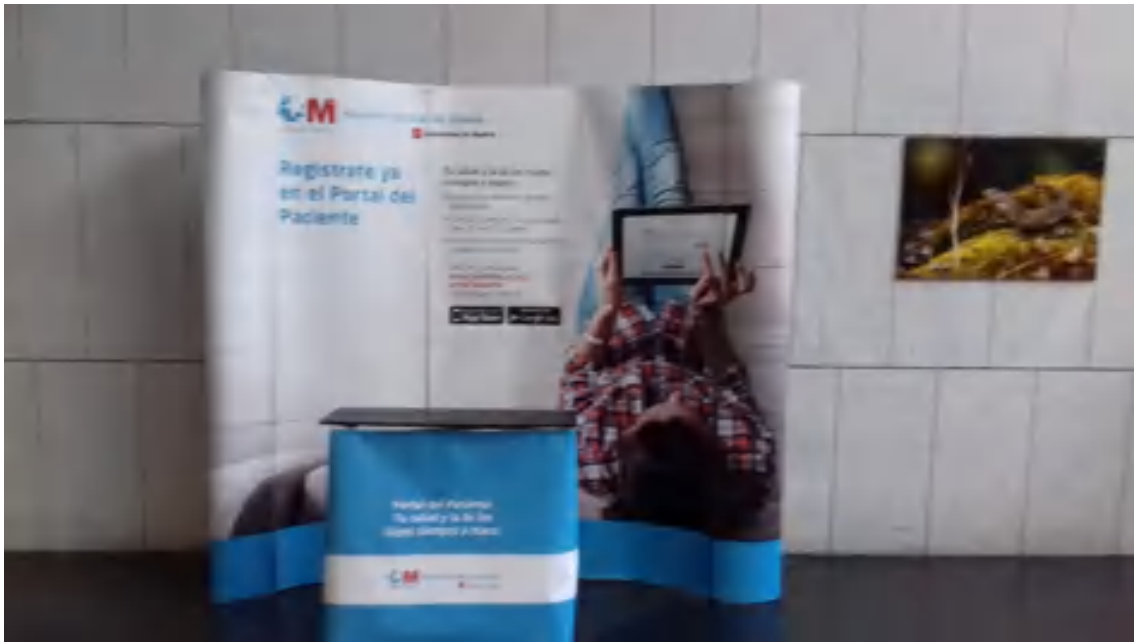






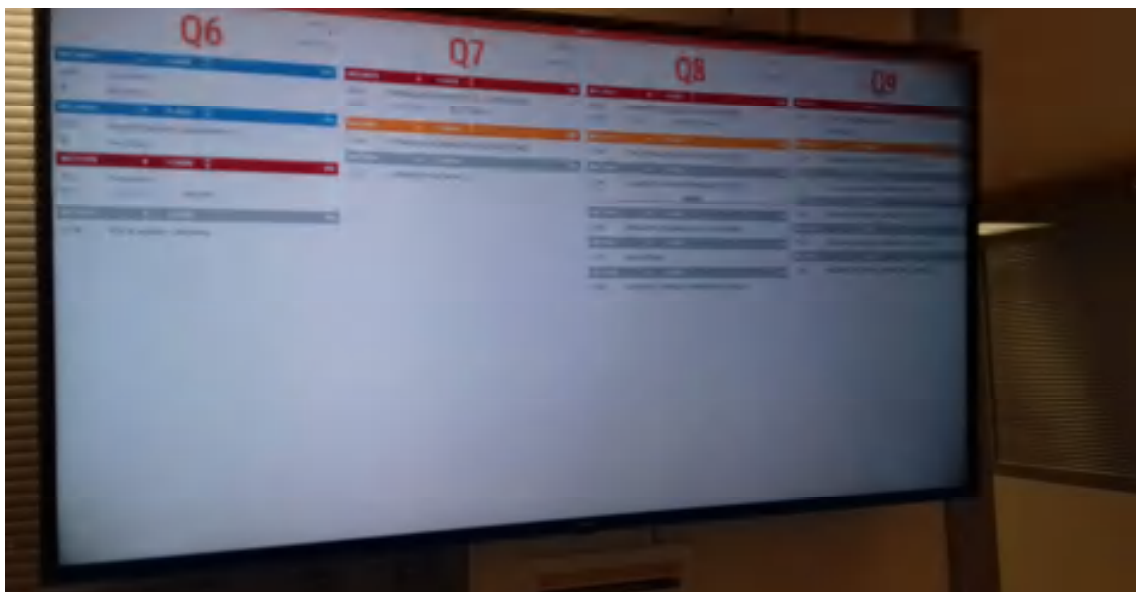
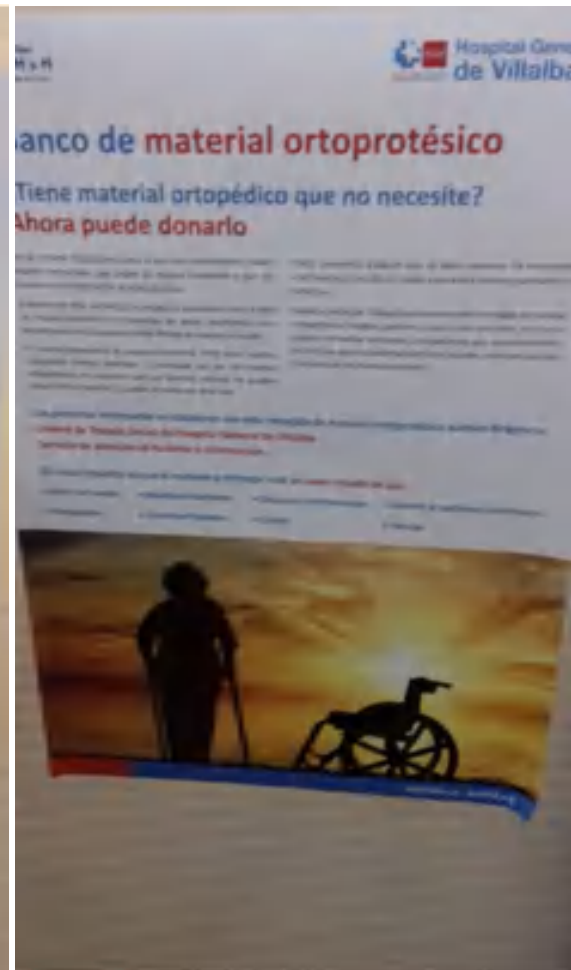




