



Informe de Auditoría Operativa

**SERVICIOS CONCESIONALES HOSPITAL
UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR.**

Nombre de la Organización: Hospital de Vallecas S.A.U.

Fecha: 16 de Julio de 2021



**BUREAU
VERITAS**

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1	CONTROL DE CAMBIOS	2
2	OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA.....	3
3	ALCANCE DE LA AUDITORÍA	4
4	IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR	5
5	PERSONAL ENTREVISTADO.....	5
6	DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA	6
7	PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA	7
8	DESARROLLO DE LA AUDITORÍA.....	9
8.1.	OBLIGACIONES GENERALES.....	9
8.1.1	OBLIGACIONES DE LA DIRECCIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS (DGC).....	27
8.1.2	OBLIGACIONES DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS (RH).....	27
8.1.3	OBLIGACIONES DEL ÁREA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (PRL)	28
8.1.4	OBLIGACIONES DE LA GESTIÓN MEDIO AMBIENTAL (GMA).....	29
8.1.5	OBLIGACIONES DE EFICIENCIA ENERGÉTICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE (EDS).....	30
8.1.6	OBLIGACIONES DE CALIDAD (CAL)	30
8.1.7	OBLIGACIONES DE LOS MEDIOS MATERIALES (MM)	31
8.1.8	OBLIGACIONES DE DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES CRÍTICAS (SC)	31
8.2.	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	32
8.2.1	SERVICIO DE LIMPIEZA (LIM).....	32
8.2.2	SERVICIO DE SEGURIDAD (SEG).....	42
8.2.3	SERVICIO DE RESTAURACIÓN (RES).....	48
8.2.4	SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS (GR)	56
8.2.5	SERVICIO DE MANTENIMIENTO (MTO)	67
8.2.6	SERVICIO DE VIALES Y JARDINES (VJ)	76
8.2.7	SERVICIO DE LAVANDERÍA (LAV)	80
8.2.8	SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN (EST)	86
8.2.9	SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN (DD)	95
8.2.10	SERVICIO DE TRANSPORTE INTERNO-EXTERNO Y GESTIÓN AUXILIAR (TIGAS).....	100
8.2.11	SERVICIO DE ALMACENES (AL)	107
8.2.12	SERVICIO DE APOYO AMINISTRATIVO (ADM)	112
9	RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	121
9.1.	PUNTOS FUERTES.....	121
9.2.	INCIDENCIAS.....	122
9.3.	PROPUESTAS DE MEJORA	124
10	CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.....	124
11	CONFIDENCIALIDAD	124

1 CONTROL DE CAMBIOS

REVISIÓN	MOTIVO	FECHA
0	Edición inicial del documento	16/07/21
1	Se actualiza referencia a versión vigente del Manual del Servicio de Residuos	23/07/21

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	
---	---	---

2 OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA

“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 PPT”.

Es decir, la **Auditoría Operativa** realizada a Hospital de Vallecas S.A.U. **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 el pliego de prescripciones técnicas y los 12 protocolos de servicios se valoran:

- **OBLIGACIONES GENERALES COMUNES A TODOS LOS SERVICIOS**
- **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS POR SERVICIO**

Los resultados aquí descritos son fruto de una investigación muestral, por lo que no se descarta la aparición de desviaciones diferentes en otras auditorías: el primer año (AO1, 2010 – correspondiente a las anualidades 2008-2010), segundo año (AO2, 2012 – correspondiente a las anualidades 2010-2011), tercer año (AO3, 2014 – correspondiente a las anualidades 2012-2013), cuarto año (AO4, 2016 – correspondiente a las anualidades 2014-2015), quinto año informe (AO5, 2018 – correspondiente a las anualidades 2016-2017) y el presente informe (AO6, 2021 – correspondiente a las anualidades 2018-2019-2020).

Para la interpretación de resultados, es importante tener en cuenta que:

- el presente informe recoge 3 años en lugar de los 2 habituales, debido al retraso en la realización de la auditoría por la situación epidemiológica derivada del COVID, con accesos restringidos al hospital para personal externo.
- los resultados pueden estar distorsionados por el COVID, que afecta a la prestación de los Servicios en condiciones normales.

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	
---	---	---

3 ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Organización: Hospital de Vallecas S.A.U.

Sede Central: Avenida de la Gran Vía del Este, 80. 28031 Madrid.

Actividad: Servicios Concesionales Hospital Universitario Infanta Leonor.

Alcance del Sistema: Servicios prestados por la Empresa Concesionaria HOSPITAL DE VALLECAS S.A.U. en el Hospital Universitario Infanta Leonor:

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

Fecha de la auditoría: 7, 8, 13, 14, 15 y 16 de Julio de 2021.

Adicionalmente, se realizó una fase previa de revisión documental del Pliego de Prescripciones Técnicas y Manuales de procedimientos de los Servicios los días 1 y 2 de julio de 2021.

Representante de la Organización: Dña. Begoña Molinero (D. Calidad y Medio Ambiente)

Muestreo realizado / visitas:

Para la realización de la auditoría en remoto, se han muestreado registros de las anualidades 2018-2019-2020. Para ello se solicitó la información en formato digital y envió por correo electrónico. La información recibida fue tratada en todo momento como documentación confidencial y destruida una vez finalizada la auditoría.

La auditoría presencial se ha realizado mediante visitas in situ al Hospital Universitario Infanta Leonor. Al realizarse las visitas de auditoría en el mes de julio de 2021, se han revisado in situ registros correspondientes a mayo-junio-julio de 2021. Asimismo, durante las visitas de auditoría se ha entrevistado a los responsables y al personal en turno de los distintos servicios, se han realizado controles visuales y observado de forma directa la realización de los trabajos y se han comprobado los medios puestos a disposición de los distintos Servicios, tanto materiales, como humanos y organizativos.

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

4 IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR

Auditor Jefe Dña. Patricia Salinas Gómez.

5 PERSONAL ENTREVISTADO

El equipo interlocutor de la Concesionaria ha estado constituido por:

Dña. Begoña Molinero Directora de Calidad y Medio Ambiente.

D. Carlos Allo D. Asistencial (Restauración, Esterilización, Tigas, Administrativos, Almacén y Lavandería).

D. Miguel Cobeña Jefe de Mantenimiento e Instalaciones (responsable de servicios no asistenciales: Limpieza, Seguridad Gestión de residuos, Viales y Jardines, Mantenimiento, Desinsectación y desratización).

