



INFORME DE AUDITORIA OPERATIVA

PHUNCIONA GESTIÓN HOSPITALARIA, S.A.



ABRIL 2020

ÍNDICE

PORTADA	1
ÍNDICE	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. ANTECEDENTES	3
1.2. DATOS GENERALES.....	7
OBJETO.....	7
ALCANCE	7
AUDITORES.....	8
PARTICIPANTES	8
2. RESUMEN EJECUTIVO.....	9
3. RESULTADOS DE AUDITORÍA.....	10
3.1. CRITERIOS GENERALES	10
3.1.1. CRITERIOS DE LA DIRECCIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS (DGC)	19
3.1.2. CRITERIOS DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS (RH)	21
3.1.3. CRITERIOS DEL ÁREA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (PRL)	23
3.1.4. CRITERIOS DE LA GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL (GMA)	25
3.1.5. CRITERIOS DE EFICIENCIA ENERGÉTICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE (EDS).....	26
3.1.6. CRITERIOS DE CALIDAD (CAL)	27
3.1.7. CRITERIOS DE LOS MEDIOS MATERIALES (MM).....	29
3.1.8. CRITERIOS DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES CRÍTICAS (SC)	30
3.2. CRITERIOS POR SERVICIO	32
3.2.1. CRITERIOS DEL SERVICIO DE LIMPIEZA (LIM)	33
3.2.2. CRITERIOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD (SEG).....	73
3.2.3. CRITERIOS DEL SERVICIO DE RESTAURACIÓN (RES).....	90
3.2.4. CRITERIOS DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS (GR).....	120
3.2.5. CRITERIOS DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO (MTO)	143
3.2.6. CRITERIOS DEL SERVICIO DE VIALES Y JARDINES (VJ).....	195
3.2.7. CRITERIOS DEL SERVICIO DE LAVANDERIA (LV)	205
3.2.8. CRITERIOS DEL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN (EST).....	220
3.2.9. CRITERIOS DEL SERVICIO DE DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN (DD).....	237
3.2.10. CRITERIOS DEL SERVICIO DE TIGAS (TIG)	260
3.2.11. CRITERIOS DEL SERVICIO DE ALMACENES (ALM).....	274
3.2.12. CRITERIOS DEL SERVICIO PERSONAL ADMINISTRATIVO (ADM).....	291

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES

“Con carácter obligatorio, cada dos ejercicios, la Sociedad Concesionaria está obligada a presentar a la Administración una auditoría operativa del funcionamiento de los servicios en las cuales se evalúe el cumplimiento de las obligaciones asumidas en relación con el objeto de este contrato, sin perjuicio de las auditorías específicas de cada servicio previstas en el PPTE”.

Es decir, la **Auditoría Operativa** realizada a Phunciona Gestión Hospitalaria, S.A. del Hospital del Sureste, **evalúa el grado de cumplimiento de las obligaciones** asumidas en relación con el objeto del contrato establecido entre la Empresa Concesionaria y la Administración relativas a los servicios siguientes:

1. Limpieza
2. Seguridad
3. Restauración
4. Gestión de residuos
5. Mantenimiento
6. Viales y jardines
7. Lavandería
8. Esterilización
9. Desinsectación y desratización
10. Transporte y gestión auxiliar
11. Gestión de almacenes y distribución de materiales
12. Gestión de personal administrativo y recepción e información

Utilizando los pliegos de prescripciones técnicas y los 12/13 protocolos de servicios de los hospitales se han diseñado los criterios que deben cumplirse en la realización de los servicios. Estos criterios se han clasificado en dos grupos principales:

- **CRITERIOS GENERALES**
- **CRITERIOS ESPECÍFICOS POR SERVICIO**

GIHSA CONSULTING analizó las obligaciones asumidas contractualmente y las definió mediante **318 criterios**. Todos los grupos de criterios se identifican mediante siglas y se numeran según el orden que ocupan dentro de cada grupo. Los criterios definidos pueden identificarse por las siglas dentro del grupo en el que se han definido y la numeración correlativa del grupo y del criterio.

Dentro de cada grupo los criterios se han estructurado por áreas dando lugar a los siguientes criterios:

GRUPOS Y ÁREAS DE CRITERIOS		
ID	GRUPOS Y ÁREAS DE CRITERIOS	Nº criterios
CG	CRITERIOS GENERALES	55
DGC.1	Criterios de la dirección, gestión y control de los servicios	10
RH.2	Criterios del área de recursos humanos	12
PRL.3	Criterios de seguridad, salud y prevención de riesgos laborales	9
GMA.4	Criterios de gestión medioambiental	4
EDS.5	Criterios de eficiencia energética y desarrollo sostenible	2
CAL.6	Criterios de gestión de la calidad	10
MM.7	Criterios de recursos materiales	2
SC.8	Criterios de actuación ante situaciones críticas	6
CE	CRITERIOS ESPECÍFICOS POR SERVICIO	254
LIM.1	Criterios del servicio de limpieza	26
SEG.2	Criterios del servicio de seguridad	24
RES.3	Criterios del servicio de restauración	37
GR.4	Criterios del servicio gestión de residuos	19
MTO.5	Criterios del servicio de mantenimiento	26
VJ.6	Criterios del servicio de viales y jardines	14
LAV.7	Criterios del servicio de lavandería	13
EST.8	Criterios del servicio de esterilización	15
DDD.9	Criterios del servicio de desinsectación y desratización	14
TIG.10	Criterios de transporte interno-externo y gestión auxiliar	28
AL.11	Criterios de gestión de almacenes	17
ADM.12	Criterios de personal administrativo	21
NÚMERO TOTAL DE CRITERIOS		309

Tabla 1. Grupos de criterios definidos para la auditoría

Estos 309 criterios se dividen en dos grupos de los que **55 son generales** y aplicables a todos los servicios y **254 son específicos** por servicio tal y como se indica en la tabla.

En la evaluación de su grado de cumplimiento no se ha aplicado la ley del “todo o nada (Si se cumple; NO se cumple). La **evaluación** del “**grado de cumplimiento**” de estos criterios se lleva a cabo por aplicación de una escala de 1 a 5, del siguiente modo:

GRADO	NORMAS PARA LA EVALUACIÓN	RESULTADO DE AUDITORÍA
5	Existen evidencias claras del cumplimiento del criterio y no se observa ninguna incidencia o área de mejora.	Excelente
4	Existen evidencias del cumplimiento del criterio, aunque con dudas en alguna de sus partes. Se detecta alguna incidencia.	Muy bien
3	Existen evidencias del cumplimiento del criterio al menos en un 60%. Se detectan incidencias repetitivas.	Bien
2	Existe algún documento relacionado, pero no se evidencia el cumplimiento del criterio. Existen incidencias repetitivas relacionadas con gran parte del criterio.	Deficiente
1	No hay ninguna evidencia del cumplimiento del criterio.	Muy deficiente

Tabla 2. Normas para la evaluación de criterios

Por ejemplo: Supongamos que se trata de evaluar el grado de cumplimiento de la obligación de disponer del Manual de Procedimientos de la Limpieza. Identificamos cinco grados de cumplimiento:

Grado 1.- La Empresa Concesionaria no ha comenzado a redactar el borrador.

Grado 2.- La Empresa Concesionaria ha comenzado la redacción de un Borrador sin haberlo acabado, todavía.

Grado 3.- La Empresa Concesionaria dispone de un Anteproyecto, pues el Borrador ha sido debatido internamente y que contiene los apartados esperados. De su análisis se observan posibles áreas de mejora y/o erratas.

Grado 4.- La Empresa Concesionaria ha propuesto a la Administración el Proyecto de Manual, pero no ha sido autorizado todavía por esta. De su análisis se observan posibles áreas de mejora y/o erratas.

Grado 5.- La Empresa Concesionaria dispone del Manual validado por la Administración y de su análisis no se observan posibles áreas de mejora.

O bien supongamos que se trata de evaluar el grado de cumplimiento de la obligación de centralizar y controlar todas las actuaciones de vigilancia durante 24 horas al día en el centro de control. Identificamos cinco grados de cumplimiento:

Grado 1.- El Centro de control permanece activo durante menos de 24 horas.

Grado 2.- El centro de control permanece activo durante 24 horas pero no hay informes de servicio, programaciones, etc...

Grado 3.- El centro de control permanece activo durante 24 horas pero se producen incidencias relacionadas en menos del 60% de las actuaciones.

Grado 4.- El centro de control permanece activo durante 24 horas y se producen incidencias relacionadas en menos del 5% de las actuaciones.

Grado 5.- El centro de control permanece activo durante 24 horas y no hay incidencias relacionadas.

Este procedimiento de **evaluación mediante una escala ordinal**, elimina opiniones y utiliza solamente datos. Pensamos que las opiniones son siempre subjetivas y los datos son incuestionables e independientes de las personas intervinientes. Por tal motivo siempre que fue posible prescindimos de las opiniones. Inicialmente se analizó la documentación solicitada para poder programar las visitas. GIHSA CONSULTING centró la Auditoría “in situ” en aclaración de dudas, incongruencias entre evidencias o insuficiente verosimilitud de las mismas, informando previamente de la selección de los criterios objeto de comprobación de entre los 309 del Cuestionario. Así fue como pudimos establecer los grados de cumplimiento de los mismos.

El resultado de la Auditoría Operativa realizada se expresa mediante datos, eliminando incluso las opiniones de GIHSA. Estos datos del resultado de la auditoría son los indicadores. Hay tres tipos de indicadores: de criterio, de servicio y del hospital.

- **INDICADORES DE CRITERIO.**- Cada uno de los 309 criterios tiene su correspondiente indicador de grado de cumplimiento.
- **INDICADORES DE SERVICIO,**- Cada uno de los 12 servicios tiene su indicador de cumplimiento de sus obligaciones contractuales, que se obtiene por media aritmética de los grados de cumplimiento de sus correspondientes criterios.
- **INDICADOR DEL HOSPITAL.**- El grado de cumplimiento de las obligaciones contractuales de la Empresa Concesionaria se expresa por su indicador de hospital, que se obtiene por media ponderada de los indicadores de cumplimiento de las obligaciones contractuales de los doce servicios.

Teniendo en cuenta el **impacto de cada servicio en la actividad del hospital**, los trabajadores del hospital, los pacientes y visitantes y la importancia según el PPT se establecen los siguientes coeficientes de ponderación de grupos de criterios de servicios:

ID	GRUPOS DE CRITERIOS	COEFICIENTE
LIM.1	Criterios del servicio de limpieza	5
SEG.2	Criterios del servicio de seguridad	2
RES.3	Criterios del servicio de restauración	5
GR.4	Criterios del servicio gestión de residuos	2
MTO.5	Criterios del servicio de mantenimiento	5
VJ.6	Criterios del servicio de viales y jardines	1
LAV.7	Criterios del servicio de lavandería	3
EST.8	Criterios del servicio de esterilización	4
DDD.9	Criterios del servicio de desinsectación y desratización	3
TIG.10	Criterios de transporte interno-externo y gestión auxiliar	3
AL.11	Criterios de gestión de almacenes	2
ADM.12	Criterios de personal administrativo	2

Tabla 3. Coeficientes de importancia relativa de los servicios

1.2. DATOS GENERALES

OBJETO

El objeto del trabajo es llevar a cabo la auditoría operativa para evaluar el funcionamiento y la calidad de los servicios indicados en el alcance de auditoría, prestado por la concesionaria y sus socios operativos en el Hospital Universitario del Sureste.

El principal objetivo de la auditoría es contribuir a la mejora continua de los servicios auditados, evaluando los aspectos generales y específicos que persiguen la excelencia.

Los objetivos de auditoría operativa son:

- (1) Realizar un análisis exhaustivo de los servicios que presta el concesionario, precisando los subprocesos y actividades críticas que pueden originar problemas que afecten la seguridad, calidad y disponibilidad de los servicios.
- (2) Comprobar el cumplimiento de las obligaciones técnicas y documentales de la concesionaria en relación a estos servicios recogidas en el PPT.
- (3) Verificar el cumplimiento de las especificaciones de la normativa vigente en relación a estos servicios.
- (4) Revisar el funcionamiento y estado general de las instalaciones asociadas al servicio, verificando que no causan o crean ningún peligro para el medioambiente y/o para las personas, ya sean trabajadores o consumidores.

ALCANCE

La auditoría abarca el análisis de la gestión y planificación, procedimientos de trabajo y el estudio de los Servicios prestados en el Hospital Universitario del Sureste, teniéndose en cuenta el pliego de prescripciones y Técnicas realizado entre la Sociedad Concesionaria Phunciona Gestión Hospitalaria S.A. y el SERMAS. Los servicios son:

- Limpieza.
- Seguridad.
- Restauración.
- Residuos Urbanos y Sanitarios.
- Mantenimiento.
- Viales y Jardines.
- Lavandería.
- Esterilización.
- Desinsectación y Desratización.
- Transporte Interno / Externo y Gestión Auxiliar (TIGA).
- Almacenes y distribución de materiales.
- Personal Administrativo y de Recepción/Información y Centralita Telefónica.

Las empresas auditadas han sido:

- Aracas
- Phunciona Gestión Hospitalaria, S.A.
- Instituto de Gestión Sanitaria
- Alerta y Control
- SERUNION
- HIBISA
- H-LOGYC
- M4
- Hospebeca

El **alcance territorial** de la auditoría lo constituyen las instalaciones del Hospital Universitario del Sureste donde se prestan los servicios indicados ubicado en Ronda del Sur, 10, 28500 Arganda del Rey.

El **alcance funcional** respecto a los servicios a los que se realizará la auditoría operativa es el siguiente:

- Se analiza el cumplimiento de las obligaciones incluidas en los pliegos de concesión en relación con estos servicios.
- Se analiza la situación de todos los aspectos relativos a estos servicios: procesos y subprocesos
- Se evalúan los resultados de calidad y funcionamiento de la gestión de estos servicios en las diferentes fases de su desarrollo.
- Se analiza todo lo relacionado con la limpieza, el estado y el mantenimiento de las instalaciones, maquinaria y equipos utilizados para la prestación de los servicios.

AUDITORES

Auditor: Pilar Moreno Domene. Doctora en Ciencias Químicas. Master en Gestión Sanitaria. Master en Calidad Asistencial. Auditor de GIHSA CONSULTING & STE SL.



Pilar Moreno Domene

PARTICIPANTES

Las visitas se han realizado con el apoyo de los responsables de la concesionaria:

- Dña. Elizabeth Gamero Massó

Han participado también responsables y trabajadores de los distintos servicios cuyos nombres no se incluye para cumplir con la ley de protección de datos personales.

2. RESUMEN EJECUTIVO

Los resultados globales de la auditoría han sido:

RESULTADOS DEL HOSPITAL DEL SURESTE		
RESULTADOS	Coeficiente	EXCELENCIA
Nivel del servicio de limpieza	5	4,5
Nivel del servicio de seguridad	2	4,8
Nivel del servicio de restauración	5	4,6
Nivel del servicio gestión de residuos	2	4,4
Nivel del servicio de mantenimiento	5	4,1
Nivel del servicio de viales y jardines	1	4,3
Nivel del servicio de lavandería	3	4,8
Nivel del servicio de esterilización	4	4,8
Nivel del servicio de desinsectación y desratización	3	4,2
Nivel de transporte interno-externo y gestión auxiliar	3	4,8
Nivel de gestión de almacenes	2	4,8
Nivel de personal administrativo	2	4,1
Indicador de excelencia global integrado	IEGI	4,5

Tabla 4. Resultados del nivel de calidad de los servicios concesionales

El grado de cumplimiento de las obligaciones contractuales de la empresa concesionaria del Hospital es

4,5

Este dato indica que el Hospital cumplió sus obligaciones contractuales muy bien

Muy bien

Todos los servicios alcanzan el nivel “muy bien” de operatividad.

Las visitas se han realizado los días 23-1-2020, 11-2-2020 y 26-2-2020 y el equipo auditor ha sido Pilar Moreno y Carlos Plasencia.

3. RESULTADOS DE AUDITORÍA

En este apartado se incluye la evaluación de todos los criterios del modelo, con la metodología resumida en la introducción de este informe.

3.1. CRITERIOS GENERALES

A) DOCUMENTACIÓN

Empresa: PHUNCIONA GESTIÓN HOSPITALARIA, S.A.

Director General: D. Casildo Sánchez Mantas

Visitas el 23-1-2020, 11-2-2020 y 26-2-2020 (Pilar Moreno y Juan Carlos Plasencia)

La **documentación recibida** o **entregada en papel** para evaluar estos criterios ha sido:

Manual de gestión

El **manual de gestión** "HSE-MANGES.1.3" edición en vigor (1-3-17). El documento incluye las responsabilidades de los puestos directivos, los servicios y empresas proveedoras y el control de los servicios, entre otros aspectos relevantes. El Manual incluye la política de calidad, medioambiente y prevención de riesgos laborales.

Política de gestión

La política de gestión de la concesionaria establece el marco de referencia para establecer y revisar de forma sistemática los objetivos y metas de gestión, en calidad, seguridad, salud y medio ambiente, evaluando el desempeño de los servicios y procesos para alcanzar los resultados planificados. Está firmada por la dirección como compromiso para cumplir y hacerla cumplir en toda la organización el 1 de marzo de 2027.

Objetivos

Se muestran los objetivos del periodo de auditoría (años 2018 y 2019), clasificados en financieros y de gestión. La estrategia para su cumplimiento se establece en el manual de gestión y en el compromiso de cumplimiento de la política de gestión.

Plan de gestión medioambiental

El plan de gestión medioambiental "HSE-PROPLAN/PAMB" en su edición 1.1 y con fecha 01/03/2017 con el alcance, diagnóstico inicial, objetivos y líneas de acción o bien referencias a su diseño y seguimiento.

Objetivos ambientales 2018

Documento que contiene los datos del año 2018 sobre la generación de los diferentes tipos de residuos en el hospital.

Responsables

Listado de responsables por servicio según formato solicitado:

SERVICIO	SOCIO OPERATIVO/ INTERNALIZADO	Responsable de servicio
LIMPIEZA	ARACAS	M ^a Ángeles Martin

SERVICIO	SOCIO OPERATIVO/ INTERNALIZADO	Responsable de servicio
SEGURIDAD	Alerta y Control	Pascual Olmos
RESTAURACIÓN	SERUNION	M ^a Ángeles Martin
RESIDUOS	Internalizado. HIBISA	M ^a Ángeles Martin
MANTENIMIENTO	Instituto de Gestión Sanitaria	Pascual Olmos
VIALES Y JARD.	Instituto de Gestión Sanitaria	Pascual Olmos
LAVANDERÍA	H-LOGYC	M ^a Ángeles Martin
ESTERILIZACIÓN	ILUNION	M ^a Ángeles Martin / Casildo Sánchez
DESR. Y DESIN	M4	M ^a Ángeles Martin
TRANSPORTE	INTERNALIZADO	M ^a Ángeles Martin
ALMACENES	INTERNALIZADO	M ^a Ángeles Martin
ADMINISTRACIÓN	Hospebeca	Ana Civeira / Casildo Sánchez

Listado de trabajadores por servicio

Listado de trabajadores por servicio, clasificados por puesto de trabajo.

Programación mensual de puestos de trabajo por servicio

Planillas de cobertura de puestos de los doce servicios, incluidas en los informes mensuales de septiembre a diciembre de 2029.

Titulaciones exigidas de algunas categorías profesionales

Se muestran evidencias de las titulaciones de los puestos que así lo requieren, tales como:

- Carnés de vigilantes de seguridad
- Certificados de profesionalidad de aplicadores de biocidas
- Formación en manipulación de alimentos de los servicios de restauración y cafeterías
- Conductores de equipos en espacios interiores públicos como fregadora/barredora y carretillas

Plan de formación

Planes de formación continua de todos los servicios (enero 2018 a diciembre 2019), y su seguimiento trimestral mediante los informes remitidos a la administración. Se analiza y verifica en su caso, que el plan de formación contiene acciones relacionadas con los requisitos del pliego:

- Actualización y reciclaje constante en los conocimientos de la profesión y los trabajos que tienen encomendados
- Realización de acciones cuyo objetivo es el mayor aprovechamiento de los recursos energéticos dentro de las instalaciones
- Atención a usuarios, visitantes y trabajadores, e incluye los cursos que la administración sanitaria ha determinado para una mejor asistencia al usuario (servicios como Seguridad, TIGA y administrativos)
- Procedimientos de prevención contra incendios, y el entrenamiento en los Planes de Emergencia
- Prevención de riesgos laborales

Plan de autoprotección

Se muestra el plan de autoprotección con los planos de bomberos actualizados en noviembre de 2018. El plan de autoprotección está registrado en febrero de 2019 y custodiado en el centro de

control de seguridad. El plan incluye los Técnicos de intervención en caso de emergencia y la metodología para la puesta en marcha y seguimiento del plan. El “Plan de Emergencia/Contingencia” incluye la coordinación con las autoridades del Ayuntamiento, Policía, Bomberos y Protección Civil.

Informe Simulacro de Emergencia S8

Realizado en el hospital el 25/9/2019, con el análisis del resultado y las recomendaciones.

Planos

Planos de bomberos 2018

Documentos de prevención

Documentos informativos y formativos 2018 y 2019 así como certificados de entrega de EPIs según los diferentes protocolos de prevención.

Actuaciones Ahorro energético 2017-2019

Acciones de eficiencia energética desde 2017 hasta 2019. Posibles medidas eficiencia energética 2020 y posteriores.

Certificados de calidad, prevención riesgos laborales y medioambiente

Certificados de calidad y medioambiente de la concesionaria con aplicación a los 12 servicios, por las normas OHSAS 18001, ISO 9001 y 14001.

Manuales de procedimiento de los 12 servicios concesionales

Manuales de procedimientos de los 12 servicios, cuyo análisis puede leerse en los apartados de cada servicio.

Nº	SERVICIO	Edición	Fecha edición
1	LIMPIEZA	1.3	14/03/2013
2	SEGURIDAD	1.8	23/05/2018
3	RESTAURACIÓN	1.3	21/05/2013
4	RESIDUOS	1.6	31/03/2019
5	MANTENIMIENTO	1.5	01/03/2017
6	VIALES Y JARD.	1.4	18/05/2018
7	LAVANDERÍA	1.6	14/05/2019
8	ESTERILIZACIÓN	1.7	27/10/2016
9	DESR. Y DESIN	1.5	09/05/2019
10	TRANSPORTE	1.4	15/05/2013
11	ALMACENES	1.4	04/12/2013
12	ADMINISTRACIÓN	1.1	30/06/2009

Tabla 5. Ediciones de los manuales de procedimiento de los servicios recibidas en esta auditoría

Incidencias SIGI

Informes de SIGIS de enero 2018 a diciembre 2019 con un total de 1.246 incidencias (499 del 2018 y 747 del año 2019). Se pasa de una media de 41,6 SIGIs/mes a 62,3 SIGIs/mes.

SERVICIO	AÑO 2018		AÑO 2019		Porcentaje
	SIGIs	SIGI/MES	SIGIs	SIGI/MES	VARIACIÓN
01 LIMPIEZA	118	9,8	95	7,9	-19%
02 SEGURIDAD			1	0,1	
03 RESTAURACION	13	1,1	51	4,3	292%
04 RESIDUOS	34	2,8	49	4,1	44%
05 MANTENIMIENTO	82	6,8	159	13,3	94%
06 VIALES Y JARDINES					
07 LAVANDERIA	3	0,3	7	0,6	133%
08 ESTERILIZACION	56	4,7	17	1,4	-70%
09 DESINSEC. Y DESR.	48	4,0	35	2,9	-27%
10 TRANSPORTE INTERNO	54	4,5	100	8,3	85%
11 ALMACENES					
12 P. ADMINISTRATIVO	91	7,6	233	19,4	156%
TOTAL	499	41,6	747	62,3	50%

Tabla 6. Número de incidencias SIGI de los servicios en los años 2018 y 2019

Quejas y felicitaciones

Registro de quejas de los años 2018 y 2019 (en Excel). No se reciben ni las quejas originales ni otros informes que las clasifiquen por motivos. Si están clasificadas por servicio o actividad en algunos casos.

Se informa de un total de 11 agradecimientos en 2018 y 14 en 2019, sin clasificar por servicio.

SERVICIO	AÑO 2018		AÑO 2019		Porcentaje
	quejas	q/mes	Quejas	Q/m	VARIACIÓN
01 LIMPIEZA	6	0,5	1	0,1	-83%
02 SEGURIDAD	2	0,2	1	0,1	-50%
03 RESTAURACION	15	1,3	13	1,1	-13,3%
04 RESIDUOS					
05 MANTENIMIENTO	6	0,5	12	1,0	100%
06 VIALES Y JARDINES					
07 LAVANDERIA					
08 ESTERILIZACION					
09 DESINSEC. Y DESR.					
10 TRANSPORTE INTERNO	3	0,3	2	0,2	-33%
11 ALMACENES					
12 P. ADMINISTRATIVO	129	10,8	117	9,8	-9%
TOTAL	161	13,4	146	12,2	-9%

Tabla 7. Número de quejas de los servicios años 2018 y 2019

Informes mensuales de los 12 servicios

Informes mensuales de los 12 servicios de los meses de septiembre a diciembre de 2019.

Encuestas de Satisfacción

Resultados de las encuestas de satisfacción de los clientes de los distintos servicios del año 2018 y 2019. El análisis se incluye en los apartados de los servicios implicados: Limpieza, restauración y lencería.

Satisfacción de trabajadores

No se ha realizado ninguna en el periodo de dos años analizados. Se informa que se ha programado una para este año 2020, y se muestra el diseño de la encuesta. A fecha de cierre de esta auditoría se informa que ya se ha realizado y se está a la espera del análisis de los resultados.

B) PROGRAMAS DE VISITAS

Resumen de las visitas realizadas:

PROGRAMA 23-01-2020

Zonas y servicios a visitar:

- **Seguridad** (enviar previamente la siguiente documentación)
 - Manual actualizado (en las últimas auditorías se nos informó que estaba en revisión)
 - Carnets (TIPS) ESCANEADOS
 - Fichas de vigilantes (foto, formación, identificación)
 - Listados de medios materiales del servicio (entrega y mantenimiento)
 - Informes de simulacros realizados
- **Cocina y cafeterías** (enviar previamente la siguiente documentación)
 - Manual APPCC si ha variado (LOL456, donde se indica revisión 0 de 24-2-16)
 - Certificado ISO 9001 o equivalente de la empresa que presta el servicio (última renovación y el informe de auditoría)
 - Contrato de recogida de aceites usados y autorización del gestor de residuos
 - Listado de proveedores por tipo de alimento
 - Menús (de la semana de visita y fichas de platos)
 - Encuestas de satisfacción clientes en realizadas en 2018 y 2019 (procedimiento y resultados)

Planta baja: zonas de trabajo sanitario y/o atención a pacientes planta baja (servicios limpieza, DD, residuos, mantenimiento, lencería, almacenes, TIGA, administrativos)

- **Rehabilitación**
- **Extracciones**
- **Laboratorios y banco de sangre**
- **Farmacia**

Planta 3: Hospitalizaciones

Según plano hospitalización, zona de reserva hospital de día psiquiátrico:

- **Hospitalización quirúrgica**
- **Hospitalización pediátrica**

Limpieza: 2 limpiadores de mañana y 2 de tarde

TIGAs: 2 de mañana y 2 de tarde para todas las hospitalizaciones

Servicios que intervienen y puntos clave de observación

- **Servicio de limpieza** (clasificación del MUL, programa de limpieza del MUL, frecuencias, limpiezas más que diarias realizadas en los dos años). Durante la visita:
 - Limpieza de todas las zonas visitadas
 - Operario y carro de trabajo. Material y productos en el carro. Procedimiento de trabajo. Uniformidad e identificación
 - Cuarto de limpieza
 - Aseos: limpieza y reposición de material de aseo
 - Vestuario de pacientes: limpieza y material
 - Vestuarios/aseos de personal: limpieza y material
 - Sala de espera: limpieza, frecuencia
- **Servicio residuos** (contenedores y ubicación por tipo de residuo, frecuencias de retirada). Durante la visita:

- Contenedores por tipo de residuos: ubicación y estado de llenado
- Documentación confidencial si hubiera contenedor
- Circuito y transporte por el interior (carros sin mezclar residuos, zonas de sucio...)
- **Servicio DD** (ubicación de trampas, informes de servicio en la zona, medidas extraordinarias). Durante las visitas:
 - Ubicación de trampas, identificación, coincidencia con planos
 - Puertas de acceso desde el exterior y zonas de riesgo de plagas
- **Mantenimiento** (mobiliario, equipos e instalaciones a mantener, ubicación. Programas de mantenimiento preventivo, correctivo y técnico legal)
 - Estado de estructura (paredes, puertas, ventanas, rodapiés, equipos de protección contra incendios, puertas RF, equipos de vigilancia y seguridad, pasamanos, etc.)
 - Cuadros eléctricos, luces
 - Humedades, lavabos, grifos, duchas, WC, etc.
 - Temperatura: equipos de frío/calor
 - Mobiliario
- **Lencería** (pactos de servicio, circuitos limpio-sucio)
- **Almacén** (pacto de servicio, circuitos)
- **TIGA** (trabajadores en la zona y funciones)
- **Administrativos** (trabajadores en la zona y funciones)

PROGRAMA 11-02-2020

Zonas y servicios a visitar:

- Planta 6ª Central de Esterilización
- Planta 2ª zona lavadoras de endoscopios
- Planta 5ª (CMA, bloque quirúrgico, paritorios)
- Planta 4ª (hospitalización)
- Planta 1ª (lencería)
- Planta Baja, 1ª, sótano -2 (almacén general)

Documentación adicional:

Servicio de esterilización:

- Licencia central de esterilización
- Anexos del manual (anexo 1 subprocesos comunes área quirúrgica, anexo 2, fichas de trabajo)
- Procedimientos de lavado, desinfección, esterilización en uso en la central
- Cuadrante de personal del día de visita
- Listado de productos utilizados en la central y sistema de control de stocks (detergentes, productos químicos, aceites, lubricantes, controles químicos, etc.)
- Listado de equipos de la central y sistema de mantenimiento correctivo y preventivo. Evidencias. Últimas validaciones vigentes de los equipos de lavado, desinfección, esterilización, sellado, termómetros, etc.
- Listado de medios y fungibles utilizados en la central y sistema de mantenimiento correctivo y preventivo cuando proceda (carros de transporte, incubadoras, cortadora, puntos informáticos, papel envolvente, bolsas, etc.)
- Libro registro actividad del servicio

Lencería

- Cuadrante de personal del día de visita (persona en uniformidad y TIGAS que realizan el reparto y recogida en plantas)
- Memoria descriptiva de la planta de producción H-Logyc
- Listado de materiales para el transporte interno (carros/jaulas de ropa sucia y limpia) y mantenimiento, preventivo/correctivo
- Libro registro de actividad del servicio (utilizado para informes mensuales)

Almacén

- Cuadrante de personal del día de visita
- Inventario anual (último informe)
- Inventarios parciales del año 2019

PROGRAMA 26-02-2020

Zonas y servicios a visitar:

- TIGAs y administrativos (zona de urgencias planta 1, unidades de hospitalización, etc...)
- Administrativos (Planta baja, puestos de información, programación, ...)
- Limpieza (despacho responsable, puestos de hospitalización, etc.)
- Planta 3 Hospitalización
- Planta 2ª Hospital de día y endoscopias (lavado de endoscopios)
- Planta 2ª consultas

Documentación adicional:

Servicio TIGA

- Trabajadores y ubicación del día de visita
- Libro de actividad del servicio (cambios posturales, traslados, quirófano, levantar, acostar, aseo pañal...). Formatos de registro de actividad
- Muestra de contratos con cláusula de confidencialidad o similar
- Programa de suministro de gases medicinales en cada unidad
- Programa de horarios pactados para movilización de pacientes en las unidades de hospitalización

Administrativos

- Cuadrante de personal del día de visita y ubicación de puestos
- Registro proporcionado por la administración en relación con el funcionamiento de la centralita (llamadas perdidas, tiempo de espera, etc.)
- Forma de registro de compromiso de confidencialidad y protección de datos personales del personal de la unidad y muestra del mismo (en contrato de trabajo, en papel firmando...)

Limpieza

- Cuadrante de personal del día de visita y ubicación de puestos
- Lista de productos utilizados y aprobación de medicina preventiva
- Programa de limpieza del año 2019 hasta fecha actual (en Excel)
- Cumplimiento de limpiezas planificadas del año 2019 hasta fecha actual (en Excel)
- Encuestas de satisfacción (pacientes ingresados, pacientes ambulantes) años 2018 y 2019
- Control de calidad (ronda inspección visual): evidencias disponibles

C) EVALUACIÓN DE CRITERIOS

A continuación, se muestran las tablas con los criterios evaluados.

CRITERIOS GENERALES: MEDIAS ARITMÉTICAS													
CRITERIOS	LIMPIEZA	SEGURIDAD	RESTAURACIÓN	RESIDUOS	MANTENIMIENTO	VIALES Y J.	LAVANDERÍA	ESTERILIZACIÓN	DESR. Y DESIN.	TRANSPORTE	ALMACENES	ADMINISTRACIÓN	HOSPITAL
CRITERIOS DE LA DIRECCIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS (DGC)	4,9	4,9	5,0	4,8	4,8	5,0	4,9	4,7	5,0	4,8	4,9	4,8	4,9
CRITERIOS DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS (RH)	4,7	4,9	4,9	4,9	5,0	4,0	4,5	4,9	5,0	4,4	4,9	4,8	4,7
CRITERIOS DE SEGURIDAD, SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (PRL)	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
CRITERIOS DE GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL (GMA)	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5
CRITERIOS DE EFICIENCIA ENERGÉTICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE (EDS)	5,0	5,0	4,5	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
CRITERIOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (CAL)	4,5	4,7	4,5	4,6	4,3	4,4	4,6	4,6	4,7	4,7	4,7	4,3	4,5
CRITERIOS DE RECURSOS MATERIALES (MM)	5,0	4,5	5,0	5,0	3,5	3,5	5,0	5,0	3,5	5,0	5,0	3,0	4,4
CRITERIOS DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES CRÍTICAS (SC)	4,8	5,0	4,7	5,0	4,8	5,0	5,0	4,8	4,8	4,3	4,8	4,3	4,8
REQUISITOS GENERALES	4,8	4,8	4,8	4,8	4,7	4,6	4,8	4,8	4,6	4,7	4,8	4,6	4,7

Tabla 8. Resultados globales de los criterios generales

3.1.1. CRITERIOS DE LA DIRECCIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS (DGC)

CRITERIOS DGC		16	1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VI	7. LAV	8. EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
DGC.1	La concesionaria tiene explicitado detalladamente el organigrama y las líneas de funcionamiento interno para la gestión de los servicios a su cargo.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		El manual de gestión "HSE-MANGES.1.3" incluye lo indicado en el criterio, y esta actualizado (1-3-17). En el alcance se indican los doce servicios. Se ha recibido el nombre de los responsables de cada uno de ellos y el nombre del socio operativo actualizado. En la página 13 se incluye el organigrama.													
DGC.2	El organigrama refleja la responsabilidad de los cargos directivos, sus funciones y las líneas de comunicación y coordinación entre los diferentes servicios contratados.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		El manual de gestión "HSE-MANGES.1.3" incluye el organigrama en la página 13 y funciones y responsabilidades de los directivos en la página 14 y siguientes.													
DGC.3	La concesionaria cuenta con un director general como responsable final de todos los servicios, estén contratados con otras empresas o no.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		El cargo de Director General está ocupado en la actualidad por D. Casildo Sánchez Mantas.													
DGC.4	La concesionaria cuenta con personal responsable del mando y la coordinación de los diferentes servicios.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		Se cumple lo indicado en el criterio tal y como se establece en el manual de gestión.													
DGC.5	La concesionaria comunica a la Administración Sanitaria cualquier cambio en la estructura, manteniendo esta información permanentemente actualizada.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.													
DGC.6	La concesionaria tiene documentada la "Política de Empresa", en la que se hace referencia a los objetivos, indicando el tiempo de consecución y los medios para alcanzar los resultados propuestos.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		La concesionaria tiene establecida la política de empresa en su Manual de Gestión (páginas 10-11) y en documento "política de gestión" y establece las bases para diseñar los objetivos anuales financieros y de gestión, así como medioambientales que aplican a todos los servicios en búsqueda de la mejora continua.													
DGC.7	La concesionaria emite todos los informes que la Administración Sanitaria le solicita, cumpliendo los plazos y las especificaciones que se le indican.	16	4	4	5	4	4	5	5	4	5	5	5	4	4,5
		Se emiten los informes mensuales de los doce servicios, pero el informe anual de mantenimiento se considera integración de los 12 mensuales. Algunos informes no se actualizan, siendo la información de un mes la misma que la del resto de meses y además en algún servicio se detecta alguna incidencia relacionada con la información que solicita la administración o bien medicina preventiva.													

CRITERIOS DGC		16	1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
DGC.8	La concesionaria tiene establecidos los mecanismos de coordinación y comunicación adecuados con las empresas contratadas, la dirección de la concesionaria y la dirección del hospital.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		Estos mecanismos están incluidos en el manual de gestión.													
DGC.9	La concesionaria utiliza las técnicas de trabajo, gestión y material más actualizados e innovadores para la prestación de los diferentes servicios, optimizando los resultados.	16	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	4,8
		Algunos servicios utilizan métodos tradicionales válidos en lugar de otros métodos cuya eficiencia está demostrada (servicio de almacenes no tiene implementados en los almacenes de planta métodos como doble cajón o similar). En lavandería se observa que una de las balanzas de carros (la de limpio) no dispone de impresora de ticket, lo que supone anotación a mano.													
DGC.10	La concesionaria comunica las incidencias a la Administración Sanitaria en tiempo y forma adecuados, y establece las acciones correctoras que permiten corregir las desviaciones.	16	5	5	5	4	4	5	5	3	5	3	5	4	4,4
		Se detectan retrasos en la contestación de algunas SIGIs, así como incidencias directamente relacionadas con la comunicación de incidencias a la administración. Además, no se registran las acciones preventivas/correctivas de las incidencias de mayor frecuencia.													
DGC	DIRECCIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE SERVICIOS	16	4,9	4,9	5,0	4,8	4,8	5,0	4,9	4,7	5,0	4,8	4,9	4,8	4,9

Tabla 9. Tabla de evaluación de los criterios de la dirección, gestión y control de servicios (DGC)

3.1.2. CRITERIOS DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS (RH)

CRITERIOS RH		16	1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VI	7. LAV	8. EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
RH.1	La concesionaria cuenta con personal a su cargo y de las empresas contratadas necesario para cumplir con las obligaciones estipuladas en el PPT y garantiza la cobertura de los puestos necesarios.	16	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,8
		Todos los servicios disponen de planillas con información sobre los puestos a cubrir y se ha visto el listado de personal disponible para los 11 servicios, salvo DD que disponemos de los certificados de aplicadores de las personas que puede remitir el socio operativo y se programa mediante días de visita. Existe un control de presencias informatizado o mediante firma de programas que garantiza la cobertura de los puestos en todos los servicios. Algunas incidencias informan sobre la falta de personal cubriendo los puestos en momentos puntuales o bien la insuficiencia de personal para atender todas las solicitudes.													
RH.2	La concesionaria tiene establecido el número de personas que prestan los servicios, clasificadas por servicio, nivel de formación, categoría profesional, jornada anual y semanal, turno de trabajo, puesto de trabajo y distribución de las cargas de cada puesto por categoría.	16	3	4	4	4	5	2	4	4	5	4	4	3	3,8
		En los informes mensuales entregados a la administración se incluye la relación de puestos de cada servicio, con personal en el hospital excepto DD (personal externo), viales y jardines y lavandería (se complementa con otros documentos donde aparece el personal que realiza las tareas en el hospital de lencería y DD). No se muestran estudios de cargas de trabajo de ninguno de los servicios, salvo en mantenimiento, que el propio programa GMAO permite analizar los tiempos por actividad. Algunas incidencias SIGIs pueden relacionarse con este criterio: peticiones no atendidas, planificación de trabajos no realizados, etc.													
RH.3	Todo el personal a cargo de la concesionaria y de las empresas contratadas tiene la titulación exigida para el puesto de trabajo que ocupa y los conocimientos suficientes para la correcta prestación del servicio.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4,8
		Todos los servicios muestran titulaciones o similar exigible en su puesto de trabajo. En cuanto a los conocimientos suficientes para la correcta prestación del servicio, se controla que el personal de nueva incorporación disponga de los conocimientos incluidos en el perfil de los puestos mediante los CV de cada solicitante y registro de títulos o diplomas. Se detectan incidencias puntuales en "personal administrativo", en la muestra de SIGIs revisada (procedimientos no realizados según indicaciones) y al personal TIGA.													
RH.4	Todo el personal a cargo de la concesionaria y de las empresas contratadas cumple con los requisitos legales para el desempeño del puesto de trabajo que ocupa.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		Se ha evidenciado la existencia de las titulaciones/carnets exigidas por ley, tales como aplicadores DDD, vigilantes de seguridad, fumigador, conductores, etc.													
RH.5	La concesionaria ha desarrollado un Plan de Formación Continuada (PFC) para todo el personal que depende de la misma, que incluye Objetivo, Metodología y Cronograma de Actuación. El Plan de Formación Continuada se mantiene y se ha presentado al hospital.	16	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4,9
		El plan de formación 2018 y 2019 incluye cursos para personal de todos los servicios. En el servicio de lavandería en el año 2018 no se programan cursos y tampoco se imparten y en 2019 se programan cursos, y se imparten algunos (relacionados con prevención y eficiencia energética), aunque no se incluyen en los informes trimestrales de formación.													

CRITERIOS RH		16	1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
RH.6	El Plan de Formación Continuada proporciona al personal una actualización y reciclaje constante en los conocimientos de la profesión y los trabajos que tienen encomendados.	16	5	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5	4,3
		Se detectan cursos relacionados con los conocimientos de la profesión y trabajos que tienen encomendados en todos los servicios salvo viales y jardines y lavandería.													
RH.7	El Plan de Formación Continuada contempla la formación del personal en la realización de acciones cuyo objetivo es el mayor aprovechamiento de los recursos energéticos dentro de las instalaciones.	16	5	5	5	5	5	1	5	5		5	5	5	4,6
		Exceptuando el servicio de viales y jardines, la Formación continua contempla lo indicado en el criterio.													
RH.8	El Plan de Formación Continuada contempla la formación del personal en atención a usuarios , visitantes y trabajadores, e incluye los cursos que la administración sanitaria ha determinado para una mejor asistencia al usuario.	16		5								1		5	3,7
		Se detectan cursos relacionados para personal del servicio de seguridad y administrativos.													
RH.9	El Plan de Formación Continuada incluye cursos sobre los procedimientos de prevención contra incendios, y el entrenamiento en los Planes de Emergencia, para las posibles evacuaciones.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		Se detectan cursos relacionados para todos los servicios. Los socios operativos cumplen la normativa vigente en materia de prevención para sus trabajadores, e informan a la concesionaria de los cursos impartidos en esta materia. En los registros se observa la entrega de formación e información que exige la normativa.													
RH.10	El Plan de Formación Continuada incluye cursos de prevención de riesgos laborales.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		Se detectan cursos relacionados para todos los servicios. Los socios operativos cumplen la normativa vigente en materia de prevención para sus trabajadores, e informan a la concesionaria de los cursos impartidos.													
RH.11	La concesionaria y las empresas contratadas facilitan al personal la asistencia a estos cursos.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		No se detectan incidencias relacionadas.													
RH.12	La concesionaria garantiza los servicios mínimos imprescindibles que determine la autorización gubernativa en caso de huelga que afecte a la prestación de los servicios.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.													
RH	RECURSOS HUMANOS	16	4,7	4,9	4,9	4,9	5,0	4,0	4,5	4,9	5,0	4,4	4,9	4,8	4,7

Tabla 10. Tabla de evaluación de los criterios de recursos humanos (RH)

3.1.3. CRITERIOS DEL ÁREA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (PRL)

CRITERIOS PRL		16	1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. EST	9. DDD	10. TIG	11. ALIM	12. ADM	TOTAL
PRL.1	La concesionaria cuenta con Técnicos responsables de la Prevención de Riesgos Laborales que han proporcionado las pautas necesarias para cumplir con la normativa vigente y han instaurado políticas de prevención en cuya puesta en marcha se han coordinado con la Administración sanitaria.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
	La concesionaria realiza las actividades en materia de prevención de riesgos laborales siguiendo la política incluida en su Manual de Gestión. El Plan de Autoprotección del hospital está firmado por el responsable autorizado para ello. No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.														
PRL.2	La concesionaria ha realizado un “mapa de riesgos” en el que se ha basado la política de prevención de riesgos laborales.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
	El mapa de riesgos aplica a todo el hospital y se basa en la política de empresa.														
PRL.3	La concesionaria y empresas contratadas realizan las revisiones médicas exigibles por la normativa vigente según la actividad que desarrolla en el hospital.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
	Se realizan conforme a los protocolos médicos del SPA (Especialidad medicina en el trabajo).														
PRL.4	La concesionaria tiene establecidos “protocolos de funcionamiento para la prevención de riesgos laborales” que incluye instrucciones para la utilización por parte de los trabajadores de Equipos de Protección adecuados a la actividad que realizan.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
	Se incluye en el plan de prevención entregado al hospital.														
PRL.5	La concesionaria proporciona a todo el personal los Equipos de Protección adecuados al trabajo que realizan y se responsabiliza de su uso correcto.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
	La propia concesionaria o bien los socios operativos proporcionan los Equipos de Protección Individual apropiados y las instrucciones de utilización. No se detectan incidencias relacionadas.														
PRL.6	La concesionaria ha establecido e implantado un “Plan de Emergencia/ Contingencia” para todos los trabajadores del hospital (concesionaria, subcontratas y personal de la Administración Sanitaria), que permanece actualizado y que incluye Objetivos, Metodología, Cronograma de Actuación y seguimiento.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
	El Plan está elaborado e implantado. Implica a todos los trabajadores del hospital. No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.														
PRL.7	El “Plan de Emergencia/ Contingencia” incluye la coordinación con las autoridades del Ayuntamiento, Policía, Bomberos y Protección Civil.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
	El Plan incluye la coordinación indicada en el criterio.														

CRITERIOS PRL		1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
PRL.8	El "Plan de Emergencia/Contingencia" incluye el Plan de Evacuación de Incendios y la concesionaria ha programado y desarrollado simulacros de evacuación.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		El Plan incluye la coordinación indicada en el criterio. La concesionaria realiza la programación de simulacros y controla los informes correspondientes.												
PRL.9	La concesionaria ha evaluado el grado de entrenamiento y conocimiento de las medidas a tomar por el personal en el Plan de Evacuación de Incendios como parte del plan de autoprotección.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		No se detectan incidencias relacionadas con este criterio. En el informe del último simulacro se evalúa el grado de entrenamiento y conocimiento del Plan de Evacuación.												
PRL	SEGURIDAD, SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0

Tabla 11. Tabla de evaluación de criterios de seguridad, salud y prevención de riesgos laborales (PRL)

3.1.4. CRITERIOS DE LA GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL (GMA)

CRITERIOS GMA		1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. EST	9. DDD	10. TIG	11. ALIM	12. ADM	TOTAL
GMA.1	La concesionaria ha desarrollado un Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) que incluye Objetivos, Metodología, Cronograma de Actuación y seguimiento y la política medioambiental que se aplica en el hospital y su entorno.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
La concesionaria dispone de un plan de gestión medioambiental que incluye la política medioambiental y las bases para diseñar los objetivos.														
GMA.2	El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
Si bien no se muestran objetivos como tales si se dispone de un análisis del volumen de residuos gestionados.														
GMA.3	El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece modelos de producción de los servicios aproximados al "equilibrio en el desarrollo sostenible" mediante un modelo de reciclaje del material susceptible, medidas para evitar la contaminación, utilización en lo posible de energía limpia (energía solar) y una política restrictiva en la utilización de materiales y energía.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
Algunos de estos aspectos están recogidos en el Manual de gestión y se implementan mediante las acciones planificadas, tales como formación a todo el personal de los servicios (curso de eficiencia energética impartido en 2019)														
GMA.4	La sociedad concesionaria está acreditada por la norma ISO 14001 de Sistema de Gestión Medioambiental, o en su caso, por la norma que la sustituya, actualice o complemente, en los Servicios que así lo requieren.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
La sociedad concesionaria está certificada en la ISO 14001:2015 por la Cámara de Comercio vigente hasta 13/11/2022. Ha realizado las auditorías externas exigidas para la vigencia del certificado.														
GMA	GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL	16	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5

Tabla 12. Tabla de evaluación de criterios de gestión medioambiental (GMA)

3.1.5. CRITERIOS DE EFICIENCIA ENERGÉTICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE (EDS)

CRITERIOS EDS		1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. EST	9. DDD	10. TIG	11. ALIM	12. ADM	TOTAL
EDS.1	La concesionaria desarrolla actividades para el uso de tecnologías que contribuyan a reducir al mínimo el impacto sobre el medio ambiente (sistemas energéticos menos contaminantes).	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		No se detectan incidencias relacionadas. Se reciben los planes de mejora tras los certificados de edificio en relación con la eficiencia energética.												
EDS.2	La concesionaria desarrolla actividades para el uso racional y eficiente de la energía, con bajo coste y favorecer la implementación de energías renovables.	16	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4,9
		Se reciben los planes de mejora. Se observa una incidencia puntual relacionada en el servicio de restauración (consumo de gas sin preparación de alimentos)												
EDS	EFICIENCIA ENERGÉTICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE	16	5	5	4,5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0

Tabla 13. Tabla de evaluación de los criterios de eficiencia energética y desarrollo sostenible (EDS)

3.1.6. CRITERIOS DE CALIDAD (CAL)

CRITERIOS CAL		16	1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
CAL.1	La concesionaria tiene desarrollado un Plan de calidad de todos los servicios que presta en el hospital a través de su personal o de las empresas contratadas, que incluye Objetivos, Metodología, Cronograma de Actuación y seguimiento.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		El Manual de Gestión de la concesionaria incluye lo indicado en el criterio, conforme a la UNE EN ISO 9001:2015. El plan está elaborado e implantado según certificado vigente hasta 13/11/2022.													
CAL.2	La concesionaria dispone de un responsable de calidad de todos los servicios que presta en el hospital a través de su personal o de las empresas contratadas.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		El director de calidad y atención al cliente en la actualidad es D. Casildo Sánchez Mantas.													
CAL.3	La concesionaria acredita la calidad de todos los servicios que presta en el hospital mediante certificados en las normas ISO: 9001, EFQM o cualquier otro método, según ha determinado la Administración Sanitaria.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		La concesionaria dispone del certificado de calidad ISO 9001:2015 vigente.													
CAL.4	La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria.	16	4	5	5	4	2	3	4	4	3	5	5	3	3,9
		Existen procedimientos de los 12 servicios. Varios procedimientos se están actualizando en coordinación con el personal del Hospital. En el apartado de cada servicio se incluye el análisis realizado de los documentos recibidos.													
CAL.5	Todos los materiales que utilizan para prestar los servicios se ajustan a los requerimientos del código EAN (EAN13, EAN128, ITF14, etc) adecuado para cada código de barras.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0
		No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.													
CAL.6	Todo el personal de la concesionaria y de las empresas contratadas lleva en todo momento la identificación que ha sido autorizada por el hospital	16	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4,8
		Puntualmente trabajadores del servicio de restauración y administrativos no disponen de la identificación durante las visitas.													
CAL.7	Todo el personal de la concesionaria y de las empresas contratadas va correctamente uniformado y mantiene un alto nivel de higiene personal	16	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,9
		Se detecta una SIGI relacionada con el tipo de uniformidad en el servicio de limpieza.													

CRITERIOS CAL		1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL
CAL.8	La concesionaria tiene establecido un procedimiento de la entrega y recogida de ropa para lavar (uniformes) para que ésta esté siempre en perfectas condiciones de limpieza e higiene, realizando el cambio de ropa cuantas veces sea necesario.	16	5	5	5	5	5	5	5		5	5	5	5,0
		Se dispone del procedimiento de uniformidad del personal sanitario y de los trabajadores de los diferentes servicios.												
CAL.9	Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	16	2	2	2	2	2	2	2		2	2	2	2,0
		En el periodo de auditoría 2028 y 2029 no se han realizado encuestas a trabajadores. Se muestra el formato de encuesta que ya se está realizando en 2020.												
CAL.10	Mensualmente se realizan encuestas de satisfacción a los clientes del hospital, previamente consensuada con la administración sanitaria. Esta encuesta cumple con los requisitos de aleatoriedad, tamaño de la muestra global y por tipo de cliente requeridos.	16	5		4				5					4,7
		Este criterio aplica a tres servicios solamente (limpieza, restauración y lavandería) y a la explotación comercial del aparcamiento. La concesionaria indica que se ha centralizado su formato y metodología. Los resultados se remiten a la administración en los informes mensuales. En la muestra recibida se observan porcentajes de satisfacción por debajo del 85% en restauración.												
CAL	CALIDAD	16	4,5	4,7	4,5	4,6	4,3	4,4	4,6	4,6	4,7	4,7	4,3	4,5

Tabla 14. Tabla de evaluación de los criterios de calidad (CAL)

3.1.7. CRITERIOS DE LOS MEDIOS MATERIALES (MM)

CRITERIOS MM		1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. EST	9. DDD	10. TIG	11. ALM	12. ADM	TOTAL	
MM.1	La concesionaria ha documentado los recursos materiales y técnicos que aporta para la prestación de los servicios.	16	5	4	5	5	2	2	5	5	3	5	5	1	3,9
		<p>De todos los servicios se recibe información de los medios que utilizan para prestar los servicios salvo mantenimiento, viales y jardines, desinsectación y desratización y administrativos.</p> <p><u>Mantenimiento</u>: se indica que se incluye en un anexo pero no se muestra</p> <p><u>Viales y jardines</u>: informan de un listado incompleto y no se documentan los productos utilizados.</p> <p><u>DD</u>: en el listado de productos disponible en el periodo de auditoría existen datos desactualizados en relación con las autorizaciones de productos</p> <p><u>Administrativos</u>: no disponen de listados de los medios que utilizan.</p>													
MM.2	La concesionaria ha documentado la relación de mobiliario y equipamiento informando de su ubicación, cantidad y descripción cuando aplica con el que ha dotado al hospital.	16	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4,9
		<p>El servicio de desinsectación y desratización dispone de información sobre medios instalados en el hospital incompleta y con discrepancias en los distintos documentos.</p>													
MM	MEDIOS MATERIALES	16	5,0	4,5	5,0	5,0	3,5	3,5	5,0	5,0	3,5	5,0	5,0	3,0	4,4

Tabla 15. Tabla de evaluación de los criterios de medios materiales (MM)

3.1.8. CRITERIOS DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES CRÍTICAS (SC)

CRITERIOS SC		1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. EST	9. DDD	10. TIG	11. ALIM	12. ADM	TOTAL	
SC.1	La concesionaria y empresas contratadas colaboran en los controles, supervisiones y auditorías que la Administración Sanitaria considere oportunos y sigue diligentemente sus indicaciones.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,0	
		No se detectan incidencias relacionadas con este criterio. Durante la auditoría colaboraron en todas las indicaciones que realizamos. El trato ha sido excelente.													
SC.2	La concesionaria y empresas contratadas cumplen el deber de respetar los derechos de los usuarios del Hospital.	16	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4,8
		Pueden relacionarse algunas SIGIs, como el derecho a la movilización según programa del personal sanitario (TIGAS), a la elección de menú y dietas seguras (restauración) y a la protección de sus datos (administrativos). Todas estas incidencias son puntuales.													
SC.3	La concesionaria y empresas contratadas realizan sus tareas de forma segura para evitar cualquier tipo de daño a pacientes, personal, visitantes, estropear las características de los productos utilizados, bloquear el flujo de circulación en las instalaciones, dañar el mobiliario y enseres urbanos, puertas y paredes de las instalaciones del Hospital.	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,9
		No se detectan otras incidencias relacionadas, salvo puntualmente el traslado de equipos sin el debido cuidado por parte de TIGAs.													
SC.4	La concesionaria y empresas contratadas aseguran que el servicio se realiza con las debidas precauciones tanto para las personas que realicen las actuaciones, como para los pacientes, visitantes y empleados.	16	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4,7
		Pueden relacionarse con el servicio de restauración que se detecta alguna incidencia (en algún momento se ha puesto en riesgo a las personas con alguna intolerancia y/o alergia, por información errónea o por textura inadecuada), Almacenes (señalización de circulaciones en el almacén general), TIGA (transporte de pacientes por el hospital sin los medios adecuados), Administrativos (pulsera identificativa errónea).													
SC.5	La concesionaria y empresas contratadas cumplen el deber de respetar la confidencialidad del personal a su cargo y con relación a cuantos datos e informaciones conozca por la participación en la prestación del servicio (en el contrato de cada trabajador existe una cláusula en este sentido y las medidas disciplinarias y de todo tipo previstas en caso de incumplimiento).	16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4,9	
		Se detectan incidencias relacionadas con la protección de datos (información sobre hospitalizados) y confidencialidad de la información (envíos de documentos a destinatarios no permitidos).													

CRITERIOS SC		1. LIM	2. SEG	3. RES	4. GR	5. MTO	6. VJ	7. LAV	8. EST	9. DDD	10. TIG	11. ALIM	12. ADM	TOTAL	
SC.6	La concesionaria es responsable de los fallos del servicio que afectan a la operatividad total o parcial del área sanitaria.	16	4	5	5	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4,5
		Todos los servicios están sometidos al sistema SIGI. La concesionaria se responsabiliza de los fallos y toma medidas para la subsanación de estos fallos. Se detectan SIGIS relacionadas con fallos que afectan a la operatividad total o parcial en algunos servicios.													
SC	SITUACIONES CRÍTICAS	16	4,8	5,0	4,7	5,0	4,8	5,0	5,0	4,8	4,8	4,3	4,8	4,3	4,8

Tabla 16. Tabla de evaluación de los criterios de situaciones críticas (SC)

3.2. CRITERIOS POR SERVICIO

A continuación se muestran los criterios por servicio con la misma metodología que los anteriores. El primer criterio de todos ellos es la media de los resultados de los criterios generales para cada servicio.

3.2.1. CRITERIOS DEL SERVICIO DE LIMPIEZA (LIM)

A) DOCUMENTACIÓN Y VISITAS

Socio operativo: ARACAS

Responsable de servicio: M^a Ángeles Martin

Visita el 23-1-2020, 11-2-2020 y 26-2-2020

La **documentación recibida** ha sido la siguiente:

Manual de procedimientos

El manual de procedimientos “HSE-PRONEG/LIMPIE.1.3” está firmado y validado por el hospital (4-4-13) (38 páginas). No se ha actualizado en siete años. Contiene:

- PAL y MUL. Procedimientos
- Equipos y productos
- Correctiva 30 min criticidad 3 y 4 y 60 min para el resto
- Rondas supervisión
- Encuestas: mínimo de 20 válidas y 2% a trabajadores

El manual está actualizándose, por lo que se encuentran aspectos que deben modificarse. Por ejemplo, no incluye el formato de registro que cumplimentan los limpiadores sobre las operaciones de limpieza que realizan diariamente. Las referencias a normas de calidad están también desactualizadas. El anexo con la relación de productos de limpieza no es la vigente (incluido en anexos MP en revisión v1.4). No se indica la forma de registro de limpiezas en zonas muy críticas y críticas en relación con limpiezas con frecuencia más que diaria (limpiezas al alta, limpiezas terminales de quirófano, limpiezas de huecos de zonas UCI). No incluye la lavadora de mopas y bayetas ni los programas de lavado (incluido en anexos MP en revisión v1.4), así como el mantenimiento que se realiza sobre estos equipos.

Se recibe un documento con los anexos del manual.

Anexo en actualización (manual v1.4)

Contiene parte de los aspectos indicados para el manual de procedimientos:

- Anexo 2. Relación de productos de limpieza autorizados
- Anexo 3. Descripción del carro de limpieza
- Anexo 4. Relación de Maquinaria
- Anexo 5. Lavado centralizado

Informes mensuales:

Informe mensual estructura:

Informes mensuales de septiembre a diciembre 2019 incluyen:

- Informe de actividad mensual, con frecuencia, fechas planificadas y fechas de realización por planta y zona. Se observa que no incluye las limpiezas del aparcamiento
- Tablas de avisos DD.

El número de avisos por meses indicados en el informe es el siguiente.

	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Avisos DD	8	4	2	0
Avisos Mantenimiento				

- Resultados de las encuestas de satisfacción. Se muestra a continuación un resumen de los meses recibidos, con todos los valores por encima del 85% de índice de satisfacción con la limpieza hospitalaria. Como anexos se adjuntan los originales de las encuestas escaneados.

	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
U. hospitalización	3B	4B	4A	3C
Tamaño muestra	55	45	45	50
Satisfacción	94,55%	95,56%	93,33%	94%
Mejoras		Armarios y mesillas		
Consultas externas	3B	4B	4A	3C
Tamaño muestra	30	25	25	30
Satisfacción	86,67%	92%	88%	90%
Mejoras	Pasillos sin brillo	Suelos		
Profesionales	35	33	32	30
Satisfacción	85,71%	87,88%	90,63%	86,67%
Mejoras	Más personal, más limpieza de muebles	Más personal	Tiempo de espera, más personal	Más personal

Tabla 17. Resultados de las encuestas de satisfacción en relación con la limpieza (septiembre a diciembre 2019)

- Planificación de la plantilla mensual

Categoría	Zona/Puesto	Horario	Lunes a viernes			Sábados			Domingos y Festivos		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N
DIRECCIÓN SEVICIO											
ENCARGADO	ADMINISTRACIÓN	07:00 a 14:00	1								
RESPONSABLE	s/programación o demanda	07:00 a 14:00	1								
PEÓN ESPECIALISTA	s/programación o demanda	07:00 a 14:00	2			0,5			0,5		
PEÓN ESPECIALISTA	s/programación o demanda	14:00 a 21:00		1			0,5			0,5	
LIMPIADORAS	s/tabla	07:00 a 14:00	9			6			5		
LIMPIADORAS	s/tabla	14:00 a 21:00		7			5			4	
LIMPIADORAS	s/demanda				1			1			1
TOTAL	PUESTOS		13	8	1	6,5	5,5	1	5,5	4,5	1

Tabla 18. Planificación de la plantilla (en informes mensuales de septiembre a diciembre 2019)

Se especifican los 20 puestos de mañana y los 16 de tarde en distintas tablas.

Zona/Puesto	Lunes a viernes			Sábados			Domingos y Festivos		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Área 5ª 6ª planta	2	2		1	1		1	1	
Área 4ª planta	2	1		1	1		1	1	
Área 3ª planta	2	1		2	1		1	1	
Área 2ª planta	1	1							
Área 1ª planta	1	1		1	1		1	0,5	
Área 0ª planta	1	1		1	1		1	0,5	
TOTAL	9	7		6	5		5	4	

Tabla 19. Puestos de limpieza a cubrir semanalmente

Informe mensual anexo

Se indican en una tabla los avisos de mantenimiento, pero no constan avisos en las columnas de avisos DDD (están en el documento mensual del informe) No constan todas las fechas de notificación ni las fechas de corrección. El número de avisos por mes es el siguiente:

	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Avisos DD				
Avisos Mantenimiento	13	13	13	13

Se indican las limpiezas planificadas realizadas cada mes. Se verifica el cumplimiento de las limpiezas indicadas en los informes de septiembre a diciembre de 2019. No se observa el registro de algunas limpiezas en zonas críticas, con frecuencia diaria o según necesidad, tampoco se registra en estos documentos (limpiezas al alta, limpiezas de quirófano, etc.).

La concesionaria indica que la limpieza del aparcamiento la realiza la empresa explotadora con máquina fregadora.

LIMPIEZAS PLANIFICADAS CON FRECUENCIA ANUAL Y REALIZADAS (SEPTIEMBRE-DICIEMBRE)				
Planta	Área	Zonas	Última	Realizada
P0	Pasillo central	Z. Generales	25/09/2019	25/09/2019
P0	Pasillo comunicación Edificio Técnico	Z. Generales	27/12/2018	20/12/2019
1P	Pasillo central	Z. Generales	20/12/2018	20/12/2019
1P	Almacén/Lencería/Talleres	Z. Generales	01/10/2018	10/10/2019
1P		Despacho	01/10/2018	10/10/2019
1P		Talleres	01/10/2018	10/10/2019
2P	Zona Despachos	Z. Generales	20/11/2018	10/10/2019
2P	Pasillo central	Z. Generales	04/12/2018	26/12/2019
2P		Despachos/S. Reuniones	09/12/2018	27/12/2019
2P	Pasillo inferior	Z. Generales	10/09/2019	10/09/2019
3P	Pasillo central	Z. Generales	27/11/2018	27/11/2019
3P		Despachos/S. Reuniones	09/12/2018	9/12/2019
3P	Pasillo inferior	Z. Generales	19/09/2019	19/09/2019
3P	Área Dirección	Z. Generales	19/09/2019	19/09/2019
3P		Despachos	17/11/2018	27/11/2019
3P	Área Concesionaria	Z. Generales	07/12/2018	23/12/2019
3P		Despachos	06/12/2018	23/12/2019
4P	Pasillo central	Z. Generales	14/11/2018	28/11/2019
4P	Pasillo inferior	Z. Generales	26/12/2018	26/12/2019
5P	Pasillo central	Z. Generales	23/11/2018	21/11/2019
5P		Despachos/S. Reuniones	25/11/2018	22/11/2019
5P	Pasillo inferior	Z. Generales	14/10/2018	21/10/2019

LIMPIEZAS PLANIFICADAS CON FRECUENCIA SEMESTRAL Y REALIZADAS (SEPTIEMBRE-DICIEMBRE)				
Planta	Área	Zonas	Última	Realizada
P0	Entrada principal	Z. Generales	16/05/2019	12/11/2019
P0		Hall	02/09/2019	2/09/2019
P0	Anatomía P.	Despachos	19/06/2019	23/12/2019
P0		Almacenes	19/06/2019	20/12/2019
P0	Pasillo central	Vertederos	12/06/2019	12/12/2019
P0		Estar personal	21/05/2019	20/11/2019
P0		Z. Limpio	12/06/2019	13/12/2019
P0		Z. Sucio	12/06/2019	13/12/2019
1P		Radiología	Despachos	22/05/2019

LIMPIEZAS PLANIFICADAS CON FRECUENCIA SEMESTRAL Y REALIZADAS (SEPTIEMBRE-DICIEMBRE)				
Planta	Área	Zonas	Última	Realizada
1P	Urgencias	Despachos	09/05/2019	13/11/2019
1P	Pasillo central	Despachos/S. Reuniones	24/05/2019	14/11/2019
1P		Vertederos	26/09/2019	26/09/2019
1P		Estar personal	17/06/2019	23/12/2019
1P		Z. Generales	12/09/2019	12/09/2019
1P	Zona de residuos	Despacho	12/09/2019	12/09/2019
1P		Almacenes	17/05/2019	28/11/2019
1P		Almacenes	01/10/2019	01/10/2019
2P	Hospital de Día	Despachos	14/09/2019	14/09/2019
2P	Zona salas de espera principales	Mostradores	30/04/2019	23/10/2019
2P		Despachos	03/05/2019	23/10/2019
2P	Zona Despachos	Despachos	07/06/2019	26/12/2019
2P	Pasillo central	Vertederos	20/06/2019	24/12/2019
2P		Estar personal	18/06/2019	30/12/2019
2P	Área Docente	Despachos	01/07/2019	26/12/2019
2P		Aulas	15/07/2019	30/12/2019
2P		Salón de actos	28/07/2019	30/12/2019
2P		Biblioteca	19/07/2019	30/12/2019
3P	Hospitalización Psiquiatría	Consultas	19/06/2019	17/12/2019
3P	Pasillo central	Vertederos	17/05/2019	11/11/2019
3P		Estar personal	23/05/2019	19/11/2019
3P	Pasillo inferior	Z. Limpio	07/05/2019	18/11/2019
3P	Pasillo inferior	Z. Sucio	07/05/2019	18/11/2019
3P	Área Dirección	Estar de Personal	12/06/2019	26/12/2019
3P		Sala de espera	01/07/2019	30/12/2019
3P		Sala reuniones	13/08/2019	30/12/2019
3P	Área Concesionaria	Sala de espera	01/06/2019	04/11/2019
3P		Estar de Personal	12/06/2019	27/12/2019
3P		Almacenes	01/06/2019	05/11/2019
3P		Sala de reuniones	23/06/2019	30/12/2019
4P	Hospitalización B	Z. Generales	10/06/2019	20/11/2019
4P	Pasillo inferior	Z. Limpio	09/05/2019	06/11/2019
4P		Z. Sucio	09/05/2019	06/11/2019
4P	Despachos médicos	Z. Generales	16/05/2019	26/11/2019
4P		Despachos	16/05/2019	08/11/2019
4P	Área religiosa	S. Culto	08/05/2019	15/11/2019
4P	Dormitorios de guardia	Z. Generales	06/05/2019	26/11/2019
5P	Pasillo central	Vertederos	06/09/2019	06/09/2019

LIMPIEZAS PLANIFICADAS CON FRECUENCIA CUATRIMESTRAL Y REALIZADAS (SEPTIEMBRE-DICIEMBRE)					
Planta	Área	Zonas	Última	Realizada	Planificada
1P	Pasillo central	Almacenes	10/07/2019	12/11/2019	11/03/2020
2P	Pasillo central	Almacenes	18/07/2019	14/11/2019	13/03/2020
4P	Pasillo central	Almacenes	07/08/2019	05/12/2019	03/04/2020
5P	Pasillo central	Almacenes	20/08/2019	06/12/2019	04/04/2020

LIMPIEZAS PLANIFICADAS CON FRECUENCIA TRIMESTRAL Y REALIZADAS (SEPTIEMBRE-DICIEMBRE)				
Planta	Área	Zonas	Última	Realizada
P0	Rehabilitación	Vestuarios	27/08/2019	05/11/2019
P0	Entrada principal	Escalera bloque 100	18/09/2019	16/12/2019
P0	Entrada principal	Escalera bloque 500	18/09/2019	16/12/2019
P0	Pasillo central	Vestuarios	12/08/2019	12/11/2019
P0	Pasillo central	Almacenes	18/09/2019	27/12/2019
P0	Pasillo central	Escalera centro B/100	24/09/2019	16/12/2019

LIMPIEZAS PLANIFICADAS CON FRECUENCIA TRIMESTRAL Y REALIZADAS (SEPTIEMBRE-DICIEMBRE)				
Planta	Área	Zonas	Última	Realizada
P0	Pasillo central	Escalera centro B/300	24/09/2019	16/12/2019
P0	Pasillo central	Escalera centro B/500	24/09/2019	16/12/2019
1P	Diálisis	Vestuarios	25/08/2019	03/11/2019
1P	Zona salas de espera principales	Zona general	06/09/2019	09/12/2019
1P	Zona salas de espera principales	Escalera bloque 100	16/08/2019	08/11/2019
1P	Zona salas de espera principales	Escalera bloque 500	16/08/2019	08/11/2019
1P	Zona salas de espera principales	Mostradores	09/08/2019	14/11/2019
1P	Urgencias	Z. Generales	14/08/2019	01/12/2019
1P	Pasillo central	Escalera centro B/100	16/08/2019	18/11/2019
1P	Pasillo central	Escalera centro B/300	16/08/2019	18/11/2019
1P	Pasillo central	Escalera centro B/500	16/08/2019	18/11/2019
1P	Pasillo central	Vestuarios	19/08/2019	15/11/2019
1P	Zona de residuos	Z. Residuos	12/09/2019	13/12/2019
1P	Vestuarios generales	Vestuarios	24/07/2019	25/10/2019
2P	Hospital de Día	Z. Generales	14/09/2019	13/12/2019
2P	Hospital de Día	Vestuarios	14/09/2019	10/12/2019
2P	Hospital de Día	Almacenes	19/09/2019	11/12/2019
2P	Zona salas de espera principales	Z. Generales	19/09/2019	27/12/2019
2P	Zona salas de espera principales	Escalera bloque 100	16/08/2019	18/11/2019
2P	Zona salas de espera principales	Escalera bloque 500	16/08/2019	18/11/2019
2P	Consultas externas	Escalera centro B/100	16/08/2019	18/11/2019
2P	Consultas externas	Escalera centro B / 300	16/08/2019	18/11/2019
2P	Consultas externas	Escalera centro B/500	16/08/2019	18/11/2019
2P	Consultas externas	Despachos	30/09/2019	26/12/2019
2P	Consultas externas	Almacenes	30/09/2019	27/12/2019
2P	Consultas externas	Z. Sucio	17/09/2019	27/12/2019
2P	Consultas externas	Z. Limpio	17/09/2019	27/12/2019
2P	Pasillo central	Vestuarios	18/09/2019	20/12/2019
2P	Área Docente	WC	30/09/2019	27/12/2019
3P	Hospitalización Psiquiatría	Escalera	12/09/2019	12/09/2019
3P	Hospitalización Psiquiatría	Z. Generales	20/08/2019	28/11/2019
3P	Hospitalización Psiquiatría	Despachos	10/09/2019	10/09/2019
3P	Hospitalización Quirúrgica	Escalera	16/08/2019	18/11/2019
3P	Hospitalización Quirúrgica	Z. Generales	18/09/2019	18/09/2019
3P	Hospitalización Quirúrgica	Despachos	19/09/2019	19/09/2019
3P	Hospitalización Neonatología	Z. Generales	15/07/2019	04/10/2019
3P	Hospitalización Neonatología	Despachos	01/08/2019	19/10/2019
3P	Hospitalización Materno infantil	Z. Generales	02/09/2019	02/09/2019
3P	Hospitalización Materno infantil	Escalera	16/08/2019	18/11/2019
3P	Pasillo central	Escalera centro B/100	16/08/2019	18/11/2019
3P	Pasillo central	Escalera centro B/500	16/08/2019	18/11/2019
3P	Pasillo central	Vestuarios	29/08/2019	14/11/2019
3P	Pasillo central	Almacenes	05/06/2019	23/10/2019
3P	Área Dirección	WC	12/09/2019	12/09/2019
3P	Área Concesionaria	WC	12/09/2019	12/09/2019
4P	Hospitalización A	Escalera	26/09/2019	26/09/2019
4P	Hospitalización A	Despachos	12/09/2019	12/09/2019
4P	Hospitalización B	Escalera	26/09/2019	26/09/2019
4P	Hospitalización B	Despachos	25/09/2019	25/09/2019
4P	Hospitalización C	Escalera	26/09/2019	26/09/2019
4P	Pasillo central	Escalera centro B/100	16/08/2019	18/11/2019
4P	Pasillo central	Escalera centro B/300	16/08/2019	18/11/2019
4P	Pasillo central	Escalera centro B/500	16/08/2019	18/11/2019
4P	Pasillo central	Vestuarios	15/07/2019	14/10/2019
5P	CMA	Escalera	22/08/2019	18/11/2019
5P	CMA	Vestuario	20/08/2019	12/11/2019
5P	CMA	Despachos	14/08/2019	16/11/2019

LIMPIEZAS PLANIFICADAS CON FRECUENCIA TRIMESTRAL Y REALIZADAS (SEPTIEMBRE-DICIEMBRE)				
Planta	Área	Zonas	Última	Realizada
5P	Bloque quirúrgico	Z. Generales	27/08/2019	23/11/2019
5P	Bloque quirúrgico	WC	27/08/2019	17/11/2019
5P	Bloque quirúrgico	Escalera	16/08/2019	18/11/2019
5P	UCI	Escalera	16/08/2019	18/11/2019
5P	UCI	Acceso UCI	20/09/2019	20/09/2019
5P	Pasillo central	Escalera centro B/100	16/08/2019	18/11/2019
5P	Pasillo central	Escalera centro B/300	16/08/2019	18/11/2019
5P	Pasillo central	Escalera centro B/500	16/08/2019	18/11/2019
5P	Pasillo central	Vestuarios	14/08/2019	22/11/2019
6P	Pasillo Central	Escalera centro B/100	16/08/2019	18/11/2019
6P	Pasillo Central	Escalera centro B/300	16/08/2019	18/11/2019
6P	Pasillo Central	Escalera centro B/500	16/08/2019	18/11/2019

Informes de inspecciones mensuales

Se reciben los informes de las rondas de observación de la limpieza, que se realiza por personal de la concesionaria, de la UTC y de la administración conjuntamente.

Encuestas satisfacción

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
AÑO 2018 INGRESADOS	100,0%	97,6%	100,0%	100,0%	97,6%	97,6%	97,6%	97,7%	95,1%	95,6%	92,2%	97,6%
AÑO 2018 AMBULANTES	90,5%	95,2%	90,0%	91,7%	91,3%	91,7%	91,3%	91,3%	91,7%	91,7%	95,8%	95,0%
AÑO 2019 INGRESADOS	90,0%	93,2%	95,7%	92,5%	100,0%	93,4%	88,5%	93,8%	94,5%	95,6%	93,3%	94,0%
AÑO 2019 AMBULANTES	90,0%	90,5%	95,8%	86,7%	88,0%	86,7%	88,6%	88,6%	86,7%	92,0%	88,0%	90,0%

Tabla 20. Resultados de las encuestas de satisfacción con la limpieza años 2018 y 2019

Todos los resultados en los meses analizados corresponden a un porcentaje de satisfacción superior al 85%.

Maquinas

Incluido en el anexo de Manual de procedimiento v1.4 que está actualizándose.

MAQUINARIA	MODELO	USO EN EL HOSPITAL
ASPIRADOR POLVO (con filtro HEPA)	HI-FILTRATION 6.0	TODO EL HOSPITAL
ASPIRADOR POLVO AGUA	DULEVAC 80 P3	TODO EL HOSPITAL Y EN EMERGENCIAS DE INUNDACIONES
HIDROLIMPIADORA AGUA FRÍA	STERWINS 150	LIMPIEZA PAVIMENTOS EXTERIORES Y CONTENEDORES DE RESIDUOS
FREGADORA COND. SENTADO	NOVA SIT	PAVIMENTOS TODO EL HOSPITAL
FREGADORA	RUBY 55 BT	PAVIMENTOS TODO EL HOSPITAL
LAVADORA	IPSO IY-180	LAVADO CENTRALIZADO MATERIAL DE LIMPIEZA
SECADORA	TUMBLE DRYER SC E-23	SECADO MATERIAL DE LIMPIEZA

Carros

Incluido en el anexo de Manual de procedimiento v1.4 que está actualizándose.

Productos

Incluido en el anexo de Manual de procedimiento v1.4 que está actualizándose.

PRODUCTO	TIPOLOGÍA	USO EN EL HOSPITAL
CLORSAN	CLORADO	DESINFECCIÓN TODO EL HOSPITAL (excluyendo superficies metálicas)
SOLQUALT PLUS	AMONIO CUATERNARIO	DESINFECCIÓN TODO EL HOSPITAL (solo superficies metálicas)
ENZIM L-808	DETERGENTE ENZIMÁTICO LAVADORA	LAVADO MOPAS Y BAYETAS MICROFIBRA
RINOX	BLANQUEANTE OXIGENADO	LAVADO MOPAS Y BAYETAS MICROFIBRA

El servicio de limpieza dispone de las fichas técnicas de seguridad de todos los productos que utiliza disponibles para los trabajadores del servicio y situaciones cuya consulta se haga necesario.

Ficha técnica de Clorsan

Contiene las características y recomendaciones de uso del fabricante. El desinfectante se encuentra en el registro “DESINFECTANTES DE SUPERFICIES ÁMBITO SANITARIO, AUTORIZADOS POR LA AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS” en la relación de productos actualizada a 12 de marzo de 2020.