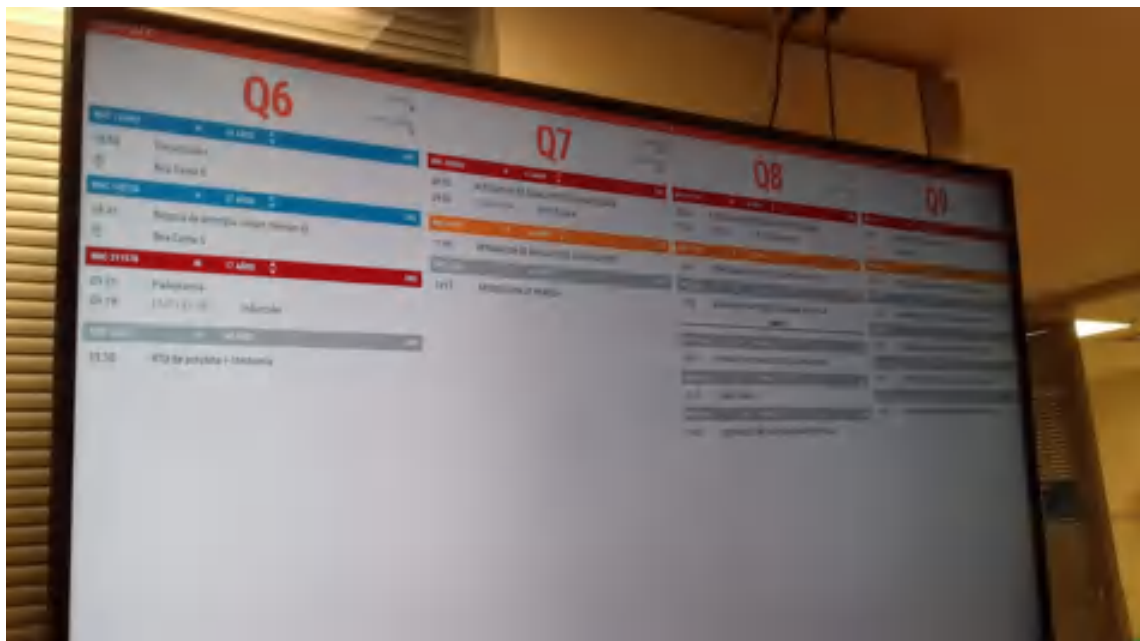
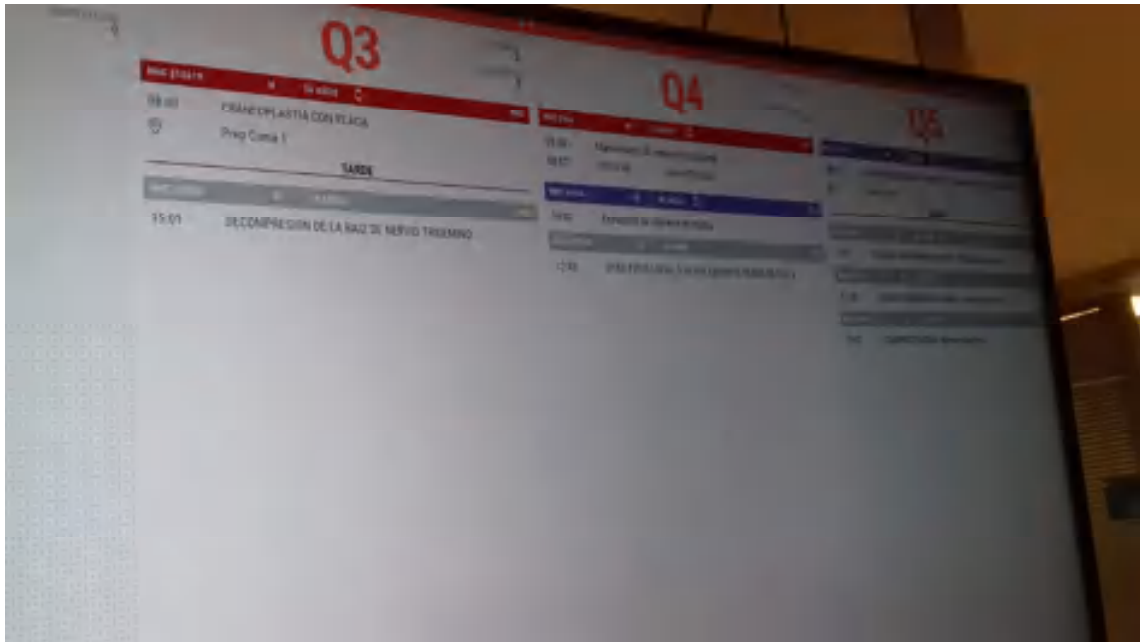