El personal entrevistado en los servicios ha sido:

Limpieza, Onet:

- Dña. Mónica Márquez Responsable del Servicio

Seguridad, Alerta y Control:

- Dña. Gema Ruíz Responsable del Servicio

Restauración, Mediterránea de catering:

- Dña. Irene López Responsable del Servicio

Gestión de residuos, Veolia:

- D. Miguel Cobeña Jefe de Mantenimiento e Instalaciones

Mantenimiento, Veolia:

- D. Regino Velasco Jefe de Equipo

Viales y jardines, Veolia:

- D. Mauricio Usma Jardinero

Lavandería, Hospital Logyc:

- D. Carlos Allo D. Asistencial

Esterilización, Albatec Gestión Integral:

- Dña. Carolina López Supervisora

Desinsectación y desratización, Onet:

- Dña. Mónica Márquez Responsable del Servicio

Transporte y gestión auxiliar, Ilunion:

- D. Carlos Allo D. Asistencial
- D. Emiliano Mercuri Coordinador de peticiones
- D. José Miguel Moreno Auxiliar Lencería

Gestión de almacenes y distribución de materiales, Hospital de Vallecas S.A.U.:

- D. Andrés Figueruelo Jefe de Almacén

Gestión de personal administrativo, Fidelis:

- D. Carlos Allo D. Asistencial
- Dña. Coral Ramos Administrativo citaciones
- Dña. Ana Gil Administrativo admisión urgencias

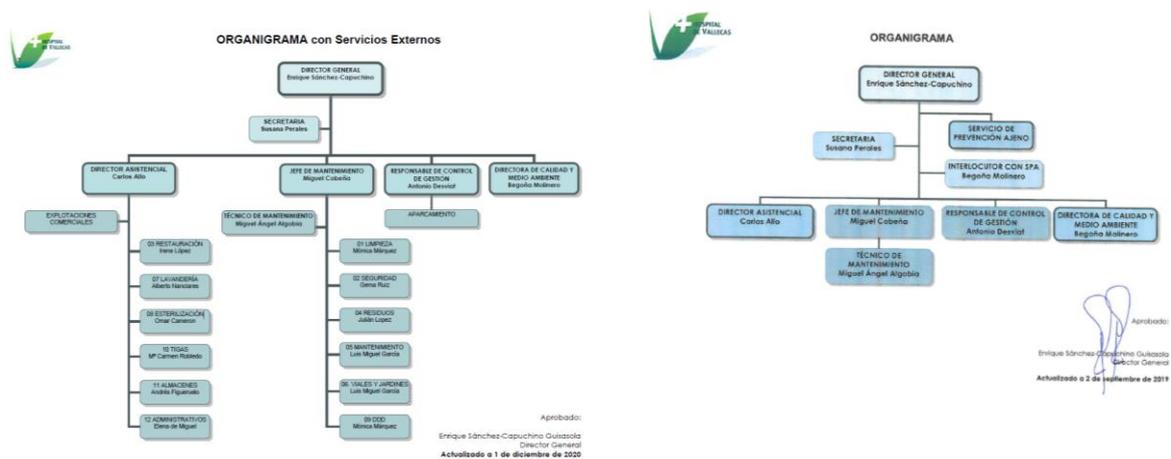
Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

6 DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

Pliego de Prescripciones Técnicas para la Explotación de la Obra del Hospital de Vallecas.

Para la evaluación de las obligaciones comunes a todos los servicios se han utilizado los siguientes documentos:

– **Organigrama** actualizado a **1 de diciembre de 2020** “Organigrama EXT 12_2020” donde aparecen los 12 servicios con su responsable y dependencia jerárquica y funcional. Aprobado por Enrique Sánchez-Capuchino Guisasaola (Director General). Se dispone también del organigrama actualizado a 2 de septiembre de 2019 “Organigrama sept 2019” que corresponde con la parte superior del organigrama anterior y estructura organizativa a nivel de PRL.



– **Manual integrado** de Calidad, Medioambiente y Seguridad y Salud en el documento pdf “Manual CMSS_sep_2012” Sin modificaciones ni revisiones posteriores. Se dispone de **Manual de Funciones y Responsabilidades** “Manual CMSS Func_Resp 09_2019” actualizado a 2 de septiembre de 2019.

– HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR **10 años contigo, comprometidos con tu salud (2008-2018)**. Páginas 40 a 42.

Para la evaluación de las obligaciones específicas de los servicios se han utilizado los **Manuales de procedimiento**, validados por la administración, de los doce servicios. En la tabla se indica en la columna C (cambios) si se han producido cambios respecto a la auditoría anterior del año 2018 (La concesionaria indica que están todos en proceso de actualización pero que los vigentes son los de la auditoría anterior que figuran en la tabla adjunta):

MANUALES DE PROCEDIMIENTO DE LOS 12 SERVICIOS							
Servicio	Nombre Archivo	Elaborado	Aplicación	Ed	Revisión	Anexos	C
01 Limpieza	POS-3.1_Limpieza_rev 3_2016.pdf	11-11-09	Marzo-13	3	25-1-16	6 iguales AO3 (2014)	No

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

02 Seguridad	POS 3.02 seguridad 2013.pdf	Nov-2007	Abril-13	1	19-3-13	5 iguales AO3 (2014)	No
03 Restauración	POS-3.3 Restauración V0.16 (2016).pdf	No indicado	No indicado	16	15-3-16	17 de AO4 (2016) y 1, 2, 3, 6, 8, 12, de AO3 (2014)	No
04 Residuos	POS 3.04 Residuos_rev 03_2013.pdf	20-11-07	Abril-13	2	10-10-18	1 de AO3 (2014) y 4 de AO6 (2018)	No
05 Mantenimiento	POS 3.05 Mantenimiento_2013.pdf	Nov-07	Mayo-13	1	20-4-13	5 de AO3 (2014)	No
06 Viales y jardines	POS 3.06 viales y jardines_abril 2013.pdf	Nov-07	Abril-13	1	19-3-13	9 de AO3 (2014), VII AO4 (2016)	No
07 Lavandería	POS-3.7 Lavandería .V0.8.pdf	No indicado	No indicado	8	15-3-16	15	No
08 Esterilización	POS-3.08 Esterilización v.11.pdf	No indicado	No indicado	11	7-3-15	1 no indicado en doc	No
09 DDD	POS 3.09 DDD marzo 2013.pdf	Nov-07	Abril-13	1	19-3-13	Planos y fichas de AO4 (2016)	No
10 Tigas	POS-3.10 TIGAS V0.11.pdf	No indicado	No indicado	11	14-3-16	8 en el doc.	No
11 Almacén	POS 3.11 Almacenes	No indicado	No indicado	5	4-6-12	4 Anexos falta el 4	No
12 Administrativos	POS-3.12 Administrativo v.13.pdf	No indicado	No indicado	13	15-3-16	No indicado	No

7 PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA

En cumplimiento del Plan de Auditoria previsto se han llevado a cabo las siguientes actividades:

- Reunión inicial

Se ha mantenido reunión inicial entre la auditora y la Directora de Calidad y Medio Ambiente de la organización para comentar el plan previsto y aclarar cualquier posible duda sobre las actividades a realizar. Dicha reunión inicial se realizó el día 7 de julio (remoto).