<i>QUÍMICAS QUIMXEL, S.L</i>		
CLORSAN DESINFECTANTE DE SUPERFICIES ÁMBITO SANITARIO		787 DS
FRESC DESINFECTANTE DE SUPERFICIES ÁREA SANITARIA		821 DS
MICOSAN DESINFECTANTE DE SUPERFICIES PARA EL ÁMBITO SANITARIO		792 DS
UNISAN DESINFECTANTE DE SUPERFICIES ÁMBITO SANITARIO		976 DS

Ficha técnica de SOLQUAT PLUS

Contiene las características y recomendaciones de uso del fabricante. El desinfectante se encuentra en el registro “DESINFECTANTES DE SUPERFICIES ÁMBITO SANITARIO, AUTORIZADOS POR LA AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS” en la relación de productos actualizada a 12 de marzo de 2020.

<i>S.Q. FUTURQUÍMICA, S.L.U</i>		
CLOSOSOL GEL DESINFECTANTE DE SUPERFICIES ÁMBITO SANITARIO		577 DS
S.Q. PROFESIONAL BIOCIDA ALDEHÍDICO DESINFECTANTE DE SUPERFICIES EN EL ÁMBITO SANITARIO		557 DS
SOLQUAT PLUS DESINFECTANTE DE SUPERFICIES ÁMBITO SANITARIO		594 DS
SOLQUAT PREMIUM DESINFECTANTE DE SUPERFICIES ÁMBITO SANITARIO		963 DS
SOLQUAT QUICK DESINFECTANTE DE SUPERFICIES ÁMBITO SANITARIO		886 DS
SOLQUAT TOTAL DESINFECTANTE DE SUPERFICIES ÁMBITO SANITARIO		855 DS

Ficha técnica de ENZIM L-808

Contiene la descripción, modo de empleo, precauciones, datos técnicos y variables logísticas del producto.

Ficha técnica de RINOX

Contiene la descripción, modo de empleo, precauciones, datos técnicos y variables logísticas del producto.

Incidencias SIGI y Quejas

SIGIS

Agrupación por motivo	2018	2019	Total
Cobertura de puestos		1	1
Equipos sucios (lámpara y mesa de quirófano, toma oxígeno, contenedor residuos, soporte pantalla ordenador)	9	3	12
Limpieza al alta (deficiente, retrasadas, no realizada)	6	6	12
Limpieza de aseos (olores, mal realizada, no registrada, registro incompleto, etc.)	4	1	5
Limpieza diaria (mal realizada o no realizada)	3	5	8
Limpieza programada (no realizada o incorrecta)	2	2	4
Mobiliario sucio (cunas, camas, sillones, sillas, sillas de ruedas, camillas, estanterías, mesas, etc.)	6	9	15
Presencia de vectores (telarañas, insectos, restos de insectos, etc.)	11	6	17
Protocolo de limpieza (uso de bayetas, agua sucia, de limpio a sucio, mopas húmedas limpias, cierre de puertas, cabio agua, mopas y bayetas, productos, programas de lavado, etc.)	22	17	39
Reposición de aseos y vestuarios (papel secamanos, papel WC, jabón)	6	6	12
Solicitud de información (fichas técnicas de productos, programas de lavado, etc.)	3		3
Uniformidad	1	1	2
Suciedad en estructura (suelos, techos, paredes, puertas, rejillas, cristales, BIE, olores, etc.)	45	38	83
Total	118	95	213

Tabla 21. Número de SIGIS clasificadas por motivo de limpieza (años 2018 y 2019)

Quejas

Se reciben un total de 7 quejas relacionadas con la limpieza en los años de auditoría: 6 en el año 2018 y 1 en el año 2019.

Formación: 2018 y 2019

SERVICIO	CURSO PREVISTO EN EL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
01. Limpieza	Formación inicial art. 19 LPRL, trabajadores nueva incorporación	05/06/2018	Todo el personal	2 horas	
		06/06/2018	2		

01. Limpieza	Gestión de residuos Señalización suelo mojado por posibles Dosificación de los productos químicos Productos y carro de limpieza Manejo y funcionamiento de lavadora secadora Protocolo de limpieza en hospitales	Julio/Agosto/Septiembre/2019	Totalidad plantilla del centro (50). Limpiadores, Especialistas y peones especialistas	10	
	Plan de Autoprotección: Equipos de Intervención/Evacuación	3er Trimestre	Todo el personal	1 hora	

SERVICIO	CURSO FUERADEL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
01.LIMPIEZA	Gestión de Residuos	Noviembre 2018	5	1 hora	
	Puesta y retirada de Epi's. Agentes Biológicos	Noviembre 2018	6	1hora	
	Puesta y retirada de Epi's. Agentes Biológicos	Octubre 2018	25	1 hora	
01.Limpieza	Uso de Compactadora Residuos	Mayo 2019	Responsable limpieza	30 minutos	

SERVICIO	CURSO FUERADEL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
1. Limpieza	Formación limpieza hospitalaria, plan de igualdad.	18/11/2019	40	2 horas	
	Técnicas de limpieza de cristales y utilización de maquinaria.	25,26 y 27/11/2019	14	12 horas	
	Curso Eficiencia Energética	4º trimestre	Todo el personal	1 hora	

Listado de personal

Se recibe el Listado de personal de la concesionaria con 49 trabajadores de los que:

- La responsable
- 8 son peones especialistas (entre los que se incluye el personal que transporta los residuos)
- 40 tienen la categoría de limpiadores

Observaciones criterios generales

Las observaciones de este servicio que afectan a los criterios generales son:

CRITERIOS		OBSERVACIÓN	VALOR
DGC.7	La concesionaria emite todos los informes que la Administración Sanitaria le solicita, cumpliendo los plazos y las especificaciones que se le indican.	Se detectan 3 incidencias SIGI relacionadas con solicitud de información no proporcionada en tiempo y forma (44042, 44146, 44363).	4
RH.1	La concesionaria cuenta con personal a su cargo y de las empresas contratadas necesario para cumplir con las obligaciones estipuladas en el PPT y garantiza la cobertura de los puestos necesarios.	Una incidencia está relacionada con la cobertura de los puestos. SIGI 47951/2 En las alegaciones se hace constar que la limpiadora estaba en el pasillo exterior del BQ.	4
RH.2	La concesionaria tiene establecido el número de personas que prestan los servicios, clasificadas por servicio, nivel de formación, categoría profesional, jornada anual y semanal, turno de trabajo, puesto de trabajo y distribución de las cargas de cada puesto por categoría.	Atención a todas las solicitudes de limpieza. Medición de las cargas de trabajo.	3
GMA.2	El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	Definir objetivos relacionados con el medioambiente. Si bien no se muestran objetivos como tales si se dispone de un análisis del volumen de residuos gestionados.	3
CAL.4	La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	El manual de procedimientos del año 2013 está validado por la administración, pero contiene partes en proceso de revisión.	4
CAL.7	Todo el personal de la concesionaria y de las empresas contratadas va correctamente uniformado y mantiene un alto nivel de higiene personal.	Se detectan algunas SIGIs relacionadas con la uniformidad (zonas de bloque quirúrgico).	4

CRITERIOS		OBSERVACIÓN	VALOR
CAL.9	Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	No se ha realizado ninguna en el periodo de dos años analizados. Se informa que se ha programado una para este año 2020, y se muestra el diseño de la encuesta.	2
SC.6	La concesionaria es responsable de los fallos del servicio que afectan a la operatividad total o parcial del área sanitaria.	Evitar aquellos fallos que dan lugar a inoperatividad de los servicios introduciendo medidas preventivas y correctivas en las más frecuentes.	4

Observaciones durante las visitas

FECHA	HORA	ZONA	CLASF. ZONA/TIPO	INCIDENCIA	CLASIFICA
23-ene	13:20	Rehabilitación	Sala de terapia ocupacional	Manchas de pintura en el suelo	Leve
23-ene	13:30	Rehabilitación	Consulta supervisión	La supervisora de la unidad muestra su descontento con algunos servicios concesionales como limpieza (dice que no deja las estancias con la limpieza que se espera).	Observación

FECHA	HORA	ZONA	CLASF. ZONA/TIPO	INCIDENCIA	CLASIFICA
11/2	10:40	P5, URPA/CMA	Adaptación al medio	Mancha en el suelo	Leve
11/2	10:50	P5, BQ	Cuarto de limpieza	Huele mal y el desagüe se observa sucio	Leve
11/2	10:55	P5, CMA	Vestuario de pacientes	Falta papel y jabón	Leve
11/2	12:02	Baja	Sala espera, aseo M	Sin jabón, tapa de papelera rota	Leve
11/2	12:04	Baja	Sala espera aseo F	Papelera con tapa rota	Leve
11/2	13:05	P1	Almacén general	En ubicación 109 el poyete de la ventana tiene pelusas acumuladas	Leve

FECHA	HORA	ZONA	CLASF. ZONA/TIPO	INCIDENCIA	CLASIFICA
26/2	9:24	P2	Sala espera	Jabonera sucia	Leve
26/2	9:56	P2	Aseo	Trampilla del techo sucia	Leve
26/2	9:56	P2	Aseo	Papelera rebosando y sin tapa	Leve
26/2	11:22	P1	Sala sillones urgencias	Suelo sucio	Leve
26/2	11:40	P1	Espera camas	Lavabo sin jabón	Leve
26/2	12:16	P4	Aseo	Papelera sin pedal de accionamiento de tapa	Leve

Personal entrevistado durante las visitas

SERVICIO		TRABAJADOR	OBSERVACIÓN	U	I
01	Limpieza	MMV	23/1/20: Está limpiando escaleras y vestuarios. El carro lo tiene en la primera planta	OK	SI
01	Limpieza	MMV	11/2/20: Está limpiando en la planta 3 hospitalización pediatría.	OK	SI
01	Limpieza	LL	11/2/20: Está recogiendo cartón para llevar al punto de residuos determinado	OK	SI
01	Limpieza	MR	26/2/20: Limpieza segunda planta	OK	SI
01	Limpieza	GC	26/2/20: Responsable de limpieza	OK	SI
01	Limpieza	LMT	26/2/20: Limpieza primera planta	OK	SI
01	Limpieza	RM	26/2/20: Máquina fregadora	OK	SI
01	Limpieza	EG	26/2/20: Limpieza 4ª planta	OK	SI

B) EVALUACIÓN DE CRITERIOS

ID	CRITERIOS SERVICIO DE LIMPIEZA (LIM)	I6	EVALUACIÓN
LIM.1	La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de limpieza	4,8	Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.
LIM.2	La concesionaria tiene definidos los MUL (Módulos Unitarios de Limpieza) acordes con la ubicación geográfica, dimensión, pertenencia a Unidad, Servicio o Grupos Funcionales Homogéneos, clasificación en zonas de riesgo y su continente y contenido objeto de limpieza. Esta definición se mantiene actualizada y tiene en cuenta las ampliaciones, reducciones o modificaciones en los hospitales.	5	Incluido en el Manual de procedimientos con metodología de identificación del espacio en plano y su PAL (Plan de Actuación de Limpieza) correspondiente.
LIM.3	La concesionaria tiene establecidos los elementos que quedan incluidos y excluidos del servicio de limpieza, de acuerdo con las indicaciones de la administración sanitaria.	5	El manual de procedimientos indica claramente los elementos incluidos y excluidos del servicio de limpieza. Estos apartados coinciden con el PPT.
LIM.4	La concesionaria tiene establecidos los planes de actuación de limpieza (PAL) para cada módulo unitario de limpieza (MUL) incluyendo las actividades principales (limpieza programada, correctiva o de urgencia, planificada y protectora) y las complementarias (plan de reposición de material general y de aseo, dotación de equipamiento y plan de mantenimiento, dotación de material (toallas de papel, papel higiénico, jabón líquido y sus correspondientes dispensadores, bolsas de basura,...) y las frecuencias (diaria, semanal, mensual, específica, etc.).	5	El manual de procedimientos incluye todos los PAL.

ID	CRITERIOS SERVICIO DE LIMPIEZA (LIM)	I6	EVALUACIÓN
LIM.5	Se registran al menos las actuaciones realizadas en áreas muy críticas y críticas.	4	Se ha visto una muestra del registro de limpieza. Algunas limpiezas, como limpiezas al alta, limpiezas al inicio y terminales de quirófanos no se incluyen en los registros recibidos.
LIM.6	El manual de procedimientos establece la frecuencia de realización de controles de calidad que consisten en un recorrido por el recinto, de forma que se compruebe que los trabajos realizados se ajustan al protocolo y a los resultados esperados mediante la inspección visual, el registro de incidencias, la valoración de la incidencia, la realización de las medidas correctoras y el sistema de registro de estas acciones.	5	Se programan y realizan rondas de supervisión en las que participa Medicina Preventiva, personal de limpieza y de la UTC. En un Anexo del manual de procedimientos se incluye el modelo de informe de registro y seguimiento. Se han visto los informes de los últimos meses.
LIM.7	Existe una relación detallada y codificada (características técnicas, utilidad, composición, mantenimiento, etc.) de los materiales, útiles, productos y maquinaria necesaria y utilizada para la prestación del servicio de limpieza.	4	Se ha verificado la existencia de la relación codificada de materiales y equipos utilizados para realizar el servicio. Se detectan incidencias relacionadas con las fichas técnicas de los productos, los programas de lavado de mopas y bayetas y los productos utilizados.
LIM.8	Todas las prácticas de limpieza cumplen con las políticas y procedimientos de control de infecciones del hospital establecidos por Medicina Preventiva , para lo que existen protocolos y procedimientos escritos.	4	En la muestra de SIGI recibida se detectan fallos que aplican a este criterio. Todos los limpiadores entrevistados conocían el protocolo de limpieza y lo aplicaban.
LIM.9	Se cumplen los procedimientos y protocolos de actuación para las limpiezas, según el objeto de limpieza y la zona a limpiar (barrido húmedo, agua nunca sola, soluciones desinfectantes, dilución de lejía, etc.).	4	En la muestra de SIGI recibida se detectan fallos que aplican a este criterio. Los trabajadores conocen los productos y dosis, aunque realizan la dosificación automática.
LIM.10	Se lleva a cabo la señalización y las precauciones apropiadas respecto a los viandantes en los suelos que estén recién limpiados o húmedos.	5	No se detectan incidencias relacionadas.
LIM.11	El material general y de aseo (toallas de papel, papel higiénico, jabón líquido y sus correspondientes dispensadores, bolsas de basura,...) se reponen con la frecuencia suficiente para evitar que se acaben .	4	Los aseos observados disponen del material indicado en el criterio, salvo en alguna ocasión puntual. Se detectan varias SIGIS relacionadas.
LIM.14	Para las áreas críticas y muy críticas , será obligatorio el sistema de limpieza con mopas de micro fibra en sustitución del sistema convencional de fregona y cubo (en aquellas superficies que lo permitan).	5	Los carros observados llevaban microfibra para las zonas establecidas.
LIM.15	El servicio de limpieza realiza la limpieza programada o rutinaria y específica tal y como se ha establecido en el manual de procedimientos.	4	Se ha verificado el cumplimiento de las limpiezas programadas de una muestra del registro de limpieza. Se detectan varias SIGIS relacionadas con el cumplimiento y resultado de la limpieza programada.

ID	CRITERIOS SERVICIO DE LIMPIEZA (LIM)	I6	EVALUACIÓN
LIM.16	El servicio de limpieza responde ante la puesta en marcha del protocolo de emergencia, urgencia y correctivo de acuerdo con los criterios establecidos dando lugar a los resultados planificados.	5	Según manual de procedimientos se establece un plazo máximo de 30 minutos en zonas críticas y muy críticas y 60 minutos para el resto. No se detectan incidencias relacionadas en la muestra revisada.
LIM.17	El servicio de limpieza realiza las limpiezas planificadas (de refuerzo, semanales, mensuales, trimestrales, a requerimiento, etc.) tal y como se han programado en el manual de procedimientos.	5	Se ha verificado el cumplimiento de las limpiezas planificadas de una muestra del registro de limpieza.
LIM.18	El servicio de limpieza realiza las limpiezas de protección acordadas con el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.	5	No se detectan incidencias relacionadas.
LIM.19	Todos y cada uno de los productos de limpieza y desinfección, así como todos los utensilios, materiales, equipos y artículos que se emplean son suministrados por la Unidad de Limpieza.	5	No se detectan incidencias relacionadas.
LIM.20	Todos y cada uno de los productos de limpieza y desinfección, cuentan con la aprobación del Servicio de Medicina Preventiva y cumplen la normativa vigente aplicable (etiquetado, almacenaje, envasado, utilización, dilución, etc.).	4	Se detectan varias SIGIs relacionadas con la documentación y remisión de información a medicina preventiva sobre los productos utilizados.
LIM.21	Existen procedimientos escritos sobre el uso, descarte y mantenimiento de los productos de limpieza que se utilizan, según el objeto de limpieza.	5	En la página 7 del MP v1.3 se indica "cuando se preparen las soluciones desinfectantes, y para evitar su inestabilidad, se hará diariamente y nunca se almacenarán más de 12 horas".
LIM.22	Todos los materiales, equipos y útiles están de acuerdo a la normativa actualmente vigente en materia de Salud Laboral y cualquier otra que le sea aplicable.	5	Todos los materiales y equipos cumplen con su marcado CE y criterios de prevención exigidos por normativa.
LIM.23	Existen procedimientos escritos sobre el mantenimiento y conservación en perfecto estado de uso de los materiales y equipos .	4	Incluido en anexos MP en revisión v1.4 En la página 10 del MP v1.3 se indican normas de conservación y mantenimiento "el material de limpieza ha de estar perfectamente limpio, desinfectado y seco antes de su utilización y quedará limpio y desinfectado al finalizar su uso". Se detectan incidencias relacionadas (mopas húmedas guardadas para su uso)
LIM.24	La Unidad de Limpieza informa a la Central de Incidencias de todas las evidencias que indiquen la presencia de bichos o plagas , identificados mientras se realiza el servicio de limpieza. Una vez aplicados los procedimientos de desinsectación y desratización se procede a la limpieza, desinfección y despeje de las áreas afectadas (incluyendo excrementos y cadáveres).	4	Incluido en el manual de procedimientos del servicio. Además, se incluyen el número de avisos en el registro mensual de limpieza. Alunas SIGIs pueden relacionarse con este criterio.



ID	CRITERIOS SERVICIO DE LIMPIEZA (LIM)	I6	EVALUACIÓN
LIM.25	Los residuos se recogen de acuerdo a la normativa vigente y a los estándares de calidad de la unidad de residuos. La Unidad de limpieza tiene establecido en su manual, los procedimientos de recogida, retirada y depósito de los residuos , cualquiera que sea la ubicación del productor, por tipo de residuo, frecuencia y zona de recogida.	5	Durante la auditoría in situ pudo verse el proceso de retirada de residuos y reposición de contenedores sin incidencias: respeto de circuitos limpio-sucio, cierre de bolsas para su traslado, transporte en contenedores adecuados, etc.
LIM.26	La frecuencia de retirada de basuras es la adecuada para que las papeleras se mantengan por debajo del 75% de su capacidad.	4	Los aseos vistos disponían de papeleras llenas por debajo del 75% salvo algún caso puntual. Los contenedores observados en los distintos cuartos de sucio del hospital estaban llenos por debajo del 75%.
LIM.27	Se mantienen en perfecto estado de limpieza los contenedores , así como la zona circundante donde estos se encuentren ubicados.	4	Las papeleras de aseos y los contenedores observados estaban limpios salvo algún caso puntual. Los cuartos intermedios de residuos estaban limpios y ordenados. Varias SIGIs pueden relacionarse con este criterio.
LIM.28	Todas las instalaciones se encuentran en perfecto estado de limpieza tal y como se describe en los criterios de calidad del hospital	4	Durante la auditoría in situ se observaron algunas incidencias, y se detectan varias SIGIs y quejas relacionadas.
LIM	INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE LIMPIEZA	4,5	

Tabla 22. Resultados de nivel del servicio de limpieza (LIM)

C) OBSERVACIÓN DEL PROCESO DE LIMPIEZA

A continuación, se incluye una tabla con fotos de las observaciones realizadas durante la auditoría y otras evidencias.



AUDITORÍA 23-01-2020			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
8:50	A	Ascensor	Todos los ascensores observados durante las visitas están limpios y mantenidos y disponen de la pegatina de inspección vigente.
8:55	1	Centro de control	Estancias limpias y mantenidas.
10:07	1	Urgencias. Sala de espera	La sala de espera es luminosa y confortable. Las bancadas en buen estado, así como la zona de máquinas expendedoras.
10:08	1	Urgencias. Aseo femenino y adaptado	Aseo femenino y adaptado, sin deficiencias detectadas. Registro cumplimentado (se limpia y repone entre 2 y 3 veces al día). En el Manual de procedimientos se indica para esta zona dos veces al día.
10:08	1	Urgencias. Aseo masculino	No se observan deficiencias. El registro corresponde con el anterior.




AUDITORÍA 23-01-2020			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
13:15	B	Pasillo de acceso rehabilitación	El pasillo se observa limpio y mantenido. Se observan papeleras de reciclaje. Nos indican que han ubicado 18 grupos como las de la imagen en zonas comunes del hospital. Volumen de residuos inferior 75%. 
13:15	B	Acceso rehabilitación	La puerta está en buen estado. La señalética es adecuada. La identificación de la zona es correcta.
13:16	B	Box 10 rehabilitación	La estancia está limpia y mantenida. El mobiliario está en buen estado. La sala está identificada. No se observan deficiencias.
13:18	B	Rehabilitación respiratoria	La estancia está limpia, identificada y el mobiliario está en buen estado de limpieza.
13:20	B	Sala de terapia ocupacional	El suelo en la entrada tiene manchas de pintura. Preguntamos a uno de los fisioterapeutas por el funcionamiento de los servicios concesionales en su unidad y nos comenta que en su opinión funcionan muy bien. Limpieza y residuos también son servicios adecuados para la zona. 
13:25	B	Vestuario y aseso de pacientes	Estancias limpias y mantenidas
13:26	B	Cuarto sucio	Este cuarto está identificado como cuarto de limpieza. Se observan los contenedores de residuos apropiados para la zona (contenedor de papel confidencia cerrado). La jaula para ropa sucia contiene bolsas cerradas.
13:28	B	Electroterapia	Se observa la sala identificada, limpia y mantenida. Los equipos como lámpara y camilla están identificados y en buen estado.
13:31	B	Box de juegos	Sala identificada, limpia y mantenida. Una de las luces del techo no enciende.
13:32	B	Consulta supervisora	Hablamos con la supervisora de la unidad. Nos expresa su opinión sobre los distintos servicios concesionales. Comenta que mientras servicios como mantenimiento y residuos funcionan correctamente, otros como limpieza no realizan su trabajo de forma adecuada, señalando el suelo donde muestra alguna mancha.

AUDITORÍA 23-01-2020

HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
13:38	B	Almacén	El almacén está limpio, ordenado y mantenido.

AUDITORÍA 11-02-2020: Servicio de Esterilización

H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
8:55	6	Pasillo	Limpio y mantenido. Se observan camas y camillas almacenadas.
8:55	6	Entrada	Limpio y mantenido. Disponen de una estantería con los medios de protección necesarios para acceder a la unidad (gorro, bata, calzas)
8:57	6	Cuarto de limpieza	Se observa el dosificador de productos de limpieza (zona crítica). Se observa el cartel informativo del uso del dosificador (disponibles dos tipos de boquilla según el porcentaje a mezclar y la criticidad de la zona). Contenedor de residuos rojo para envases contaminados de plástico. Vertedero limpio y mantenido.
8:59	6	Aseo	Limpio, mantenido, con los medios de aseo adecuados.
9:00	6	Pasillo	Limpio y mantenido. Se observa el carro de limpieza de la central, con los elementos establecidos.
9:06	6	Zona sucia	Cuarto identificado y cerrado. Contiene contenedor de documentación confidencial y contenedor rojo de envases contaminados. Además, se observa el kit de derrames sobre pallet de plástico sin ranuras. Espacio limpio, ordenado y mantenido.
9:06	6	Vestuario	Vestuario identificado, para el personal de la unidad con taquillas. Limpio y mantenido.
9:07	6	Pasillo	Superficies horizontales y verticales limpias y mantenidas. Se ubican en este pasillo varios medios: jaula para ropa de quirófano (stock textil); papelería ropa sucia y deteriorada que retira limpieza; 2 carros limpios con material de la central. En uno de ellos se observa repuesto de la impresora de pegatinas.
			
9:08	6	Almacén productos	El almacén destaca por el orden y la limpieza.
			

AUDITORÍA 11-02-2020: Servicio de Esterilización			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:10	6	Zona de lavado	<p>Zona limpia, superficies horizontales y verticales, cristales, rejillas y luces limpias. Mobiliario y equipos en buen estado de limpieza. Montacargas limpio por dentro y por fuera. Pilas, mangueras, cubetas limpias.</p> 
9:30	6	Exclusa	Zona de acceso desde pasillo a zona limpia. Estancia limpia y mantenida.
9:30	6	Zona limpia	Se observa la estancia, limpia, mantenida, ordenada y en uso. En esta zona se observa el registro con las actividades de limpieza y mantenimiento de estancias y equipos realizado por el personal de la central. Actividades que deben realizarse en fin de semana.
9:35	6	Almacén limpio	<p>Estancia limpia y mantenida (superficies verticales y horizontales, estanterías, luces y rejillas).</p> 
10:05	6	Cuarto del formol	Está ordenado, limpio y mantenido. El equipo está identificado. Contiene un kit para posibles derrames, así como mascarilla de seguridad.
10:10	6	Zona estéril	<p>Estancia ordenada, limpia y mantenida.</p> 





AUDITORÍA 11-02-2020: Bloque quirúrgico			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:30	5	Pasillo limpio	Zona limpia y mantenida. 
10:30	5	Vestuario F	Limpio y mantenido. 
10:30	5	Vestuario M	Limpio y mantenido
10:32	5	Pasillo	Zona limpia y mantenida. Disponible en una estantería gorros y calzas.
10:33	5	URPA/ CMA	Zona limpia y mantenida. Con pacientes.
10:34	5	Preparación prequirúrgica	Zona limpia y mantenida. En el momento de la visita hay dos pacientes. El personal sanitario nos indica que los servicios concesionales funcionan correctamente.
10:35	5	Preparación prequirúrgica. Control	Las estancias están limpias y mantenidas. Se observa la zona de pyxis, un pequeño almacén que gestiona enfermería a partir del almacén CMA, vestuarios de pacientes y de personal, cuarto sucio.
10:35	5	URPA/CMA zona de puestos en cama	Zona limpia y mantenida (cristales, persianas, cortinas para intimidad del paciente, superficies horizontales y verticales, luminarias, rejillas, puntos eléctricos, etc.). 




AUDITORÍA 11-02-2020: Bloque quirúrgico			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:36	5	URPA/CMA Pyxis	Zona limpia y mantenida. Gestionado por personal sanitario 
10:37	5	URPA/CMA almacén	Almacén identificado, limpio y mantenido. 
10:38	5	URPA/CMA Aseos	Se observa sin desperfectos (grifo, papelera con accionamiento de pedal, lavabo, jabonera). 
10:38	5	URPA/CMA cuarto sucio	Cuarto limpio y mantenido. Los contenedores de residuos están correctamente identificados y el uso de aquellos no cerrados se observa correcto.  <p>Incluye carteles informativos sobre la gestión de residuos y las bolsas para la ropa sucia.</p>

AUDITORÍA 11-02-2020: Bloque quirúrgico			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:40	5	URPA/CMA sala de adaptación al medio	<p>Está identificada y en buen estado. En el momento de la visita solo hay un sillón y ningún paciente. El mobiliario está limpio, las papeleras vacías y con bolsa, las superficies en buen estado, aunque han depositado sobre una silla material sanitario.</p>  <p>Se observa una mancha marrón en el suelo.</p>
10:43	5	CMA despacho médico	<p>Limpio y mantenido</p> 
10:44	5	CMA Vestuarios y aseos	<p>Limpios y mantenidos.</p> 
10:45	5	B. Quirúrgico/ CAM Lencería	<p>Cuarto limpio y mantenido.</p> 
10:47	5	B. Quirúrgico/ CMA Almacén fungible	<p>Cuarto identificado, limpio y mantenido.</p> 




AUDITORÍA 11-02-2020: Bloque quirúrgico			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:47	5	B. Quirúrgico/ CMA Almacén de equipos	<p>Estancia amplia con algunas cajas en el suelo.</p> 
10:50	5	B. Quirúrgico/ CMA cuarto de limpieza	<p>Estancia que según nos indican no se usa. Huele mal y tiene el desagüe sucio.</p> 
10:50	5	B. Quirúrgico/ CMA cuarto de residuos	<p>Identificado, y con las indicaciones de acceso restringido apropiadas. Una de las esquinas se observa con azulejos rotos y deteriorados. Los residuos son apropiados para los contenedores donde se depositan (RSU, RSAU, papel, vidrio, envases)</p>  <p>Contenedores limpios y cerrados (se deberían ubicar con la apertura hacia fuera, para facilitar el vertido de las bolsas de residuos).</p>
10:52	5	B. Quirúrgico/ CMA cuarto de limpieza	<p>Cuarto de limpieza. Este es el cuarto que se utiliza en la zona. Está limpio y mantenido. No se notan olores.</p>
10:52	5	B. Quirúrgico/ CMA zona de cartón	<p>Es un cuarto con archivo, mobiliario en reparación, diversos y pallets con material y tapas y cartones.</p> 


AUDITORÍA 11-02-2020: Bloque quirúrgico			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:55	5	B. Quirúrgico/ CMA vestuarios de pacientes	Los dos vestuarios están limpios y ordenados, con los medios de cambio apropiados. Falta papel y jabón en los dos. 
10:57	5	B. Quirúrgico/ CMA almacén 520B-3	Cuarto limpio y mantenido. 
11:00	5	B. Quirúrgico/ CMA almacén esterilización	Cuarto limpio y mantenido. 
11:05	5	B. Quirúrgico/ CMA almacén trauma	Identificado, limpio y mantenido. 
11:05	5	B. Quirúrgico/ CMA almacén ortopedia y artroscopia	Identificado, limpio y mantenido. 

AUDITORÍA 11-02-2020: Bloque quirúrgico			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
11:06	5	B. Quirúrgico, quirófanos	Se observan limpios y mantenidos, tanto el antequirófano como un quirófano que no está en uso en el momento de la visita. 
11:07	5	B. Quirúrgico, Box 6	Cuarto de trabajo de personal sanitario. Limpio y mantenido.
11:08	5	B. Quirúrgico, Aseos	Limpios y mantenidos, con los medios de aseo establecidos. 
11:09	5	B. Quirúrgico, Cuarto sucio	Limpio y mantenido, con los contenedores etiquetados, pictogramas adecuados al tipo de residuo, residuos adecuados al tipo de contenedor. 
11:12	5	B. Quirúrgico, Cuarto residuos	Se observa el montacargas que comunica con esterilización de sucio. El cuarto dispone de los medios de contención de residuos adecuados a la actividad de la zona. Mancha en la puerta del montacargas. 
11:14	5	B. Quirúrgico, Cuarto equipos	Cuarto limpio y mantenido.

AUDITORÍA 11-02-2020: Bloque quirúrgico			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
11:15	5	B. Quirúrgico, Cuarto de limpieza	Cuarto limpio y mantenido. Se observan los dosificadores de los productos de limpieza, como zona muy crítica. Se observan los registros de limpieza de los quirófanos, así como las programaciones para la limpieza entre intervenciones. 
11:20	5	B. Quirúrgico, Cuarto de limpieza	Cuarto de limpieza, con las bayetas y demás materiales, así como dosificadores y productos de limpieza (limpios, secos, en buen estado). Carros de limpieza y de residuos de la zona. 
11:20	5	B. Quirúrgico, Cuarto de residuos	Identificado, limpio y mantenido y con los contenedores apropiados para los residuos que contienen. 




AUDITORÍA 11-02-2020: Planta baja, extracciones			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN

AUDITORÍA 11-02-2020: Planta baja, extracciones			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:00	B	Sala de espera Extracciones	Zona limpia y mantenida. Mobiliario en buen estado. 
12:02	B	Sala de espera aseo M y adaptado	Sin jabón. Techo manchado. Papelera sin tapa. Algún papel en el suelo 
12:04	B	Sala de espera extracciones aseo F	Papelera con tapa rota. Papel en el suelo, junto a la papelera. 

AUDITORÍA 11-02-2020: Escaleras y accesos			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:05	-	Escaleras	Las escaleras junto al ascensor 3-4 están limpias y mantenidas. Los cristales de las ventanas y de las puertas (ojo de buey) se observan limpios. Los pasamanos limpios y sin vibraciones al agarre. 





AUDITORÍA 11-02-2020: Hospitalización pediatría			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN

AUDITORÍA 11-02-2020: Hospitalización pediatría			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:10	3	Pasillo	<p>Está realizando la limpieza de la zona MM, identificada y uniformada. El contiene los materiales necesarios para realizar la limpieza de la unidad. Se le pregunta por el procedimiento de limpieza y se constata que conoce los procedimientos y los materiales según los usos establecidos. Indica que utiliza tantas bayetas como son necesarias, pero que nunca sumerge bayetas o mopas sucias en las mezclas de agua/detergente, de forma que descarta las bayetas por superficies.</p> 
12:12	3	Cuarto de limpieza	<p>El cuarto está identificado, limpio y mantenido. Muestra el registro que utiliza para anotar las limpiezas que realiza. Se observa la dosificación de la zona (muy crítica por la zona de neonatos).</p> 
12:15	3	Lencería	Cuarto limpio y mantenido.
12:20	3	Control de enfermería	<p>Estancia en uso, limpia y mantenida. Mobiliario en buen estado. Balanza verificada y etiquetada. Botellas de gas medicinal. Se observan contenedores de residuos, uno amarillo de uso desconocido.</p> 
12:21	3	Sala de medicamentos	Limpia y mantenida

AUDITORÍA 11-02-2020: Hospitalización pediatría			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:24	3	Cuarto sucio	<p>Identificado. No se detectan incidencias en relación con los servicios concesionales y los medios que utilizan (contenedores de residuos, jaulas y carros de ropa, estado de superficies, lavabo y grifo, etc.) salvo una luz fundida.</p> 
12:25	3	Almacén	<p>Estancia utilizada para material necesario en la unidad, carro de lencería y porta sueros.</p> 
12:26	3	Habitación 349	<p>Es la única habitación disponible en el momento de la visita. Observamos que tanto la estructura como el mobiliario está en buen estado, sin desperfectos y limpio.</p> 
12:30	3	Almacén 320C	<p>Cuarto limpio y mantenido.</p>


AUDITORÍA 11-02-2020: Hospitalización pediatría			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
14:00	3	Sala de espera	<p>Estancia limpia, donde se observa un cristal con fisura:</p> 
14:00	3	Sala de espera. aseos	<p>Limpios y mantenidos. Con los medios de aseo adecuados.</p>


AUDITORÍA 11-02-2020: Almacen general planta 1 y sótano -2			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:45	1	Almacén general. Despacho	<p>Cuarto con mucho papel y actividad. No se observan deficiencias de limpieza.</p>
12:48	1	Almacén	<p>Medios de transporte de mercancías, tal y como se describe en el manual de procedimientos (transpaletas manuales y eléctrica, carros, pallets). Medios y estancias limpias salvo poyete de ventanas.</p> 
13:30	-2	Almacén	<p>Se observan paredes deterioradas, medios de señalización de pallets y vías de circulación de transpaletas y personas deterioradas, rodapiés sueltos.</p> 





H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN																																																																																																				
13:15	1	Uniformidad	<p>Estancia y mobiliario limpio.</p> 																																																																																																				
13:15	1	Uniformidad	<p>Registros de lectura y dotación de los distintos almacenes.</p>  <table border="1"> <caption>UAM QUIRÓFANO REPOSICIÓN DIARIA LENCERÍA</caption> <thead> <tr> <th>ARTÍCULO</th> <th>CANTIDAD</th> <th>ENTRADA</th> <th>SALIDA</th> <th>LECTURA</th> <th>EXISTENTE</th> <th>ENTRADA</th> <th>SALIDA</th> <th>LECTURA</th> <th>EXISTENTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LIENZO</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>COLCHONALINTE</td> <td>32</td> <td>32</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>32</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>COJINES</td> <td>12</td> <td>12</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>12</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALMOHADILLA</td> <td>40</td> <td>40</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALMOHADILLA</td> <td>24</td> <td>24</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>24</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SAPO</td> <td>7</td> <td>7</td> <td>0</td> <td>6</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DEMAS</td> <td>200</td> <td>150</td> <td>50</td> <td>100</td> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DEMAS</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL PAJA</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ARTÍCULO	CANTIDAD	ENTRADA	SALIDA	LECTURA	EXISTENTE	ENTRADA	SALIDA	LECTURA	EXISTENTE	LIENZO	8	8	0	4	4					COLCHONALINTE	32	32	0	0	32					COJINES	12	12	0	0	12					ALMOHADILLA	40	40	0	0	40					ALMOHADILLA	24	24	0	0	24					SAPO	7	7	0	6	1					DEMAS	200	150	50	100	100					DEMAS	2	2	0	2	0					TOTAL PAJA	1	0	10	10	0				
ARTÍCULO	CANTIDAD	ENTRADA	SALIDA	LECTURA	EXISTENTE	ENTRADA	SALIDA	LECTURA	EXISTENTE																																																																																														
LIENZO	8	8	0	4	4																																																																																																		
COLCHONALINTE	32	32	0	0	32																																																																																																		
COJINES	12	12	0	0	12																																																																																																		
ALMOHADILLA	40	40	0	0	40																																																																																																		
ALMOHADILLA	24	24	0	0	24																																																																																																		
SAPO	7	7	0	6	1																																																																																																		
DEMAS	200	150	50	100	100																																																																																																		
DEMAS	2	2	0	2	0																																																																																																		
TOTAL PAJA	1	0	10	10	0																																																																																																		
13:20	1	Almacén ropa limpia	<p>La ropa limpia entra por la puerta del almacén sobre las 17:00 de la tarde y se guarda en el cuarto de ropa limpia. En el momento de la visita el cuarto está vacío porque se ha repartido a las diferentes zonas hospitalarias.</p> 																																																																																																				
13:20	1	Báscula para ropa limpia	<p>Situada junto al cuarto anterior, al día siguiente de la entrada de la ropa se pesa en la báscula y se anota la entrada y el peso en lencería. La báscula no tiene impresora de pesos, por lo que se anota manualmente. Se indica no mezclar circuitos limpio y sucio.</p> 																																																																																																				

AUDITORÍA 26-02-2020: Administrativos


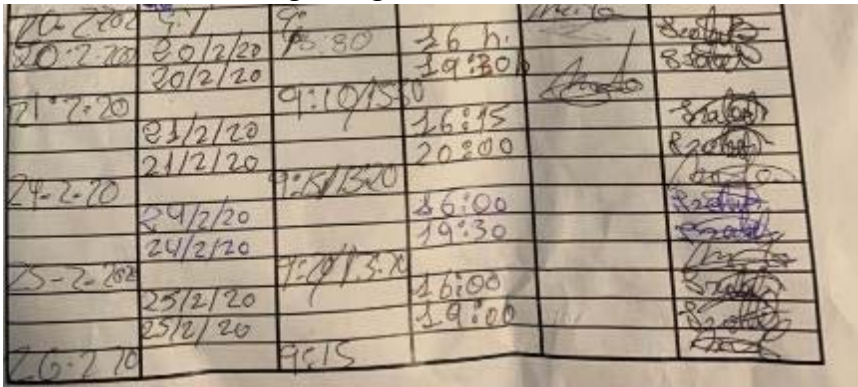

H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
---	---	----------	-------------

AUDITORÍA 26-02-2020: Administrativos			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
8:45	B	Despacho responsable	Estancia y mobiliario limpio y mantenido.
8:47	B	Mostrador de información	Estancia y mobiliario limpio y mantenido.
8:55	B	Pasillo despachos administrativos	Estancia y mobiliario limpio y mantenido. 
8:57	B	Centralita	Estancia y mobiliario limpio y mantenido.
9:02	B	Mostrador citaciones	Estancia y mobiliario limpio y mantenido
9:07	B	Sala espera mostrador citaciones	Estancia y mobiliario limpio y mantenido
9:10	B	Registro de nacimientos	Estancia y mobiliario limpio y mantenido
9:12	B	Despacho derivaciones	Estancia y mobiliario limpio y mantenido
9:16	B	Despacho camas y lista de espera	Estancia y mobiliario limpio y mantenido



AUDITORÍA 26-02-2020: planta 2 Atención ambulatoria			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:20	2	Pasillo central	Limpio y mantenido
9:20	2	Pasillo HDM	Limpio y mantenido (despachos 508 a 511 y 504-507)
9:21	2	Pasillo oncología	Limpio y mantenido (despachos 512 a 515 y 501-502) 
9:22	2	Mostrador Hospital de día	Zona limpia y mantenida, donde se encuentra trabajando Elena, que atiende a usuarios de hospital de día y oncología.

AUDITORÍA 26-02-2020: planta 2 Atención ambulatoria			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:24	2	Sala de espera pacientes	 <p>Es una habitación que en el momento de la visita está ocupada por casi el 100% de los asientos disponibles. Se observa mobiliario en buen estado y superficies horizontales y verticales limpias y mantenidas. En una de las paredes hay disponible una jabonera sucia. La jabonera está vacía pero la reposición la realiza personal de enfermería.</p>
9:27	2	Despacho 512 pruebas diagnósticas	<p>Sala en uso, limpia y mantenida.</p> 
9:30	2	Carro limpieza	<p>Milagros Roldan: está realizando la limpieza de la segunda planta. Uniformada e identificada. Conoce los procedimientos de limpieza y se observa su aplicación correcta.</p> 
9:36	2	Lencería	<p>Cuarto mal identificado, limpio y mantenido.</p>
9:37	2	Cuarto sucio	<p>La estancia está limpia y mantenida. Los contenedores están identificados y con pictogramas adecuados al tipo de residuos. Se observa un kit de derrames. No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.</p> 
9:42	2	Cuarto de estar personal	<p>No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.</p>




AUDITORÍA 26-02-2020: planta 2 Atención ambulatoria			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:43	2	Cuarto de limpieza	Se observan los dosificadores para la limpieza de la zona, contenedor de envases contaminados, así como contenedores de residuos biosanitarios. La grifería, lavabo, medios complementarios como papel y jabón todos en buen estado. No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales. 
9:43	2	Almacén 234A	Estancia y mobiliario limpio y mantenido.
9:49	2	Vestuarios 23	Limpios y mantenidos. No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
9:50	2	511 Lectura de médula ósea	Limpio y mantenido. No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales. 
9:51	2	505 HDM06	Limpio y mantenido. No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales. 
9:52	2	504 HDM05	Limpio y mantenido. No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales. 
9:55	2	Sala espera B	No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
9:55	2	Aseo femenino (ascensor 1,2)	No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.





AUDITORÍA 26-02-2020: planta 2 Atención ambulatoria			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:55	2	Aseo adaptado y M (ascensor 1,2)	No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
9:56	2	Aseo femenino (ascensor 3,4)	No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
9:56	2	Aseo adaptado y M (ascensor 3,4)	Se observa la trampilla del techo sucia. 
9:57	2	Sala espera A	No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
9:58	2	Aseo femenino (ascensor 3,4)	No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales. Con registro de limpieza: se observa que se realiza una o dos limpiezas por la mañana y dos por la tarde. La limpieza se ha realizado a las 9:15 según registro.  Guadalupe Cruz: responsable de limpieza identificada y uniformada. Indica que el registro no lo ubican en la puerta porque desaparece.
9:58	2	Aseo adaptado y M (ascensor 3,4)	Papelera sin tapa y rebotando. 
10:00	2	Pasillo endoscopias	No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
10:00	2	Lavado de endoscopios	En el momento de la visita están en uso y personal sanitario está trabajando. No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.

AUDITORÍA 26-02-2020: planta 2 Atención ambulatoria			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:06	2	Almacén 136E	Limpio y mantenido, no se observan deficiencias en caducidades o ubicación de material.



AUDITORÍA 26-02-2020: Zonas generales, Escaleras y ascensores			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
8:30	-	Ascensor 2	Limpio, con placa con RAE y certificado de inspección vigente. Medios de apoyo firmes.
9:20	-	Ascensor 8	Limpio, con placa con RAE y certificado de inspección vigente. Medios de apoyo firmes.
10:44	-	Escaleras frente ascensor 3,4	Luz con pelusas que caen al suelo 
11:50	-	Ascensor 7	Limpio, con placa con RAE y certificado de inspección vigente.
11:50	1	Pasillo acceso zona residuos	Máquina fregadora que está utilizando RM, identificado y uniformado, quien muestra su diploma de conducción de estos vehículos. 
11:50	1	Pasillo zona acceso residuos	Luis Díaz, personal del servicio de limpieza (peo especialista, identificado y uniformado) está transportando residuos al punto final. Los medios y la forma de transportarlos por el interior del hospital son los establecidos.
11:55	-	Ascensor 10	Limpio, con placa con RAE y certificado de inspección vigente. Medios de apoyo firmes.

AUDITORÍA 26-02-2020: Urgencias			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:45	1	Frente admisión	Cuarto limpio y mantenido donde se ubican las sillas de ruedas disponibles para urgencias.
10:46	1	Admisión urgencias	Cuarto limpio y mantenido.
10:50	1	Urgencias	Cuarto limpio y mantenido.
10:59	1	Box vital adultos	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales (limpieza, mantenimiento, lavandería, residuos, mobiliario).

AUDITORÍA 26-02-2020: Urgencias			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:59	1	Box vital pediatría	<p>No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales (limpieza, mantenimiento, lavandería, residuos, mobiliario).</p> 
11:00	1	Control entrada de urgencias	<p>El mostrador y mobiliario observado esta en buen estado. El transporte neumático funciona correctamente. La junta del suelo tiene sus medios de protección deteriorados (metal y cinta de plástico)</p> 
11:05	1	Cuarto de medicación	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:06	1	Box 8	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:06	1	Box 9	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:07	1	Pasillo urgencias	 <p>Uno de los cristales cambiado recientemente, no dispone del punto de prevención rojo</p>
11:07	1	Lencería	El cuarto está limpio y mantenido y la lencería en buen estado y ordenada según indicaciones de talla y estante.
11:07	1	Almacén 134C	El cuarto está limpio y mantenido.

AUDITORÍA 26-02-2020: Urgencias			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
11:19	1	Control de enfermería interior	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:20	1	Cuarto sucio	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:22	1	Sala de sillones urgencias	El suelo se observa sucio. En el momento de la visita hay pacientes.
11:23	1	Carro limpieza	Luz Marina Tique tiene el turno de mañana para la limpieza de la planta primera. Va identificada y uniformada correctamente. Conoce los procedimientos de limpieza de la zona y los aplica correctamente. El carro contiene lo establecido para la limpieza de las distintas zonas de la planta. 
11:25	1	Cuarto de limpieza	Cuarto limpio, ordenado y mantenido. Se observa el carro de limpieza de escaleras y el dosificador de productos de limpieza. 
11:30	1	Sala espera pediatría	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales. 
11:32	1	Aseos sala pediatría	Limpios y mantenidos, con los medios complementarios establecidos. 

AUDITORÍA 26-02-2020: Urgencias			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
11:33	1	Sala de triaje pediatría	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales. 

AUDITORÍA 26-02-2020: Radiodiagnóstico			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
11:35	1	Pasillo Rx	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:36	1	Sala 1 mamografía	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:37	1	Sala TAC	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:38	1	Resonancia magnética	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:39	1	Rayos tórax	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:40	1	Espera de camas	Se observa que en el lavabo no hay jabón 
11:41	1	Sala Rayos X	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:42	1	Sala espera	En esta sala no se observan deficiencias, pero se han ubicados taquillas que parecen en desuso.
11:45	1	Sala rayos 1 y 2	En el momento de la visita no hay pacientes ni personal sanitario. Se realiza un examen completo de la zona no observando deficiencias relacionadas con los servicios concesionales. 
11:46	1	Despachos médicos	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.

AUDITORÍA 26-02-2020: Radiodiagnóstico

H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
11:46	1	Pasillo central junto ascensor 10	Limpio y mantenido.

AUDITORÍA 26-02-2020: Hospitalización 4B

H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:00	4	Pasillo	Está realizando la limpieza de la cuarta planta Elena García. Va identificada y uniformada correctamente. Conoce los procedimientos de limpieza de la zona y los aplica correctamente. El carro contiene lo establecido para la limpieza de las distintas zonas de la planta. 
12:00	4	Pasillo	Limpio y mantenido.
12:02	4	Control enfermería	Limpio y mantenido.
12:04	4	Almacén	Limpio y mantenido.
12:05	4	Sucio	No se observan deficiencias de limpieza. 
12:06	4	Cuarto limpieza	Estancia confortable y en buen estado de limpieza y mantenimiento. Se usa para lencería y otros materiales. 
12:06	4	Limpio	Es una estancia usada como almacén de material de uso en planta y carros de lencería, etc. Se encuentra en buenas condiciones de limpieza y mantenimiento tanto de la estructura como de los elementos y medios.
12:08	4	Control de enfermería	El control de enfermería se encuentra en el cruce entre las habitaciones 420 y 413. El lugar es confortable y se encuentra en plena actividad en el momento de la visita. Es un punto de control de rondas de vigilancia y seguridad.

AUDITORÍA 26-02-2020: Hospitalización 4B			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:09	4	Almacén de medicamentos	Estancia con lavabo, armarios, estanterías y encimera de trabajo. Estancia confortable y en buen estado de limpieza y mantenimiento.
12:10	4	Sucio	Cuarto de sucio que dispone de lavabo, vertedero, lavacuñas, armarios, contenedores de residuos usados correctamente e identificados y etiquetados cuando es necesario (citostáticos y biosanitarios), carro de lencería sucia, estanterías con materiales de uso (contenedores de punzantes, citostáticos, botes, gasas, bolsas, etc.).
12:11	4	Cuarto de limpieza (frente a control)	Este cuarto está identificado con señal de cuarto de limpieza pero se usa como almacén limpio (carros de lencería, carros de pañales y empapadores, cremas y productos de higiene personal, etc.).
12:15	4	Sala de espera	Sala de espera con acceso desde hospitalización, ascensores 5 y 6 y escaleras. Señalética adecuada. La sala es confortable y está limpia y mantenida. Las bancadas están en buen estado. Medios de extinción en buen estado.
12:16	4	Aseo masculino de sala de espera	El aseo está en buen estado. Dispone de los servicios complementarios (jabón y papel wc) y de los medios adecuados (lavabo, secador de manos, dispensadores, espejo, papelera y encimera). El grifo está suelto.
12:16	4	Aseo adaptado y femenino de sala de espera	El aseo está en buen estado. Dispone de los servicios complementarios (jabón y papel wc) y de los medios adecuados (asideros, lavabo, secador de manos, dispensadores, espejo, papelera y encimera). La papelera no tiene accionamiento de tapa que funcione y el grifo está suelto.

D) PUNTOS FUERTES DEL SERVICIO

No se detectan

E) ÁREAS DE MEJORA

- Actualizar el manual de procedimientos, en relación con actuaciones preventivas tales como nunca volver a humedecer bayetas y mopas en la misma agua con detergente (desechar con cada uso), documentar claramente los cambios a realizar en relación con los cubos y cubetas de agua, documentar amplitud de superficies según criticidad a limpiar con la misma bayeta/mopa, actualizar tabla de maquinaria y productos, documentar programas de lavado, documentar mantenimiento de maquinaria, etc.
- Documentar subprocesos del servicio tales como programa de lavado de bayetas y mopas, descarte de productos y mantenimiento de materiales y útiles de limpieza identificación y número de carros de limpieza.
- Completar la trazabilidad de los registros: las limpiadoras cumplimentan registros que evidencian las actividades realizadas (limpiezas al alta, limpiezas tras exitus...).
- Documentar acciones correctivas y preventivas para las incidencias de mayor frecuencia.

3.2.2. CRITERIOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD (SEG)

A) DOCUMENTACIÓN Y VISITAS

Socio operativo: Alerta y Control SA

Responsable de servicio: Pascual Olmos

Visita el 23 de enero 2020

Se revisan y observan muestras de documentos, registros, medios y actuaciones para evaluar los criterios relacionados con este servicio.

Las observaciones se clasifican con el siguiente criterio:

- Observación: aquello que no supone incumplimiento de criterios, normativa o procedimientos, pero que su continuidad en el tiempo puede llegar a serlo.
- Incidencia leve: aquella que limita la calidad del servicio prestado.
- Incidencia media: aquello que puede suponer un riesgo para los usuarios, trabajadores, medioambiente y/o medios y estructura y/o el funcionamiento del servicio asistencial propio del hospital.
- Incidencia grave: aquello que incumple normativa, pliegos de concesión o procedimientos del servicio que pone en riesgo claro la actividad del servicio asistencial y/o los usuarios, trabajadores, medioambiente, estructura y/o medios.

Además, la metodología utilizada para evaluar los diferentes criterios del modelo de auditoría ha sido la siguiente:

- Excelente (5) Existen evidencias claras del cumplimiento del criterio.
- Muy bien (4) Existen evidencias del cumplimiento del criterio, aunque con dudas en alguna de sus partes.
- Bien (3) Existen evidencias del cumplimiento del criterio al menos en un 60%.
- Deficiente (2) Existe algún documento relacionado, pero no se evidencia el cumplimiento del criterio.
- Muy deficiente (1) No hay ninguna evidencia del cumplimiento del criterio.

El periodo de auditoría corresponde a la actividad desarrollada desde 1/1/2018 hasta finalización de la auditoría (30/04/2020).

La **documentación revisada** ha sido la siguiente:

En relación con normativa y documentación distinta a la recibida:

- **Normativa aplicable:** Ley 5/2014, de 4 de abril, de Seguridad Privada, Orden INT/318/2011, de 1 de febrero, sobre personal de seguridad privada, 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, Real Decreto 2364/1994, de 9 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Seguridad Privada, Orden INT/314/2011, de 1 de febrero, sobre empresas de seguridad privada, Orden INT/315/2011, de 1 de febrero, por la que se regulan las Comisiones Mixtas de Coordinación de la Seguridad Privada, Orden INT/316/2011, sobre funcionamiento de los sistemas de alarma en el ámbito de la seguridad privada, Orden INT/317/2011, sobre medidas de seguridad privada, 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.
- **Listado de empresas registradas en el Registro de Empresas de Seguridad Privada**, consultada el 21/01/19 con fecha de actualización 16/01/19, en el que consta: Alerta y Control SA con el número 658 y CIF A28978807.

Manual de procedimientos

El **manual de procedimientos** “20180525 PGH MP Seguridad v1.8 (Registrado)” de 23/5/18 está enviado a la administración para su validación con fecha de entrada en el registro el 23/05/18. La versión vigente en la auditoría anterior del año 2018, la 1.6 estaba validada.

Documento con 20 páginas que contiene:

- Servicio de vigilancia y seguridad 24 horas los 365 días del año (366 años bisiestos).
- Planificación de rondas: 8 interiores y al menos 8 exteriores al día.
- Puntos de fichaje de rondas (interior y exterior)
- Control de estupefacientes
- Escolta
- Control de sistemas de seguridad
- Planes correctivos
 - Situaciones conflictivas
 - Ubicación de pulsadores antipánico
 - Llamadas a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FCSE)
 - Situaciones de emergencia
 - Averías
- Centro de control
- Servicios específicos
 - Solicitud, entrega y/o visionado de imágenes del sistema CCTV
 - Áreas y pacientes de alto riesgo (contenido/tipología de pacientes)
 - Custodia de pacientes
 - Control de accesos (CCTV, sistema de control de accesos, barrera del muelle)
 - Control de puertas exteriores de emergencia (control semanal) y sistema antipánico (control mensual de botones)
 - Control de llaves
 - Consigna y custodia
- Seguimiento y medición del servicio
 - Diario: informe de servicios y por necesidad acta de incidencias
 - Semanal: revisión sistema COBI (con mantenimiento) y revisión del control magnético de puertas exteriores de emergencia
 - Mensual: revisión de pulsadores antipánico en controles de enfermería y codificación de incidencias

Y se nombran los siguientes registros de actividad:

- Informe de servicio
- Acta de incidencias
- Sistema de control de rondas
- Registro de codificación de incidencias (envío semestral a dirección del hospital)
- Cuestionario para casos de amenaza de bomba
- Informe de monitorización y control del servicio de seguridad
- Autorización grabación y entrega de imágenes
- Deber de secreto
- Solicitud de intervención de seguridad sobre personas
- Control de personal externo / fuera de horario
- Control de llaves
- Control de acceso a lencería
- Guardia y custodia de objetos (6 meses entregar a dirección)

- Informe mensual del servicio

Informe mensual

Informe mensual de los meses desde septiembre hasta diciembre 2019 y enero de 2020, que incluye la operatividad de los sistemas de seguridad, la planilla de personal y en ocasiones información adicional. Además se incluye como anexo un listado por meses hasta el actual de las incidencias clasificadas según el código interno del servicio y el número de veces que ocurre, junto con el total acumulado del año y el porcentaje.

- Nº de equipos de seguridad instalados en el hospital y su operatividad en el mes

EQUIPOS	Nº	INOPERATIVIDAD (incluida al final del informe)
Cámaras de vigilancia	53	6/9/19 avería del PTZ en cámara 192.168.1.56 y se sustituye por otra en reserva 28/10/19 avería en cámara 192.168.1.52, zona residuos y se sustituye en el día Día 30/12/19, CCTV: cámara Eco 11 mercancías, (averiada). Se repone por otra cámara en el día
Puertas, ventanas o similares con alarma	12	
Puertas con sistema de control de accesos	14	En el registro de revisión de puertas con control magnético del 22/1/20 se observan 17 puertas, de las que 4 están anuladas y 1 sin alarma.
Zonas con sensores de intrusión	-	
Monitores de CCTV	6	Revisión semestral de mantenimiento del Sistema Circuito Cerrado de TV (13 y 14 noviembre 2019)
Pulsadores de alarma de seguridad	27	Este dato no se actualiza mensualmente
Central receptora de alarmas de seguridad	1	Se indica que queda operativo el 4 de septiembre Revisión el 25 de octubre
Sistema de megafonía	1	
Extintores	766	
BIÉs	150	
Detectores de humo	2.750	
Central receptora de alarmas de incendio	4	
Cierre sectores de incendios	179	
Pulsadores de alarma de incendio	173	

Tabla 23. Operatividad de los equipos de seguridad instalados en el hospital

Los 26 pulsadores antipánico indicados en el Manual de procedimientos son los 27 de la tabla, donde uno de ellos se desinstaló pero no se refleja en los informes mensuales. Además, según el registro de revisión del 22 de enero, hay 3 pulsadores anulados (en la segunda planta el de informática, el de registro, y el B100), 21 revisados y 2 no revisados en la cuarta planta.

PULSADORES ANTIPÁNICO (manual de procedimientos)			Archivado en papel
	Ubicación	Planta	Revisión 22/ene/2020
1	DISPENSACIÓN FARMACIA	PLANTA 0	ok
2	INFORMACIÓN	PLANTA 0	ok
3	PROGRAMACIÓN CITAS	PLANTA 0	ok
4	ATENCIÓN PACIENTE	PLANTA 0	ok
5	CONTROL RHB	PLANTA 0	ok
6	GARITA PARKING - 1	PLANTA 0	ok

PULSADORES ANTIPÁNICO (manual de procedimientos)		Archivado en papel	
	Ubicación	Planta	Revisión 22/ene/2020
	Recepción Farmacia	PLANTA 0	ok, pero no consta en MP
7	ADMISIÓN URG	PLANTA 1	ok
8	CONTROL BOXES	PLANTA 1	ok
9	MÓVIL TRIAJE BOX 1	PLANTA 1	ok
10	CONSULTAS RÁPIDAS	PLANTA 1	ok
11	CONTROL RAYOS	PLANTA 1	ok
12	MÓVIL PSIQUIATRÍA BOX 3-4	PLANTA 1	No consta
13	CONTROL HALL SALON ACTOS	PLANTA 2	No consta
	Registro	PLANTA 2	Anulado pero no consta en MP
14	CONTROL BLOQUE 100	PLANTA 2	Anulado
15	INFORMÁTICA	PLANTA 2	Anulado
16	CONTROL BLOQUE 200	PLANTA 2	ok
17	CONTROL BLOQUE 300	PLANTA 2	ok
18	CONTROL BLOQUE 400	PLANTA 2	ok
19	CONTROL BLOQUE 500 (H. DE DÍA)	PLANTA 2	ok
20	CONTROL PEDIATRÍA (3C)	PLANTA 3	ok
21	CONTROL NEONATOS	PLANTA 3	ok
22	CONTROL CIRUGÍA (3B)	PLANTA 3	ok
23	CONTROL PSIQUIATRÍA (3A)	PLANTA 3	ok
24	MÓVIL PSIQUIATRÍA	PLANTA 3	ok
25	CONTROL 4ª A	PLANTA 4	
26	CONTROL 4ª B	PLANTA 4	
27	Total indicado en informes de servicio		26 en registro, 3 anulados

Tabla 24. Análisis de la información sobre los pulsadores antipánico

- Puestos planificados para cubrir de personal

Categoría	Zona / Puesto	Horario	PUESTOS									
			Lunes a viernes			Sábados			Domingos y festivos			
			M	T	N	M	T	N	M	T	N	
JEFE DE EQUIPO	C. DE SEGURIDAD	08:00 a 16:00	1									
VIGILANTE S.	PUESTO MÓVIL	24 HORAS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
VIGILANTE S.	C. DE SEGURIDAD	24 HORAS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		TOTAL	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Se observa que esta tabla es idéntica todos los meses analizados. No se informa sobre los refuerzos puntuales necesarios para dar cobertura al servicio en periodos donde se estima que es necesario. Esta planificación de personal no coincide con la del servicio, en enero por ejemplo hay una persona más de 10:00 a 20:00 de lunes a domingo, y los puestos de mañana, tarde y noche no son los indicados en la tabla.

El servicio indica que en todo momento hay un responsable que asume las funciones de jefe de equipo (según la ley de seguridad privada es el vigilante de mayor antigüedad).

- Anexo: incidencias: se incluyen los datos de las incidencias acumuladas hasta el mes de informe. En el año 2019 se han registrado 2.161 incidencias clasificadas en 32 de los 41 agrupamientos (hay 9 agrupaciones sin registrar incidencias)

Cuadrante de servicio mes de enero 2020

Se observa cobertura de más puestos que los indicados en la tabla incluida en los informes de servicio. Los puestos programados son realmente los indicados en la siguiente tabla.

PROGRAMACIÓN DEL MES DE ENERO DEL SERVICIO		
Puestos de VS enero	VS fines de semana y festivos	Nº de VS lunes a viernes laboral
Puesto de 8:00 a 16:00 (jornada 8h) Responsable	0*	1
Puesto de 7:00 a 19:00 (jornada 12h)	2	2
Puesto de 10:00 a 20:00 (jornada 10h)	1	1
Puesto de 19:00 a 7:00 (jornada 12h)	2	2
Puesto de 20:00 a 6:00 (jornada 10h)	1	1
Horas	68	76

Tabla 25. Relación de puestos programados para el mes de enero 2020 de Vigilancia y Seguridad

*Nota: el puesto de responsable es asumido por el vigilante de seguridad de más antigüedad.

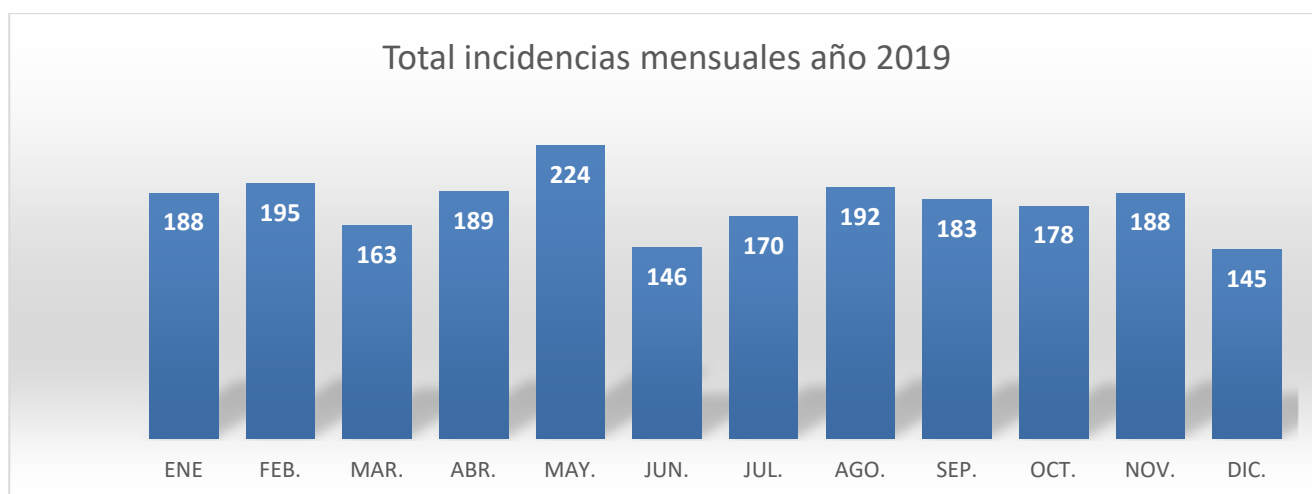


Gráfico 1. Número de incidencias registradas en el año 2019 por el servicio de Vigilancia y Seguridad

Relación de incidencias más frecuentes			
19	CUSTODIAS	295	13,65%
30	OBJETOS PERDIDOS Y/O EN CUSTODIA	266	12,31%
34	RECUPERACIÓN DE OBJETOS	223	10,32%
10	AUXILIO PROFESIONALES	202	9,35%
17	CONTENCIONES MECÁNICAS	181	8,38%
33	PULSADOR ANTIPÁNICO NO DESEADA	139	6,43%
12	AVERIAS TÉCNICAS	121	5,60%
1	ACOMPAÑAMIENTOS DE ENFERMOS	117	5,41%
5	ALTERACIÓN DEL ORDEN	95	4,40%
32	PULSADOR ANTIPÁNICO	95	4,40%
	SUMAS	1.734	80,24%

Tabla 26. Relación de incidencias más frecuentes del servicio de Vigilancia y Seguridad

Analizando los tiempos medios de estas y el resto de actividades se podría determinar la carga de trabajo del servicio, para cumplir con el criterio RH.2.

Listado de personal del servicio

15 Vigilantes en el listado recibido de la concesionaria y 14 de alta en el listado de personal recibido del servicio con las fichas de personal (coloreados los nombres de los entrevistados durante la auditoría), todos los TIPs vistos vigentes durante periodo de auditoría.

Apellido - Nombre	Categoría	TIP
CFA	Vigilante de Seguridad	186.265
CRF	Vigilante de Seguridad	215.412
GSC	Vigilante de Seguridad	106.369
GMA	Vigilante de Seguridad	200.821
HAR	Vigilante de Seguridad	Ha realizado alguna Suplencia
MBJA	Vigilante de Seguridad	165.582
MHBA	Vigilante de Seguridad	195.980
NRM	Vigilante de Seguridad	180.080
NHA	Vigilante de Seguridad	Ha realizado alguna Suplencia
PDM	Vigilante de Seguridad	Suplente: 155.155
RCMI	Responsable	138.534
SRJM	Vigilante de Seguridad	97.312
PFMA	Vigilante de Seguridad	No consta en listado del servicio

Tabla 27. Relación de personal del servicio de Vigilancia y Seguridad

Carnets de vigilantes TIP escaneados

Se reciben las Tarjetas de 13 de los 14 vigilantes de seguridad de la tabla. Una de ellas tiene vigencia hasta noviembre de este año 2020. El resto tienen vigencia para más de un año. Los TIP registrados en las fichas de personal coinciden con los recibidos.

Fichas de personal con formación

Se recibe un documento en Excel con los vigilantes de seguridad del servicio, su fecha de alta y en su caso, de baja, en el servicio, trabajo anterior, formación y datos de identificación personal y profesional.

Uno de los vigilantes del listado de personal por servicio no consta en este documento. Todos los entrevistados durante las visitas, así como los incluidos en los informes diarios revisados, constan en entre las fichas recibidas.

Entregas de EPIs a personal del servicio.

Se reciben los documentos firmados de la entrega de EPIs de personal que se incorporó en 2019 (Sergio y Eusebio; guantes anticorte) y entregas de 2018 de guantes anticorte y chalecos reflectantes a 8 Vigilantes de seguridad.

Formación: 2018 y 2019

A lo largo del periodo se han dado los cursos siguientes cumpliendo la programación. Los dos cursos que no se impartieron el primer año del periodo analizado fueron impartidos en 2019.

AÑO	Curso	Impartido a	Evidencias
2018	Servicio vigilancia en instalaciones	9 Vigilantes de seguridad de los	Fichas de

AÑO	Curso	Impartido a	Evidencias
	nucleares y otras infraestructuras físicas (20 h, 10 de ellas presenciales)	activos en enero 2019	personal
2019	Plan de Autoprotección: Equipos de Intervención/ Evacuación (1 hora)	9 Vigilantes de seguridad de los activos en enero 2019	Fichas de personal
2019	Reciclaje y actualización para vigilantes de seguridad (20h, 10 de ellas presenciales)	11 Vigilantes de seguridad de los activos en enero 2019	Fichas de personal
2019	Curso de video vigilancia, CCTV usando video IP (20h, 10 de ellas presenciales)	Programado en un principio para 4º trimestre se sustituye por otro curso reprogramado (reciclaje)	No impartido
2019	Especialización de S.V. en Centros Hospitalarios (10 horas)	1 Vigilante de seguridad	Fichas de personal
2019	Curso Eficiencia Energética	10 Vigilantes de seguridad de los activos en enero 2019	Certificado
2019	Reciclaje y actualización para vigilantes de seguridad (20 horas)	9 vigilantes de seguridad activos en octubre-noviembre	Certificados

Tabla 28. Relación de cursos de formación según programación, seguimiento trimestral y fichas de trabajadores

Curso “Reciclaje y actualización para vigilantes de seguridad”

Se muestra el programa del curso “Reciclaje y actualización para vigilantes de seguridad” como actividad formativa de 20 horas lectivas (10 presenciales y 10 a distancia).

1. Control de accesos, identificación y acreditación de personas y objetos
2. Manejo de equipos de inspección para la detección, control de personas y objetos sospechosos.
3. Amenaza y búsqueda de artefactos explosivos.
4. Formación sobre aspectos generales de la protección de datos de carácter personal en España
5. Plan de igualdad.

Y los certificados del curso de 9 vigilantes de seguridad.

NOMBRE	NOMBRE/APELLIDOS	10 horas presenciales
MARIBEL	MRC	04/11/2019 al 05/11/2019
CARMEN	CGS	04/11/2019 al 05/11/2019
JOSE ÁNGEL	JAMB	28/10/2019 al 29/10/2019
ÁLVARO	AGM	30/10/2019 al 31/10/2019
ALFREDO	ACF	28/10/2019 al 29/10/2019
JESÚS	JSR	30/10/2019 al 31/10/2019
BRAULIO A.	BAMH	24/10/2019 al 25/10/2019
SERGIO	SVD	24/10/2019 al 25/10/2019
EUSEBIO	EGO	04/11/2019 al 05/11/2019

También se muestran las firmas de los documentos de convocatoria del curso, con información sobre las fechas y la obligatoriedad de la asistencia.

Listado radiotransmisores

Se recibe el listado de medios de comunicación: 5 radiotransmisores MOTOROLA GP340 modelo MDH25RDC9AN3AE, junto con 8 baterías y 3 cargadores.

Informe diario de servicio del día 22-01-2020 y 23-01-2020

Los informes diarios contienen la redacción esperada y permiten elaborar los informes mensuales de incidencias. Además, incluyen el nombre de los vigilantes de seguridad que han participado en la prestación del servicio en cada turno de trabajo.

20190925 Informe Simulacro de Emergencia S8.

Realizado en el hospital el 25/9/2019, con el análisis del resultado y las recomendaciones.

Inventario de llaves

Se muestra el inventario de llaves completo con indicación de su clasificación por zona, identificación mediante etiqueta, asignación, cantidad y comentarios útiles para la gestión del llavero del hospital.

Plan de igualdad

Se muestra el plan de igualdad de Alerta y Control en el que se indica la aplicación a la totalidad del personal de la empresa, en todos los centros de trabajo que tiene establecidos, o se puedan establecer en el territorio del Estado español.

Registro de SIGIS año 2018 y 2019

Se reciben 3 SIGIS, de las cuales solo una de ellas se consideró válida y supuso penalización. Es puntual y no representa la necesidad de introducir mejoras relacionadas, más allá de las acciones tomadas en relación con ella.

Grupo funcional	Fecha	Observaciones registro
Hospitalización	19/06/19	Unidad de psiquiatría el ordenador en que se visualizan las cámaras de seguridad se reinicia continuamente dejando inoperativas dichas cámaras. Se ha notificado ya en varias ocasiones y no se sustituye ni repara.

Tabla 29. Relación de SIGI de los dos años del servicio de vigilancia y seguridad

Registro reclamaciones 2018 y 2019.

- C-9512-18: Atención (se requirió presencia de VS en la consulta de traumatología, una paciente se negaba a abandonar la consulta, seguridad explica a paciente que tiene que abandonar la consulta)
- C-103355-18: Atención (paciente requería que VS le facilitara nombre y nº de colegiado)
- C-48761-19: No actuación (paciente refiere ruido en sala de espera, avisó a enfermería para que acudiera seguridad, acudieron, pero no llevaron a cabo actuación alguna porque no había alteración del orden público)

No se muestra ninguna felicitación al servicio.

Observaciones e incidencias de los criterios generales

Las observaciones de este servicio que afectan a los criterios generales son las mostradas a continuación (el resto de los criterios han sido valorados todos con un 5)

CRI	CRITERIO	OBSERVACIÓN	VALOR
DGC.7	La concesionaria emite todos los informes que la Administración Sanitaria le solicita, cumpliendo los plazos y las especificaciones que se le indican.	Se emiten los informes mensualmente pero no se actualiza la información que contiene (cuadrantes de servicio y programación no coinciden, así como el listado de medios de seguridad instalados)	4
RH.2	La concesionaria tiene establecido el número de personas que prestan los servicios, clasificadas por servicio, nivel de formación, categoría profesional, jornada anual y semanal, turno de trabajo, puesto de trabajo y distribución de las cargas de cada puesto por categoría.	No se muestra la distribución de las cargas de trabajo de cada puesto por categoría. Además, existen listados distintos sobre la plantilla del personal y la información no siempre coincide con la del servicio.	4
GMA.2	El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	Si bien no se muestran objetivos como tales si se dispone de un análisis del volumen de residuos gestionados.	3
CAL.9	Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	No se ha realizado ninguna en el periodo de dos años analizados. Se informa que se ha programado una para este año 2020, y se muestra el diseño de la encuesta.	2
MM.1	La concesionaria ha documentado los recursos materiales y técnicos que aporta para la prestación de los servicios.	Se dispone de distintos listados de medios utilizados por el servicio, pero no se muestra un listado completo, con el registro de las posibles incidencias que surgen.	4

Incidencias y observaciones de auditoría

Las incidencias detectadas durante la auditoría han sido las mostradas en la siguiente tabla

FECHA	HORA	SERVICIO	ZONA	CLASF. ZONA/TIPO	INCIDENCIA	CLASIFICA
-------	------	----------	------	---------------------	------------	-----------

FECHA	HORA	SERVICIO	ZONA	CLASF. ZONA/TIPO	INCIDENCIA	CLASIFICA
23-ene	9:00	VS	P0- Centro de control	Centro de control	Discrepancia en los registros de revisión de pulsadores antipánico, los informes mensuales y el manual de procedimientos, en relación con el número total de pulsadores instalados. Tampoco coincide el número de puertas con control magnético (en el informe se indica que son 14 y en el registro de revisión hay 12 revisadas, 1 sin alarma, 4 anuladas.	Observación
23-ene	9:05	VS	P0- Centro de control	Centro de control	Las fichas de personal no incluyen toda la formación impartida hasta la fecha: no consta el curso de eficiencia energética de 1h, aunque se reciben documentos firmados por el trabajador indicando que han recibido el protocolo sobre eficiencia energética.	Observación
23-ene	9:10	VS	P0- Centro de control	Centro de control	El listado de personal recibido de la concesionaria incluye un vigilante que no se observa en el listado con fichas de personal del servicio	Observación
23-ene	9:10	VS	P0- Centro de control	Centro de control	El informe mensual no se actualiza con los cambios que se producen en el servicio (medios humanos y materiales)	Observación

Tabla 30. Relación de observaciones e incidencias detectadas en el servicio de Vigilancia y seguridad

B) EVALUACIÓN DE CRITERIOS

ID	CRITERIOS SERVICIO DE SEGURIDAD (SEG)	I6	EVALUACIÓN
SEG.1	La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de seguridad.	4,8	Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.
SEG.2	El Manual de procedimientos de la unidad tiene definidos los planes preventivos y correctivos .	5	El manual de procedimientos incluye los "Planes preventivos y correctivos".
SEG.3	El Manual de procedimientos de la Unidad contempla los procedimientos de actuación para responder a peticiones de emergencia y urgencia .	5	El manual de procedimientos incluye la actuación necesaria en situaciones de emergencia y urgencia.
SEG.4	El Manual de procedimientos incluye la programación de las rondas , identificando los recorridos y los elementos a controlar, las frecuencias y las tareas a realizar.	5	El manual de procedimientos incluye las rondas programadas con los criterios indicados.

ID	CRITERIOS SERVICIO DE SEGURIDAD (SEG)	I6	EVALUACIÓN
SEG.6	El servicio de seguridad tiene establecidas las normas de la Unidad y modos de actuación en las diferentes situaciones (robo, actos vandálico o delictivo, control de accesos, custodia de objetos, control y custodia de llaves, etc.).	5	El manual de procedimientos incluye las normas de la Unidad y modos de actuación ante diferentes situaciones.
SEG.7	El centro de control registra las incidencias (rondas, visitas oficiales, actos, avisos de personal, alarmas, etc.), las valora y realiza las medias correctoras programadas. El sistema de registro de incidencias permite su inspección y se reportan periódicamente (informe diario o semanal) a la Administración Sanitaria.	5	El registro de incidencias se envía diariamente a la administración sanitaria, según se indica en el informe mensual del servicio. Además, semestralmente se remite a la dirección del hospital un listado y análisis de las incidencias según su origen.
SEG.8	El centro de control registra las fichas de personal que incluyen foto, la formación técnica y específica adecuada al puesto que ocupa cada trabajador y la formación recibida en planes de emergencia y evacuación.	4	Se recibe el registro de personal con los criterios indicados. No se actualiza la formación recibida con la frecuencia que se imparte. En uno de los listados aparece un vigilante más que en otro de los recibidos. El VS que aparece en el listado de personal trabajó en el centro 5 días. Se retiró su ficha por causar baja en la empresa. El listado de personal se extrae del sistema de fichajes y no se habían actualizado las bajas.
SEG.9	El personal de la unidad registra los pases de seguridad, llaves y tarjetas de acceso emitidas y recobradas.	5	En la auditoria in situ se comprueba el registro de los pases como visitantes y entregas y devoluciones de llaves. No se detectan incidencias relacionadas.
SEG.10	El personal de la unidad registra el mantenimiento de vehículos, armas, equipos de control, etc., cuando proceda.	4	La concesionaria indica no dispone de vehículos ni armas para la realización del servicio. Actualmente el mantenimiento preventivo de los sistemas de seguridad lo realiza Alerta y Control, mediante revisiones periódicas según el sistema de seguridad. Existe alguna discrepancia en los registros que indican el número de equipos de seguridad instalados.
SEG.11	El servicio de seguridad ha documentado la ficha de teléfonos de interés.	5	Se ha comprobado que la ficha de teléfono de interés se encuentra documentada y disponible para su uso en caso necesario.
SEG.12	El servicio de seguridad garantiza que todos sus empleados conocen el manual de procedimientos .	5	Se ha visto el registro firmado de entregas del manual a los empleados.