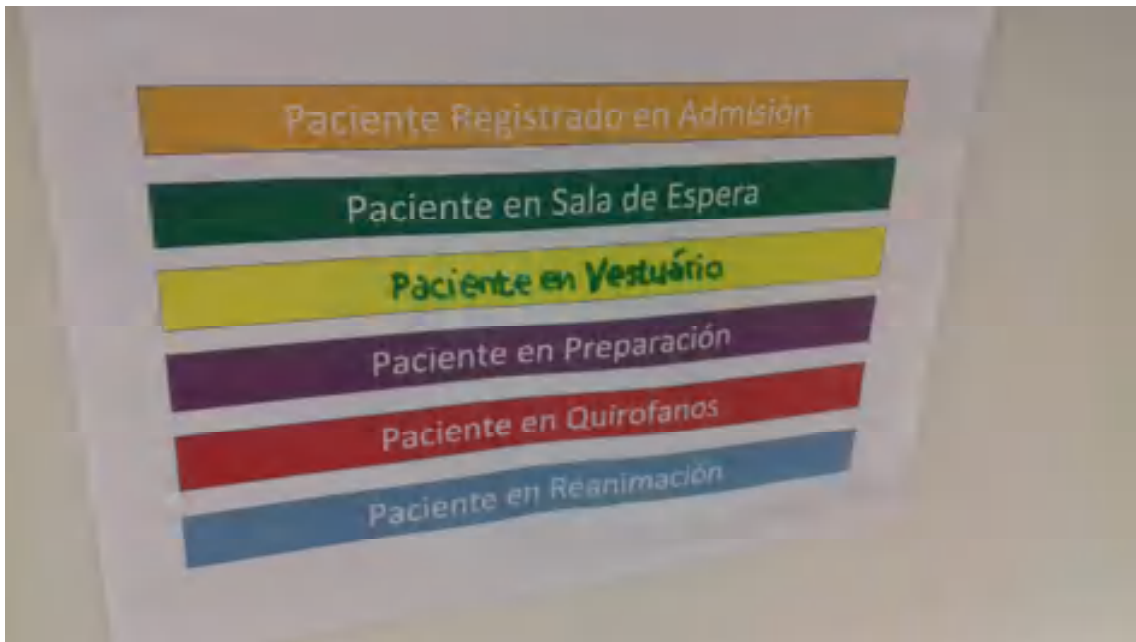


















## 2.8. Sugerencias de mejora (Total Grupo 2)

### P 25. Principales sugerencias realizadas



La categoría "otras sugerencias" agrupa diversos aspectos que son mencionados por menos del 1% de los entrevistados

Base Total Grupo 2: 2091

Estudio de Satisfacción de los usuarios de los servicios de Atención Sanitaria Pública de la Comunidad de Madrid 2017

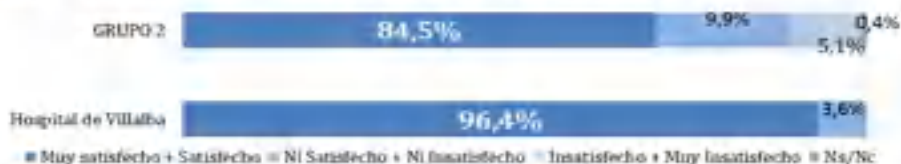
Hospital de Villalba

## 2.5. Profesionales del Centro

### P\_16. ¿Ha sido atendido en este Centro por personal administrativo?



### P\_16. a Satisfacción con la atención recibida por el personal administrativo



Base Total Grupo 2: 1351

Base Hospital de Villalba: 55

Estudio de Satisfacción de los usuarios de los servicios de Atención Sanitaria Pública de la Comunidad de Madrid 2017

Hospital de Villalba



**NPS Resumen Mensual por Centro**

Fecha del informe: 07/02/19  
Pág. 11

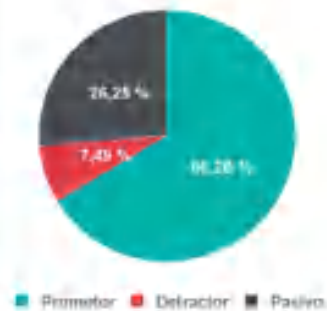
**Consultas Externas**

NPS E-mail	NPS call	NPS Consultas Externas
58,77	69,17	61,19

**E-mail**

Principales Motivos Promotores	Nº Enc	%
Atención del médico.	2.670	16%
Rapidez en la atención recibida.	2.055	12%
Información facilitada durante la consulta.	1.660	12%
Las instalaciones.	1.689	10%
Servicio de citasiones.	1.874	10%
Información general recibida.	1.572	9%
La limpieza.	1.535	9%
Trato del personal administrativo.	1.353	8%
Atención del personal de enfermería	433	3%
Rapidez en la atención recibida	339	2%
Información facilitada durante la consulta	332	2%
Limpieza	291	2%
Instalaciones	286	2%
Información general recibida	260	2%
Trato del personal administrativo	225	1%
Atención del Farmacéutico	2	0%
Las instalaciones	2	0%
Tiempo dedicado en la consulta	2	0%
Trato del personal	2	0%
Amplitud del horario de atención de pacientes externos	1	0%
Atención del administrativo	1	0%
Atención del Técnico de Farmacia	1	0%

Encuestas	5.178
Promotores	3.431
Detractores	339
Pasivos	1.358



Principales Motivos Detractores	Nº Enc	%
Falta de información clínica durante la consulta.	95	23%
Otros motivos. Por favor, especifiquelos en comentario	83	23%
Falta de puntualidad.	73	18%
Tiempo dedicado en la consulta.	73	18%
Tiempo transcurrido hasta conseguir la cita.	73	18%

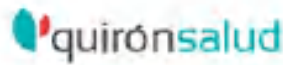
  

Principales Motivos Posivos	Nº Enc	%
Atención del médico.	465	30%

Este documento contiene información confidencial propiedad de Quirónsalud. Prohibida la distribución fuera de su ámbito de aplicación previsto.