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

- Entrevistas con el personal

Se ha mantenido entrevistas con los responsables de los distintos servicios y el personal en turno en el momento de la visita de auditoría, con la participación de la Directora de Calidad y Medio Ambiente de la organización, para la recogida de evidencias de auditoría.

- Observación de actividades

Se han visitado las distintas áreas funcionales del hospital para realizar una inspección visual de las instalaciones y medios disponibles, así como observar in situ la realización de las actividades en los distintos servicios, para la recogida de evidencias de auditoría.

- Revisión de documentos y registros

Se han muestreado documentos y registros derivados de las actividades realizadas por los distintos servicios en el periodo de auditoría, para la recogida de evidencias de auditoría. Previamente, se realizó una revisión documental del Pliego de Prescripciones Técnicas y Manuales de procedimientos de los Servicios.

- Evaluación de la implantación del sistema

Mediante el análisis de documentos y registros, las entrevistas con el personal implicado y las visitas a las instalaciones, se ha analizado el grado de adecuación a los requisitos de los Manuales de procedimiento y pliego de prescripciones técnicas. Dicha evaluación ha sido efectuada conforme al siguiente cronograma:

2021		julio				
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
28	29	30	01 Revisión documental previa	02 Revisión documental previa	03	04
05	06	07 Auditoría documental REMOTO 9:30-15:30	08 Auditoría documental REMOTO 9:30-15:30	09	10	11
12	13 Auditoría operativa PRESENCIAL 9:30-15:30	14 Auditoría operativa PRESENCIAL 9:30-15:30	15 Auditoría operativa PRESENCIAL 9:30-15:30	16 Auditoría operativa PRESENCIAL 9:30-15:30	17	18
19	20	21	22	23	24	25
Preparación de informe						

- Reunión final

Al finalizar cada una de las visitas a los servicio objeto de auditoría, se procedió a Informar sobre las incidencias detectadas durante la misma.

– Presentación de resultados: Una vez finalizado el proceso global de auditoría, la auditora realizó un análisis inicial de los resultados obtenidos a la Directora de Calidad y Medio Ambiente, así como del estado de las incidencias detectadas en auditorías anteriores.

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	
---	---	---

– Presentación del informe final: La auditora se reunió con la Directora de Calidad y Medio Ambiente de la organización auditada con el objeto de presentar los resultados de la auditoría, detallando los hallazgos, respecto a los criterios de la auditoría. Dicha reunión de cierre se realizó el día 22 de julio de 2021. Una vez redactado y entregado el borrador del informe final de auditoría, se dejó un periodo para la entrega de alegaciones y otra información pertinente para la evaluación, entregando el informe definitivo el 23 de julio de 2021.

8 DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

A continuación, se describen las evidencias aportadas por HOSPITAL DE VALLECAS, S.A.U. que han sido evaluadas y los hallazgos que se han identificado tras la revisión documental, visita y entrevistas realizadas respecto a las obligaciones establecidas en el Pliego de Prescripciones Técnicas y Manuales de procedimiento.

8.1. OBLIGACIONES GENERALES

A) REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

En relación a los manuales de procedimientos se mantienen algunas observaciones de desactualización ya identificadas en el informe de la AO5 (2018):

- Manual de Limpieza en las páginas 40 (ubicación de dosificación) y tablas de las páginas 41 a 57 (planificación diaria de limpiezas en relación con los desinfectantes utilizados y algunas frecuencias de aseos y salas de espera), página 67-68 (acuerdos con servicios poco claros o no incluidos), página 96 (planificación anual de limpieza sin fechas claras ni seguimiento de realización). Anexos del manual desactualizados como el anexo I (planos que no contemplan las últimas obras y criticidad), anexo VI (limpiezas planificadas que no contemplan los cambios tras las obras).
- Manual de Seguridad en las páginas 15 y 29 (falta incluir el sistema de seguridad mediante pulseras en psiquiatría), página 50 donde se describe el número de rondas y tipo, y en las que describe la uniformidad (117 a 119), en las que constan logotipos de otra empresa.
- Manual de Restauración se encuentra únicamente alguna observación relacionada con los anexos: anexo 1, el inventario solo incluye equipos de cocina sin especificar los de cafetería, no se indica fecha de compra ni posibles bajas de equipos, todos son del proveedor Electrolux.
- Manual Gestión de Residuos: se observa que los planos no están actualizados, en especial el punto final de residuos, donde tanto el número de compactadores y el uso de las distintas estancias no coincide con lo visto en las visitas. En la página 77 se hace referencia a los documentos que acompañan a los Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) y Residuos Citotóxicos (RC) según Real Decreto 180/2015 de 20 de julio, cuando la normativa se actualiza en este sentido según Real Decreto 553/2020.
- Manual de Mantenimiento: no se incluye la gestión de residuos fluorescentes que realiza el servicio de mantenimiento con la empresa proveedora de los mismos (por ejemplo incluir en empresas externas en la página 40-41). Los medios descritos en la página 34 a 36 están sin actualizar desde la edición del documento (2013) como la cámara termográfica. Página 37

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	
---	---	---

aparece la empresa Dalkia en el organigrama. Incluye normativa derogada en la página 72 como “RD 1751/1998, que se deroga, con efectos de 29 de febrero de 2008, por Real Decreto 1027/2007, de 20 de julio”, y no indican las modificaciones parciales de otras normativas.

- Manual de Viales y Jardines: Se indica que dispone de la aprobación de medicina preventiva de los productos utilizados, pero el listado del anexo al manual no incluye esta aprobación. Además no parece actualizado ya que en los informes mensuales hay algún producto que no consta en el listado (abono Dinamic Potasic) y otros productos no están incluidos como pintura, detergentes, ... El sistema de riego ampliado en el año 2016 no se incluye en el manual (urgencias y cubierta de la UCI y cubierta del laboratorio en 2017).
- Manual de Lavandería: No se indica ni la fecha de aplicación ni la fecha de elaboración. La planta descrita es la de Arganda del Rey. No se incluyen las actividades que realizan en la lavandería para la limpieza y desinfección de contenciones y prendas pequeñas.
- Manual de Esterilización: El anexo no se indica su existencia en el manual como en el resto de manuales. En varias páginas como 37 y 41 se hace referencia al mismo, pero no se incluye el listado de anexos al final del documento ni en el índice como en el resto de manuales. Se indica aprobación de medicina preventiva del listado de productos utilizado en la central, pero el listado del anexo al manual no incluye esta aprobación.
- Manual de Desinsectación y Desratización: el anexo VI establece frecuencias de acuerdo a zonas de riesgo con los niveles indicados en el criterio. Estas actividades, diaria, semanal, mensual, etc., no está claro quienes las realizan, y es evidente que no puede ser personal de la empresa externa.
- Manual de Almacenes: Los planos no están actualizados y se observan algunos errores (por ejemplo el almacén de diálisis está llamado distinto a lo visto in situ y confundido con el de hospital de día (OD02 y OD01).