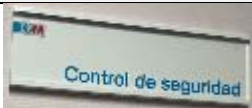

ID	CRITERIOS SERVICIO DE SEGURIDAD (SEG)	I6	EVALUACIÓN
SEG.13	El servicio de seguridad suministra los equipos y materiales (uniformes, pertrecho, radiotransmisores, móviles, linternas, etc.) necesarios para prestar el servicio, de acuerdo con la normativa vigente y según está descrito en el manual de procedimientos.	4	Durante la auditoria in situ, se comprueba que el personal dispone de los equipos y materiales necesarios para realizar el servicio. El manual de procedimientos no incluye todos los medios que utiliza el servicio (linternas, chalecos, radiotransmisores...) aunque se muestran diferentes listados que los incluyen.
SEG.14	La unidad de seguridad actúa conforme a las disposiciones legales vigentes y el manual de procedimientos y utilizando los medios reglamentarios de prevención, auxilio y disuasión.	5	No se han detectado incidencias relacionadas con este criterio.
SEG.15	La unidad de seguridad atiende a las solicitudes de la Dirección del Hospital y en especial la colaboración en hechos concretos que requieran la presencia o actuación de la Unidad y requiere la presencia de la autoridad policial y coopera con ella, siguiendo las instrucciones y reglamentos de la Administración Sanitaria.	5	No se han detectado incidencias relacionadas con este criterio.
SEG.16	Todas las actuaciones de seguridad y vigilancia están centralizadas y controladas, 24 horas al día en el centro de control.	5	No se han detectado incidencias relacionadas con este criterio.
SEG.17	El centro de control cuenta con un responsable 24 horas diarias, todos los días del año, que supervisa periódicamente el adecuado funcionamiento del Centro de Control, canaliza las peticiones que se realizan al servicio y responde y coordina todas las respuestas.	5	No se han detectado incidencias relacionadas con este criterio.
SEG.18	El centro de control atiende, coordina y verifica el funcionamiento de todos los sistemas implicados en el servicio de seguridad (seguridad, CCTV, alarmas, control de accesos, custodia de objetos, recepción de peticiones e incidencias, etc.) y en especial las áreas de alto riesgo que se determinen.	4	La SIGI puede relacionarse con este criterio (funcionamiento de las cámaras de seguridad). La concesionaria indica que fue un problema del PC que fue sustituido.
SEG.19	Todo el personal de la Unidad está en todo momento contactado por la Central de Control para poder acudir a las peticiones que se les requieran.	5	No se han detectado incidencias relacionadas con la comunicación con el centro de control de los vigilantes
SEG.20	Las rondas y patrullas se realizan de acuerdo al manual de procedimientos, en cuanto a su frecuencia, petición, zona, etc. (informe de daños detectados, aseguramiento de puertas y ventanas, verificación de equipos, acompañamiento a personas a la salida, gestión del aparcamiento, etc.).	5	No se han detectado incidencias relacionadas con las rondas.

ID	CRITERIOS SERVICIO DE SEGURIDAD (SEG)	I6	EVALUACIÓN
SEG.21	El servicio de seguridad cuenta con sistemas de seguridad suficientes y adecuados distribuidos en las instalaciones y recinto del Hospital incluyendo sistemas específicos para departamentos de alto riesgo identificados y acordados con la Administración Sanitaria.	5	No se detectan incidencias relacionadas. El servicio cuenta con los medios apropiados para la operativa del hospital.
SEG.22	El servicio de seguridad provee personal de seguridad para prestar servicios rutinarios de escorta y vigilancia secreta , bajo petición previa de la Administración sanitaria.	5	No se han detectado incidencias relacionadas con este criterio.
SEG.23	El personal de la unidad actúa de acuerdo a los procedimientos establecidos ante la activación de una emergencia (la alarma de incendios, contra intrusiones, de seguridad, de ataques personales, amenaza de bomba y ante catástrofes externas).	5	No se han detectado incidencias relacionadas con este criterio
SEG.25	El personal de seguridad vigila los accesos al hospital según los procedimientos establecidos en el Manual y cumpliendo con la normativa vigente aplicable (puestos por zona, gestión de tarjetas de acceso, pases, llaves, material que se saca del hospital, verificación de medios de seguridad, etc.).	5	No se han detectado incidencias relacionadas con este criterio
SEG.26	El servicio de seguridad cumple el procedimiento descrito sobre el sistema de custodia objetos y llaves (caja de seguridad, puesto de entrega y recogida, destrucción de objetos, gestión de llaves de puertas internas y externas, etc.)	5	No se han detectado incidencias relacionadas con este criterio. Se complementa con registros y listados como el inventario de llaves.
SEG	NIVEL SERVICIO DE SEGURIDAD	4,8	



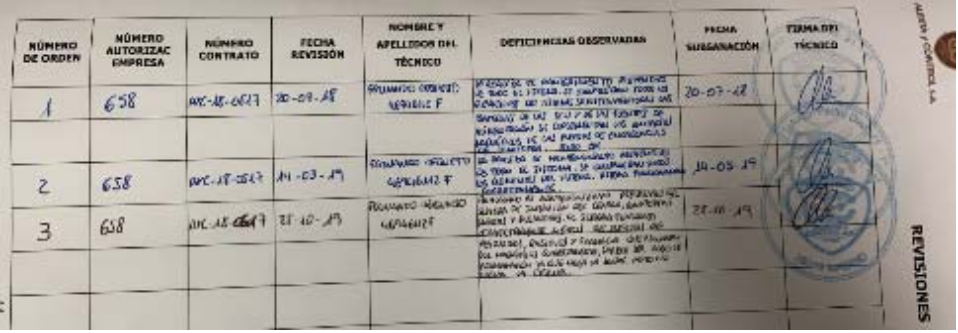
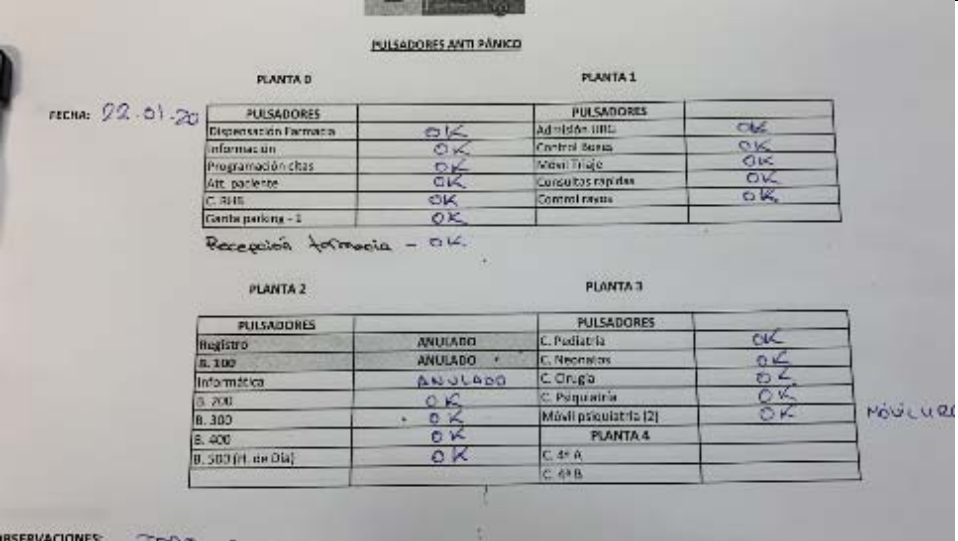
Tabla 31. Resultados de nivel del servicio de Seguridad (SEG)

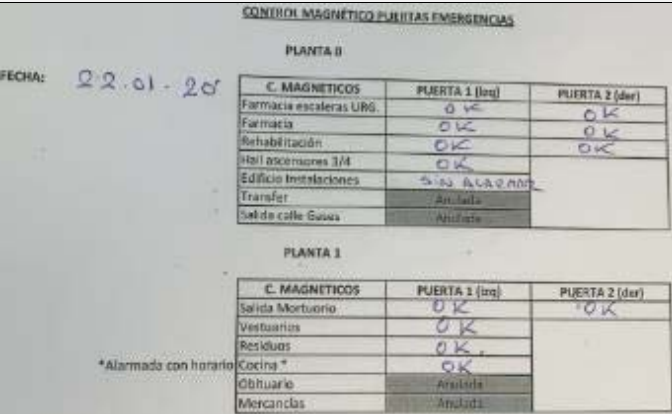




C) OBSERVACIÓN DEL PROCESO DE SEGURIDAD

A continuación, se incluye un resumen de la visita realizada al control de seguridad.



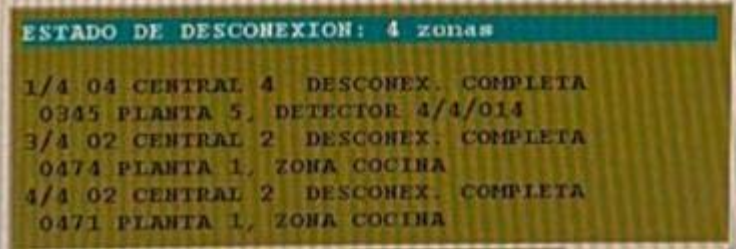

AUDITORÍA 23-01-2020: Servicio de Vigilancia y Seguridad			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
8:55	1	Centro de control	 <p>Sala identificada y con las medidas de seguridad de acceso apropiadas a la actividad de la sala.</p>
8:55	1	Centro de control	 <p>Registro "control de personal externo /fuera de horario" disponible y cumplimentado. Firmamos y nos entregan pegatina de visitante.</p>

AUDITORÍA 23-01-2020: Servicio de Vigilancia y Seguridad

HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
8:56	1	Centro de control	 <p>Llavero y registro de llaves disponibles "Control de llaves turno mañana" y "control de llaves turno de noche". Por la noche sobre todo se da acceso a zonas al personal de limpieza y mantenimiento. Disponen de inventario de llaves, todas clasificadas, identificadas y cumplimentan el registro correctamente.</p>
9:00	1	Centro de control	 <p>Se muestra una carpeta con las revisiones que se realizan sobre los sistemas de seguridad instalados en el hospital. El mantenimiento correctivo y preventivo lo realiza ahora el propio servicio.</p>
9:16	1	Centro de control	 <p>Revisión semestral del sistema de control de intrusión del hospital.</p>
9:00	1	Centro de control	 <p>Se revisa el registro de revisión de pulsadores antipánico del día anterior observando discrepancias en los listados (informe mensual, manual de procedimientos y revisión del 22/1/20). Nos indican que puede ser debido a que anteriormente había uno en informática que tuvo que quitarse.</p>

AUDITORÍA 23-01-2020: Servicio de Vigilancia y Seguridad			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:37	1	Centro de control	 <p>Revisión "Control magnético de puertas de emergencias" El número no coincide con lo indicado en informes mensuales.</p>
9:03	1	Centro de control	 <p>Observamos los medios de comunicación del servicio (radiotransmisores, baterías, cargadores), en funcionamiento.</p>
9:05	1	Centro de control	<p>Muestran los chalecos de seguridad y recibimos los certificados de entrega de estos y de los guantes.</p>
9:06	1	Centro de control	 <p>Observamos las alarmas de los SAIS de quirófanos, paritorios, RMN, UCI y CPD, CDP.</p>
9:06	1	Centro de control	 <p>Sistema de comunicación y control de accesos (TCI).</p>
9:11	1	Centro de control	<p>Se observa el cuadrante del servicio visible en la pared, con los puestos programados. La programación no coincide con la información aportada en los informes mensuales. Nos indican que hay un refuerzo mañana y noche para urgencias, pero que no es necesario siempre.</p>
9:14	1	Centro de control	 <p>Panel de control de gases medicinales (sin alarmas ni avisos)</p>

AUDITORÍA 23-01-2020: Servicio de Vigilancia y Seguridad

HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:17	1	Centro de control	 <p>Se observa el armario custodia y los registros correspondientes "custodia de objetos".</p>
9:20	1	Centro de control	 <p>Se muestra la entrega de material "linterna Fenix UC30" y otro con la entrega del móvil corporativo "Alcatel" con las normas de uso.</p>
9:25	1	Centro de control	<p>Se muestra la carpeta que contiene el manual de procedimientos del servicio con la siguiente documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> El manual operativo El manual de procedimientos edición 1.8 El "registro de entrega de imágenes del sistema CCTV" La política de empresa integradas del grupo PJC
9:25	1	Centro de control	 <p>Se muestra el sistema de alarmas de detección de incendios, donde se observan 4 zonas</p> <p>desconectadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2 en cocina (áreas 3 y 4) 1 en la quinta planta (central 4, área técnica) (zona sin acceso)
9:34	1	Centro de control	 <p>Se muestra el plan de autoprotección con los planos de bomberos actualizados en noviembre de 2018. El plan de autoprotección está registrado en febrero de 2019</p>
9:35	1	Centro de control	<p>Las tarjetas de acceso las proporciona el servicio de seguridad con los privilegios de acceso correspondientes al destinatario.</p>

AUDITORÍA 23-01-2020: Servicio de Vigilancia y Seguridad			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:38	1	Centro de control	 <p>Sistema de megafonía, con información de las zonas a intervenir.</p>

D) PUNTOS FUERTES DEL SERVICIO

Para esta auditoría se han considerado los siguientes puntos fuertes del servicio que se recomienda su continuidad en el tiempo.

- El programa de mantenimiento preventivo de los sistemas de seguridad instalados en el hospital. Se revisan los medios de seguridad y se registra el estado tras revisión. Esta información está disponible en el centro de control, cumpliendo con la normativa vigente.
- La escasez de incidencias en el sistema SIGI, en la muestra seleccionada (solo se registra 1 en dos años).
- La escasez de quejas, con tan solo 3 en dos años.
- El sistema de registro de algunas actividades, que permite su análisis y seguimiento (acta de incidencias, control de acceso a lencería, control de llaves, guardia y custodia de objetos), en especial el análisis anual de intervenciones de seguridad por motivo cuyo seguimiento es mensual.
- Inventario de llaves, completo y actualizado, que permite un control eficiente de las llaves del hospital, mediante los registros establecidos
- Plan de igualdad de Alerta y Control, con objetivos y medidas específicas para alcanzarlos.
- Programa de formación y su impartición, que incluye además de los procedimientos del servicio, la política y estrategia de la empresa en materias como igualdad.

E) ÁREAS DE MEJORA

En relación con las observaciones realizadas durante las visitas, y analizando la documentación recibida:

- Se debe mejorar el registro de datos del servicio (número de pulsadores antipánico, puertas de emergencia con control magnético, listados de personal y registro de la formación en las fichas de personal) en los diferentes formatos utilizados
- Se debe coordinar la documentación que dispone la concesionaria y el servicio (listado de personal)
- Se recomienda disponer de un único listado de los medios que utiliza el servicio, codificado y con información sobre su utilidad (radiotransmisores, baterías, cargadores, linterna, móvil, etc.). El servicio debería disponer de un plan de mantenimiento preventivo/correctivo de estos medios y registrar las posibles incidencias.

3.2.3. CRITERIOS DEL SERVICIO DE RESTAURACIÓN (RES)

A) DOCUMENTACIÓN Y VISITAS

Socio operativo: **SERUNION**

Responsable de servicio: **M^a Ángeles Martín**

Visita el **23-02-2020**

Se revisan y observan muestras de documentos, registros, medios y actuaciones para evaluar los criterios relacionados con este servicio.

Las observaciones se clasifican con el siguiente criterio:

- Observación: aquello que no supone incumplimiento de criterios, normativa o procedimientos, pero que su continuidad en el tiempo puede llegar a serlo.
- Incidencia leve: aquella que limita la calidad del servicio prestado.
- Incidencia media: aquello que puede suponer un riesgo para los usuarios, trabajadores, medioambiente y/o medios y estructura y/o el funcionamiento del servicio asistencial propio del hospital.
- Incidencia grave: aquello que incumple normativa, pliegos de concesión o procedimientos del servicio que pone en riesgo claro la actividad del servicio asistencial y/o los usuarios, trabajadores, medioambiente, estructura y/o medios.

Además, la metodología utilizada para evaluar los diferentes criterios del modelo de auditoría ha sido la siguiente:

- Excelente (5) Existen evidencias claras del cumplimiento del criterio.
- Muy bien (4) Existen evidencias del cumplimiento del criterio, aunque con dudas en alguna de sus partes.
- Bien (3) Existen evidencias del cumplimiento del criterio al menos en un 60%.
- Deficiente (2) Existe algún documento relacionado, pero no se evidencia el cumplimiento del criterio.
- Muy deficiente (1) No hay ninguna evidencia del cumplimiento del criterio.

El periodo de auditoría corresponde a la actividad desarrollada desde 1/1/2018 hasta finalización de la auditoría (30/04/2020).

La **documentación revisada** ha sido la siguiente:

Manual de procedimientos

El **manual de procedimientos** "HSE-PRONEG/RESTAU.1.3" está firmado y validado por el hospital pública (5-8-13). En el apartado de referencias se citan normas que no están vigentes. La concesionaria indica que este documento está en proceso de revisión.

Un resumen es el siguiente:

- Dotación de vajilla, cristalería, Menaje, Bandejas, Lencería y desechables, carros. Se indica que dispone de un inventario actualizado.
- Oferta de menús (dietas basales, dietas terapéuticas, menús especiales, dieta reforzada, menú de ingreso, merienda reforzada, refuerzo diabético, dieta social). Además, se sirven dietas fuera de hospitalización (ingreso y merienda reforzada) y servicios extras.
- Plan de dietas
- Elaboración de dietas (colores higiene, controles T^a, dietética, reserva 2 días)

Control de temperatura en el centro del producto antes de inicio de cinta de emplatado, para garantizar que los alimentos calientes se sirven a más de **65º** y los refrigerados a menos de **7º**.
Utilización de **carros calientes**.
Utilización de **carros baño maría**.
Muestreo diario de toma y registro de **temperatura** en cocina de los alimentos servidos en **bandeja** isotérmica (1/50).
Cumplir con los **horarios de distribución** de dietas al office de cada planta.

Los carros calientes de los que se habla en el Manual son para el mantenimiento de platos y boles en cinta de emplatado, para conseguir el mantenimiento de la temperatura caliente en la bandeja que se le entrega al paciente.

Los carros que se utilizan para la distribución de bandejas isotérmicas son carros neutros (la temperatura la mantiene la propia bandeja). Las bandejas son isotérmicas, pero dan lugar a problemas de olores.

- Orden distribución: 3C pediatría/maternidad, hospitalización 4ª y 4B, 3B y 3A, UCI, paritorios, urgencias, Excepciones en diálisis y hospital de día

Desayunos: 08:15 – 09:15 horas.
Comidas: 13:00 – 14:00 horas.
Meriendas: 16:30 – 17:30 horas.
Cenas: 20:00 – 21:00 horas.

- Nombre del paciente
- Nº de habitación.
- Unidad.
- Tipo de dietas y observaciones
- Composición de la dieta
- Servicio (D-C-ME-CE)
- FECHA

Desayunos: 10:00 – 11:00 horas.
Comidas: 14:00 – 15:30 horas.
Meriendas: 17:20 – 17:45 horas.
Cenas: 21:00 – 22:00 horas.

- Visto bueno de enfermería en plantas
- Autoservicio: 8:00 a 22:30, limpieza mesas
- Registros:

Plan de dietas.
Oferta de menús.
Solicitud de dietas.
VºBº planta reparto de dietas.
Registros higiene.
Registros APPCC.

Número de registro sanitario

El nº RGSEAA 26.12817/B otorgado a SERUNION S.A. con domicilio AV. JOSEP TARRADELLAS 34-36, Barcelona, puede consultarse en la Web de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

Empresas Alimentarias Inscritas (RGSEAA) / FOOD COMPANIES REGISTERED IN SPAIN					
Listado de Detalle / Detail Listing					
Nº RGSEAA <i>Registration number</i>	Razón Social <i>Enterprise name</i>	Fecha Alta <i>Date of registering</i>	Dom. Indl. <i>Adress</i>	Localidad <i>Town</i>	Provincia <i>Province</i>
26.12817/B	SERUNION S.A.	23/08/2011	AV. JOSEP TARRADELLAS 34-36	BARCELONA	Barcelona
Relación de Categorías y Actividades Inscritas <i>Main activity and type of product or individual activity</i>					
Actividades específicas - Empresa de restauración sin instalaciones propias de elaboración					
De acuerdo con <i>According to</i> R (CE) nº 183/2005					
NO destina materias primas para piensos/NO It does not send raw materials for feed					

Manual APPCC

Manual APPCC de restauración pacientes L0L456, donde se indica revisión 2 de 11-11-19, con código P7-1.3. Contiene los aspectos generales del sistema APPCC.

Empresa: Serunion SA, con N° RGSEAA 26.12817/B (Actividades específicas - Empresa de restauración sin instalaciones propias de elaboración).

En su memoria se especifica que se organizan en 4 turnos de trabajo para dar atención a 100 comensales, con el siguiente horario: Desayuno: 8:45-9:15; Comida: 12:45-13:30; Merienda 16:15-16:45; Cena:19: 45-20:30 y las siguientes características:

N° de semanas de rotación: 2 Menú estacional: Si

N° de opciones de 1º plato: 3

N° de opciones de 2º plato: 3

N° de opciones de postres: 3 Postres caseros: Si

Según informes mensuales se observan meses con atención a más de 100 comensales diarios. La concesionaria indica que existen picos de actividad sobre todo en época de gripe doblando hasta 43 habitaciones.

Incluyen “ficha técnica de productos” que son descripciones de familias de platos: denominación, composición posible, procesado, presentación y envasado, etiquetado, condiciones de almacenamiento, condiciones de transporte, destino final, loteado, caducidad o consumo preferente. A continuación, se muestra un resumen comparado con las indicaciones del manual del servicio.

Nombre	Almacenamiento	Caducidad
Ensaladas verdes/ proteicas/ de pasta/ de arroz/ gazpachos/ salmorejos	Tª≤8°C hasta su consumo (en manual de procedimientos página 8 se indica <7°C para emplatado). SERUNIÓN, en su manual de calidad dan un margen de mantenimiento de la temperatura fría en platos que se van a consumir en menos de 1 hora.	24h
Entremeses y fiambres en frío		
Sopas y cremas frías o calientes	Conservar a una Tª≥ 70°C hasta su consumo (sopas) (en manual de procedimientos página 8 se indica >65°C para emplatado) Conservar a una Tª≤ 8º (cremas frías) para consumo en menos de 24 horas (en manual de procedimientos página 8 se indica <7°C para emplatado) y a una Tª≤4°C para consumo en más de 24 horas	24h consumo en frío y 48h si se somete a abatimiento y regeneración
Verduras o legumbres cocidas y rehogadas		
Platos a partir de arroz y pastas		
Tortillas y revueltos	Conservar a una Tª≥ 70°C hasta emplatado. (en manual de procedimientos página 8 se indica >65°C para emplatado) No se permite su congelación	En el mismo día tras su elaboración o preparación
Carnes y pescados a la plancha		
Carnes y pescados rebozados, fritos o empanados (elaboración propia)		
Carnes enteras asadas o mazas de carne	Conservar a una Tª≥ 70°C hasta su consumo. (en manual de procedimientos página 8 se	

Nombre	Almacenamiento	Caducidad
Carnes y pescados guisados o al horno	indica >65°C para emplatado) Conservar a una Tª ≤ 8º para consumo en menos de 24 horas y a una Tª ≤ 4ºC para consumo en más de 24 horas	24h consumo en frío y 48h si se somete a abatimiento y regeneración
Ultracongelados fritos	Conservar a una Tª ≥ 70ºC hasta emplatado. (en manual de procedimientos página 8 se indica >65°C para emplatado) No se permite su congelación	
Ensaladillas	Conservar en refrigeración hasta su consumo (Tª ≤ 8ºC). (en manual de procedimientos página 8 se indica <7ºC para emplatado) No se permite su congelación.	24h
Postres caseros	Si se consume en el día, se permite su conservación a Tª ≤ 8ºC (en manual de procedimientos página 8 se indica <7ºC para emplatado), sino se deberá conservar a Tª ≤ 4ºC. No se permite su congelación	48h o 24h. Si más de 24h almacenar en cámara frigorífica a Tª ≤ 4ºC
Zumos naturales	(Tª ≤ 8ºC) hasta su consumo	24h

Incluye el listado de equipos e instalaciones por estancia.

Incluye los siguientes planes:

- Plan de potabilidad
- Plan de limpieza y desinfección
- Listado de productos de limpieza utilizados
- Plan de control de plagas
- Plan de mantenimiento de instalaciones y equipos
- Plan de mantenimiento de la cadena de frío
- Plan de trazabilidad
- Plan de formación de manipuladores
- Plan de control de proveedores
- Listado de subcontratistas
- Listado de proveedores homologados
- Plan de gestión de residuos
- Gestor autorizado recogida de aceites usados
- Plan de control de alérgenos

Plan APPCC con:

- Diagrama de flujo general del proceso
- Identificación de peligros
- Medidas preventivas
- Determinación Punto de Control Crítico (PCC)

Establece los siguientes puntos críticos de control:

- **PCC1:** Fase 7 Tratamiento térmico/regeneración. Tratamientos de cocción, fritura, asado, guisado etc. También incluye la regeneración de alimentos elaborados y conservados en frío. **PCC = ≥75ºC** (registro de elaboración)
- **PCC2:** Fase 8 Enfriamiento (con o sin abatidor). Alimentos cocinados que posteriormente son conservados en refrigeración y/o congelación respetando las caducidades secundarias

establecidas. El alimento deberá pasar de **60°C a 10°C** en un tiempo máximo de **2 horas**. (Registro enfriamiento)

- **PCC3:** Fase 10 Mantenimiento de platos preparados (en caliente y en frío). Para los platos calientes la Tª ha de ser **≥70°C**. Para platos fríos la Tª ha de ser **≤8°C** (≤4°C si se conservan >24hrs). (Registro de temperatura de servicio y control)

Plan de análisis y control: Verificación analítica con parámetros a analizar y límites aceptados

Manual APPCC de cafeterías LOL460

Tiene la misma estructura que el anterior. **Manual APPCC** de restauración pacientes LOL460, donde se indica revisión 2 de 11-11-19, con código P7-1.8. Contiene los aspectos generales del sistema APPCC.

Empresa: Serunion SA, con Nº RGSEAA 26.12817/B (Actividades específicas - Empresa de restauración sin instalaciones propias de elaboración).

En su memoria se especifica que se organizan en 2 turnos de trabajo para dar atención a 120 comensales, con el siguiente horario: 6:30-15:00; 15:00-23:00

- **PCC1:** Fase 7 Tratamiento térmico/regeneración. Incluye la regeneración de alimentos elaborados y conservados en frío. **PCC = ≥75°C** (registro de elaboración)
- **PCC2:** Fase 8 Enfriamiento (con o sin abatidor). Alimentos cocinados que posteriormente son conservados en refrigeración y/o congelación respetando las caducidades secundarias establecidas. El alimento deberá pasar de **60°C a 10°C** en un tiempo máximo de **2 horas**. (Registro enfriamiento)
- **PCC3:** Mantenimiento de platos preparados (en caliente y en frío). Para los platos calientes la Tª ha de ser **≥65°C**. Para platos fríos la Tª ha de ser **≤8°C** (≤4°C si se conservan >24hrs). (Registro de temperatura de servicio y control) Equipos baños María = 80°C.

Informes mensuales

Informe de restauración de los meses de septiembre 2019 a diciembre 2019. Incluye:

- **Dietas servidas** (pacientes, personal de guardia y matronas y otras guardias). El número de dietas diarias ha aumentado un 18%, septiembre 2019 a diciembre. Los datos a pacientes muestran que se está por encima de lo indicado en el manual APPCC (100 comensales).

DIETAS SERVIDAS DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2019					
MES		A PACIENTES	A PERSONAL DE GUARDIA	A MATRONAS Y OTROS	A pacientes media al día
Septiembre	Desayunos	3.274	396		109
	Comidas	3.248	544	235	108
	Meriendas	3.309			110
	Cenas	3.006	501	222	100
	Refuerzos	684			23
	Dietas día	396			13
	Extras	2.331,97 €			78
Octubre	Desayunos	3.779	405		126
	Comidas	3.704	561	267	123
	Meriendas	3.736			125
	Cenas	3.353	524	245	112
	Refuerzos	677			23
	Dietas día	543			18
	Extras	2.305,93 €			77
Noviembre	Desayunos	3.691	402	7	123

DIETAS SERVIDAS DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2019					
MES		A PACIENTES	A PERSONAL DE GUARDIA	A MATRONAS Y OTROS	A pacientes media al día
	Comidas	3.585	549	277	120
	Meriendas	3.686			123
	Cenas	3.305	512	255	110
	Refuerzos	668			22
	Dietas día	484			16
	Extras	2.288,62 €			76
Diciembre	Desayunos	3.999	411	6	133
	Comidas	3.931	586	267	131
	Meriendas	3.935			131
	Cenas	3.602	500	254	120
	Refuerzos	698			23
	Dietas día	500			17
	Extras	2.295,38 €			77

Tabla 32. Listado de dietas servidas de septiembre a diciembre de 2019

Controles microbiológicos: se realiza muestreo del que se concluye que no hay incidencias mediante la evaluación de todos como satisfactorio.

MES	ALIMENTOS	MANIPULADORES	UTENSILIOS	SUPERFICIES	Observación
Septiembre	ok	ok	Ok	ok	Cocina
Octubre	ok	ok	Ok	ok	Cafetería y cocina
Noviembre					No recibido
Diciembre	ok	ok	Ok	ok	Cafetería y cocina

Tabla 33. Resultados de los controles microbiológicos de septiembre a diciembre de 2019

Control APPCC Serunion:

Se revisan los controles internos realizados por Serunion, todos acordes a los criterios establecidos durante el periodo revisado.

MES	Proveedor	Control elaboración	Cloro (Olor y medida)	Control aceite	Tª Eq.	Limpieza	Otro
Sep	Ok	Ok	Ok	Ok	Ok	Ok	Ok
Oct	Ok	Ok	Ok	Ok	Ok	Ok	Ok
Nov	Ok	Ok	Ok	Ok	Ok	Ok	Ok
Dic	Ok	Ok	Ok	Ok	Ok	Ok	Ok

Tabla 34. Análisis de los controles internos realizados por Serunion en el periodo de septiembre a diciembre

De este análisis se concluye:

- El control de proveedor se registra según tipo de materia prima recibida, por proveedor (anotan Tª cuando el producto debe recibirse refrigerado o congelado)
- El control de elaboración y conservación: se observa que no se toman muestras testigo de todos los platos elaborados, cuando el número de unidades preparadas es pequeño (ejemplo puré de patata y consomé elaborados el 15/9/19, caldo vegetal, ensalada de pasta y contra de ternera elaborados el 31 de octubre)*
- El control del cloro medidas semanales
- El control del aceite: correcto

- Registros de Tª: antecámara (1), timbre (2), nevera trina (3), verduras (1), pescados (2), carnes (3), elaborados (4), residuos (5), cámara emplatado (6), arcón 1 (1), arcón 2 (2), cong vertical (3) y congelador (4), todos dentro de los rangos establecidos
- Registro limpiezas: por iniciales de los trabajadores

* Como respuesta Serunion informa que “Se ha incorporado una modificación mediante la cual en caso de elaborar menos de 25 raciones se recogerá una única muestra testigo que deberá almacenarse en refrigeración durante mínimo 5 días. Si se superan las 25 raciones se recogerá doble muestra testigo, almacenándose una refrigeración y otra en congelación”

Encuestas de satisfacción: se considera que no se alcanza en un rango entre 70-85% de satisfacción.

MES	En informe			Contadas		
	Nº	Dirigida a:	Índice	Nº	satisfechos	porcentaje
Septiembre	55	Pacientes hospitalizados	89,09%	25	23	92%
Septiembre	22	Cafetería público	86,36%	22	19	86,4%
Septiembre	25	Cafetería trabajadores	88%	24	20	80%
Octubre	45	Pacientes hospitalizados	91,11%	18	16	88,9%
Octubre	20	Cafetería público	95%	20	19	95%
Octubre	25	Cafetería trabajadores	92%	25	23	92%
Noviembre	45	Pacientes hospitalizados	93,33%	20	20	100%
Noviembre	23	Cafetería público	91,3%	23	21	91,3%
Noviembre	21	Cafetería trabajadores	95,24%	21	20	95,2%
Diciembre	50	Pacientes hospitalizados	90%	20	19	95%
Diciembre	21	Cafetería público	100%	21	21	100%
Diciembre	24	Cafetería trabajadores	91,67%	24	22	91,7%

Tabla 35. Análisis de las encuestas de satisfacción incluidas en los informes mensuales de septiembre a diciembre

Las tres primeras columnas corresponden a la información incluida en los informes mensuales y las tres últimas columnas a la explotación de las encuestas escaneadas que se presentan con el informe. Se observa que de pacientes hospitalizados solo se incluyen las encuestas de una unidad. Respecto al resto de datos se observa alguna diferencia: en septiembre, las encuestas escaneadas suponen un 80% de satisfacción de la cafetería de trabajadores en lugar del 88% indicado, y el número de encuestas escaneadas es 24 (falta la encuesta numerada como 11).

La concesionaria indica que se trata de “un error al escanear, se habían pegado 2 encuestas, puedes ver que faltaba la nº 12”.

Un nuevo análisis con los nuevos documentos recibidos y con las nuevas indicaciones muestra los siguientes resultados, para el mes de septiembre, cafetería de personal:

Número de encuestas = 25

Número de muy satisfechos = 6 (encuestas numeradas como 1, 6, 16, 17, 23 y 25) = 24%

Número de satisfechos = 15 (nº 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 22 y 24) = 60%

Número de Ni Satisfactorio / Ni Insatisfactorio = 2 (encuestas nº 5 y 20) = 8%

Número de Muy Insatisfactorio = 2 (encuestas nº 2 y 3) = 8%

Por tanto, el porcentaje real de satisfacción según las encuestas recibidas es 84%.

Además, indica que “La diferencia entre el nº de encuestas a pacientes hospitalizados en el informe y las contadas es porque en las encuestas de limpieza hay preguntas de restauración y se cruza esta

información. Por tanto, la diferencia la puedes ver con las encuestas de limpieza. No es un error, es el diseño de la encuesta”.

Recursos humanos:

Categoría	Zona/ Puesto	Horario	PUESTOS								
			Lunes a viernes			Sábados			Domingos y festivos		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N
Dietista	Cocina	08:00-16:30	1			1			1		
Dietista	Cocina	13:30-22:00		1			1			1	
Cocinero	Cocina	08:00-16:30	1			1			1		
Cocinero	Cocina	07:00-15:30	1								
Cocinero	Cocina	13:30-22:00		1			1			1	
Responsable de Centro	Cocina/Cafetería	08:00-16:30	1								
ASL	Cocina	08:00-16:30	1			1			1		
ASL	Cocina	08:00-16:30	1			1			1		
ASL	Cocina	15:00-23:00		1			1			1	
ASL	Cocina	10:00-18:30	1								
ASL	Cocina	15:00-23:00		1			1			1	
ASL Cafetería	Cafetería	06:30-15:00	1			1			1		
ASL Cafetería	Cafetería	8:30-17:00	1								
ASL Cafetería	Cafetería	15:00-23:00		1			1			1	
ASL Cafetería	Cafetería	09:00-17:30	1								
Encargada de Cafetería	Cafetería	7:30-16:00	1								

* Nota: el Hospital podrá, en cualquier momento, realizar las comprobaciones que considere oportuno respecto a las Obligaciones de la SC relativas al adecuado dimensionamiento de la plantilla.

Categoría	Zona/ Puesto	Horario	PUESTOS								
			Lunes a viernes			Sábados			Domingos y festivos		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N
Cocina	Cocina	08:00-23:00	6	4		4	4		4	4	
Cafetería	Cafetería	6:30-23:00	4	1		1	1		1	1	

Se informa adicionalmente sobre las bajas y sustituciones del personal, así como de las incidencias registradas en el servicio.

Listado de personal del servicio

Se indican en azul las personas entrevistadas durante las visitas.

Siglas Apellido - Nombre	Categoría	VISITA
AM	ASL	23-ene
CCMC	ASL	
CGA	COCINERO	
COR	DIETISTA	
DBMC	ASL	
ERD	ASL	23-ene
EGG	DIETISTA	
FSL	ASL	
FZJ	COCINERO	
FPM	DIETISTA	
GSA	ASL	
GSD	COCINERO	23-ene
GV	ASL	23-ene
IM	ASL	
ISI	ASL	
JCJ	COCINERO	23-ene
LLT	ASL	
LBG	ASL	23-ene

Siglas Apellido - Nombre	Categoría	VISITA
LDMJ	ASL	23-ene
LRB	DIETISTA	23-ene
MES	ASL	23-ene
MGL	RESPONSABLE	23-ene
OO	ASL	
PSR	ASL	
VAT	COCINERO	

Tabla 36. Listado personal de restauración

Formación: 2018 y 2019

En 2018 constan 3 cursos impartidos según se indica a continuación.

Curso previsto PFC	Fecha realización	Asistentes	Duración	Observaciones
Manipulación de alimentos	25 ene-9 feb	4 ASL y 1 dietista	3h	2 ASL 1 Dietista renovación
	16 may-1 jun	3 ASL	3h	
	23 jul-10 ago	1 ASL	3h	
	2 al 11 oct	1 ASL 1 cocinero	3h	
PRL	25 ene-9 feb	2 ASL	4h	
	8 al 29 may	2 ASL	4h	
	3 al 20 jul	1 ayudante y 3 ASL		
	10 al 19 oct	2 ASL 1 cocinero	3h	
Alergias alimentarias	2 al 19 oct	Todos	4h	

En 2019 los cursos impartidos son:

Curso previsto PFC	Fecha realización	Asistentes	Duración	Observaciones
Manipulación de alimentos	Marzo	6 ASL, 2 cocineros, 1 dietista, responsable de centro	3h	
	2T	5 ASL, 2 cocineros	3h	
	3T	1 ASL 1 dietista	3h	
	15/10 -31/10 7/11-22/1 16/12-27/12	3 ASL, 2 cocineros, 1 dietista y 1 ayudante de cocina	3h	
PRL	Febrero	1 ASL	3h	
	2T	3 ASL, 2 cocineros	3h	
	3T	9 ASL, 4 cocineros, 3 dietistas, 1 encargada de centro	3h	
	15/10 -31/10 7/11-22/1 17/12-27/12	3 ASL, 2 cocineros, 1 dietista y 1 ayudante de cocina	3h	
Inglés online	2T	3 dietistas, 1 encargada centro, 1 ASL	9h	
Plan de Autoprotección:	3T	Todo el personal	1h	

Curso previsto PFC	Fecha realización	Asistentes	Duración	Observaciones
Equipos de Intervención/ Evacuación				

Además, se reciben los diplomas de formación en el curso “formación de eficiencia y aprovechamiento energético” de manera presencial con 4 horas lectivas, celebrado el 8/5/2019 de 14 asistentes trabajadores del servicio.

Informes de SIGIS de enero 2018 a diciembre 2019

El análisis de las SIGIs del periodo de auditoría ha permitido clasificarlas en diferentes grupos según la causa principal que las origina.

Agrupación por motivo SIGI	2018	2019	Total
Ahorro energético (consumo gas innecesario)		1	1
Alimentos sin tapar		2	2
Baños maría defectuosos		1	1
Buenas prácticas de manipulación (incumplen)		2	2
Cantidad y variedad (insatisfacción)		1	1
Características organolépticas	1	4	5
Cartón en congelador		1	1
Colas en cafetería		1	1
Comunicación para peticiones	1		1
Condensación de agua junto a hornos		1	1
Contaminación platos elaborados	2	1	3
Control de plagas		1	1
Elaboración dietas especiales		1	1
Elección menú personal de guardia, sin menús	1	2	3
Equipos en desuso sin retirar		1	1
Estado de envases		1	1
Estado de estancias (baldosas, superficies)		4	4
Higiene (de medios, de procesos, de estancias)	1	18	19
Información de alérgenos	1	1	2
Menaje y carros deteriorados		1	1
Mezcla de residuos		1	1
Presentación de menús	1		1
Procesos de mejora no cumplidos		1	1
Retraso del servicio	3	3	6
Satisfacción	2		2
Temperatura		1	1
Total	13	51	64

Tabla 37. Número de SIGIs según han sido clasificadas por la causa que las origina del servicio de restauración

Quejas y felicitaciones

El número de quejas recibidas por el servicio de restauración es 28 en el periodo de los dos años solicitados, aunque estas no están clasificadas por motivo.

Año	Nº de reclamaciones
2018	15
2019	13
Total general	28

Tabla 38. Número de quejas del servicio de restauración de los años 2018 y 2019

Se dispone de información de algunas de las quejas en cuanto al motivo que las originan, extraído del registro de incidencias SIGIs:

Referencia	Año	Mes	Motivo
C-66602-19	2019	Agosto	Cantidad y variedad
C-90105-19	2019	Noviembre	Características organolépticas
C-91158-19	2019	Noviembre	Características organolépticas

Encuestas de satisfacción años 2018 y 2019 de cafetería pública

Se recibe un Excel con el tratamiento de los datos de las encuestas del año en relación con restauración.

Mes	cafetería público 2018	cafetería público 2019
enero	85,00%	90,00%
febrero	90,00%	95,00%
marzo	85,00%	100,00%
abril	85,00%	90,00%
mayo	90,00%	85,71%
junio	85,00%	85,71%
julio	85,00%	90,00%
agosto	85,00%	85,71%
septiembre	85,00%	86,36%
octubre	80,00%	95,00%
noviembre	90,00%	91,30%
diciembre	85,00%	100,00%

Tabla 39. Porcentajes de satisfacción de los meses de 2018 y 2019 de la cafetería pública

Solo uno de los meses en los dos años del análisis obtiene un valor inferior al 85%.

Certificados de normas

Están incluidos en los de la concesionaria, y además muestran la certificación por la norma ISO 9001:2015, con el número ES-0252/1998 - 001/00.

Certificación ER-0252/1998 - 001/04 de su sistema de gestión de la calidad conforme con la norma ISO 9001:2015 válido hasta 12-06-2020.

Listado proveedores

Se muestra el listado de proveedores junto con la dirección y el RGSA

Código	Razón social	Producto que sirven
ESR0505	BAKERI DONUT IBERIA, S.A.U.	S01 Alimentación seca

Código	Razón social	Producto que sirven
ESR1059	BEBIDAS I MARKETING S.L	S01 Alimentación seca
ESR0125	CAFES CANDELAS, S.L.	S01 Alimentación seca
ESR0156	CODAN S.A	S01 Alimentación seca
ESR0959	ECODIET NEWS, S.L.	S01 Alimentación seca
ESR0131	FRIT RAVICH, S. L.	S01 Alimentación seca
ESR0352	GUZMAN GASTRONOMIA	S01 Alimentación seca
ESR0845	HERO ESPAÑA, S.A.	S01 Alimentación seca
ESR0243	JACOBS DOUWE EGBERTS ES S.L.U	S01 Alimentación seca
ESR0046	NESTLE ESPAÑA, S.A.	S01 Alimentación seca
ESR1268	VEGENAT HEALTHCARE S.L	S01 Alimentación seca
ESR0036	AGUAS DE DANONE S.A.	S03 Bebidas
ESR1337	AQUADEUS, S.L.	S03 Bebidas
ESR0737	JUVER ALIMENTACION, S.L.U	S03 Bebidas
ESR0101	CORP.ALIMENTARIA PEÑASANTA	S05 Derivados lácteos
ESR0002	DANONE S.A.	S05 Derivados lácteos
ESR0084	RENY PICOT	S05 Derivados lácteos
ESR0027	TEODORO GARCÍA, S.A.	S06 Quesos
ESR0173	AVICOLA SEGOVIANA, S.L	S07 Carne fresca
ESR0425	CARNICAS SAENZ	S07 Carne fresca
ESR0709	GRUPO CARNICOS MORAN S.L.U	S07 Carne fresca
ESR0010	ARGAL ALIMENTACIÓN, S.A.	S09 Elaborados cárnicos/em
ESR0005	CAMPOFRIO ALIMENTACION	S09 Elaborados cárnicos/em
ESR1035	TU PESCA DIA A DIA, S.L.	S10 Pescados y mariscos
ESR1255	NATURAL FRUITS 2016, S.L.	S11 Fruta/verdura/hortaliza fr
ESR0358	GARIN COBIAN S. A.	S12 Precocinado refrigerado
ESR1014	PANAMAR PANADEROS SL	S14 Panadería y pastelería
ESR1243	GARCIMAR, S.L.	S15 Congelados
ESR1414	LA TAHONA DE UTIEL, SLU	S15 Congelados
ESR1328	TECNOPACKING, S.L.	S22 Artículos de cocina
ESR0584	ZAMBU HIGIENE	S22 Artículos de cocina
ESR0694	ECOLAB HISPANO PORTUGUESA, S.L.	S23 Droguería y limpieza
ESR0710	EUGENIO ALES LLAMAS, S.A.	S28 Textil
ESR0735	BIOTECNAL, S.A.	S31 Servicios
ESR1062	EZSA SANIDAD AMBIENTAL, S.L.	S31 Servicios
ESR1008	FUNDACION PRIVADA JOIA	S31 Servicios
ESR1216	ULLASTRES EXTERNALIZACION DE CONTRA	S35 Servicios mantenimiento
ESR7777	EXCELENT MARKET-MERCAMADRID-	S36 Servicios de logística y tra

Tabla 40. Listado de proveedores de SERUNION

Fichas técnicas de los platos a elaborar

Se reciben las fichas técnicas de los platos “FT 2º 1º SEMANA PACIENTES OI 19-20”. Se analiza el plato servido el 23 de diciembre y del cual se realizó en la auditoría un análisis de la trazabilidad.

- Se indica el peso por ración aproximado y el tipo de comensal: 150-170g y para mayores
- La composición por ración, con el tipo de ingredientes, el código de los ingredientes, el peso bruto y el peso neto por ración
- La forma de elaboración
- Declaración de alérgenos
- Las dietas para las que es permitido este plato
- Información nutricional

El día de visita se programaron 43 platos de salmón en salsa de naranja (16 con sal), con salida de descongelación 7,48 Kg (ya que también se preparan 4 platos con salmón en otras preparaciones). El lote del salmón registrado es 15 de enero (10Kg de salmón porción 120-160g en congelación), del proveedor "Excelent Market" para el que se utilizan las siglas EM. La referencia del artículo es 38157.

Código	Ingrediente	Peso Bruto (g)	Peso Neto (g)
38157	SALMON PORCION 120-160G CONG	170,000	130,770
8087	CEBOLLA DADO PF CONG	20,000	20,000
121051	NECTAR NARANJA-MANDARINA S/A BRICK 1L	20,000	20,000
5046	ACEITE GIRASOL 5L*	4,000	4,000
32467	HARINA MAIZ FINA 2,5KG	4,000	4,000
36616	PEREJIL FRESCO UNIDAD KG*	2,000	1,820
5435	AJO ENTERO PELADO BOLSA 4ª GAMA*	1,000	1,000

El registro de elaboración del plato incluye los ingredientes indicados y se ha verificado el proveedor y el lote.

Fecha	Comida	Cena	Plato											Firma		
23/1	x		Salmón en salsa de naranja											Bojardo		
DECLARACIÓN DE ALERGENOS Marcar las sustancias que puedan causar alergias			Gluten	Leche	Huevo	Pescado	Moluscos	Crustáceos	Frutos de Cáscara	Cacahuete	Sésamo	Soja	Altramuz	Mostaza	Apio	Sulfitos
						<input checked="" type="checkbox"/>										<input checked="" type="checkbox"/>
Ingredientes			Lote	Tª elaboración	Tª servicio	Observaciones										
Salmón			EM 15/1	92,4 °C	87,2 °C											
Ajo			EM 20/1													
Cebolla			EM 20/1													
Nectar naranja			EM 20/1													
Aceite girasol			EM 20/1													
Harina maíz			EM 20/1													
Perejil			EM 20/1													
				L+D vegetales	Muestra testigo	Enfriamiento										
				C	I	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Hora inicio	Tª inicio	Hora fin	Tª final					
									°C		°C					

También se reciben el resto de las fichas técnicas de los platos:

- "FT PRIMEROS 1º SEMANA OI 19-20"
- "FT PRIMEROS 2º SEMANA"
- "FT SEGUNDOS 2º SEMANA"

Documentación del plan de gestión de residuos

- Autorizaciones:
 - Autorización gestor residuos RESIGRAS (Reciclado de residuos Grasos SL, CIF B8088252) con NIMA 280020677, hasta 19 de marzo de 2021, con número de autorización B8088252/MD/21/00027 para "agrupamiento y pretratamiento de aceites vegetales de fritura", en la planta de Torrejón de Velasco.
 - Autorización RAFRINOR (RAFRINOR SL, CIF B95187027) para almacenamiento y transferencia de subproductos de animales no destinados al consumo humano de categoría III, en la planta de Sandach con número de registro S39018005.
 - Inscripción en el registro de transportistas de la comunidad de Madrid a RESIGRAS SL con numero TR/MD/162

- Actualización de la inscripción como transportista de residuos nº 13T02A1800021563W a RESIGRAS, para 200108 “Residuos biodegradables de cocinas y restaurantes”; 200125 “Aceites y grasas comestibles” y 200139 “Plásticos”.
- Modificación de la inscripción en el registro de transportistas NTR/MD/162, y listado de vehículos y matriculas
- Modificación del numero de autorización de RESIGRAS de B8088252/MD/21/00027 por 13G04A1400017098Z
- Contratos:
 - Contrato entre SERUNION SA y RAFRINOR SL para la recogida de aceite vegetal usado, con empresa colaboradora en Madrid RESIGRAS.

Menús pacientes y cafetería

Se muestran los menús correspondientes a la semana en la que se realiza la auditoría, verificando in situ su correspondencia.

- La **documentación vista in situ** ha sido la siguiente:
 - Registros APPCC varios días incluidos el de visita
 - Registros de trazabilidad de un menú hacia delante y hacia detrás
 - Registros y controles de dietas
 - Fichas técnicas y de seguridad de productos
 - Registros de control de proveedores
 - Registros de elaboración de menús
 - Cuadros de control para la elaboración de menús
 - Pegatinas de bandejas para servir a los pacientes

Observaciones en criterios generales

Las observaciones de este servicio que afectan a los criterios generales son las que se muestran en la siguiente tabla.

CRI	CRITERIO	OBSERVACIÓN	VALOR
RH.2	La concesionaria tiene establecido el número de personas que prestan los servicios, clasificadas por servicio, nivel de formación, categoría profesional, jornada anual y semanal, turno de trabajo, puesto de trabajo y distribución de las cargas de cada puesto por categoría.	No se muestra la distribución de las cargas de trabajo de cada puesto por categoría. El aumento de la actividad del servicio, así como la indicación en el Manual APPCC sobre población objetivo de 100 comensales hace necesario conocer la carga de trabajo para cumplir con PPT.	4
GMA.2	El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	Si bien no se muestran objetivos como tales si se dispone de un análisis del volumen de residuos gestionados.	3

CRI	CRITERIO	OBSERVACIÓN	VALOR
EDS.2	La concesionaria desarrolla actividades para el uso racional y eficiente de la energía, con bajo coste y favorecer la implementación de energías renovables.	Una de las incidencias SIGI puede relacionarse con este criterio (consumo de gas innecesario)	4
CAL.6	Todo el personal de la concesionaria y de las empresas contratadas lleva en todo momento la identificación que ha sido autorizada por el hospital.	Durante la auditoría ninguno de los cocineros disponía de la tarjeta identificativa.	4
CAL.9	Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	No se ha realizado ninguna en el periodo de dos años analizados. Se informa que se ha programado una para este año 2020, y se muestra el diseño de la encuesta.	2
CAL.10	Mensualmente se realizan encuestas de satisfacción a los clientes del hospital, previamente consensuada con la administración sanitaria. Esta encuesta cumple con los requisitos de aleatoriedad, tamaño de la muestra global y por tipo de cliente requeridos.	Se realizan las encuestas mensualmente, con los criterios establecidos por la administración. Se observan algunos valores por debajo de lo establecido (2 SIGIs por resultados inferiores al 85% en 2018 y un resultado en septiembre de 2019)	4
SC.2	La concesionaria y empresas contratadas cumplen el deber de respetar los derechos de los usuarios del Hospital.	Alguna SIGI indica la no disponibilidad del menú elección para trabajadores de guardia.	4
SC.4	La concesionaria y empresas contratadas aseguran que el servicio se realiza con las debidas precauciones tanto para las personas que realicen las actuaciones, como para los pacientes, visitantes y empleados.	El análisis de la muestra de SIGIs indica que en algún momento se ha puesto en riesgo a las personas con alguna intolerancia y/o alergia, por información errónea o por textura inadecuada.	4

Listado observaciones de auditoria

Durante la realización de la auditoría del 23 de enero, se detectaron algunas incidencias que se han clasificado del siguiente modo:

- Por zona o área del hospital
- Por tipo según afecten a algún proceso, documentación o registros
- Por gravedad según consideremos una incidencia leve (sin riesgo para las personas ni las instalaciones y equipos) media (con algún riesgo para las instalaciones o equipos) y grave (incumplimiento de normativa o bien riesgo de daño a usuarios). Las observaciones son áreas de mejora no consideradas incidencias.

Las incidencias detectadas durante la auditoría han sido:

FECHA	HORA	ZONA	ZONA	INCIDENCIA	CLASIF.
23-1		Documentación		Manual de procedimientos "HSE-PRONEG/RESTAU.1.3" en el apartado de referencias se citan normas que no están vigentes	Observación
23-1		Documentación	Cocina	En el manual APPCC LOL456 se indica que se organizan en 4 turnos de trabajo para dar atención a 100 comensales, pero según los informes mensuales dan servicio a más de 100 comensales, todos los días y en todos los turnos, especialmente desde el desdoble de habitaciones.	Observación
23-1		Documentación	Cocina	Tanto en el manual de procedimientos del servicio como en los APPCC se indican temperaturas distintas para platos fríos (se cumple la normativa en APPCC, pero se es más exigente en Manual de procedimientos). Para temperaturas calientes ocurre lo mismo, pero a la inversa, en APPCC se indican temperaturas más restrictivas.	Observación
23-1		Documentación	Cocina	No se toman muestras testigos de todos los platos elaborados y distribuidos a pacientes. Parece que cuando se preparan pequeñas cantidades no se tiene establecido tomar muestras testigo. SERUNION indica que "Durante la auditoria no se evidencia la comprobación de las muestras testigo recogidas. No obstante, se ha incorporado una modificación mediante la cual en caso de elaborar menos de 25 raciones se recogerá una única muestra testigo que deberá almacenarse en refrigeración durante mínimo 5 días. Si se superan las 25 raciones se recogerá doble muestra testigo, almacenándose una refrigeración y otra en congelación"	LEVE
23-1		Documentación	Cocina	Hay un error en el tratamiento de datos de las encuestas de septiembre del año 2019, según la documentación recibida. El índice de satisfacción de la cafetería de trabajadores es inferior al comunicado.	LEVE
23-1	8:00	Estancias de cocina	Cocina	Se observa deterioro de baldosas en el suelo y paredes de varias estancias. Especialmente la entrada a cocina es muy mejorable. La concesionaria indica que "Se ha realizado una planificación de cambio de suelo por zonas, pero su ejecución depende de la aprobación del Hospital, que han planteado dejarlo para la ampliación."	LEVE
23-1	10:24	Zona de aceite usado y compresores	Cocina	Las unidades del aire acondicionado siguen sucias. Se identifican con rotulador con la zona de refrigeración, pero no siempre es posible su lectura. Se observan también equipos y material en desuso (microondas, bandejas, etc.). Es una zona mejorable. En la entrada también se observa un carro viejo. Se deben retirar los equipos y mobiliario en desuso de las estancias de cocina. La empresa SERUNION indica al respecto que "Se realiza la limpieza del cuarto de almacenaje de aceite y se notifica al Hospital la necesidad de limpieza de los compresores de dicho cuarto. Todo el material en desuso, es retirado por un transportista, por ejemplo, el próximo viernes realizará una recogida"	LEVE

FECHA	HORA	ZONA	ZONA	INCIDENCIA	CLASIF.
23-1	10:38	Antecámaras	Cocina	Esta es una zona con poca iluminación y en la que entran cajas de cartón. Se debe evitar el acceso del cartón. La concesionaria indica que "Se ha pasado aviso a la empresa mantenedora. Se han retirado los embalajes de cartón en esa zona"	LEVE
23-1	10:50	Cámara de congelación	Cocina	El suelo de la cámara está deteriorado. La concesionaria indica que se ha avisado a mantenimiento.	LEVE
23-1	10:50	Cuarto fríos	Cocina	Cocineros sin tarjeta de identificación. La concesionaria indica que estaban siendo plastificadas.	LEVE
23-1	12:50	Emplatado	Cocina	Durante el emplatado se observa la estancia sucia y una de las puertas no está cerrada. Serunion indica al respecto que "Se recuerda al personal que la zona de emplatado debe estar limpia antes de comenzar y que todas las puertas han de permanecer cerradas"	MEDIA
23-1	12:35	Salón de trabajadores	Cafetería	El carro de transporte de alimentos entre cocina y cafetería está sucio, con derrame de los platos que contiene. Puede producir contaminación cruzada. Serunion indica al respecto que "Durante el transporte del carro de cocina a cafetería, se derramó uno de los alimentos sobre el carro; el cual se vació y se limpió inmediatamente"	MEDIA

Tabla 41. Relación de observaciones de auditoría

B) EVALUACIÓN DE CRITERIOS

ID	CRITERIOS SERVICIO RESTAURACIÓN (RES)	I6	EVALUACIÓN
RES.1	La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de restauración.	4,8	Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.
RES.2	El servicio dispone de un plan de gestión de dietas actualizado.	5	El Plan de gestión de dietas está actualizado.
RES.3	El servicio de restauración dispone de un Protocolo de Dietas que es un manual donde se describen las especificaciones técnicas, requerimientos nutricionales y limitaciones de cada dieta y sirve de referencia para la petición y elaboración de las diferentes dietas que se prepararán en cocina, asociadas a un código que servirá como referencia para realizar la petición de dietas.	5	El Protocolo de dietas cumple los requisitos indicados. Se valora positivamente las fichas técnicas de los platos, de aplicación en cocina y dietética.
RES.4	En el Manual de Procedimientos se detallan las pautas a seguir en todo el proceso de adquisición de materias primas, elaboración y distribución de alimentos; con el fin de cumplir con el objetivo de prestación de servicio en Cocina y Comedor de personal autorizado.	4	Estos procedimientos están incluidos en el Manual APPCC y en el de procedimientos del servicio. Se observan algunas discrepancias entre estos documentos. El manual de procedimientos, por ejemplo, hace referencia a normas de calidad que no están vigentes y las temperaturas críticas en uno y otro documento son distintas.

ID	CRITERIOS SERVICIO RESTAURACIÓN (RES)	I6	EVALUACIÓN
RES.5	El servicio de restauración ha desarrollado un Plan de Implementación de APPCC (Sistema de Análisis de Datos potencialmente críticos) y se registran las acciones relacionadas.	5	El servicio dispone del Manual APPCC y sus registros. Incluye los planes exigidos por normativa. Se registran las acciones que se han determinado como necesarias.
RES.6	El servicio de restauración dispone de un registro escrito de todos los controles realizados de trazabilidad de alimentos conforme al A.P.P.C.C.	5	El sistema de trazabilidad es completo y no se detectan incidencias relacionadas.
RES.7	El Manual de Procedimientos del servicio cuenta con un protocolo de revisión de dietas para evitar errores en su envío a pacientes.	5	El Manual de procedimientos incluye la revisión de dietas al final de la cinta de emplatado para evitar errores en su envío a pacientes.
RES.8	Se dispone de un Manual de Higiene en el que se contemplan los siguientes aspectos: procedimientos, metodología, medios técnicos y materiales.	5	El Manual de procedimientos incluye el proceso de higiene de las zonas que aplican al servicio y su referencia a documentos del socio operativo.
RES.9	Se dispone de un Programa de limpieza del servicio de restauración en el que se especifica la zona, frecuencia, horario, productos, materiales y equipos y técnica a utilizar.	5	El servicio dispone del Programa de limpieza por zona, frecuencia, horario, productos, materiales y equipos y técnica a utilizar. En el Manual APPCC se incluye esta información detalladamente.
RES.10	Se dispone de fichas técnicas de limpieza en las que se refleja la periodicidad y el día en que se ha efectuado por zonas y equipos.	5	El servicio dispone de las fichas técnicas de las limpiezas, con el detalle exigido.
RES.11	Cada dos meses a través de un Centro de Control de Calidad Homologado se realiza un estudio de determinación microbiológica referido a los componentes del menú y utensilios de uso común en los locales, así como estudio de placas de contaminación superficial.	5	No se detectan incidencias relacionadas. Los controles se envían al hospital con los informes mensuales.
RES.12	El servicio cuenta con un compromiso de certificación en la norma ISO-9002 , o equivalente temporal que mantendrá a lo largo de la duración del servicio.	5	El sistema de gestión de calidad de SERUNION SA está certificado por la norma ISO 9001 en el hospital.
RES.13	El servicio de restauración proporciona información trimestral de la formación impartida al personal a la administración sanitaria.	5	La concesionaria dispone de un plan de formación continua para el personal de los doce servicios y remite el listado de cursos trimestralmente al hospital.
RES.14	El Servicio de Restauración aporta la dotación inicial y la reposición de vajilla, cristalería, menaje, bandejas, lencería, materiales desechables, carros de transporte y los equipos utilizados para mantener los alimentos a la temperatura adecuada (como bandejas isotérmicas, platos, etc.), necesarios para la prestación del servicio.	4	Tras la reposición inicial, el servicio se encarga de la reposición necesaria. Las bandejas son isotérmicas. Los carros son abiertos. Es mejorable en cuanto a la introducción de carros modernos, cerrados, con compartimentos frío/caliente, así como el estado de algunas de las bandejas isotérmicas (bandejas deterioradas)

ID	CRITERIOS SERVICIO RESTAURACIÓN (RES)	I6	EVALUACIÓN
RES.15	El Servicio de Restauración suministra una amplia variedad de productos , que reúnen las condiciones organolépticas necesarias para hacerlos apetitosos, cuidando especialmente la presentación del producto para que sea atractiva para el usuario, al igual que la limpieza de la vajilla, cubertería y bandeja, garantizando una buena imagen del servicio, cubriendo sus necesidades nutricionales durante las 24 horas del día, todos los días del año.	3	Se detectan SIGIs y quejas relacionadas con la cantidad, la variedad, las características organolépticas y la higiene de vajilla. Serunion indica que “desde el mes de octubre se está trabajando y mejorando en la presentación de los platos”.
RES.16	La confección y planificación de los menús y dietas se realiza siguiendo las indicaciones del Manual de Dietas, que ha sido aprobado por el Servicio de Nutrición y la Administración sanitaria.	4	Se detecta alguna SIGI/queja relacionada (elaboración de platos de fácil masticación).
RES.17	Se realiza la gestión del aprovisionamiento (definición de productos: calidad y cantidad, adquisición y reposición, almacenamiento y conservación) cumpliendo con las especificaciones técnicas genéricas por tipo de alimentos y las especificaciones por grupos de alimentos.	4	Se detecta alguna SIGI/queja relacionada (pan y platos elaborados expuestos al aire).
RES.18	La pensión alimenticia básica para las dietas basales o asimilables , se compone de desayuno, comida, merienda y cena . En este tipo de dietas el paciente tiene la opción de elegir entre diferentes platos del menú.	4	Así está establecido en el manual de procedimientos. Se detecta alguna incidencia relacionada (elección de menú de los médicos de guardia).
RES.19	Se ofertan y sirven servicios complementarios para reforzar la dieta, bajo petición previa en horario y forma establecida en el manual de procedimientos: “complemento media mañana ”, “ merienda reforzada ”, “ refuerzo especial ” para diabéticos y “ resopón ” con la cena.	5	Así está establecido en el manual de procedimientos. No se observan incidencias relacionadas.
RES.20	Se ha diseñado un menú de ingreso de contenido polivalente para varias dietas, que se servirá para enfermos del área de urgencias y cenas de enfermos de ingreso programado, en los que no se conozca previamente la dieta desde planta antes de las 16 horas.	5	Así está establecido en el manual de procedimientos. No se detectan incidencias relacionadas.
RES.21	Los menús son quincenales y distintos para cada una de las estaciones del año , con oferta de elección de menú para todas las dietas basales o blandas. Dicha elección en el caso de los pacientes, consiste en la elección entre tres primeros platos, tres segundos platos y tres postres.	5	Así está establecido en el manual de procedimientos. No se detectan incidencias relacionadas.

ID	CRITERIOS SERVICIO RESTAURACIÓN (RES)	I6	EVALUACIÓN
RES.22	Se ofrecen menús especiales para festividades (Navidad, Noche Vieja, Año Nuevo, Reyes y Fiesta patronal local), para personal , menús étnicos/culturales y menús infantiles .	5	Así está establecido en el manual de procedimientos. No se detectan incidencias relacionadas.
RES.23	El plan de gestión de dietas (petición, modificación, suministro, control, emisión de planillas, etiquetas, etc) está informatizado y es compatible con las aplicaciones del hospital.	5	La petición se realiza a través de la plantilla de Selene. La concesionaria dispone de su propia aplicación informática, compatible con SELENE, a través de la que se imprimen las etiquetas y se gestiona la trazabilidad de los menús.
RES.24	En todas las fases que componen el proceso de recepción, almacenamiento, elaboración, distribución de alimentos y limpieza, se trabaja con la metodología APPCC (Sistema de Análisis de Puntos Potencialmente Críticos) y se mantienen y actualizan los registros relacionados.	5	Durante la auditoría in situ se verificó el cumplimiento de estos registros. No se detectan incidencias relacionadas.
RES.25	Durante el proceso de elaboración de los menús, y una vez se hayan elaborado hasta la llegada al receptor, los productos se mantienen a la temperatura adecuada, conforme a la normativa y procedimientos descritos, para no romper la cadena caliente/frío. Se cumplen los procedimientos establecidos relacionados (tipo de bandejas, carros, platos,... según alimentos, emplatado, tomas de temperatura en alimentos y muestreo en bandejas, etc.)	4	Se observó el cumplimiento del criterio y el registro de actividades que lo garantizan. Alguna incidencia puede relacionarse con este criterio (temperatura de platos a la llegada a planta)
RES.26	Los productos o materias primas que se procesen no habrán sido sometidos, en su producción, a transformación genética .	5	No se detectan incidencias relacionadas.
RES.27	En previsión de eventuales fallos de suministro y otros incidentes, se dispone en el propio centro de una reserva de productos, listos para suministrar de al menos 2 días , pudiendo a su vez estos productos emplearse de forma rotatoria, como alternativas en la elección de menú por parte de los usuarios.	5	Durante la auditoría los responsables mostraron la reserva de productos, tanto elaborados como conservados.
RES.28	La distribución de bandejas por los distintos servicios se realiza en los puntos y horarios establecidos (a partir de las 8:00 el desayuno, 13:00 comida, 16:30 merienda y 20:00 cena). Las bandejas van identificadas con tarjetas en las que se refleja: número de cama, planta y tipo de dieta que el paciente debe recibir, mediante planillas que son contrastadas a la recepción de las mismas. Las bandejas son recogidas en los puntos y horarios pactados con la Administración Sanitaria.	4	Durante la auditoría in situ se observó el cumplimiento del criterio en una muestra de los registros disponibles mediante horario y temperatura de entrega. Se detectan varias incidencias SIGI relacionadas con este criterio (retrasos en las entregas a planta)

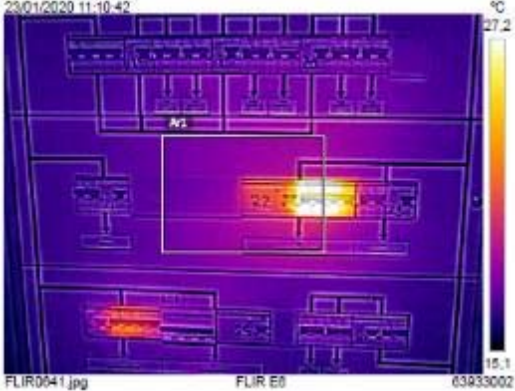

ID	CRITERIOS SERVICIO RESTAURACIÓN (RES)	I6	EVALUACIÓN
RES.29	El Servicio de Gestión de Restauración se responsabiliza de la gestión del servicio de cafetería a público y a trabajadores del hospital, existiendo zonas diferenciadas para cada uno de ellos, en horario de 8:00 a 22:30, con diferentes alternativas para desayuno, comida y cena.	5	Incluido en el manual de procedimientos. El horario acordado con el hospital es de 8:00 a 22:30. Las zonas están diferenciadas y disponen de las mismas alternativas de menú.
RES.30	Los menús se confeccionan siguiendo el procedimiento descrito para la elaboración de dietas de enfermo (materias primas, elaboración, higiene, presentación, menús especiales en fechas señaladas, etc). El horario y la variedad de los menús cumplen los requisitos preestablecidos en el manual de procedimientos.	5	Incluido en el Manual de procedimientos. No se detectan incidencias relacionadas.
RES.31	No se dispensa tabaco, ni bebida alcohólica (excepto vino de mesa y cerveza) y se cumple con la normativa en materia de venta y prohibición de consumo a menores de edad .	5	Los días de auditoría se verificó el cumplimiento del criterio.
RES.32	Cuando el personal de guardia no haya podido utilizar el servicio de comedor en el horario establecido, por obligaciones urgentes de asistencia sanitaria, se le proporcionará alimento adecuado para ser ingerido cuando le sea posible.	4	Alguna incidencia puede relacionarse con la insatisfacción del personal de guardia en relación con la disponibilidad, variedad y calidad. Serunion indica que "se está trabajando en la mejora del menú y la implicación del personal en las elaboraciones"
RES.33	Los trabajadores que comen con cargo al hospital, deben presentar un justificante que acredite su autorización, para que les sea dispensado el menú en cafetería. La lista de precios incluye el IVA y está en lugar visible y está sellada y firmada por la administración sanitaria.	5	Los trabajadores comen en el hospital mediante justificante cuando cumplen los criterios establecidos. La lista de precios incluye el IVA y está en lugar visible.
RES.34	Se cumple lo establecido en cuanto a hojas de reclamaciones, avisos informativos para depositar bandejas, frecuencia de limpieza de mesas, limpieza de cafetería, etc.	5	Durante la visita a la cafetería pudo observarse el cumplimiento del criterio en cuanto a avisos y frecuencias.
RES.35	Se garantiza la higiene de los productos durante todo el servicio, cuidando, no sólo que los artículos recibidos sean conforme a los estándares contratados, sino que el almacenamiento, manipulación y procesado de los mismos sea el correcto.	4	Se detectan SIGIs y quejas relacionadas.
RES.36	Se cumple lo indicado en el manual de higiene (requisitos a proveedores, normas higiénicas, manipulación de alimentos, desinfección y limpieza de materiales y útiles, programa de limpieza de equipos, mobiliario e instalaciones, productos de limpieza, etc.).	4	Alguna incidencia puede relacionarse con este criterio.


ID	CRITERIOS SERVICIO RESTAURACIÓN (RES)	I6	EVALUACIÓN
RES.37	El servicio realiza el lavado centralizado en la cocina de menaje, bandejas, carros y cualesquiera utensilios empleados, para dietas de enfermo, cocina y autoservicio y la limpieza general de maquinaria e instalaciones.	4	Las instalaciones están limpias, así como la maquinaria que no está en uso. Sin embargo, el estado de las instalaciones es mejorable. Durante el emplatado se detectó alguna incidencia de limpieza.
RES	INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE RESTAURACIÓN	4,6	

Tabla 42. Resultados de nivel del servicio de Restauración (RES)

C) OBSERVACIÓN DEL PROCESO DE RESTAURACIÓN

AUDITORÍA 23-01-2020: COCINA			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:20	1	Acceso muelle	La puerta está identificada. Disponen de dos contenedores para vidrio en la acera de enfrente. El exterior está bien mantenido. Durante la auditoría no es posible la observación de llegada de pedidos.
10:20	1	Pasillo sucio	El suelo está deteriorado, así como varias esquinas y bordes. Nos indican que conocen la problemática y que están buscando soluciones que no interrumpan el servicio. Esta situación se observa en varias zonas de la cocina.
10:23	1	Zona de recepción	Se observan jaulas con cartón, papelera para plásticos, y un carro deteriorado en espera para ser retirado. La báscula está calibrada con indicativo de vigencia hasta octubre de este año. El lavamanos funciona correctamente (dispone de trampa DD para insectos en su interior). Se observa también el sistema de fichaje de personal de SERUNION. Nos recibe LM (responsable de centro)
10:24	1	Zona de aceite usado y compresores	La zona está ordenada pero las unidades del aire acondicionado siguen sucias. Se identifican con rotulador con la zona de refrigeración, pero no siempre es posible su lectura. Se observan también equipos y material en desuso (microondas, bandejas, etc.). Es una zona mejorable. Se observan letreros informativos y certificados oficiales de los gestores del aceite usado. Se observan trampas de insectos identificadas y ubicadas en lugares sin contacto con los alimentos en varias estancias y zonas.
10:24	1	Pasillo zona de almacenes	Está mantenido salvo por las observaciones anteriores. Se observan pallets con mercancía.
10:27	1	Almacén 1	Almacén con productos de limpieza y otros materiales (plástico y papel) ubicados en estanterías. Los productos de limpieza son los observados en la lista de productos y disponen de las correspondientes fichas técnicas.

AUDITORÍA 23-01-2020: COCINA																															
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN																												
10:27	1	Almacén 1	<p>En este cuarto se ubica el cuadro eléctrico, el cual, tras observación con cámara termográfica, se concluye que no presenta sobrecalentamientos.</p>  <table border="1" data-bbox="564 421 798 582"> <tr> <td colspan="2">Medidas</td> <td>°C</td> <td>23/01/2020 11:10:42</td> </tr> <tr> <td>Ar1</td> <td>Max</td> <td>31,2</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Min</td> <td>17,2</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Average</td> <td>19,3</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Parámetros</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Emissividad</td> <td>0,85</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Temp. refl.</td> <td>29 °C</td> <td></td> </tr> </table>	Medidas		°C	23/01/2020 11:10:42	Ar1	Max	31,2			Min	17,2			Average	19,3		Parámetros					Emissividad	0,85			Temp. refl.	29 °C	
Medidas		°C	23/01/2020 11:10:42																												
Ar1	Max	31,2																													
	Min	17,2																													
	Average	19,3																													
Parámetros																															
	Emissividad	0,85																													
	Temp. refl.	29 °C																													
10:30	1	Almacén 2	<p>Almacén de no perecederos. Todos los productos observados están identificados y colocados en las estanterías por familias. No se observan productos caducados, ni en envases expuestos al aire, todos están etiquetados adecuadamente a su uso. Se indican las caducidades secundarias cuando los envases han sido abiertos. Las caducidades secundarias incluidas en el etiquetado coinciden con lo indicado en los procedimientos del servicio. Se sigue la metodología FIFO para identificar los productos que deben consumirse en primer lugar.</p>																												
10:35	1	Almacén 2	<p>La estancia está mantenida, aunque la luz falla en ocasiones y las esquinas y bordes tienen restos de suciedad.</p>																												
10:38	1	Antecámaras	<p>La zona está mantenida, aunque la iluminación es escasa. Se observan estanterías con bebidas y otros alimentos envasados como café y yogures. Todos los alimentos están alejados del equipo de refrigeración. Este se observa en buen estado. En esta estancia entra el cartón de los envases de café y yogures.</p>																												
10:40	1	Pasillo de cuartos fríos	<p>Se observa el panel indicativo de la temperatura de las cámaras, identificadas y con fecha de verificación 5/12/19. Las cámaras están en uso y a temperatura variable según su apertura. El registro de temperaturas no tiene desviaciones respecto a las temperaturas establecidas.</p>  <p>Sería recomendable introducir dispositivos continuos de temperatura para conocer máximos y mínimos.</p>																												

AUDITORÍA 23-01-2020: COCINA			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:41	1	Cámara de verduras	La cámara está identificada y a temperatura 3°C. En la puerta se indican como caducidad secundaria de fruta y verdura cortada y/o pelada de 1 día y para lechuga y patata 4ª gama también de 1 día, tal y como se establece en sus procedimientos. Toda la fruta y verdura se encuentra en contenedores de plástico o bien en el envase del fabricante. En esta cámara no hay cartón ni madera.
10:44	1	Cámara de pescado y leche fresca	La cámara está identificada y a temperatura 3,8°C. Se indican las caducidades secundarias, así como el tiempo en descongelación del pescado. Todos los productos están en envases adecuados. Los que están en descongelación disponen de rejilla para evitar el contacto del alimento con el agua de descongelación. Todos están identificados y etiquetados con las indicaciones de trazabilidad establecidas.
10:46	1	Cámara de carnes	De nuevo es una estancia identificada y a temperatura 2,7°C. Se indican las caducidades secundarias por tipo de alimento. La cámara no presenta desviaciones de lo establecido. Se observan los productos cárnicos, preparados, yogures, gelatinas, fiambres, etc., todos etiquetados y envasados correctamente.
10:50	1	Congelador	La cámara está identificada y a temperatura inferior a la establecida porque se acaba de utilizar. El suelo está deteriorado. Los productos están almacenados por familias y envasados y etiquetados. 
10:52	1	Pasillo limpio	Mantenido, aunque las esquinas están deterioradas. Luces y ventanas limpias.
10:53	1	Zona de arcones	Se observan dos arcones con bollería variada y otros. Son productos que se utilizan para eventos especiales. La nevera y el arcón están en buen estado, y disponen de sonda de lectura de temperatura. Se observa el abrigo de prevención para entrada en cámara de congelación.