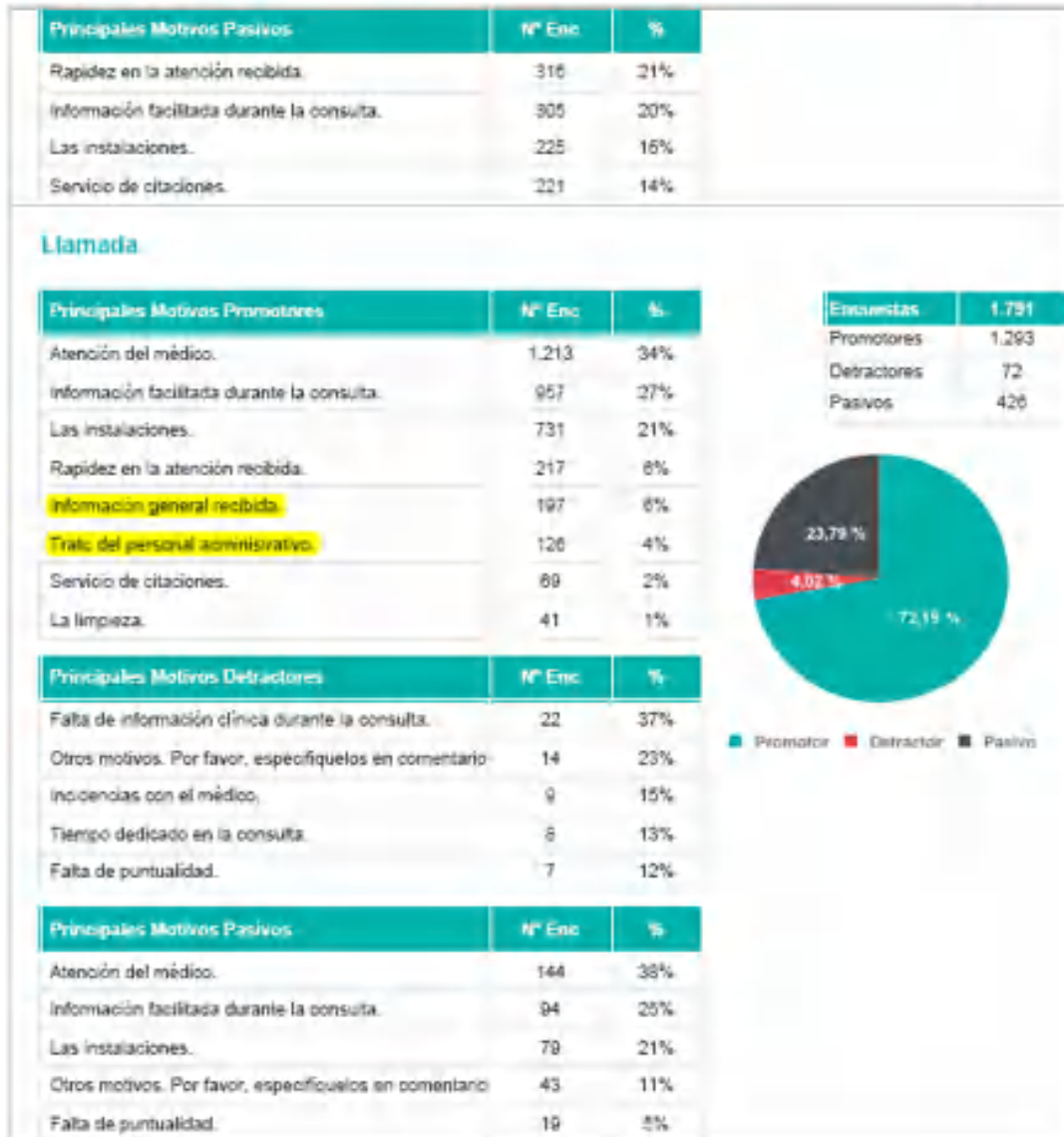






**NPS Resumen Mensual por Centro**

Fecha del informe: 27/03/19  
Pág. 13



Este documento contiene información confidencial propiedad de Quirónsalud. Prohibida su distribución total o parcial sin autorización previa.



## 11.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

### **PARÁMETRO 1: Listado telefónico actualizado**

Definición: Grado de cumplimiento de la actualización trimestral del listado telefónico

Nivel de cumplimiento exigible: 8 sobre 10

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

Método de cálculo: Comprobación de 5 números de teléfono de forma aleatoria. En caso de que no se haya detectado ningún incumplimiento la puntuación será de 10. En caso contrario, la puntuación será 0.

Resultado: 10

## 11.5.-INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR

Sin incidencias

## 11.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

Sin incidencias

## 12.-SERVICIO DE EXPLOTACIONES COMERCIALES.

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

El objeto del presente Informe es presentar los resultados de la Auditoria Operativa en cuanto a Explotaciones Comerciales se refiere, realizada por GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., en el Hospital General de Villalba (expediente PA SER-41/2018-AE).