– **Aprobación Manuales de Procedimiento** de los doce servicios en el documento pdf: “Aprobación Manuales Procedimientos_22_05_2013”. Quedan fuera de esta aprobación los manuales de procedimiento actuales de residuos, limpieza, restauración, lavandería, esterilización, TIGAS y administrativos, que si bien no hay escrito formal de aprobación, todos ellos se han consensuado en los grupos de trabajo establecidos a tal efecto, con participación del personal designado por el hospital y personal de sociedad concesionaria.

– **Objetivos** de la concesionaria hasta nivel servicio en el libro de Excel: “OBJETIVOS 2018-2020”.

Se comprueba informe final de objetivos 2020:

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



SERVICIO	OBJETIVO PLANTADO	PLAZO DE CONSECUCCIÓN	PRENSA PARA CONSECUCCIÓN	RESPONSABLE DE CONSECUCCIÓN	Recursos técnicos/económicos necesarios	Humanos necesarios	SUPERVISIÓN POR HRSU	Indicador para medirlo	FECHA SEGUIMIENTO	SITUACIÓN SEGUIMIENTO	VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO	MEDIDAS ADICIONALES EN CASO DE DESVIACIÓN
01. LIMPIEZA	Mantener la realización de obras de rehabilitación áreas de 2 horas por semana del 90 % (95,05 % en 2019)	Como valor medio anual, a final de 2020	Servicio Limpieza	Material propio del Servicio/Activo Espec. Alías	Personal propio del Servicio	Personal propio del Servicio	Supervisión mensual del tiempo de realización de obras por Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Nº obras + 2 horas/Nº áreas trabajadas en el periodo	A final de cada trimestre (con datos acumulados)	30/03/2020: 94,25% 30/06/2020: 94,59 % 30/09/2020: 94,25% 30/12/2020: 94,25%	Cumplido	
02. SEGURIDAD	Mantener el nº de reclamaciones del Servicio por debajo de la media 2005-2019 (1,1 reclamación) nº de reclamaciones SGEI planteadas por debajo de la media 2005-2019 de 24,4 (valor medio mensual 3,56) (No se tienen en cuenta el total de incidencias de 2015 para el valor medio mensual 3,61)	Como valor total anual, a final de 2020	Servicio Seguridad	Material propio del Servicio/Activo Espec. Reclamaciones	Personal propio del Servicio	Personal propio del Servicio	Supervisión mensual del nº de reclamaciones por parte de Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Nº de reclamaciones nº meses del periodo	A final de cada trimestre (con datos acumulados)	30/03/2020: 0 reclamaciones (INDICADOR 0) 30/06/2020: 3 reclamaciones (INDICADOR 0,33) 30/09/2020: 7 reclamaciones (INDICADOR 1,1) 30/12/2020: 0 reclamaciones (INDICADOR 0)	Cumplido	Hay un incremento grande debido a las reclamaciones por presencia de personal en zona de planta. Si se elimina esa causa, la evolución del nº de reclamaciones debería ser (0, 1, 1, 4)
03. RESTAURACIÓN	Mantener la densidad de los tratamientos clase II por encima de la media 2015-2018 (11,66)	Como valor medio anual, a final de 2020	Servicio Restauración	Material propio del Servicio/Activo Espec. Sig.	Personal propio del Servicio	Personal propio del Servicio	Supervisión mensual del nº de sigs por Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Nº total de sigs planteados/nº meses del periodo	A final de cada trimestre	30/03/2020: 118,60 30/06/2020: 118,60 30/09/2020: 118,60 30/12/2020: 118,60	Cumplido	Revisar en tercer trimestre la definición del objetivo para pasarle a la nueva forma de gestión de residuos clase II en gestión intracentro necesaria emisión al personal P.E.C.
04. RESIDUOS	No superar los contenedores anuales (Kwh) de ELECTRICIDAD con respecto a la media 2005-2019 (1417029)	Como valor medio anual, a final de 2020	Servicio Residuos	Material propio del Servicio	Personal propio del Servicio	Personal propio del Servicio	Supervisión mensual de la demanda de los contenedores por Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Pago total de contenedores de CO2 Hospitalización y Participación/Volumen Total	A final de cada trimestre	30/03/2020: 142300 30/06/2020: 142300 30/09/2020: 142300 30/12/2020: 142300	Cumplido	Se ha conseguido. Se va a dar seguimiento. Se va a dar seguimiento.
05. MANTENIMIENTO	Mantener el nº de sigs anulados un 15% por debajo de la media 2005-2019 de 13,3 (valor medio mensual 1,1)	Como valor medio anual, a final de 2020	Servicio Mantenimiento	Material propio del Servicio	Personal propio del Servicio	Personal propio del Servicio	Supervisión mensual del nº de sigs por Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Nº total de sigs anulados/nº meses del periodo	A final de cada trimestre	30/03/2020: 118,60 30/06/2020: 118,60 30/09/2020: 118,60 30/12/2020: 118,60	Cumplido	
07. LAVANDERÍA	Mantenimiento del nº de incidencias SGEI planteadas por debajo de la media 2005-2019 de 24,4 (valor medio mensual 3,56) (No se tienen en cuenta el total de incidencias de 2015 para el valor medio mensual 3,61)	Como valor medio anual, a final de 2020	Servicio Lavandería	Material propio del Servicio/Activo Espec. Sig.	Personal propio del Servicio	Personal propio del Servicio	Supervisión mensual del nº de sigs por Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Nº total de sigs anulados/nº meses del periodo	A final de cada trimestre	30/03/2020: 0 sigs (INDICADOR 0) 30/06/2020: 0 sigs (INDICADOR 0) 30/09/2020: 0 sigs (INDICADOR 0) 30/12/2020: 0 sigs (INDICADOR 0)	Cumplido	Revisar (Segundo trimestre del año) efectivamente sin incidencias (siguientes)
08. ESTERILIZACIÓN	Máximo de 2 tratamientos de DDD adicionales a los programados al día (Cáncer y Cáncer: 1 mensual, Hospital Intensivo + 1 anual) (No se tienen en cuenta el total de incidencias de 2015 para el valor medio mensual 3,61)	Como valor medio anual, a final de 2020	Servicio Esterilización	Material propio del Servicio/Activo Espec. Sig.	Personal propio del Servicio	Personal propio del Servicio	Supervisión mensual del nº de sigs por Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Nº total de sigs anulados/nº meses del periodo	A final de cada trimestre	30/03/2020: 34 sigs (INDICADOR 11,33) 30/06/2020: 1 sig (INDICADOR 0,33) 30/09/2020: 2 sigs (INDICADOR 0,67) 30/12/2020: 1 sig (INDICADOR 0,33)	Cumplido (Segundo trimestre del año) efectivamente sin incidencias (siguientes)	Se ha conseguido. Se va a dar seguimiento. Se va a dar seguimiento.