AUDITORÍA 23-01-2020: COCINA			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:38	1	Cuartos fríos (carnes)	El de carnes está a 15,2°C, según indicador. Se observa limpia y mantenida, con tablas y cuchillos amarillos. Se observan envases de plásticos limpios y ordenados. Disponen de un armario de cuchillos, que conectan por la noche según nos indican. También se observa una balanza en buen estado. Nos indican que la calibración está vigente.
10:45	1	Cuartos fríos (pescados)	El cuarto está limpio y mantenido, a pesar de estar en uso (cuchillo y tabla azul)
10:50	1	Cuartos fríos (fruta y verdura)	El cuarto está limpio y mantenido, a pesar de estar en uso (tabla verde y blanca y cuchillos verde y negro tal y como se expone en el código que observamos). Se observan dos carros uno con ensaladas y otro con postres. Todos los platos preparados están tapados y etiquetados con la fecha de elaboración (23/1/20). Se encuentra en este momento el cocinero JJ que no está identificado. También se observa la lejía alimentaria junto con las indicaciones de uso.
11:00	1	Cocina	La sala se observa en uso, limpia y mantenida. Los medios de extinción identificados y con indicaciones de actuación. Los alimentos (especias, preparados para caldos) se encuentran ubicados en una estantería, identificados y con indicaciones de lote y caducidad secundaria. El resto de los elementos de cocina están correctamente ubicados. El cocinero no dispone de registros, anota temperatura y demás acciones en un papel en sucio que pasa a las dietistas para que registren los datos. Los contenedores de residuos disponen del accionamiento de tapa con pedal, y están identificados por tipo de residuos.
11:05	1	Cámara de elaborados	Se encuentra a 6,9°C. La cámara contiene los platos elaborados correctamente etiquetados y envasados. Disponen en esta cámara de las muestras testigo (guardan 7 días, de forma que todos los días según entran las del día se retiran las del mismo día de la semana anterior.
11:10	1	Cuarto de dietistas	Nos recibe BL (jefa dietista), identificada. Muestran el informe de dietas así como "elección del menú" para el día siguiente (24/1) que incluirán en la bandeja de los pacientes. Se observa el registro de temperatura de los equipos, salas frías y tren de lavado. No hay anotada ninguna desviación respecto de los establecido (equipos fríos a temperaturas $\leq 4^{\circ}\text{C}$, congeladores a $\leq -18^{\circ}\text{C}$ y temperaturas de lavado $\geq 60^{\circ}\text{C}$ y $\geq 84^{\circ}\text{C}$. Además, disponen de un listado identificativo de los equipos y las acciones de registro, así como del personal y las iniciales utilizadas en los registros. Registro control de aceites de fritura, igualmente sin desviaciones. Se observa también el registro de limpieza, potabilidad del agua, control de plagas, mantenimiento de equipos ...
11:20	1	Zona emplatado	Solicitamos los registros para la previsión de platos y salida de almacén. Observamos su utilización correcta en cocina según lo establecido.
11:22	1	Túnel de lavado	En uso y con indicativo de PKSP 65°C y KSP1 86°C.


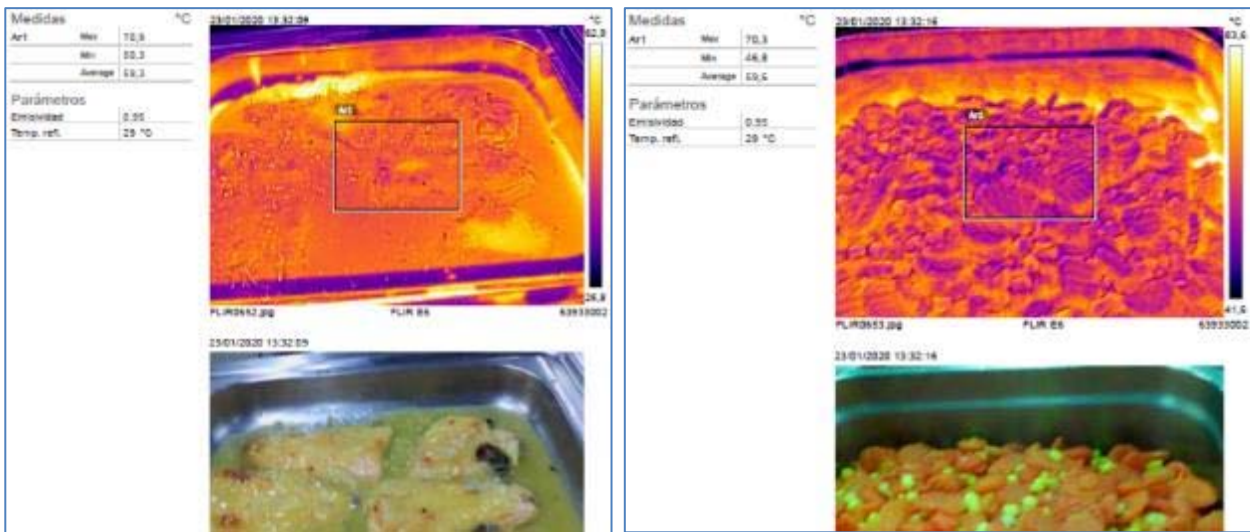
AUDITORÍA 23-01-2020: COCINA			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
11:25	1	Despacho responsable de cocina	Realizamos la trazabilidad del plato "salmón en salsa de naranja". Incluido en el menú del jueves de la semana como segundo plato de la comida para pacientes. Los ingredientes del plato coinciden en cuanto a lotes con los indicados en los correspondientes albaranes. Además, los proveedores son los indicadores en el registro de proveedores. En el albarán del salmón se indica la caducidad y la cantidad recibida (10 Kg). Se observa el registro de L+D, mantenimiento, control de plagas y potabilidad, con una única incidencia en funcionamiento de equipos, anotada en el registro de incidencias.
12:50	1	Emplatado	Se observa la toma de muestras testigo. Todo el personal está correctamente uniformado a lo largo de la cinta. La dietista se ubica al final de la cinta y revisa las bandejas y su contenido. La sala está sucia en las partes bajas de los muebles y en las esquinas. La puerta no está cerrada del todo.  Las bandejas se presentan con una tapa superior que cierra todo el contenido, lo que da lugar a concentración del vapor de los platos calientes y consecuente olor. No disponen de carros que mantengan la temperatura (caliente/frío).
13:00	1	Emplatado	Verificamos que las bandejas se emplatan a temperatura adecuada. Además, se realiza un muestreo de bandejas, en las que se observa la correcta selección de menú según etiquetas. Las etiquetas de las bandejas contienen los datos identificativos (día, unidad, cama, comensal, menú seleccionado, y alergias). La fruta durante el emplatado tiene buen aspecto. Los envases de los postres están en buenas condiciones (yogures, compotas...)
13:04	1	Distribución	Acompañamos en la distribución del carro de la unidad de pediatría P3C, observando que el circuito es correcto (ascensor 14). El carro lo deja en el control de la unidad. Tarda 2 minutos.
13:08	1	Cuarto basura	El cuarto está refrigerado y se observa ordenado y con los medios adecuados para depositar los residuos.

Ilustración 1. Salmón en salsa de naranja y guarnición guisantes con zanahoria



AUDITORÍA 23-01-2020: CAFETERÍA			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:00	B	Cafetería. Salón de público	GL está limpiando el salón (mesas y suelo). El salón está ocupado en menos de la tercera parte de su capacidad. Se observa limpio y mantenido. El menú está visible e incluye el precio. Además, se observan las indicaciones sobre alérgenos.
12:10	B	Almacén	Los alimentos están correctamente envasados y etiquetados. Se disponen por familias en la medida de las posibilidades de la capacidad del almacén (dos estanterías en buen estado). También se observan algunos materiales (no líquidos) como papel de cocina, bolsas de basura y útiles de limpieza).
12:15	B	Recepción	Arcón vertical (verificado el 31/7/19, nº 1), cuyo panel de indicación de temperatura no funciona. Dentro dispone de una sonda que indica que está a temperatura a -18°C.
12:20	B	Barra de cafetería	Los expositores se observan limpios y mantenidos y a las temperaturas adecuadas a su contenido ($\leq 7^{\circ}\text{C}$). En las ensaladas se indica la fecha de elaboración, y se encuentran en envases cerrados traslúcidos. En los bocadillos además del etiquetado se indica el precio. Los timbres contienen alimentos por familias correctamente etiquetados. Se encuentran limpios y mantenidos. Se observan contenedores de plástico con fruta también etiquetada (por ejemplo, naranjas con lote 20/1. La máquina de hielo está en funcionamiento y mantenida, al igual que cafeteras y resto de equipos utilizados en la barra de cafetería. Hablamos con MA (ASL). La fruta observada en los timbres tiene buenas características organolépticas.
12:25	B	Zona de lavado	Se observa una mesa con los útiles de limpieza y los productos en uso, así como el carro de limpieza. Hay un lavavajillas y 3 cubos de basura adecuados a los residuos de la zona.

AUDITORÍA 23-01-2020: CAFETERÍA																									
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN																						
12:30	B	Cocina	Se observan los medios y equipos necesarios para preparaciones a la plancha, microondas, 2 freidoras, 4 fogones. Las superficies están en uso y las tablas y cuchillos de corte también. En una estantería se observan las especias y otros alimentos en uso como el aceite o la sal. Todos están etiquetados y cerrados.																						
12:35	B	Salón de personal	Se observa el carro en el que trasladan la comida desde cocina a cafetería. Por dentro está sucio, se ha derramado líquido procedente de algún elaborado. El congelador contiguo está a -24,5°C.																						
12:36	B	Baños María	Se observan las temperaturas de los platos calientes en las bandejas gastronorm, de las que se sirven los platos, con la cámara termográfica. Todos en rangos de temperaturas adecuados.																						
13:20	B	Cuadro de luz	Se observa la temperatura del cuadro sin temperaturas relevantes. <table border="1" data-bbox="558 801 805 907"> <thead> <tr> <th colspan="3">Medidas</th> <th>°C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Art</td> <td>Max</td> <td>37,1</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Min</td> <td>25,3</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Average</td> <td>26,6</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="558 913 805 985"> <thead> <tr> <th colspan="2">Parámetros</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Emissividad</td> <td>0,95</td> </tr> <tr> <td>Temp. ref.</td> <td>29 °C</td> </tr> </tbody> </table>  	Medidas			°C	Art	Max	37,1			Min	25,3			Average	26,6		Parámetros		Emissividad	0,95	Temp. ref.	29 °C
Medidas			°C																						
Art	Max	37,1																							
	Min	25,3																							
	Average	26,6																							
Parámetros																									
Emissividad	0,95																								
Temp. ref.	29 °C																								

Ilustración 2. Termografía: pescadilla en salsa verde

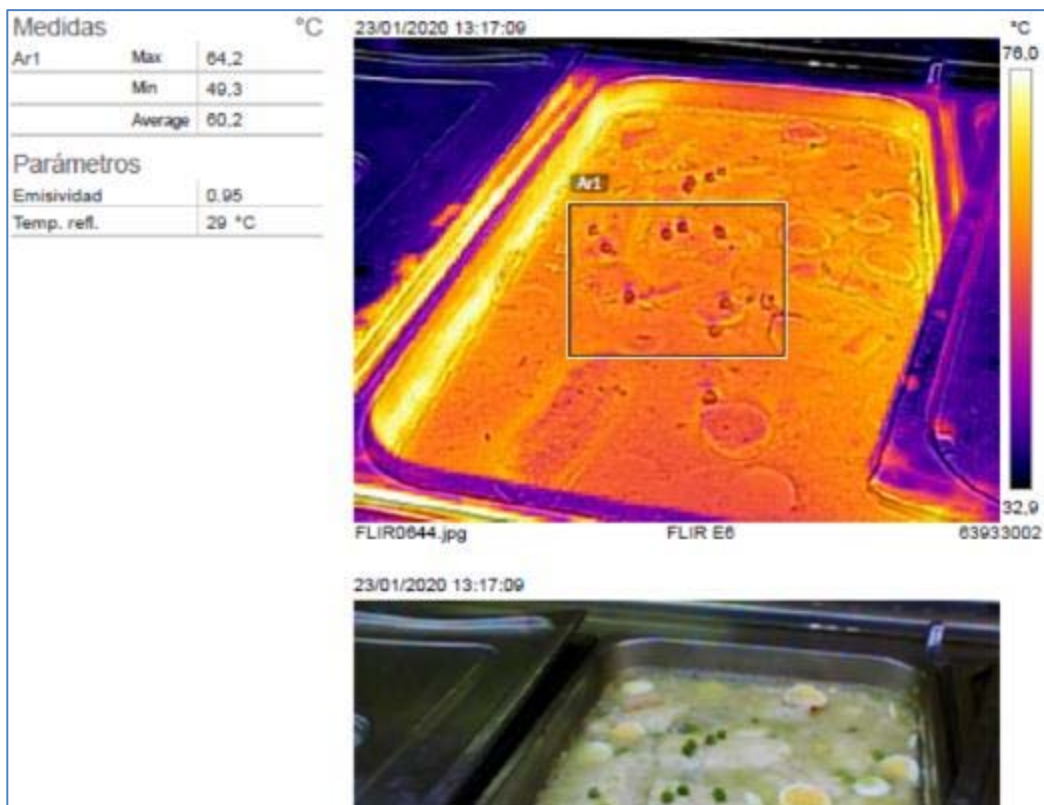


Ilustración 3. Caldereta de ternera

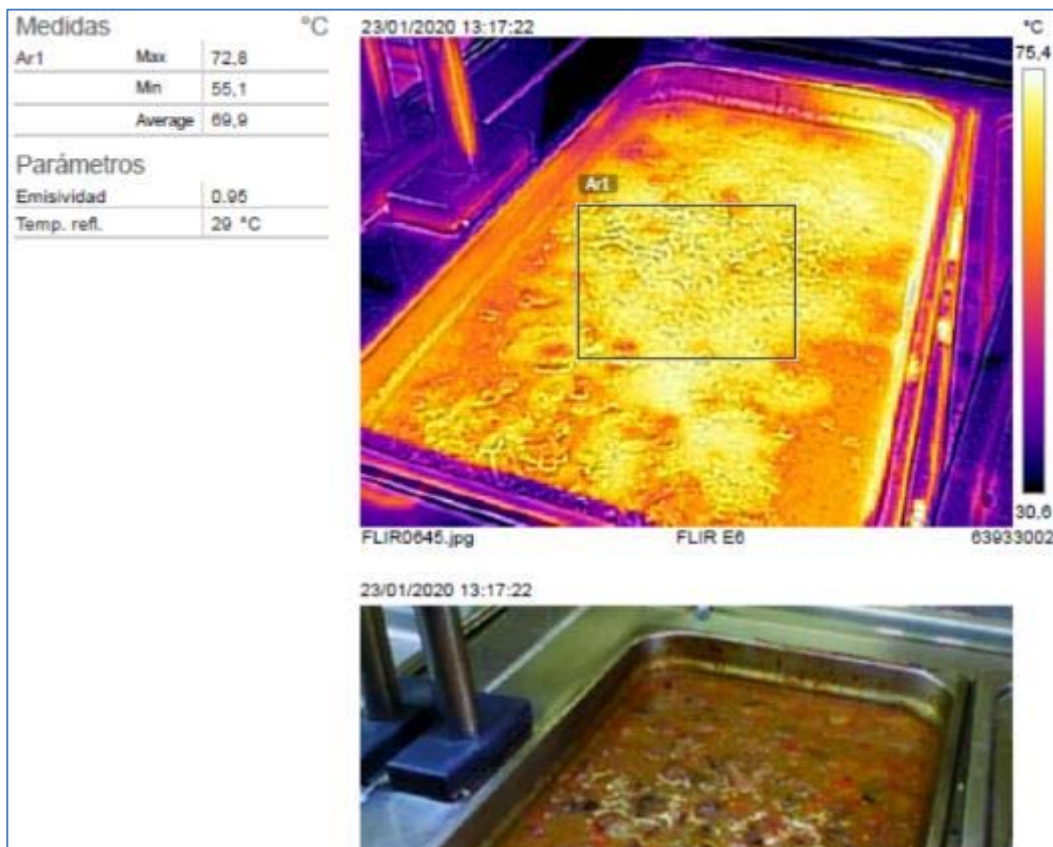
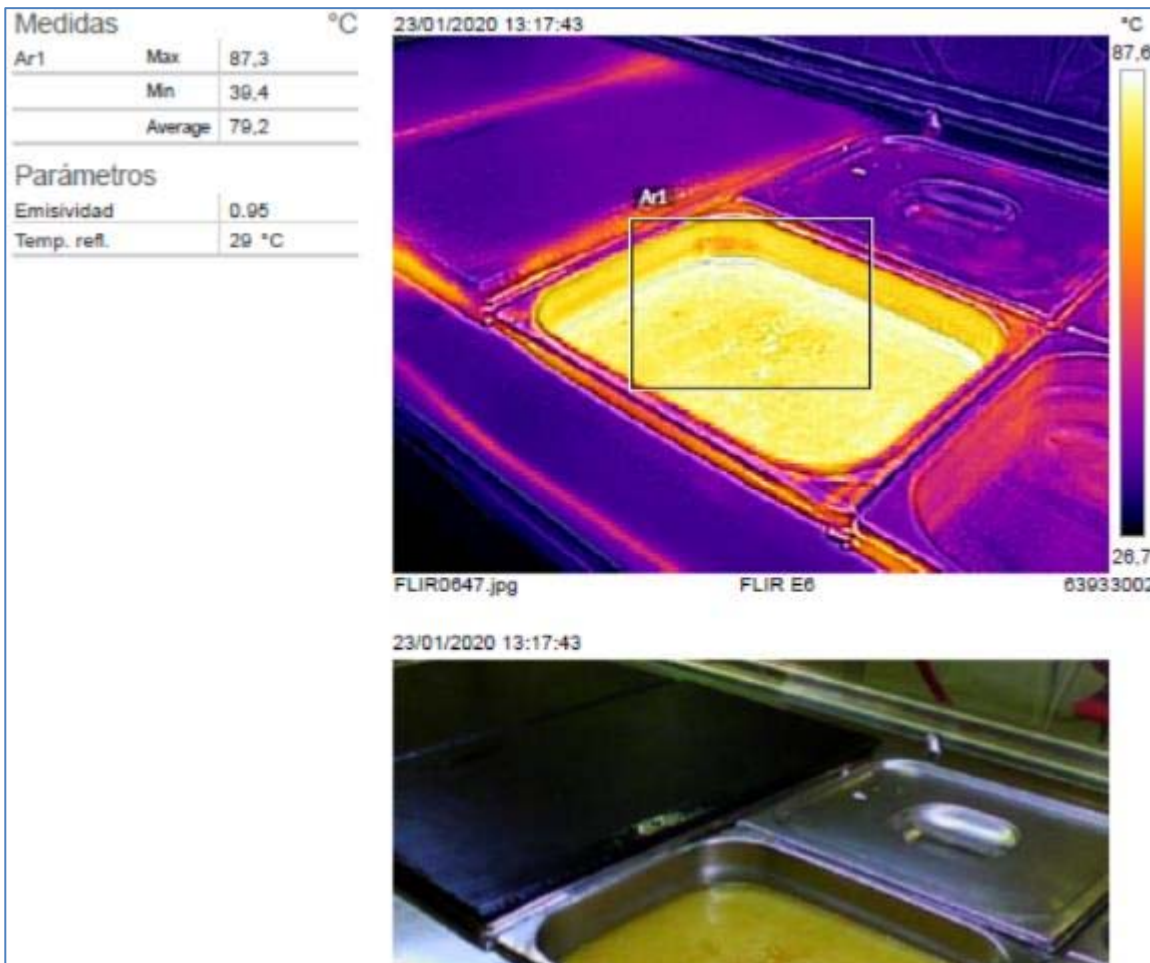


Ilustración 4. Sopa de cebolla



D) PUNTOS FUERTES DEL SERVICIO

- Fichas técnicas de los platos a elaborar: son completas y contienen la información relevante para los distintos usos (cocineros y dietistas).
- La cumplimentación de registros: completa y su análisis permite verificar el cumplimiento de los procedimientos establecidos. Además, permite una trazabilidad completa desde cualquier punto del proceso de ingrediente hasta llegada al paciente y a la inversa.

E) ÁREAS DE MEJORA

- Mejorar el mantenimiento de Equipos de frio de las cámaras, algunos siguen deteriorados, así como de los suelos de cocina.
- Revisar los distintos manuales y documentos del servicio para hacerlos coincidir en actualización y contenido, de forma que no existan discrepancias entre unos y otros.

3.2.4. CRITERIOS DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS (GR)

A) DOCUMENTACIÓN Y VISITAS

Socio operativo: [Internalizado e Hibisa](#). Gestión interna de residuos ARACAS y proporciona contenedores adecuados y pegatinas el servicio de almacén.

Responsable de servicio: [M^a Ángeles Martín](#)

Visita el [23-1-2020](#), [11-2-2020](#) y [26-2-2020](#)

La **documentación recibida** ha sido la siguiente:

Manual de procedimientos

El **manual de procedimientos** "HSE-PRONEG/RSUSAN.1.6" se encuentra en revisión con fecha 31/3/2019.

- Alcance (se excluyen residuos clase IV y VII).
- Normativa. Hace referencia a normativa actualizada y aquella que esté vigente en cada momento.
- Recursos humanos del servicio: se indica claramente que trabajador realiza los procesos de este servicio: Personal de limpieza desde la generación hasta los puntos intermedios; peones especialistas del servicio de limpieza (desde puntos intermedios hasta punto final de residuos en el hospital; empresas externas a las que se les entregan los residuos para su transporte a las plantas de tratamiento correspondientes. Además, el personal del servicio de almacén es quien proporciona los contenedores y pegatinas necesarios para la segregación de residuos.
- Segregación de residuos dentro del hospital según la normativa aplicable.
- Clasificación por tipo de residuos y su gestión: la descripción de los medios y los procesos es completa y adecuada a la normativa vigente. Solo se observa pendiente la gestión de medicamentos caducados no citotóxicos, que se están recogiendo y gestionando como RPs en contenedor rojo.

Los participantes en la generación del residuo:

- Personal sanitario: segrega los residuos desde su generación hasta depositarlos en el contenedor apropiado al tipo de residuo.
- Trabajadores, usuarios y visitantes del hospital: desde su generación hasta depositarlos en el contenedor apropiado

Los tipos de residuos (Decreto 83/1999) y el circuito que siguen:

- **Clase I** "Residuos generales": Residuos sin ninguna contaminación específica, que no presentan riesgo de infección ni en el interior ni en el exterior de los centros sanitarios: papel, cartón, vidrio, mobiliario, restos de jardinería.

En envases clase I se indica contenedor amarillo, pero se incluye también contenedor negro con etiqueta amarilla.

En vidrio clase I no se indica el color del contenedor, en la fotografía es negro con etiqueta verde.

En los cuartos de almacenamiento intermedio (zona ascensores A y B) hay contenedores de 800 litros para ubicar las bolsas de residuos urbanos, contenedores de vidrio y envases clase I, con bolsa amarilla y negra respectivamente. Se indica que el vidrio se recicla en zonas de estar de personal y el plástico en zonas de estar de personal, almacén general y diálisis (debe ser siempre vidrio y plástico de uso doméstico). El vidrio y los envases se recogen en el carro de transporte que aparece en la página 14 del Manual de Procedimientos hasta el almacenamiento final: iglú y contenedor amarillo de 800l respectivamente. El contenido de las papeleras se desecha en los contenedores cerrados con candado.

- **Clase II** “Residuo Biosanitarios Asimilables a Urbanos”: Todo residuo Biosanitario que no pertenezca a ninguno de los 9 grupos de residuos biosanitarios definidos y/o clasificados como residuos biosanitarios Clase III. Aunque es un residuo asimilable a urbano, la legislación vigente prohíbe su valorización. Bolsas verdes de 52x60, 85x105; Contenedores de 800cc (los mismos de RU); Mismos procesos que los indicados para RU.
- **Clase III** “Residuos Biosanitarios Especiales” Contenedores negros homologados rígidos, opacos, resistentes a la humedad y perforación, de cierre hermético de 30 y 60 litros, provisto de bolsa roja de 300 galgas y de pictograma “bioriesgo”. Contenedores homologados para recogida de punzantes y cortantes, rígidos, de menor tamaño que los anteriores, resistentes a la perforación, impermeables y opacos, que serán depositados en los anteriores por el personal sanitario, para su eliminación. En tamaños de 1, 3, 5 y 10 litros. El personal sanitario cierra el contenedor y lo deposita en el lugar específico de recogida. El personal de limpieza recoge los contenedores cerrados cuando realiza la limpieza de la zona. Fuera de ese horario atienden avisos de emergencia. Desde las zonas de almacenamiento intermedio estos residuos son trasladados a la cámara de residuos ubicada en la zona de almacenamiento final. Desde este punto son recogidos por la empresa gestora de residuos especiales 2 veces por semana. Se transportan en una jaula específica. El carro de transporte se limpia con SOLQUAT PLUS al terminar cada recogida de residuos.
- **Clase V:** Residuos Químicos: Aquel residuo que presenta una o varias de las siguientes características: explosivo, oxidante, inflamable, irritante, nocivo, tóxico, cancerígeno, corrosivo, infeccioso, tóxico para la reproducción, mutagénico, emisor de gases tóxicos, sensibilizantes, ecotóxicos, residuos susceptibles de producir alguna de estas sustancias tras su eliminación y todo aquel que pueda aprobar el Gobierno, así como los recipientes y envases que lo hayan contenido.
 - La recogida de pilas se realiza en aquellos puntos en los que se sirven desde almacén (se recogen sólo las pilas generadas en la actividad del Hospital). En cajas de cartón y contenedores rojos de pilas con pictogramas y etiquetas correspondientes en la zona de almacenamiento final.



- La recogida de toner se realiza en las cajas de cartón identificadas.



- Los Fluorescentes (gestionados por la empresa de mantenimiento con AMBILAMP)
- Aceites de mantenimiento (gestionados directamente por la empresa de mantenimiento)
- Baterías usadas (gestionados directamente por la empresa de mantenimiento con las empresas suministradoras)
- Envases contaminados, procedentes del almacenamiento de productos químicos identificados como peligrosos (*). Contenedor rojo de 30 y 60 litros y etiqueta del tipo de residuo. Los envases contaminados se recogen tanto en contenedor rojo como en big bag.
- Aguas de laboratorio en garrafas.

- Disolventes no halogenados
- Reactivos de laboratorio
- Restos anatómicos en formol contenedor rojo de 30 y 60 litros
- Medicamentos caducados no citotóxicos (en proceso puesto que si no son citotóxico no son peligrosos)
- **Clase VI:** Residuos Citotóxicos: Residuos compuestos por restos de medicamentos citotóxicos y todo material que haya estado en contacto con ellos, que presentan riesgos carcinogénicos, mutagénicos o teratogénicos, tanto en el interior como en el exterior de los centros sanitarios.
 - Contenedores azules homologados rígidos, opacos, resistentes a la humedad y perforación, de cierre hermético de 30 y 60 litros, provisto de pictograma "citotóxico"
 - Contenedores homologados de 3 litros para recogida de punzantes y cortantes, rígidos, resistentes a la perforación, impermeables y opacos, que serán depositados en los anteriores por el personal sanitario, para su eliminación.
- **Clase VII** Residuos Radiactivos: Residuos radiactivos y/o contaminados con sustancias radiactivas, su eliminación es competencia exclusiva de la "Empresa Nacional de Residuos Radiactivos, Sociedad Anónima (ENRESA) (en general no se producen en el Hospital).

Se indican los siguientes anexos:

Anexo 1: "Tipo de contenedores existentes"

Anexo 2: "Fichas técnicas de contenedores existentes"

Anexo 3: "Circuito retirada papel"

Anexo 4: "Documento de aceptación"

Anexo 5: " Documento de control y seguimiento"

Anexo 6: "Control de vehículos autorizados para retirada de residuos especiales"

Anexo 7: "Informe mensual"

Se recibe la siguiente documentación

Catálogo de contenedores de residuos peligrosos

Residuo				
RBE Residuos biosanitarios especiales	60l 	30l 	60l 	
RBE Punzantes y cortantes	10l 	5l 	3l 	1l 

Residuo				
RC Residuos citotóxicos	60l 	30l 	3l 	
RQ Residuos químicos peligrosos	60l 	30l	25l 	
Pilas				

Tabla 43. Análisis del catálogo de contenedores de residuos peligrosos

Catálogo contenedores con homologaciones

Incluye los siguientes:

- SC 60 mono reutilizable (negro con bolsa roja)
- 60 litros destruibles: negro, azul y rojo
- 30 litros: negro y azul
- SC 30 mono (se indica puntualmente)
- Jerrican 25 litros apilable

Catálogo contenedores punzantes con homologaciones

- 1 litro, cuadrado de segunda generación
- Dispo 1 litro
- CS 3 litros, Bicocompact 3 litros (amarillo y azul)
- CS 5B, 5 litros cuadrado
- NURSY 10 litros, 10 litros cuadrado

NIMA

NIMA Hospital del Sureste SA

NIMA: 2800031394

Autorizaciones: P01 - Productor de residuos peligrosos, en tramitación

Sede							
NIF: A84398429		Razón Social: HOSPITAL DEL SURESTE, S.A.					
Dirección Sede: Calle O DONNELL 4 6, 28009 Madrid, Madrid							
Municipio: Madrid		Código INE Municipio: 280796			CP: 28009		
Provincia: Madrid		Código INE Provincia: 28					

Centro							
Denominación del Centro: HOSPITAL DEL SURESTE, S.A.							
NIMA: 280003139C							
Dirección Centro: Parcel VAL DELARCIPRESTE S/N, 28500 Arganda del Rey, Madrid							
Municipio: Arganda del Rey		Código INE Municipio: 280148			CP: 28500		
Provincia: Madrid		Código INE Provincia: 28					

Autorizaciones							
Tipo Autorización	Nº Autorización	Estado	Fecha Comunicación	Fecha Registro	Fecha Actualización	Fecha de Baja	
P01 - Productor de residuos peligrosos		En tramitación					

NIMA HIBISA

HIGIENICA DE BIOSANITARIOS, S.L. Retira del hospital residuos clase III (Esterilización en autoclave, compactación y enterramiento en vertedero controlado. El contenedor desechable se elimina con el residuo, el reutilizable se somete a un proceso de limpieza y desinfección en las instalaciones de HIBISA y vuelve al hospital limpio, desinfectado y con la bolsa correspondiente colocada), V (Neutralización/inertización/incineración según los casos) y VI (Incineración).

NIMA: 2800088816

Autorización: G01 - Centro Gestor de residuos peligrosos; nº 13G01A1300013420Z (8 procesos)

Sede							
NIF: B87068961		Razón Social: HIGIENICA DE BIOSANITARIOS, S.L.					
Dirección Sede: Avda. DE LA ENCINA 26, 28942 Fuenlabrada, Madrid							
Municipio: Fuenlabrada		Código INE Municipio: 280587			CP: 28942		
Provincia: Madrid		Código INE Provincia: 28					

Centro							
Denominación del Centro: HIGIENICA DE BIOSANITARIOS, S.L.							
NIMA: 2800088816							
Dirección Centro: Avda. DE LA ENCINA 24_26 Polígono P.I. EL TEMPRANAR, 28942 Fuenlabrada, Madrid							
Municipio: Fuenlabrada		Código INE Municipio: 280587			CP: 28942		
Provincia: Madrid		Código INE Provincia: 28					

Autorizaciones							
Tipo Autorización	Nº Autorización	Estado	Fecha Comunicación	Fecha Registro	Fecha Actualización	Fecha de Baja	
G01 - Centro Gestor de residuos peligrosos	13G01A1300013420Z	Autorizada/Registrado		16/07/2015	19/04/2018		Consultar

Residuos:

180103: residuos cuya recogida y eliminación es objeto de requisitos especiales para prevenir infecciones

180108: medicamentos citotóxicos y citostáticos

También se consulta la autorización como transportista de residuos peligrosos:

NIMA: 2800107904; autorización T01 - Transportista de residuos peligrosos con número 13T01A1900016234B.

NIMA ARAFEL

ARAFEL RECICLAJE Y RECUPERACIONES, SL

NIMA: 2800021263

Autorización: G02 - Centro Gestor intermedio de residuos peligrosos (almacenamiento), con número 13G02A1300008398Y; G04 - Centro Gestor de residuos peligrosos con número 13G04A1400008399D; T01 - Transportista de residuos peligrosos con número 13T01A1900010954K y T02 - Transportista de residuos no peligrosos TR/MD/712.

Contratos de traslado y aceptación de residuos**Documentos de aceptación de residuos peligrosos Hibisa**

Se reciben los documentos de aceptación de residuos del hospital por HIBISA:

Fecha	LER	Cantidad	Contrato de tratamiento DA	Solicitud admisión SA
22/2/2016	180103	50.000Kg	30280008881620161134763	30280008881620161134761
22/2/2016	180108	20.000Kg	30280008881620161134764	30280008881620161134762

Tabla 44. Contratos de tratamiento de residuos

Contrato de traslado de residuos Arafel

En el contrato de traslado de residuos de 1/1/2018, constan los siguientes residuos:

- 170405 Hierro y acero
- 160214 Equipos desechados sin componentes peligrosos
- 160216 Comp. Retirados de aparatos eléctricos y electrónicos
- 200140 Metales
- 200101 Papel y cartón

Planos ubicación de contenedores

Se indican mediante X la ubicación de los contenedores en los planos del hospital. Se recomienda añadir una reseña por tipo de residuo e indicar si se trata de puntos de generación, intermedios o finales, así como los circuitos de sucio que siguen los residuos en su transporte por el hospital. Como cualquier residuo, los contenedores cerrados se transportan por los ascensores de sucio hasta el almacenamiento final.

Registro control de vehículos

Se muestra el formato de registro de entrada de vehículos por matrícula y hora.

Informes mensuales

Informes mensuales de septiembre a diciembre 2019.

Informe

- Volumen de residuos retirados del hospital en m³ (RSU, RBAU, RBE, RC, RQ) y cantidad en Kg (RBE, RC, RQ).
- Cantidad producida por unidad funcional RBE, RC y RQ en Kg.
- Residuos químicos peligrosos por unidad funcional en Kg (aguas de laboratorio, disolventes no halogenados, reactivos de laboratorio, restos anatómicos en formol, Pilas, absorbente

contaminado, envases contaminados, envase vidrio contaminado, medicamentos caducados, tubos fluorescentes).

- Frecuencias de retirada del hospital (fechas de RBE y RC y RQ)
- Planilla de personal (igual en los 4 meses recibidos)

Categoría	Zona/Puesto	Horario	PUESTOS								
			Lunes a viernes			Sábados			Domingos y Festivos		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N
Peón Especialista	Residuos	07:00 a 14:00	2			0.5			0.5		
		14:00 a 21:00		1			0.5			0.5	

Anexos con la documentación de control de gestión de residuos.

Albaranes residuos peligrosos

Se ha verificado con el manual que las entregas se realizan según está descrito: la empresa gestora de residuos RBE, RC y parte de los RQ es Hibisa. Cada traslado acompañado de “Documento de identificación” y “Cartas de porte nacional”.

- Septiembre: se observa que en el documento con número de albarán 2019/09182 la matrícula del vehículo (6509 KHM) no coincide con la registrada en el libro de residuos (6109 KHM). La concesionaria indica que la matrícula la apuntó mal el transportista de HIBISA en la documentación (he comprobado con el registro de Seguridad que entró 6109KHM) La frecuencia de retirada de residuos según normativa, debe verificarse mediante las Etiquetas incluidas en cada contenedor de residuos, sin embargo se observa que del 12 al 17 de septiembre no hay retiradas de residuos con código LER 180103, y que por tanto si se generaron residuos el 13 de septiembre no pudieron cumplir la frecuencia de retirada. El V13 y L16 de septiembre de 2019 fueron los festivos locales. Cuando hay festivos coincidentes con los días de retirada, la concesionaria acuerda con HIBISA los días de retirada.
- Octubre: en el albarán 2019/10461, hay discordancia en la matrícula del vehículo que retira estos residuos (en los documentos de identificación de residuos pone como vehículo 6109KHM y en la carta de porte nacional pone 1565 JHV) así como con el libro de residuos (pone 6109KHM). Las frecuencias de retirada de residuos cada 72 horas son adecuadas. El resto de información es coincidente en los distintos registros. La concesionaria indica que la matrícula la apuntó mal el transportista de HIBISA en la documentación (he comprobado con el registro de Seguridad que entró 1565JHV). En libro de registro aparece siempre la matrícula del DCS.
- Noviembre: todos los registros son coincidentes con los albaranes de retirada y cartas de porte nacional
- Diciembre: algunos documentos no indican el vehículo (traslado residuos LER 180108 de 23/12/19 con 6 de 60 litros y 1 de 30 litros; traslados del 16/12/19 albarán 2019/12682; traslados del 12/12/19 residuo 180103 y 180108) El resto de información es coincidente en los registros revisados.

Certificados destrucción papel confidencial

Se reciben los certificados de los cuatro meses de destrucción garantizada del papel y cartón retirado del hospital por la empresa ARAFEL.

Agrupación por motivo	2018	2019	Total
Bolsas (color por tipo de residuo, volumen, galga)	4	10	14
Contenedores (ubicación, sucios, abiertos, rebosando)	6	4	10
Derrames (no tratados, sin kit de derrames)	2		2
Etiquetado de contenedores (pictograma, etiqueta identificativa)	2	5	7
Frecuencia (contenedores rebosando su capacidad o no retirados)	1	10	11
Medios de transporte (sucio, sin identificar su uso)	1		1
Prevención (Circuito limpio/sucio, medidas contra plagas, cierre de puertas, indicación acceso restringido)	2	1	3
Residuos (fuera de su destino, obstruyen desagües, en viales, alrededor de contenedores)	3	3	6
Segregación (mezcla de residuos en contenedores, mezcla de color bolsas, compactación con diferentes tipos de residuos)	8	1	9
Solicitud de información		4	4
Suministro (insuficiente de contenedores, contenedores RBE con bolsa rota, sin etiquetar)	5	11	16
Total	34	49	83

Tabla 45. Número de SIGIs del servicio de gestión de residuos agrupadas por motivo

En la muestra de quejas no se indican quejas relacionadas con este servicio.

Libro de residuos

Se analiza una muestra del libro de residuos con las siguientes observaciones:

- Residuo Biosanitario Especial (LER 180103), se cumple la frecuencia de retirada del hospital en 72 horas salvo los días 29 de marzo de 2018, 1 de noviembre de 2018, 3/1/2019, 18/4/19, 13/9/2019 y 6/12/19, por ser días festivos en los que se acuerda con el gestor el día de retirada.
- Absorbentes contaminados (LER 150202) solo se observa una retirada el 16/12/19 con número de albarán 2019/13741.

Recursos humanos

Cobertura de puestos

Para la visita del 26 de febrero se nos informa que el personal de residuos será:

Mañana: Residuos, fregadora y cristales: LD, LML y RM

Tarde: Residuos: JLD

Todos incluidos en el listado de personal de limpieza con categoría de peones especialistas.

Personal entrevistado durante las vivsitas

SERVICIO	Fecha	TRABAJADOR	OBSERVACIÓN	U	I	
01	Limpieza/ residuos	11-2-2020	LL	Está recogiendo cartón para llevar al punto de residuos determinado	OK	SI
04	Residuos	26-2-2020	LD	Peón especialista trasladando residuos al depósito final	OK	SI

Formación años 2018 y 2019

SERVICIO	CURSO FUERADEL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
01.LIMPIEZA	Gestión de Residuos	Noviembre 2018	5	1 hora	
	Puesta y retirada de Epi's. Agentes Biológicos	Noviembre 2018	6	1 hora	
	Puesta y retirada de Epi's. Agentes Biológicos	Octubre 2018	25	1 hora	

SERVICIO	CURSO FUERADEL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
01.Limpieza	Uso de Compactadora Residuos	Mayo 2019	Responsable limpieza	30 minutos	

SERVICIO	CURSO PREVISTO EN EL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
01. Limpieza	Gestión de residuos Señalización suelo mojado por posibles Dosificación de los productos químicos Productos y carro de limpieza Manejo y funcionamiento de lavadora secadora Protocolo de limpieza en hospitales	Julio/Agosto/Septiembre/2019	Totalidad plantilla del centro (50). Limpadores, Especialistas y peones especialistas	10	
	Plan de Autoprotección: Equipos de Intervención/Evacuación	3er Trimestre	Todo el personal	1 hora	

SERVICIO	CURSO FUERADEL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
04. Residuos	Formación PRL puestos de trabajo	11/10/2019	2 OPERARIO Y CONDUCTOR	3 horas	<p>Conceptos básicos en Prevención de Riesgos Laborales. Normativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Riesgo laboral. <input checked="" type="checkbox"/> La Ley de Prevención de Riesgos Laborales. <input checked="" type="checkbox"/> Primeros auxilios. <input checked="" type="checkbox"/> Máquinas: túnel de autoclave, caldera de vapor, compactadora, volteadora, carretilla elevadora,... <p>Medidas de emergencia. Manipulación manual de cargas. Trastornos posturales y movimientos repetitivos. Residuos sanitarios..</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vías de exposición. • Riesgos en la manipulación de los residuos. Efectos para la salud. • Medidas de prevención y de protección. • Actuación en caso de vertido. • EPI's.
	Requisitos del Reglamento EMAS	04/12/2019	3 Responsables de planta y comercial	15 horas	<ul style="list-style-type: none"> - Implantación Sistema EMAS - Determinación indicadores relativizados - Elaboración Declaración ambiental. - Sensibilización y requisitos legales

Observaciones criterios generales

Las observaciones de este servicio que afectan a los criterios generales son:

CRITERIOS		OBSERVACIÓN	VALOR
DGC.7	La concesionaria emite todos los informes que la Administración Sanitaria le solicita, cumpliendo los plazos y las especificaciones que se le indican.	Se detectan incidencias relacionadas con solicitud de información no proporcionada en tiempo y forma.	4
DGC.10	La concesionaria comunica las incidencias a la Administración Sanitaria en tiempo y forma adecuados, y establece las acciones correctoras que permiten corregir las desviaciones.	No se muestran acciones correctoras o preventivas de las incidencias de mayor frecuencia.	4
RH.2	La concesionaria tiene establecido el número de personas que prestan los servicios, clasificadas por servicio, nivel de formación, categoría profesional, jornada anual y semanal, turno de trabajo, puesto de trabajo y distribución de las cargas de cada puesto por categoría.	No se muestra una medición de las cargas de trabajo.	4
GMA.2	El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	Si bien no se muestran objetivos como tales si se dispone de un análisis del volumen de residuos gestionados.	3
CAL.4	La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	El manual de procedimientos está en proceso de revisión. Contiene la mayor parte de la información indicada en el protocolo del servicio.	4
CAL.9	Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	No se ha realizado ninguna en el periodo de dos años analizados. Se informa que se ha programado una para este año 2020, y se muestra el diseño de la encuesta.	2

Observaciones de auditoría

Fecha	P	Zona	Observación
23/1/20	0	Pasillo acceso rehabilitación	Papeleras bien ubicadas y etiquetadas. La bola negra de la papelera de vidrio no permite leer el tipo de residuos.
11/2/20	5	BQ: vestuario femenino	Papelera sin tapa y rebosando papel WC

Fecha	P	Zona	Observación
11/2/20	5	URPA/CMA: Aseo	Papelera bolsa verde
11/2/20	0	Sala de espera consultas aseo F	Papelera con tapa rota
11/2/20	3	Control enfermería hospitalización	Un contenedor amarillo de uso desconocido y sin bolsa. Papelera RBAU con residuos mezclados.
26/2/20	2	Aseo M (ascensor 3,4)	Papelera sin tapa y rebosando.
26/2/20	1	Urgencias frente admisión	Papeleras sin indicar uso y tabla de madera apoyada en la pared. La puerta está abierta y se puede acceder fácilmente.
26/2/20	1	Urgencias sala de espera pediatría	Contenedor con bolsa verde sin indicar uso.
		Documentación	Residuos Biosanitario Especial (LER 180103), se cumple la frecuencia de retirada del hospital en 72 horas salvo los días 29 de marzo de 2018, 1 de noviembre de 2018, 3/1/2019, 18/4/19, 13/9/2019 y 6/12/19
		Documentación	Algunos albaranes de retiradas de residuos no incluyen la matrícula del vehículo que lo retira o bien no coincide con la registrada en el libro de residuos
		Documentación	No se detallan todos los medios utilizados en el punto final de residuos. En las retiradas se detectan "bolsas big bag" para algunos residuos que no se han incluido en los catálogos, aunque aparece una imagen en el manual en la página 21, pero se describe como "contenedor rojo de 30 y 60 litros" para envases contaminados.

B) EVALUACIÓN DE CRITERIOS

ID	CRITERIOS GESTIÓN DE RESIDUOS (GR)	I6	EVALUACIÓN
GR.1	La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de gestión de residuos.	4,8	Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.
GR.2	El prestador del servicio dispone de la autorización vigente como gestor de residuos sanitarios.	5	Todos los gestores y transportistas están autorizados.
GR.3	El manual de procedimientos describe la gestión de residuos , cumpliendo con la normativa vigente, desde que se producen hasta el almacén final según su clasificación, frecuencia de recogida, tipo y etiquetado de envases y contenedores a utilizar, recorridos, limpieza, incidencias, señalética, seguimiento, medición, autorizaciones, informes, registros, etc.	4	El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio. Se encuentra en revisión. Hay algunos aspectos mejorables en cuanto a descripción de circuitos y medios.

ID	CRITERIOS GESTIÓN DE RESIDUOS (GR)	16	EVALUACIÓN
GR.4	El manual de procedimientos describe la gestión de residuos desde su almacenaje en el área de almacenaje final hasta el destino final de los residuos cumpliendo con la normativa vigente (número y mantenimiento de medios de transporte y almacenaje, retirada de los mismos según el tipo de residuos que contienen, horario, gestión de autorizaciones y documentación relacionada, formato, tipo y número de registros relacionados, plantas de tratamiento autorizadas, etc.).	5	El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio, y se complementa con el manual de limpieza.
GR.5	El servicio ha desarrollado un procedimiento para contener y actuar ante el vertido o derrame accidental de residuos peligrosos.	5	El procedimiento "Preparación y Respuesta frente a Emergencias" incluye lo indicado en el criterio.
GR.6	El servicio registra adecuadamente el peso de los distintos residuos (por tipo y unidad productora que solicite la Administración Sanitaria) que entran en el área de almacenaje final.	4	Los informes mensuales que se envían a la administración sanitaria incluyen los pesos y volúmenes por tipo de residuos y por área productora. Existe alguna incidencia puntual relacionada con la información mensual proporcionada.
GR.7	El servicio registra la salida de residuos del área de almacenaje final y su destino final.	4	El libro de residuos contiene esta información. Se archivan y mantienen los documentos de retiradas de residuos. Algunos albaranes no incluyen la matrícula del vehículo que retira el residuo o bien no coincide con la registrada.
GR.8	El servicio emite un informe mensual y con la periodicidad acordada con la Administración Sanitaria, sobre la cantidad, tipo, unidad productora de residuos y destino final.	5	En los informes mensuales se adjuntan albaranes de la retirada de residuos peligrosos y en el manual de procedimientos aparecen los autorizados para estas retiradas.
GR.9	El servicio archiva y registra copias de los documentos acreditativos de vertederos controlados (RSU y RBAU), plantas de reciclaje autorizadas y homologadas (papel, cartón, vidrio, plástico y pilas), plantas de tratamiento autorizadas (RBE y RC) y gestores de residuos químicos autorizados y homologados (RQ).	5	No se detectan incidencias relacionadas en estos registros.
GR.10	El servicio provee de un stock básico de bolsas y contenedores y de emergencia para residuos biosanitarios especiales, punzantes y pictogramas de bioriesgo.	4	En el Manual se establecen pactos para el número y tipo de contenedores por unidad. Alguna incidencia puede relacionarse con el suministro insuficiente en alguna unidad.
GR.11	El servicio provee el almacenamiento final de los contenedores compactadores (RSU y RBAU), contenedores para reciclado (vidrio, plásticos) contenedores (pilas) y cámara frigorífica (RBE y RC) acordados con la administración sanitaria.	4	Algunas incidencias SIGI pueden relacionarse con este criterio (contenedores rotos y desorden y suciedad del punto final de residuos).

ID	CRITERIOS GESTIÓN DE RESIDUOS (GR)	I6	EVALUACIÓN
GR.12	El servicio realiza la limpieza y reposición de los equipos del almacenamiento final, y la limpieza, desinfección y reposición de los medios de transporte de contenedores utilizados.	4	No se muestran evidencias del lavado y mantenimiento de los contenedores y compactadores. Algunas incidencias pueden relacionarse con este criterio.
GR.13	El personal del servicio realiza la gestión de residuos sanitarios urbanos y biosanitarios asimilables a urbanos, tal y como se describe en el procedimiento de gestión de residuos (frecuencias establecidas y según necesidad, rutas, recogida en bolsas adecuadas, cierre y depósito de las mismas en contenedores adecuados, traslado a los almacenes intermedios y finales, reposición de bolsas, recorrido, etc.). Al finalizar la jornada no quedarán bolsas ni contenedores pendientes de retirar, para lo que se cumple con las rutas de retirada y comprobación.	4	Algunas incidencias SIGI tanto a este servicio como al de limpieza muestran que puntualmente no se han cumplido las frecuencias de retirada de las plantas.
GR.14	El personal del servicio realiza la gestión de residuos biosanitarios especiales , tal y como se describe en el procedimiento de gestión de residuos tanto en relación a las características de los contenedores (cerrados previamente, rígidos, opacos, resistentes a la humedad y perforación, cierre hermético, volumen inferior o igual a 60 litros, señalizados mediante pictograma de bioriesgo), como en cuanto a su recorrido y medio de traslado a los almacenes intermedios y finales, reposición de los mismos en los puntos acordados y limpieza y desinfección. Al finalizar la jornada no quedarán contenedores cerrados pendientes de retirar.	4	Alguna incidencia SIGI pueden relacionarse con este criterio (uso de contenedores para otros residuos y sin pictogramas ni etiquetas)
GR.15	El personal del servicio realiza la gestión de residuos citotóxicos , tal y como se describe en el procedimiento de gestión de residuos tanto en relación a las características de los contenedores (cerrados previamente, rígidos, opacos, resistentes a la humedad y perforación, cierre hermético, volumen inferior o igual a 60 litros, señalizados mediante pictograma de citotóxico, stock), como en cuanto a su recorrido y medio de traslado a los almacenes intermedios y finales y reposición de los mismos en los puntos acordados. Al finalizar la jornada no quedarán contenedores cerrados pendientes de retirar.	4	Algunas incidencias SIGI pueden relacionarse con este criterio (uso de contenedores para otros residuos y sin pictogramas ni etiquetas).

ID	CRITERIOS GESTIÓN DE RESIDUOS (GR)	I6	EVALUACIÓN
GR.16	El personal del servicio realiza la gestión de residuos químicos , en cuanto a la dotación de envases adecuados (garrafas de polietileno de un solo uso con cierre de seguridad y etiquetas identificativas del tipo de residuo y peligrosidad) y tras su clasificación y envase adecuado por el personal sanitario se procede a su almacenaje en lugar acordado hasta la entrega al gestor autorizado en días acordados junto con la documentación de control y seguimiento.	4	Algunas incidencias SIGI pueden relacionarse con este criterio (garrafas con líquido derramado, mal etiquetadas).
GR.17	El área destinada al almacenamiento final está claramente señalizada y solo tiene acceso el personal autorizado.	4	Se detecta una incidencia relacionada con este criterio (puertas abiertas).
GR.18	El área destinada al almacenamiento final dispone de una toma de agua para la limpieza de la instalación, así como ventilación suficiente.	4	Puntualmente una SIGI puede relacionarse con la ventilación de las estancias del depósito final de residuos.
GR.19	El servicio de residuos gestiona la retirada de los contenedores cuando están llenos y en el caso de los residuos peligrosos con la frecuencia establecida por la legislación vigente y siempre que las necesidades del centro lo requieran y con las empresas que cumplen los requisitos legales (documentos de control y seguimiento de residuos firmados, peticiones, autorizaciones, homologaciones, ADR, etc.).	5	No se detectan incidencias relacionadas.
GR	INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO GESTIÓN DE RESIDUOS	4,4	






Tabla 46. Resultados de nivel del servicio de Gestión de residuos (GR)



C) OBSERVACIÓN DEL PROCESO DE RESIDUOS

A continuación se incluye una tabla con fotos de las observaciones realizadas durante la auditoría y otras evidencias. Debido a la situación de estado de alarma no ha sido posible planificar una visita específica de este servicio y no se ha visitado el punto final de residuos.

FOTOS E IMÁGENES	OBSERVACIÓN
	<p>23/01/2020 10:09 Zona Generación Urgencias planta 1 Aseo público adaptado Contenedor higiénico</p>
	<p>23/01/2020 10:21 Depósito final de residuos Vial de servicios generales Iglús de vidrio</p>
	<p>23/01/2020 10:21 Zona Generación Pasillo sucio cocina planta 1 Contenedor envases plástico Bolsa amarilla, contenedor negro etiquetado amarillo Puerta cámara de residuos Temperatura 4°C</p>
	<p>23/01/2020 11:09 Zona Generación Cocina planta 1: cocina Papeleras negras de envases (plástico y metal), bolsas amarillas.</p>

FOTOS E IMÁGENES	OBSERVACIÓN
	<p>23/01/2020 12:21 Zona Generación Cafetería planta 0: salón público Papeleras residuos orgánicos con bolsa negra</p>
	<p>23/01/2020 12:25 Zona Generación Cafetería planta 0: zona de lavado Papeleras residuos orgánicos con bolsa negra y envases bolsa amarilla</p>
	<p>23/01/2020 13:08 Depósito intermedio Cocina planta 1: cuarto de basura Contenedores y usos observados según procedimientos</p>
	<p>23/01/2020 13:13 Generación Planta 0: pasillo acceso rehabilitación Papeleras bien ubicadas y etiquetadas. La bola negra de la papeleras de vidrio no permite leer el objeto de esta.</p>
	<p>23/01/2020 13:27 Depósito intermedio Planta 0: cuarto sucio de rehabilitación Contenedor de papel cerrado</p>

FOTOS E IMÁGENES	OBSERVACIÓN
	<p>23/01/2020 13:38 Planta 0: almacén rehabilitación Contenedores disponibles para residuos RBE</p>
	<p>11/2/2020 8:57 Generación Planta 6 esterilización: aseo Contenedor envases contaminados de plástico</p>
	<p>11/2/2020 9:06 Depósito intermedio Planta 6 esterilización: cuarto sucio Contenedor envases contaminados de plástico, contenedor de papel confidencial cerrado, pallet y kit de derrames.</p>
	<p>11/2/2020 9:16 Generación Planta 6 esterilización: lavado Papeleras para RBAU y envases de plástico</p>
	<p>11/2/2020 9:51 Generación Planta 6 esterilización: limpio Papeleras para RBAU y envases de plástico</p>

FOTOS E IMÁGENES	OBSERVACIÓN
	<p>11/2/2020 10:31 Generación Planta 5 BQ: vestuario femenino Papelera sin tapa y rebosando</p>
	<p>11/2/2020 10:32 Generación Planta 5 BQ: pasillo de acceso Papeleras residuos</p>
	<p>11/2/2020 10:34 Generación Planta 5 BQ: pasillo limpio Papelera RBAU</p>
	<p>11/2/2020 10:41 Generación Planta 5 URPA/CMA: Aseos Papelera bolsa verde</p>
	<p>11/2/2020 10:41 Depósito intermedio Planta 5 URPA/CMA: Cuarto sucio 2 contenedores RBE, bolsa roja etiquetados</p>
	<p>11/2/2020 10:43 Generación Planta 5 URPA/CMA: Vestuarios y aseos 2 papeleras, una residuos RBE con indicación del tipo de residuos, otra con bolsa blanca para ropa sucia</p>

FOTOS E IMÁGENES	OBSERVACIÓN
	<p>11/2/2020 10:51 Depósito intermedio, Planta 5 BQ, señalado. Contenedores de 800l para bolsas verdes y negras, contenedores para vidrio y envases de plástico, caja de tóner</p>
	<p>11/2/2020 10:55 Generación, Planta 5 BQ, vestuario pacientes. 2 papeleras, una para residuos RBE, otra con bolsa blanca para ropa sucia</p>
	<p>11/2/2020 11:08 Generación, Planta 5 BQ, aseo. Papelera bolsa negra</p>
	<p>11/2/2020 11:09 Depósito intermedio, Planta 5 BQ, Sucio. Contenedor de documentación confidencial cerrado, contenedores RBE y RC disponibles para su uso etiquetados y con pictograma</p>
	<p>11/2/2020 11:12 Depósito intermedio, Planta 5 BQ, Cuarto de residuos. Etiquetados y con pictograma según contenedor y tipo de residuo.</p>
	<p>11/2/2020 11:15 Generación, Planta 5 BQ, Cuarto de limpieza. Contenedor de envases contaminados de plástico y papeleras para residuos RBAU.</p>

FOTOS E IMÁGENES	OBSERVACIÓN
	<p>11/2/2020 11:25 Generación, Planta 5 BQ, Cuarto de limpieza. Contenedor de envases contaminados de plástico.</p>
	<p>11/2/2020 11:26 Depósito intermedio, Planta 5 BQ, señalizado. Contenedores de 800l para bolsas verdes y negras, pallet para cartón y caja de tóner</p>
	<p>11/2/2020 12:03 Generación. Planta baja. Sala de espera aseo M y adaptado. Papelera bolsa negra.</p>
	<p>11/2/2020 12:04 Generación. Planta baja. Sala de espera consultas aseo F. Papelera con tapa rota</p>
	<p>11/2/2020 12:17 Generación. Planta 3 Hospitalización. Cuarto de limpieza. Contenedores para envases contaminados</p>

FOTOS E IMÁGENES	OBSERVACIÓN
 <p style="text-align: center;">Mezcla de residuos</p>	<p>11/2/2020 12:21 Generación. Planta 3 Hospitalización. Control de enfermería. Un contenedor amarillo de uso desconocido. Papelera RBAU con residuos mezclados.</p>
	<p>11/2/2020 12:24 Generación. Planta 3 Hospitalización. Cuarto sucio. Contenedor de papel confidencial cerrado, contenedor de envases de plástico y papelera de RBAU.</p>
	<p>11/2/2020 12:37 Almacén. Planta 3 Hospitalización. Contenedores para su uso, etiquetados y con pictograma</p>
	<p>26/2/2020 9:26 Generación. Planta 2 Despacho 512 pruebas diagnósticas. Contenedores en uso, etiquetados y con pictograma. Contenedores RBAU.</p>
	<p>26/2/2020 9:37 Depósito intermedio. Planta 2 cuarto sucio. Contenedores en etiquetados y con pictograma.</p>
	<p>26/2/2020 9:43 Generación. Planta 2 cuarto de limpieza. Contenedores envases contaminados.</p>

FOTOS E IMÁGENES		OBSERVACIÓN
		<p>26/2/2020 9:43 Generación. Planta 2. Aseo M (ascensor 3,4). Papelera sin tapa y rebosando.</p>
		<p>26/2/2020 10:52 Generación. Planta 1. Urgencias frente admisión. Papeleras de residuos. La puerta está abierta y se puede acceder fácilmente.</p>
		<p>26/2/2020 11:23 Generación. Planta 1. Urgencias cuarto de limpieza. Contenedor de envases contaminados y papelera RU.</p>
		<p>26/2/2020 11:25 Generación. Planta 1. Urgencias sala de espera pediatría. Contenedor con bolsa verde en sala de espera.</p>
		<p>26/2/2020 12:05 Depósito intermedio. Planta 4. Cuarto sucio. Contenedores etiquetados y con pictograma.</p>

D) PUNTOS FUERTES DEL SERVICIO

No se detectan

E) ÁREAS DE MEJORA

- Actualizar el manual de procedimientos, revisando aquellos puntos que no quedan del todo claros (ver el análisis realizado en el primer apartado de documentación revisada)

- Se recomienda incluir, en un anexo, por ejemplo, el listado de etiquetas y pictogramas que debe incluir cada contenedor, así como su cumplimentación antes del cierre y responsable del mismo.
- En los planos, incluir los circuitos de sucio que siguen los residuos, así como señalar los puntos donde se ubican los contenedores limpios.
- Sigue detectándose puntualmente, confusión en el color de las bolsas de algún contenedor (aseos y salas de espera).

3.2.5. CRITERIOS DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO (MTO)

A) DOCUMENTACIÓN Y VISITAS

Socio operativo: [Instituto de Gestión Sanitaria](#)

Responsable de servicio: [Pascual Olmos](#)

Visita el [23-1-2020](#), [11-2-2020](#) y [26-2-2020](#)

La **documentación recibida** ha sido la siguiente:

Manual de procedimientos

El **manual de procedimientos** "PGH-PRONEG/Gestión mantenimiento.1.5" está pendiente de aprobación por la administración desde su entrada en el registro el 15-2-19. Con fecha 1-3-17 y 23 páginas. Incluye:

1. Procedimientos y programación de actividades
 - 1.1. Procedimientos generales
 - Activos físicos objeto de mantenimiento (anexo 1)
 - Tipos de mantenimiento
 - Gamas de mantenimiento (anexos 2 a 5)
 - 1.2. Recursos materiales (anexo 7)
 - EPIs (anexo 8)
 - 1.3. Informes
2. Planes de Mantenimiento
 - 2.1. Conducción y Explotación Instalaciones
 - Anexo 9 planes mensuales a corto
 - Mantenimiento conductivo: registro en 5 minutos
 - Anexo 10 tiempos máximos de respuesta ante incidencias
 - 2.2 Acuerdos con la Administración en función de las épocas, zonas y horarios
 - Anexo 12 planes medio plazo
 - Anexo 13 planes largo plazo
 - 2.3 Control de consumos, previsión de aprovisionamiento y control de rendimientos
 - Anexo 14: Suministros
 - 2.4 Mantenimiento Preventivo Programado
 - 2.5 Mantenimiento Correctivo
 - Niveles de urgencia según tipo de avería (Inmediato, <30 minutos, < 1 hora)
 - 2.6 Cobertura de emergencia por persona autorizada las 24 horas del día
 - 2.7 Mantenimiento técnico-legal
 - 2.8 Libros oficiales
 - Anexo 16: Normativa y legislación
 - 2.9 Programa de pruebas e inspecciones
 - 2.10 Respuesta a las inspecciones
 - 2.11 Actuaciones por adecuación a nuevas exigencias legales
- 3 Mantenimiento de activos
 - 3.1 Documentación necesaria
 - 3.2 Gestión de inventario técnico de activos
- 4 Gestión técnica
 - 4.1 Gestión técnica informatizada del mantenimiento
 - 4.2 Formación y competencia de los usuarios
- 5 Calidad
 - 5.1 Uniformidad -Identificación

- 5.2 Uniformidad
- 5.3 Verificación de los puestos de trabajo
- 6 Situaciones críticas del servicio
 - 6.1 Dejar inoperativa una parte o la totalidad de un área asistencial (Respuesta a solicitudes de emergencia)
 - 6.2 Entorpecer la actividad de un área (Respuesta a solicitudes de urgencia)
 - 6.3 Reclamación por parte de la Administración o de los Usuarios del Hospital
- 7 Anexos

No se reciben los anexos

Informes mensuales

Los informes mensuales revisados de septiembre 2019 hasta diciembre de 2019, incluyen:

- Resumen de actividades de mantenimiento, planificadas y ejecutadas por tipo de mantenimiento y tiempo en horas empleado
- Control de consumos: método de obtención de datos, y datos del mes. Gráficos de consumos
- Listado de actuaciones (número de orden, fecha, tiempo empleado, operario y tipo de mantenimiento realizado)
- Planificación de plantilla mensual para el mes siguiente

Mantenimiento	Nº OT/mes Planificación	Nº OT/mes Ejecución	Tiempo empleado (h)	MES
Preventivo	73	73	70,00	SEPTIEMBRE
Correctivo		574	558,58	
Conductivo		1.179	740,33	
Técnico-Legal	50	50	127,42	
Otros trabajos		96	95,42	
Total	123	1.972	1.591,75	
Preventivo	94	94	110,17	OCTUBRE
Correctivo		716	695,75	
Conductivo		1.258	771,58	
Técnico-Legal	74	74	142,42	
Otros trabajos		121	78,00	
Total	168	2.263	1.797,92	
Preventivo	113	113	170,08	NOVIEMBRE
Correctivo		722	584,08	
Conductivo		959	643,08	
Técnico-Legal	44	44	93,92	
Otros trabajos		91	53,67	
Total	157	1.929	1.544,83	
Preventivo	139	139	189,08	DICIEMBRE
Correctivo		724	605,25	
Conductivo		1.095	677,67	
Técnico-Legal	19	19	25,75	
Otros trabajos		201	116,58	
Total	158	2.178	1.614,33	

En cuanto a la planificación de la plantilla para el mes siguiente en los informes mensuales consta la siguiente información:

Categoría	Zona / Puesto	Horario	PUESTOS									
			Lunes a viernes			Sábados			Domingos y festivos			
			M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Jefe Mantenimiento		08 a 17h	1	1								
Encargado		07 a 15h	1									
Encargado		15 a 23h		1								
Oficial mantenimiento		07 a 15h	2									
Oficial mantenimiento		15 a 23h		2								
Oficial mantenimiento		23 a 07h			1							
Oficial mantenimiento		07 a 19 h				1				1		
Oficial mantenimiento		19 a 07 h					1				1	

Personal del servicio

En el listado recibido constan los siguientes trabajadores según categoría profesional:

Apellido/Nombre	Departamento en curso
ARI	Oficial 1ª
AGA	Oficial 3ª
ARE	Oficial 3ª
CME	Administrativa
CBAJ	Responsable
CVA	Oficial 1ª
FRD	Oficial 1ª
FMJJ	Oficial 1ª
GBI	Administrativa
JLJC	Oficial 1ª
LDJR	Jefe de equipo
MAX	Oficial 3ª
PGMA	Oficial 1ª
PPI	Responsable
RMJ	Oficial 3ª
RFT	Oficial 1ª
SBGD	Oficial 1ª
SAI	Oficial 3ª
YMJ	Oficial 1ª

Tabla 47. Listado de personal clasificado por categoría del servicio de mantenimiento

Fichajes 16/3/2020

Se solicita el fichaje de los trabajadores del día 16 de marzo

Apellido - Nombre	Fecha	E1	S1	Observación
ARI	16/03/2020	14:31	22:57	1T
AGA	16/03/2020	06:43	15:04	1M
FMJJ	16/03/2020	06:40	15:00	1M
GBI	16/03/2020	08:07	15:42	Adm 1M
JLJC	16/03/2020	14:04	23:20	1T
LDJR	16/03/2020	07:02	15:24	Jefe equipo 1M
MAX	16/03/2020	22:47	07:03+	1N
PGMA	16/03/2020	06:40	15:00	1M
PPI	16/03/2020	08:59	19:45	Responsable 1M

Apellido - Nombre	Fecha	E1	S1	Observación
RMJ	16/03/2020	14:41	22:59	1T
RFT	16/03/2020	22:45		1N
YMJ	16/03/2020	14:43	22:57	1T

Tabla 48. Fichajes de trabajadores de mantenimiento del 16 de marzo de 2020

Se observa que las presencias son superiores a las indicadas en las planificaciones mensuales, siendo en total 6 trabajadores de mañana (incluyendo al jefe de equipo, responsable y administrativo), 4 trabajadores de tarde y 2 de noche.

Formación: 2018 y 2019

SERVICIO	CURSO PREVISTO EN EL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
05. Mantenimiento	Rescate de Emergencia en Ascensores	8 Junio	13	1 horas	
	Trabajos Mecánica y reparación de Máquinas	13-15 Junio	3	20 horas	
	Mantenimiento e instalaciones de edificios	25 Junio	11	1 horas	
	Legionela	18 Junio	1	25 horas	

SERVICIO	CURSO PREVISTO EN EL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
05. Mantenimiento	Formación inicial art. 19 LPRL, trabajadores nueva incorporación	25/06/2018	11	2 horas	
	Formación oficinas 20 h. (Convenio metal). Trabajos de mecánica, mantenimiento y reparación de máquinas equipos industriales y /o equipos electromecánicas	13/06/18 al 15/06/2018	3	20 horas	
	Formación oficinas 20 h. (Convenio metal). Trabajos de mecánica, mantenimiento y reparación de máquinas equipos industriales y /o equipos electromecánicas	26/06/2018 27/06/2018 28/06/2018 02/07/2018 04/07/2018	1	20 horas	

SERVICIO	CURSO PREVISTO EN EL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
05. Mantenimiento	Formación inicial art. 19 LPRL, trabajadores nueva incorporación	En momento de nuevas incorporaciones	Nuevas incorporaciones y los trabajadores que se definan	2 horas	

SERVICIO	CURSO PREVISTO EN EL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
05. Mantenimiento	Formación oficinas 20 h. (Convenio metal)	24/04/2019 al 26/04/2019	- Miguel Ángel Palancar Gordo - Alberto Alonso García Juan Carlos Juárez López	20h	
		30/05/2019 al 06/06/2019	Alexandru Ionut Singeorzan		

SERVICIO	CURSO FUERADEL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
05. Mantenimiento	Teórico Práctico para la certificación de técnico en mantenimiento de sistemas manuales de p.c.i.	25/06/2019 26/06/2019	Daniel Saez-Bravo García	16h	

SERVICIO	CURSO PREVISTO EN EL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
05. Mantenimiento	Plan de Autoprotección: Equipos de Intervención/Evacuación	3er Trimestre	Todo el personal	1 hora	

Medios del servicio

No se muestra un listado o similar. En el manual de procedimientos se hace referencia a un anexo no recibido. No se verifica que los equipos están calibrados en el caso de aplicar (en esta auditoría). En el manual de procedimientos se indican:

Anexo 7: Medios técnicos para el mantenimiento

Anexo 8: Equipos de protección individual

Incidencias SIGI y Quejas

Incidencias SIGIs años 2019 y 2020

Nº	Agrupación por motivo	2018	2019	Total
1	Cierre de quirófano por validación no conforme para algunas cirugías (clasificación ISO clase 6)		26	26
2	Desperfectos de estructura (paredes, techos, bisagras, junta dilatación, vinilos, señalética, llamada de ascensor, etc.)	16	36	52
3	Equipos o instalaciones mal funcionamiento (luces, relojes, sistema de timbres, transporte neumático, sistema control de humedad de quirófano, BIE, extintores, neveras de medicación, agua caliente, etc.)	15	14	29
4	Filtración de agua (habitaciones, despachos, pasillo limpio de bloque quirúrgico, etc.)	10	17	27
5	Mantenimiento preventivo (incompleto o distinto al protocolo, etc.)	1		1
6	Mantenimiento técnico legal no realizado a tiempo (sistema PCI, retimbrado, ascensores, etc.)	3		3
7	Mobiliario defectuoso (carros de curas, sillones de pacientes, camillas, sillas de ruedas, estanterías, etc.)	6	22	28
8	Olores (desagües, cuartos sucios, ascensores)	2	3	5
9	Puertas RF defectuosas (cierres, partes rotas, pintura deteriorada, etc.)	15	27	42
10	Realización de trabajos sin autorización de medicina preventiva en zonas críticas		4	4
11	Señalética (aseos y otras estancias)	1		1
12	Solicitud de información incorrecta o no atendida (control de humedad y filtros de quirófanos, validación áreas críticas, control microbiológico legionela, variaciones en consumos, etc.)	4	6	10
13	Temperatura de estancias (habitaciones, despachos, etc.)	9	4	13

Nº	Agrupación por motivo	2018	2019	Total
	Total general	82	159	241

Tabla 49. Listado de SIGIS clasificadas por motivo de mantenimiento de los años 2018 y 2019

Quejas 2018 y 2019

Se reciben un total de 18 quejas relacionadas con el mantenimiento en los años de auditoría: 6 en el año 2018 y 12 en el año 2019.

Planificación de las operaciones de mantenimiento

Nos indican que sigue siendo válido el listado de gamas de mantenimiento recibido para la auditoría anterior donde se indican las operaciones a realizar en los distintos equipos e instalaciones y la frecuencia. Se ha implantado un GMAO con el programa Mansis introduciendo datos para su parametrización en el servicio. El programa recibido no cumple los requisitos mínimos para realizar un seguimiento efectivo. El significado de las siglas es el siguiente: Revisión: (d) diaria, (s) semanal, (q) quincenal, (M) mensual, (T) trimensual, (C) cuatrimestral, (S) semestral, (A) anual, (2A) bianual, (5A) quinquenal, (10A) decenal.

EQUIPO	PERIODOS	SOICITADO Y RECIBIDO
Cerramiento exterior	A	
Iluminación exterior báculos	A	
Iluminación exterior totem	C	
Instalación riego	C	
Mástil bandera	A	
Puertas exteriores automáticas	T	
Puertas exteriores automáticas	A	
Puertas interiores automáticas	T	
Puertas interiores automáticas	S	
Terrazas y cubiertas	S	
Terrazas y cubiertas	A	
Terrazas y cubiertas	5A	
Terrazas y cubiertas	2A	
Terrazas y cubiertas	10A	
Cimentación	10A	
Estructura vertical	5A	
Estructura vertical	10A	
Estructura horizontal	5A	
Estructura horizontal	3A	
Estructura horizontal	10A	
Fachada	5A	
Fachada	2A	
Fachada	10A	
Acabados	5A	
Centros de Transformación	A	
Mantenimiento grupo electrógeno	M, S	
Batería condensadores	T, A	
Red de tierras	A	
Cuadros eléctricos baja tensión	A	
Revisión SAIS	A	
Alumbrado interior y emergencia	C	Informe anual del mantenimiento preventivo del alumbrado interior realizado por OHL SERVICIOS - INGESAN, S.A.
Pararrayos	A	Informe de 1/07/2019 de REDEPAR
Quirófano, paritorio, endoscopia box	s, M, A	Últimos Informes anuales

EQUIPO	PERIODOS	SOICITADO Y RECIBIDO
Depósito combustible	M, T, S, A	
Mantenimiento grupo de presión gasoil	M, T	
Detección gas propano	ANUAL	
Depósitos agua sanitaria	M, A	
Grupo presión agua sanitaria	M, T, A	
Acometida agua sanitaria	M	
Sistema distribución agua sanitaria	ANUAL	
Baños y aseos	s, M, S	
Preventivo acumuladores ACS	s, T, S, A	
Bombas circulación ACS	M, T, A	
Tratamiento aguas calderas	q, M	
Diálisis	d, s, M, S, A	Muestra informes diarios y semanales
Red de saneamiento	A	
Arqueta separadora grasas	S	
Calderas	M, T, S, A	
Producción frío	q, M, S, A	
Bombas circulación calor	M, S, A	
Bombas circulación frío	M, S, A	
Intercambiadores	M, T, A	
Bombas anticondesados calderas	M, T, A	
Técnico legal climatizadores	M, S	
Ventiladores extracciones	T	
Elementos terminales, fancoil y cortinas	T, A	
Equipos autónomos A/A	S, A	
Inductores	A	
Vasos expansión	M, A	
Extractores	A	
Sistema gestión climatización	S	
Cabinas Misterium	T, S, A	
Gases medicinales y vacío	T, S	
Producción vacío	q, A	
Cámaras de frío	C	
Instalación frigorífica de conservación	C	
Centrales de incendio	T, A	
Extintores	T, A	
Grupo presión contra incendios	q, A	
Depósitos PCI	T, A, 10A	
Protección pasiva RF	S	
Bie	T, A	Informe IBERCOIN INGENIEROS, S.L. de noviembre 2019 y medidas adoptadas
Hidrante	T, A	Informe IBERCOIN INGENIEROS, S.L. de noviembre 2019 y medidas adoptadas
Aparatos elevadores. Ascensores	M, A	
Transporte neumático	A	
Instalación megafonía convencional	S	
Instalación avisos paciente consultas	S	
Camas	A	
Incubadora radiante o cuna térmica	A, 2A	
Mobiliario	q, S	
Cabeceros	A	
Conductivo diario calderas vapor	d	
Conductivo ascensores	1 día sí, otro no	
Conductivo sala calderas y ACS	d	
Conductivo sala frío	d	
Conductivo SAI	d	

EQUIPO	PERIODOS	SOICITADO Y RECIBIDO
Conductivo zonas quirúrgicas	d	
Conductivo nocturno	d	
Conductivo detección incendios	d	
Conductivo presiones quirófanos	d	
Conductivo lecturas	d	

Tabla 50. Mantenimiento preventivo y técnico legal programado sobre equipos y su frecuencia

Falta la programación de algunos mantenimientos en la muestra revisada: por ejemplo no consta

Muestra de informes de mantenimiento

Pararrayos (A, Anual)

Informe de julio de 2019 de la empresa REDEPAR con el siguiente resultado:

- La revisión de su P.D.C. ha concluido con un número de 0 deficiencias graves.
- La revisión de su P.D.C. ha concluido con un número de 1 deficiencias leves.
- El total de puntos correctos de la revisión ha sido de 13

No dispone de contador de rayos (recomendado según norma UNE 21.186 "Protección de estructuras, edificaciones y zonas abiertas mediante pararrayos con dispositivo de cebado").

La frecuencia de verificación de la instalación cumple la normativa (la periodicidad especial para edificios con nivel de protección I es anual)

La empresa de mantenimiento indica que el "contador de rayos" no es obligatorio.

Alumbrado interior y emergencia (C, cuatrimestral)

Preventivo alumbrado interior

Se reciben las órdenes de trabajo y el resultado de la revisión preventiva anual del alumbrado interior del edificio realizado por OHL SERVICIOS - INGESAN, S.A. Para cada zona se establecen los puntos de revisión y comprobaciones a realizar:

- Realizar inspección visual de todos los elementos de la instalación, realizando reposición si procede. Observando la ausencia de ruidos, estado de fijaciones y verificando encendidos.
- Reposición de tubos fluorescentes, reactancias y cebadores degradados.
- Alumbrado de emergencia. Realizar prueba del funcionamiento del sistema simulando fallo de suministro eléctrico para permitir la verificación de la activación de los dispositivos e indicadores.
- Alumbrado de emergencia. Verificar funcionamiento pilotos indicadores de tensión de red y de carga de baterías.
- Alumbrado de emergencia. Verificar estado de difusores, realizando limpieza interior de difusores, si procede.
- Alumbrado de emergencia. Realizar prueba de descarga de cada luminaria, simulando pérdida de suministro eléctrico, verificando su funcionamiento, al menos durante una hora.

En el apartado de observaciones se incluyen las actividades realizadas para cumplir con la revisión (necesidad o cambio de tubos, cebadores, led, baterías de emergencias, etc).

El documento consta de 224 páginas con las actividades realizadas desde febrero del año 2019 hasta enero de este año 2020.

Quirófano, paritorio, endoscopia box (s semanal, M mensual, A anual)

Se solicitan los últimos informes anuales y se reciben los indicados a continuación. En relación con los quirófanos se revisan los estados no correctos y se indica que:

- O son errores del programa (trata valores correctos como no correctos, que la empresa analizará y modificará para que se muestre el estado real),
- Las unidades de medición son distintas a la que constan (la empresa modificará estas unidades para que aparezcan el resultado del estado real)
- o bien son datos que constan en los informes mensuales

Preventivo quirófano 5

Se reciben dos documentos con diferentes ordenes de trabajo:

- Panel Aislamiento Qx5 realizado 23/10/19. En este informe se indica como correcto “Revisión anual de la instalación por instalador autorizado”. Además, en varios apartados se refiere al informe mensual para completar la revisión. Se indican tres estados no correctos:
 - Línea Lámparas (No corresponde su medición en este apartado dentro de la gama anual. Su valor se encuentra registrado en la gama mensual como ok)
 - Resistencia puesta a tierra (Se comprueba mensualmente toda la puesta a tierra de todas las tomas del qx, estando ok)
 - IA (mA) (> IAn) con medición de 21 mA (valor mínimo 0 y máximo 0,030). Son valores correctos. En la gama está especificada la tolerancia en amperios y se toma en miliamperios. La empresa de mantenimiento indica que “se corregirá la tolerancia también para que no dé como defectuoso”
- Panel Aislamiento Qx5 realizado 11/10/19 como complemento del informe anual de 23/10/19. Se indican dos estados no correctos:
 - Línea 1 - A Resistencia con medición de 0,190 Ω (mínimo 0 y máximo 0,200). El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. La empresa de mantenimiento indica que se analizará por qué hay un no.
 - Mesa con medición 0 V (mínimo 215 y máximo 250). Se registra de todas las partes metálicas la resistencia de conductor de protección.