### 12.2.-DOCUMENTACIÓN REVISADA Y NORMATIVA.

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

#### CAFETERÍA-BAR Y COMEDOR:

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

#### SERVICIO DE APARCAMIENTO:

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

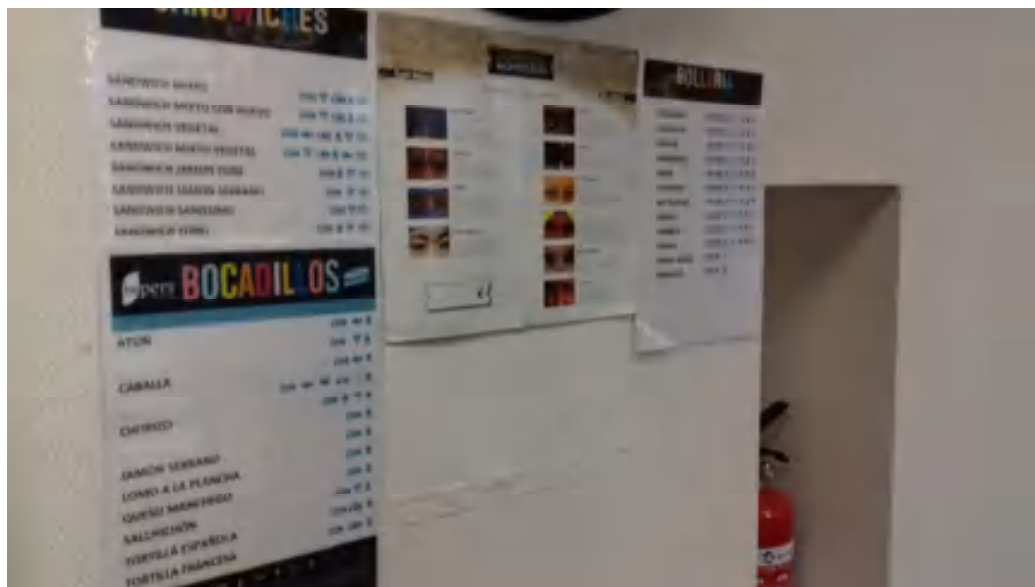
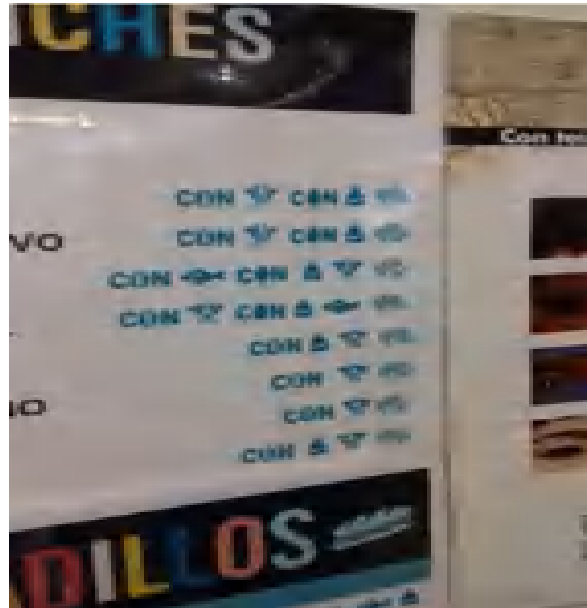
#### SERVICIO DE TELÉFONO Y TELEVISORES

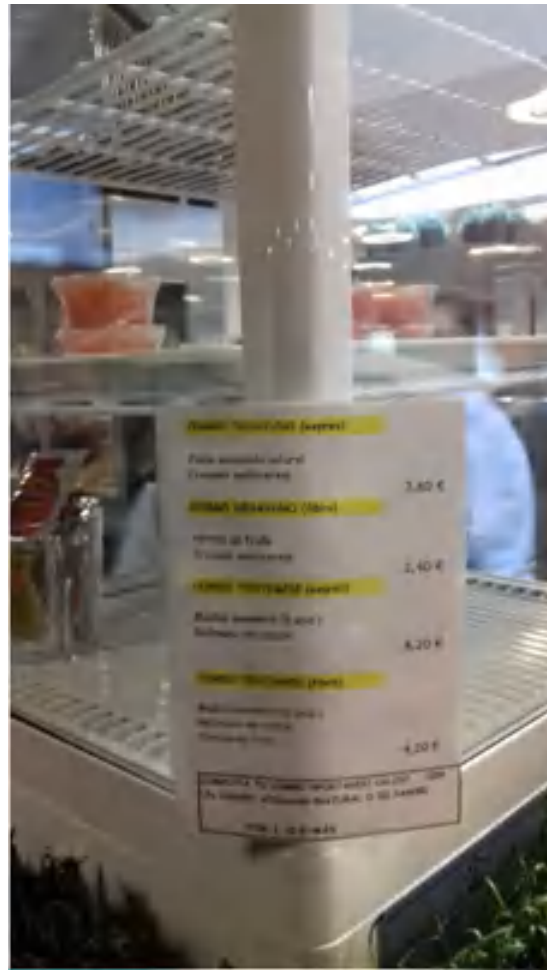
- Servicio de teléfono y televisores en habitaciones y zonas comunes.
- Tarifas de teléfono y servicio de televisión.