09. DDD	Máximo de 2 tratamientos de DDD adicionales a los programados al día (Cáncer y Cáncer: 1 mensual, Hospital Intensivo + 1 anual) (No se tienen en cuenta el total de incidencias de 2015 para el valor medio mensual 3,61)	Como valor medio anual, a final de 2020	Servicio DDD	Material propio del Servicio/Activo Espec. Sig.	Personal propio del Servicio	Personal propio del Servicio	Supervisión mensual del nº de sigs por Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Nº de certificados de tratamientos DDD	A final de cada trimestre	30/03/2020: 118,60 30/06/2020: 118,60 30/09/2020: 118,60 30/12/2020: 118,60	Cumplido	Se ha conseguido. Se va a dar seguimiento. Se va a dar seguimiento.
10. TIGAS	Mantener el nº de reclamaciones del Servicio por debajo de la media 2005-2019 (1,1 reclamación) nº de reclamaciones SGEI planteadas por debajo de la media 2005-2019 de 24,4 (valor medio mensual 3,56) (No se tienen en cuenta el total de incidencias de 2015 para el valor medio mensual 3,61)	Como valor medio anual, a final de 2020	Servicio TIGAS	Material propio del Servicio/Activo Espec. Sig.	Personal propio del Servicio	Personal propio del Servicio	Supervisión mensual del nº de reclamaciones por parte de Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Nº de reclamaciones nº meses del periodo	A final de cada trimestre	30/03/2020: 0 reclamaciones (INDICADOR 0) 30/06/2020: 0 reclamaciones (INDICADOR 0) 30/09/2020: 0 reclamaciones (INDICADOR 0) 30/12/2020: 0 reclamaciones (INDICADOR 0)	Cumplido	
11. ALMACENES	24 incidencias de almacenamiento (verificar y/o derrames) en Zona de Recepción de mercancías y almacén	Como valor total anual, a final de 2020	Servicio Almacén	Material propio del Servicio/Activo Espec. Sig.	Personal propio del Servicio	Personal propio del Servicio	Supervisión mensual del nº de sigs por Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Nº total de sigs anulados/nº meses del periodo	A final de cada trimestre	30/03/2020: 0 sigs (INDICADOR 0) 30/06/2020: 0 sigs (INDICADOR 0) 30/09/2020: 0 sigs (INDICADOR 0) 30/12/2020: 0 sigs (INDICADOR 0)	Cumplido	
11. ALMACENES	24 incidencias de almacenamiento (verificar y/o derrames) en Zona de Recepción de mercancías y almacén	Como valor total anual, a final de 2020	Servicio Almacén	Material propio del Servicio/Activo Espec. Sig.	Personal propio del Servicio	Personal propio del Servicio	Supervisión mensual del nº de sigs por Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Nº total de sigs anulados/nº meses del periodo	A final de cada trimestre	30/03/2020: 0 sigs (INDICADOR 0) 30/06/2020: 0 sigs (INDICADOR 0) 30/09/2020: 0 sigs (INDICADOR 0) 30/12/2020: 0 sigs (INDICADOR 0)	Cumplido	
12. ADMINISTRATIVOS	Mantener el tiempo medio de respuesta de las reclamaciones enviadas por Atención al Paciente por debajo de la media del periodo 2015-2018 que es de 10 días.	Como valor medio anual, a final de 2020	Servicio Administrativo	Material propio del Servicio/Activo Espec. Reclamaciones	Personal propio del Servicio	Personal propio del Servicio	Se realiza supervisión mensual por parte de Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Días transcurridos entre la recepción de la reclamación y el envío de la contestación a ATP	A final de cada trimestre	30/03/2020: 11,61 días 30/06/2020: 11,08 días 30/09/2020: 11,21 días 30/12/2020: 11,12 días	Cumplido	Se ha conseguido. Se va a dar seguimiento. Se va a dar seguimiento.
PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES HRSU	Actualizar sistema documental de Gestión de PRL	A final de 2020	Contratar con SPA, antes de fecha fin de vigencia para identificar revisión	Intercambio de HRSU con SPA	Contrato anual con SPA como SPA veneniente 30/11/2020	Intercambio de HRSU con SPA	Revisión de nueva documentación actualizada, revisada y aprobada, en el mes de octubre		20/09/2020	Revisada la documentación una vez enviada por Calidad y aprobada por Dirección para distribuir al personal de HRSU	Se considera cumplido. Pendiente la planificación de formación adicional a la propuesta para 2021, en función de la disponibilidad.	
PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES HRSU	Mejorar el control sobre las empresas proveedoras de Servicio para Coordinación de Actividades Esenciales	A final de 2020	01-2020 Formación 02-2020 Análisis de riesgos 04-2020 Revisión de cumplimiento	Directivos de Área	Contrato con plataforma e-coordinación	Personal propio del Servicio	Supervisión mensual por parte de Dirección de Calidad y Medio Ambiente Supervisión de Directivos de Área en reuniones CAE con los Servicios Supervisión trimestral en reuniones de Dirección	Indicadores varios en plataforma. Siempre pago a las plataformas No se han perdido Se ha cumplido con la documentación	A final de cada trimestre	30/03/2020: Se realizó la formación técnica por parte de e-coordinación para RSE y el 03/01/2020. Análisis de la plataforma al 13/02/2020. En proceso de implantación. 30/06/2020: Todas las empresas están dadas de alta y están trabajando con la plataforma. 30/09/2020: Realizadas en febrero Seguridad, Salud y Medio Ambiente, y en marzo Seguridad, Salud y Medio Ambiente. 30/12/2020: Se realizan las inspecciones a Estabilización, Almacén, Limpieza-DOO, Mantenimiento, Residuos y Restauración	Revisar la necesidad de cambios en la planificación de las mismas segun a todas las empresas y proveedores. Revisar en 2021	
PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES HRSU	Documentar los labores de supervisión sobre los 15 Servicios	Realizar 3 inspecciones al CAE a todos los Servicios	02-2020 Planificación de inspecciones de los 12 Servicios	Directivos de Área	No se precisa recurso técnico adicional sobre los recursos propios aportados por HRSU	No se precisa recurso adicional sobre los recursos propios aportados por HRSU	Realización de informes mensuales	Realización de informes mensuales	A final de cada trimestre	30/03/2020: No se realizan inspecciones por el cumplimiento de requisitos de COVID actual HRSU	Se realizan inspecciones a todos los Servicios, a base de las dificultades de coordinación por COVID-19	Para 2021, se planificarán 2 inspecciones a la totalidad de los Servicios, y reuniones de CAE tras realización de la inspección.