Preventivo quirófano 4

Se reciben dos documentos con diferentes ordenes de trabajo:

- Panel Aislamiento Qx4 realizado 25/10/19. En este informe se indica como correcto “Revisión anual de la instalación por instalador autorizado”. Además, en varios apartados se refiere al informe mensual para completar la revisión. Se indican tres estados no correctos:
 - Línea Lámparas (No corresponde su medición en este apartado dentro de la gama anual. Su valor se encuentra registrado en la gama mensual como ok)
 - Resistencia puesta a tierra (Se comprueba mensualmente toda la puesta a tierra de todas las tomas del qx, estando ok)
 - IA (mA) (> IAn) con medición de 24 mA (valor mínimo 0 y máximo 0,030). Son valores correctos. En la gama está especificada la tolerancia en amperios y se toma en miliamperios. La empresa de mantenimiento indica que “se corregirá la tolerancia también para que no dé como defectuoso”
- Panel Aislamiento Qx4 realizado 11/10/19 como complemento del informe anual de 25/10/19. Se indican dos estados no correctos:

- Mesa con medición 0,080 V (mínimo 215 y máximo 250). El valor indicado es una errata, ya que el 0,08 es el valor de la resistencia, ya registrada en la siguiente línea. Aplica el mismo caso que para el indicado en el qx5.
- Prueba líneas R2-S2 , Repetidor medición 4,40 mA (mínimo 4,00, máximo 4,80). El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. La empresa indica que se analizará por qué hay un no.

Preventivo quirófano 3

Se reciben dos documentos con diferentes ordenes de trabajo:

- Panel Aislamiento Qx3 realizado 21/10/19. En este informe se indica como correcto “Revisión anual de la instalación por instalador autorizado”. Además, en varios apartados se refiere al informe mensual para completar la revisión. Se indica un estado no correcto:
 - Resistencia puesta a tierra (Se comprueba mensualmente toda la puesta a tierra de todas las tomas del qx, estando ok)
- Panel Aislamiento Qx3 realizado 13/10/19 como complemento del informe anual de 21/10/19. Se indican tres estados no correctos:
 - Mesa con medición 0,0 V (mínimo 215 y máximo 250). Aplica el mismo caso que lo indicado para el quirófano 5.
 - Toma RX con medición 0 Ω (mínimo 0 y máximo 0,200). El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no.
 - Prueba líneas T2-S2, Repetidor medición 4,30 mA (mínimo 4,00, máximo 4,80). El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no.

Preventivo quirófano 2

Se reciben dos documentos con diferentes ordenes de trabajo:

- Panel Aislamiento Qx2 realizado 22/10/19. En este informe se indica como correcto “Revisión anual de la instalación por instalador autorizado”. Además, en varios apartados se refiere al informe mensual para completar la revisión. Se indican estados no correctos:
 - Línea Lámparas 0 M Ω (mínimo 0,5 y máximo 0). No corresponde su medición en este apartado dentro de la gama anual. Su valor se encuentra registrado en la gama mensual como ok, según indica la empresa de mantenimiento.
 - Tensión (mV) en varios apartados: la empresa de mantenimiento indica que se registra de todas las partes metálicas la resistencia de conductor de protección:
 - Tensión (mV) Conductor Puerta Automática
 - Tensión (mV) Conductor Rejilla gases 1
 - Tensión (mV) Conductor Rejilla gases 2
 - Tensión (mV) Conductor Rejilla Extracción 1
 - Tensión (mV) Conductor Rejilla Extracción 2
 - Tensión (mV) Conductor Mesa Quirófano
 - Tensión (mV) Conductor Torre Quirófano
 - Tensión (mV) Conductor lámparas
 - Resistencia puesta a tierra. Se comprueba mensualmente toda la puesta a tierra de todas las tomas del qx, estando ok
 - IA (mA) (> IAn) con medición de 25 mA (valor mínimo 0 y máximo 0,030). Son valores correctos. En la gama está especificada la tolerancia en amperios y se toma

en miliamperios. La empresa de mantenimiento indica que “se corregirá la tolerancia también para que no dé como defectuoso”

- Panel Aislamiento Qx2 realizado 11/10/19 como complemento del informe anual de 22/10/19. Se indican tres estados no correctos:
 - Mesa con medición 0,0 V (mínimo 215 y máximo 250). Aplica el mismo caso que para el indicado en el qx5
 - Toma RX con medición 0 Ω (mínimo 0 y máximo 0,200). El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no.
 - Medida L1-T , Monitor desconectado medición 0,520 mA (mínimo 0, máximo 0,950). El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no

Preventivo quirófano 1

Se reciben dos documentos con diferentes ordenes de trabajo:

- Panel Aislamiento Qx1 realizado 22/10/19. En este informe se indica como correcto “Revisión anual de la instalación por instalador autorizado”. Además, en varios apartados se refiere al informe mensual para completar la revisión. Se indican estados no correctos:
 - Línea Lámparas (No corresponde su medición en este apartado dentro de la gama anual. Su valor se encuentra registrado en la gama mensual como ok)
 - Resistencia puesta a tierra (Se comprueba mensualmente toda la puesta a tierra de todas las tomas del qx, estando ok)
 - IA (mA) (> IAn) con medición de 24,4 mA (valor mínimo 0 y máximo 0,030). Son valores correctos. En la gama está especificada la tolerancia en amperios y se toma en miliamperios. La empresa de mantenimiento indica que “se corregirá la tolerancia también para que no dé como defectuoso”
- Panel Aislamiento Qx1 realizado 11/10/19 como complemento del informe anual de 22/10/19. Se indican tres estados no correctos:
 - Mesa con medición 0,0 V (mínimo 215 y máximo 250). Aplica el mismo caso que Qx5
 - Toma RX con medición 0 Ω (mínimo 0 y máximo 0,200). El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no correcto
 - Prueba líneas T2-S2, Monitor medición 55 K Ω (mínimo 50, máximo 57). El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no.

Preventivo paritorio 1

Se reciben dos documentos con diferentes ordenes de trabajo:

- Panel Aislamiento paritorio 1 realizado 24/10/19. En este informe se indica como correcto “Revisión anual de la instalación por instalador autorizado”. Además, en varios apartados se refiere al informe mensual para completar la revisión. Se indican estados no correctos:
 - Línea Lámparas 0 M Ω (mínimo 0,5 y máximo 0). No corresponde su medición en este apartado dentro de la gama anual. Su valor se encuentra registrado en la gama mensual como ok
 - Resistencia puesta a tierra. Se comprueba mensualmente toda la puesta a tierra de todas las tomas de los paritorios, estando ok

- IA (mA) (> IAn) con medición de 23,60 mA (valor mínimo 0 y máximo 0,030). Son valores correctos. En la gama está especificada la tolerancia en amperios y se toma en miliamperios. Se corregirá la tolerancia también para que no dé como defectuoso.
- Panel Aislamiento paritorio 1 realizado 10/10/19 como complemento del informe anual de 24/10/19. Se indican estados no correctos:
 - Línea 8 - C Resistencia, medición 0,190 Ω (mínimo 0 y máximo 0,200). El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no
 - Mesa con medición 0,0 V (mínimo 215 y máximo 250). Es una línea errónea en la gama ya que no hay toma de mesa.
 - Mesa con medición 0,0 Ω (mínimo 0 y máximo 0,200). Es una línea errónea en la gama ya que no hay toma de mesa
 - Toma RX con medición 0 Ω (mínimo 0 y máximo 0,200). Es una línea errónea en la gama ya que no hay toma de mesa.
 - Prueba líneas T2-S2, Medidor Zd con medición 3,530 mA (mínimo 4 y máximo 4,800). Se realizan varias medidas posteriormente estando ok y se registra en la gama de noviembre. Se adjunta preventivo.
 - Medida L1-T , Monitor conectado medición 1,170 mA (mínimo 0, máximo 0,950). Se realizan varias medidas posteriormente estando ok y se registra en la gama de noviembre. Se adjunta preventivo.
 - Medida L1-T , Monitor desconectado medición 1,180 mA (mínimo 0, máximo 0,950). Se realizan varias medidas posteriormente estando ok y se registra en la gama de noviembre. Se adjunta preventivo.
 - Medida L2-T , Monitor conectado medición 1,000 mA (mínimo 0, máximo 0,950). Se realizan varias medidas posteriormente estando ok y se registra en la gama de noviembre. Se adjunta preventivo.
 - Medida L2-T , Monitor desconectado, medición 1,010 mA (mínimo 0, máximo 0,950). Se realizan varias medidas posteriormente estando ok y se registra en la gama de noviembre. Se adjunta preventivo.
 - Medida L3-T , Monitor conectado, medición 1,160 mA (mínimo 0, máximo 0,950). Se realizan varias medidas posteriormente estando ok y se registra en la gama de noviembre. Se adjunta preventivo.
 - Medida L3-T , Monitor desconectado, medición 1,170 mA (mínimo 0, máximo 0,950). Se realizan varias medidas posteriormente estando ok y se registra en la gama de noviembre. Se adjunta preventivo.

No se muestran acciones realizadas en los estados no correctos, más allá de la realización de varias medidas posteriores en las que se indica que ya son estados correctos.

Preventivo paritorio 2

Se reciben dos documentos con diferentes ordenes de trabajo:

- Panel Aislamiento paritorio 2 realizado 24/10/19. En este informe se indica como correcto "Revisión anual de la instalación por instalador autorizado". Además, en varios apartados se refiere al informe mensual para completar la revisión. Se indican estados no correctos:
 - Línea Lámparas 0 M Ω (mínimo 0,5 y máximo 0). No corresponde su medición en este apartado dentro de la gama anual. Su valor se encuentra registrado en la gama mensual como ok
 - Resistencia puesta a tierra. Se comprueba mensualmente toda la puesta a tierra de todas las tomas de los paritorios, estando ok.

- IA (mA) (> IAn) con medición de 27 mA (valor mínimo 0 y máximo 0,030). Son valores correctos. En la gama está especificada la tolerancia en amperios y se toma en miliamperios. Se corregirá la tolerancia también para que no dé como defectuoso
- Panel Aislamiento paritorio 2 realizado 10/10/19 como complemento del informe anual de 24/10/19. Se indican estados no correctos:
 - Mesa con medición 0,0 V (mínimo 215 y máximo 250). Es una línea errónea en la gama ya que no hay toma de mesa
 - Mesa con medición 0,0 Ω (mínimo 0 y máximo 0,200). Es una línea errónea en la gama ya que no hay toma de mesa
 - Toma RX con medición 0 Ω (mínimo 0 y máximo 0,200). Es una línea errónea en la gama ya que no hay toma rx
 - Medida L1-T , Monitor desconectado medición 0,950 mA (mínimo 0, máximo 0,950). Se realizan varias medidas posteriormente estando ok y se registra en la gama de noviembre. Se adjunta preventivo.
 - Medida L3-T , Monitor conectado medición 0,960 mA (mínimo 0, máximo 0,950). Se realizan varias medidas posteriormente estando ok y se registra en la gama de noviembre. Se adjunta preventivo.
 - Medida L3-T , Monitor desconectado medición 0,980 mA (mínimo 0, máximo 0,950). Se realizan varias medidas posteriormente estando ok y se registra en la gama de noviembre. Se adjunta preventivo

No se muestran acciones realizadas en los estados no correctos, más allá de la realización de varias medidas posteriores en las que se indica que ya son estados correctos.

Preventivo paritorio 3

Se reciben dos documentos con diferentes ordenes de trabajo:

- Panel Aislamiento paritorio 3 realizado 24/10/19. En este informe se indica como correcto "Revisión anual de la instalación por instalador autorizado". Además, en varios apartados se refiere al informe mensual para completar la revisión. Se indican estados no correctos:
 - Línea Lámparas 0 M Ω (mínimo 0,500 y máximo 0). No corresponde su medición en este apartado dentro de la gama anual. Su valor se encuentra registrado en la gama mensual como ok
 - Resistencia puesta a tierra. Se comprueba mensualmente toda la puesta a tierra de todas las tomas de los paritorios, estando ok.
 - IA (mA) (> IAn) con medición de 27 mA (valor mínimo 0 y máximo 0,030). Son valores correctos. En la gama está especificada la tolerancia en amperios y se toma en miliamperios. Se corregirá la tolerancia también para que no dé como defectuoso
- Panel Aislamiento paritorio 3 realizado 9/10/19 como complemento del informe anual de 24/10/19. Se indican estados no correctos:
 - Mesa con medición 0,0 V (mínimo 215 y máximo 250). Es una línea errónea en la gama ya que no hay toma de mesa
 - Mesa con medición 0,0 Ω (mínimo 0 y máximo 0,200). Es una línea errónea en la gama ya que no hay toma de mesa
 - Toma RX con medición 0 Ω (mínimo 0 y máximo 0,200). Es una línea errónea en la gama ya que no hay toma rx
 - Prueba líneas R2-S2 , Medidor Zd medición 57,330 K Ω (mínimo 50, máximo 57). Se realizan varias medidas posteriormente estando ok y se registra en la gama de noviembre. Se adjunta preventivo

- Prueba líneas T2-S2, Medidor Zd medición 57,240 K Ω (mínimo 50, máximo 57). Se realizan varias medidas posteriormente estando ok y se registra en la gama de noviembre. Se adjunta preventivo
- Prueba líneas S2-T2, Medidor Zd medición 3,560 mA (mínimo 4, máximo 4,800). Se realizan varias medidas posteriormente estando ok y se registra en la gama de noviembre. Se adjunta preventivo

No se muestran acciones realizadas en los estados no correctos, más allá de la realización de varias medidas posteriores en las que se indica que ya son estados correctos.

Inspecciones por Organismos de Control Autorizados (OCA)

OCA quirófano 1 (baja tensión RD 842/2002)

Se solicita la última OCA realizada (revisión cada cinco años):

- Fecha de inspección: 2/2/2018
- Revisión válida hasta: 2/08/2022
- Resultado favorable: nivel 0 defectos

OCA quirófano 2 (baja tensión RD 842/2002)

Se solicita la última OCA realizada (revisión cada cinco años):

- Fecha de inspección: 5/3/2018
- Revisión válida hasta: 2/08/2022
- Resultado favorable: nivel 0 defectos

OCA quirófano 3 (baja tensión RD 842/2002)

Se solicita la última OCA realizada (revisión cada cinco años):

- Fecha de inspección: 2/2/2018
- Revisión válida hasta: 2/08/2022
- Resultado favorable: nivel 0 defectos

OCA quirófano 4 (baja tensión RD 842/2002)

Se solicita la última OCA realizada (revisión cada cinco años):

- Fecha de inspección: 2/2/2018
- Revisión válida hasta: 3/08/2022
- Resultado favorable: nivel 0 defectos

OCA quirófano 5 (baja tensión RD 842/2002)

Se solicita la última OCA realizada (revisión cada cinco años):

- Fecha de inspección: 2/2/2018
- Revisión válida hasta: 3/08/2022
- Resultado favorable: nivel 0 defectos

OCA paritorio 1 (baja tensión RD 842/2002)

Se solicita la última OCA realizada (revisión cada cinco años):

- Fecha de inspección: 22/2/2018
- Revisión válida hasta: 8/08/2022
- Resultado favorable: nivel 0 defectos

OCA paritorio 2 (baja tensión RD 842/2002)

Se solicita la última OCA realizada (revisión cada cinco años):

- Fecha de inspección: 22/2/2018
- Revisión válida hasta: 8/08/2022
- Resultado favorable: nivel 0 defectos

OCA paritorio 3 (baja tensión RD 842/2002)

Se solicita la última OCA realizada (revisión cada cinco años):

- Fecha de inspección: 22/2/2018
- Revisión válida hasta: 8/08/2022
- Resultado favorable: nivel 0 defectos

Panel Aislamiento UCI Box 1

Se reciben dos documentos con diferentes ordenes de trabajo:

- Panel Aislamiento UCI Box 1 realizado 24/10/19. En este informe se indica como correcto “Revisión anual de la instalación por instalador autorizado”. Además, en varios apartados se refiere al informe mensual para completar la revisión. Se indican estados no correctos:
 - Resistencia puesta a tierra. Se comprueba mensualmente toda la puesta a tierra de todas las tomas del box, estando ok
 - Comprobar funcionamiento del SAI después de prueba. Hay un solo Sai que alimenta a todos los cabeceros de la unidad.
 - Toma de Rayos X (Diferencial 2 polos , In 25 A , IAn 30 mA) El no es porque no procede, ya que no existe toma de rx
 - UB (V). El no es porque no procede, ya que no existe toma de rx
 - RE. El no es porque no procede, ya que no existe toma de rx
 - IA (mA) (> IAn) El no es porque no procede, ya que no existe toma de rx
 - IF (ms) (>1/2 In) El no es porque no procede, ya que no existe toma de rx
- Panel Aislamiento UCI Box 1 realizado 10/10/19 como complemento del informe anual de 24/10/19. Se indican estados no correctos:
 - Prueba líneas F - N , Monitor medición 55 K Ω (mínimo 50, máximo 57). El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no
 - Prueba líneas N - F , Medidor Zd medición 57,140 K Ω (mínimo 50, máximo 57) Se realizan varias medidas posteriormente estando ok y se registra en la gama de noviembre
 - Medida F - T medición 0,320 mA (mínimo 0, máximo 0,950) El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no
 - Medida N - T medición 0,650 mA (mínimo 0, máximo 0,950) El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no

Panel Aislamiento UCI Box 2

Se reciben dos documentos con diferentes ordenes de trabajo:

- Panel Aislamiento UCI Box 2 realizado 3/12/19. En este informe se indica como correcto “Revisión anual de la instalación por instalador autorizado”. Además, en varios apartados se refiere al informe mensual para completar la revisión. Se indican estados no correctos:
 - Línea F5 – ST medición 0 M Ω (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok

- Línea F6 - ST medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F7 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F8 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Negastoscopia medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay toma de Negatoscopio
 - Línea Lámparas medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay lámparas alimentadas desde el panel de aislamiento
 - Línea F5 - ST medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F6 - ST medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F7 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F8 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Negastoscopia medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay Negatoscopio
 - Tensión (mV) Conductor Rejilla Extracción 2 No hay rejilla extracción 2
 - Resistencia E.E. Conductor Rejilla Extracción 2 No hay rejilla extracción 2
 - Resistencia puesta a tierra Se comprueba mensualmente toda la puesta a tierra de todas las tomas del box, estando ok
 - PRUEBAS CON SAI Hay un solo Sai que alimenta a todos los cabeceros de la unidad
 - Maniobra de SAI haciendo funcionar con lámparas (Diez Minutos) Hay un solo Sai que alimenta a todos los cabeceros de la unidad
 - Comprobar funcionamiento del SAI después de prueba Hay un solo Sai que alimenta a todos los cabeceros de la unidad
- Panel Aislamiento UCI Box 2 realizado 12/10/19 como complemento del informe anual de 3/12/19.

Panel Aislamiento UCI Box 3

Se reciben dos documentos con diferentes ordenes de trabajo:

- Panel Aislamiento UCI Box 3 realizado 3/11/19. En este informe se indica como correcto "Revisión anual de la instalación por instalador autorizado". Además, en varios apartados se refiere al informe mensual para completar la revisión. Se indican estados no correctos:
 - Línea F6 - ST medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F7 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F8 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Negastoscopia medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay toma de Negatoscopio
 - Línea Lámparas medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay lámparas alimentadas desde el panel de aislamiento
 - Línea F1 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok

- Línea F6 - ST medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F7 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F8 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Negastoscopio medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay Negatoscopio
 - Tensión (mV) Conductor Rejilla Extracción 2 No hay rejilla extracción 2
 - Resistencia E.E. Conductor Rejilla Extracción 2 No hay rejilla extracción 2
 - Resistencia puesta a tierra Se comprueba mensualmente toda la puesta a tierra de todas las tomas del box, estando ok
 - PRUEBAS CON SAI Hay un solo Sai que alimenta a todos los cabeceros de la unidad
 - Maniobra de SAI haciendo funcionar con lámparas (Diez Minutos) Hay un solo Sai que alimenta a todos los cabeceros de la unidad
 - Comprobar funcionamiento del SAI después de prueba Hay un solo Sai que alimenta a todos los cabeceros de la unidad
- Panel Aislamiento UCI Box 3 realizado 10/10/19 como complemento del informe anual de 3/11/19.

Panel Aislamiento UCI Box 4

Se reciben dos documentos con diferentes ordenes de trabajo:

- Panel Aislamiento UCI Box 4 realizado 3/11/19. En este informe se indica como correcto "Revisión anual de la instalación por instalador autorizado". Además, en varios apartados se refiere al informe mensual para completar la revisión. Se indican estados no correctos:
 - Línea F1 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F6 - ST medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F7 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F8 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Negastoscopio medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay toma de Negatoscopio
 - Línea Lámparas medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay lámparas alimentadas desde el panel de aislamiento
 - Línea F1 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F6 - ST medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F7 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F8 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Negastoscopio medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay toma de Negatoscopio
 - Tensión (mV) Conductor Rejilla Extracción 2 No hay rejilla extracción 2
 - Resistencia E.E. Conductor Rejilla Extracción 2 No hay rejilla extracción 2

- Resistencia puesta a tierra Se comprueba mensualmente toda la puesta a tierra de todas las tomas del box, estando ok
- PRUEBAS CON SAI Hay un solo Sai que alimenta a todos los cabeceros de la unidad
- Maniobra de SAI haciendo funcionar con lámparas (Diez Minutos) Hay un solo Sai que alimenta a todos los cabeceros de la unidad
- Comprobar funcionamiento del SAI después de prueba Hay un solo Sai que alimenta a todos los cabeceros de la unidad
- Panel Aislamiento UCI Box 4 realizado 19/10/19 como complemento del informe anual de 3/11/19. Se indican estados no correctos:
 - Resistencia E.P, Línea F4.4.R Delanteros D, medición 0,090 Ω (min 0 y max 0,200). El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no

Panel Aislamiento UCI Box 5

Se reciben dos documentos con diferentes ordenes de trabajo:

- Panel Aislamiento UCI Box 5 realizado 6/11/19. En este informe se indica como correcto "Revisión anual de la instalación por instalador autorizado". Además, en varios apartados se refiere al informe mensual para completar la revisión. Se indican estados no correctos:
 - Línea F1 - RS medición 0 M Ω (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F6 - ST medición 0 M Ω (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F7 - RS medición 0 M Ω (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F8 - RS medición 0 M Ω (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Negastoscopio medición 0 M Ω (mínimo 0, máximo 0,500) No hay toma de Negatoscopio
 - Línea Lámparas medición 0 M Ω (mínimo 0, máximo 0,500) No hay lámparas alimentadas desde el panel de aislamiento
 - Línea F5 - ST medición 0 M Ω (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F6 - ST medición 0 M Ω (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F7 - RS medición 0 M Ω (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F8 - RS medición 0 M Ω (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Negastoscopio medición 0 M Ω (mínimo 0, máximo 0,500) No hay toma de Negatoscopio
 - Tensión (mV) Conductor Rejilla Extracción 2 No hay rejilla extracción 2
 - Resistencia E.E. Conductor Rejilla Extracción 2 No hay rejilla extracción 2
 - Resistencia puesta a tierra Se comprueba mensualmente toda la puesta a tierra de todas las tomas del box, estando ok
 - PRUEBAS CON SAI Hay un solo Sai que alimenta a todos los cabeceros de la unidad
 - Maniobra de SAI haciendo funcionar con lámparas (Diez Minutos) Hay un solo Sai que alimenta a todos los cabeceros de la unidad

- Comprobar funcionamiento del SAI después de prueba Hay un solo Sai que alimenta a todos los cabeceros de la unidad
- Panel Aislamiento UCI Box 5 realizado 16/10/19 como complemento del informe anual de 6/11/19. Se indican estados no correctos:
 - Tensión Línea F5.2.S Trasero A medición 236 V (min 215 y max 250) El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no.

Panel Aislamiento UCI Box 6

Se reciben dos documentos con diferentes ordenes de trabajo:

- Panel Aislamiento UCI Box 6 realizado 7/11/19. En este informe se indica como correcto "Revisión anual de la instalación por instalador autorizado". Además, en varios apartados se refiere al informe mensual para completar la revisión. Se indican estados no correctos:
 - Línea F1 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F6 - ST medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F7 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F8 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Negastoscopia medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay toma de Negastoscopia
 - Línea Lámparas medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay lámparas alimentadas desde el panel de aislamiento
 - Línea F1 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F6 - ST medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F7 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F8 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En el box de uci solo existen cuatro líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Negastoscopia medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay toma de Negastoscopia
 - Resistencia E.E. Conductor rejilla gases 1 medición 0,020 Ω (min 0 y max 0,100) El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no
 - Tensión (mV) Conductor Rejilla Extracción 2 No hay rejilla extracción 2
 - Resistencia E.E. Conductor Rejilla Extracción 2 No hay rejilla extracción 2
 - Resistencia puesta a tierra Se comprueba mensualmente toda la puesta a tierra de todas las tomas del box, estando ok
 - PRUEBAS CON SAI Hay un solo Sai que alimenta a todos los cabeceros de la unidad
 - Maniobra de SAI haciendo funcionar con lámparas (Diez Minutos) Hay un solo Sai que alimenta a todos los cabeceros de la unidad
 - Comprobar funcionamiento del SAI después de prueba Hay un solo Sai que alimenta a todos los cabeceros de la unidad

- Panel Aislamiento UCI Box 6 realizado 17/10/19 como complemento del informe anual de 7/11/19. Se indican estados no correctos:
 - Tensión Línea A6.3.T Naranja A medición 236 V (min 215 y max 250) El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no.
 - Resistencia E.P. Línea A6.3.T Naranja A medición 0,110 Ω (min 0 y max 0,200) El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no
 - Prueba líneas F - N , Repetidor, medición 55 K Ω (mínimo 50, máximo 57) El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no

OCA Box UCI 1 (baja tensión RD 842/2002)

Se solicita la última OCA realizada (revisión cada cinco años):

- Fecha de inspección: 30/5/2018
- Revisión válida hasta: 3/11/2022
- Resultado favorable: nivel 0 defectos

OCA Box UCI 2 (baja tensión RD 842/2002)

Se solicita la última OCA realizada (revisión cada cinco años):

- Fecha de inspección: 30/5/2018
- Revisión válida hasta: 3/11/2022
- Resultado favorable: nivel 0 defectos

OCA Box UCI 3 (baja tensión RD 842/2002)

Se solicita la última OCA realizada (revisión cada cinco años):

- Fecha de inspección: 30/5/2018
- Revisión válida hasta: 1/12/2022
- Resultado favorable: nivel 0 defectos

OCA Box UCI 4 (baja tensión RD 842/2002)

Se solicita la última OCA realizada (revisión cada cinco años):

- Fecha de inspección: 30/5/2018
- Revisión válida hasta: 28/11/2022
- Resultado favorable: nivel 0 defectos

OCA Box UCI 5 (baja tensión RD 842/2002)

Se solicita la última OCA realizada (revisión cada cinco años):

- Fecha de inspección: 30/5/2018
- Revisión válida hasta: 23/11/2022
- Resultado favorable: nivel 0 defectos

OCA Box UCI 6 (baja tensión RD 842/2002)

Se solicita la última OCA realizada (revisión cada cinco años):

- Fecha de inspección: 30/5/2018

- Revisión válida hasta: 1/12/2022
- Resultado favorable: nivel 0 defectos

Panel Aislamiento Endoscopia 1

Se reciben dos documentos con diferentes ordenes de trabajo:

- Panel Aislamiento Endoscopia 1 realizado 25/10/19. En este informe se indica como correcto “Revisión anual de la instalación por instalador autorizado”. Además, en varios apartados se refiere al informe mensual para completar la revisión. Se indican estados no correctos:
 - Línea F1 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F5 - ST medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F6 - ST medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F7 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F8 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Negastoscopia medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay toma de Negastoscopia
 - Línea Lámparas medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay lámparas alimentadas desde el panel de aislamiento
 - Línea F4 - RT medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F5 - ST medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F6 - ST medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F7 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F8 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Negastoscopia medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay toma de Negastoscopia
 - Resistencia puesta a tierra Se comprueba mensualmente toda la puesta a tierra de todas las tomas de sala de endoscopia, estando ok
- Panel Aislamiento Endoscopia 1 realizado 10/10/19 como complemento del informe anual de 25/10/19. Se indican estados no correctos:
 - Resistencia E.P, Línea 1 - A medición 0,140 Ω (min 0 y max 0,200) El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no

Panel Aislamiento Endoscopia 2

Se reciben dos documentos con diferentes ordenes de trabajo:

- Panel Aislamiento Endoscopia 1 realizado 25/10/19. En este informe se indica como correcto “Revisión anual de la instalación por instalador autorizado”. Además, en varios apartados se refiere al informe mensual para completar la revisión. Se indican estados no correctos:

- Línea F4 - RT medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F5 - ST medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F6 - ST medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F7 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F8 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Negastoscopia medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay toma de Negatoscopio
 - Línea Lámparas medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay lámparas alimentadas desde el panel de aislamiento
 - Línea F4 - RT medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F5 - ST medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F6 - ST medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F7 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Línea F8 - RS medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) En sala de endoscopia solo existen tres líneas, los cuales en el informe aparecen como ok
 - Negastoscopia medición 0 MΩ (mínimo 0, máximo 0,500) No hay toma de Negatoscopio
 - Resistencia puesta a tierra Se comprueba mensualmente toda la puesta a tierra de todas las tomas de sala de endoscopia, estando ok
- Panel Aislamiento Endoscopia 1 realizado 10/10/19 como complemento del informe anual de 25/10/19.

OCA Endoscopias 414 (baja tensión RD 842/2002)

Se solicita la última OCA realizada (revisión cada cinco años):

- Fecha de inspección: 1/3/2018
- Revisión válida hasta: 10/8/2022
- Resultado favorable: nivel 0 defectos

OCA Endoscopias 415 (baja tensión RD 842/2002)

Se solicita la última OCA realizada (revisión cada cinco años):

- Fecha de inspección: 1/3/2018
- Revisión válida hasta: 10/8/2022
- Resultado favorable: nivel 0 defectos

Diálisis (d diario, s semanal, M mensual, S semestral, A Anual)

Se reciben los siguientes informes de partes de trabajo:

- Conductivo: REVISION DIARIA / Control diario de planta osmosis inversa 1 y 2 pasos osmótico + pretratamiento. Informes del 14 al 18 de octubre diarios de mañana. Se indican los siguientes estados no correctos en diferentes días:

SÁBADO 14/09/19

- P4 - Presión salida Filtro Turbidex (BAR). Diferencial menor o igual de 0,8 bar de P3. Valor de la revisión 0,100 bar (min 3 y max 4) Es el valor de la presión diferencial que está ok
- P5 - Presión salida descalcificadores (BAR). Diferencial menor o igual a 0,8 bar de P4. Valor de la revisión 0,100 bar (min 3 y max 4) Es el valor de la presión diferencial que está ok
- P7 - Presión salida filtros cartucho (BAR). Diferencial menor o igual 0,8 bar de P6. Valor de la revisión 0,800 bar (min 3 y max 4) Es el valor de la presión diferencial que está ok
- TM3 - Nivel cloro libre salida filtros carbón (ppm) toma de muestras. Valor de la revisión 0,100 ppm (min 0 y max 0,070) Esta gama se corresponde a un sábado, cuando la máquina se puede encontrar parada
- Entrada RO ($\mu\text{S}/\text{cm}$). Valor de la revisión 192,00 $\mu\text{S}/\text{cm}$ (min 160 y max 170) Esta gama se corresponde a un sábado, cuando la máquina se puede encontrar parada
- Producción (L / m). Valor de la revisión 26,100 l/m (min 15 y max 30) El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no
- Rechazo RO (L / m). Valor de la revisión 6 l/m (min 4 y max 7) El valor de la revisión es correcto dado que está entre el mínimo y máximo. Se analizará por qué hay un no
- P8 - Presión salida osmosis -1 primera etapa (BAR). Valor de la revisión 5,2 bar (min 2,5 y max 5,0)

Domingo 15/09/19

- P8 - Presión salida osmosis -1 primera etapa (BAR). Valor de la revisión 5,2 bar (min 2,5 y max 5,0): Valor de domingo, máquina que puede estar parada.
- Rechazo RO (L / min). Valor de la revisión 6,210 l/min (min 7 y max 9): Valor de domingo, máquina que puede estar parada.
- Entrada RO ($\mu\text{S}/\text{cm}$). Valor de la revisión 5,610 $\mu\text{S}/\text{cm}$ (min 6 y max 7): Valor de domingo, máquina que puede estar parada.
- Temperatura Tanque. Valor de la revisión 64°F (min 70 y max 100): Valor de domingo, máquina que puede estar parada

Lunes 16/09/19

- TM3 - Nivel cloro libre salida filtros carbón (ppm) toma de muestras. Valor de la revisión 0,100 ppm (min 0 y max 0,070): Valor previo al arranque de la máquina, valor ok.
- Cambio cartucho filtro de seguridad – PURTRESX 20"-05 μm (Después f. carbón)-máximo cada 60 días o un dif, > 0,8 Kg/cm², entre entrada P6 y salida P7: El no se refiere a que no se requiere cambio de filtro
- Entrada RO ($\mu\text{S}/\text{cm}$). Valor de la revisión 5,610 $\mu\text{S}/\text{cm}$ (min 6 y max 7): Es un valor aceptable por mayor eficiencia en la primera etapa.
- Martes 17/09/19
- P8 - Presión salida osmosis -1 primera etapa (BAR). Valor de la revisión 5,4 bar (min 2,5 y max 5,0): Valor previo al arranque de la máquina, valor ok.
- Rechazo RO (L / min). Valor de la revisión 6,110 l/min (min 7 y max 9): Es un valor aceptable previo al arranque de las máquinas dializadoras

- Entrada RO ($\mu\text{S}/\text{cm}$). Valor de la revisión 5,900 $\mu\text{S}/\text{cm}$ (min 6 y max 7): Es un valor aceptable por mayor eficiencia en la primera etapa

Miércoles 18/09/19

- P8 - Presión salida osmosis -1 primera etapa (BAR). Valor de la revisión 5,4 bar (min 2,5 y max 5,0): Valor previo al arranque de la máquina, valor ok.
 - TM3 - Nivel cloro libre salida filtros carbón (ppm) toma de muestras. Valor de la revisión 0,010 ppm (min 0 y max 0,070): Valor previo al arranque de la máquina, valor ok.
 - Cambio cartucho filtro de seguridad – PURTRESX 20"-05 μm (Después f. carbón)-máximo cada 60 días o un dif, > 0,8 Kg/cm², entre entrada P6 y salida P7: El no se refiere a que no se requiere cambio de filtro
 - Rechazo RO (L / min). Valor de la revisión 6,210 l/min (min 7 y max 9): Es un valor aceptable previo al arranque de las máquinas dializadoras
 - Entrada RO ($\mu\text{S}/\text{cm}$). Valor de la revisión 5,900 $\mu\text{S}/\text{cm}$ (min 6 y max 7): Es un valor aceptable por mayor eficiencia en la primera etapa.
- Conductivo: REVISION DIARIA / NOCHE. Informes del 14 al 18 de octubre diarios de noche. Se verifica nivel de agua y funcionamiento y todos los días el estado de la acción es correcto.
 - PREVENTIVO SEMANAL / PROTOCOLO SEMANAL CWP60. Informes semanales de los días 7, 14, 21 y 28 de julio y 4 de agosto. Todas las acciones del informe tienen estado correcto.
 - PREVENTIVO SEMANAL / PROTOCOLO SEMANAL CWP100. Informes semanales de los días 7, 14, 21 y 28 de julio y 4 de agosto. Todas las acciones del informe tienen estado correcto.

Informe anual BIE (BIE T trimestral, A anual)

En el informe de BIE (Bocas de Incendio Equipadas) elaborado por IBERCOIN INGENIEROS, S.L. y con fecha noviembre de 2019, se indican los elementos de revisión y su frecuencia:

- Trimestral: Comprobación de la señalización de las BIE's. De los 150 BIEs incluidos en el informe, en la columna de señales se indica SF en la mayoría, y como anomalía se indica "Todas las señales han superado su vida útil, excepto 2 uds (10 años, según RD 513/2017). Se recomienda la sustitución".
- Revisión técnica anual
- Revisión cada 5 años: Presurizar las mangueras a la presión de trabajo máxima, de conformidad con la UNE-EN 671-1 ó 671-2

En cuanto a otras anomalías detectadas:

2 El manómetro de la BIE nº 2 marca lectura incorrecta.

3 Las BIE's nº 129, 130, 131, 143, 144 y 145 están ubicadas en lugares que habitualmente se encuentran cerrados bajo llave, por lo que en caso de ser necesarias no podrán ser utilizadas de forma inmediata.

4 El armario de la BIE nº 135 no tiene el adhesivo de "Rómpase en caso de incendio".

5 La BIE nº 78 tiene la lanza estropeada

Se adjunta con el mismo informe el presupuesto para la solución de las anomalías 2, 4 y 5 y se recibe el presupuesto aceptado para la solución de estas anomalías.

Informe anual Hidrantes (BIE T trimestral, A anual)

En el informe de BIE (Bocas de Incendio Equipadas) elaborado por IBERCOIN INGENIEROS, S.L. y con fecha noviembre de 2019, se indican los elementos de revisión y su frecuencia. Se informa de las siguientes anomalías:

- 1 Se observa que hay dos hidrantes sin señalar (ambos en vial de salida, cuarto de gases).
- 2 Las señales existentes se encuentran muy deterioradas.
- 3 En la dotación de calle se observa que falta una lanza de 45 mm (Entrada principal).
- 4 Varios de los protectores de hidrante están golpeado. Nos indica el fabricante que no existen repuestos para este modelo

Se adjunta con el mismo informe el presupuesto para la solución de las anomalías 1,2 y 3 y se recibe el presupuesto aceptado para la solución de estas anomalías.

La empresa de mantenimiento indica que “Los hidrantes están perfectamente operativos, las protecciones tienen algún golpe debido al tráfico rodado. Se realizará orden de trabajo para su revisión”

Muestra de correctivos

Se solicitan 3 mantenimientos indicados como correctivos:

- Correctivo de 3/11/19 donde se indica: electricidad: “DESBLOQUEAR QUEMADORES DE CALDERA Nº 2 Y Nº3, REAPRETAR ANTIVIBRATORIO DE BOMBA DE CONDENSADOS CALDERA 2” por David: Se adjunta la OT. No hay aviso previo puesto que se trata de una actuación de mantenimiento.
- Correctivo. Puertas del 12/11/19 “REPARAR PUERTA RF RAYOS” realizado por Ivan. El aviso se realiza 12/11/2019 17:05 con prioridad 4 y la corrección termina 12/11/2019 22:00 (hora de control de la actuación).
- Correctivo. Puertas del 22/11/2019 “REPARAR FOTOCELULA EN PUERTA DE LIMPIO QX 4” realizado por Angel. El aviso se realiza 22/11/2019 22:20 y la corrección termina 22/11/2019 22:22 (hora de control de la actuación).

Observaciones criterios generales

Las observaciones de este servicio que afectan a los criterios generales son:

CRITERIOS		OBSERVACIÓN	VALOR
DGC.7	La concesionaria emite todos los informes que la Administración Sanitaria le solicita, cumpliendo los plazos y las especificaciones que se le indican.	Algunas incidencias SIGI pueden relacionarse con este criterio (agrupamiento 12 de la tabla de SIGIs)	4
DGC.10	La concesionaria comunica las incidencias a la Administración Sanitaria en tiempo y forma adecuados, y establece las acciones correctoras que permiten corregir las desviaciones.	Algunas SIGIs son respondidas con retraso. No se muestran acciones correctoras o preventivas de las incidencias de mayor frecuencia.	4
GMA.2	El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	Si bien no se muestran objetivos como tales si se dispone de un análisis del volumen de residuos gestionados.	3

CRITERIOS		OBSERVACIÓN	VALOR
CAL.4	La concesionaria ha establecido “métodos y manuales de procedimiento” y “protocolos de actuación” de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	El manual de procedimientos no está validado por la administración, y no se muestran los anexos completos a los que se refiere el documento.	2
CAL.9	Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	No se ha realizado ninguna en el periodo de dos años analizados. Se informa que se ha programado una para este año 2020, y se muestra el diseño de la encuesta.	2
MM.1	La concesionaria ha documentado los recursos materiales y técnicos que aporta para la prestación de los servicios.	El manual de procedimientos refiere a un anexo que no se muestra (Anexo 7: Medios técnicos para el mantenimiento)	2
SC.6	La concesionaria es responsable de los fallos del servicio que afectan a la operatividad total o parcial del área sanitaria.	Evitar aquellos fallos que dan lugar a inoperatividad de los servicios introduciendo medidas preventivas y correctivas en las más frecuentes	4

Observaciones durante las visitas

FECHA	HORA	ZONA	CLASF. ZONA/TIPO	INCIDENCIA	CLASIFICA
23-ene	10:00	Exterior urgencias	Accesos	La puerta de entrada de familiares no cierra correctamente y tiene el envolvente inferior desgastado, permitiendo pérdidas de calor/frío, reduciendo la eficiencia energética.	Leve
23-ene	10:00	Exterior urgencias	Accesos	El suelo tiene baldosas rotas.	Leve
23-ene	10:04	Exterior urgencias	Accesos	Los cristales de la valla exterior tienen roturas por varias zonas, y se observa óxido en los extremos.	Leve
23-ene	10:05	Exterior urgencias	Accesos	La puerta principal tiene también defectos en el cierre. De hecho, la que está censurada no está del todo cerrada.	Leve
23-ene	13:18	Rehabilitación	Rehabilitación respiratoria	Una de las luces no funciona y uno de los grifos tampoco.	Leve

FECHA	HORA	ZONA	CLASF. ZONA/TIPO	INCIDENCIA	CLASIFICA
23-ene	13:26	Rehabilitación	Cuarto sucio	Una de las luces no funciona.	Leve

FECHA	HORA	ZONA	CLASF. ZONA/TIPO	INCIDENCIA	CLASIFICA
11/2	11:15	BQ, P5	Cuarto limpieza	Luz no funciona	Leve
11/2	12:02	Baja, Sala de espera	Aseo M adaptado	Se observa una mancha en el techo, en la zona de la trampilla	Leve
11/2	12:24	P3, Hospitalización	Cuarto sucio	Luz fundida	Leve
11/2	14:00	P3, Hospitalización	Sala espera pediatría	Cristal con fisura	Leve
11/2	12:48	P1 almacén	Almacén	Luz fundida	Leve
11/2	12:59	P1 almacén	Almacén	Luz fundida	Leve
11/2	13:30	P-2	Almacén	Paredes deterioradas, rodapiés sueltos	Leve

FECHA	HORA	ZONA	CLASF. ZONA/TIPO	INCIDENCIA	CLASIFICA
26/2	11:00	Urgencias	Control entrada	Junta del suelo con protección deteriorada	Leve
26/2	11:07	Urgencias	Pasillo	Cristal sin punto rojo de prevención	Leve
26/2	12:16	P4	Aseo M	Grifo suelto	Leve
26/2	12:16	P4	Aseo F	Grifo suelto	Leve

B) EVALUACIÓN DE CRITERIOS

ID	CRITERIOS MANTENIMIENTO (MTO)	16	EVALUACIÓN
MTO.1	La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de mantenimiento	4,7	Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales
MTO.2	El servicio de mantenimiento establece en su Manual de Procedimientos las actuaciones necesarias para llevar a cabo un servicio de mantenimiento 365 días al año, 24 horas al día, de acuerdo con los requerimientos y especificaciones acordadas con la Administración Sanitaria: edificios, instalaciones técnicas y tecnológicas, equipos de las instalaciones, mobiliario, espacios y el entorno de trabajo del hospital.	4	En el manual de procedimientos se especifica la cobertura 24 horas los 365 días del año. El manual no está validado por la administración sanitaria y no muestra los anexos que incluyen los programas y los medios del servicio.
MTO.3	El Manual de procedimientos incluye el alcance del servicio (mantenimiento integral del edificio, las instalaciones generales, las instalaciones técnicas especiales, y el mobiliario existente) y los apartados excluidos del mismo (Equipamiento clínico e instalaciones de radiodiagnóstico y mobiliario y equipamiento clínico del Hospital).	4	En el manual de procedimientos incluye el alcance del servicio por equipo e instalación afectada. Este manual no está validado.

ID	CRITERIOS MANTENIMIENTO (MTO)	I6	EVALUACIÓN
MTO.4	El Manual de procedimientos incluye un procedimiento de actuación para solicitar a la Administración Sanitaria autorizaciones para la realización de cualquier trabajo que pueda afectar a las funcionalidades del hospital, si implica parada o riesgo de parada de equipo (gases médicos, alarmas de incendios, espacios cerrados, perforaciones o cortes, trabajos eléctricos, vapor, sistemas de presión, sistemas de energía, trabajos en el tejado, etc.).	4	El Manual de procedimientos indica que el servicio atiende las solicitudes en función de la prioridad y las registra. En el mismo documento se indica la coordinación con los responsables del hospital. Se detectan SIGIs relacionadas con la no coordinación con Medicina Preventiva.
MTO.5	El Servicio de Mantenimiento elabora el informe mensual de mantenimiento aprobado por la Administración Sanitaria que consiste básicamente en una base de datos que resume y refleja de forma clara y comprensible el estado y actuaciones realizadas sobre las distintas instalaciones y que refleja como mínimo: el mantenimiento (programado y de cualquier tipo), actividad (relativa a averías, inspecciones preventivas o legales...), datos técnicos (rendimiento, parámetros, niveles de seguridad...), datos económicos y energéticos (consumos de almacén y energía...), datos de personal (formación, incorporaciones...), etc.	5	El informe incluye la información acordada con el Hospital Universitario del Sureste (HUSE).
MTO.6	El Servicio de Mantenimiento elabora y presenta un informe anual de mantenimiento del estado de las instalaciones, en el formato acordado con la Administración Sanitaria.	4	No se han encontrado evidencias de la realización y la entrega del informe anual de mantenimiento.
MTO.7	El Servicio de Mantenimiento dispone de un inventario exhaustivo de todos los activos: edificios, sus elementos estructurales y auxiliares, los espacios (superficie, ubicación, identificación de elementos estructurales como ventanas y tipo de cristal, pintura, puerta, suelo, etc.), sus dimensiones, funcionalidad y características, las instalaciones y los equipos del Centro (luminarias, enchufes, interruptores, aire acondicionado, rejillas, detectores de movimiento, fontanería, mobiliario, etc.).	4	El programa GMAO es Mansis y está operativo y en funcionamiento. No se cumple el 100% de lo indicado en el criterio. El inventario corresponde con el de activos físicos objeto de mantenimiento.
MTO.8	El inventario de activos está informatizado e incluye la documentación técnica organizada y codificada de cada uno de los activos, instrucciones de explotación y mantenimiento, planos, etc., y una detallada descripción de las características técnicas y económicas (esquema de principio, esquema real, fichas características de cada equipo, costes de adquisición y periodos de amortización).	4	El programa GMAO es Mansis y está operativo y en funcionamiento. Incluye los activos físicos objeto de mantenimiento. Sin embargo, no se muestra el anexo 1 "activos físicos objeto de mantenimiento" ni el anexo 18 "sistema de codificación de espacios, elementos del activo y documentación".
MTO.9	Se realiza la gestión activa y mantenimiento del inventario con la incorporación de elementos de gestión como costes de reposición y actuaciones de mantenimiento correctivo y preventivo.	5	No se detectan incidencias relacionadas.

ID	CRITERIOS MANTENIMIENTO (MTO)	16	EVALUACIÓN
MTO.10	El servicio ha diseñado un protocolo de actuación ante los cambios de ubicación que se producen relativos a los equipamientos, instalaciones y mobiliario. El manual de procedimientos establece la obligación de comunicar, verificar, y modificar en su caso el inventario de la zona donde se hayan llevado a cabo actuaciones de tipo preventivo, correctivo, técnico legal o la incorporación de nuevos elementos.	4	El protocolo de actuación ante un cambio de ubicación está incluido en el Manual de Procedimientos, aunque este no está validado. Se refiere a la ampliación del Anexo 1: Activos físicos objeto de mantenimiento, pero no se muestra dicho anexo.
MTO.11	El Manual de Procedimientos acordado con la Administración contempla: condiciones, frecuencia y horarios para la puesta en marcha y paro de las instalaciones y equipos, permisos de trabajo requeridos, requisitos de seguridad por zona de trabajo, coordinación con medicina preventiva, la dirección del hospital y otros posibles organismos implicados.	4	El manual de procedimientos contempla lo indicado en el criterio de manera general para todas las actividades relacionadas. La concesionaria realiza un registro de las operaciones llevadas a cabo, que se incluye en cada informe mensual. En este registro se incluye para cada operación: zona, nº de orden, fecha, descripción, tiempo, operario y tipo de operación. Las condiciones frecuencia y horario se incluyen en anexos que no se muestran.
MTO.12	El servicio de mantenimiento ha establecido programas de necesidades de mantenimiento de la conducción y explotación de las instalaciones, en función de las distintas épocas del año, zonas y horarios. Estos programas se han acordado con la Administración Sanitaria, compatibilizando en todo momento las mejores prestaciones con las máximas eficiencias y economías posibles.	4	El Manual de procedimientos del servicio contempla el mantenimiento conductivo con las frecuencias de actuación y las medidas en caso de desviaciones. No está aprobado por la validado por la administración y se complementa con anexos que no se reciben.
MTO.13	El servicio de mantenimiento registra sistemáticamente los consumos (electricidad, agua, gases, combustible...), realiza el análisis de la calidad del suministro mediante parámetros de rendimiento y otros (análisis químico y bacteriológico del agua, verificación de certificados de calidad, optimización de tarifas, etc.).	4	El manual de procedimientos contempla la existencia de los registros de consumos hasta el detalle de información accesible para la concesionaria. Los resultados se comunican mensualmente a la administración. Algunas incidencias pueden relacionarse con este criterio.
MTO.14	El servicio de mantenimiento dispone de un Programa de Mantenimiento Preventivo (PMP) . Este programa incluye al menos el plan de actuación, la frecuencia, la aprobación de la Administración Sanitaria, planes a largo (5 años), medio (anual) y corto plazo (mensual), requerimientos de seguridad para cada plan, horarios, responsables y coordinación con medicina preventiva, la dirección del hospital y otros posibles organismos implicados.	3	El manual de procedimientos incluye el programa preventivo en anexos que no se reciben. Se muestran las frecuencias de actuaciones por gamas de mantenimiento, pero el documento recibido está incompleto, y no constan las inspecciones periódicas obligatorias por normativa (OCA) por ejemplo cada cinco años de instalaciones de baja tensión de estancias de intervención quirófanos, paritorios, box de UCI, etc. Los requerimientos de seguridad de cada plan, horarios, responsables y coordinación pueden estar en los anexos, pero no se reciben.

ID	CRITERIOS MANTENIMIENTO (MTO)	I6	EVALUACIÓN
MTO.15	En el Manual de Procedimientos del Servicio de Mantenimiento se incluye como actuar para realizar el mantenimiento correctivo en cuanto a un servicio inmediato de apoyo y consejo técnico y administrativo en los trabajos que surjan de peticiones o solicitudes de trabajo de emergencia, de urgencia y de rutina del servicio, procedimientos de actuación para el adecuado desarrollo de las correspondientes órdenes de trabajo con especificación de las tareas a realizar, las instrucciones de seguridad, las verificaciones y los correspondientes descargos y el check-list de comprobación de los estándares de calidad establecidos para el servicio.	4	El manual de procedimientos incluye las pautas para realizar el mantenimiento correctivo. Se detectan fallos que podrían relacionarse con este criterio (aquellas que indican repetición de solicitudes de reparación).
MTO.16	El Servicio de Mantenimiento se responsabiliza de la legalización, actualización y correcta cumplimentación de los Libros Oficiales de Mantenimiento con independencia de la titularidad de los mismos.	4	Se observan incidencias relacionadas con los libros oficiales como consecuencia del incumplimiento de los plazos de realización de algunas inspecciones. No se muestra un programa de dichas inspecciones legales.
MTO.17	El servicio de mantenimiento dispone de un Programa de inspecciones para cumplir con el mantenimiento técnico-legal. Este programa incluye al menos las condiciones, la frecuencia, requerimientos de seguridad, horarios, responsables y coordinación con medicina preventiva, la dirección del hospital y otros posibles organismos implicados.	4	La concesionaria lleva a cabo la programación del mantenimiento técnico-legal y el registro de las actividades realizadas. No se recibe el programa de las inspecciones obligatorias (OCAs) y algunas SIGIs pueden relacionarse con este criterio.
MTO.18	El Servicio de Mantenimiento gestiona, supervisa y controla la ejecución de las tareas de mantenimiento programado mediante el sistema de Gestión del Mantenimiento Asistido por Ordenador (GMAO) aportando el hardware y software necesarios para esta gestión, compatibles con el resto de equipos y aplicaciones implantadas en el Hospital en especial con las aplicaciones relativas a la gestión económica, administrativa y de aprovisionamiento del centro.	5	No se detectan incidencias relacionadas con el programa GMAO en relación a su funcionamiento.
MTO.19	El Servicio de Mantenimiento garantiza en todo momento la aportación de medios técnicos y personales para el apoyo al personal técnico que deberán ser suficientes para atender cualquier aviso de avería o incidencia, 24 horas al día, todos los días del año.	3	La concesionaria envía mensualmente la planificación de los medios humanos, incluyendo la relación de los puestos y el horario efectivo de trabajo, garantizando la cobertura 24 horas del día. No se muestra un listado o similar con los medios técnicos.
MTO.20	El Servicio de Mantenimiento conoce, controla, supervisa y ejecuta diariamente todas aquellas operaciones de puesta en marcha, seguimiento, control, toma de datos, control de consumos: agua, combustible, gases, electricidad, etc., tanto para conocer los rendimientos y parámetros de explotación, como para prever con la suficiente antelación la necesidad de aprovisionamiento.	4	Los informes mensuales enviados a la Administración Sanitaria recogen las actividades y resultados descritos en el criterio que aplican a este hospital. Se detectan incidencias relacionadas con la información solicitada por parte de la administración (información incompleta o no remitida en tiempo y forma)

ID	CRITERIOS MANTENIMIENTO (MTO)	16	EVALUACIÓN
MTO.21	El Servicio de Mantenimiento realiza todas las operaciones programadas sobre los equipos en servicio y perfecto funcionamiento según el Plan de Mantenimiento Preventivo , cuyo objetivo es evitar o prevenir la aparición de averías o disminución de sus prestaciones.	4	La concesionaria lleva a cabo la programación y registro de las operaciones de mantenimiento preventivo. Se comprueba el cumplimiento de la programación para una muestra de estas operaciones. Se detectan varias SIGIS relacionadas (fugas de agua, instalaciones en mal estado, etc.), mantenimiento preventivo no realizado según procedimiento, así como criterios de revisión no correctos para los que no se muestran acciones para corregir desviaciones, aunque tras esta auditoría, la empresa indica que realizará un análisis de aquellos estados no correctos que cumplen los criterios pero que el programa no da los resultados esperados, y que revisará los parámetros no correctos para tomar medidas.
MTO.22	El Servicio de Mantenimiento realiza el mantenimiento correctivo sobre la totalidad de las instalaciones que aplica: avería en cualquiera de los equipos o elementos de la instalación, independientemente de las causas que las motiven. El servicio actúa con la inmediatez requerida según la clasificación de incidencias como críticas, de emergencia, de urgencia u ordinarias.	4	Se detectan SIGIS relacionadas con solicitudes no atendidas a tiempo.
MTO.23	El mantenimiento técnico - legal se realiza sobre aquellas instalaciones que, de acuerdo a las especificaciones de los reglamentos industriales, tanto de carácter general, comunitario, nacional o autonómico, de obligado cumplimiento lo requieran incluida la normativa que dicte la Administración Sanitaria. En los contratos establecidos con las empresas proveedoras / colaboradoras de los diferentes equipos e instalaciones se incluye una cláusula que les obliga a la actualización permanente de las exigencias técnico-legales que les afecten.	3	Se ha revisado una muestra de OCAs de salas de intervención, con resultados favorables y cero defectos en todas ellas. No se muestra el anexo con los proveedores de servicios específicos. No se muestra una previsión de inspecciones obligatorias completa. No se muestra el anexo con las exigencias técnico-legales que afecten. Algunas incidencias pueden relacionarse con este criterio.
MTO.24	El Servicio de Mantenimiento planifica, organiza, asume el coste e informa sobre las inspecciones periódicas a realizar por las empresas colaboradoras de la Administración competente, en orden al cumplimiento de la normativa vigente.	5	No se muestran incidencias relacionadas.

ID	CRITERIOS MANTENIMIENTO (MTO)	16	EVALUACIÓN
MT0.25	El Servicio de Mantenimiento se responsabiliza de las acciones correctivas y sanciones que surgen de las inspecciones y realiza las acciones necesarias para cumplir con los requisitos técnico - legales. Además realiza las modificaciones necesarias derivadas de cambios en la legislación vigente .	4	Se detectan algunas observaciones que podrían relacionarse con este criterio: no se muestra un programa de mantenimiento completo (preventivo y técnico legal), y por tanto no puede verificarse que se modifique según normativa, además no hay evidencias de realización de las acciones relacionadas con todas las recomendaciones de los informes de mantenimiento.
MT0.26	Todas las instalaciones se encuentran en perfecto estado de mantenimiento y conservación tal y como se describe en los criterios de calidad del hospital	4	Durante la auditoría in situ se observaron algunas incidencias: desperfectos.
MTO	INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO	4,1	

Tabla 51. Resultados de nivel del servicio de Mantenimiento (MTO)

C) OBSERVACIÓN DEL PROCESO DE MANTENIMIENTO

A continuación se incluye una tabla con fotos de las observaciones realizadas durante la auditoría y otras evidencias.

AUDITORÍA 23-01-2020			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
8:50	A	Ascensor	<p>El ascensor es confortable y dispone de los medios adecuados a elevadores. RAE 137556A y la inspección es válida hasta 25-04-20.</p>  <p>Todos los ascensores están limpios y mantenidos y disponen de la pegatina de inspección vigente.</p>

Exteriores zona de urgencias

AUDITORÍA 23-01-2020			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:00	1	Exterior Urgencias	 <p>La puerta de entrada de familiares no cierra correctamente y tiene el envolvente inferior desgastado, permitiendo pérdidas de calor/frío, reduciendo la eficiencia energética.</p>
10:05	1	Exterior Urgencias	 <p>Los cristales de la valla exterior tienen roturas por varias zonas, y se observa oxido en los extremos.</p>

AUDITORÍA 23-01-2020			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:05	1	Exterior Urgencias	 <p>La puerta principal tiene también defectos en el cierre. De hecho, la que está censurada no está del todo cerrada.</p>

Planta 1: urgencias

AUDITORÍA 23-01-2020: ZONA DE URGENCIAS			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:07	1	Urgencias. Sala de espera	La sala de espera es luminosa y confortable. La puerta RF se ha repuesto recientemente, su mecanismo de cierre funciona correctamente. Las bancadas en buen estado, así como la zona de máquinas expendedoras.
10:08	1	Urgencias. Aseo femenino y adaptado	Aseo femenino y adaptado, sin deficiencias detectadas.
10:08	1	Urgencias. Aseo masculino	No se observan deficiencias.

Planta 1. Cocina

AUDITORÍA 23-01-2020: COCINA			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:20	1	Acceso muelle	La puerta está identificada. El exterior está bien mantenido.
10:20	1	Pasillo sucio	El suelo está deteriorado, así como varias esquinas y bordes. Nos indican que conocen la problemática y que están buscando soluciones que no interrumpan el servicio. Esta situación se observa en varias zonas de la cocina.
10:24	1	Zona de aceite usado y compresores	La zona está ordenada pero las unidades del aire acondicionado siguen sucias. Se identifican con rotulador con la zona de refrigeración, pero no siempre es posible su lectura. Se observan también equipos y material en desuso (microondas, bandejas, etc.). Es una zona mejorable.
10:24	1	Pasillo zona de almacenes	Está mantenido salvo por las observaciones anteriores. Se observan palets con mercancía.




AUDITORÍA 23-01-2020: COCINA			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:50	1	Congelador	La cámara está identificada. El suelo está deteriorado. 
10:52	1	Pasillo limpio	Mantenido, aunque las esquinas están deterioradas.

Planta B. Rehabilitación

AUDITORÍA 23-01-2020: REHABILITACIÓN			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
13:15	B	Pasillo de acceso	El pasillo se observa limpio y mantenido.
13:15	B	Acceso	La puerta está en buen estado. La señalética es adecuada. La identificación de la zona es correcta.
13:16	B	Box 10	La estancia está limpia y mantenida. El mobiliario está en buen estado. La sala está identificada. No se observan deficiencias.
13:18	B	Rehabilitación respiratoria	La estancia está limpia, identificada y el mobiliario está en buen estado. Una de las luces no funciona y uno de los grifos tampoco.
13:26	B	Cuarto sucio	Este cuarto está identificado como cuarto de limpieza. Una de las luces no funciona.
13:28	B	Electroterapia	Se observa la sala identificada, limpia y mantenida. Los equipos como lámpara y camilla están identificados y en buen estado.
13:31	B	Box de juegos	Sala identificada, limpia y mantenida. Una de las luces del techo no enciende.


Planta 6: Esterilización

AUDITORÍA 11-02-2020: Servicio de Esterilización			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
8:55	6	Pasillo	Limpio y mantenido.
8:55	6	Entrada	Limpio y mantenido.
8:57	6	Cuarto de limpieza	Vertedero limpio y mantenido.
8:59	6	Aseo	Limpio, mantenido, con los medios de aseo adecuados.
9:00	6	Pasillo	Limpio y mantenido.





AUDITORÍA 11-02-2020: Servicio de Esterilización			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:06	6	Zona sucia	Cuarto identificado y cerrado. Espacio limpio, ordenado y mantenido.
9:06	6	Vestuario	Vestuario identificado, para el personal de la unidad con taquillas. Limpio y mantenido.
9:07	6	Pasillo	Superficies horizontales y verticales limpias y mantenidas. 
9:08	6	Almacén productos	El almacén destaca por el orden y la limpieza. 
9:10	6	Zona de lavado	
9:30	6	Exclusa	Zona de acceso desde pasillo a zona limpia. Estancia limpia y mantenida.
9:30	6	Zona limpia	Se observa la estancia, limpia, mantenida, ordenada y en uso.
10:05	6	Cuarto del formol	Está ordenado, limpio y mantenido. El equipo está identificado.

AUDITORÍA 11-02-2020: Servicio de Esterilización			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:10	6	Zona estéril	<p>Estancia ordenada, limpia y mantenida.</p> 



Planta 5: bloque quirúrgico

AUDITORÍA 11-02-2020: Bloque quirúrgico			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:30	5	Pasillo limpio	<p>Zona limpia y mantenida. La puerta de acceso está recién instalada.</p> 
10:30	5	Vestuario F	Limpio y mantenido.
10:30	5	Vestuario M	Limpio y mantenido
10:32	5	Pasillo	Zona limpia y mantenida.
10:33	5	URPA/ CMA	Zona limpia y mantenida. Con pacientes.
10:34	5	Preparación prequirúrgica	Zona limpia y mantenida. En el momento de la visita hay dos pacientes.
10:35	5	Preparación prequirúrgica. Control	Las estancias están limpias y mantenidas.

AUDITORÍA 11-02-2020: Bloque quirúrgico			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:35	5	URPA/CMA zona de puestos en cama	Zona limpia y mantenida (cristales, persianas, cortinas para intimidad del paciente, superficies horizontales y verticales, luminarias, rejillas, puntos eléctricos, etc.). 
10:36	5	URPA/CMA Pyxis	Zona limpia y mantenida. Gestionado por personal sanitario
10:37	5	URPA/CMA almacén	Almacén identificado, limpio y mantenido.
10:38	5	URPA/CMA Aseos	Se observa sin desperfectos (grifo, papelera con accionamiento de pedal, lavabo, jabonera). 
10:38	5	URPA/CMA cuarto sucio	Cuarto limpio y mantenido. La identificación del cuarto no es correcta (pone almacén). 
10:40	5	URPA/CMA sala de adaptación al medio	Está identificada y en buen estado. 

AUDITORÍA 11-02-2020: Bloque quirúrgico			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:43	5	CMA despacho médico	Limpio y mantenido
10:44	5	CMA Vestuarios y aseos	Limpios y mantenidos. 
10:45	5	B. Quirúrgico/ CAM Lencería	La estancia está mal identificada. 
10:47	5	B. Quirúrgico/ CMA Almacén fungible	Cuarto identificado, limpio y mantenido.
10:47	5	B. Quirúrgico/ CMA Almacén de equipos	Estancia amplia con algunas cajas en el suelo.
10:50	5	B. Quirúrgico/ CMA cuarto de limpieza	Estancia que según nos indican no se usa. Huele mal y tiene el desagüe sucio. 
10:50	5	B. Quirúrgico/ CMA cuarto de residuos	Identificado, y con las indicaciones de acceso restringido apropiadas. Una de las esquinas se observa con azulejos rotos y deteriorados. 
10:52	5	B. Quirúrgico/ CMA cuarto de limpieza	Cuarto de limpieza. Este es el cuarto que se utiliza en la zona. Está limpio y mantenido.

AUDITORÍA 11-02-2020: Bloque quirúrgico			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:55	5	B. Quirúrgico/ CMA vestuarios de pacientes	Los dos vestuarios están limpios y ordenados, con los medios de cambio apropiados. Falta papel y jabón en los dos. 
10:57	5	B. Quirúrgico/ CMA almacén 520B-3	Identificado, con estanterías y medios de almacenaje apropiados. 
11:05	5	B. Quirúrgico/ CMA almacén ortopedia y artroscopia	Identificado, limpio y mantenido. 
11:06	5	B. Quirúrgico, quirófanos	Se observan limpios y mantenidos, tanto el antequirófono como un quirófono que no está en uso en el momento de la visita. 
11:07	5	B. Quirúrgico, Box 6	Cuarto de trabajo de personal sanitario. Limpio y mantenido.
11:08	5	B. Quirúrgico, Aseos	Limpios y mantenidos, con los medios de aseo establecidos.
11:09	5	B. Quirúrgico, Cuarto sucio	Limpio y mantenido.


AUDITORÍA 11-02-2020: Bloque quirúrgico			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
11:12	5	B. Quirúrgico, Cuarto residuos	Se observa el montacargas que comunica con esterilización de sucio. 
11:14	5	B. Quirúrgico, Cuarto equipos	Cuarto limpio y mantenido.
11:15	5	B. Quirúrgico, Cuarto de limpieza	No funciona la luz del techo. 
11:20	5	B. Quirúrgico, Cuarto de residuos	Identificado, limpio y mantenido y con los contenedores apropiados para los residuos que contienen.

Planta baja: consultas

AUDITORÍA 11-02-2020: Planta baja, consultas			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:00	B	Sala de espera consultas	Zona limpia y mantenida. Mobiliario en buen estado. 

AUDITORÍA 11-02-2020: Planta baja, consultas			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:02	B	Sala de espera aseo M y adaptado	Sin jabón. Techo manchado. Papelera sin tapa. 

Escaleras

AUDITORÍA 11-02-2020: Escaleras y accesos			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:05	-	Escaleras	Las escaleras junto al ascensor 3-4 están limpias y mantenidas. Los cristales de las ventanas y de las puertas (ojo de buey) se observan limpios. Los pasamanos limpios y sin vibraciones al agarre. 

Planta 3. Hospitalización

AUDITORÍA 11-02-2020: Hospitalización pediatría			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:12	3	Cuarto de limpieza	El cuarto está identificado, limpio y mantenido.
12:15	3	Lencería	Cuarto limpio y mantenido.
12:20	3	Control de enfermería	Estancia en uso, limpia y mantenida.
12:21	3	Sala de medicamentos	Limpia y mantenida

AUDITORÍA 11-02-2020: Hospitalización pediatría			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:24	3	Cuarto sucio	Identificado. No se detectan incidencias en relación con los servicios concesionales y los medios que utilizan (contenedores de residuos, jaulas y carros de ropa, estado de superficies, lavabo y grifo, etc.) salvo una luz fundida. 
12:25	3	Almacén	Estancia utilizada para material necesario en la unidad, carro de lencería y porta sueros.
12:26	3	Habitación 349	Es la única habitación disponible en el momento de la visita. Observamos que tanto la estructura como el mobiliario está en buen estado, sin desperfectos y limpio. 
14:00	3	Sala de espera	Estancia limpia, donde se observa un cristal con fisura: 
14:00	3	Sala de espera. aseos	Limpios y mantenidos. Con los medios de aseo adecuados.

Planta 1 y sótano -2: Almacén general

AUDITORÍA 11-02-2020: Almacen general planta 1 y sótano -2			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN

AUDITORÍA 11-02-2020: Almacén general planta 1 y sótano -2			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:48	1	Almacén	<p>Medios de transporte de mercancías, tal y como se describe en el manual de procedimientos (transpaletas manuales y eléctrica, carros, pallets). Se observa algún desperfecto en la señalética de paso (cinta adhesiva deteriorada o cortada) solo se observa en el recorrido de la puerta, siendo necesario asegurar la señalética en el resto del almacén. Alguna luz fundida.</p> 
12:59	1	Almacén	<p>Armario ignífugo que contiene productos cuyo almacenaje debe añadir medidas preventivas. Junto al armario está disponible un extintor cuya verificación de uso está vigente. Todos los productos disponen de la hoja de control de existencias. Uno de los fluorescentes está fundido.</p> 
13:00	1	Almacén	<p>Se observan los materiales colocados según sus referencias, ausencia de obstáculos en los pasillos y superficies horizontales y verticales en buen estado. Alguna de las luces está fundida dificultando la lectura de las referencias. En la muestra revisada no se observa ningún material caducado, ni a temperaturas fuera de los rangos recomendados por los fabricantes.</p> 

AUDITORÍA 11-02-2020: Almacén general planta 1 y sótano -2

H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
13:30	-2	Almacén	Se observan paredes deterioradas, medios de señalización de pallets y vías de circulación de transpaletas y personas deterioradas, rodapiés sueltos.
			

Planta baja: Despachos administrativos e información

AUDITORÍA 26-02-2020: Administrativos


H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
8:45	B	Despacho responsable	El despacho está limpio y mantenido.
8:47	B	Mostrador de información	Disponen de un espacio para sillas de ruedas, gases medicinales, contenedor de documentación confidencial. Se observan medios contraincendios con revisión vigente.
8:55	B	Pasillo despachos administrativos	La zona está limpia y mantenida.
9:02	B	Mostrador citaciones	Zona con dos puestos (uno ocupado por administrativo), limpio y mantenido, desde el que se observa la sala de espera.
9:07	B	Sala espera mostrador citaciones	Zona limpia y mantenida. Dispone de equipo para tomar el turno de atención en el mostrador.
9:10	B	Registro de nacimientos	No se producen atenciones durante la visita. El despacho está limpio y mantenido. Es confortable en relación con la temperatura y el ambiente.
9:16	B	Despacho camas y lista de espera	De nuevo se observa una zona limpia y mantenida con tres puestos de trabajo para lista de espera quirúrgica y lista de espera pruebas y consultas externas.

Planta 2: Atención ambulatoria

AUDITORÍA 26-02-2020: planta 2 Atención ambulatoria

H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:20	2	Pasillo central	Limpio y mantenido
9:20	2	Pasillo HDM	Limpio y mantenido (despachos 508 a 511 y 504-507)
9:21	2	Pasillo oncología	Limpio y mantenido (despachos 512 a 515 y 501-502)
9:22	2	Mostrador Hospital de día	Zona limpia y mantenida.



AUDITORÍA 26-02-2020: planta 2 Atención ambulatoria			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:27	2	Despacho 512 pruebas diagnósticas	Sala en uso, limpia y mantenida.
9:36	2	Lencería	Cuarto mal identificado, donde se ubican sillas de ruedas disponibles para la unidad. 
9:37	2	Cuarto sucio	La estancia está limpia y mantenida.
9:42	2	Cuarto de estar personal	No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
9:43	2	Cuarto de limpieza	No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
9:43	2	Almacén 234A	No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
9:49	2	Vestuarios 23	Limpios y mantenidos. No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
9:50	2	511 Lectura de médula ósea	Limpio y mantenido. No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
9:51	2	505 HDM06	Limpio y mantenido. No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
9:52	2	504 HDM05	Limpio y mantenido. No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
9:55	2	Sala espera B	No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
9:55	2	Aseo femenino (ascensor 1,2)	No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
9:55	2	Aseo adaptado y M (ascensor 1,2)	No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
9:56	2	Aseo femenino (ascensor 3,4)	No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.


AUDITORÍA 26-02-2020: planta 2 Atención ambulatoria			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:56	2	Aseo adaptado y M (ascensor 3,4)	Se observa la trampilla del techo sucia. 
9:57	2	Sala espera A	No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
9:58	2	Aseo femenino (ascensor 3,4)	No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
10:00	2	Pasillo endoscopias	No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
10:00	2	Lavado de endoscopios	En el momento de la visita están en uso y personal sanitario está trabajando. No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
10:06	2	Almacén 136E	Limpio y mantenido.

Zonas generales, Escaleras y ascensores

AUDITORÍA 26-02-2020: Zonas generales, Escaleras y ascensores			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
8:30	-	Ascensor 2	Limpio, con placa con RAE y certificado de inspección vigente. Medios de apoyo firmes.
9:20	-	Ascensor 8	Limpio, con placa con RAE y certificado de inspección vigente. Medios de apoyo firmes.
10:44	-	Escaleras frente ascensor 3,4	Luz con pelusas que caen al suelo 
11:50	-	Ascensor 7	Limpio, con placa con RAE y certificado de inspección vigente. Medios de apoyo firmes.
11:50	1	Pasillo zona acceso residuos	Luis Díaz, personal del servicio de limpieza (peo especialista, identificado y uniformado) está transportando residuos al punto final. Los medios y la forma de transportarlos por el interior del hospital son los establecidos.
11:55	-	Ascensor 10	Limpio, con placa con RAE y certificado de inspección vigente. Medios de apoyo firmes.


Planta 1. Urgencias

AUDITORÍA 26-02-2020: Urgencias			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:45	1	Frente admisión	Cuarto limpio y mantenido donde se ubican las sillas de ruedas disponibles para urgencias.
10:46	1	Admisión urgencias	La zona está limpia y mantenida y con los medios de trabajo necesarios para la zona.
10:59	1	Box vital adultos	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales (limpieza, mantenimiento, lavandería, residuos, mobiliario).
10:59	1	Box vital pediatría	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales (limpieza, mantenimiento, lavandería, residuos, mobiliario). 
11:00	1	Control entrada de urgencias	Se realiza una termografía del cuadro eléctrico sin observan calentamientos elevados en ninguna de sus partes (en el registro de diferenciales se observa que el que con mayor frecuencia salta es el 7). El mostrador y mobiliario observado esta en buen estado. El transporte neumático funciona correctamente. La junta del suelo tiene sus medios de protección deteriorados (metal y cinta de plástico) 
11:05	1	Cuarto de medicación	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:06	1	Box 8	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:06	1	Box 9	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.

AUDITORÍA 26-02-2020: Urgencias			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
11:07	1	Pasillo urgencias	 <p>Uno de los cristales cambiado recientemente, no dispone del punto de prevención rojo</p>
11:07	1	Lencería	El cuarto está limpio y mantenido.
11:07	1	Almacén 134C	El cuarto está limpio y mantenido y el material ubicado en las estanterías según sus referencias.
11:19	1	Control de enfermería interior	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:20	1	Cuarto sucio	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:22	1	Sala de sillones urgencias	El suelo se observa sucio. En el momento de la visita hay pacientes.
11:25	1	Cuarto de limpieza	Cuarto limpio, ordenado y mantenido.
11:30	1	Sala espera pediatría	<p>Limpia y mantenida. Sillas firmes y sin desperfectos aparentes.</p> 
11:32	1	Aseos sala pediatría	Limpios y mantenidos, con los medios complementarios establecidos.
11:33	1	Sala de triaje pediatría	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.

Planta 1: Radiodiagnóstico

AUDITORÍA 26-02-2020: Radiodiagnóstico			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
11:35	1	Pasillo Rx	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:36	1	Sala 1 mamografía	En el momento de la visita están realizando pruebas a un paciente. En la zona no se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.

AUDITORÍA 26-02-2020: Radiodiagnóstico			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
11:37	1	Sala TAC	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:38	1	Resonancia magnética	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:39	1	Rayos tórax	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:41	1	Sala Rayos X	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.
11:42	1	Sala espera	En esta sala no se observan deficiencias, pero se han ubicados taquillas que parecen en desuso.
11:45	1	Sala rayos 1 y 2	En el momento de la visita no hay pacientes ni personal sanitario. Se realiza un examen completo de la zona no observando deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.
			
11:46	1	Despachos médicos	No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales.

Planta 4: Hospitalización

AUDITORÍA 26-02-2020: Hospitalización 4B			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:00	4	Pasillo	Pasillo común de acceso a distintas zonas de hospitalización. La señalización es adecuada. Se observan medios de extinción de incendios en estado adecuado (lectura de manómetro en zona verde). Puertas RF en buen estado. Luces de emergencia y señalética adecuada. Elementos estructurales mantenidos. Las zonas de ascensores disponen de señalización adecuada y se observan en buen estado.
12:02	4	Control enfermería	El control de enfermería se encuentra en el cruce entre las habitaciones 438-448. Dispone de mostrador para trabajo de 4 puestos con: ordenadores y medios adecuados, sillas de despacho, balanza (verificación vigente), transporte neumático, recepción llamadas enfermería, medios de prevención y extinción, contenedores de documentación confidencial, papeleras de envases y basura, etc. El lugar es confortable y se encuentra en plena actividad en el momento de la visita.
12:04	4	Almacén	Estancia con lavabo, armarios, estanterías y encimera de trabajo. Estancia confortable y en buen estado de limpieza y mantenimiento.

AUDITORÍA 26-02-2020: Hospitalización 4B			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:05	4	Sucio	Cuarto de sucio que dispone de lavabo, lavacuñas, armarios, contenedores de residuos usados correctamente e identificados y etiquetados cuando es necesario (citostáticos y biosanitarios), cartón, carro de lencería sucia, 3 balas de gases medicinales, estanterías con materiales de uso (contenedores de punzantes, citostáticos, botes, gasas, bolsas, etc.).
12:06	4	Cuarto limpieza	Estancia confortable y en buen estado de limpieza y mantenimiento. Se usa para lencería y otros materiales.
12:06	4	Limpio	Es una estancia usada como almacén de material de uso en planta y carros de lencería, etc. Se encuentra en buenas condiciones de limpieza y mantenimiento tanto de la estructura como de los elementos y medios. Identificado como limpio, en lugar de como almacén.
12:08	4	Control de enfermería	El control de enfermería se encuentra en el cruce entre las habitaciones 420 y 413. Dispone de mostrador para trabajo de 4 puestos con: ordenadores y medios adecuados, sillas de despacho, balanza (verificación vigente), transporte neumático, recepción llamadas enfermería, medios de prevención y extinción, contenedores de documentación confidencial, papeleras de envases y basura, etc. El lugar es confortable y se encuentra en plena actividad en el momento de la visita. Es un punto de control de rondas de vigilancia y seguridad.
12:09	4	Almacén de medicamentos	Estancia con lavabo, armarios, estanterías y encimera de trabajo. Estancia confortable y en buen estado de limpieza y mantenimiento. El cuadro eléctrico se observa mediante termografía sin sobrecalentamientos.
12:10	4	Sucio	Cuarto de sucio que dispone de lavabo, vertedero, lavacuñas, armarios, contenedores de residuos usados correctamente e identificados y etiquetados cuando es necesario (citostáticos y biosanitarios), carro de lencería sucia, estanterías con materiales de uso (contenedores de punzantes, citostáticos, botes, gasas, bolsas, etc.).
12:11	4	Cuarto de limpieza (frente a control)	Este cuarto está identificado con señal de cuarto de limpieza pero se usa como almacén limpio (carros de lencería, carros de pañales y empapadores, cremas y productos de higiene personal, etc.).
12:15	4	Sala de espera	Sala de espera con acceso desde hospitalización, ascensores 5 y 6 y escaleras. Señalética adecuada. La sala es confortable y está limpia y mantenida. Las bancadas están en buen estado. Medios de extinción en buen estado.
12:16	4	Aseo masculino de sala de espera	El aseo está en buen estado. Dispone de los servicios complementarios (jabón y papel wc) y de los medios adecuados (lavabo, secador de manos, dispensadores, espejo, papelera y encimera). El grifo está suelto.
12:16	4	Aseo adaptado y femenino de sala de espera	El aseo está en buen estado. Dispone de los servicios complementarios (jabón y papel wc) y de los medios adecuados (asideros, lavabo, secador de manos, dispensadores, espejo, papelera y encimera). La papelera no tiene accionamiento de tapa que funcione y el grifo está suelto.