## 12.3.-COMPROBACIONES POSITIVAS.

### CAFETERIA - BAR Y COMEDOR

- Hay una lista publicada en un lugar visible con precios+IVA de todos los productos, así como de los alérgenos:

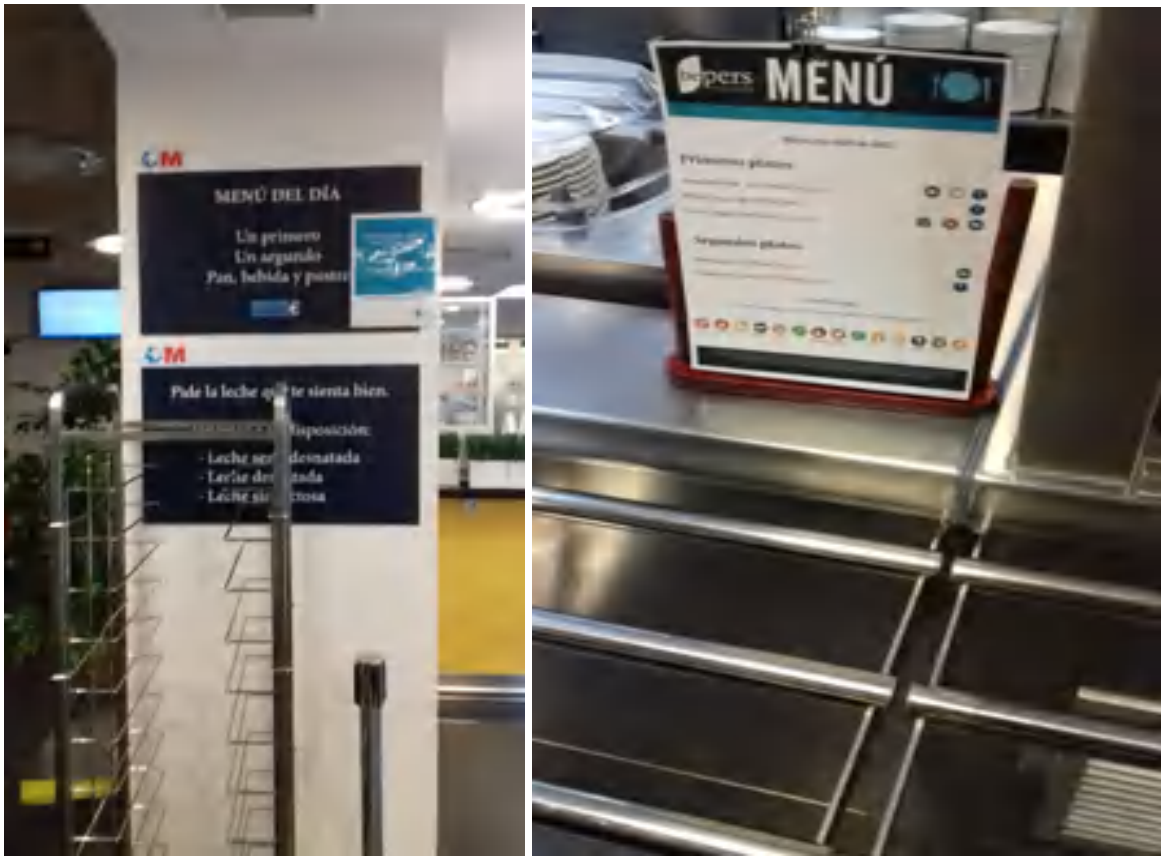




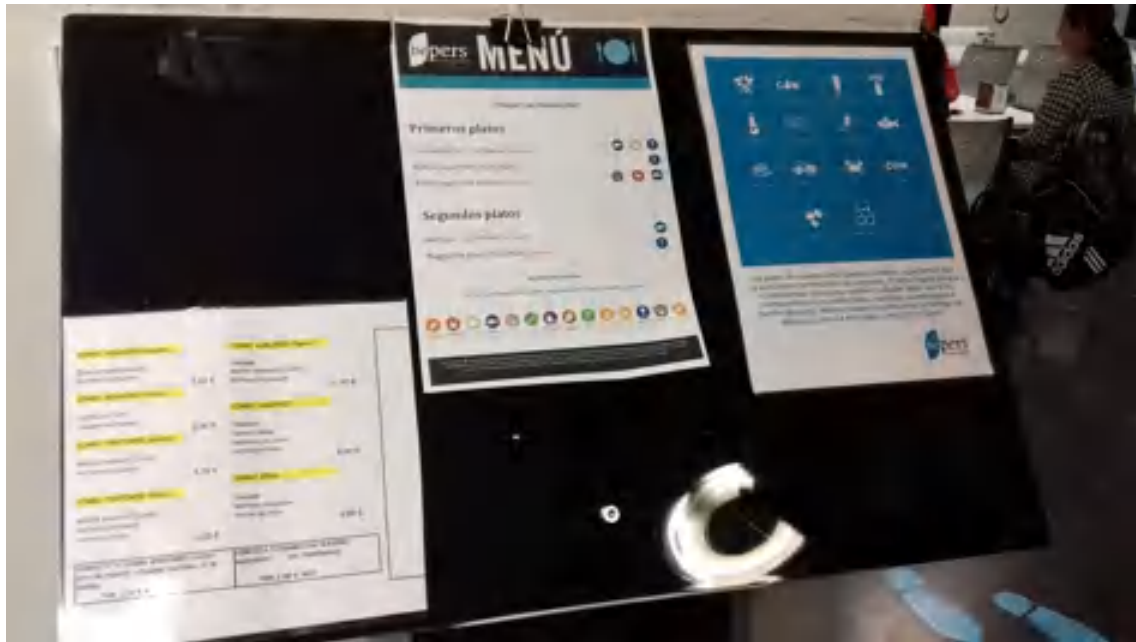
Bebidas		
Refrescos	158,4 Kcal	1,90 €
Zumos		2,00 €
Zumo natural de naranja GR	102,3 Kcal	2,50 €
Zumo natural de naranja PQ	74,7 Kcal	1,80 €
Colacao	167,6 Kcal	1,70 €