Y planificación y seguimiento actualizado de Objetivos 2021:

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



SERVICIO	OBJETIVO PLANTEADO	PLAZO DE CONSECUK	SUPERVISIÓN POR HVS/AU	Indicador para medici	FECHA SEGUIMIENTO	SITUACIÓN SEGUIMIENTO	VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO	MEDIDAS ADICIONALES EN CASO DE DESVIACIÓN
01. LIMPIEZA	Mantener la realización de alas de habitaciones antes de 2 horas por encima del 90 % (84,28 % en 2020)	Como valor medio anual, a final de 2021	Supervisión mensual del tiempo de realización de las alas por Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Nº altas < 2 horas/Nº altas totales en el periodo	A final de cada trimestre (con datos acumulados)	30/03/2021: 96,36 %		
02. SEGURIDAD	Mantener el nº de reclamaciones del Servicio por debajo de la media 2009-2020 (1,08 mensual)	Como valor medio anual, a final de 2021	Supervisión mensual del nº de reclamaciones por parte de Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Nº de reclamaciones /nº meses del periodo	A final de cada trimestre (con datos acumulados)	30/03/2021: 12 reclamaciones Valor medio mensual: 4	30/03/2021: Superior a la media inicialmente prevista. 8 son de pertenencias de pacientes	Valorar en trimestre 2 en función del COVID19
03. RESTAURACION	Mantenimiento del nº de incidencias SIGI penalizables por debajo de la media 2009-2020 de 40,91 sigis al año (valor medio mensual 3,40)	Como valor medio anual, a final de 2021	Supervisión mensual del nº de sigis por Dirección	Nº total de sigis penalizados/nº meses del periodo	A final de cada trimestre	Valor medio mensual 30/01/2021: 127,46 28/02/2021: 118,60 30/03/2021: 131,29 30/04/2021: 124,91 30/05/2021: 115,27 30/06/2021: 30/07/2021: 30/08/2021: 30/09/2021: 30/10/2021: 30/11/2021: 30/12/2021:	Correcto	
04. RESIDUOS	Mantener la densidad de los contenedores class II por encima de la media 2015-2018 (115,06)	Como valor medio anual, a final de 2021	Supervisión mensual de la densidad de los contenedores por Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Peso total de contenedores de CEE, Hospitalizaciones y Endoscopias/Volumen Total	Mensual/control trimestral	30/03/2021: 2566000	Correcto Trimestre 1/2021: 132,01	
05. MANTENIMIENTO	No superar los consumos anuales (Kwh) de ELECTRICIDAD con respecto a la media 2009-2010: 14170258	Como valor medio anual, a final de 2021		Consumo eléctrico acumulado mensualmente	A final de cada trimestre	30/03/2021: 3 sig (INDICADOR 1)	Correcto	
07. LAVANDERÍA	Reducir el nº de sigis penalizados un 10% por debajo de la media 2009-2020 de 13,08 sigis (11,77 sigis para 2021, valor medio mensual 0,88)	Como valor medio anual, a final de 2021	Supervisión mensual del nº de sigis por Dirección	Nº total de Sigis acumulado	A final de cada trimestre	30/03/2021: 1 sig (INDICADOR 0,33)	Correcto	
08. ESTERILIZACIÓN	Mantenimiento del nº de incidencias SIGI penalizables por debajo de la media 2009-2020 de 25,27 sigis al año (valor medio mensual 2,10) (No se tienen en cuenta el total de incidencias de 2019 para el valor medio)	Como valor medio anual, a final de 2021	Supervisión continua del nº de sigis por Dirección	Nº total de sigis penalizados/nº meses del periodo	A final de cada trimestre	Valor medio mensual	Correcto	
09. DDD	Máximo de 2 tratamientos de DDD adicionales a los programados al año Cocina y Cafetería: 1 mensual, Hospital 1 bimensual + 1 anual perimetral en exteriores	A Final de año	Supervisión mensual de los tratamientos realizados por Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Nº de certificados de tratamiento DDD adicionales	A final de cada trimestre	30/03/2021: Sin tratamientos adicionales		
10. TIGAS	Mantener el nº de reclamaciones del Servicio por debajo de la media 2009-2020 (0,5 mensual)	Como valor medio anual, a final de 2021	Supervisión mensual del nº de reclamaciones por parte de Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Nº de reclamaciones /nº meses del periodo	A final de cada trimestre	30/03/2021: 1 reclamación (feb 2021)		
11. ALMACENES	Mantenimiento del Servicio sin penalizaciones SIGI	Como valor total anual, a final de 2021	Supervisión continua del nº de sigis por Dirección	Nº total de Sigis acumulado	A final de cada trimestre	30/03/2021: 0 sigis		
11. ALMACENES	Sin incidencias medioambientales (vertidos y/o derrames) en Zona de Recepción de mercancías y abastecimiento	Como valor total anual, a final de 2021	Se realiza supervisión mensual por parte de Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Notificaciones a Dirección de Calidad y Medio Ambiente por correo electrónico	A final de cada trimestre	30/03/2021: 0 notificaciones		
12. ADMINISTRATIVOS	Mantener el tiempo medio de respuesta de las reclamaciones enviadas por Atención al Paciente por debajo de la media del periodo 2018-2018 que es de 10 días.	Como valor medio anual, a final de 2021	Se realiza supervisión mensual por parte de Dirección de Calidad y Medio Ambiente	Días transcurridos entre la recepción de la reclamación y el envío de la contestación a ATP	A final de cada trimestre	31/01/2021: 8,33 días 28/02/2021: 5,88 días 31/03/2021: 10,36 días	Correcto Trimestre 01/2021: 8,19 días	
PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES HVS/AU	Actualización sistema documental de Gestión de PRL	Al menos anualmente, antes de fecha fin de vigencia contrato anual	Dirección General	Emisión de nueva documentación actualizada, revisada y aprobada, en su caso y distribución al personal	30/06/2021			
PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES HVS/AU	Mejorar el control sobre las empresas proveedoras de Servicio para Coordinación de Actividades Empresariales, extendiendo a negocios de explotación	Final 2021	Supervisión mensual por parte de Dirección de Calidad y Medio Ambiente Supervisión de Directores de Área en reuniones CAE con los Servicios Supervisión cuatrimestral en reuniones de Dirección	Indicadores varios en plataforma. Bloqueo pago si está pendiente documentación crítica	A final de cada trimestre	30/03/2021: Se ha realizado el cambio de proveedor de TIGAS (Ilunion) 01/02/2021 y Administrativos (Fidels) 01/03/2021 y están actualizando la documentación correctamente.	31/03/2021: Revisar implantación en negocios de explotación ya que no se está utilizando adecuadamente.	Revisar la necesidad de cambios en la aplicación de los mismos requisitos a todas las empresas y proveedores. Revisar en 2021
PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES HVS/AU	Documentar los labores de supervisión sobre los 12 Servicios, al menos dos inspecciones anuales a los 12 Servicios	Final 2021	Dirección General	Realización de informes	30/03/2021: 2 Servicios (3, 7) 30/04/2021: 6 Servicios (1, 2, 4, 8, 9, 10) 30/05/2021: 1 Servicio (5)	30/03/2021: Trimestre 1/2021: Restauración (15/03/2021), Lavandería (22/03/2021) 30/06/2021: Trimestre 2/2021: Esterilización (14/04/2021), Limpieza y DD (14/04/2021), Seguridad (21/04/2021), TIGAS (23/04/2021), Residuos (28/04/2021), Mantenimiento (14/05/2021), Vales y Jardines (26/05/2021), Almacenes (26/05/2021)	Pendiente para primer semestre Administrativos	Para 2021, se planificarán 2 inspecciones al año a todos los Servicios, y reuniones de CAE tras la realización de la inspección
PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES HVS/AU	Documentar las reuniones de Coordinación de Actividades Empresariales con los 12 Servicios, al menos dos anuales.	Final 2021	Dirección General	Realización de informes	30/03/2021: 3 Reuniones	30/03/2021: Reuniones CAE en Trimestre 1/2021: Onet (28/01/2021), Veolia (03/03/2021), Mediterranean Catering (30/03/2021)	Se han realizado en el primer trimestre 3 reuniones CAE (6 servicios: 1, 3, 4, 5, 6, 9). Con el cambio de empresas de TIGAS y Administrativos, la CAE se ha centrado en el control documental en e-coordina	Para 2021, se planificarán 2 inspecciones al año a todos los Servicios, y reuniones de CAE tras la realización de la inspección