D) PUNTOS FUERTES DEL SERVICIO

- Agilidad en dar respuesta a las observaciones de mantenimiento. Durante la auditoría pudimos ver que una vez son informados de deficiencias en las instalaciones acuden con prontitud y solucionan aquello que puede hacerse en el momento.

E) ÁREAS DE MEJORA

- Diseñar los anexos para dar continuidad al manual de procedimientos en la lectura y entendimiento. Documentar todos los apartados indicados.
- Analizar las incidencias de mayor frecuencia, buscando las causas y proponiendo áreas de mejora o medidas preventivas adecuadas.
- Incluir un programa de inspecciones técnico legal con frecuencia y fecha prevista para las inspecciones por organismos de control autorizados.
- Programar fechas para la realización de mantenimientos preventivos, conductivos y técnico legales con periodos que permitan evitar días en los que los certificados ya no estén vigentes.
- Introducir medidas para que todas las recomendaciones o bien desviaciones de las inspecciones, auditorías, informes y revisiones puedan corregirse. Por ejemplo, registrarlas según se produzcan de forma que pueda disponerse de un listado para verificar su corrección o bien anotar los motivos de la no introducción de medidas adecuadas para su corrección (como es el caso de la incidencia leve en relación con el pararrayos). Revisar el programa de registro para que no se observen estados no correctos en los check list utilizados para el mantenimiento preventivo cuando sean estados correctos y tomar medidas en caso de observar estados no correctos reales, documentando en los programas el método con el que se debe actuar.

3.2.6. CRITERIOS DEL SERVICIO DE VIALES Y JARDINES (VJ)

A) DOCUMENTACIÓN Y VISITAS

Socio operativo: [Instituto de Gestión Sanitaria](#)

Responsable de servicio: [Pascual Olmos](#)

Visita el [23-1-2020](#), [11-2-2020](#) y [26-2-2020](#)

La **documentación recibida** ha sido la siguiente:

Manual de procedimientos

El **manual de procedimientos** "HSE-PRONEG/VIAJAR.1.4" no está firmado ni validado por el hospital. Tiene fecha de 18/5/2018 y entrada en el registro de la administración el 25/5/19. Son 12 páginas con el siguiente contenido:

- Programa mensual: con las actividades a realizar según el tipo de zona y registros de "mantenimiento y limpieza de viales" y "mantenimiento de zonas verdes"
- Mantenimiento y limpieza de viales: identificación de zonas de paso por acceso personas, vehículos y mixtas. Se indica que se mantiene actualizada una relación de elementos exteriores (farolas, papeleras, rejillas, sumideros de alcantarillado y señalización).
- Mantenimiento de zonas verdes. Con los programas de poda, recortes, renovación y mejora del sustrato, entrecavado y escarda, enmiendas y abonados, conservación de arbolado, limpieza zonas verdes, conservación red de riego y reposición.
- Programa de fumigaciones
- Programa de riego
- Periodicidad de las actividades
- Registros del servicio

No se muestran algunos de los documentos a los que hace referencia el Manual:

- Relación actualizada sobre plano de elementos exteriores (108 farolas, 13 papeleras, 64 rejillas y sumideros, 210 horquillas, 5 señalización totem, señalización viaria).
- Identificación de vías de circulación de personas, vehículos, mixtas
- Listado de medios del servicio
- Listado de productos del servicio y ficha técnica/de seguridad

Informes mensuales

Informes mensuales de septiembre a diciembre del año 2019 (completos) incluyen:

Informe

- Programa de Actividades Mantenimiento de **accesos y viales** y fechas de realización.
Diariamente: Vaciado de papeleras; Limpieza entrada principal; Limpieza entrada salón de actos; Limpieza entrada Urgencias; Revisión visual de las barreras de entrada; Revisión de papeleras.
Quincenal: Limpieza vial almacenes y residuos; Limpieza vial salas técnicas
Mensual: Limpieza de viales de acceso al Hospital mediante sopladora; Revisión de farolas; Revisión visual del estado de rejillas y sumideros; Revisión señalización del Hospital; Revisión bajo escalera urgencias.
Cuatrimstral: Limpieza aceras mediante sopladora (hecho en septiembre y octubre 2019)
Semestral: Limpieza imbornales por medios mecánicos (en noviembre y diciembre se indica cuatrimstral); Revisión vallado perimetral; Revisión horquillas; Revisión señalización viaria vertical y horizontal.

- Programa de Actividades de Mantenimiento de **Jardines** y fechas de realización.
 - Revisión general (diariamente)
 - Limpieza residuos (diariamente)
 - Verificación red de riego (11-10-19)
 - Entrecava y escarda (varios días)
 - Reposición de plantas
 - Abonado
 - Tratamiento Herbicidas (24-10-19)
 - Poda arbusto (varios días)
 - Poda arbolado
 - Tratamiento fitosanitario
 - Otros:
 - en septiembre varias actividades: Recogida de tierra; Limpieza de calles y talud con maquinaria, recogida de tierra. Se incorporan para esta tarea dos personas adicionales para estos trabajos; Se realiza limpieza de arqueta en zona rehabilitación llevada a cabo por 4 operarios
 - Octubre: Limpieza de patio interior del hospital; Desbrozamiento de jardín
 - Noviembre: Limpieza de patio interior; Recogida de hojas
 - Diciembre: Recogida de hojas; Retirada de tierra esquina tanque de gas; Limpieza de sumidero salida del parking
- Planificación de puestos de trabajo:

Categoría	Zona / Puesto	Horario	PUESTOS								
			Lunes a viernes			Sábados			Domingos y festivos		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N
Jardinero 1º	exteriores	06 a 10h	1			1			1		

Anexos

Partes diarios de trabajo

Partes semanales de trabajo

Comparando la frecuencia de trabajos indicados en el manual de procedimientos con estos anexos:

MANTENIMIENTO DE VIALES. PARTES DIARIOS CORRERCTO (C), Incorrecto (I)					
Operación	Manual	Sep	Oct	Nov	Dic
1 Vaciar papeleras (también 11 Revisión papeleras)	Diario	C	C	C	C
2 Limpieza entrada principal	Diario	C	C	C	C
3 Limpieza entrada salón de actos	Diario	C	C	C	C
4 Limpieza entrada y barandilla de urgencias	Diario	C	C	C	C
5 Revisión visual barreras de entrada	Diario	C	C	C	C
6 Limpieza vial almacenes y residuos	Quincenal	11 y	9 y	21	1 y 4
7 Limpieza vial salas técnicas	Quincenal	25	23		
8 Limpieza viales de acceso mediante sopladora	Mensual	C	C	C	C
9 Revisión de farolas (108)	Mensual	C	C	C	C
10 Revisión visual estado de rejillas y sumideros (64)	Mensual	C	C	C	C

11 Revisión de papeleras (13)	Mensual	C	C	C	C
12 Revisión señalización del Hospital	Mensual	C	C	C	C
13 Revisión bajo escaleras urgencias	Mensual	C	C	C	C
14 Limpieza aceras mediante sopladora	Cuatrimstral	C	C	C	C
15 Limpieza imbornales por medios mecánicos	Semestral				
16 Revisión vallado perimetral	Semestral				
17 Revisión horquillas (210)	Semestral				
18 Revisión señalización viaria vertical y horizontal	Semestral				

Falta totem (o incluido en señalización del hospital) y taludes (revisión mensual). Se realiza la revisión mensual de talud el 19/9/19, recogida de tierra por lluvia varios días en septiembre, limpieza arquetas rehabilitación 12/9/19

La empresa indica que “la revisión de tótem está incluida en el servicio de mantenimiento. Los taludes se revisan si se producen inclemencias meteorológicas, como fue el caso del mes de septiembre. En cuanto a la limpieza de arquetas sí se incluye en el informe su revisión semestral, en este caso eran las arquetas de rehabilitación”

No se cumple la frecuencia quincenal de la limpieza de vial almacenes y residuos y vial salas técnicas La empresa indica que “en diciembre, el trabajador habitual estuvo ausente y su sustituto no cumplimentó el parte los primeros días adecuadamente. Se realizan rondas de limpiezas de viales semanales”

MANTENIMIENTO ZONAS VERDES. PARTE SEMANAL					
Operación	Manual	Sep	Oct	Nov	Dic
1 Revisión general	Diario	✓	✓	✓	✓
2 Limpieza de residuos	Diario	✓	✓	✓	✓
3 Verificación red de riego	1 al año (revisión mensual)		11		
4 Entrecava y Escarda	2 al año/necesidad (abr-mayo y oct-nov)		✓		
5 Abonado	2 al año/necesidad (ene-mar y oct-dic)				
6 Tratamiento herbicidas	2 al año/necesidad		24		
7 Poda arbusto	2 al año/necesarias (mar-jul y oct-nov)	✓	✓	✓	
8 Poda arbolado	1 al año/necesidad (nov-feb)				
9 Tratamiento fitosanitario	2 al año/necesidad				
10 Reposición de plantas	1 al año/necesidad (nov-marzo)				

Falta la revisión mensual plagas. La empresa indica que “durante la revisión de actividades programadas mensuales de jardinería se realiza el control y se procede a tomar las medidas correspondientes”

Falta la revisión mensual red de riego. La empresa indica que “la verificación del riego aparece reflejada en el programa de actividades como estacional”

Incluye además limpiezas de patio interior, limpieza sumidero del parking, etc.

No se realiza el abonado de octubre a diciembre o al menos no consta registrado.

Para analizar la actividad se solicita información que no se recibe:

- Tratamiento herbicida del 24 de octubre de 2019 y ficha técnica de productos
- Parte de la última operación del año 2019 (son operaciones con frecuencia semestral):
 - Limpieza imbornales por medios mecánicos. La empresa indica que “en el parte de trabajo diario del jardinero se especifica que la limpieza semestral de los imbornales por medios mecánicos se realizará si procede. Como es el caso

de la DANA que se produjo el pasado mes de septiembre, por lo que el servicio fue reforzado y se realizaron estas actividades” sin embargo no remiten dicho parte de trabajo

- Revisión vallado perimetral. La empresa indica que “existe gama en Mansis gestionada por mantenimiento, acordado con Phunciona con frecuencia anual” sin embargo no remiten dicho parte de trabajo
- Revisión horquillas (210). La empresa indica que “existe gama en Mansis gestionada por mantenimiento, acordado con Phunciona con frecuencia anual” sin embargo no remiten dicho parte de trabajo
- Revisión señalización viaria vertical y horizontal. La empresa indica que “existe gama en Mansis gestionada por mantenimiento, acordado con Phunciona con frecuencia anual” sin embargo no remiten dicho parte de trabajo

Trabajadores del servicio

Las actividades son realizadas por personal del servicio de mantenimiento. En el listado recibido no se muestra ningún trabajador con la categoría de jardinero 1º. En el informe trimestral de formación de 2018 se indica que el único jardinero es Milton Ramírez Quispe pero no está en el listado de trabajadores de mantenimiento. La empresa indica que “El jardinero, que a su vez está subcontratado por nuestra parte, en el listado de mantenimiento no debe aparecer”

Formación

Los cursos impartidos en los años 2018 y 2019 son:

SERVICIO	CURSO PREVISTO EN EL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
06. Viales y Jardines	Riesgos y medidas preventivas del puesto de jardinero	Mayo 2018	Milton Ramírez Quispe (único jardinero)	2 horas	
06. Viales y Jardines	Riesgo y medidas preventivas del puesto de jardinero.	25/04/2019	Milton Romero Ramirez	2h.	

No se muestran cursos de reciclaje (formación en viales y jardines)

Medios del servicio

No se muestran listados, ni otra documentación. La empresa informa que los medios del servicio son:

- Mochila fumigadora Matabi de 16l.
- Desbrozadora Stihl.
- Sopladora Stihl
- Herramientas de mano (tijeras, escobas jardinera, palas, azadilla, etc.)
- Productos fitosanitarios (insecticidas, fungicidas y herbicidas). Hemos solicitado a la empresa subcontratada las fichas técnicas.
- Abonos orgánicos y químicos. Hemos solicitado a la empresa subcontratada las fichas técnicas.

SIGIS: años 2018 y 2019

Fecha	Observaciones
-------	---------------

Fecha	Observaciones
18/04/2018	No se lleva a cabo un programa de reposición de plantas. La zona ajardinada presenta un aspecto inadecuado con plantas viejas y zonas despobladas
03/07/2018	Reclamación por escrito de paciente, con fecha 6 de junio. Este paciente refiere que la accesibilidad al hospital para personas con movilidad reducida es muy complicada, en su caso es una persona que se maneja con silla de ruedas eléctrica y le resulta muy difícil acceder al hall principal, esta persona solicita que se faciliten medios para poder entrar al hospital. Se debe garantizar la accesibilidad y reducir las barreras arquitectónicas de acceso al hospital. Los viales con respecto a la accesibilidad deben cumplir la normativa. Se solicitan medidas correctivas para facilitar el acceso a los pacientes y familiares.
06/09/2018	En la zona de urgencias, la barandilla exterior tiene multitud de excrementos de pájaros. No se mantiene un estado de limpieza adecuado y presenta mal aspecto.
06/09/2018	En la zona exterior de urgencias, el suelo tiene un escalón grande y muchísimas baldosas están sueltas. El estado del suelo constituye un peligro para los peatones.
25/01/2019	Las terrazas/patios del área de consultas, planta 2, acumulan mucha suciedad y telarañas. No se mantienen limpios.
05/03/2019	Se percibe mal olor en los ascensores 9 y 10 (planta 3) procedente del hueco de esos ascensores o de las instalaciones. No es una incidencia puntual.
26/03/2019	Reclamación por escrito de paciente cestrack 25374/19 el día 15 de marzo refiere caída saliendo del centro hospitalario en el acceso de urgencias, por un agujero en el suelo sin señalizar, esto le produce lesiones y tiene que ser ayudada por personal sanitario. Junto a la reclamación se adjunta fotografía del agujero.
11/06/2019	Hoy en la zona exterior del hospital, se observa que: las horquillas amarillas del parking del hall principal están deterioradas y torcidas las paredes y techo del parking de bicicletas presentan numerosas colillas y telarañas en la entrada de familiares de urgencias se observa que a lo largo de la barandilla hay suciedad y restos de heces de aves. En la entrada de familiares, el suelo está muy sucio con manchas oscuras, restos de colillas. El cristal de la barandilla situado junto a la entrada de familiares de pacientes de urgencias esta fracturado y tiene una burbuja en varios puntos. La limpieza y mantenimiento planificada es insuficiente.
27/06/2019	Con respecto al estado de conservación de viales se han detectado varias incidencias: las horquillas del parking presentan un estado de deterioro avanzado, especialmente la horquilla situada junto al paso de cebrá junto al acceso habilitado para movilidad reducida. La señalética del hospital está deteriorada y sucia como es la señal de entrada a rehabilitación. Y en cuanto a la señalética de acceso al hospital, los directorios están anticuados hay que actualizarlos, en el parking exterior pone salida en el directorio situado junto a la entrada de rehabilitación y la flecha verde indica la dirección opuesta. Estas incidencias ya se han comunicado previamente por parte del hospital.
17/07/2019	La rejilla que se encuentra en la entrada de mercancías de farmacia no se limpia, tiene muchísima suciedad acumulada por debajo.
27/09/2019	La entrada de urgencias acera y carretera y acceso de familiares de urgencias está llena de colillas y restos. El suelo presenta suciedad. Revisar la periodicidad de limpieza.

Observaciones criterios generales

Las observaciones de este servicio que afectan a los criterios generales son:

CRITERIOS	OBSERVACIÓN	VALOR
-----------	-------------	-------

CRITERIOS		OBSERVACIÓN	VALOR
RH.2	La concesionaria tiene establecido el número de personas que prestan los servicios, clasificadas por servicio, nivel de formación, categoría profesional, jornada anual y semanal, turno de trabajo, puesto de trabajo y distribución de las cargas de cada puesto por categoría.	No se muestra el listado de personal clasificado por categoría profesional, nivel de formación, jornada de trabajo, puesto de trabajo y distribución de las cargas de cada puesto por categoría.	2
RH.6	El Plan de Formación Continuada proporciona al personal una actualización y reciclaje constante en los conocimientos de la profesión y los trabajos que tienen encomendados.	No se muestra formación relacionada con viales y jardines en el periodo de auditoría	1
RH.7	El Plan de Formación Continuada contempla la formación del personal en la realización de acciones cuyo objetivo es el mayor aprovechamiento de los recursos energéticos	No se muestra formación relacionada en el periodo de auditoría	1
GMA.2	El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	Si bien no se muestran objetivos como tales si se dispone de un análisis del volumen de residuos gestionados.	3
CAL.4	La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	El manual de procedimientos del no está validado por la administración, y no se muestran los documentos que lo complementan.	3
CAL.9	Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	No se ha realizado ninguna en el periodo de dos años analizados. Se informa que se ha programado una para este año 2020, y se muestra el diseño de la encuesta.	2

CRITERIOS		OBSERVACIÓN	VALOR
MM.1	La concesionaria ha documentado los recursos materiales y técnicos que aporta para la prestación de los servicios.	No se muestran listados o documentos relacionados con los medios, productos y equipos disponibles. Informan de los medios no documentados y la empresa indica que solicitará las fichas técnicas de los productos.	2

Observaciones durante las visitas

FECHA	HORA	SERVICIO	ZONA	CLASF. ZONA/TIPO	INCIDENCIA	CLASIFICA
23-ene	10:00	VJ	Exterior urgencias	Accesos	Se observa alguna colilla y alguna rejilla exterior mejorables.	Observación

B) EVALUACIÓN DE CRITERIOS

ID	CRITERIOS VIALES Y JARDINES (VJ)	16	EVALUACIÓN
VJ.6.1	La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio Viales y Jardines.	4,6	Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.
VJ.6.2	La Unidad de Viales y Jardines dispone de procedimientos para el mantenimiento programado, preventivo y correctivo de viales y jardines basado en la identificación y programación mensual de las actuaciones.	4	El Manual de procedimientos incluye el Plan de mantenimiento y limpieza de viales y el Plan de mantenimiento de Zonas verdes, pero no está validado y no se muestran los documentos que lo complementan.
VJ.6.3	El manual de procedimientos incluye el mantenimiento correctivo de las zonas mediante la fijación de las rutas de circulación por las instalaciones, jardines y viales objeto de servicio, la frecuencia de realización de la ruta para inspección , (limpieza de suelos y jardines, vaciado de papeleras,...) registro de incidencias y toma las acciones correctivas oportunas en función de las incidencias encontradas y seguimiento de las incidencias.	4	El Manual de procedimientos establece estas rutas de circulación diarias, pero no está validado y no se muestran los documentos que lo complementan.
VJ.6.5	El manual de procedimientos tiene identificado el mobiliario y estructuras externas e instalaciones (alumbrado de la calle, barreras, bolardos y albardillas, papeleras, alcantarillados, etc) que forman parte del mantenimiento correctivo y preventivo.	4	El manual indica el número de elementos en exteriores, pero no está validado y no se muestra el documento que lo complementa.
VJ.6.6	El servicio dispone del registro documentado de inspecciones y actividades realizadas que incluye los materiales utilizados.	4	La concesionaria registra las inspecciones y actividades realizadas y las incluye en el informe mensual enviado a la administración, aunque no incluye los materiales utilizados.


ID	CRITERIOS VIALES Y JARDINES (VJ)	16	EVALUACIÓN
VJ.6.7	El programa de poda planifica una al año en los meses de diciembre-enero . El resto del año se realiza podas parciales minimizando los riesgos de posibles daños por tormentas, vendavales, incendios, obstrucción de carreteras, senderos, aparcamientos, etc. Las podas parciales y los controles necesarios están planificados en el programa de mantenimiento mensual .	5	El programa de poda incluye la poda según frecuencia y necesidad. Los formatos de registro de actividad y su cumplimentación los meses recibidos permite verificar su planificación y realización. Los controles mensuales también están planificados y realizados en la muestra recibida.
VJ.6.8	El programa mensual de mantenimiento de césped y parterres , fija la frecuencia de recorte de césped según el tipo de hierba y de cuidados necesarios según el tipo de plantas (abonos, limpieza, renovaciones, riego, etc). Este programa incluye arreglos florales solicitados por la Administración Sanitaria.	5	El programa de Mantenimiento de Parterres incluye la Renovación y mejora del sustrato y Entrecavado y escarda, Enmiendas y abonados, Conservación de arbolado, limpieza, conservación de la red de riego y reposición de plantas según frecuencia y necesidad.
VJ.6.9	El programa mensual incluye un programa de fumigaciones : tratamientos fitosanitarios necesarios para prevenir o combatir cualquier enfermedad o plaga, tres fumigaciones preventivas anuales e inspecciones visuales. El programa tiene en cuenta el tipo de plantas al que va dirigido.	4	El Programa de Fumigaciones incluye la aplicación de los tratamientos adecuados. En los programas recibidos no se muestra la revisión mensual de plagas.
VJ.6.10	El programa mensual incluye un programa de riego : frecuencia y sistema según el tipo de planta, utilización de agua reciclada, bajo una política de ahorro del agua y adaptándose a las normas de la autoridad competente en materia de limitaciones y prohibiciones.	4	El Programa de Riego i incluye la frecuencia y el sistema utilizado, así como las actividades de mantenimiento anual de la red de riego. No se muestra la revisión mensual del sistema de riego.
VJ.6.11	El programa mensual incluye un programa de entrecavado y rastrillado con la frecuencia necesaria para mantener una buena estructura del suelo y evitar su compactación.	5	Incluido en el programa de Mantenimiento de Parterres.
VJ.6.12	El programa mensual incluye el mantenimiento de viales que incluye las rutas de circulación por las instalaciones (pavimentos, senderos, avenidas, carreteras, aparcamiento libre y señalizado) y el mobiliario y estructuras externas e instalaciones (alumbrado de calle, barreras de seguridad, bolardos y albardillas, estatuas y objetos ornamentales, papeleras, alcantarillas y sumideros, vallas, muros y puertas, señalización).	4	Se realiza diariamente y según la frecuencia de los distintos programas incluidos en el manual de procedimientos. Faltaría especificar revisión del totem y talud. La empresa indica que "Totem incluido en señalización del hospital, está incluida en el servicio de mantenimiento. Los taludes se revisan si se producen inclemencias meteorológicas, se revisó el 19/09/19" pero no muestran los partes de trabajo solicitados para las actividades con frecuencia anual.
VJ.6.13	El servicio realiza la limpieza programada y correctiva de las rutas de circulación y el mobiliario y estructuras externas e instalaciones de los viales.	4	Durante la auditoría pudo observarse la existencia de incidencias puntuales, además las SIGIs están relacionadas con este criterio.

ID	CRITERIOS VIALES Y JARDINES (VJ)	I6	EVALUACIÓN
VJ.6.14	El programa mensual incluye el mantenimiento de accesos de las rutas de acceso peatonales, tráfico rodado, aparcamientos e iluminación de día y noche, vehículos de emergencia y líneas de evacuación alternativas cumpliendo con la Ley de supresión de barreras arquitectónicas.	4	El programa incluye lo indicado en el criterio, pero algunas incidencias SIGI pueden relacionarse con este criterio.
VJ.6.16	Todos los viales y jardines se encuentran en perfecto estado de limpieza y conservación tal y como se describe en los criterios de calidad del hospital	4	Durante la auditoria in situ, se observaron las zonas exteriores conservadas y mantenidas salvo algún caso puntual.
VJ.6	INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO VIALES Y JARDINES	4,3	

Tabla 52. Resultados de nivel del servicio de Viales y jardines (VJ)

C) OBSERVACIÓN DEL PROCESO DE VIALES Y JARDINES

A continuación se incluye una tabla con fotos de las observaciones realizadas durante la auditoría y otras evidencias.

AUDITORÍA 23-01-2020: EXTERIORES ZONA DE URGENCIAS			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:00	1	Exterior Urgencias	Las papeleras disponen de bolsa y están en buen estado. Se observan las señales y pinturas en el suelo adecuadas para la zona.
10:05	1	Exterior Urgencias	 El suelo tiene baldosas rotas y colillas en varias zonas.

D) PUNTOS FUERTES DEL SERVICIO

No se detectan

E) ÁREAS DE MEJORA

- Validación del manual de procedimientos del servicio con la consecuente actualización si fuera necesario y anexar los documentos que se indican.
- Incluir los medios utilizados en los informes de servicios tales como podas, abonos, productos, etc. Complementar con fichas técnicas cuando sea exigible.
- Documentar el listado de medios utilizados para prestar el servicio.
- Incluir en los formatos para registrar las actividades: revisión de totem y talud, revisión mensual plagas, revisión mensual red de riego.
- Realizar un inventario de plantas en exteriores y patios

3.2.7. CRITERIOS DEL SERVICIO DE LAVANDERIA (LV)

A) DOCUMENTACIÓN Y VISITAS

Socio operativo: [H-LOGYC](#)

Responsable de servicio: [M^a Ángeles Martín](#)

Visita el [23-1-2020](#), [11-2-2020](#) y [26-2-2020](#)

La **documentación recibida** ha sido la siguiente:

Manual de procedimientos

El **manual de procedimientos** "HSE-PRONEG/LAVAND.1.6" se encuentra en revisión con fecha 14/5/2019. Se está revisando el control de calidad en la lencería del hospital y los puntos de generación de ropa sucia y su programa de retirada del anexo 3.

En el momento actual el manual contiene 26 páginas con la siguiente información:

- Objeto
- Alcance: asignación de taquillas a los profesionales y procesado del siguiente tipo de ropa:
 - Ropa verde.
 - Ropa blanca lisa.
 - Pijamas y camisones.
 - Uniformidad de personal
- Referencias: revisar puesto que se hace referencia a normas de calidad no vigentes
- Actividades:
 - Lavado e higienizado de ropa –lavandería externa
 - Reparación de ropa limpia
 - Entrega y distribución de ropa limpia en el hospital
 - Recogida de ropa sucia desde los puntos de generación del hospital
 - Zona de clasificación de ropa y entrega de uniformidad
 - Gestión del almacén de ropa limpia
 - Zona de almacenamiento final de ropa sucia
- Materiales y equipos (anexo 1)

Con detalle de las actividades entre las que se encuentra:

- Recepción y empaquetado de ropa limpia procesada
- Circuitos limpio y sucio. Pesada limpio y sucio
- Control de calidad interno
- Control de calidad lavandería externa
- Asignación de taquillas
- Encuestas de satisfacción
- Registros

Descripción de la planta de lavado

- Ubicación: C/Abedul 4-6, Arganda del Rey. Polígono Industrial el Guijar
- Superficie: 1.450 m²
- Listado de medios (transporte y procesado)
- Organigrama
- Relación de puestos de trabajo
- Capacidad productiva

Imagen de la báscula de sucio



Informes mensuales

Informes mensuales de septiembre a diciembre del año 2019 incluyen:

- Datos del mes: Kg entrada y salida y merma

MES	Salida (KG)	Entrada	Diferencia (Kg)	Merma
SEPTIEMBRE	27.248,9	Forma: 3.461 Plana: 20.541,4 Verde: 2.344,3	902,2	3,31%
OCTUBRE	34.020,5	Forma: 3.943,5 Plana: 26.595 Verde: 3.150,8	331,2	0,97 %
NOVIEMBRE	33.252,1	Forma: 4.080,8 Plana: 25.622,1 Verde: 2.932,4	616,8	1,85 %
DICIEMBRE	32.467,6	Forma: 4.118,3 Plana: 25.208,2 Verde: 2.223,4	917,7	2,83 %

Tabla 53. Actividad del servicio de lavandería (informes mensuales septiembre a diciembre 2019)

- Ropa deteriorada/bajas, clasificada por motivo de baja y añadiendo la recuperada
- Informes controles microbiológicos realizados por laboratorio externo (MicroBios) en la superficie de las muestras, con resultados sobre bacterias, hongos y enterobacterias en UFC/cm², estableciendo como límite admisible 40UFC/cm².

MES	MUESTRAS	RESULTADO
SEPTIEMBRE	Sábana blanca	Dentro de los limites
	Entremetida blanca hospitalaria	Dentro de los limites
	Sabanilla verde de quirófano	Dentro de los limites
OCTUBRE	Entremetida blanca hospitalaria	Dentro de los limites
	Sabanilla verde de quirófano	Dentro de los limites
	Sábana blanca	Dentro de los limites
NOVIEMBRE	Sábana blanca	Dentro de los limites

MES	MUESTRAS	RESULTADO
DICIEMBRE	Entremetida blanca hospitalaria	Dentro de los limites
	Sabanilla verde de quirófano	Dentro de los limites
	Sábana blanca	Dentro de los limites
	Entremetida blanca hospitalaria	Dentro de los limites
	Sabanilla verde de quirófano	Dentro de los limites

Tabla 54. Resultados de los análisis microbiológicos realizados en lencería

- Control interno Lencería:

MES	Muestra	Reproceso	Parcheo	Irrecuperable
SEPTIEMBRE	170 prendas	11	5	0 prendas
OCTUBRE	170 prendas	9	6	1 prendas
NOVIEMBRE	170 prendas	6	5	0 prendas
DICIEMBRE	170 prendas	7	3	0 prendas

Tabla 55. Resultados del control interno de lencería

- Control externo procesado de ropa (lavado, planchado, repaso y recogida y entrega)

MES	% rechazo
SEPTIEMBRE	4,09 %
OCTUBRE	3,90 %
NOVIEMBRE	3,81 %
DICIEMBRE	3,96 %

Tabla 56. Porcentaje de rechazo de ropa de los informes de septiembre a diciembre de 2019

- Control de costura (Prendas que son enviadas al proceso de Costura y que no tienen arreglo)

MES	Prendas Uniformidad		Prendas sabanas...	
	Procesadas	% sin arreglo	Procesadas	% sin arreglo
SEPTIEMBRE	282	(11) 3,90%	66	(7) 10,61%
OCTUBRE	409	(24) 5,87%	101	(12) 11,88%
NOVIEMBRE	374	(19) 5,08%	68	(5) 7,35%
DICIEMBRE	348	(17) 4,89%	64	(6) 9,38%

Tabla 57. Control de costura de los meses de septiembre a diciembre 2019

- Resultados de los controles de humedad (% humedad)

MES	Sabanas	Colcha	Funda	Toalla	Uniforme
SEPTIEMBRE	1,05%	1,05%	1,49%	1,95%	1,65%
OCTUBRE	1,05%	1,44%	1,47%	1,11%	1,72%
NOVIEMBRE	1,23%	1,71%	1,47%	1,16%	1,30%
DICIEMBRE	1,06%	1,44%	1,40%	1,95%	1,27%

Tabla 58. Resultados de los controles de humedad de los meses de septiembre a diciembre 2019

- Satisfacción de usuarios y profesionales con la lencería del hospital. En los cuatro informes se observa porcentajes de satisfacción superiores al 85%.

07-LAVA / Hosp / Pac	SEP	OCT	NOV	DIC
Tamaño muestral	55	45	45	50
Muy Satisfactorio	43,64%	35,56%	37,78%	28,00%
Satisfactorio	47,27%	60,00%	55,56%	68,00%
Ni Satisfactorio / Ni Insatisfactorio	9,09%	4,44%	6,67%	4,00%
Insatisfactorio	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Muy Insatisfactorio	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
NS / NC	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Índice	%	%	%	%
Satisfacción	90,91%	95,56%	93,33%	96,00%
Insatisfacción	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Tabla 59. Resultados de las encuestas de satisfacción a pacientes hospitalizados en relación con la lencería de los meses de septiembre a diciembre 2019

07-LAVA / Hosp / Prof	SEP	OCT	NOV	DIC
Tamaño muestral	35	33	32	30
Muy Satisfactorio	28,57%	12,12%	15,63%	16,67%
Satisfactorio	65,71%	75,76%	71,88%	70,00%
Ni Satisfactorio / Ni Insatisfactorio	2,86%	6,06%	6,25%	6,67%
Insatisfactorio	2,86%	6,06%	3,13%	6,67%
Muy Insatisfactorio	0,00%	0,00%	3,13%	0,00%
NS / NC	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Índice	%	%	%	%
Satisfacción	94,29%	87,88%	87,50%	86,67%
Insatisfacción	2,86%	6,06%	6,25%	6,67%

Tabla 60. Resultados de las encuestas de satisfacción a trabajadores del hospital en relación con la lencería de hospitalización de los meses de septiembre a diciembre 2019

07-LAVA / LavaUni/Pro	SEP	OCT	NOV	DIC
Tamaño muestral	35	33	32	30
Muy Satisfactorio	22,86%	12,12%	15,63%	16,67%
Satisfactorio	65,71%	78,79%	75,00%	73,33%
Ni Satisfactorio / Ni Insatisfactorio	5,71%	3,03%	6,25%	6,67%
Insatisfactorio	5,71%	6,06%	3,13%	0,00%
Muy Insatisfactorio	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
NS / NC	0,00%	0,00%	0,00%	3,33%
Índice	%	%	%	%
Satisfacción	88,57%	90,91%	90,63%	90,00%
Insatisfacción	5,71%	6,06%	3,13%	0,00%

Tabla 61. Resultados de las encuestas de satisfacción a trabajadores del hospital en relación con la uniformidad de los meses de septiembre a diciembre 2019

- No hay planilla de personal en los informes.

Anexos informes mensuales

Como anexos se remiten los siguientes documentos:

- Informes de análisis microbiológicos de los cuatro meses analizados
- Informes de los controles internos de calidad de los cuatro meses analizados
- Encuestas escaneadas de calidad de los cuatro meses analizados. Se verifica el análisis correcto de los datos de las encuestas, encontrando que todos los valores están por encima del 85% aunque en septiembre de 2019 hay alguna errata en el conteo de forma que el índice de satisfacción de los profesionales con ropa hospitalaria es 91,43% en lugar de 94,29%.

Encuestas de satisfacción

En los años de auditoría (2018 y 2019) todos los resultados de satisfacción de pacientes hospitalizados con la lencería hospitalaria están por encima del 85%.

Satisfacción de pacientes con la lencería hospitalaria		
	AÑO 2018	AÑO 2019
ENERO	90,2%	87,5%
FEBRERO	95,1%	86,4%
MARZO	95,0%	93,5%
ABRIL	97,6%	92,5%
MAYO	92,9%	95,7%
JUNIO	95,2%	88,5%
JULIO	90,5%	90,4%
AGOSTO	88,6%	92,3%
SEPTIEMBRE	92,7%	90,9%
OCTUBRE	86,7%	95,6%
NOVIEMBRE	90,2%	93,3%
DICIEMBRE	85,4%	96,0%

Personal del servicio:

Un solo trabajador, TD (TIGA de lencería), en uniformidad por las mañanas los días laborables. El reparto en planta lo realizan los TIGAs en turno de mañana. El circuito de sucio es primero realizado por el servicio de limpieza o personal sanitario (desde producción hasta jaulas de ropa sucia) y a continuación los TIGAs transportan las jaulas a la zona de sucio. Esta información no se incluye en los informes mensuales.

Formación: 2018 y 2019

Se programan cursos en el año 2019 pero no se incluye en los informes trimestrales de formación.

El trabajador que está en uniformidad, dispone de los siguientes diplomas:

- PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LA MANIPULACIÓN MANUAL Y MECÁNICA DE CARGAS, de 4 horas impartido en enero-febrero de 2017
- Riesgos higiénicos, de 2 horas el 26 de diciembre de 2019
- Protocolo de eficiencia energética, entregado al trabajador el 1-9-19
- Entrega de información en prevención de riesgos laborales el 10-1-19

No se muestra formación en reciclaje de las actividades que realiza (por ejemplo procesos de lencería en el hospital) ni formación al resto de trabajadores (circuitos limpio y sucio, transporte de ropa en el hospital, limpieza de jaulas de ropa, reposición de lencerías, métodos y procesos de calidad propios en el hospital, etc.).

Incidencias SIGIs y quejas

Agrupamiento por motivo	2018	2019	Total
Entrega uniformidad		1	1
Ropa hospitalaria con manchas y/o rota	2	5	7
Rotura stock	1		1
Uniformidad deteriorada		1	1
Total	3	7	10

Tabla 62. Número de incidencias clasificadas por motivo (años 2018 y 2019 de lavandería)

No se recibe ninguna queja o reclamación relacionada con el servicio de lavandería.

Observaciones criterios generales

Las observaciones de este servicio que afectan a los criterios generales son:

CRITERIOS		OBSERVACIÓN	VALOR
DGC.9	La concesionaria utiliza las técnicas de trabajo, gestión y material más actualizados e innovadores para la prestación de los diferentes servicios, optimizando los resultados.	La báscula de pesada de carros de limpio no dispone de impresora de ticket (anotación a mano). La concesionaria muestra la impresora de la báscula de sucio que si dispone de impresora de tickets.	4
RH.2	La concesionaria tiene establecido el número de personas que prestan los servicios, clasificadas por servicio, nivel de formación, categoría profesional, jornada anual y semanal, turno de trabajo, puesto de trabajo y distribución de las cargas de cada puesto por categoría.	Medición de las cargas de trabajo. Establecimiento del personal que presta servicio de lencería en el hospital (zona de uniformidad y recepción ropa limpia y entrega ropa sucia para transporte a la lavandería y transporte tanto de circuito de sucio como de limpio).	4
RH.5	La concesionaria ha desarrollado un Plan de Formación Continuada (PFC) para todo el personal que depende de la misma, que incluye Objetivo, Metodología y Cronograma de Actuación. El Plan de Formación Continuada se mantiene y se ha presentado al hospital	En el año 2018 no se programan cursos y tampoco se imparten. En el año 2019 se programan cursos, y se imparten algunos (relacionados con prevención y eficiencia energética), aunque no se incluyen en los informes trimestrales de formación.	4

CRITERIOS		OBSERVACIÓN	VALOR
RH.2.6	El Plan de Formación Continuada proporciona al personal una actualización y reciclaje constante en los conocimientos de la profesión y los trabajos que tienen encomendados.	No hay evidencias de impartición de cursos relacionados con la lencería.	1
GMA.2	El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	Si bien no se muestran objetivos como tales si se dispone de un análisis del volumen de residuos gestionados.	3
CAL.4	La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	El manual de procedimientos está en proceso de revisión, y la copia mostrada hace referencia a normas de calidad no vigentes.	4
CAL.9	Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	No se ha realizado ninguna en el periodo de dos años analizados. Se informa que se ha programado una para este año 2020, y se muestra el diseño de la encuesta.	2

Observaciones durante las visitas

FECHA	HORA	SERVICIO	ZONA	CLASF. ZONA/TIPO	INCIDENCIA	CLASIFICA
11/2	10:45	Lavandería	URPA/CMA	Lencería	Se observa alguna almohada y alguna sábana empaquetada con manchas	Leve
11/2	13:20	Lavandería	P1	Báscula de limpio	No dispone de impresora de pesos	Observación

B) EVALUACIÓN DE CRITERIOS

ID	CRITERIOS LAVANDERIA (LAV)	16	EVALUACIÓN
LAV.1	La concesionaria cumple con los critérios generales que aplican al servicio de lavandería.	4,8	Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.
LAV.2	El servicio de lavandería tiene documentado el procedimiento para el lavado, desinfección, repaso de costura, planchado, doblado, empaquetado y transporte interior y exterior de ropa y lencería del hospital, todos los días laborables del año de lunes a domingo y festivos que permitan no interrumpir el servicio más de un día.	5	El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio y está validado.
LAV.3	El servicio de lavandería tiene a disposición del hospital la memoria descriptiva de la planta de producción con sus planos, certificados de la capacidad productiva y de transporte total y disponible, el inventario de equipos productivos y su ubicación (zona limpia o sucia) y características, descripción de los programas de lavado y productos a utilizar, descripción del sistema de empaquetado , materiales, etc.	5	La oferta de H-LOGYC a la concesionaria contiene la información indicada en el criterio y está disponible para la Administración Sanitaria en el hospital.
LAV.4	El servicio de lavandería ha pactado con la administración y documentado la frecuencia , los horarios , plazos de entrega (inferior a 24 horas) y puntos de tolva o de recogida de ropa sucia y los puntos y horarios de entrega de ropa limpia y las condiciones de realización (albarán cumplimentado, conformidad, empaquetado,...)	4	El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio. Alguna incidencia podría relacionarse con este criterio (rotura stock)
LAV.5	El servicio de lavandería ha normalizado el empaquetado de la ropa tratada y la preparación para su expedición y transporte.	5	Se incluye en el Manual de procedimientos y no se relacionan incidencias. Se verifica en una muestra que el empaquetado coincide con lo normalizado en el procedimiento.
LAV.6	El servicio de lavandería dispone de un sistema de control de calidad total del procesado de la ropa (lavado, planchado, repaso, recogida y entrega) con el que evalúa las incrustaciones orgánicas e inorgánicas que permite que el rechazo de ropa sea inferior al 5% .	4	Se recoge en el Manual y se anexa con el informe mensual del servicio. Existe alguna incidencia con ropa deteriorada que podría aplicarse a este criterio. Los resultados en los informes revisados son inferiores al 5%.
LAV.7	El manual de procedimientos contempla las funciones y actuaciones del servicio de lavandería para solicitudes de urgencia y emergencia (forma de comunicación, responsable, procedimiento de activación de la emergencia y tiempos de actuación, seguimiento, etc.).	5	Incluido en los anexos del manual de procedimientos o instrucciones del servicio de lavandería (02 y 03). No se observan incidencias relacionadas.

ID	CRITERIOS LAVANDERIA (LAV)	16	EVALUACIÓN
LAV.8	El servicio de lavandería suministra las bolsas de ropa sucia, carros con ruedas y vehículos de transporte en cantidad y con las características y condiciones adecuadas para realizar el servicio. El servicio realiza la limpieza y desinfección de los vehículos, las bolsas y los carros, poniendo especial cuidado en destinar a la ropa limpia los carros y vehículos que no hayan estado en contacto con la ropa sucia tras su lavado y desinfección.	5	No se detectan incidencias.
LAV.9	El servicio de lavandería planifica y realiza la clasificación de ropa sucia y la transporta adecuadamente al centro de tratamiento.	5	No se detectan incidencias relacionadas.
LAV.10	El servicio de lavandería entrega la ropa limpia según lo planificado: plegada en paquetes cerrados, siempre con el mismo nº de unidades, salvo los uniformes que se entregan en perchas , las mantas y edredones empaquetados individualmente y la ropa de quirófano en condiciones adecuadas para ser esterilizada sin manipulación.	5	No se detectan incidencias.
LAV.11	El proceso de lavado, planchado, repaso y empaquetado se realiza en instalaciones que disponen de barrera sanitaria que separa zonas sucias y limpias y que permiten el prelavado (eliminación de materia orgánica), la termodesinfección a alta temperatura (prendas de algodón 100%) y la desinfección con cloro (poliéster) así como otras actividades (doblado, repaso, costura, planchado, etc) en las condiciones técnicas de asepsia exigidas.	5	No se han detectado incidencias relacionadas.
LAV.12	El servicio de lavandería realiza controles mensuales bacteriológicos de la ropa limpia por laboratorios externos autorizados y comunica los resultados por escrito a la Administración Sanitaria.	5	Estos controles se envían como anexos a los informes mensuales. No se detectan incidencias en la muestra revisada.
LAV.13	El servicio de lavandería facilita la realización de controles a la Administración Sanitaria (toma de muestras, controles de proceso, inspecciones) modificando los procesos cuyo resultado no sea satisfactorio.	5	No se han detectado incidencias relacionadas.
LAV	INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA	4,8	


Tabla 63. Resultados de nivel del servicio de Lavandería (LAV)

C) OBSERVACIÓN DEL PROCESO DE LAVANDERÍA

A continuación se incluye una tabla con fotos de las observaciones realizadas durante la auditoría y otras evidencias.

AUDITORÍA 23-01-2020			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
13:26	B	Rehabilitación Cuarto sucio	<p>Este cuarto está identificado como cuarto de limpieza. Se observan los contenedores de residuos apropiados para la zona (contenedor de papel confidencia cerrado). La jaula para ropa sucia contiene bolsas cerradas. Una de las luces no funciona.</p> 

AUDITORÍA 11-02-2020			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:38	5	URPA/CMA cuarto sucio	<p>Cuarto limpio y mantenido. Los contenedores de residuos están correctamente identificados y el uso de aquellos no cerrados se observa correcto. La identificación del cuarto no es correcta (pone almacén).</p>  <p>Incluye carteles informativos sobre la gestión de residuos y las bolsas para la ropa sucia.</p>
10:45	5	B. Quirúrgico/ CAM Lencería	<p>La estancia está mal identificada. Alguna ropa limpia se observa con manchas.</p> 


AUDITORÍA 11-02-2020			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:55	5	B. Quirúrgico/ CMA vestuarios de pacientes	<p>Los dos vestuarios están limpios y ordenados, con los medios de cambio apropiados. Falta papel y jabón en los dos. La ropa limpia se observa en buen estado.</p> 
12:15	3	Lencería	<p>Cuarto limpio y mantenido. Con la ropa empaquetada, en buenas condiciones. En las estanterías se indica mediante pegatinas el tipo de ropa y las tallas.</p> 
12:24	3	Cuarto sucio	<p>Identificado. No se detectan incidencias en relación con los servicios concesionales y los medios que utilizan (contenedores de residuos, jaulas y carros de ropa, estado de superficies, lavabo y grifo, etc.) salvo una luz fundida.</p> 
12:25	3	Almacén	<p>Estancia utilizada para material necesario en la unidad, carro de lencería y porta sueros.</p> 




AUDITORÍA 11-02-2020			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:26	3	Habitación 349	<p>Es la única habitación disponible en el momento de la visita. Observamos que tanto la estructura como el mobiliario está en buen estado, sin desperfectos y limpio.</p>  <p>La lencería de cama se observa en buen estado.</p>
13:15	1	Uniformidad	<p>Identificado y con horario de atención. Indicaciones sobre actividades con los carros. Revisión de registros de lencería. Revisión de uniformes y batas disponibles en la zona. No se detectan desviaciones sobre lo documentado. Tetyana Dzoma identificada y uniformada, está atendiendo el funcionamiento de Uniformidad.</p> <p>Uniformes colocados en estanterías por tallas y colores, limpios y en buen estado. Carros con ropa de cama para repartir en las plantas.</p> 
13:15	1	Uniformidad	<p>Ropa de quirófano, batas blancas en perchas y calzado colocado por tallas. Carro de Stock mínimo diario en lencería textil verde doblado.</p> 
13:15	1	Uniformidad	<p>Registros de lectura y dotación de los distintos almacenes.</p> 
13:15	1	Uniformidad	<p>Registro de entregas de uniformidad al personal sanitario.</p>

AUDITORÍA 11-02-2020

H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
13:20	1	Almacén ropa limpia	<p>La ropa limpia entra por la puerta del almacén sobre las 17:00 de la tarde y se guarda en el cuarto de ropa limpia. En el momento de la visita el cuarto está vacío porque se ha repartido a las diferentes zonas hospitalarias.</p> 
13:20	1	Báscula para ropa limpia	<p>Situada junto al cuarto anterior, al día siguiente de la entrada de la ropa se pesa en la báscula y se anota la entrada y el peso en lencería. La báscula no tiene impresora de pesos, por lo que se anota manualmente. Se indica no mezclar circuitos limpio y sucio.</p> 

AUDITORÍA 26-02-2020

H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:43	2	Almacén 234A	<p>Identificado y con listado de material pactado para esta unidad. Además, se observa una de las estanterías dedicada a la lencería de la unidad también con el listado de la ropa pactada de hospital de día. No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.</p> 

AUDITORÍA 26-02-2020			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:51	2	505 HDM06	<p>Limpio y mantenido. No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales.</p>  <p>Ropa de camilla en buen estado.</p>
10:59	1	Box vital pediatría	<p>No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales (limpieza, mantenimiento, lavandería, residuos, mobiliario).</p>  <p>Ropa de camilla en buen estado y sábanas disponibles en buen estado.</p>
11:07	1	Cuarto de limpieza.	<p>El cuarto está limpio y mantenido y la lencería en buen estado y ordenada.</p>
11:20	1	Urgencias. Cuarto sucio	<p>No se observan deficiencias en relación con los servicios concesionales. Carro disponible de lencería sucia con bolsas cerradas.</p>
12:05	4	Sucio	<p>Cuarto de sucio que dispone de lavabo, lavacañas, armarios, contenedores de residuos usados correctamente e identificados y etiquetados cuando es necesario (citostáticos y biosanitarios), cartón, carro de lencería sucia, 3 balas de gases medicinales, estanterías con materiales de uso (contenedores de punzantes, citostáticos, botes, gasas, bolsas, etc.).</p> 

AUDITORÍA 26-02-2020			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:06	4	Cuarto limpieza	Estancia confortable y en buen estado de limpieza y mantenimiento. Se usa para lencería y otros materiales. 

D) PUNTOS FUERTES DEL SERVICIO

- El cumplimiento de los protocolos de actuación del servicio, sobre los que no se detectan desviaciones en la auditoría realizada.
- El sistema de control de calidad del proceso que da lugar a resultados muy buenos, sin desviaciones de los objetivos y/o rangos de calidad establecidos.

E) ÁREAS DE MEJORA

- Se recomienda incluir la impresora de tickets en la balanza de carros limpios para facilitar el trabajo y además poder verificar los pesos
- Revisar los planes de formación anuales e impartir la formación planificada. Verificar que se incluyen cursos de reciclaje (operaciones de lencería).

3.2.8. CRITERIOS DEL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN (EST)

A) DOCUMENTACIÓN Y VISITAS

Socio operativo: [Ilunion](#)

Responsable de servicio: [M^a Ángeles Martín y Casildo Sánchez](#)

Responsable de la central de esterilización: [Barbara Ávila](#)

Visita el [11-2-2020](#) y [26-2-2020](#)

Se revisan y observan muestras de documentos, registros, medios y actuaciones para evaluar los criterios relacionados con este servicio.

Las observaciones se clasifican con el siguiente criterio:

- Observación: aquello que no supone incumplimiento de criterios, normativa o procedimientos, pero que su continuidad en el tiempo puede llegar a serlo.
- Incidencia leve: aquella que limita la calidad del servicio prestado.
- Incidencia media: aquello que puede suponer un riesgo para los usuarios, trabajadores, medioambiente y/o medios y estructura y/o el funcionamiento del servicio asistencial propio del hospital.
- Incidencia grave: aquello que incumple normativa, pliegos de concesión o procedimientos del servicio que pone en riesgo claro la actividad del servicio asistencial y/o los usuarios, trabajadores, medioambiente, estructura y/o medios.

Además, la metodología utilizada para evaluar los diferentes criterios del modelo de auditoría ha sido la siguiente:

- Excelente (5) Existen evidencias claras del cumplimiento del criterio.
- Muy bien (4) Existen evidencias del cumplimiento del criterio, aunque con dudas en alguna de sus partes.
- Bien (3) Existen evidencias del cumplimiento del criterio al menos en un 60%.
- Deficiente (2) Existe algún documento relacionado, pero no se evidencia el cumplimiento del criterio.
- Muy deficiente (1) No hay ninguna evidencia del cumplimiento del criterio.

El periodo de auditoría corresponde a la actividad desarrollada desde 1/1/2018 hasta finalización de la auditoría (30/04/2020). La visita a la central se ha realizado el 11 de febrero.

Licencia central de esterilización

Licencia otorgada a Ilunion esterilización SA, con número 5806-PS, vigente por revalidación desde 22 de enero de 2019 hasta 22 de enero de 2024 (5 años). En el anexo 2 incluye el centro:

TÉCNICO (DNI)	TITULACIÓN
D/D ^a . RAQUEL SERRANO SANCHEZ (03916235W)	DIPLOMADA EN ENFERMERIA
INSTALACIONES	ACTIVIDAD
CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE: RONDA DEL SUR, Nº 10, 28500 ARGANDA DEL REY (MADRID)	SUPLENTE ESTERILIZACIÓN A TERCEROS

Manual de procedimientos

El **manual de procedimientos** "HSE-PRONEG/ESTERIL.1.7" aprobado el 26-10-16. Se indica como técnico garante M^a Angeles Martín (Dirección de hostelería y servicios generales). En el listado de

cambios no se indican los correspondientes a esta última edición. En el apartado de referencias se indican normas ISO que ya no están vigentes. Este manual debe actualizarse acorde a los procedimientos actuales. Es recomendable que exista un solo manual en el servicio.

Manual de procedimientos de Ilunion

Este manual, con fecha de revisión 20/10/2018, es un documento de 24 páginas que describe los procedimientos de la central, o referencias a otros documentos que los contienen, los formatos y sistemas de trazabilidad y los controles de calidad internos y externos. Tiene la estructura del protocolo básico del servicio de esterilización del año 2006:

- Descripción del servicio (ubicación de la central, recursos materiales y humanos y horario de funcionamiento)
- Recepción de material (referencia al documento PE-60)
- Limpieza de material (PE-61)
- Preparación y empaquetado (PE-62)
- Esterilización (PE-63 y PE-66)
- Distribución y entrega (PE-64)
- Trazabilidad (PE-74)
- Situaciones críticas del servicio (tiempos mínimos de esterilización F63-2)
- Gestión material de préstamo (PE-72)
- Caducidad (PE-73)

El manual de procedimientos de Ilunion es completo y está actualizado.

Se reciben los procedimientos indicados anteriormente y específicos para el hospital del Sureste (HSE)

- F63.2_Tiempos mínimos de proceso-signed
- PE-60 Recogida material contaminado (HSE)
- PE-61 Limpieza y desinfección (HSE)
- PE-62 Preparación y envasado (HSE)
- PE-63 Esterilización en autoclave de vapor (HSE)
- PE-64 Almacen, entrega y gestión material procesado (HSE)
- PE-66 Esterilización vapor baja T y formaldehido (HSE)
- PE-68 Control condiciones ambientales (HSE)
- PE-72 Material de préstamo (HSE)
- PE-73 Caducidad del material (HSE)
- PE-74 Trazabilidad del material (HSE)

Listados de productos químicos utilizados en la central

Se recibe el listado en un documento F- 21.2, con fecha 6/2/2019, que incluye el nombre, la casa comercial y el uso en la central de los siguientes productos:

- DARODOR SURFACE; JOSÉ COLLADO; Limpiador superficies
- NEODISHER MEDICLEAN FORTE; DR. WEIGERT; Detergente lavado automático
- NEODISHER MEDIKLAR; DR. WEIGERT; Aditivo lavado automático
- NEODISHER MULTIZYM; DR. WEIGERT; Detergente lavado manual
- IP KONZ; DR. WIGERT; Lubricante lavado automático
- PRE-STOP; DR. WEIGERT; PRE-Tratamiento instrumental
- ACEITE ESPECIAL SYNTHES; SYNTHES; Aceite lubricación motores
- TAPE-EX; INTERLOCK; Removedor adhesivo
- SOFTALIND; BRAUN; Gel hidroalcohólico

- SPRAYNET; BIEN AIR; Limpiador motores
- LUBRIFLUIT; BIEN AIR; Lubricante instrumental
- FORMOL: VBTF MATACHANA; Esterilización por formol

De todos ellos se dispone de la ficha técnica de seguridad.

Listado de fungible

Documento en Excel con el listado de material fungible utilizado en el servicio. Se clasifica por zona de uso:

- Limpieza
- Preparación
- Esterilización
- Otros

Listado de equipamiento

Se muestra el listado de carros y equipos de trabajo (mesas, cestillos, racks y estanterías) utilizados en la central, por zona de trabajo.

Listado de personal (relación remitida por el servicio)

Nº PERSONAL	PUESTO	TURNO
38572	Auxiliar de Esterilización	TARDE
38597	Auxiliar de Esterilización	MAÑANA
10457	Auxiliar de Esterilización	TARDE
111851	Auxiliar de Esterilización	PARTIDO
108779	Auxiliar de Esterilización	TARDE
38574	Supervisión	MAÑANA/TARDE

Listado de personal (relación remitida por la concesionaria)

Apellido	Nombre	Departam. en curso
AP	B	Responsable
RG	R	Auxiliar Clínica
LM	MC	Auxiliar Clínica
GM	JA	Auxiliar Clínica
GC	J	Auxiliar Clínica
PS	P	Auxiliar Clínica
GG	A	Auxiliar Clínica

Plan de mantenimiento de equipos

Documento en adobe F-10.3 con fecha de aprobación 9/1/20 que incluye los equipos de la central (no se observan diferencias con lo observado y se reciben todas las validaciones solicitadas). Los códigos utilizados en el listado son particulares de la central, pero permiten identificar a los equipos de forma clara e inequívoca. Se indican las frecuencias según equipo de limpieza, mantenimiento preventivo, validación, verificación y calibración.

Cualificación baño ultrasonidos 1000W TST y NF S14492

Informe aprobado el 7/5/19, por Matachana, con resultado favorable.

Recualificación del proceso de termo-desinfección DS700 & 0782018

Informe aprobado el 15/4/19, por Matachana, con resultado favorable.

Recualificación del proceso de termo-desinfección DS700 & 0782019

Informe aprobado el 15/4/19, por Matachana, con resultado favorable.

Recualificación de los procesos de esterilización 1006 E-2 & E-23026

Informe aprobado el 17/9/19, por Matachana, con resultado favorable según los criterios termométricos establecidos en la Norma UNE-EN ISO 17665.

Recualificación de los procesos de esterilización SC501 E-2 & E-23010

Informe aprobado el 18/9/19, por Matachana, con resultado favorable según los criterios termométricos establecidos en la Norma UNE-EN ISO 17665.

Recualificación de los procesos de esterilización M20B & E-23986

Informe aprobado el 17/9/19, por Matachana, con resultado favorable según los criterios termométricos establecidos en la Norma UNE-EN ISO 17665.

Recualificación de los procesos de esterilización 130 LF-1 & E-24401

Ensayos realizados el 12/4/19, por Matachana, con resultado favorable según los criterios termométricos establecidos en la Norma UNE-EN ISO 25424 y UNE-EN 14180+A2.

Recualificación del proceso de termosellado HM850DC & M-07595

Informe aprobado el 7/5/19, por Matachana, con resultado favorable.

Informe mensual

Informe mensual de los meses desde septiembre hasta diciembre 2019 y enero de 2020, que incluye el número de entregas de instrumental y textil, controles de calidad internos, controles de calidad externos, incidencias del servicio, planificación de la plantilla y la información adicional del cada mes.

En el informe mensual se incluye la programación de puestos de trabajo para el mes siguiente. Los cuatro meses recibidos se indica la misma información (ver tabla) que no coincide con lo indicado en el manual (La unidad de esterilización funciona en horario de mañana y tarde de lunes a viernes, de 8 a 22 horas, fines de semana y festivos el horario es de 8 a 15 horas) y con la información aportada por la responsable del servicio (se trabaja de lunes a domingo).

PROGRAMACIÓN			L-V			S,D,F		
Categoría	Zona	Horario	M	T	N	M	T	N
Responsable	CE	07:00 - 15:00	1					
Auxiliar de clínica	CE	08:00 - 15:00	1					
Auxiliar de clínica	CE	14:00 - 21:00		1				
Auxiliar de clínica	CE	15:00 - 22:00		1				
Auxiliar de clínica	CE	15:00 - 22:00		1				

En octubre 2019 se indica un puesto más:

PROGRAMACIÓN			L-V			S,D,F		
Categoría	Zona	Horario	M	T	N	M	T	N
Responsable	CE	07:00 - 15:00	1					
Auxiliar de clínica	CE	08:00 - 15:00	1					
Auxiliar de clínica	CE	14:00 - 21:00		1				
Auxiliar de clínica	CE	15:00 - 22:00		1				
Auxiliar de clínica	CE	15:00 - 22:00		1				
Auxiliar de clínica	CE	18:30 - 22:00		1				

Entregas de instrumental (desglose por servicio en cada informe)

MES	CAJAS	PAQUETES	TEXTIL EQUIPOS	TEXTIL SUELTO	Material suelto	TOTAL
Septiembre	1.187	2.219	31	1.040	600	5.077
Octubre	1.725	2.887	78	1.360	760	6.810
Noviembre	1.670	2.850	62	1.415	675	6.672
Diciembre	1.257	2.141	36	1.190	645	5.269

Los controles de calidad realizados en estos meses en los distintitos equipos, tanto internos como externos, muestran toda información correcta.

Controles de calidad						
		Equipo	Autoclave S1000	Autoclave SC500	Formaldehido	Miniclave
Septiembre	Control físico	Pruebas	86	91		33
		Incorrectos	0	0	0	0
	Prueba de Bowie-Dick	Pruebas	25	25		11
		Incorrectos	0	0		0
	Control Químico Externo	Pruebas	1	1	1	1
		Incorrectos	0	0	0	0
Control Químico Interno	Pruebas	86	91	8	33	
	Incorrectos	0	0	0	0	
Control Biológico	Pruebas	5	4	8	4	
	Incorrectos	0	0	0	0	
Octubre	Control físico	Pruebas	116	102	15	23
		Incorrectos	0	0	0	0
	Prueba de Bowie-Dick	Pruebas	27	28		15
		Incorrectos	0	0		0
	Control Químico Externo	Pruebas	1	1	1	1
		Incorrectos	0	0	0	0
Control Químico Interno	Pruebas	116	102	15	23	
	Incorrectos	0	0	0	0	
Control Biológico	Pruebas	4	5	15	4	
	Incorrectos	0	0	0	0	
Noviembre	Control físico	Pruebas	89	108	7	29
		Incorrectos	0	0	0	0
	Prueba de Bowie-Dick	Pruebas	23	30		14
		Incorrectos	0	0		0
	Control Químico Externo	Pruebas	1	1	1	1
		Incorrectos	0	0	0	0
Control Químico Interno	Pruebas	89	108	7	29	
	Incorrectos	0	0	0	0	

Controles de calidad						
		Equipo	Autoclave S1000	Autoclave SC500	Formaldehido	Miniclave
	Control Biológico	Pruebas	4	4	7	4
		Incorrectos	0	0	0	0
Diciembre	Control físico	Pruebas	73	102	9	17
		Incorrectos	0	0	0	0
	Prueba de Bowie-Dick	Pruebas	22	29		11
		Incorrectos	0	0		0
	Control Químico Externo	Pruebas	1	1	1	1
		Incorrectos	0	0	0	0
	Control Químico Interno	Pruebas	73	102	9	17
		Incorrectos	0	0	0	0
	Control Biológico	Pruebas	4	4	9	4
		Incorrectos	0	0	0	0

Control microbiológico ambiental/superficies

En los informes mensuales de los cuatro meses recibidos todos los controles ambientales y de superficies están dentro de los rangos establecidos como correctos.

Incidencias Proceso de Esterilización

En los informes mensuales de los cuatro meses recibidos no se muestra ninguna incidencia.

Anexos al informe mensual

Se reciben también los anexos de estos cuatro meses, entre los que se encuentran:

- Controles externos químicos y biológicos mensuales de los equipos de esterilización
- Controles ambientales y de superficies

Todos ellos son favorables en los meses recibidos.

- El listado de incidencias de material
- Los registros de la central de los ciclos de los equipos y controles realizados
- El control de las temperaturas de las estancias de la central

Formación: 2018 y 2019

En 2018 hubo cambio de proveedor y los cursos que se impartieron se muestran en la tabla siguiente.

SERVICIO	CURSO FUERADEL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
08. ESTERILIZACIÓN	Manejo aplicación SPS	Noviembre 2018	1	1 hora	
	Módulo 6: Sistema de trazabilidad informático básico	DICIEMBRE 2018	4 AUXILIAR DE ESTERILIZACIÓN 1 SUPERVISIÓN	14 h	
	Módulo 6: Sistema de trazabilidad informático administrador	NOVIEMBRE 2018	1 SUPERVISIÓN	10 h	Curso realizado en otros centros de Ilunion esterilización

En el año 2019 se impartieron los siguientes cursos:

SERVICIO	CURSO PREVISTO EN EL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
08. Esterilización	Módulo 1: Lavado y descontaminación de material e instrumental médico y quirúrgico	Febrero 2019	4 Auxiliar de Esterilización 1 Supervisora	3 horas	
	Módulo 5: Cuidado y manipulación de material especial (Motores Traumatología)	Marzo 2019		2 horas	
08. Esterilización	Módulo 9: Nociones básicas de primeros auxilios	Abril 2019	3 Auxiliar de Esterilización 1 Supervisora	1 hora	
Todos los servicios	Plan de Autoprotección: Equipos de Intervención/Evacuación	mayo/junio/julio 2019	128	1 hora	
08. Esterilización	Curso Eficiencia Energética	4º trimestre	Todo el personal	1 hora	

Registro SIGIS y quejas años 2018 y 2019

Para el análisis de las SIGIs del servicio se ha procedido a agrupar aquellas que tienen un motivo común o similar. Además, se han considerado solo aquellas que no están repetidas, con independencia de que apliquen a uno o más indicadores de incidencias.

Agrupación	2018	2019	Total
Carros sucios	1		1
Comunicación de incidencias ambientales y microbiológicas		1	1
Envoltorio perforado	5	2	7
Equipos sucios		1	1
Error en el empaquetado	3		3
Frecuencias de limpieza de equipos	1		1
Garantía de termodesinfección de endoscopios	23	8	31
Horario de entrega (retraso)	1		1
Humedad en instrumental esterilizado	5		5
Incidencia no contestada (endoscopias)	2		1
Incumplimiento de procedimiento de secado		1	1
Limpieza autoclave	1		1
Material entregado con humedad	2		2
Material esterilizado deteriorado	1		1
Material esterilizado sin control interno	6		6
Montacargas sucio	1		1
Paralización por equipos que no funcionan (endoscopias)	1		1
Pérdida de material	2		2
Prelavado mal realizado		1	1
Ralentización por equipos que no funcionan (endoscopias)		2	2
Suciedad en grifería		1	1
Utensilios sucios utilizados en lavado	3		3
Total	56	17	73

El número de incidencias del servicio de esterilización es de los más elevados en el año 2018 respecto a los últimos seis años (siendo 14 en 2014, 20 en 2015, 28 en 2016 y 69 en 2017), y se sitúa entre los valores más bajos en 2019.

Se observa que el mayor número de SIGIs se producen en la zona de endoscopias, por fallos en los equipos. Desde que se han cambiado por nuevos equipos (actualmente existen 3 lavadoras de endoscopios modernas) el número de incidencias es más bajo.

Registro reclamaciones 2018 y 2019

No hay ninguna que aplique a este servicio.

Registros de limpiezas y mantenimiento

Se muestran los registros con formato hasta febrero de 2020 de limpiezas y mantenimiento de equipos y carros en la central. Las operaciones se realizan semanalmente.

Se observan también estos registros con el nuevo formato (nos indican que se ha cambiado en febrero de 2020). En los nuevos registros también se establecen actividades para no interrumpir la productividad de la central.

La **documentación ver in situ** ha sido la siguiente:

- Trazabilidad hacia atrás de esterilizado hacia lavado
- Registro diario de control biológico
- Registro “lavado manual”
- Ficha “esterilización material reutilizable”
- Registros “lavado mecánico” con ciclos y lavadora y tipo de lavado
- Registro “carga descarga lavado mecánico”
- Registros grapados por máquina
- Registros “empaquetado de material correcto”
- Registros “salida de material” con material, fecha, unidad y verificación.

Criterios generales

Las observaciones de este servicio que afectan a los criterios generales son:

CRI	CRITERIO	OBSERVACIÓN	VALOR
DGC.7	La concesionaria emite todos los informes que la Administración Sanitaria le solicita, cumpliendo los plazos y las especificaciones que se le indican.	En las SIGIs del año 2018 se detecta que se solicitan informes sobre las lavadoras de endoscopios que se realizan tardíamente y esto supone retrasos en la prestación de la actividad sanitaria.	4
DGC.10	La concesionaria comunica las incidencias a la Administración Sanitaria en tiempo y forma adecuados, y establece las acciones correctoras que permiten corregir las desviaciones.	No se toman medidas correctoras a tiempo a las incidencias comunicadas en la zona de lavadoras de endoscopios (año 2018). No se comunican a tiempo las desviaciones en los controles ambientales.	3
RH.2	La concesionaria tiene establecido el número de personas que prestan los servicios, clasificadas por servicio, nivel de formación, categoría profesional, jornada anual y semanal, turno de trabajo, puesto de trabajo y distribución de las cargas de cada puesto por categoría.	Medición de las cargas de trabajo (no se muestra). En los informes mensuales no se incluyen los puestos en fin de semana: no quedan claras las programaciones para meses siguientes.	4
GMA.2	El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	Si bien no se muestran objetivos como tales si se dispone de un análisis del volumen de residuos gestionados.	3
CAL.4	La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	Existen dos manuales de procedimientos, uno de ellos desactualizado.	4
CAL.9	Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	Durante los dos años de auditoría no se han realizado encuestas de satisfacción. Se muestra el programa para realizar la encuesta en el año actual.	2
SC.6	La concesionaria es responsable de los fallos del servicio que afectan a la operatividad total o parcial del área sanitaria.	Evitar aquellos fallos que dan lugar a inoperatividad de los servicios introduciendo medidas preventivas y correctivas en las más frecuentes.	4

Listado de incidencias observadas

Durante la realización de la auditoría 11 de febrero, no se detectaron incidencias, tan solo dos observaciones:

- El aceite SYNTHES tiene la etiqueta deteriorada impidiendo la lectura de caducidad.
- Se observa que el registro de limpieza y mantenimiento de la central no utiliza las siglas que se han establecido en el formato

B) EVALUACIÓN DE CRITERIOS



ID	CRITERIOS SERVICIO ESTERILIZACIÓN (EST)	16	EVALUACIÓN
EST.1	La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de esterilización.	4,8	Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.
EST.2	El servicio tiene documentado el procedimiento de esterilización de los productos sanitarios reutilizables, todos los 365 días del año en horario preestablecido pero como mínimo desde las 8 hasta las 22 horas.	5	Incluido en el Manual de procedimientos del servicio, aunque se da servicio de 7:00 a 22:00 de lunes a viernes y sábados, domingos y festivos de 8:00 a 15:00.
EST.3	El servicio tiene la licencia de la Central de Esterilización así como la validación de los equipos y procedimientos de esterilización emitido por el Ministerio de Sanidad y Consumo.	5	Licencia vigente vista, informes de validación de equipos favorables.
EST.4	El servicio de esterilización dispone de un sistema de control de calidad de todo el proceso.	5	El manual de procedimientos de esterilización incluye el control de calidad externo e interno de todo el proceso.
EST.5	El servicio de esterilización dispone de un inventario codificado (ficha técnica y gestión de stocks) de todo el material estéril, consumibles y lubricantes necesarios para la realización de los procesos de esterilización.	5	Visto el inventario codificado con ficha técnica y gestión de stocks.
EST.6	El servicio de esterilización dispone de un inventario (ficha técnica y libro de mantenimiento) de los medios de transporte interno y externo al hospital y elementos de almacenaje de productos.	5	Visto el inventario de carros y estanterías utilizados por el servicio.
EST.7	El servicio de esterilización dispone de almacén de material estéril que garantiza el stock de seguridad (textil e instrumental, estéril de un sólo uso y sobre-equipamiento), con la dotación que se establece en su manual de procedimientos acordado con la Administración Sanitaria y alternativas a su central de esterilización.	5	Vistos los documentos relacionados y el almacén indicado, con stock de seguridad (7 paquetes). Alternativas a la central establecidas.
EST.8	El servicio de esterilización trabaja con un sistema de gestión informatizada de todos los procesos.	5	Visto el programa utilizado en la central que permite la trazabilidad completa de todos los procesos.

ID	CRITERIOS SERVICIO ESTERILIZACIÓN (EST)	16	EVALUACIÓN
EST.9	El servicio de esterilización dispone de la previsión anual de actividad realizada por el Hospital para el periodo (objetivos) y verifica con la Administración Sanitaria la suficiencia de las alternativas y provisiones y realiza los ajustes oportunos cuando se le comunican variaciones en este sentido.	5	No se detectan incidencias relacionadas, aunque no es la forma habitual de trabajo.
EST.10	El servicio de esterilización realiza según está documentado el proceso central de lavado y desinfección de todo el instrumental que lo precise, procedente de los diversos puntos del Hospital y su entorno de influencia, y el posterior proceso específico de esterilización con todos sus requisitos de disponibilidad.	4	Se detectan incidencias (SIGIs) que pueden relacionarse con este criterio (fallos relacionados con los controles internos, humedad, error en empaquetado, etc).
EST.11	El servicio de esterilización realiza según está documentado la confección de "sets" o paquetes complejos predefinidos conjuntamente, compuestos por unidades de materiales diversos, que suponen todo el material necesario para realizar un acto sanitario específico.	4	Se detectan incidencias (SIGIs) que pueden relacionarse con este criterio.
EST.12	El servicio de esterilización realiza según está documentado la recogida del material para esterilizar y la entrega del material estéril se realiza en los lugares y horarios indicados por la Administración Sanitaria y siempre en presencia de la persona designada por la misma.	5	No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.
EST.13	El servicio de esterilización sirve el material solicitado para intervenciones quirúrgicas urgentes en los tiempos previstos en el manual de procedimientos acordado con la Administración Sanitaria.	5	No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.
EST.14	El servicio de esterilización realiza controles mensuales de calidad por laboratorios externos autorizados y comunica los resultados por escrito a la Administración Sanitaria.	4	Una de las SIGIs puede relacionarse con este criterio (comunicación tardía de resultados)
EST.15	El servicio de esterilización facilita la realización de controles a la Administración Sanitaria (toma de muestras, controles de proceso, inspecciones) que realiza con personal propio o por medio de entidades homologadas.	5	No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.
EST	INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN	4,8	

Tabla 64. Resultados de nivel del servicio de Esterilización (EST)

C) OBSERVACIÓN DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN

AUDITORÍA 11-02-2020: Servicio de Esterilización			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
8:55	6	Pasillo	Limpio y mantenido. Se observan camas y camillas almacenadas.

AUDITORÍA 11-02-2020: Servicio de Esterilización			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
8:55	6	Entrada	Limpio y mantenido. Disponen de una estantería con los medios de protección necesarios para acceder a la unidad (gorro, bata, calzas)
8:57	6	Cuarto de limpieza	Se observa el dosificador de productos de limpieza (zona crítica). Se observa el cartel informativo del uso del dosificador (disponibles dos tipos de boquilla según el porcentaje a mezclar y la criticidad de la zona). Contenedor de residuos rojo para envases contaminados de plástico. Vertedero limpio y mantenido.
8:59	6	Aseo	Limpio, mantenido, con los medios de aseo adecuados.
9:00	6	Pasillo	Limpio y mantenido. Se observa el carro de limpieza de la central, con los elementos establecidos.
9:06	6	Zona sucia	Cuarto identificado y cerrado. Contiene contenedor de documentación confidencial y contenedor rojo de envases contaminados. Además, se observa el kit de derrames sobre pallet de plástico sin ranuras. Espacio limpio, ordenado y mantenido.
9:06	6	Vestuario	Vestuario identificado, para el personal de la unidad con taquillas. Limpio y mantenido.
9:07	6	Pasillo	Superficies horizontales y verticales limpias y mantenidas. Se ubican en este pasillo varios medios: jaula para ropa de quirófano (stock textil); papelera ropa sucia y deteriorada que retira limpieza; 2 carros limpios con material de la central. En uno de ellos se observa repuesto de la impresora de pegatinas. 
9:08	6	Almacén productos	Se observan todos los productos ubicados y ordenados, en una estantería y en un pallet de plástico sin ranuras. Los botes están dentro de contenedores de plástico limpios. El almacén destaca por el orden y la limpieza. Todos los productos están identificados, ubicados por familias, ninguno está caducado. Al no disponer de central de osmosis utilizan agua destilada en los equipos en los que así está establecido y en los aclarados en los que se ha determinado. Todos los productos observados están incluidos en la lista de productos de la unidad. 

AUDITORÍA 11-02-2020: Servicio de Esterilización

H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:10	6	Zona de lavado	<p>Esta es la zona donde llegan los instrumentos y materiales sucios para su procesamiento en la central (montacargas de bloque quirúrgico y carros de transporte). Disponen de los medios necesarios para el lavado manual, por ultrasonidos y lavado en máquina. En el momento de la visita están realizando el mantenimiento de una de las lavadoras. No hay material pendiente de procesar. Los tres equipos principales de lavado (ultrasonidos, lavadora 1 y 2) están identificados y etiquetados con los códigos indicados en los procedimientos del servicio.</p> <p>Se observan también los medios de prevención necesarios para esta zona (cascos, guantes, gafas, mascarillas).</p> <p>Iniciamos trazabilidad desde el ordenador de la zona: en libro de quirófano, se indica último albarán de entrada 10.242 (sistema de identificación que refiere al cuaderno nº 10, entrada 242)</p>



9:30	6	Exclusa	Zona de acceso desde pasillo a zona limpia. Estancia limpia y mantenida.
------	---	---------	--


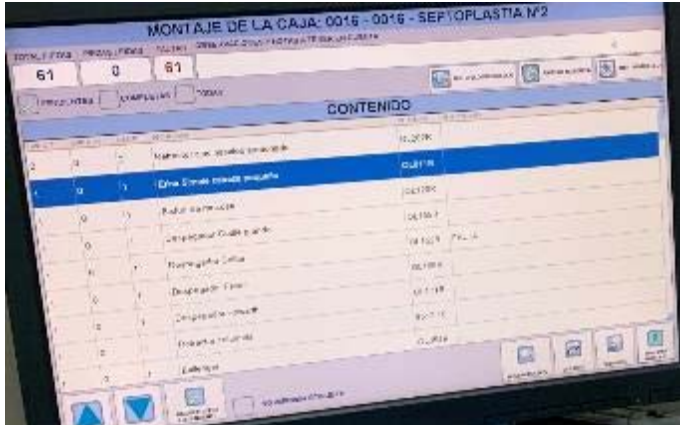
9:30	6	Zona limpia	<p>Se observa la estancia, limpia, mantenida, ordenada y en uso. En esta zona se observa el registro con las actividades de limpieza y mantenimiento de estancias y equipos realizado por el personal de la central. Actividades que deben realizarse en fin de semana. Solo hay datos registrados del 8 y 9 de febrero en relación con limpieza y mantenimiento:</p>
------	---	-------------	---


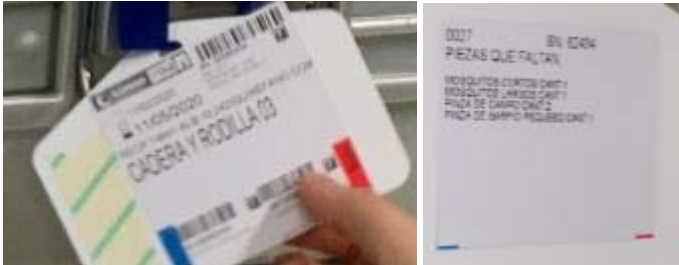
ILUNION REGISTRO DE LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO 2020


	ENERO							FEBRERO							MARZO									
	4	5	11	12	18	19	25	26	1	2	8	9	15	16	22	23	1	7	8	14	15	21	28	29
Formal																								
Autoclave 1																								
Autoclave 2																								
Autoclave																								
Lavadora 1																								
Lavadora 2																								
Termobedidas																								
Ultrasonidos																								
Inscubador																								
Mesas																								
Carros sucio																								
Carros limpio																								
Banco Sucio																								
Montacargas Limpio																								
Montacargas Sucio																								
Carros Esteril																								
Carros Sucio																								

Se observó que para el registro los días de semana, se está haciendo una actividad.