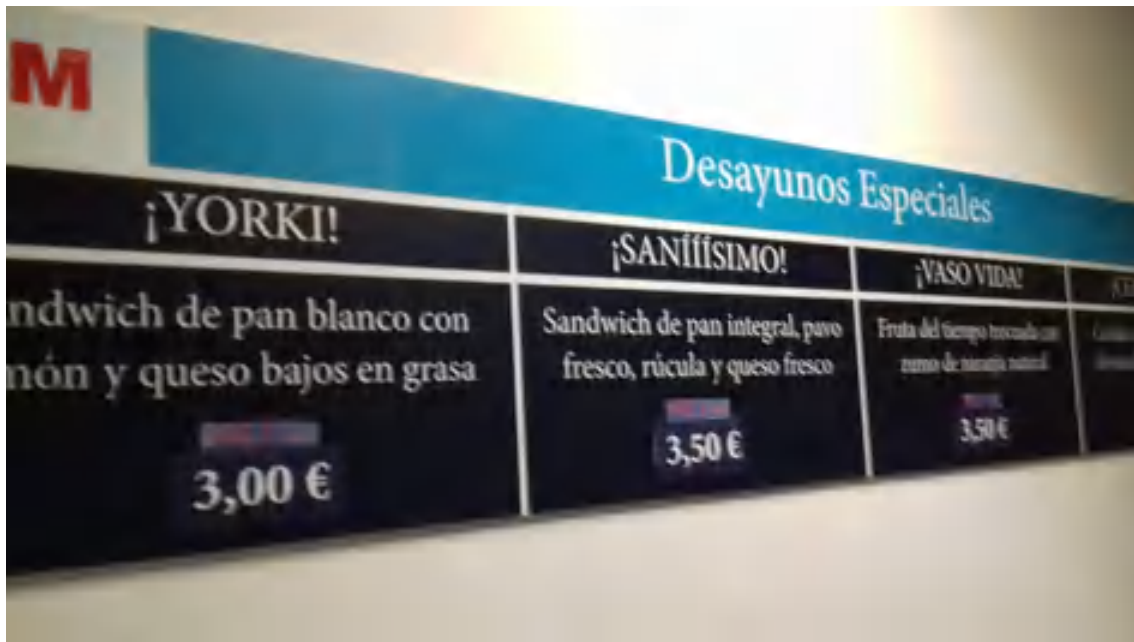


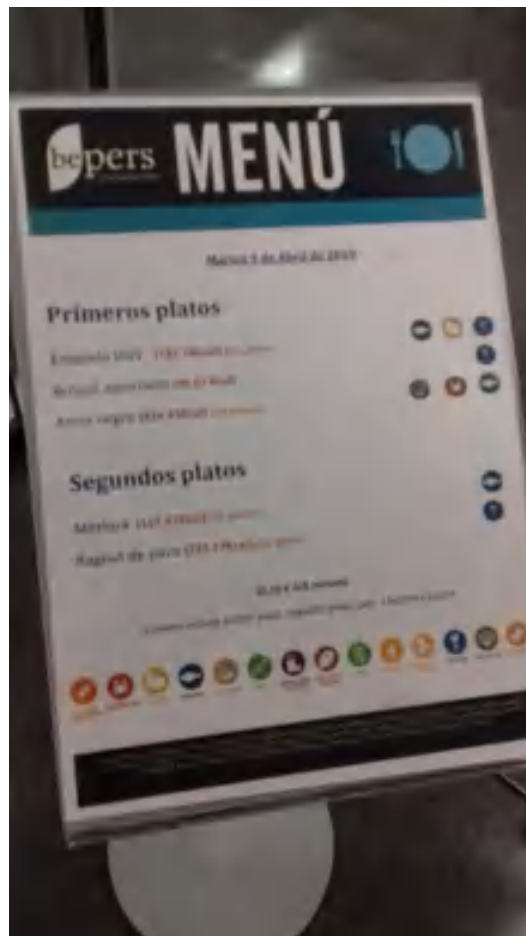






Desayunos		Bocadillos	
Tostada con aceite		Atún	3,40 €
Tostada maizquinilla y mielclada	2,70 €	Jamón serrano	3,70 €
3 C. huevos	2,80 €	Chorizo	3,40 €
3 Porras		Queso	3,70 €
Bollería		Salchichón	3,40 €
Bollería plancha		Tortilla española	3,70 €
Sandwich mixto y huevo	3,50 €	Tortilla francesa	3,70 €
Sandwich mixto vegetal	4,20 €	Jamón de york	3,10 €
Sandwich jamón serrano		Lomo	4,00 €
Sandwich jamón de york y queso	2,70 €	Bocadillos MINIS de todos los ingredientes	2,10 €
Bebidas			
Café	1,40 €	Refrescos	1,90 €
Infusiones		Zumos	2,00 €
Agua 1/2 l.	1,20 €	Zumo natural de naranja GR	2,50 €
Agua 1,5 l.	1,50 €	Zumo natural de naranja PQ	1,80 €
Cerveza Sin	2,00 €	Colacao	1,70 €














Martes 02 de Abril de 2019

## Primeros platos

Ensalada mixta (281Kcal) (Sin gluten)  

Raviolis con tomate y albahaca (349 Kcal)        

Berenjenas rellenas de verduras (120.59Kcal) (Sin gluten) 

## Segundos platos

Calamares en salsa americana (234,84Kcal) (Sin gluten) 

Chuleta Sajonia (303.9Kcal) (Sin gluten)

10,50 € IVA incluido

El menú incluye primer plato, segundo plato, pan, 1 bebida y postre



Los platos de nuestra carta pueden contener ingredientes que se consideran potencialmente alergénicos. Si tiene alguna alergia o intolerancia, o necesita resolver cualquier duda sobre los componentes de nuestros platos, por favor, coméntenos a nuestro personal. Nuestro equipo de nutricionistas y dietistas se encuentra cada día por cuidar y mejorar su salud.