– **Planos del hospital:** se dispone de los planos utilizados por limpieza (sótano, baja, primera, segunda y tercera) con la descripción de la criticidad de cada MUL y los planos del servicio DD con la ubicación de las trampas para insectos y cebos para roedores. Además se observan planos en el servicio de Residuos con los circuitos, TIGAs con los circuitos de lencería sucia y limpia y en almacenes con la ubicación de los CECOs.

Aunque se han revisado los planos con la actualización del Plan de Autoprotección, se mantiene observación identificada en el informe de la AO5 (2018):

- Algunos de los planos del hospital no están actualizados tras las últimas obras y cambios de actividad. En especial deberían actualizarse los planos de limpieza para hacer coincidir tanto las superficies por MUL como la criticidad según actividad.

– **Informes de servicios mensuales y anexos:** se muestrean informes mensuales de los doce servicios correspondientes a Dic. 2018, Sept. 2019, Junio 2020 y Mayo de 2021.

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



INFORME DE SERVICIO MENSUAL MAYO 2021				
Servicio	Actividad	Anexos	Encuestas	Otros
01 Limpieza	Cumplimiento limpieza planificada y programación limpieza planificada para el mes siguiente (limpiezas no realizadas respecto a planificadas y limpiezas adicionales realizadas respecto a las programadas)	Altas de Mayo y Planilla limpieza mes siguiente	En UTC informe	Informe plagas
02 Seguridad	Operatividad de sistemas de seguridad. Se incluye planilla seguridad mes siguiente		No aplica	Registro de Tarjetas del Hospital y Actuaciones relevantes
03 Restauración	Dietas servidas. Se incluye planilla restauración mes siguiente	Análisis mensuales Check-list de auditoría.	Como planes de mejora del servicio, el departamento de Dietética del Servicio de Restauración, se ha realizado un sondeo en algunos controles de Unidades de Hospitalización sobre la calidad de la comida entregada en planta. Se adjuntan los resultados de las encuestas realizadas a pacientes hospitalizados de forma conjunta a los servicios de Limpieza, Lavandería y Restauración	
04 Residuos	Volumen y Kg de residuo generado por tipo y por Unidad Funcional Albaranes de retiradas	Control de residuos Archivo Cronológico (Libro de registro de residuos peligrosos) Planilla residuos mes siguiente	No aplica	
05 Mantenimiento	Resumen de actividades de Mantenimiento Preventivo, Mantenimiento Correctivo, Mantenimiento Conductivo, Mantenimiento Técnico-Legal y Trabajos Varios realizados con Nº Ordenes Trabajo/mes PLAN, Nº Ordenes Trabajo/mes REAL y Tiempo empleado (h). Control de Consumos por meses y Listado de Actuaciones RRHH	Contadores consumos (electricidad, agua, gas, gasoil, oxígeno, nitrógeno), Revisiones semanales Paritorios y Revisiones diarias de quirófanos y Preventivos (planificación, órdenes de trabajo y gráficos)	No aplica	Actuaciones extraordinarias

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



**BUREAU
VERITAS**

INFORME DE SERVICIO MENSUAL MAYO 2021

Servicio	Actividad	Anexos	Encuestas	Información adicional
06 Viales y jardines	Programa de Mantenimiento de accesos y viales y Programa de mantenimiento de jardines (las órdenes de trabajo se encuentra a disposición). Se incluye planilla viales y jardines mes siguiente.	No	No aplica	Consumo agua
07 Lavandería	Entregas diarias del mes, resumen del mes y resumen del año	Informe Rechazo, costura, secado (control rechazo lavandería y control mensual proceso de secado). Informes de ensayo (Análisis microbiológico de superficies). Bajas Control visual	No aplica	
08 Esterilización	Datos Paquetes, Datos Calidad, Datos Incidencias, TD incidencias, Datos Caducados y PRL. Controles de calidad internos Efectividad del Proceso de Esterilización Controles de calidad externos Se incluye planilla esterilización mes siguiente.	Maestro de esterilización Informe de análisis microbiológico ambiental.	No aplica	Actividad formativa de la Central de Esterilización.
09 DDD	Informe de situación sobre plagas urbanas (bimensual)	Certificados tratamientos	No aplica	