La responsable indica que acaba de cambiar los registros para mejorar el formato y que por eso no están registrados todos los quincenales. Se solicita el registro del año anterior y hasta febrero.

AUDITORÍA 11-02-2020: Servicio de Esterilización			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:30	6	Zona limpia	<p>Las siglas incluidas en el registro indican las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> AS auxiliar esterilización asignado a zona sucio AL auxiliar esterilización asignado a zona limpio AR auxiliar responsable de turno S Supervisor PL Personal limpieza <p>Sin embargo, no coinciden con lo cumplimentado</p>
9:35	6	Almacén limpio	<p>Se observan los materiales ordenados por familias (estantería izquierda con materiales para esterilizador de formol y a la derecha los utilizados para vapor). Se observa un buen control del almacén, con indicaciones de próxima caducidad y revisión quincenal tanto de caducidad como del estado, stock y orden del almacén).</p>  <p>En esta zona se ubican productos como los aceites SYNTHES, mostrando el que se usa en una bolsa de plástico y con el etiquetado deteriorado.</p>
9:40	6	Zona limpia	<p>Está trabajando en el montaje de la caja 0016, septoplastia nº 2, M^a Cristina Lucas. Se observan dos puestos de trabajo para la preparación de material limpio que se va a esterilizar. Los dos disponen de mesa, lupa, lampara, puesto de ordenador. En el ordenador del puesto en uso se observa el listado de las 61 piezas, pendientes de revisión y las observaciones por pieza. Se observa la revisión completa de las piezas antes de colocar la caja con los materiales, controles, instrumentos correspondientes.</p> 

AUDITORÍA 11-02-2020: Servicio de Esterilización			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:42	6	Zona limpia	<p>Observación de montaje: se observa la revisión de cada pieza en busca de posibles incrustaciones y actuación según procedimiento. Se revisa también que el instrumental esté en buen estado de funcionamiento (corte, unión de piezas, etc.). Se revisan también posibles humedades, cuya prevención en esterilización se realiza mediante gasa empapadora sobre papel crepado. Para prevenir incrustaciones tienen establecido que todo lo que entra en la central se lava en un tiempo inferior a 24 horas.</p> 
9:43	6	Zona limpia	<p>El programa informático es Rosinet, que permite el control del instrumental que entra en la central hasta su entrega:</p> <p><u>Zona Sucia</u>: Control de entrada a la central de esterilización y control de carga de lavadoras. Se muestra en qué lavadora se carga el instrumental, qué instrumental se ha cargado, a qué hora y por quién.</p> <p><u>Zona Limpia</u>: Control de recepción de material lavado, empaquetado del material y control de carga de esterilizadores. Se muestra la hora de montaje, qué se ha montado, quién ha realizado el montaje, cuántas piezas faltan y si son las mismas que la última vez que se montó, hora de la esterilización, método de esterilización...</p> <p><u>Zona Estéril</u>: Control de descargar y gestión de envío del material</p>
9:50	6	Zona limpia	<p>Se observan 5 cajas preparadas para esterilizar y etiquetadas:</p>  <p>Las etiquetas permiten la trazabilidad completa del instrumental procesado en la central de esterilización: Fecha de fabricación, Fecha de caducidad, el contenido de la caja y el destino.</p>
9:55	6	Zona limpia	<p>Preguntamos por las lavadoras de endoscopios, y su uso desde la central. Nos informan que ellos las utilizan los fines de semana y festivos, aprovechando para revisar su buen funcionamiento. Solo tienen responsabilidad sobre los tubos de urgencias.</p>

AUDITORÍA 11-02-2020: Servicio de Esterilización			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:53	6	Zona limpia	Se observan contenedores de residuos identificados y con el uso apropiado. 
9:56	6	Zona limpia	<p>Trazabilidad: programas del 10/2/2020</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoclave mini M20-B: ciclo inicio 5261 (test de aireación), operario, tira correcta del test, indicador correcto del ciclo 5262. Grapado el test físico del equipo. • Autoclave S1000: ciclo inicio 16.304 (test Bowie-Dick), operario, tira correcta test, indicadores correctos de los ciclos 16305 hasta 16308. Grapado el test físico del equipo. • Autoclave SC500: ciclo inicio 15.197 (test Bowie-Dick), operario, indicadores correctos de los ciclos 15198 hasta 15201. Grapado el test físico del equipo. • Lote 5.262, autoclave mini, ciclo 2, incluye integrador biológico, listado de contenido (intravítrea nº 6), proceso contenedores. • Lote 16.305, autoclave S1000, ciclo 2, incluye integrador biológico, listado de contenido (motores y cotilos de quirófano), proceso de contenedores • Lote 15.200, autoclave SC500, ciclo 4, incluye integrador biológico, listado de contenido (cajas, textil y cables y cápsulas), proceso de contenedores
10:01	6	Zona limpia	Trazabilidad del albarán de entrada 10.061, con fecha de entrada 31/1/20. Se lavó con ciclo 157 en la máquina 07018 (DS 700), en el proceso C3 intensivo. Todos los controles físicos indican OK (lavado, secado y final de ciclo). Esterilizado en el programa de contenedores en la máquina SC500 en el ciclo 15.155 (todos los controles son correctos). El albarán de entrega es el 5482.
10:05	6	Cuarto formol	Está ordenado, limpio y mantenido. El equipo está identificado. Contiene un kit para posibles derrames, así como mascarilla de seguridad.

AUDITORÍA 11-02-2020: Servicio de Esterilización			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:10	6	Zona estéril	<p>Estancia ordenada, limpia y mantenida. En esta zona se observan las salidas de los autoclaves, el punto informático de registro y control, el montacargas de quirófano, estanterías y carros, todos en muy buen estado, limpios y mantenidos. En una de las estanterías se ubican contenedores para instrumental en préstamo.</p> <p>Separados del resto, claramente identificados se ubican materiales con esterilización caducada.</p> <p>Principalmente se observan paquetes textiles, ya que el almacén estéril se encuentra en el bloque quirúrgico.</p>
			

D) PUNTOS FUERTES DEL SERVICIO

- El sistema de registro del servicio, tanto de los registros en papel como del sistema informático que permiten realizar la trazabilidad del proceso y de los materiales procesados.
- El estado de orden, limpieza y mantenimiento de la estructura y los equipos de la central durante la visita.
- La ausencia de incidencias destacables en los últimos meses analizados del periodo de auditoría, así como durante la visita.

E) ÁREAS DE MEJORA

- Unificar los manuales de procedimiento en uno solo
- Actualizar los informes mensuales con la programación para el mes siguiente real.

3.2.9. CRITERIOS DEL SERVICIO DE DESRATIZACIÓN Y DESINSECTACIÓN (DD)

A) DOCUMENTACIÓN Y VISITAS

Socio operativo: **M4**

Responsable de servicio: **M^a Ángeles Martín**

Visita el **23-1-2020**, **11-2-2020** y **26-2-2020**

La **documentación recibida** ha sido la siguiente:

Empresa y su inscripción en ROESB

Consulta inscripción de M4 CONTROL DE PLAGAS S.L en el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas (ROESB) con número 036-CM-S (fecha de consulta 16/3/2020)

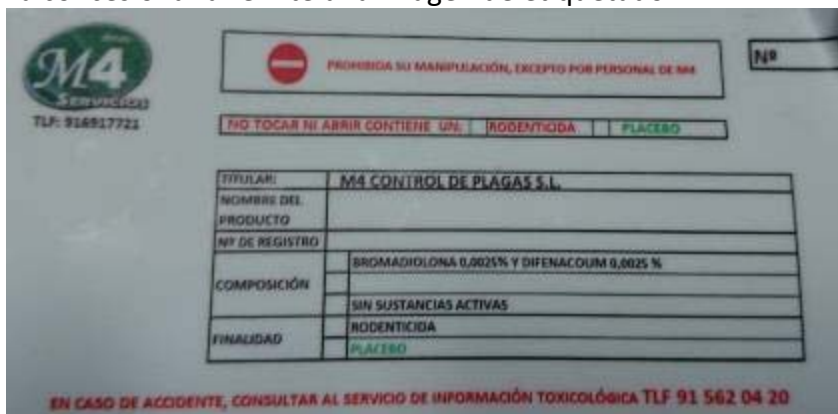
establecimiento_registro	036-CM-S	SAN MARTÍN DE LA VEGA	C/ PLOMO 44 NAVE 2 P. AYMAR	28330	M4 CONTROL DE PLAGAS S.L	BIOCIDAS: SERVICIOS DDD Y DESINF. TORRES REF CON A.M4CEN	prod_pesticida	S	prod_suspensores_cont_alimentos	S	prod_protectores_madera	S	prod_conserv_aga_melig	S	prod_rodenticidas	S	prod_fumigaciones	S	prod_rodenticidas_otros	N
--------------------------	----------	-----------------------	-----------------------------	-------	--------------------------	--	----------------	---	---------------------------------	---	-------------------------	---	------------------------	---	-------------------	---	-------------------	---	-------------------------	---

Manual de procedimientos

El **manual de procedimientos** “HSE-PRONEG/DDD.1.5” editado el 9-5-19. Está enviado a la administración para su validación. Su contenido es el siguiente:

- Alcance: zonas interiores y exteriores
- Referencias: nombra normas en desuso (ISO 9001:2008 y ISO 14001:2004). La concesionaria indica que “Es un error en la versión, la concesionaria dispone siempre en vigor tanto de la ISO 9001 como de la 14001”
- Programa de lucha antivectorial, Medidas de prevención, Medidas de vigilancia, Medidas de control y eliminación: cebos y trampas y sustancias químicas
- Informe de acciones y resultados (mensual y bimestral)
- Autorización previa al tratamiento
- Desinsectación: niveles, trampas, ubicaciones, productos
- Desratización: niveles, cebos, ubicaciones, productos
- Tratamientos correctivos
- Partes del mismo son mejorables (ubicación de medios físicos en el hospital y actividades relacionadas con los insectocutores, identificación y contenido del etiquetado en los puntos de uso de los cebos y trampas aplicando la normativa, etc.)

La concesionaria remite una imagen de etiquetado:



Tres de los apartados de este etiquetado incompletos:

- Nº
- Nº de registro
- Nombre del producto

Debe distinguirse entre el etiquetado para la localización de los portacebos como el de la imagen y el etiquetado en el propio portacebos. Deben confeccionarse acordes a la autorización correspondiente (por ejemplo, para el caso de Muskil en la autorización se indica que “En la etiqueta de los portacebos se indicará lo siguiente: Eliminar los portacebos, al final de su vida útil, a través de un gestor de residuos peligrosos autorizado, de acuerdo con la normativa vigente”).

Por eso se recomienda diseñar un documento que contenga esta información para todos los productos utilizados en el hospital.

La concesionaria indica que “en ocasiones la etiqueta se despegó o desaparece”.

Anexos Manual de procedimientos

ANEXO 1: “Informe mensual”

Incluido como ejemplo en el manual de procedimientos

ANEXO 2: “Ejemplo de Informe bimestral”

Incluido en los informes mensuales cada dos meses

ANEXO 3: “Ubicación de insectocutores”

Incluido en los planos de ubicación

ANEXO 4: “Productos químicos”

En los certificados de tratamiento consta el listado de productos que puede utilizar la empresa algunos de los números del Registro Sanitario no están actualizados con las autorizaciones vigentes. M4 va a actualizar la plantilla de sus certificados, pero sí disponen de la documentación actualizada. Además del listado que consta en los certificados de tratamiento se recibe el listado de productos con fecha mayo de 2019, indicando los de uso habitual y los utilizados con escasa frecuencia.

Además, se emite otro informe que no se indica como anexo en el Manual de procedimientos: Informe trimestral equipos insectocutores. Emitido último informe (noviembre-diciembre-enero) en febrero de 2020.

Informe mensual

Informe mensual de los meses desde septiembre hasta diciembre 2019. En los informes se incluye:

- Indicación de informe bimestral en anexos
- Indicación de certificados de tratamientos DD en anexos
- Avisos y tratamientos correctivos
- Cambios en productos si se producen

En los cuatro meses revisados se informa de las siguientes actuaciones ante avisos:

MES	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Avisos SPS/email	2		2		4
Avisos SIGI	6	4			10
Avisos totales	8	4	2	0	14
Incidencias por vectores propios de desinsectación	7	4	2		13

MES	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Incidencias por vectores propios de desratización					
Incidencia por otros (aves, salamanquesas, lagartijas)	1				1
Nº avisos por zonas:					
Urgencias	2	3			5
Cafetería	1				1
Rehabilitación	1		2		3
Otras zonas de tratamiento asistencial	3				3
Pasillos y zonas comunes	1	1			2
Nº de tratamientos	1				1
Sellado	3	1	2		7
Limpieza	1				1
Se considera que los medios son adecuados	3	1			4
No se puede aplicar tratamiento por actividad a paciente 24h		1			1
Revisión de barreras e instalación de insectocutores					

Tabla 65. Actuaciones DD meses septiembre a diciembre 2019

Anexos informe mensual

Informe mensual de la empresa M4

Es un documento que incluye:

- Incidencias de tratamientos preventivos en elementos estructurales: no se informa de incidencias en ninguno de los cuatro informes revisados. En la tabla se indicarían humedades, aberturas/ oquedades en barreras, estado de conducción y drenajes y otros.
- Incidencias de tratamientos preventivos en ordenación ambiental y saneamiento del medio: no se informa de incidencias en ninguno de los cuatro informes revisados. En la tabla se indicarían controles de vegetación, presencia de residuos, áreas de almacenamiento de residuos intermedios y final, sistema de saneamiento de aguas y otros.
- Tablas de cebos clasificadas por insectos y roedores: con indicación del número trampas instaladas de insectos (99 en todo el hospital) y cebaderos roedores instalados (61 en todo el hospital) y las trampas de insectos repuestas y los cebos consumidos y los repuestos.
- Incidencias tratamientos correctivos; con las fechas de aviso y las acciones realizadas (ninguna en los informes revisados).

Se observa que los avisos incluidos en el listado de SIGI y tratamientos consecuentes no se incluyen en este informe de M4.

Certificados de tratamiento

Se reciben los certificados de tratamiento de los meses de septiembre a diciembre de 2019, observando que se cumple la frecuencia por zonas establecida para la revisión de medios y productos por zona y tratamiento según necesidad:

Zona	Frecuencia	Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre	
Cafetería	Quincenal	2	17	1	18	7	18	2	16
Cocina	Quincenal	2	17	1	18	7	18	2	16
Planta 0	Mensual	2		1		7		2	
Planta 1	Mensual	2		1		7		2	
Planta 2	Mensual	2		1		7		2	
Planta 4	Mensual	2		1		7		2	
Planta 6	Mensual	2		1		7		2	

Exterior	Mensual		17		18		18		16
Planta -1	Mensual		17		18		18		16
Planta -2	Mensual		17		18		18		16

Algunas observaciones de los certificados:

- Cumplen con la frecuencia establecida
- El 18 de noviembre, en el exterior, no consta ningún producto (apartado 4 del certificado). Se subsana reenviando el certificado completando el producto aplicado (Muskil Bloque)
- El 2 de diciembre, en el de cafetería, no consta ningún producto (apartado 4 del certificado). Se subsana reenviando el certificado completando el producto aplicado (Ecotrampa y Magnet Block placebo)
- Los certificados firmados el 2 y el 16 de diciembre, no consta el nombre del aplicador (por la firma podría deducirse que es el propio responsable técnico Manuel Rubio). Se subsana reenviando los certificados con el nombre del aplicador (Manuel Rubio).

En los certificados de tratamiento se observan varias acciones recomendadas por los técnicos para evitar la presencia de vectores que no se realizan:

Fecha	Zona	Acción preventiva	Fecha 1	Resuelto
02/09/2020	Planta 0	Instalar burletes en puertas	08/05/2019	No
02/09/2020	Planta 0	Anterior y sellar arquetas	03/06/2019	No
02/09/2020	Planta 1	Instalar burletes en puerta entrada	01/07/2019	No
01/10/2019	Planta 0	Instalar burletes en puertas	08/05/2019	No
01/10/2019	Planta 0	Anterior y sellar arquetas	03/06/2019	No
01/10/2019	Planta 1	Instalar burletes en puerta entrada	01/07/2019	No
18/10/2019	Cocina	Sellar tubo desagüe lavamanos	01/10/2019	No
07/11/2019	Cocina	Sellar tubo desagüe lavamanos	01/10/2019	No
07/11/2019	Planta 1	Instalar burletes en puerta entrada	01/07/2019	No
07/11/2019	Planta 0	Instalar burletes en puertas	08/05/2019	No
07/11/2019	Planta 0	Anterior y sellar arquetas	03/06/2019	No
18/11/2019	Cocina	Sellar tubo desagüe lavamanos	01/10/2019	No
02/12/2019	Cocina	Sellar tubo desagüe lavamanos	01/10/2019	No
02/12/2019	Planta 0	Instalar burletes en puertas	08/05/2019	No
02/12/2019	Planta 0	Anterior y sellar arquetas	03/06/2019	No
02/12/2019	Planta 1	Instalar burletes en puerta entrada	01/07/2019	No
16/12/2019	Cocina	Sellar tubo desagüe lavamanos	01/10/2019	No

Informe bimensual de la empresa M4

Se reciben los informes bimensuales de octubre y diciembre, con la siguiente información:

- En el informe bimensual de septiembre y octubre se indica que no se han recibido avisos de desinsectación ni desratización, ha sido suficiente con las medidas preventivas y las acciones programadas de monitoreo.
- En el informe bimensual de noviembre y diciembre se indica la misma información que en el periodo anterior.

Este informe no incluye los avisos incluidos en el listado de SIGI.

Informe trimestral equipos insectocutores (agosto, septiembre y octubre)

Se recibe el de agosto, septiembre y octubre. En el informe consta el modelo y la fecha de suministro del equipo.

Nº	MOD.	UBICACIÓN	FECHA SUMINISTRO	INCIDENCIAS	TIPO SERVIC	Fecha 12
						18/10/2019
1	HUNTER 11	PLANTA TECNICA 52 QUIROFANO PROXIMOS AURPA	25/04/2013	CAMBIO PLANCHA	MANT	X
2	HUNTER 11	PLANTA TECNICA 54 QUIROFANOS 3-4	25/04/2013	CAMBIO PLANCHA	MANT	X
3	HUNTER 11	PLANTA TECNICA 52 QUIROFANOS PROXIMOS A CMA	25/04/2013	CAMBIO PLANCHA	MANT	X
4	HUNTER 11	PLANTA TECNICA 52 DESPACHOS ANESTESIA	07/03/2014	CAMBIO PLANCHA	MANT	
5	HUNTER 11	PLANTA TECNICA 54 SALA UCI	07/03/2014	CAMBIO PLANCHA	MANT	X
6	HUNTER 11	PLANTA TECNICA 54 VESTUARIOS FEMENINOS CMA	07/03/2014	PLANCHA LIMPIA	MANT	X
7	HUNTER 11	PLANTA TECNICA 2º SALA HOSPITAL DE DIA	07/03/2014	PLANCHA LIMPIA	MANT	X
8	LUXER 11	ZONA INTERIORE 52 ENTRADA QUIROF DESDE ESCALERAS A SALA ESPERA FAMILIARES	25/04/2013	PLANCHA LIMPIA	MANT	X
9	LUXER 11	ENTRADA A QUIROFANO DESDE SALA DE ESPERA CMA	07/03/2014	-----	MANT	--
10	LUXER 11	ENTRADA A VESTUARIOS Y CMA DESDE PASILLO AMARILLO	25/04/2013	PLANCHA LIMPIA	MANT	X
11	LUXER 11	ENTRADA A DESPACHO SUPERVISOR DESDE PASILLO AMARILLO	08/05/2013	CAMBIO PLANCHA	MANT	X
12	LUXER 11	ACCESO DESDE SALA DE ESPERA A DESPACHOS ANESTESIA	07/03/2014	CAMBIO PLANCHA	MANT	X
13	AURA	ACCESO A QUIROFANO DESDE DESPACHOS ANESTESIA	25/04/2013	PLANCHA LIMPIA	MANT	X
14	LUXER 11	ENTRADA A UCI DESDE SALA DE FAMILIARES	07/03/2014	CAMBIO PLANCHA 1 LAMPARA FUNDIDA	MANT	X
15	LUXER 11	PUERTA DE ACCESO A SALA DE UCI	07/03/2014	CAMBIO PLANCHA	MANT	X
16	LUXER 11	PROXIMO A SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	20/03/2014	CAMBIO PLANCHA	MANT	X
17	LUXER 11	PASILLO URGENCIAS I	07/10/2019	PLANCHA LIMPIA	MANT	X
18	LUXER 11	PASILLO URGENCIAS II	07/10/2019	PLANCHA LIMPIA	MANT	X

Tabla 66. Ejemplo de informe trimestral de insectocutores

Productos

La concesionaria informa que ha enviado a medicina preventiva en varias ocasiones el listado de productos para su validación, pero que hasta la fecha no ha recibido respuesta.

La lista actualizada de mayo de 2019 diseñada por M4 indica el uso de los siguientes productos en el hospital:

ACTUALIZACIÓN DE LISTADO DE PRODUCTOS INSECTICIDAS/RODENTICIDAS MAYO 2019

INSECTICIDAS DE USO HABITUAL	
Nombre Comercial	Sin Plazo de Seguridad
Ecotrampa	Sin Plazo de seguridad- Tampus de captura

RODENTICIDAS DE USO HABITUAL	
Nombre Comercial	Sin Plazo de Seguridad
Muskil Pasta	Sin Plazo de seguridad
Muskil Bloque	Sin Plazo de seguridad
Magnet block placebo	Sin Plazo de seguridad-sin materia activa

INSECTICIDAS DE USO OCASIONAL	
Nombre Comercial	Plazo de Seguridad
Serpacontat gel	Sin Plazo de seguridad
Goliath Gel	Sin Plazo de seguridad
Extincida Insectos	Sin Plazo de seguridad
Magnum gel hormigas	Sin Plazo de seguridad
Magnum gel cucarachas	Sin Plazo de seguridad
Nombre Comercial	Con Plazo de Seguridad
Ecorex Alfa	12 horas

Tabla 67. Actualización de listado de productos insecticidas/rodenticidas mayo 2019

En los certificados de tratamiento consta el listado de productos que puede utilizar la empresa:

PRODUCTOS UTILIZADOS							
NOMBRE COMERCIAL	TIPO BIOC	CLASIF. PELIG. (1)	Nº DE REGISTRO SANITARIO	MATERIA ACTIVA Y %	MÉTODO DE APLICACIÓN	DOSIS	PLAZO SEG. (H)
AQUAFLOW	TP18	N	ES/MR(NA)-2017-18-00443	DELTAMETHRINA 2,39%	PULV. LOCALIZADA	10ML/L	TIEMPO DE SECADO
BLATICIDA CONCENTRADO EC	TP18	N	14-30-00964 - HA	CIPERMETRINA 15% BUTOXIDO DE PIPERONILO 15%	PULV. LOCALIZADA		12H
ECOREX ALFA SE	TP18	N	16-30-02034 HA	ALFACIPERMETRINA 6,33% TETRAMETRINA 3,55% BUTOXIDO DE PIPERONILO 17,5%	PULV. LOCALIZADA	50ML/L	12H
ECOTRAMPA	-----	SC	-----	-----	TRAMP. PEGAMENTO	-----	0H
EXTINCIDA POLVO	TP18	N	17-30-08785	CIPERMETRINA 0,55%	ESPOLVOREO	50GR	0H
GOLIATH	TP18	N	ES/MR (NA)-2016-14-00385	PIPRONIL 0,03 %	PUNTOS GEL	5GR	0H
IMAN GEL	TP19	SC	-----	-----	TRAMP. PEGAMENTO	-----	0H
MAGNUM GEL CUCARACHAS	TP18	N	ES(AEP)(NA)-2017-14-00449	IMIDACLOPRID 2,15%	PUNTOS GEL	5GR	0H
MAGNUM GEL HORMIGAS	TP18	N	ES(AEP)(NA)-2017-14-00448	IMIDACLOPRID 0,085%	PUNTOS GEL	5GR	0H
RADYCAL CPR 20 EC	TP18	F/Nd/N	16-30-04148 - HA	CIPERMETRINA 70%	B. INSECTICIDAS	11ML	12H
SERPACONTACT GEL	TP18	N	18-30-034601A	CIPERMETRINA 0,25%	BROCHEADO	100 ML	0H
SERPALAC FUSION II	TP18	F/N	14-30-06879 HA	BENDIOCARB 0,15% PRALETURINÁ 15%	PULV. LOCALIZADA	100 ML	12H
ZAKRON	TP18	SC	3-30-06409 HA	ACETAMIPRID 0,02%	PULV. LOCALIZADA	100ML	12H
ZAKRON	TP18	SC	3-30-06409 HA	ACETAMIPRID 0,02%	ESPOLVOREO	50GR	0H
MUSKIL BLOQUE	TP14	SC	ES/MS-2014-14-00184	BROMADIOLONA 0,015% DIFENACOLM 0,025 %	CEBADO	25GR	0H
MUSKIL PASTA	TP14	SC	ES/MS-2014-14-00135	BROMADIOLONA 0,015% DIFENACOLM 0,025 %	CEBADO	10GR	0H
MAGNET BLOCK PLACEBO	-----	SC	-----	-----	PLACEBO SIN MATERIA ACTIVA	-----	0H
RODICLAC	-----	SC	-----	-----	TRAMP. PEGAMENTO	-----	0H

Tabla 68. Tabla de productos utilizados incluida en los certificados de tratamiento DD

En la tabla anterior algunos de los números del Registro Sanitario no están actualizados con las autorizaciones vigentes:

- Muskil pasta: en web oficial consta ES/MR(NA)-2018-14-00135
- Muskil bloque: en web oficial consta ES/MR(NA)-2018-14-00184
- Blaticida Concentrado EC: en web oficial consta: 19-30-00964-HA
- ZAKRON: en web oficial consta: 19-30-06409-HA


Ecotrampa


Se recibe la ficha de seguridad del año 2011, con información sobre el uso del preparado, la empresa, teléfono de urgencias y la identificación de peligros, composición y actuación para primeros auxilios.

Muskil pasta

Se recibe la autorización del producto del 6 de abril de 2015. En la Web del Ministerio de Sanidad, Consumo y bienestar social, se incluye la autorización actualizada de este producto, con un número de inscripción distinto: ES/MR(NA)-2018-14-00135 y con fecha de junio de 2018. En Registro Oficial de Biocidas:

Datos del biocida

Nombre comercial	Muskil Pasta (Nombre comercial), Zepo Premium Mix Pasta (Nombre adicional)
Nº Inscripción	ES/MR(NA)-2018-14-00135
Titular de registro	Zapi, S.p.A. (Italia)
Tipo de producto y finalidad	TP14, Rodenticida
Categoría de usuario	Personal profesional especializado
Resolución de inscripción	
Composición	Bromadiolona: 0.0025% y Difenacoum: 0.0025%
Clasificación CLP	Toxicidad para la reproducción categoría 1B. Toxicidad específica en determinados órganos (exposiciones repetidas) categoría 2
Pictogramas CLP	GHS08
Palabra de advertencia CLP	Peligro
Indicaciones de peligro CLP	H360d H373
Consejos de prudencia CLP	P201 P202 P280 P314 P405 P501



GHS08
Riesgo mutágeno,
respiratorio, cancerígeno,
respiratorio o para la reproducción


En el apartado 5.3 de la autorización se indica que: “Los portacebos deben etiquetarse con la siguiente información: “no mover o abrir”; “contiene un rodenticida”; “nombre del producto o número de autorización”; “sustancia(s) activa(s)”; “en caso de accidente, llame al SERVICIO DE INFORMACIÓN TOXICOLOGICA (Teléfono 91 562 04 20)”. En la etiqueta de los portacebos se indicará lo siguiente: “Eliminar los portacebos, al final de su vida útil, a través de un gestor de residuos peligrosos autorizado, de acuerdo con la normativa vigente”.

Posteriormente se recibe la autorización actualizada: ES/MR(NA)-2018-14-00135

Muskil bloque

Se recibe la autorización del producto del 6 de abril de 2015. En la Web del Ministerio de Sanidad y Consumo, se incluye la autorización actualizada de este producto, con un número de inscripción distinto: ES/MR(NA)-2018-14-00184. En Registro Oficial de Biocidas:

Datos del biocida

Nombre comercial	Muskil Bloque (Nombre comercial), Zepo Premium Max Bloque (Nombre adicional)
Nº Inscripción	ES/MR(NA)-2018-14-00184
Titular de registro	Zapi, S.p.A. (Italia)
Tipo de producto y finalidad	TP14, Rodenticida
Categoría de usuario	Personal profesional especializado
Resolución de inscripción	
Composición	Bromadiolona: 0.0025% y Difenacoum: 0.0025%
Clasificación CLP	Toxicidad para la reproducción categoría 1B. Toxicidad específica en determinados órganos (exposiciones repetidas) categoría 2
Pictogramas CLP	GHS08
Palabra de advertencia CLP	Peligro
Indicaciones de peligro CLP	H360d H373 EUH208
Consejos de prudencia CLP	P201 P202 P260 P280 P314 P405 P501

De nuevo, en el apartado 5.3 de la autorización del ministerio consta la siguiente información “Los portacebos deben etiquetarse con la siguiente información: “no mover o abrir”; “contiene un rodenticida”; “nombre del producto o número de autorización”; “sustancia(s) activa(s)”; “en caso de accidente, llame al SERVICIO DE INFORMACIÓN TOXICOLOGICA (Teléfono 91 562 04 20)”. En la etiqueta de los portacebos se indicará lo siguiente: “Eliminar los portacebos, al final de su vida útil, a través de un gestor de residuos peligrosos autorizado, de acuerdo con la normativa vigente”.

También se recibe la ficha de datos de seguridad, con revisión 30 de mayo de 2017.

Posteriormente se recibe la autorización actualizada: ES/MR(NA)-2018-14-00184

Magnet Block Placebo

Se recibe la ficha de datos de seguridad de julio de 2018.

Serpa Contact gel

Se recibe la ficha de datos de seguridad de abril de 2015. Se recibe también la autorización e inscripción en el registro con fecha 30 de marzo de 2015 y vigencia 5 años.

En la Web del Ministerio está actualmente en renovación ya que la autorización finalizará el 30/3/2020. El número que consta en esta web es 15-30-07346-HA. En Registro de plaguicidas no agrícolas o biocidas:


Datos del plaguicida/biocida

Nombre	SERPA CONTACT GEL (en renovación)
Titular	MYLVA, S.A.
Número	15-30-07346-HA
Finalidad	Insecticida para insectos rastroso
Caducidad	30/03/2020
Estado Físico	Gel
Envases	Cartuchos de 300 y 600 ml
Composición	Cipermetrina 40/60: 0.25%, Excipientes y Disolventes.c.s.p. 100%
Clasificación CLP	Acuatico agudo categoria 1. Acuatico cronico categoria 1
Pictogramas CLP	GHS09
Advertencia	Atencion
Indicaciones CLP	H410
Consejos CLP	P102 P273 P391 P501
Suplementarios CLP	----
Usos	Uso en la industria alimentaria. Exclusivamente por personal especializado
Aplicación	Aplicacion puntual en grietas o rendijas en las zonas de transito y/o proliferacion de los insectos, mediante pistola aplicadora

Goliath Gel

Se recibe la autorización e inscripción en el registro oficial de biocidas con número ES/MR(NA)-2016-18-00385, sin la actualización de diciembre de 2018, que sustituye y amplía la de junio de 2018. También se recibe la ficha de datos de seguridad en la versión de 29 de agosto de 2016. En Registro Oficial de Biocidas:

Datos del biocida

Nombre comercial	Goliath Gel (Nombre comercial). Ravosit (Nombre adicional)
Nº Inscripción	ES/MR(NA)-2016-18-00385
Titular de registro	Basil Española, S.L.
Tipo de producto y finalidad	TP18. Insecticida
Categoría de usuario	Personal profesional especializado
Resolución de Inscripción	
Composición	Fipronil: 0.05%
Clasificación CLP	Acuatico cronico categoria 2
Pictogramas CLP	GHS09
Palabra de advertencia CLP	Atencion
Indicaciones de peligro CLP	H400 H410
Consejos de prudencia CLP	P273 P391 P501

Posteriormente se recibe la autorización actualizada: ES/MR(NA)-2016-18-00385

Extincida Insectos

Se recibe la resolución de inscripción en el registro de plaguicidas con número 17-30-05705 y fecha 19 de junio de 2017, cuya vigencia cumple el 31/12/2023. También se recibe la ficha de datos de seguridad de 3 de julio de 2017. En Registro de plaguicidas no agrícolas o biocidas:


Nombre	EXTINCIDA INSECTOS
Titular	QUIMICA DE MUNGUIA, S.A.
Número	17-30-05705
Finalidad	Insecticida para insectos voladores y rastreros
Caducidad	31/12/2023
Estado Físico	Polvo
Envases	Envases de 500 g y de de 1, 5, y 25 kg.
Composición	Cipermetrina 40/60: 0.55%, Sustancia de sabor amargo: 0.0025% y Excipientes c.s.p. 100%
Clasificación CLP	Acuatico agudo categoria 1. Acuatico cronico categoria 1.
Pictogramas CLP	GHS09
Advertencia	Atencion
Indicaciones CLP	H410
Consejos CLP	P273 P391 P102 P501
Suplementarios CLP	-----
Usos	Uso por el publico en general. Uso ambiental exclusivamente por personal especializado
Aplicación	Aplicación directa mediante espolvoreo dirigido a zocalos y suelos en las zonas de transito y/o proliferación de insectos. No podra aplicarse de forma aere.



Magnum gel hormigas

Se recibe la autorización de inscripción en el registro número ES/APP(NA)-2017-18-00448, con fecha enero de 2018, y la ficha de datos de seguridad de julio de 2017. En Registro Oficial de Biocidas:


Datos del biocida

Nombre comercial	Magnum Gel Hormigas Plus
Nº Inscripción	ES/APP(NA)-2017-18-00448
Titular de registro	Mylva, S.A.
Tipo de producto y finalidad	TP18. Insecticida
Categoría de usuario	Personal no profesional (Publico en general); Personal profesional; Personal profesional especializado
Resolución de Inscripción	
Composición	Imidacloprid: 0.01%
Clasificación CLP	Acuatico cronico categoria 2
Pictogramas CLP	GHS09
Palabra de advertencia CLP	Atencion
Indicaciones de peligro CLP	H411
Consejos de prudencia CLP	P102 P103 P273 P391 P501

Magnum gel cucarachas

Se recibe la autorización de inscripción en el registro número ES/APP(NA)-2017-18-00449, con fecha enero de 2018, y la ficha de datos de seguridad de julio de 2017. En Registro Oficial de Biocidas:

Datos del biocida

Nombre comercial	Magnum Gel Cucarachas
Nº Inscripción	ES/APP(NA)-2017-18-00449
Titular de registro	MyIva, S.A.
Tipo de producto y finalidad	TP18. Insecticida
Categoría de usuario	Personal no profesional (Publico en general); Personal profesional; Personal profesional especializado
Resolución de Inscripción	
Composición	Imidacloprid: 2.15%
Clasificación CLP	Acuatico agudo categoria 1. Acuatico cronico categoria 1
Pictogramas CLP	GHS09
Palabra de advertencia CLP	Atencion
Indicaciones de peligro CLP	H410 EUH208
Consejos de prudencia CLP	P102 P103 P273 P391 P501

La autorización que consta en el registro y que reemplaza a la anterior es de enero de 2020.

Posteriormente se recibe la autorización actualizada de enero de 2020 (5.5. ampliación de vida media) y con número ES/APP(NA)-2017-18-00449.

Ecorex Alfa

Se recibe la autorización de 31 de agosto de 2016 de Ecorex Alfa con numero 16-30-03034 y la ficha de datos de seguridad de 16-30-03034 y 16-30-03034HA con fecha septiembre de 2016. Según el registro de plaguicidas no agrícolas o biocidas:

Datos del plaguicida/biocida

Nombre	ECOREX ALFA
Titular	MYLVA, S.A.
Número	16-30-03034
Finalidad	Insecticida para insectos voladores y rastreros
Caducidad	31/12/2023
Estado Físico	Suspoemulsion
Envases	Envases de 200 y 500 ml y de 1, 5, 10 y 25 lt.
Composición	Tetrametrina: 3.5%, Alfacipermetrina: 6.5%, Butoxido de piperonilo: 17.5%, Excipientes y Disolventes c.s.p. 100%
Clasificación CLP	Toxicidad aguda (oral) categoria 4. Carcinogenicidad categoria 2. Acuatico agudo categoria 1. Acuatico cronico categoria 1.
Pictogramas CLP	GHS07 GHS08 GHS09
Advertencia	Atencion
Indicaciones CLP	H302 H351 H410
Consejos CLP	P201 P202 P280 P273 P391 P501
Suplementarios CLP	-----
Usos	Uso ambiental. Exclusivamente por personal especializado
Aplicación	Aplicación por pulverización o nebulización del producto diluido en agua. No aplicar en zonas de juego de niños, guarderías y colegios infantiles
Plazo de Seguridad	48 horas
Eficacia	

Blaticida concentrado EC

Se recibe la autorización 19-30-00964 y la autorización 19-30-00964-HA con fecha de caducidad 1 de junio de 2020. Esta autorización se recibe posteriormente al envío inicial, completando la solicitud de autorizaciones vigentes.

Nota: HA: La sigla HA al final del número significa que el producto está autorizado para su uso en la industria alimentaria, exclusivamente por personal especializado o uso profesional, en ausencia total de alimentos y respetando el plazo de seguridad indicado en la Resolución de inscripción, si aquel hubiera sido fijado.

Nombre Comercial	Finalidad	Número	Fecha de caducidad
BLATICIDA CONCENTRADO EC	Insecticida para insectos rastreros	19-30-00964	01/06/2020
BLATICIDA CONCENTRADO EC	Insecticida para insectos rastreros	19-30-00964-HA	01/06/2020

ZAKRON

Esta autorización se recibe posteriormente al envío inicial, completando la solicitud de autorizaciones vigentes. La consulta de la web del registro de autorizaciones muestra que la autorización está caducada desde 1 de febrero de 2020. Al menos seis meses antes de la fecha de caducidad de la inscripción de un producto, el titular deberá solicitar, si así lo desea, renovación de la inscripción del producto inscrito. A tal fin deberá presentar toda la documentación exigida en el apartado " Requisitos para el registro de un formulado ". La falta de cualquier requisito implicará la automática cancelación del registro del producto en la fecha de caducidad recogida en la resolución de inscripción. Es responsabilidad del titular, la presentación de la solicitud de renovación. La Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral no está obligada a avisar al titular de la próxima caducidad de la autorización de alguno o de todos sus productos, ya que tal fecha figura en la resolución de inscripción que fue enviada al titular.

Nombre Comercial	Finalidad	Número	Fecha de caducidad
ZAKRON (Permitida la comercialización hasta su inscripción en el Registro Oficial de Biocidas)	Insecticida para insectos rastreros	19-30-06409-HA	01/02/2020
ZAKRON (Permitida la comercialización hasta su inscripción en el Registro Oficial de Biocidas)	Insecticida para insectos rastreros	19-30-06409	01/02/2020

Carnet aplicadores

La capacitación obligatoria de los aplicadores de biocidas/plaguicidas viene estipulado en el "Real Decreto 830/2010, de 25 de junio, por el que se establece la normativa reguladora de la capacitación para realizar tratamientos con biocidas" en el artículo 4.

Carnets de aplicadores incluyendo los que han aplicado algún tratamiento según la muestra de certificados. Los aplicadores y responsables técnicos de empresas que trabajen con productos biocidas clasificados en cualquiera de los grupos mencionados, deberán disponer de la formación indicada en el Real Decreto 830/2010.



Se reciben fotocopias de los carnets arriba indicados

Aplicador	Nivel	Fecha
AM	Básico-renovación	1-10-2009
SP	Básico-duplicado	22-5-2017 (20-2-14)
RM	Básico	2-7-2009
AA	Básico	17-12-2008

Tres de estos carnets están caducados o ya no tienen validez según el “Real Decreto 71/2016, de 19 de febrero, por el que se modifican el Real Decreto 2611/1996, de 20 de diciembre, por el que se regulan los programas nacionales de erradicación de enfermedades de los animales, y el 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” en el que se indica en el apartado dos del artículo segundo “A los efectos previstos en el artículo 17.1, los carnés expedidos en virtud de la Orden de 8 de marzo de 1994, por la que se establece la normativa reguladora de la homologación de cursos de capacitación para realizar tratamientos con plaguicidas, mantendrán su validez hasta la fecha de caducidad indicada en los mismos, fecha a partir de la cual los carnés deberán ser renovados de acuerdo con lo establecido en el artículo 20”.

La empresa indica que los aplicadores con carnet caducados ya no son trabajadores de la empresa.

Se recibe también el certificado oficial de Manuel Silva, con fecha 27/11/2019, de profesionalidad SEAG0110 “servicios para el control de plagas”, de nivel de cualificación 2.

Además, se recibe el certificado formativo de Manuel Narvárez Cupido, con fecha 13 de abril de 2010 “aplicador de control de plagas”.

También se recibe el certificado de profesionalidad de Manuel Rubio Mesa SEAG0311 “gestión de servicios para el control de plagas” con fecha 9/11/2017 y SEAG0110 “Servicio para el control de plagas” con la misma fecha. Posteriormente se reciben las acreditaciones de unidades de competencia de las cualificaciones profesionales:

Incluidas en el Certificado de Profesionalidad de SEAG0110 (Servicios para el Control de Plagas) regulado por el Real Decreto 1536/2011, de 31 de octubre, Real Decreto 624/2013, de 2 de agosto con nivel 2:

- UC0075_2 Adoptar las medidas de prevención de riesgos laborales en el puesto de trabajo
- UC0078_2 Preparar y transportar medios y productos para el control de plagas
- UC0079_2 Aplicar medios y productos para el control de plagas

Incluidas en el Certificado de Profesionalidad de SEAG0311 (Gestión de servicios para el control de organismos nocivos) regulado por el R.D. 624/2013, de 2 de agosto con nivel 3:

- UC0799_3 Realizar la gestión documental de los procesos de control de organismos nocivos.
- UC0800_3 Establecer el plan de control de organismos nocivos adecuado a la situación de partida y supervisar su ejecución.
- UC0801_3 Organizar el almacenamiento y transporte de biocidas, productos fitosanitarios y medios necesarios para su aplicación.
- UC0802_3 Adoptar las medidas de prevención de riesgos laborales y ambientales en la prestación de servicios de control de organismos nocivos.

Formación en prevención de riesgos laborales

Se recibe la formación de los aplicadores en prevención de riesgos laborales recibida en los últimos años.

Aplicador	Certificado información y formación
AA	15-11-17 (2 horas)
AM	29-11-17 (2 horas)
MN	04-04-19 (2 horas)
MS	11-12-19 (2 horas)
RS	24-10-17 (2 horas)
SP	27-08-18 (2 horas)

También se reciben diplomas de cursos en prevención de riesgos laborales de MR:

- Prevención de riesgos en trabajos con agentes biológicos, 4 horas en 2017
- Trabajos en espacios confinados y equipo de respiración autónoma, 8 horas en 2015
- Prevención de riesgos laborales nivel básico: curso de 60 horas con fecha 2010
- Operador de plataformas elevadoras móviles de personal, 5 horas en 2008
- Trabajos en altura nivel I, 7 horas en 2006
- Seguridad para conductores de carretillas elevadoras, 6 horas en 2004

Planos de ubicación de medios físicos

Se reciben dos planos, uno de ubicación de insectocutores y otro de ubicación del monitoreo que realiza M4.

Planos de ubicación de insectocutores

Los modelos de los equipos utilizados en el hospital utilizan fluorescentes de luz ultravioleta y placas adhesivas para la captura, y son de tres modelos:

- Insectocaptor Hunter 11
- Insectocaptor Luxer 11
- Aura



Tabla 69. Imagen de los modelos de insectocutores ubicados en el hospital

Se indica en un listado el número de insectocutores instalados y mediante puntos azules y rojos su ubicación en los planos (constan 18 insectocutores). La numeración es distinta a la utilizada en los informes trimestrales de revisión de insectocutores.

En algunos casos se indican mediante la numeración y el color del punto la ubicación de los insectocutores en plano: urgencias puntos 9 y 10, pero no está el 11. En la planta 5 se indica la ubicación por la numeración de la tabla anterior (puntos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y A, B, C, D y E) en esta

planta también consta de nuevo el punto 9, que debería constar como G. En la planta segunda consta el insectocutor de hospital de día número F.

En el listado anterior no constan los insectocutores de cafetería ni de cocina. Se incluyen dentro del propio plano, indicando:

- En cafetería 3: 1 en cocina y 2 y 3 en comedor.
- En cocina 21: ubicados en las diferentes estancias y numerados en plano.

Nº	UBICACIÓN INSECTOCUTORES		FECHA SUMINISTRO
A	PLANTA TÉCNICA 5ª QUI PRÓXIMOS URPA		25/04/2013
B	PLANTA TÉCNICA 5ª QUI 3 Y 4		25/04/2013
C	PLANTA TÉCNICA 5ª DESPACHOS ANESTESIA		07/03/2014
D	PLANTA TÉCNICA 5ª SALA UCI		07/03/2014
E	PLANTA TÉCNICA 5ª QUI VESTUARIO FEMENINO CMA		07/03/2014
F	PLANTA TÉCNICA SALA HOSPITAL DE DÍA 2ª		07/03/2014
G	PLANTA TÉCNICA QUIRÓFANOS PROXIMOS A CMA		25/04/2013
1	ENTRADA A QUIRÓFANO DESDE SALA ESPERA FAMILIARES		25/04/2013
2	ENTRADA A QUIRÓFANO DESDE SALA DE ESPERA DE CMA		25/04/2013
3	ENTRADA A VESTUARIOS Y CMA DESDE PASILLO AMARILLO		25/04/2013
4	ENTRADA A DESPACHO DE SUPERVISOR DESDE PASILLO AMARILLO		08/05/2013
5	ACCESO DESDE SALA DE ESPERA A DESPACHOS ANESTESIA		07/03/2014
6	ACCESO A QUIRÓFANO DESDE DESPACHOS ANESTESIA		25/04/2013
7	ENTRADA A UCI DESDE SALA DE FAMILIARES		07/03/2014
8	PUERTA DE ACCESO A SALA DE UCI		07/03/2014
9	PRÓXIMO A SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES		20/03/2014
10	ENTRADA OBSERVACIÓN URGENCIAS (PASILLO URGENCIAS I)		07/10/2019
11	URGENCIAS PASILLO II		07/10/2019

Planos de ubicación del monitoreo de medios físicos

El documento recibido no muestra una leyenda sobre el significado de los puntos añadidos de localización medios físicos, por lo que su análisis es complicado y son de poca utilidad para localizarlos. Se ha realizado un análisis comparativo entre la información contenida en los informes mensuales sobre trampas de insectos instaladas y cebadores de roedores instalados.

- Planta 6: se indican 2 trampas y 2 cebadores y en el plano constan 4 puntos (2 rojos y 2 verdes) en cada cuarto de climatización.
- Planta 4: se indican en almacén 2 trampas y 2 cebadores y en el plano constan 4 puntos (2 rojos y 2 verdes)
- Planta 2: se indican 1 trampa y 1 cebador en cuarto de calderas (coincide con punto verde y rojo en plano); 4 trampas y 1 cebador en central frigorífica, en plano hay 2 puntos verdes y 2 rojos y además solo en plano se indican dos puntos verdes en salón de actos.
- Planta 1: no coincide lo indicado en las tablas con los planos: en cocina en planos hay 1 punto verde más (en total 17) y además un punto rojo. En mantenimiento hay 7 puntos verdes y dos rojos, en las tablas se indican 5 trampas y 2 cebadores; en mortuario hay un punto rojo y 5 verdes; en el edificio técnico se indican 6 puntos de monitoreo y hay 9 puntos en plano; en vestuarios no hay señalado ningún punto; en residuos coincide el número de puntos con los medios físicos de las tablas; en los almacenes de lencería y de material tampoco coinciden los puntos en plano con lo indicado en las tablas.
- Planta 0: en cafetería coincide el número de puntos, aunque uno de ellos es azul en lugar de rojo o verde; coinciden también en el resto de zonas de esta planta.

- Planta -1: aparcamiento, con el mismo número de puntos que los medios indicados en las tablas (cebos número 1, 7 y 5)
- Planta -2: aparcamiento, con el mismo número de puntos que los medios indicados en las tablas (cebos 8 y 9).
- Exterior: se indican en planos 26 puntos amarillos

PLANTA	ZONA	Trampas insectos	Planos (punto verde)	Cebadores	Planos (punto rojo)	Total puntos monitoreo	Total puntos planos
PLANTA 6ª	CUARTO CLIMATIZACIÓN IZQD.	2	2	2	2	4	4
	CUARTO CLIMATIZACIÓN DRCHA.	2	2	2	2	4	4
PLANTA 4ª	ALMACÉN CUARTA PLANTA	2	2	2	2	4	4
PLANTA 2ª	CUARTO DE CALDERAS	1	1	1	1	2	2
	CENTRAL FRIGORIFICA	4	2	1	2	5	4
	SALÓN DE ACTOS		2			0	2
PLANTA 1ª	MANTENIMIENTO TALLER MECÁNICO	1	1	1	1	2	2
	MANTENIMIENTO TALLER ELECTRICO	4	1	1	1	5	2
	MANTENIMIENTO RESTO CUARTOS		5			0	5
	EDIFICIO TÉCNICO PRIMER CUARTO	2	1	1	1	3	2
	CENTRO DE TRANSFORMACIÓN		2	1	1	1	3
	CUARTO BAJA TENSIÓN		1	2	1	2	2
	GRUPO ELECTRÓGENO		1		1		2
	VESTUARIOS	8	0			8	0
	MORTUORIO	5			1	5	1
	RESIDUOS	3	3	3	3	6	6
	COCINA CENTRAL	16	17	1	1	17	18
	ALMACÉN GENERAL LENCERÍA	2	2	1	0	3	2
	DESPACHOS		2		2		4
	ALMACEN GENERAL PICKING	2	1	1	1	3	2
ALMACEN GENERAL PAPELERÍA	2	1	2	1	4	2	
PLANTA CERO	CUARTO DCI	1	1	1	1	2	2
	CENTRAL DE GASES	4	4	4	4	8	8
	CAFETERÍA	10	10	1	1	11	11
	ALMACEN GENERAL FARMACIA	1	1	1	1	2	2
	ALMACEN VOLUMEN FARMACIA	1	1	1	1	2	2
PARKING -1 GARAJE				3	3	3	3
PARKING -2 GARAJE				2	2	2	2
EXTERIOR arquetas y alcantarillado		26	26	26	26	52	52
TOTAL		99		61		160	155

Planos recibidos posterior a las visitas

Para subsanar las deficiencias relacionadas con los planos y la ubicación y numeración de puntos de muestreo se remiten los actualizados. Los nuevos planos recibidos contienen indicaciones con colores de la ubicación de los puntos de muestreo, con números y puntos verdes las trampas. Los cebadores con o sin rodenticida, con puntos rojos. La numeración se realiza en cada zona desde el 1 hasta el número de puntos del cuarto o zona. Solo en algunos planos se observa la leyenda de insectocaptadores (punto azul).

NOTA: Hay que tener en cuenta el desfase entre la recepción de los planos actualizados y la revisión de los informes trimestrales y el periodo de visitas realizadas. No ha sido posible revisar que las trampas están ubicadas según plano y que el etiquetado de los cebos y trampas es el adecuado a la autorización vigente.

PO DDD CAFETERÍA

Según las tablas anteriores deben constar 10 trampas de insectos y un cebador. Dos de las trampas de insectos tienen la misma numeración (nº 8) por tanto hay 11 trampas adhesivas de insectos y un cebador, según este plano.

PO DDD

- Almacén general de farmacia: 1 trampa y 1 cebador
- Almacén gran volumen farmacia: 1 trampa y 1 cebador
- Cuarto DCI: 1 trampa y 1 cebador
- Edificio técnico, Central de gases: 4 trampas y 4 cebadores

P1 DDD COCINA

Se observa el cebador nº 1 y 19 trampas de insectos en lugar de las 16 indicadas en los informes. La trampa nº 2 corresponde a dos puntos. La numeración llega hasta 18.

P1 DDD

En este caso, en la leyenda, también se indica la existencia de un insecticaptor mediante punto azul. Correspondencia entre el número indicado en los informes mensuales en las zonas de cuartos técnicos, residuos y vestuarios, sin embargo:

- En mortuorio ahora si están los 5 puntos verdes numerados y un cebador que no consta en tablas de informes
- En la zona de mantenimiento ahora si están los 5 puntos verdes y los dos cebadores, todos numerados
- En almacén general y lencería, identificado en las tablas de los informes en 4 apartados distintos se observan los 6 puntos verdes y tan solo 2 de los 4 cebadores indicados en las tablas.

P2 DDD

En este caso de nuevo se numera uno de los insectocaptos (el nº 7 que no corresponde con lo indicado en la tabla de la concesionaria). De nuevo se añade salón de actos que no consta en la tabla de los informes. El total de trampas o puntos verdes es 5 (2 en salón de actos y 3 en el edificio técnico) y 3 cebadores en el edificio técnico.

P4 DDD

Correspondencia con lo indicado en las tablas para el almacén (trastero): 2 trampas de insectos, 2 cebadores

P5 DDD

Ubicación de 15 insectocaptos mediante puntos azules. La numeración no es correcta, no corresponde con ninguna de las dos tablas presentadas.

P6 DDD

Ubicación de 4 trampas de insectos y 4 cebadores numerados y coincidencia con las tablas de los informes.

S-1 DDD PARKING

Solo se indican 2 de los 3 cebadores de las tablas de los informes

S-2 DDD PARKING

Se indican los dos cebadores

Incidencias

SIGIS: recibido 2018 y 2019 completos. En el año 2016 y 2017 solo se registró una incidencia por año y ninguna queja.

Motivo	2018	2019	Total
Aberturas, oquedades en barreras	1	1	2
Aves o restos de aves	1	2	3
Desinsectación ineficaz	42	27	69
Desratización ineficaz		2	2
Medio prevención mal funcionamiento	3		3
Presencia de otras especies (salamanquesa, lagartija...)	1	3	4
Total	48	35	83

Tabla 70. Clasificación en grupos de las incidencias SIGI años 2018 y 2019

Un análisis por planta permite detectar que el mayor número de incidencias en 2018 se produce en la planta 5ª en las zonas de quirófano y paritorio y en segundo lugar en la cafetería, en la planta baja.

ZONA INCIDENCIA	2018	2019	Total
P0	13	2	15
ASEOS, PASILLOS	1	1	2
CAFETERÍA	11	1	12
REHABILITACIÓN	1		1
P1	4	14	18
COCINA		1	1
DIÁLISIS	2	1	3
RADIOLOGÍA	1		1
SALA ESPERA, PASILLO	1	2	3
URGENCIAS		8	8
VESTUARIO		2	2
P2	4	4	8
BIBLIOTECA	1		1
DESPACHOS	1		1
HOSPITAL DE DÍA		1	1
MEDICINA PREVENTIVA	2	2	4
VESTUARIO		1	1
P3	3	9	12
ASEO, PASILLO, SALA ESPERA		5	5
DESPACHOS	2		2
DORMITORIO		1	1
HOSPITALIZACIÓN	1	3	4
P4	1	1	2
DORMITORIO		1	1
HOSPITALIZACIÓN	1		1
P5	21	5	26
ANESTESIA	1		1
ZONA QUIRÚRGICA (PARITORIO, QUIRÓFANO)	9	1	10
SALA ESTAR, PASILLO	5	1	6
UCI	4		4
VESTUARIO	2	3	5
PI	1		1
DIÁLISIS	1		1
HOSPITAL EN GENERAL	1		1
Total	48	35	83

Tabla 71. Número de incidencias SIGI por zona del servicio DD años 2018 y 2019

Formación

En los informes trimestrales de formación se indican los siguientes cursos relacionados con el servicio DD:

SERVICIO	CURSO PREVISTO EN EL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
09. DDD	Actualización de formación en Prevención de Legionelosis	12/02/2019-08/03/2019	1 TECNICO	25 HORAS	FORMACION ONLINE
	Renovación Trabajos en altura	9 DE MARZO	5 TECNICOS	8 HORAS	FORMACION PRESENCIAL
	Renovación Espacios confinados	9 DE MARZO	4 TECNICOS	8 HORAS	FORMACION PRESENCIAL
09. DDD	Formación en Prevención de Legionelosis	3-6/06/2019	1-Técnico administrativo	25	

Observaciones a los Criterios generales

CRITERIOS		OBSERVACIÓN	VALOR
GMA.2	El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	Si bien no se muestran objetivos como tales si se dispone de un análisis del volumen de residuos gestionados.	3
CAL.4	La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	El manual no está validado por la administración (está en revisión). Hay algunas desactualizaciones en cuanto a las normas de referencia y no incluye todo lo esperado (acciones de revisión de insectocutores, etiquetado según autorizaciones de los productos ubicados en el hospital, etc). Los planos de ubicación de medios están incompletos o no se corresponden con lo indicado en los informes.	3

CRITERIOS		OBSERVACIÓN	VALOR
MM.1	La concesionaria ha documentado los recursos materiales y técnicos que aporta para la prestación de los servicios.	Documentar todos los medios materiales y técnicos de forma clara e inequívoca. Algunas autorizaciones de productos se informan con distinto número de registro al vigente. Aunque para esta auditoría se reciben los certificados de tratamiento subsanados y las autorizaciones de los productos vigentes, no se demuestra su disponibilidad durante el periodo auditado (años 2018 y 2019). No se ha documentado el etiquetado de trampas y cebos.	3
MM.2	La concesionaria ha documentado la relación de mobiliario y equipamiento informando de su ubicación, cantidad y descripción cuando aplica con el que ha dotado al hospital.	Documentar todos los equipos (ubicar los insectocutores en los planos y numerar en todos los documentos de la misma forma) En los nuevos planos siguen existiendo discordancias y no queda claro la correspondencia con las tablas de los informes.	4
SC.6	La concesionaria es responsable de los fallos del servicio que afectan a la operatividad total o parcial del área sanitaria.	La mayor parte de las SIGIs de las que se responsabiliza la concesionaria aplican al título "situaciones críticas del servicio"	4

B) EVALUACIÓN DE CRITERIOS

ID	CRITERIOS DESRATIZACIÓN Y DESINS. (DD)	16	EVALUACIÓN
DD.1	La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de desinsectación y desratización.	4,6	Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.
DD.2	La Unidad de Desinsectación y Desratización tiene en su manual de procedimientos un programa , autorizado previamente por la Autoridad competente y por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital, de lucha antivectorial integrada y permanente.	4	El manual de procedimientos contiene información desactualizada y en ocasiones existen discrepancias en algunos datos (numeración de trampas, cebos, insectocutores, etiquetado de medios en el hospital, etc).
DD.3	En el programa se detallan los métodos químicos, biológicos y de ordenamiento del medio que se utilizan en base a una metodología científica, con métodos de captura y eliminación de las plagas humanitarias y de máximo respeto al medio ambiente.	4	El programa incluye los métodos químicos, biológicos y de ordenamiento del medio, pero existen puntos de mejora (documentar etiquetado de medios ubicados en el hospital, garantizar que los números de autorización de los etiquetados y los certificados de tratamiento son los vigentes)

ID	CRITERIOS DESRATIZACIÓN Y DESINS. (DD)	I6	EVALUACIÓN
DD.4	En el programa se detallan las acciones a realizar en cada una de las zonas internas del hospital y zonas exteriores (garajes, jardines, desagües y en general todo el perímetro de protección alrededor del hospital), así como la frecuencia de los tratamientos.	4	El manual de procedimientos incluye la realización de estos programas por zonas indicando las frecuencias de los tratamientos. No se incluyen las actividades en relación con los insectocutores (frecuencia de mantenimiento y limpieza). Si se emiten los informes trimestrales correspondientes a estas actividades, pero no está documentado en el manual.
DD.5	En el programa se detallan los índices aceptables por tipología de plagas para cada una de las zonas y niveles para verificar la eficiencia de los tratamientos, acordados con el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.	4	El manual de procedimientos incluye los índices aceptables por tipología y las acciones correctivas a realizar si se sobrepasan estos índices. No se ha recibido la aceptación por parte de Medicina preventiva.
DD.6	En el programa se incluye el procedimiento para establecer con el Servicio de Medicina Preventiva medidas correctivas puntuales o correcciones del programa general cuando los índices de eficiencia señalados no ofrezcan los resultados esperados por ambas partes.	5	El programa incluye las medidas correctivas a realizar si se detectan incidencias en los controles o inspecciones realizados, los cuales se acuerdan con la dirección de SSGG y medicina preventiva.
DD.7	En el programa se incluyen los estudios a realizar para recomendar a la Administración Sanitaria la adopción de metodologías pasivas o técnicas de ordenamiento del medio tanto en el aspecto de modificación como en el de manipulación ambiental.	3	En los informes de tratamientos realizados y en los mensuales enviados al hospital se proponen mejoras y medidas preventivas.
DD.8	En el programa se incluye el horario acordado con el Hospital para evitar disfunciones en el área a actuar.	5	El manual de procedimientos incluye la comunicación del horario en el cual se realizan las actuaciones. Se remiten los programas con los días de tratamiento al hospital mensualmente.
DD.9	En el programa se incluye La calificación y preparación sobre manipulación y aplicación de plaguicidas, así como bionomía y conocimiento de las especies objetos de control del personal responsable de llevar a cabo el programa.	5	Se ha verificado con una muestra de certificados de tratamiento, que se dispone de la documentación actualizada y válida según legislación vigente de los aplicadores que constan en los informes mensuales.
DD.11	Con carácter bimensual se presenta un informe detallado de las acciones realizadas en base a la planificación previamente aceptada por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital. Conjuntamente con el informe se presenta el certificado del tratamiento realizado para que esté expuesto en aquellos locales que por ley sea de obligado cumplimiento.	5	El informe detallado se entrega mensualmente y con el formato acordado con la administración sanitaria que incluye los certificados de tratamientos y las actividades de desinsectación y desratización realizadas. Bimensualmente se entrega un informe que además incluye gráficos de la evolución de los resultados en el hospital.






ID	CRITERIOS DESRATIZACIÓN Y DESINS. (DD)	I6	EVALUACIÓN
DD.12	Los productos que se utilizan están previamente autorizados por la Autoridad competente y por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital. Se realiza un listado de los productos a utilizar con la información necesaria.	3	El manual de procedimientos incluye el listado de los productos a utilizar. No se recibe la autorización de medicina preventiva. En los certificados de tratamiento constan número de autorización de productos que no son los vigentes.
DD.13	La desinsectación se planifica y realiza según el nivel de riesgo y la zona, siendo diaria el nivel 0, semanal para el nivel I, quincenal para el nivel II, mensual para el nivel III y semestral para el nivel IV.	4	Se detecta alguna GIGIS relacionada con este criterio en la muestra recibida (presencia de mosquitos e insectos en alguna zona del Hospital, sigis agrupadas como desinsectación ineficaz)
DD.14	La desratización se planifica y realiza según el nivel de riesgo y la zona semestral (colocación y revisión de todos los puntos de tratamiento con toma de datos y seguimiento) y el mantenimiento que es trimestral en todo el hospital, mensual en cafeterías cocinas, halls, offices, consultas, sótanos, mortuorio, administración, área quirúrgica y comedores y diaria , en la salida de ropa sucia, contenedores y aquellos servicios que lo soliciten previamente.	3	Durante la auditoría pudo verse algún cebo en mal estado, y la mayoría sin etiquetar tal y como se indica en la normativa y en las resoluciones de autorización e inscripción en el registro de biocidas. La monitorización de trampas, cebos y otros medios es distinta a la indicada.
DD.15	La Unidad de Desinsectación y Desratización presentará mensualmente las fechas de aplicación de programas al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital y a la Dirección de Explotación, como mínimo cinco días antes a su puesta en marcha.	5	No se detectan incidencias relacionadas con este criterio.
DD	INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN	4,2	

Tabla 72. Resultados de nivel del servicio de Desinsectación y desratización (DD)

C) OBSERVACIÓN DEL PROCESO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN

A continuación se incluye una tabla con fotos de las observaciones realizadas durante la auditoría.

ID	FOTOS E IMÁGENES	OBSERVACIÓN
		Trampa del cuarto de compresores.

ID	FOTOS E IMÁGENES	OBSERVACIÓN
		Lavamanos pasillo de entrada
		Almacen productos limpieza
		Insectocutor en cocina
		Expositor de cafetería
		Cafetería: junto máquina de hielo

ID	FOTOS E IMÁGENES	OBSERVACIÓN
		Zona de emplatado de cocina
		Acceso a pasillo limpio de quirófano
		Almacén general

D) PUNTOS FUERTES DEL SERVICIO

No se detectan

E) ÁREAS DE MEJORA

- El manual de procedimientos del servicio debe ser actualizado en relación con las normas de calidad de referencia, así como los anexos. Incluir toda la información relevante del servicio, como la frecuencia y tipo de mantenimiento que se realiza en los insectocutores o insectocaptadores. También es recomendable diseñar un documento (por ejemplo anexo al manual) con el etiquetado que debe observarse en los puntos de uso de cebos y trampas.
- Incluir etiquetas en todos los portacebos cumpliendo con la normativa vigente (en especial aquellos que implican algún riesgo y que en la propia autorización se indica la información que debe constar).
- Configurar los planos de ubicación de medios físicos de forma clara y con todos los medios que se incluyen en el hospital. Es recomendable que estén todos numerados y con indicaciones del tipo de medio físico que existe en cada punto de muestreo (producto y tipo de cebo, insectocutor)
- Actualizar los certificados de tratamiento con los números de autorización vigentes de todos los productos.
- Realizar las medidas recomendadas en los certificados de tratamiento. Establecer un tiempo determinado para su resolución.
- Incluir en los informes mensuales de M4 los avisos que se indican en las incidencias (SIGI)

3.2.10. CRITERIOS DEL SERVICIO DE TIGAS (TIG)

A) DOCUMENTACIÓN Y VISITAS

Socio operativo: [Internalizado](#)

Responsable de servicio: [M^a Ángeles Martín](#)

Visita el 23-1-2020, 11-2-2020 y 26-2-2020

La **documentación recibida** ha sido la siguiente:

Manual de procedimientos

Manual de procedimientos validado y edición 1.4 de 15-5-13 (31 páginas), con el siguiente contenido:

- Jefe de sección (SS) y TF contacto personal
- Tiempo respuesta urgentes (15 min)
- Movilizaciones: hospitalización y UCI: planilla cambios posturales
- Traslado pacientes: identificación, confort, intimidad, medios
- Traslado de muestras: guantes y libros de registro si aplica
- Traslado equipos informáticos
- Traslado de mobiliario
- Reparto medicamentos: programado
- Reparto y recogida de instrumental
- Traslado restos anatómicos
- Traslado pacientes fallecidos: identificación
- Rasurado de pacientes
- Correos y mensajería
- Gases medicinales: registro
- Reprografía

Informes mensuales:

Informe

Informes mensuales de septiembre a diciembre 2018 y enero 2019 (completos) incluyen:

- Registro de movilizaciones (en anexo)
- Registro cambios posturales, traslados y quirófanos (en anexo)
- Informe correos, mensajería y reprografía
- Planilla de personal

Categoría	Zona / Puesto	Horario	PUESTOS								
			Lunes a viernes			Sábados			Domingos y festivos		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N
RESPONSABLE	ÁREA CONCESIONARIA	09:00 a 17:00	1								
TIGA	URGENCIAS	24 HORAS	2	2	1,5	2	2	1,5	2	2	1,5
TIGA	HOSPITALIZACIÓN	24 HORAS	2	2	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
TIGA	SERVICIOS CENTRALES	08:00 a 15:00	1,5								
TIGA	ÁREA Qx	08:00 a 22:00	2	2		1,5	0,5		0,5	0,5	
TIGA	CONSULTAS	08:00 a 15:00	2	1							

Se observa que la programación del día de visita contiene menos puestos que los indicados en esta tabla por la mañana (solo se programan 10 personas en lugar de 10,5) y es coincidente en los

puestos de la tarde y la noche. La concesionaria indica que el 0,5 corresponde al TIGA asignado al servicio de Lencería (0,5 Lencería y 0,5 Almacén).

Anexo informe

Según los anexos la actividad ha sido la siguiente.

	Cambios posturales	Traslados	Quirófano	TOTAL
Septiembre	9.332	2.396	567	12.295
Octubre	10.502	2.816	779	14.097
Noviembre	12.465	2.644	748	15.857
Diciembre	12.982	2.494	548	16.024

Tabla 73. Actividad extraída de los informes mensuales (TIGA septiembre a diciembre 2019)

En vista del número de incidencias y del aumento continuo de actividad es necesario realizar un estudio de cargas de trabajo, para ajustar los recursos a la actividad del servicio.

Informe de cambios posturales 2019

Se dispone de la actividad anual, y en los registros de los trabajadores se anota el tiempo de cada actividad. Con estos datos sería posible realizar un buen estudio de cargas de trabajo.

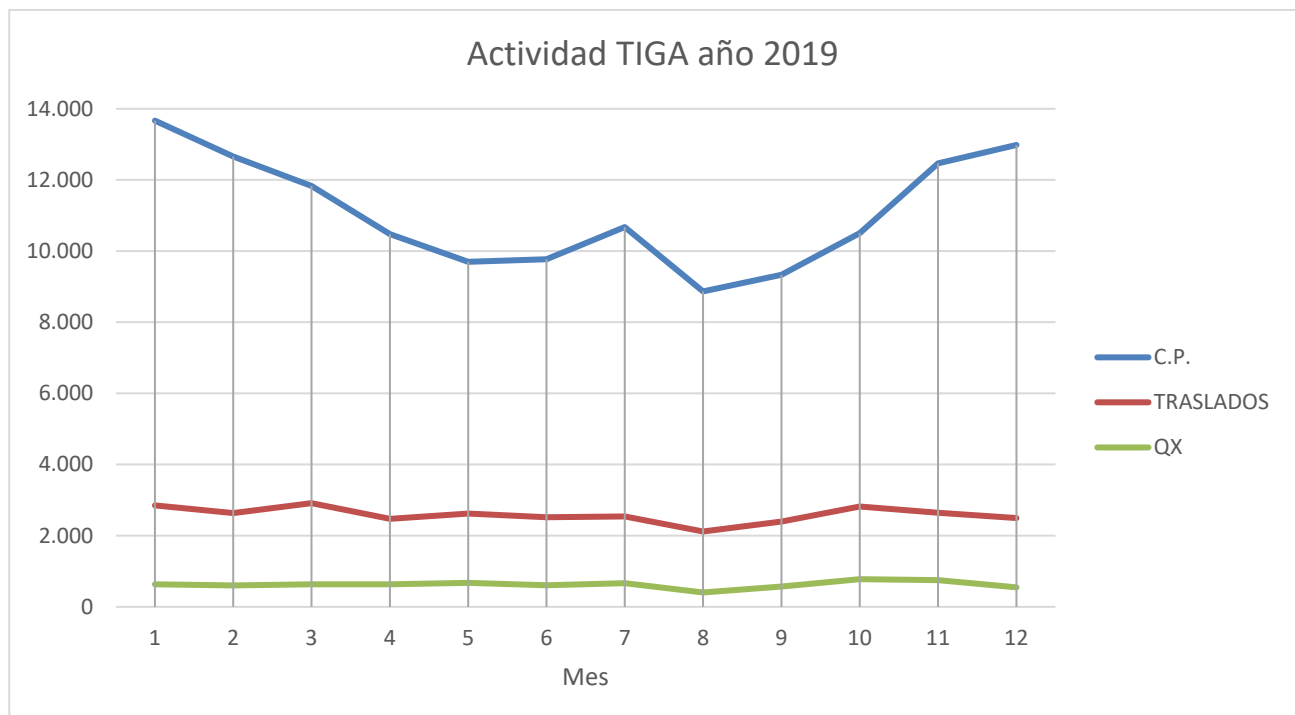


Gráfico 2. Relación de actividad mensual del servicio TIGA del año 2019

Por ejemplo, se observa que la variación de los cambios posturales (CP) parece estacional (relacionada con el número de ingresos en los distintos servicios, siendo mayor en temporada de gripe).

Sería necesario desglosar los datos por unidades asistenciales y encontrar la relación tiempo/actividad que más se ajuste a la realidad, para encontrar sobrecargas de trabajo y poder ajustar los puestos a la actividad.

Control de presencias

Control de presencias: se recibió el programa de presencias del 26 de febrero.

TURNO	PUESTO	26-feb-2020
MAÑANA	Quirófano	AR, LC
	Urgencias	SY, RR
	C. posturales	ML, MM
	Tras pacientes/Endoscop (Paños y recogida) esterilización	RB, NG, RC ML
	Rasurados (8-8:30)	NG, ML
	Sueros (12h)	MM
	TARDE	Urgencias
Cambios posturales		RG, JP
Traslado de pacientes		MF
Quirófano/Esterilización		MS, PB
Lencería		PB
NOCHE	Urgencias	AG, MZ
	Cambios posturales	MG, MZ
	Traslado de pacientes	MG
	Quirófano	MG

Tabla 74. Programa de presencias del 26 de febrero de 2020

Se verificó la uniformidad y la identificación de los trabajadores durante la visita:

SERVICIO	TRABAJADOR	OBSERVACIÓN	U	I	
10	TIGA	RMR	Atendiendo traslados de pacientes en urgencias	OK	SI
10	TIGA	MSY	Atendiendo traslados de pacientes en urgencias	OK	SI
10	TIGA	RC	Traslados pacientes	OK	SI
10	TIGA	NG	Traslados pacientes	OK	SI

Tabla 75. Verificación de identificación y uniformidad de una muestra de trabajadores TIGA

Listado de personal:

Se recibe el listado de personal del servicio con el nombre del Jefe de sección (SS) y 129 trabajadores para cubrir los puestos diarios, entre los que se encuentran

Medios materiales

Según el manual de procedimientos:

- Carro tipo jaula para transporte de sueros y materiales de farmacia: 4
- Carros para gases medicinales: 3
- Carpeta distribución de correo: 1
- Transfer para movilización de pacientes: 3
- Sillas ruedas
- Camillas
- Camas
- Lencería para movilización de pacientes
- Fotocopadoras

- Equipos audiovisuales
- Teléfonos

Incidencias: SIGIs y quejas

SIGIs de los años 2018 y 2019

Agrupamiento por motivo	2018	2019	Total
Avisos (no atendidos, tiempo excesivo, etc.)	11	57	68
Apoyo preparación de quirófano		2	2
Cambios posturales	1	4	5
Lencería		1	1
Muestras laboratorio (transporte neumático)	2		2
Traslado de pacientes	8	50	58
Horario cambios posturales (interrumpido por otros avisos, realizados tarde)	32	40	72
Procedimientos (desconocimiento, negarse a realizarlos, etc.)		2	2
Cambios posturales		1	1
Transporte de materiales		1	1
Refuerzos (por incremento de actividad cambios posturales)	3		3
Transporte de equipos (inadecuado, con golpes, etc.)	1		1
Transporte de materiales (tiempo excesivo)	1		1
Otros servicios (mantenimiento, restauración)	2		2
Peticiones a cocina	1		1
Transporte neumático	1		1
Protocolo traslado de pacientes (silla de ruedas manejada por familiares/paciente)	4	1	5
Total	54	100	154

Tabla 76. Agrupación de SIGIs servicio TIGA de los años 2018 y 2019

Quejas de los años 2018 y 2019

Se muestran 5 quejas (3 del año 2018 y 2 del 2019) pero no se muestra el motivo.