- No se dispone de impresos de quejas/reclamaciones/sugerencias disponibles en ambas cafeterías, haciendo referencia al servicio de atención al Paciente del Centro para poder interponer una queja/reclamación/agradecimiento, por lo que se debería colocar un cartel en las cafeterías.
- La empresa dispone de certificado en la norma ISO-9000 o equivalente, ya que se ha comprobado la disposición del certificado ISO 9.001: 2.015 para el Hospital General de Villalba con la siguiente fechas de validez: 29 de enero de 2.018-26 de enero de 2.021, siendo el alcance del sistema: "actividades asistenciales: consultas externas, hospitalización, urgencias, bloque quirúrgico, CMA, bloque obstétrico, diagnóstico por la imagen, hospitalización en unidades críticas, diálisis, uso de hemoderivados, farmacia, análisis clínicos, hospital de día, esterilización, rehabilitación y anatomía patológica. Servicios estratégicos y de soporte no asistencial: atención al paciente, admisión, **restauración**, mantenimiento de instalaciones y equipos electromédicos, limpieza, gestión intrahospitalaria de residuos y lencería".
- Se realizan encuestas de satisfacción a los clientes.
- Todo el personal dispone del carnet de manipulador de alimentos.
- Se ha desarrollado un proyecto de seguridad e higiene (antes de 6 meses).
- El personal está uniformado adecuadamente y cuida de su aseo personal.



- Se tienen en consideración los alérgenos



### **SERVICIO DE APARCAMIENTO**

- Se dispone de 464 plazas de aparcamiento subterráneo y 14 de ellas están reservadas para minusválidos, lo que da cumplimiento al Código Técnico de la Edificación.
- Se dispone de 219 plazas en superficie y 9 de ellas son de minusválidos, lo que da cumplimiento al Código Técnico de la Edificación.
- Se comprueba que el aparcamiento tanto en superficie como subterráneo es gratuito.
- El servicio de aparcamiento está operativo 24h/días, 365/6 días al año.
- El aparcamiento es seguro tanto para las personas como para los vehículos.
- Existe una gestión del tráfico en el recinto que garantiza la circulación fluida.

- El dimensionamiento del aparcamiento es acorde con el funcionamiento del mismo.
- Se favorece la rotación de vehículos.
- La empresa designa áreas para uso preferente a grupos y asegura que se utilizan por el usuario autorizado.
- Se respetan según la normativa las zonas reservadas para el personal.
- Se evitan la estancias prolongadas y continuas.
- Solo se permite el estacionamiento de vehículos ligeros.
- Se ofrece un servicio integral de seguridad (para evitar robos, accidentes...).
- La empresa realiza un informe mensual a la administración sanitaria de los actos delictivos producidos en el aparcamiento.
- Se facilita la información de la encuesta a la administración sanitaria.
- Se observa un buen estado de la señalización horizontal.
- Se observa un buen estado de la señalización vertical.
- Se ha observado que el suelo no es resbaladizo.
- Se ha comprobado el correcto funcionamiento de las cámaras de seguridad.

### **TELÉFONO Y TELEVISIÓN**

- Se comprueba que el servicio telefónico es de uso público para pacientes y gratuito
- Se comprueba que el servicio de televisión para pacientes hospitalizados y en los servicios de diálisis, UCE, Hospital de día y salas de espera de pediatría es gratuito



#### TARIFAS DE TELEFONO Y SERVICIO DE TELEVISION.

##### SERVICIO TELEFONICO

El servicio telefónico de uso público para pacientes en hospitalización es gratuito.

##### SERVICIO DE TELEVISIÓN.

El uso del servicio de Televisión, para pacientes hospitalizados y en los servicios de Diálisis, UCE, Hospital de día y salas de espera de pediatría es totalmente gratuito.

## 12.4.-PARÁMETROS DE DESEMPEÑO.

### **PARÁMETRO 1: ISO 9.001 en cafetería – bar y comedor**

Definición: Garantía de certificación ISO 9.001

Nivel de cumplimiento exigible: 10 sobre 10

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

Método de cálculo: En caso de que el certificado esté vigente y recoja en el alcance la cafetería-bar y el comedor del Hospital, se puntuará un 10. En caso contrario, la puntuación será de 0.

Resultado: 10

### **PARÁMETRO 2: Indicador del Servicio de Explotaciones Comerciales**

$IN=0.4*\text{Cafetería y comedor}+0.4*\text{Aparcamiento}+0.2*\text{Servicio de TV}$

Resultado: 10

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

Sin incidencias

## 12.6.-INCIDENCIAS DETECTADAS.

**INCIDENCIA MEDIA:** No se tienen evidencias de la realización de encuestas trimestrales de aparcamiento.



### 13.-PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO

Atendiendo a la tipología de las incidencias anteriores, se expone el plan de acción propuesto

- Limpieza:
  - o Charla de sensibilización
  - o Garantizar la dosificación adecuada de producto.
- Desinfección, Desinsectación y Desratización:
  - o No procede
- Seguridad y Vigilancia:
  - o Colocación de Control de Acceso DORLET en los vestuarios de personal para evitar posibles robos y/o agresiones.
- Gestión de Residuos Sanitarios:
  - o Concienciación en cuanto al cierre de las puertas de los cuartos intermedios de residuos.
- Conservación de Viales y Jardines:
  - o No procede
- Esterilización:
  - o No procede
- Gestión de Almacenes y Distribución-Logística:
  - o Inventario trimestral en almacenes intermedios
  - o Concienciación al personal de la importancia de mantener ubicación de productos
- Apoyo Administrativo:
  - o No procede
- Explotaciones Comerciales:
  - o Realizar encuestas trimestrales de aparcamiento

Madrid, 22 de mayo de 2019



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