Formación: 2018 y 2019

AÑO	TIPO	CURSO	REALIZADO	T	ASISTEN	MODO
2018	Previsto	Control del estrés	2º Trimestre	2h	8	On line
2018	Previsto	Movilización de pacientes. Uso de equipamiento y ayudas técnicas.	2º Trimestre	2h	7	
2018	Fuera PFC	Prevención de riesgos en puestos de actividades sanitarias	3er y 4º Trimestre	2h	Todo el personal	On line
2018	Previsto	Control del estrés	Mayo	2h	7	On line
2018	Previsto	Trastornos musculo esqueléticos	Mayo	2h	7	On line
2018	Previsto	Control del estrés	11/6/2018	2h	6	On line
2018	Fuera PFC	Gestión de Residuos	Noviembre	1h	3	
2018	Fuera PFC	Puesta y retirada de Epi's. Agentes Biológicos	Noviembre	1h	3	
2018	Fuera PFC	Preparación prequirúrgica del	Octubre	2h	9	

AÑO	TIPO	CURSO	REALIZADO	T	ASISTEN	MODO
		paciente				
2018	Fuera PFC	Puesta y retirada de Epí.s. Agentes Biológicos	Octubre	1h	21	
2018	Fuera PFC	Prevención de riesgos en puestos de actividades sanitarias	Octubre	2h	20	
2019	Previsto	Prevención de Riesgos en puestos de actividades sanitarias	Mayo/junio	2h	10	
2019	Previsto	Plan de Autoprotección: Equipos de Intervención/Evacuación	mayo/ junio/ julio	1h	128 de todos los servicios	
2019	Fuera PFC	Uso de mascarillas y guantes	Mayo	1h	18	
2019	Fuera PFC	Riesgos y medidas preventivas en puestos de oficina	Abril	2h	1 jefe de sección	
2019	Previsto	Plan de Autoprotección: Equipos de Intervención/Evacuación	3er Trimestre	1h	Todos	
2019	Fuera PFC	Curso Eficiencia Energética	4º trimestre	1h	Todos	

Tabla 77. Formación impartida a trabajadores TIGA

La **documentación vista in situ** ha sido la siguiente:

- Registros “solicitud de cambios posturales” y “planilla de cambios posturales”
- Registro “control de gases medicinales” y “recuento balas de gases”
- Observación del proceso de traslado de pacientes desde y hasta unidades de hospitalización
- Atención a las solicitudes de hospital de día
- Apoyo en bloque quirúrgico
- Traslados y peticiones en urgencias

Observaciones de los criterios generales

CRITERIOS		OBSERVACIÓN	VALOR
DGC.10	La concesionaria comunica las incidencias a la Administración Sanitaria en tiempo y forma adecuados, y establece las acciones correctoras que permiten corregir las desviaciones.	Algunas SIGIs son respondidas con retraso o bien antes de solucionar la incidencia. Además, son repetitivas en el tiempo y no se muestran acciones para su prevención y corrección	3
RH.1	La concesionaria cuenta con personal a su cargo y de las empresas contratadas necesario para cumplir con las obligaciones estipuladas en el PPT y garantiza la cobertura de los puestos necesarios.	El análisis de las SIGIs muestra que se producen sobrecargas de trabajo que impiden atender a tiempo todas las solicitudes.	4

CRITERIOS		OBSERVACIÓN	VALOR
RH.2	La concesionaria tiene establecido el número de personas que prestan los servicios, clasificadas por servicio, nivel de formación, categoría profesional, jornada anual y semanal, turno de trabajo, puesto de trabajo y distribución de las cargas de cada puesto por categoría.	No se muestran estudios de carga de trabajo.	4
RH.3	Todo el personal a cargo de la concesionaria y de las empresas contratadas tiene la titulación exigida para el puesto de trabajo que ocupa y los conocimientos suficientes para la correcta prestación del servicio.	Se detectan 8 incidencias relacionadas con el conocimiento de los trabajadores de algún procedimiento del servicio y algún protocolo se aplica erróneamente (traslados de sillas de ruedas por familiares, transporte de equipos...).	4
RH.8	El Plan de Formación Continuada contempla la formación del personal en atención a usuarios, visitantes y trabajadores, e incluye los cursos que la administración sanitaria ha determinado para una mejor asistencia al usuario.	En los planes de formación analizados (años 2018 y 2019) no se muestran cursos relacionados con la atención a usuarios, visitantes y trabajadores.	1
GMA.2	El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	Si bien no se muestran objetivos como tales si se dispone de un análisis del volumen de residuos gestionados.	3
CAL.9	Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	No se ha realizado ninguna en el periodo de dos años analizados. Se informa que se ha programado una para este año 2020, y se muestra el diseño de la encuesta.	2
SC.2	La concesionaria y empresas contratadas cumplen el deber de respetar los derechos de los usuarios del Hospital.	Se observan varias incidencias relacionadas (retrasos en traslados que impiden llegar a las pruebas a tiempo).	4

CRITERIOS		OBSERVACIÓN	VALOR
SC.3	La concesionaria y empresas contratadas realizan sus tareas de forma segura para evitar cualquier tipo de daño a pacientes, personal, visitantes, estropear las características de los productos utilizados, bloquear el flujo de circulación en las instalaciones, dañar el mobiliario y enseres urbanos, puertas y paredes de las instalaciones del Hospital.	Se observa una incidencia relacionada con daños a instalaciones del hospital.	4
SC.4	La concesionaria y empresas contratadas aseguran que el servicio se realiza con las debidas precauciones tanto para las personas que realicen las actuaciones, como para los pacientes, visitantes y empleados.	Los traslados a pacientes en sillas de ruedas por el hospital deben realizarse por TIGAs sin ayuda de familiares ni por los propios pacientes.	4
SC.6	La concesionaria es responsable de los fallos del servicio que afectan a la operatividad total o parcial del área sanitaria.	En varias incidencias se indica que afectan a la operatividad del servicio (se valora la existencia de fallos)	4

Observaciones durante las visitas

Todos los procedimientos observados durante las visitas se realizaron acordes a los protocolos establecidos.

B) EVALUACIÓN DE CRITERIOS

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO TIGAS (TIG)	16	EVALUACIÓN
TIG.1	La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de Transporte interno-externo y gestión auxiliar.	4,7	Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.
TIG.2	El manual de procedimientos establece el sistema para las peticiones de movilización o traslado de los pacientes durante todos los días del año en los horarios que determina la Administración. El procedimiento se ha realizado teniendo en cuenta las necesidades de sus usuarios (personal sanitario y pacientes).	5	El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio y está validado por el hospital. El procedimiento incluye por ejemplo como anexo el protocolo para las contenciones mecánicas. En TIG.17 se evalúa el proceso aplicado.
TIG.3	El manual de procedimientos recoge el protocolo de traslado a quirófanos y fija los tiempos programados para realizar estas actuaciones y el sistema para el traslado urgente de los pacientes.	5	El manual de procedimientos incluye el protocolo para el traslado a quirófanos de pacientes programados y urgentes (proceso PR.TIGA.01).

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO TIGAS (TIG)	I6	EVALUACIÓN
TIG.4	El Servicio cuenta y tiene identificadas a las personas formadas según su cualificación , identificando especialmente a las personas cualificadas para áreas muy críticas y críticas. La dotación para cada cualificación y franja horaria es superior a la dotación prevista para estas Unidades, de forma que desde otra área o desde el retén puede darse la cobertura adecuada ante incidencias. En caso preciso se cuenta con los procedimientos alternativos para garantizar esta función, garantizando igualmente la formación y disponibilidad adecuada.	4	El servicio tiene identificadas a las personas tal y como se indica en el criterio, sin embargo se producen fallos que dan lugar a incumplimiento de los protocolos.
TIG.5	En el manual de procedimientos del Servicio se especifica el sistema para atender las peticiones de traslado de pacientes fallecidos desde la dependencia del hospital donde se produzca hasta el Tanatorio del Hospital, velando porque en todo momento se mantenga la dignidad de la persona fallecida, e incorporando las ajustes que establezca la política del hospital.	5	El manual de procedimientos incluye el sistema para atender peticiones de pacientes fallecidos en el (proceso PR.TIGA.04)
TIG.6	El manual de procedimientos establece el sistema para atender las peticiones de recogida, reparto y transporte de especímenes, sangre, plasma, muestras e informes de todo ello, entre salas, departamentos y laboratorios de acuerdo con la política del Hospital.	5	El manual de procedimientos incluye el sistema para atender peticiones de recogida, reparto y transporte de especímenes, muestras, plasma, etc. en el proceso PR.TIGA.02
TIG.7	El manual de procedimientos recoge la gestión de los stocks de ropa y el procedimiento para reposición de ropa nueva en coordinación con el servicio de lavandería.	5	Actividad documentada en el manual de lavandería.
TIG.8	El manual de procedimientos establece las actividades, circuitos y materiales precisos para cumplir escrupulosamente los circuitos de limpio y sucio y sigue las recomendaciones y normas establecidas por el Servicio de Medicina Preventiva.	5	En los anexos del manual de procedimientos y en el apartado de recursos materiales se describen el número y tipo de medios y los protocolos a cumplir para realizar el servicio.
TIG.9	El manual de procedimientos establece el sistema para proporcionar mobiliario general y equipamiento clínico , que incluye todo tipo de traslado de mobiliario y equipos clínicos incluidos los portátiles con el tiempo de respuesta que se establezcan en caso de emergencia, urgencia o traslado programado.	5	El manual de procedimientos incluye el sistema para proporcionar mobiliario general y equipamiento clínico.
TIG.10	El servicio tiene establecidos los circuitos, horarios, frecuencias y controles con el servicio de farmacia , que figuran en el manual de procedimientos para la entrega y recogida de carros de medicación de los pacientes.	5	El manual de procedimientos establece las actividades y circuitos relacionados con "reparto de medicamentos".

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO TIGAS (TIG)	16	EVALUACIÓN
TIG.11	El manual de procedimientos establece el sistema para proporcionar un servicio postal interno , entre los centros del Hospital y con aquellos otros Centros que, por su naturaleza, requieran un continuo o diario cruce de comunicaciones escritas. La distribución del correo se programa atendiendo a los circuitos establecidos y a la urgencia del correo recibido.	5	El manual de procedimientos incluye el sistema para proporcionar servicio postal interno.
TIG.12	El personal de registro de documentación tiene formación específica para este puesto y en su contrato existe una cláusula de confidencialidad y las medidas disciplinarias y de todo tipo prevista por su incumplimiento.	5	Todo el personal de la concesionaria firma la cláusula de confidencialidad y en los contratos con los socios operativos se incluye el deber de respetar la confidencialidad de la información a la que tienen acceso. Durante la auditoría no se detectaron incidencias relacionadas con este criterio.
TIG.13	El personal de la unidad comunica a la Administración Sanitaria los totales de gasto de las máquinas de franqueo , el total de productos postales recibidos y distribuidos, el número de devoluciones al remitente, las entregas y repartos especiales y el correo certificado y las incidencias producidas en el servicio.	5	Existe un convenio de franqueo pagado con la Comunidad de Madrid, por lo que no aplica la parte del criterio referida a este gasto. En los informes mensuales presentados a la administración viene el número de envío y el número de correos recibidos.
TIG.14	El manual de procedimientos establece la forma en que se colocan las hojas de información, posters y boletines de la información que determine la Administración sanitaria en los tabloneros de anuncios.	4	El Manual de procedimientos no incluye lo indicado en el criterio, aunque no se detectan incidencias relacionadas.
TIG.15	El manual de procedimientos establece el programa para proporcionar a las áreas asistenciales que lo precisen, el suministro de envases o balas de carácter portátil que contengan gas de uso clínico , así como la retirada de envases y el procedimiento para solicitar la retirada de los mismos.	5	El Manual de procedimientos incluye lo descrito en el criterio.
TIG.16	El manual de procedimientos contiene la cartera de servicios de Fotocopias, Encuadernación y Fotografía , los posibles peticionarios de cada servicio (Unidades o GFH y persona autorizada), el volumen máximo a solicitar por servicio, periodo y peticionario (GFH), así como las tarifas internas aprobadas por la Administración.	5	El Manual de procedimientos incluye lo descrito en el criterio. En los informes mensuales se remite un resumen por área de las fotocopias realizadas y su coste.



ID	CRITERIOS DEL SERVICIO TIGAS (TIG)	I6	EVALUACIÓN
TIG.17	El personal de la unidad realiza la movilización de los pacientes previa petición programada (con una antelación de 24 horas y por medio del personal asignado área o proceso u otro próximo o el retén en caso de necesidad) y petición no programada y traslados a urgencias a la central de incidencias donde el responsable asigna al personal y según determine el responsable del servicio para cumplir con la programación de quirófano (diariamente y con antelación de 18 horas).	3	La mayor parte de las incidencias están relacionadas con este criterio (53% de las SIGIs relacionadas con cambios posturales y el 42% con traslados de pacientes, de media más de 6 al mes).
TIG.18	El personal cualificado de la unidad realiza el traslado de pacientes fallecidos en camilla adecuada y por los circuitos establecidos, de forma que se garantiza la máxima discreción, prepara el cadáver para ser vista por sus parientes y cumplimenta el registro según la normativa aplicable.	5	No se detectan incidencias relacionadas.
TIG.19	El personal de la unidad realiza la recogida, reparto y traslado de especímenes, sangre, plasma, muestras e informes en las condiciones, tiempos, circuitos y horarios programados y no programados (directamente a la central de incidencias).	5	No se detectan incidencias relacionadas.
TIG.20	El personal de la unidad se coordina con el servicio de lavandería para la reposición de ropa nueva , almacenamiento de ropa, accesos restringidos, colocación y organización del almacén, preparación y traslado de carros de lencería siguiendo los circuitos adecuados, recogida de carros de lencería en los tiempos y horarios establecidos.	4	Se detecta una incidencia relacionada.
TIG.21	El personal de la unidad traslada el mobiliario y equipamiento clínico bajo peticiones programadas (asignadas por el responsable) y no programadas (remitidas a la central de incidencias) y urgentes.	5	No se detectan incidencias relacionadas.
TIG.22	El personal de la unidad recoge y traslada los carros de medicación bajo las actuaciones programadas y las urgentes.	5	No se detectan incidencias relacionadas.
TIG.23	El personal de la unidad realiza la gestión del correo desde el registro de entrada y salida de documentación , donde se fecha, sella y franquea en su caso, se anotan los datos básicos y se transfiere en tiempo y por la ruta adecuada hasta el destinatario. Además realiza las gestiones con empresas de mensajería contratadas por el Hospital.	5	No se detectan incidencias relacionadas.



ID	CRITERIOS DEL SERVICIO TIGAS (TIG)	16	EVALUACIÓN
TIG.24	El personal de la unidad realiza la total y adecuada provisión de gases mediante la carga y descarga de las unidades de almacenamiento, así como los cambios en los puntos de servicio, recogida de unidades vacías (cuando están por debajo del 15% de su capacidad) en todas las instalaciones y transporte al punto de recogida central.	5	No se detectan incidencias relacionadas. Se revisó una muestra del registro de conteo y documentos para la previsión de gases y contactos de petición en caso de necesidad urgente.
TIG.25	El personal de la unidad atiende las peticiones que se dirijan a la Unidad de Fotocopias, Encuadernación y Fotografía que cumplen con los requisitos de identificación e informa mensualmente de la actividad y el coste a la Administración Sanitaria.	5	No se detectan incidencias relacionadas. En los informes mensuales se incluye la información relacionada.
TIG.26	El personal cualificado de la unidad realiza un sistema efectivo y seguro de rasurado de pacientes para intervención quirúrgica, bajo petición ordinaria o de urgencia y con supervisión de personal sanitario acreditado.	5	No se detectan incidencias relacionadas.
TIG.27	El personal formado de la unidad realiza la dotación audiovisual de las salas de reuniones, verificando el funcionamiento y puesta en marcha de los medios.	5	No se detectan incidencias relacionadas.
TIG.28	El personal formado de la unidad realiza el control y vigilancia del cuidado de los animales destinados a la investigación (alimentación, limpieza, acondicionamiento y limpieza de salas y jaulas, auxilio y asistencia en autopsias de animales y retirada y eliminación de animales según el protocolo previamente establecido y aprobado por la Administración Sanitaria.		En este hospital no hay animalario.
TIG.29	El personal de la unidad informa sobre los desperfectos, anomalías, roturas, robos o control de plagas que detecta.	5	No se detectan incidencias relacionadas.
TIG.10	INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE TRANSPORTE INTERNO Y G. AUXILIAR	4,8	

Tabla 78. Resultados de nivel del servicio TIGA

C) OBSERVACIÓN DEL PROCESO DE TIGA

A continuación, se incluye una tabla con fotos de las observaciones realizadas durante la auditoría y otras evidencias.

AUDITORÍA 26-02-2020			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
8:47	B	Mostrador de información	Disponen de un espacio para sillas de ruedas, gases medicinales, contenedor de documentación confidencial. Se observan medios contra incendios con revisión vigente. Muestran el registro de préstamo de sillas de ruedas.
9:36	2	Lencería	Cuarto mal identificado, donde se ubican sillas de ruedas disponibles para la unidad. 
10:45	1	Frente admisión de urgencias	Cuarto limpio y mantenido donde se ubican las sillas de ruedas disponibles para urgencias. 
10:50	1	Urgencias	Hablamos con los tigas asignados a urgencias (Rosa y M ^a Sol) Identificadas y uniformadas. Muestran su móvil con los avisos que reciben por SPS. Acompañamos en el traslado de dos pacientes observando el cumplimiento de los protocolos establecidos (medidas de seguridad de paciente en la identificación, medios de traslado adecuados según indicaciones de personal sanitario, etc.).

AUDITORÍA 26-02-2020			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
11:46	1	Pasillo central junto ascensor 10	<p>Entrevistamos a Ru Carrera, Tiga uniformada e identificada, quien está realizando traslados de pacientes. Muestra su hoja de control de actividad. Conoce los procedimientos del servicio.</p> 
11:47	1	Pasillo central junto ascensor 10	<p>Nuria Gancedo, Tiga uniformada e identificada, quien está realizando traslados de pacientes de la planta cuarta. Conoce los procedimientos del servicio. Muestra su teléfono con los avisos pendientes.</p>
12:05	4	Sucio	<p>Cuarto de sucio que dispone de lavabo, lavacañas, armarios, contenedores de residuos usados correctamente e identificados y etiquetados cuando es necesario (citostáticos y biosanitarios), cartón, carro de lencería sucia, 3 balas de gases medicinales, estanterías con materiales de uso (contenedores de punzantes, citostáticos, botes, gasas, bolsas, etc.).</p> 

D) PUNTOS FUERTES DEL SERVICIO

- En el manual de procedimientos se indican medidas de prevención en relación con la identificación de pacientes en coordinación con el personal sanitario. Se verifica su conocimiento con este personal y su puesta en práctica durante las visitas.
- Los registros del servicio que permiten una trazabilidad hasta el origen, confeccionando el informe mensual con la mayor parte de la actividad que realiza el servicio, pero sobre todo con la de apoyo asistencial.

E) ÁREAS DE MEJORA

- Incluir en el manual de procedimientos la colocación de carteles informativos, poster y otros.

- Realizar estudios de carga de trabajo y ajustar los recursos humanos a la demanda del servicio.
- Diseñar y medir los resultados de la aplicación de medidas correctivas y preventivas de las incidencias más repetitivas.

3.2.11. CRITERIOS DEL SERVICIO DE ALMACENES (ALM)

A) DOCUMENTACIÓN Y VISITAS

Responsable de servicio: [M^a Ángeles Martin](#)

Visita el [23-1-2020](#), [11-2-2020](#) y [26-2-2020](#)

La **documentación recibida** ha sido la siguiente:

Manual de procedimientos

El **manual de procedimientos** "HSE-PRONEG/ALM.1.4" editado el 12-4-13 y validado por la empresa pública y dos de sus ocho anexos. Contiene 25 páginas con el siguiente contenido:

- **Departamento de Suministros**
- **Servicio de Almacén y Distribución**
 - Comprobación de Mercancía (Sello Pte. Cotejar): N° Pedido, Proveedor, Artículo, Cantidad, Caducidad (se indica método FIFO pero no se indica si el orden es de arriba abajo o de derecha a izquierda), Precio, Cumplimiento de la Programación
 - Almacenes
 - Planta1
 - Almacén Picking
 - Almacén Papelería y Temporal
 - Planta 2
 - Sector 1: Almacén Mediano Volumen
 - Sector 2: Almacén Paletizado
 - **Conteo de 10 referencias diarias, mensualmente inventariadas todas las existencias.**
 - **Distribución** (Pactos de Stock, Reposición y Control) en Almacenes Periféricos, Solicitud directa Personal Autorizado, Solicitud fuera de horario.

Anexos del manual

Se reciben en documentos aparte los siguientes anexos: Anexo 2 (Puntos de Pedido), Anexo 3 (Catálogo de material Almacenable), Anexo 5 (Almacenes Periféricos-Reposición), Anexo 6 (Material de Papelería), Anexo 7 (Procedimiento Inventario), Anexo 8 (Albarán Devolución).

- **Anexo 2. Punto pedido.** Es un Excel con los pactos por material, el stock de seguridad y el consumo medio, además del precio, plazo de entrega, etc.
- **Anexo 3. Catálogo almacenable 1000.** Con información sobre el stock, la unidad de medida y la ubicación.
- **Anexo 5. Almacenes periféricos reposición.**

LECTURA DE ALMACENES				
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
QUIROFANO	H. QUIRURGICA	URGENCIAS	H. QUIRURGICA	QUIROFANO
UCI	PARITORIO	H. MEDICA	PARITORIO	URGENCIAS
H. MEDICA	PSIQUIATRIA	QUIROFANO	UCI	H. MEDICA
URGENCIAS	PEDIATRIA	CONSULTAS	EXTRACIONES	PEDIATRIA
EXTRACIONES	DIALISIS	RAYOS	ENDOSCOPIAS	
REHABILITACION	FARMACIA		NEONATOS	
LABORATORIO(cubos)	ANATOMIA PATOLOGICA		H. DÍA	

- **Anexo 6. Papelería.** Con información sobre el stock, la unidad de medida y la ubicación.
- **Anexo 7. Procedimiento inventario.** Con información sobre como registrar el inventario en SAP.
- **Anexo 8. Albarán devolución.**

Informes mensuales

Informe mensual de los meses desde septiembre hasta diciembre 2019. En los informes se incluye:

- **Volumen de compra directa (GFH en SAP),** según el informe se ha acordado no incluirla en los informes mensuales con la administración sanitaria.
- **Listado promedio días entrega según proveedores.** Esta información puede consultarse en la carpeta común. Se acuerda con la Responsable de Suministros no incluirla en el informe.
- **Listado de incumplimiento de programaciones de proveedores.** Incluido en el informe.
- **Relación de devoluciones y motivo.** Incluido en el informe
- **Incremento en el consumo de productos respecto a los pactos de Unidad.** Incluido en el informe
- **Inventario de existencias y diferencias detectadas.** El Servicio de Almacén realiza diariamente -de lunes a viernes laborables- inventario de existencias de material almacenable en almacén general –almacén 1000. Todas las semanas se completa el inventario de todas las existencias de este almacén. Se mantiene registro de los resultados de los controles. Resumen incluido en los informes.
- **Control de caducidades.** Incluido en el informe.
- **Recursos humanos**

Categoría	Zona / Puesto	Horario	PUESTOS									
			Lunes a viernes			Sábados			Domingos y festivos			
			M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Jefa de Almacén	Almacén	08:00 - 17:00	1									
Administrativo	Almacén	08:00 - 17:00	1									
TIGA	Almacén	08:00 - 15:00	2									
TIGA	Almacén	08:00 - 16:00	1									
TIGA	Almacén	08:00 - 15:00				1						

Plantilla de personal:

Apellido - Nombre	Categoría	VISTOS	Identificación
GHL	TIGA Almacén	11/2/2020	Si
GARS	Responsable	11/2/2020	Si
LMAJ	TIGA Almacén	11/2/2020	Si
MMI	TIGA Almacén	11/2/2020	Si
RDA	TIGA Almacén	11/2/2020	Si

Medios materiales (Anexo 1 del manual)

- **Elementos de transporte:** Carro Azul, Carro Supermercado, Traspaleta, traspaleta automática, Plataforma.
- **Elementos Almacenaje:** Estante Paletizada, Estante Convencional, Contenedores (varios tamaños)
- **Elementos de lectura y Etiquetado:** Impresora, lector, etiquetas

Incidencias SIGI y Quejas

SIGIS: recibido 2018 y 2019 completos y quejas (no hay ninguna)

Fecha	Observaciones
17/01/2018	Se ha recibido unas placas de desfibrilador equivocadas (referencia EDC 1055) cuya conexión es incompatible con los desfibriladores disponibles en el hospital. El incidente de seguridad del paciente se detecta en una cardioversión programada.
12/04/2019	Pasillo logístico de la planta 1, se está utilizando de forma incorrecta. El pasillo es una vía de evacuación y no puede tener obstáculos (jaulas, pallets, etc.). Y la puerta RF que accede al pasillo de almacén y lencería está permanentemente abierta, calzada con cartones y cuñas porque carece de retenedores conectados al sistema contra incendios.

Formación: 2018 y 2019

SERVICIO	CURSO FUERADEL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
11. Almacén	Prevención de riesgos en puestos de almacén y logística	3er y 4º Trimestre	4	2 horas	On line

SERVICIO	CURSO PREVISTO EN EL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
11. Almacén	Riesgo y medidas preventivas en puestos de Almacén y logística	Junio 2019	5 Tigas Almacén	2h	
	Carretillero	Mayo 2019	1 Tiga Almacén	4 horas	
Todos los servicios	Plan de Autoprotección: Equipos de Intervención/Evacuación	mayo/junio/julio 2019	128	1hora	

SERVICIO	CURSO FUERADEL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
11. Almacén	Riesgos y medidas preventivas en puestos de oficina	Junio 2019	1 Jefe Sección Almacén	2h	

SERVICIO	CURSO PREVISTO EN EL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
11. Almacén	Control el estrés	4º trimestre	(4)Tigas	1 hora	On line

SERVICIO	CURSO FUERADEL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
11. Almacén	Curso Carretillero	14/11/2019 14/12/2019	4	1 hora	On line
	Curso Eficiencia Energética	4º trimestre	4 tigas 1 Responsable	1 hora	

Inventarios

En todos los inventarios muestreados la diferencia entre existencias y registros relacionados SAP es nula, lo que se considera un punto fuerte del servicio.

Muestra del inventario diario año 2019

Ejemplos del registro diario de inventarios

FECHA: 2/12/19	CÓDIGO SAP	UBICACIÓN	CANTIDAD FISICA	CANTIDAD SAP	DIFERENCIA
SONDA ASPIR C/CONTROL SUCCION 6X50CM	101055	142	68	68	0
SONDA ASPIR S/CONTROL SUCCION 8X50CM	101056	142	379	379	0
SONDA ASPIR S/CONTROL SUCCION 10X50CM	101057	142	650	650	0
SONDA ASPIR S/CONTROL SUCCION 12X50CM	101058	142	669	669	0
VENDA TUBULAR ELAST ALGODON N/4	101634	142	23	23	0
Cepillo citológic... 1,7mmx120cm estéril	101840	142	1400	1400	0
Jeringa 3 p. LUER-LOCK conc.op.c/ag.50ml	100946	143	150	150	0
Desinfectante orgánico superficies	101855	143	4	4	0
SONDA ASPIR.SECREC.C/RESERV.N6 PEDIATR.	101995	143	240	240	0

FECHA: 3/12/19	CÓDIGO SAP	UBICACIÓN	CANTIDAD FISICA	CANTIDAD SAP	DIFERENCIA
SISTEMA TRANSFUSIÓN SANGRE BOMBA VOL.	102091	143	50	50	0
SONDA ASPIR S/CONTROL SUCCION 14X50CM	101059	144	1098	1098	0
Sonda aspiración ...ol succión 16CHx50cm	101060	144	319	319	0
Sonda aspiración ...ol succión 18CHx50cm	101061	144	940	940	0
SONDA NASOG LEVIN PVC CERR RX 12CHX120CM	101099	144	48	48	0
Sonda nasogástrica LEVIN 14CH	101100	144	32	32	0
Sonda nasogástrica LEVIN 18CH	101101	144	0	0	0
BOLSA ORINA 2000 ML. NO ESTERIL	102043	145	1200	1200	0
Mascarilla oxígeno...rio con línea adulto	107506	145	92	92	0

Inventario anual con número de documento 100033950

Se muestrean 997 referencias todas coincidentes con la información disponible en SAP.

Inventario anual con número de documento 100033951

Se muestrean 82 referencias todas coincidentes con la información disponible en SAP.

Observaciones criterios generales

Las observaciones de este servicio que afectan a los criterios generales son:

CRI	OBSERVACIÓN	VALOR
DGC.9. La concesionaria utiliza las técnicas de trabajo, gestión y material más actualizados e innovadores para la prestación de los diferentes servicios, optimizando los resultados.	El servicio utiliza métodos tradicionales para la gestión de los almacenes de planta (conteo con pistola y reposición hasta cantidad pactada) y en el almacén general.	4
RH.2. La concesionaria tiene establecido el número de personas que prestan los servicios, clasificadas por servicio, nivel de formación, categoría profesional, jornada anual y semanal, turno de trabajo, puesto de trabajo y distribución de las cargas de cada puesto por categoría.	No se muestra la distribución de las cargas de trabajo de cada puesto por categoría.	4

CRI	OBSERVACIÓN	VALOR
GMA.2. El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	Si bien no se muestran objetivos como tales si se dispone de un análisis del volumen de residuos gestionados.	3
CAL.9. Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	No se ha realizado ninguna en el periodo de dos años analizados. Se informa que se ha programado una para este año 2020, y se muestra el diseño de la encuesta.	2
SC.4. La concesionaria y empresas contratadas aseguran que el servicio se realiza con las debidas precauciones tanto para las personas que realicen las actuaciones, como para los pacientes, visitantes y empleados.	Es necesario revisar la normativa en relación con la señalética de prevención de los almacenes generales (circulación de transpaletas/personas).	4

Observaciones durante las visitas

FECHA	HORA	SERVICIO	ZONA	CLASF. ZONA/TIPO	INCIDENCIA	CLASIFICA
11/2	10:57	Almacén	P5, BQ	Almacén 520B-3	El sistema de gestión de los CECOs es tradicional, sin presencia de medios modernos (doble cajetín, lectura y control de stock por RFI o similar, etc). El almacén se observa desordenado (cajas por el suelo que impiden el acceso a las estanterías), algunas pegatinas se observan deterioradas que pueden dar lugar a errores en las lecturas, y en las partes altas se observan cajas de cartón cuyo acceso no es fácil.	Leve
11/2	12:30	Almacén	P3	Almacén 320C	Se observan cajas por el suelo que dificultan el acceso a las estanterías. Al igual que en el almacén anterior no se observa la aplicación de medios modernos para la gestión de almacenillos de planta.	Leve

FECHA	HORA	SERVICIO	ZONA	CLASF. ZONA/TIPO	INCIDENCIA	CLASIFICA
11/2	12:48	Almacén	P1	Almacén 1000	Se observa algún desperfecto en la señalética de paso (cinta adhesiva deteriorada o cortada) solo se observa en el recorrido de la puerta, siendo necesario asegurar la señalética en el resto del almacén. Alguna luz fundida.	Leve

B) EVALUACIÓN DE CRITERIOS

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO ALMACENES (AL)	I6	EVALUACIÓN
AL.1	La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de almacenes.	4,8	Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.
AL.2	El manual de procedimientos de la unidad desarrolla el procedimiento de programación de pedidos, comunicación al departamento de compras, recepción, almacenaje, custodia y distribución de mercancía.	5	El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio. La edición vigente está validada por la administración sanitaria.
AL.3	En el manual de procedimientos de la Unidad de Almacenes se contemplan los mecanismos de control , que en todo caso y como mínimo se ajustan a los muestreos y auditorias previstos recogiendo en la misma actuación las discrepancias que en este ámbito se produzcan.	5	El manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio.
AL.4	El servicio tiene establecido un sistema de alertas sobre las variaciones significativas e inesperadas de consumo que necesariamente afectan a las existencias y a la función de compra y los stocks de seguridad .	5	El Manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio y no se detectan incidencias relacionadas.
AL.5	El servicio dispone de los pactos de consumo actualizados de cada unidad del hospital con los productos y cantidades necesarias, identificando los grupos de materiales según los niveles de importancia en relación con la actividad asistencial de la Unidad.	5	El Manual de procedimientos incluye lo indicado en el criterio. No se detectan incidencias relacionadas.
AL.6	El servicio emite un informe mensual que contiene el listado de incumplimiento de programación de proveedores, relación de devoluciones y motivo, inventario de existencias y diferencias detectadas, incremento en el consumo de productos, respecto a lo pactado en las Unidades, análisis en referencia al protocolo acordado y otros que determine la Administración Sanitaria.	5	La concesionaria emite los informes mensuales, y los envía en tiempo y forma acordados.


ID	CRITERIOS DEL SERVICIO ALMACENES (AL)	I6	EVALUACIÓN
AL.7	El responsable de almacén realiza la confirmación de la programación automática del pedido realizado por el Departamento de Compras y su conformidad con la emisión y la comunicación al proveedor para en un plazo máximo de 48 horas comunicar al departamento de compras la programación de las entregas de todos los pedidos, según la rotación de los productos siguiendo el principio de almacén "cero" y el incumplimiento de los proveedores cuando ocurra.	5	El Manual de procedimientos incluye la forma en que se confirman las programaciones acordada con la administración. No se detectan incidencias relacionadas.
AL.8	El personal de recepción del Almacén comprueba "in situ" que la mercancía aportada es la requerida, validando el nº de pedido, proveedor, artículo, cantidad, precio, caducidad y cumplimiento de la programación. Si la mercancía no cumple los requisitos el responsable de almacén ordena la devolución inmediata.	4	No se han detectado incidencias relacionadas con la comprobación in situ de la mercancía. En la muestra revisada se incluye el número de pedido, el proveedor, el artículo y su código, la cantidad, la caducidad, el precio y el cumplimiento de la programación. Se detecta una incidencia relacionada.
AL.9	El personal de almacén registra las actividades de movimiento de mercancías en el sistema informático.	5	No se detectan incidencias relacionadas.
AL.10	El personal de almacén coloca los productos no almacenables o en tránsito y los envía a la unidad peticionaria de inmediato.	5	No se detectan incidencias relacionadas.
AL.11	El personal de almacén ubica el material en el lugar que le corresponde en el almacén general según su identificación en la aplicación informática.	5	No se detectan incidencias relacionadas.
AL.12	El personal del almacén registra las diferencias entre el inventario y la aplicación informática identificadas en la operatoria diaria (previa autorización del responsable) y al menos una vez al trimestre realiza en fechas aleatorias los muestreos de inventario.	5	No se detectan incidencias relacionadas. Los inventarios son un punto fuerte de este servicio.
AL.13	Anualmente la Unidad realiza un inventario total siguiendo el procedimiento que establece en el manual de procedimientos de la Unidad, previa notificación a la Administración Sanitaria y expresa autorización por su parte de las fechas y medidas adoptadas para garantizar los aprovisionamientos durante la realización del inventario.	5	No se detectan incidencias relacionadas.
AL.14	El Servicio de Almacenes y Distribución mantiene el stock de seguridad y el stock mínimo de cada uno de los productos almacenables.	5	No se detectan incidencias relacionadas.
AL.15	En los almacenes de las Unidades , los productos se colocan en estanterías identificados por etiquetas de código de barras o similar, para facilitar el recuento de existencias y la reposición de material.	4	Se detecta alguna incidencia relacionada (alguna caja por el suelo y alguna etiqueta deteriorada)

ID	CRITERIOS DEL SERVICIO ALMACENES (AL)	16	EVALUACIÓN
AL.16	Los almacenes de plantas tienen los medios para mantener el acceso restringido a personal autorizado (acceso con llave, tarjeta, etc.), la colocación del material guarda el orden previsto , los dispositivos utilizados (etiquetas, cajones...) están en perfecto estado, el material que se repone se coloca “detrás” del material que se encuentra ya en el almacén para facilitar el uso del producto de menor plazo de caducidad.	4	Los almacenes, incluyendo los de planta están cerrados y con acceso restringido. Se observa alguna etiqueta deteriorada y sistema tradicional de gestión de almacenes de planta (conteo y reposición) que no facilita su gestión y alguna incidencia.
AL.17	El transporte del material se realiza con los elementos aprobados por la Dirección del Hospital (carros, etc,) y sigue siempre los circuitos verticales y horizontales fijados por la Dirección (montacargas, pasillos de servicios,...).	5	No se detectan incidencias relacionadas
AL	INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE ALMACENES	4,8	

Tabla 79. Resultados de nivel del servicio de almacenes (AL)


C) OBSERVACIÓN DEL PROCESO DE ALMACENES


A continuación se incluye una tabla con fotos de las observaciones realizadas durante la auditoría y otras evidencias.



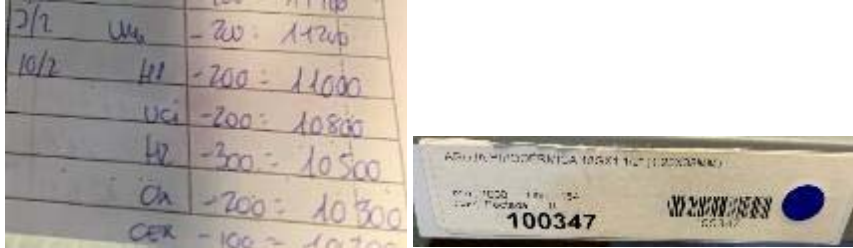
AUDITORÍA 23-01-2020			
HORA	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
13:38	B	Rehabilitación Almacén 034B	<p>El almacén está ordenado y mantenido. Se comparte con material y utillaje procedente de otros servicios como farmacia y contenedores de residuos limpios. El sistema de gestión de los almacenes de planta es el tradicional: se establecen pactos de consumo, se leen los almacenes con pistola y se cuentan los materiales, y se reponen en función de las lecturas y los pactos. Las pegatinas de este almacén están en buen estado. Todos los materiales observados están identificados y ninguno está caducado.</p> 

AUDITORÍA 11-02-2020			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:37	5	URPA/CMA almacén	<p>Almacén identificado, limpio y mantenido.</p>  <p>Gestionado por personal sanitario (es una zona muy crítica donde se requieren precauciones máximas de higiene y limpieza).</p>
10:47	5	B. Quirúrgico/ CMA Almacén fungible	<p>Cuarto identificado, limpio y mantenido. Se observa la reposición en jaula de material. La jaula está en buen estado.</p> 

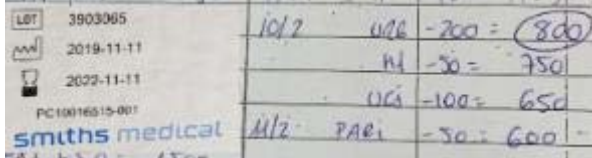



AUDITORÍA 11-02-2020			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:47	5	B. Quirúrgico/ CMA Almacén de equipos	<p>Estancia amplia con algunas cajas en el suelo.</p> 
10:57	5	B. Quirúrgico/ CMA almacén 520B-3	<p>Identificado, con estanterías y medios de almacenaje apropiados. Utilizan el método tradicional de gestión (lectura y conteo y reposición según pacto). Disponen del listado de material del almacén y la ubicación según estantería y altura. Se indica que es el almacén 520B, número 3. Se observa alguna caja en el suelo, alguna pegatina deteriorada, cajas de cartón en partes altas cerradas...</p> 
12:25	3	Almacén hospitalización Planta 3	<p>Estancia utilizada para material necesario en la unidad, carro de lencería y porta sueros.</p> 




AUDITORÍA 11-02-2020			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:30	3	Almacén 320C	<p>Identificado. Dispone de los medios necesarios para almacenar los materiales en buen estado. Se utiliza el método tradicional de gestión de estos almacenes (lectura, conteo de materiales, reposición según pacto de la unidad). Se observan cajas en el suelo precintadas (impiden el acceso a los materiales de las estanterías). Además, se observan cajas en los altos de las estanterías que sobresalen del estante. Todos los materiales muestreados están dentro de las caducidades del fabricante, se ubican según la referencia de las pegatinas y según el listado de material disponible para este almacén.</p>  <p>Indican que los almaceneros dejan las cajas en el almacén para que el personal sanitario coloque el material en las zonas determinadas.</p>

AUDITORÍA 11-02-2020: Almacen general planta 1 y sótano -2			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:45	1	Almacén general. Despacho	<p>Se observan dos puestos de trabajo y uno ocupado por Laura Gil Herradón. Disponen de una pizarra con el horario El horario pactado de trabajo es de lunes a viernes laborables de 9 a 13 horas (a excepción de los días de inventario general). Se observa que está anotado el almacén visto (pediatría 320C), junto con el jueves, y el de quirófano el lunes (Qx 520B) y el miércoles y el viernes.</p> 







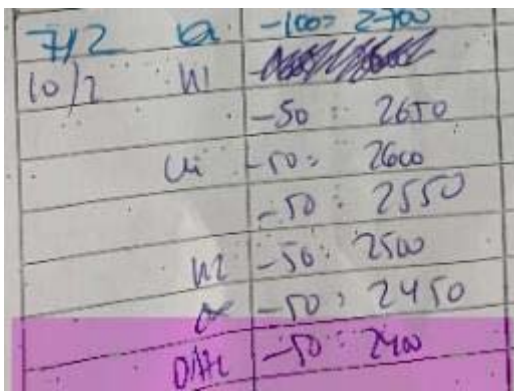
AUDITORÍA 11-02-2020: Almacén general planta 1 y sótano -2			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:47	1	Almacén general. Despacho	<p>Se observa el archivo de documentación, como albaranes, pedidos, etc. (se conserva en el almacén durante un año). Se observan medios incluidos en el manual de procedimientos (pistola lectora, impresora de pegatinas).</p> 
12:48	1	Almacén	<p>Medios de transporte de mercancías, tal y como se describe en el manual de procedimientos (transpaletas manuales y eléctrica, carros, pallets). Se observa algún desperfecto en la señalética de paso (cinta adhesiva deteriorada o cortada) solo se observa en el recorrido de la puerta, siendo necesario asegurar la señalética en el resto del almacén. Alguna luz fundida.</p> 
12:48	1	Almacén, ref 100347	<p>Solicitamos la impresión desde SAP de 10 referencias al azar y verificamos que las cantidades son las indicadas. Comenzamos con la referencia 100347, en SAP se indican 10.300 unidades en la ubicación 184 del almacén 1000. En dicha ubicación observamos la pegatina con la referencia y una hoja de seguimiento de entradas y salidas (no hay anotaciones del día, pero consta 10.200 unidades en la última fila: La última fecha anotada es 10/2. Contamos 9.799, y todas las caducidades son correctas.</p>  <p>Parece faltar la hoja que continua con el listado. Posteriormente recibimos el listado de SAP al finalizar el día donde consta que han salido 600 unidades a la 234B.</p>

AUDITORÍA 11-02-2020: Almacen general planta 1 y sótano -2

H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
12:53	1	Almacén, ref 100956	<p>Según SAP hay 650 unidades, En la hoja se ha anotado salida de 50 unidades a paritorio. Contamos 600 unidades y en el listado recibido consta que a final del día hay 600 unidades.</p> 
12:53	1	Almacén, ref 102097	<p>Ubicación e identificación correcta. Contamos 200 unidades y en SAP constan 200. Caducidades correctas.</p> 
12:53	1	Almacén, ref 100960	<p>Contamos 700 unidades que son las indicadas en la hoja de control y verificamos que no se han producido salidas.</p> 
12:53	1	Almacén, ref 101513	<p>En la hoja de control hay anotadas 1.008 unidades, contamos 1.020 que es lo anotado en SAP. No hay anotadas salidas del día. Al final del día en SAP se registran salidas por 12 unidades a la 420C. En algún momento no se ha anotado correctamente el movimiento de existencias en la hoja de control pero en SAP se ha verificado que es correcto.</p>
12:59	1	Almacén	<p>Armario ignífugo que contiene productos cuyo almacenaje debe añadir medidas preventivas. Junto al armario está disponible un extintor cuya verificación de uso está vigente. Todos los productos disponen de la hoja de control de existencias. Uno de los fluorescentes está fundido.</p> 



AUDITORÍA 11-02-2020: Almacén general planta 1 y sótano -2			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
13:00	1	Almacén	<p>Se observan los materiales colocados según sus referencias, ausencia de obstáculos en los pasillos y superficies horizontales y verticales en buen estado. Alguna de las luces está fundida dificultando la lectura de las referencias. En la muestra revisada no se observa ningún material caducado, ni a temperaturas fuera de los rangos recomendados por los fabricantes.</p> 
13:05	1	Almacén	<p>En la zona de ubicación de mercancía 109, en el poyete de la ventana, se observan pelusas acumuladas y restos de metal.</p> 
13:10	1	Recepción de material	<p>Se observa el cumplimiento del procedimiento en cuanto a recepción de material, desde llegada de proveedor, verificación de recepción con hoja de pedido y albarán, registro en SAP, colocación hasta su destino, almacén o pedido directo a unidad peticionaria. Revisión del número de pedido: 4500721633 de 10/2/20 al proveedor número 10008295, albarán de entrada de 11/2/20.</p> 
13:30	-2	Almacén	<p>Gestionado correctamente. Realizan inventarios semanales. Disponen del mismo sistema de registro in situ que el visto en el de picking. Hay dos almacenes: paletizado y medio volumen.</p>

AUDITORÍA 11-02-2020: Almacén general planta 1 y sótano -2

H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
13:30	-2	Almacén	Se observan paredes deterioradas, medios de señalización de pallets y vías de circulación de transpaletas y personas deterioradas, rodapiés sueltos. <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;">    </div>
13:32	-2	Almacén: ref 102098	Ubicación e identificación correcta. Contamos 8.800 unidades y en SAP constan 9000, se han repartido 200 unidades a pediatría, anotado en hoja de control de esta referencia. Caducidades correctas. <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;">   </div>
13:33	-2	Almacén: ref 113878	Ubicación e identificación correcta. Contamos 2.400 unidades y en SAP constan 2.450, se han repartido 50 unidades a diálisis, anotado en hoja de control de esta referencia, sin anotar la fecha de 11/2. Caducidades correctas. <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;">   </div>
13:33	-2	Almacén: ref 101826	Ubicación e identificación correcta. Contamos 8.375 unidades y en SAP constan 9.450, se han repartido 1.075 unidades, anotado en hoja de control de esta referencia. Caducidades correctas.
13:35	-2	Almacén: ref 102098	Ubicación e identificación correcta. Contamos 8.800 unidades y en SAP constan 9.000, se han repartido 200 unidades a pediatría, anotado en hoja de control de esta referencia. Caducidades correctas.

AUDITORÍA 11-02-2020: Almacén general planta 1 y sótano -2

H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
13:32	-2	Almacén: ref 101731	<p>Ubicación e identificación correcta. Contamos 97.600 unidades y en SAP constan 33.000. En la hoja de control las anotaciones son distintas a las registradas en SAP. Consta que el día anterior había 40.000 unidades y se reparten 7.400:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 400 unidades paritorio • 400 unidades psiquiatría • 1000 a pediatría • 600 a farmacia • 4000 a consultas externas • 1000 a diálisis <p>Según SAP a final del día se han repartido 5.400 unidades a diferentes unidades y hay 97.600:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 400 a 529D paritorio, • 1000 a 320C pediatría, • 400 a 320B psiquiatría, • 2000 a 234B consultas externas, • 1000 a 125B diálisis, • 600 a 033C anatomía patológica <p>Se confirma la entrada de un pedido realizado 10 de febrero y con albarán de entrada en el hospital 11 de febrero con 70.000 unidades.</p>
13:32	-2	Almacén: ref 101731	<p>Hoja de control</p>

H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:43	2	Almacén 234A atención ambulatoria	Identificado y con listado de material pactado para esta unidad. Además, se observa una de las estanterías dedicada a la lencería de la unidad también con el listado de la ropa pactada para esta unidad. No se observan deficiencias relacionadas con los servicios concesionales. 
10:06	2	Almacén 136E	Limpio y mantenido, no se observan deficiencias en caducidades o ubicación de material. No se utilizan métodos de control como doble cajetín o similar. 

D) PUNTOS FUERTES DEL SERVICIO

- El sistema de control de stock y movimientos de mercancías en papel ubicado en cada material de referencia SAP que permite llevar un exhaustivo control de existencias. Los inventarios mostrados muestran todas las diferencias 0 entre existencias y registros SAP.
- La percepción del servicio por parte de los trabajadores de la empresa pública que no indican incidencias.

E) ÁREAS DE MEJORA

- Revisar la señalética y estado de los almacenes en relación con la normativa relacionada con la prevención de riesgos laborales.
- Los almacenes de planta se gestionan por el método tradicional del conteo de existencias y reposición hasta el pacto establecido con las áreas funcionales. Parece obvio que la no instalación de mecanismos de gestión facilitadores como el doble cajetín dificulta tanto la gestión de estos almacenes como el trabajo de los propios sanitarios. Se recomienda introducir el sistema de doble cajón, acompañado del sistema de software que facilite su gestión. Este sistema podría introducirse en los almacenes de fungibles de las hospitalizaciones y en aquellos cuyas dimensiones sean apropiadas para su implantación.

3.2.12. CRITERIOS DEL SERVICIO PERSONAL ADMINISTRATIVO (ADM)

A) DOCUMENTACIÓN Y VISITAS

Responsable de servicio: [Ana María Civeira Suárez](#)

Socio operativo: [HOSPEBECA](#)

Visita el [23-1-2020](#), [11-2-2020](#) y [26-2-2020](#)

La **documentación recibida** ha sido la siguiente:

Manual de procedimientos

El manual de procedimientos "HSE-PRONEG/ADMINI.1.1" editado el 30-6-2009 y no está validado por el hospital. Son 7 páginas que incluyen:

- Horarios de trabajo (sobrecargas)
 - Recepción información: 7:00 a 22:00 (urgencias y vestíbulo principal)
 - Programación citas: 7:00 a 22:00
 - Apoyo asistencial: 7:00 a 22:00
 - Centralita: 24 horas
 - Urgencias: 24 horas
 - Área no asistencial: 08:00 a 14:00 y 15:00 a 17:45
- Registros
 - Partes de tareas
 - Registros de llamadas
- Derechos usuarios
- Cartera de servicios: apoyo asistencial: unidad gestión económica, compras y suministros, recursos humanos
- Cartera de servicios área asistencial: admisión y urgencias (camas), pruebas diagnósticas, citas, farmacia, derivaciones y canalizaciones, LEQ y reprogramaciones.

El **manual de procedimientos del servicio de admisión del año 2013 del Hospital del Sureste** con 210 páginas que contiene los procedimientos administrativos, realizado por la doctora Madroñero Cuevas (programas SELENE, Cibeles, Horus, RULEQ, salud.madrid.org, libros Excel...):

- Cartera de procedimientos de derivaciones: con los siguientes procedimientos
 - ✓ Peticiones de pruebas de laboratorio fuera del catálogo (administrativos es como citaciones)
 - ✓ Libre elección, derivación a otro hospital (el administrativo lo gestiona en el puesto de citaciones de la segunda planta) y libre elección selección hospital del sureste (el administrativo registra las solicitudes que entran en el hospital y las gestiona informando al facultativo receptor, al paciente y al hospital de origen)
 - ✓ Libre elección desde urgencias
 - ✓ Derivación test de sudor en niños (gestiones con Hospital Gregorio Marañón)
 - ✓ Derivación de pacientes a consulta de cáncer heredo familiar
 - ✓ Libre elección desde atención al paciente: canalizaciones
 - ✓ Registro y derivación a foniatría (CRL): (gestiones con Hospital Gregorio Marañón)
 - ✓ Valoración de pacientes en ILT (incapacidad laboral transitoria)
- Cartera de procedimientos de información: con los siguientes procedimientos
 - ✓ Autorización de comunicación de información confidencial a pacientes (salvo exigencias legales)
 - ✓ Cesáreas programadas: reserva de camas el día anterior y recordatorio al paciente de cómo acudir el día del ingreso, si ingresa por urgencias se debe comunicar a camas...

- ✓ Búsqueda de pacientes en Selene
- ✓ Identificación o verificación de datos personales y demográficos: Identificación de pacientes en situaciones concretas; Registro de menores; Registro de recién nacidos.
- ✓ Mantenimiento de la base de datos
- Cartera de procedimientos atención ambulatoria: con los siguientes procedimientos
 - ✓ Citación RMN con sedación: los administrativos revisan diariamente el buzón ITCPREANR, peticiones en bloque 500 a admisión citados por administrativos
 - ✓ Procedimiento de citación
 - ✓ Procedimiento de prestación riesgo suicida (ARSUIC)
 - ✓ Citas sucesivas poscirugía (gestión CMA...)
 - ✓ Identificación y registro de paciente no asegurado
- Cartera de procedimientos actividad quirúrgica: con los siguientes procedimientos
 - ✓ Asignación TNP
 - ✓ Factura sanitaria en procesos quirúrgicos CMA
 - ✓ Inclusión en lista de espera quirúrgica
 - ✓ Mantenimiento de registro en LEQ (aplazamiento, derivación y salida)
 - ✓ Registro programación quirúrgica
 - ✓ Emergencia de cesárea
 - ✓ Gestión solicitud inclusión en LEQ
 - ✓ Gestión del estudio preoperatorio
- Cartera de procedimientos mantenimiento de agendas: con los siguientes procedimientos
 - ✓ Definición y mantenimiento de recursos
 - ✓ Normativa de gestión de consultas externas
 - ✓ Gestión de agendas
 - ✓ Agendas de nueva creación
 - ✓ Modificación de estructura de agendas
 - ✓ Modificación de planificación de agendas
 - ✓ Comunicación de modificación estructura de agendas
 - ✓ Actuación en la modificación estructura de agenda
- Cartera de procedimientos Urgencias: con los siguientes procedimientos
 - ✓ Citación de pacientes con urgencias oftalmológicas procedentes del Hospital Gregorio Marañón
 - ✓ Citación en el circuito diagnóstico rápido desde urgencias
 - ✓ Identificación de pacientes desde urgencias, información y hospital de día
 - ✓ Traslados de pacientes a otros centros
- Cartera de procedimientos Hospitalización: con los siguientes procedimientos
 - ✓ Registro unificado de camas
 - ✓ Emisión de citas al alta hospitalaria
 - ✓ Definición de recursos
 - ✓ Solicitudes de ingreso
 - ✓ Programación del ingreso
 - ✓ Asignación de recurso
 - ✓ Gestión de camas
 - ✓ Traslado interno de pacientes
 - ✓ Gestión de altas
 - ✓ Gestión de neonatos
 - ✓ Ingreso obstétrico

Informes mensuales:

Informes mensuales de septiembre a diciembre 2019 (completos) incluyen:

- Registro de actividad realizada por especialidad (citas y pendientes de citar)

MES DE 2019	CITADAS	PENDIENTES
Septiembre	48.396	3.131
Octubre	70.665	6.199
Noviembre	53.976	3.478
Diciembre	43.545	2.767

Tabla 80. Actividad por especialidad (citas) informes mensuales de servicio de apoyo administrativo de septiembre a diciembre de 2019

- Reprogramaciones por especialidad, agenda y motivo
- Agendas: por especialidad (modificaciones, creaciones, aperturas, bloqueos)
- Registro de nacimientos
- Planificación de plantilla mensual para el mes siguiente

Categoría	Zona / Puesto	Horario	PUESTOS										
			Lunes a viernes			Sábados			Domingos y festivos				
			M	T	N	M	T	N	M	T	N		
JEFE DE SECCIÓN	ADMINISTRACIÓN	09:00 a 18:00	1										
RESPONSABLE	ADMISIÓN	08:00 a 16:00	1										
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	INFORMACIÓN	07:00 a 22:00	1	1		1*	1*		1*	1*			
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	PROGRAMACIÓN CITAS	07:00 a 22:00	6	1									
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	APOYO ASISTENCIAL / RE	07:00 a 22:00	7										
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CENTRALITA	24 HORAS	1	1	1				1				1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	URGENCIAS	24 HORAS	2	2	1	2	2	1	2	2	1		1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ÁREA NO ASISTENCIAL	08:00 a 15:00	4										
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ÁREA NO ASISTENCIAL	08:00 a 18:00		1									
			23	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Listado de personal del servicio

Se recibe el listado del personal del servicio con 44 auxiliares administrativos y 2 responsables. Se complementa con:

- 8 auxiliares administrativos en el listado de personal de Phunciona que trabaja para el hospital:
- 11 trabajadores en el listado de personal de la concesionaria que trabaja como jefes de sección, administrativos o auxiliares administrativos:

Medios técnicos y materiales


Medios no documentados. Se deben documentar con independencia del propietario de los mismos, indicando los puestos en los que se trabaja y los medios disponibles en cada puesto. Por ejemplo puntos de centralita por tipo (telecita, información...), impresión de pulseras identificativas de pacientes, ordenadores y programas en uso, turnómetros en salas de espera, etc. La concesionaria indica que pertenecen al inventario del Hospital (activos fijos) y tienen etiqueta diferente a excepción de las sillas de ruedas.

Además, se debe completar la información del servicio con los programas que se utilizan en cada puesto de trabajo y su uso en cada servicio, así como las condiciones y requisitos de acceso que permiten cumplir con la normativa vigente en materia de protección de datos personales y confidencialidad y con las estrategias del hospital. Ello permitiría adaptar la formación de los auxiliares administrativos en los programas que utilizan según el servicio en el que ocupan un puesto de trabajo.

Medios para prevenir la confidencialidad y cumplir con la normativa

Se muestra el anexo con las cláusulas adicionales de los contratos de trabajo donde se incluye el cumplimiento de la normativa en materia de protección de datos personales. En dicho anexo se incluye:

- Código ético y normas internas
- Normas relativas al tratamiento de la protección de datos
- Confidencialidad y deber de secreto
- Falsedad documental
- Regulación del uso de nuevas tecnologías
- Grabación de imágenes y control de acceso y/o presencia
- Normas de vestuario
- Movilidad



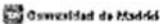

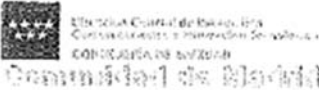

Sírvase este documento como anexo al contrato de trabajo celebrado de una parte por Hospiteca S.A. (en adelante la Empresa) y de otra parte por (en adelante el trabajador/trabajadora) a fecha 02 de noviembre de 2019, con las siguientes,

CLAUSULAS ADICIONALES.

PRIMERA: EXISTENCIA DEL CODIGO ETICO Y NORMAS INTERNAS

La Empresa dispone de un Código Ético así como un Manual del Empleado, que el trabajador ha recibido, poniéndose de manifiesto en dichos documentos, las normas internas establecidas que todo trabajador debe cumplir. Dichos documentos son aplicables a la totalidad de empleados de la Empresa, con carácter general y con independencia del puesto laboral o categoría y forman parte de la política interna de la misma. El trabajador acepta dichas Normas de Conducta de forma expresa e inequívoca mediante la firma de las presentes cláusulas adicionales a su contrato de trabajo. Este Código Ético y Manual del Empleado podrán ser modificados posteriormente, siempre que no menoscaben o limiten los derechos contenidos en las copias entregadas al Trabajador a su incorporación a la Empresa.

También se muestra el anexo de la Comunidad de Madrid sobre el acceso a los sistemas que firman todos los trabajadores.



ANEXO I. OBLIGACIONES DE ACCESO A LOS SISTEMAS

ACCESO A LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL CENTRO HOSPITALARIO

A los efectos de cumplir el artículo 9.2 del RD 994/99, a continuación se citan las normas de seguridad que afectan al desarrollo de sus funciones respecto al tratamiento de datos de carácter personal y datos de salud para toda persona que acceda a los sistemas de información del centro hospitalario, en adelante *el usuario*.

El usuario, accederá a los datos contenidos en los sistemas, entre los que se encuentran datos personales

SIGIS años 2018 y 2019

Etiquetas de fila	2018	2019	Total
Atención mostradores (largas esperas, información errónea, peticiones no resueltas)	1	6	7
Impresión hoja citas desde mostrador	1		1
Información errónea a pacientes		2	2
Largas esperas		4	4
Atención telefónica	17	39	56
Comunicación no posible por pacientes	1	8	9
Comunicación interna no posible	1		1
Información errónea a pacientes	1		1
Tiempo espera y % de llamadas perdidas (informe ICM)	14	31	45
Citaciones	56	154	210
Cambio de cita no comunicada	4		4
Gestión incorrecta de agendas	49		49
Incompletas, con errores, enviadas a pacientes distintos	3	21	24
No realizadas		133	133
Confidencialidad	1		1
Información a familiares (no realizada o con errores)	2	1	3
Ingreso de pacientes (con errores, retraso, gestión errónea)	6	4	10
Programa de petición de ambulancias	1		1
Recepción correos		1	1
Reprogramación		16	16
Seguridad de pacientes (error en pulsera identificativa)		2	2
Solicitud de informes (no remitidos, con errores, con retraso)	7	10	17
Total	91	233	324

Tabla 81. Listado de SIGIs servicio de apoyo administrativo, años 2018 y 2019

Quejas

Observaciones	AÑO	2018	2019	Total
ADMINISTRATIVOS		51	43	94
ADMISIÓN		2	1	3
CITACIONES		75	73	148
EXTRACCIONES		1		1
Total		129	117	246

Tabla 82. Número de quejas servicio apoyo administrativo, años 2018 y 2019

Formación: 2018 y 2019

SERVICIO	CURSO PREVISTO EN EL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
Administrativos /Dirección	Control del estrés	2º Trimestre	10	2 horas	On line

SERVICIO	CURSO PREVISTO EN EL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
Administrativos /Dirección	Control de estrés	Mayo 2018	10	2 horas	
	Trastornos musculo esqueléticos	Junio 2018	12	2 horas	

SERVICIO	CURSO PREVISTO EN EL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
12. Administrativos	Protección de datos en la empresa (LOPD)	4º Trimestre 2018	30 asistentes Auxiliar administrativo/a	8	Modalidad Presencial

SERVICIO	CURSO PREVISTO EN EL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
Todos los servicios	Plan de Autoprotección: Equipos de Intervención/Evacuación	mayo/junio/julio 2019	128	1hora	

SERVICIO	CURSO PREVISTO EN EL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
11. Administrativos	Plan de Autoprotección: Equipos de Intervención/Evacuación	3er Trimestre	Todo el personal	1 hora	

SERVICIO	CURSO FUERADEL PFC	FECHA DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE ASISTENTES Y CATEGORÍA	DURACIÓN (nº horas):	OBSERVACIONES
12. Administrativos	Curso operativo y herramientas informáticas	4º Trimestre 2019	34 asistentes Auxiliar administrativo/a	4 horas	Modalidad Presencial
	Curso Eficiencia Energética	4º trimestre	Todo el personal	1 hora	

Observaciones criterios generales

Las observaciones de este servicio que afectan a los criterios generales son:

CRITERIOS		OBSERVACIÓN	VALOR
DGC.7	La concesionaria emite todos los informes que la Administración Sanitaria le solicita, cumpliendo los plazos y las especificaciones que se le indican.	Algunas SIGIs están relacionadas con el envío de informes en tiempo y forma adecuado.	4
DGC.10	La concesionaria comunica las incidencias a la Administración Sanitaria en tiempo y forma adecuados, y establece las acciones correctoras que permiten corregir las desviaciones.	Algunas SIGIs son respondidas con retraso.	4

CRITERIOS		OBSERVACIÓN	VALOR
RH.2	La concesionaria tiene establecido el número de personas que prestan los servicios, clasificadas por servicio, nivel de formación, categoría profesional, jornada anual y semanal, turno de trabajo, puesto de trabajo y distribución de las cargas de cada puesto por categoría.	No se muestran estudios de carga de trabajo. No se atienden todas las solicitudes de servicio.	3
RH.3	Todo el personal a cargo de la concesionaria y de las empresas contratadas tiene la titulación exigida para el puesto de trabajo que ocupa y los conocimientos suficientes para la correcta prestación del servicio.	No se garantiza que el personal dispone los conocimientos suficientes para realizar las actividades. Se muestran incidencias relacionadas en este sentido (24 de ellas agrupadas como citaciones incompletas, con errores, enviadas a pacientes distintos, otras agrupadas como información errónea a pacientes o reprogramaciones con errores).	4
GMA.2	El Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) establece objetivos para mejorar el impacto medioambiental, que son revisados regularmente y medidos, estableciendo acciones correctivas de las desviaciones.	Si bien no se muestran objetivos como tales si se dispone de un análisis del volumen de residuos gestionados.	3
CAL.4	La concesionaria ha establecido "métodos y manuales de procedimiento" y "protocolos de actuación" de todos los servicios que presta, teniendo documentados todos los métodos de producción y realización de actividades. Todos los métodos, manuales de procedimiento y protocolos de actuación han sido validados por la Administración Sanitaria	Actualizar y validar el manual de procedimientos con la administración sanitaria. Referir en este manual la referencia a los procedimientos de la administración.	3
CAL.6	Todo el personal de la concesionaria y de las empresas contratadas lleva en todo momento la identificación que ha sido autorizada por el hospital.	Durante las visitas un trabajador no disponía de la tarjeta identificativa.	4
CAL.8	La concesionaria tiene establecido un procedimiento de la entrega y recogida de ropa para lavar (uniformes) para que ésta esté siempre en perfectas condiciones de limpieza e higiene, realizando el cambio de ropa cuantas veces sea necesario.	Procedimiento uniformidad. Se muestran evidencias de entrega de uniformes, pero no se muestra el procedimiento.	4

CRITERIOS		OBSERVACIÓN	VALOR
CAL.9	Periódicamente se realizan encuestas de satisfacción al personal de la concesionaria y de las empresas contratadas. El resultado de las encuestas de satisfacción se entrega a la Administración Sanitaria.	No se ha realizado ninguna en el periodo de dos años analizados. Se informa que se ha programado una para este año 2020, y se muestra el diseño de la encuesta.	2
MM.1	La concesionaria ha documentado los recursos materiales y técnicos que aporta para la prestación de los servicios.	Medios que utiliza el servicio. Describir los puestos donde se trabaja con ubicación en plano y los medios en cada caso (ordenador, programas de acceso, impresora de pulseras, sillas de ruedas disponibles, ...)	1
SC.2	La concesionaria y empresas contratadas cumplen el deber de respetar los derechos de los usuarios del Hospital.	Se detectan algunas incidencias relacionadas (impresión de justificantes, citación o acceso al hospital vía telefónica para citación, etc.)	4
SC.4	La concesionaria y empresas contratadas aseguran que el servicio se realiza con las debidas precauciones tanto para las personas que realicen las actuaciones, como para los pacientes, visitantes y empleados.	Se producen fallos que ponen en riesgo la seguridad de pacientes (pulsera identificativa errónea)	4
SC.5	La concesionaria y empresas contratadas cumplen el deber de respetar la confidencialidad del personal a su cargo y con relación a cuantos datos e informaciones conozca por la participación en la prestación del servicio (en el contrato de cada trabajador existe una cláusula en este sentido y las medidas disciplinarias y de todo tipo previstas en caso de incumplimiento).	Se detectan incidencias relacionadas con la protección de datos (información sobre hospitalizados) y confidencialidad de la información (envíos de documentos a destinatarios no permitidos).	4
SC.6	La concesionaria es responsable de los fallos del servicio que afectan a la operatividad total o parcial del área sanitaria.	Evitar aquellos fallos que dan lugar a inoperatividad de los servicios introduciendo medidas preventivas y correctivas en las más frecuentes.	4

Personal entrevistado durante las visitas

SERVICIO	TRABAJADOR	OBSERVACIÓN	U	I	
12	Administrativo	AC	Responsable de servicio	-	Si
12	Administrativo	NDP	Ayudante de responsable	OK	Si
12	Administrativo	RS	Atendiendo en mostrador información	OK	Si
12	Administrativo	AR	Atendiendo en mostrador información	OK	Si

SERVICIO		TRABAJADOR	OBSERVACIÓN	U	I
12	Administrativo	IP	Citaciones digestivo	OK	Si
12	Administrativo	TS	Centralita	OK	Si
12	Administrativo	NS	Citaciones laboratorio	OK	Si
12	Administrativo	AA	Programa digestivo	OK	Si
12	Administrativo	BC	Citaciones consultas	OK	NO
12	Administrativo	RMA	Mostrador citaciones	OK	Si
12	Administrativo	AS	Registro nacimientos	OK	Si
12	Administrativo	YS	Derivaciones	OK	Si
12	Administrativo	MP	Derivaciones	OK	Si
12	Administrativo	YO	Derivaciones	OK	Si
12	Administrativo	NP	Camas y lista de espera	OK	Si
12	Administrativo	DP	LEQ	OK	Si
12	Administrativo	MA	LE	OK	Si
12	Administrativo	EO	Mostrador hospital de día	OK	Si
12	Administrativo	ABV	Admisión urgencias	OK	Si

B) EVALUACIÓN DE CRITERIOS

ID	CRITERIOS PERSONAL ADMINISTRATIVO (ADM)	16	EVALUACIÓN
ADM.1	La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de Gestión de personal administrativo.	4,6	Es la media aritmética de las puntuaciones otorgadas a todos los criterios generales.
ADM.2	El manual de procedimientos de la unidad contempla procedimientos para desarrollar las actuaciones administrativas necesarias para que el personal de la Administración Sanitaria (personal directivo, personal asistencial, personal de gestión), pueda realizar su trabajo y para proporcionar el servicio de Recepción / Información de pacientes y visitantes y el funcionamiento de la Centralita Telefónica, todos los días al año en los turnos y con las condiciones acordadas con la Administración Sanitaria.	4	Incluido en el manual de procedimientos, aunque no está validado. La concesionaria indica que “existen procedimientos internos de la SC y la empresa subcontratada” que no se han mostrado en esta auditoría.
ADM.3	La Unidad cuenta con una gestión técnica informatizada compatible e integrada con los aplicativos de la CAM.	5	El aplicativo es de la administración sanitaria. No es gestionado por la concesionaria.
ADM.4	La Unidad de Gestión de Personal Administrativo cuenta con personal capacitado y especializado para desarrollar las funciones administrativas requeridas por la dirección, las áreas asistenciales, el área de Docencia, Investigación, Biblioteca y Formación Continuada y el área no asistencial (unidad de gestión económica, Suministros y Compras, Unidad de Recursos Humanos Control y Registro de entradas y salidas de documentos y paquetes, Unidad de servicios generales y Unidad Técnica de Control.	3	Se detectan incidencias relacionadas con este criterio (personal que no utiliza adecuadamente los aplicativos informáticos establecidos para realizar las actividades, o bien no realiza los informes tal y como se le indica).


ID	CRITERIOS PERSONAL ADMINISTRATIVO (ADM)	16	EVALUACIÓN
ADM.5	El manual de procedimientos de la unidad contiene los nombres y los cargos relevantes del hospital y sus ubicaciones actualizados a ser posible 48 horas antes del cambio.	4	Tras recibir la información por parte del hospital se actualizan los documentos de la concesionaria. Existe alguna incidencia relacionada con la comunicación interna y con la información relacionada proporcionada a usuarios.
ADM.6	La unidad dispone de un Manual con información sobre la ubicación de todas las dependencias del hospital y de los medios disponibles para discapacitados actualizado.	4	El manual de procedimientos establece la obligación del personal de conocer esta información, pero no está descrita con todos los criterios indicados. Se detecta alguna incidencia relacionada.
ADM.9	La unidad dispone de un manual actualizado de información de teléfonos de todas las dependencias del Hospital y sus horarios de funcionamiento, el nombre, apellidos, lugar de ubicación, teléfono y horarios de atención de las personas relevantes del Hospital, los teléfonos y horarios de atención de otros Centros de la Red Única Sanitaria y otros teléfonos de interés.	5	El manual de procedimientos establece la obligación del personal de conocer esta información. Disponen de una base de datos para cumplir con la estrategia del hospital de evitar papel en lo posible. Esta base de datos se actualiza siempre que se detecta un cambio.
ADM.13	El personal administrativo realiza las funciones propias de la Administración y otros soportes según el catálogo de servicios acordado.	3	Se detectan incidencias repetitivas relacionadas (SIGIS y quejas) en citaciones, agendas, ingresos etc.
ADM.14	El personal que realiza la recepción e información de pacientes, familiares y visitantes conoce la ubicación de todas las dependencias del hospital, de los medios para personas discapacitadas disponibles y del nombre , apellidos, lugar de ubicación y teléfono de las personas relevantes del Hospital, tanto de la Dirección, como mandos intermedios ya sean de la Administración Sanitaria como de la Sociedad Concesionaria.	4	Alguna incidencia puede relacionarse con este criterio (información a pacientes y familiares)
ADM.15	La recepción / información de pacientes , familiares y visitantes se realiza en turno de mañana, tarde y noche atendiendo los requerimientos de información, para lo que debe conocer la ubicación de todas las dependencias del hospital y de los medios disponibles para discapacitados y los nombres y ubicaciones de los cargos relevantes.	4	Alguna incidencia puede relacionarse con este criterio.
ADM.16	El personal de la Unidad acompaña a enfermos, familiares o visitantes al lugar donde vayan del Hospital cuando se haya programado.	5	No se detectan incidencias relacionadas con este criterio. No acompañan a los usuarios, se llama a un TIGA en caso necesario.
ADM.17	La Unidad organiza los actos que determine la Administración Sanitaria (Congresos, Mesas, Jornadas de difusión, etc.) y bajo sus directrices, previa comunicación con un plazo mínimo de cuatro días de antelación.	5	No se detectan incidencias relacionadas.

ID	CRITERIOS PERSONAL ADMINISTRATIVO (ADM)	16	EVALUACIÓN
ADM.18	La Unidad de Atención Telefónica atiende todas las llamadas que se realizan desde el exterior del Hospital y que necesiten información que no se facilite automáticamente por la centralita telefónica y atiende las llamadas del interior del Hospital, ya sea de pacientes o de personal.	3	Se detectan incidencias relacionadas (sigis). Los porcentajes recibidos del hospital en cuanto a llamadas perdidas y tiempos de espera no siempre están en los rangos establecidos. Además, varias quejas pueden relacionarse con la atención telefónica. La evolución de estos indicadores es cada vez más deficiente en los años analizados.
ADM.20	El personal de la unidad de atención telefónica conoce los teléfonos de todas las dependencias del Hospital y sus horarios de funcionamiento, el nombre, apellidos, lugar de ubicación, teléfono y horarios de atención de las personas relevantes del Hospital, los teléfonos y horarios de atención de otros Centros de la Red Única Sanitaria y otros teléfonos de interés.	5	No se detectan incidencias relacionadas.
ADM.21	Periódicamente el responsable de la Unidad realiza un muestreo aleatorio para verificar los conocimientos y actualizaciones de su personal administrativo de apoyo a las unidades y de la unidad de Atención telefónica.	2	No hay evidencias del cumplimiento de este criterio, sin embargo, la concesionaria indica que “se realizan reuniones individuales y/o colectivas con las administrativas periódicamente para revisar procedimientos y actualizar conocimientos”. Estas actividades no se documentan.
ADM.22	El tiempo máximo de respuesta para llamada de entrada es 30 segundos, de urgencia de 10 segundos y se considera llamada perdida tras un minuto. El porcentaje de llamadas perdidas no excede el 3% .	4	Se detectan varias incidencias relacionadas, donde se indica que el porcentaje de llamadas perdidas es superior al 3% y el tiempo de respuesta es superior a los 30 segundos establecidos.
ADM.23	La Unidad de Atención Telefónica localiza a las personas que están de guardia localizada en los sistemas de intercomunicación de larga distancia, cuando sean requeridas por el personal sanitario acreditado del Hospital.	5	No se detectan incidencias relacionadas.
ADM	INDICADOR DEL NIVEL DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE PERSONAL ADMINISTRATIVO	4,1	

Tabla 83. Resultados de nivel del servicio de apoyo administrativo (ADM)

C) OBSERVACIÓN DEL PROCESO DE PERSONAL ADMINISTRATIVO

A continuación se incluye una tabla con fotos de las observaciones realizadas durante la auditoría y otras evidencias.

AUDITORÍA 26-02-2020: Administrativos			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
8:45	B	Despacho responsable	Comenzamos la auditoría con Ana Carpintero (identificada) responsable del personal del servicio de administrativos. Como ayudante de la responsable se encuentra en este despacho Nuria Diaz (identificada y uniformada) En este despacho no entran usuarios. El despacho está limpio y mantenido.
8:47	B	Mostrador de información	Disponen de un espacio para sillas de ruedas, gases medicinales, contenedor de documentación confidencial. Se observan medios contraincendios con revisión vigente. Hay dos puestos ocupados de administrativos (Rosario y Alejandra) identificadas y uniformadas. Están atendiendo a los usuarios. En la fila hay 4 personas esperando ser atendidas. Se observa la correcta resolución de los planteamientos de los usuarios, en tiempo y forma adecuado (respetando las normas del servicio y los derechos de los usuarios).
8:55	B	Pasillo despachos administrativos	La zona está limpia y mantenida. Los despachos no están identificados con su funcionamiento, salvo el de "registro de nacimientos" donde se indica en la puerta el horario de atención. 
8:57	B	Centralita	Se observa un despacho amplio limpio y mantenido. Hay 6 puestos, 5 de los cuales están ocupados en el momento de la visita por: <ul style="list-style-type: none"> • Isabel (está realizando citaciones de digestivo). Se observa la correcta comunicación con usuarios respetando los procedimientos y los derechos de los usuarios). Está identificada y uniformada • Teresa (está atendiendo la centralita y realizando citaciones). Identificada y uniformada • Noelia (citaciones de laboratorio) identificada y uniformada • Angela Barbara Alonso (reprogramaciones de digestivo) identificada y uniformada • Blanca (citaciones de consultas) uniformada, sin identificar

AUDITORÍA 26-02-2020: Administrativos			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:02	B	Mostrador citaciones	Zona con dos puestos (uno ocupado por administrativo), limpio y mantenido, desde el que se observa la sala de espera. Está atendiendo a los usuarios Rosa (identificada y uniformada). Se observa el trato correcto, el respeto de la confidencialidad y la resolución de las peticiones de 3 usuarios durante la visita.
9:07	B	Sala espera mostrador citaciones	Zona limpia y mantenida. Dispone de equipo para tomar el turno de atención en el mostrador. Se observa la llegada de 3 usuarios que son atendidos en tiempo y forma adecuada.
9:10	B	Registro de nacimientos	No se producen atenciones durante la visita. El despacho está limpio y mantenido. Es confortable en relación con la temperatura y el ambiente. Está trabajando Amparo Santillana, identificada y uniformada correctamente. Explica el protocolo de actuación que coincide con los procedimientos del servicio.
9:12	B	Despacho derivaciones	Zona con tres personas trabajando, identificadas y uniformadas correctamente. Explican su trabajo coincidiendo con los procedimientos del servicio. (Ylenia, Mónica y Yolanda).
9:16	B	Despacho camas y lista de espera	De nuevo se observa una zona limpia y mantenida con tres puestos de trabajo para lista de espera quirúrgica y lista de espera pruebas y consultas externas (Natalia, Davinia y María).

AUDITORÍA 26-02-2020: Urgencias			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
10:45	1	Frente admisión	Cuarto limpio y mantenido donde se ubican las sillas de ruedas disponibles para urgencias.
10:46	1	Admisión urgencias	Puesto ocupado por un administrativo (Ana B). Se observa la atención correcta y resolución de dos usuarios que llegan mientras realizamos la visita. La zona está limpia y mantenida y con los medios de trabajo necesarios para la zona.

AUDITORÍA 26-02-2020: planta 2 Atención ambulatoria			
H	P	ESTANCIA	OBSERVACIÓN
9:22	2	Mostrador Hospital de día	Zona limpia y mantenida, donde se encuentra trabajando Elena, que atiende a usuarios de hospital de día y oncología. Se observa el trato correcto, el respeto de la confidencialidad y la resolución de la petición de un usuario durante la visita. En esta zona hay dos puestos de trabajo, uno de ellos atendido por auxiliar de enfermería.

D) PUNTOS FUERTES DEL SERVICIO

- El trato recibido en las observaciones realizadas durante la auditoría es adecuado, no sucediendo situaciones violentas o desagradables en la muestra analizada. Se observa como en todo momento se respetan los derechos de los usuarios en relación con la información que reciben, el trato, la intimidad, la protección de sus datos personales, etc. En la muestra de incidencias de los dos años analizados no se observan incidencias relacionadas con el trato.

E) ÁREAS DE MEJORA

- Actualizar el manual de procedimientos del servicio que incluya las actividades de forma clara, recursos y registros del servicio y solicitar su validación. Hacer referencia al manual del Hospital sobre el catálogo de actividades administrativas o bien a los procedimientos relacionados, o bien a los procedimientos del servicio que se indica que están documentados. Incluir los aplicativos que utiliza el servicio.
- Diseñar el listado de medios materiales y técnicos que se utilizan en los distintos puestos administrativos con independencia de su propiedad.
- Tomar medidas oportunas para que los indicadores del servicio estén dentro de los márgenes establecidos (tiempo de espera de las llamadas y llamadas perdidas). Por ejemplo se pueden reforzar los puestos en los picos de mayor actividad, mediante personal que pueda redistribuir sus actividades. Con la información disponible para esta auditoría no ha sido posible determinar la carga de trabajo de los administrativos y tan solo se puede intuir algunas sobrecargas en puntos determinados:
 - Centralita: los datos de resultados (llamadas perdidas y tiempo de respuesta) indican que es necesario reforzar estos puestos. Sería necesario disponer de actividad diaria para establecer los picos de actividad. A pesar de ello, no es posible gestionar las colas si no se dispone en el momento de esta información. Existen tecnologías que permiten visualizar el estado de las llamadas de forma que su gestión se hace efectiva al momento.
 - Quejas: no se dispone de información que permita analizar las quejas por motivo. Sin embargo parece que uno de los puntos débiles es la posibilidad de comunicación con el hospital para la gestión de citas, que en varias ocasiones no es posible.
- Informes para la administración: parece necesario una formación más efectiva en relación con los protocolos del hospital para citaciones, ingresos y gestión de agendas. La programación de cursos específicos sobre los aplicativos que se utilizan en el hospital para aquellos trabajadores que ocupen o puedan ocupar puestos determinados, permitiría prevenir incidencias relacionadas con el desconocimiento de los programas y actuaciones en situaciones poco frecuentes.