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



INFORME DE SERVICIO MENSUAL MAYO 2021				
Servicio	Actividad	Anexos	Encuestas	Otros
10 Tigas	Informe mensual Correo - Mensajería, Reprografía y otros (manipulación de pacientes, traslado de muestras, despacho de uniformidad) Se incluye planilla Tigas mes siguiente.	Maestro de Reprografía Maestro_Correo_ Albaranes	No aplica	Se mantiene la formación continua a todos los profesionales del Servicio Tiga en la SECUENCIA DE COLOCACIÓN/RETIRADA DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL frente a casos de infección por el nuevo CORONAVIRUS (SARS-COV-2). Por motivo del CORONAVIRUS, se ha articulado reorganización del servicio y funciones y se ha incrementado adicionalmente la plantilla para atender la crisis provocada por la pandemia COVID
11 Almacén	Volumen compra directa mensual. Identificada por GFH Listado promedio días entrega según proveedores Listado de incumplimiento de programaciones de proveedores Relación de devoluciones y motivo Incremento en el consumo de productos respecto a los pactos de Unidad Inventario de existencias y diferencias detectadas Se incluye planilla mantenimiento mes siguiente.	Consumos adicionales pactos Pedidos devueltos y entradas anulada Incumplimiento proveedores.	No aplica	Desempeño proveedores, plataforma logística y movimiento de material, altas/bajas/modificación de códigos del catálogo.
12 Administrativos	Backoffice Atención al público Se incluye planilla backoffice y atención al público mes siguiente.	No	No aplica	Actividades extraordinarias, Altas/bajas personal, evolución del servicio

– **Excel con las SIGIs de los meses de enero de 2018 a diciembre de 2020.** Se comprueba el Excel con 1286 registros de incidencias correspondientes a 3 años. Extrapolando el dato a 2 años se contabilizarían 857 incidencias, frente a las 597 incidencias registradas en la AO5. Estas incidencias se han agrupado por servicio para el análisis de evolución por comparación con las registradas en el AO anterior (periodo 2016-2017). Se observa un aumento en el número de SIGIS del 44% respecto de la auditoría anterior AO5.

SERVICIO	2018	2019	2020	TOTAL	PROMEDIO 2 AÑOS	VarAO 5-AO6	TOTAL AO5
01 LIMPIEZA	38	94	26	158	105	36%	77
02 SEGURIDAD	1	3	3	7	5	0%	5
03 RESTAURACION	25	61	3	89	59	-43%	103
04 RESIDUOS	1	1	4	6	4	300%	1
05 MANTENIMIENTO	12	23	7	42	28	-49%	55
06 VIALES Y JARDINES	0	3	3	6	4	33%	3
07 LAVANDERIA	6	4	4	14	9	50%	6
08 ESTERILIZACION	104	330	34	468	312	1633%	18
09 DESINSEC. Y DESRAT.N	9	8	5	22	15	650%	2
10 TRANSPORTE INTERNO	50	164	54	268	179	145%	73
12 P.ADMINISTRATIVO	56	100	50	206	137	46%	253
TOTAL	302	791	193	1286	857	44%	596

–**QUEJAS** de enero de 2018 a diciembre de 2020. Se comprueba Excel con 980 registros de reclamaciones comunicadas por los usuarios frente a las 491 registradas en la AO5, supone un crecimiento importante respecto a la auditoría anterior, teniendo en cuenta que recoge 3 años en lugar de 2, como se indicó anteriormente. El total de quejas aumenta un 154% respecto a la auditoría anterior. El aumento se produce principalmente por las quejas al servicio de apoyo administrativo, debidas a retrasos en citaciones. Además, se registran 67 de explotaciones comerciales que no están relacionadas con los servicios evaluados: 8 relacionadas con máquinas de vending, 28 parking, 23 servicio de televisión en las habitaciones y 8 cafetería.

SERVICIO	2018	2019	2020	TOTAL	PROMEDIO 2 AÑOS	VarAO 5-AO6	TOTAL AO5
01 LIMPIEZA	6	14	24	44	29	-5%	31
02 SEGURIDAD	18	15	29	62	41	-130%	18
03 RESTAURACION	8	15	2	25	17	-60%	42
04 RESIDUOS	0	0	0	0	0	0%	0
05 MANTENIMIENTO	0	2	0	2	1	-95%	26
06 VIALES Y JARDINES	0	0	0	0	0	-100%	1
07 LAVANDERIA	0	0	0	0	0	0%	0
08 ESTERILIZACION	0	1	0	1	0,67	100%	0
09 DESINSEC. Y DESRAT.	0	0	0	0	0	0%	0
10 TRANSPORTE INTERNO	5	3	3	11	7	-27%	10
12 P.ADMINISTRATIVO	214	499	130	843	562	329%	131

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

TOTAL	251	549	188	988	659	154%	259
--------------	------------	------------	------------	------------	------------	------	------------

Las reclamaciones o quejas disminuyen en todos los servicios o permanecen siendo inexistentes salvo en en el servicio de personal administrativo que aumenta notablemente u 329% (no se considera el servicio de esterilización por registrarse una única raclamación).

– **REGISTRO DE FELICITACIONES** se comprueba Excel de Felicitaciones recibidas desde noviembre de 2008 hasta la actualidad, por servicio y nombre de la persona destinataria o unidad/es (incluye una tabla dinámica con el análisis de los datos y un gráfico). Se observan 480 felicitaciones relacionadas con los servicios auditados El servicio de administrativos es el que más felicitaciones ha recibido a lo largo de los años.

Año	Limpieza	Seguridad	Restauración	TIGAS	Administra tivos	Manten imiento	Total general
2008	2		2		2		
2009	3	3			12	1	21
2010	3	1		6	14		24
2011	2	3		4	43		52
2012	4	3		3	31		41
2013	5	1		2	19		27
2014	12	5	3	9	21		50
2015	16	2	2	15	9		44
2016	5	5	3	13	25		51
2017	6		5	9	13		33
2018	20	4	3	11	28	1	67
2019	10	3	2	9	26		52
2020	3	2		4	9		18
Total	89	32	20	85	252	2	480

– **Certificados y acreditaciones de calidad y medioambiente de socios operativos**

Servicio/Alcance	EMPRESA	Norma	CERTIFICADORA	Vigencia
01 LIMPIEZA	ONET	OHSAS 18001:2007	CERNE Auditores	30/09/2021
01 LIMPIEZA	ONET	UNE-EN ISO 14001:2015	CERNE Auditores	28/07/2023
01 LIMPIEZA	ONET	UNE-EN ISO 9001:2015	CERNE Auditores	28/07/2023
02 SEGURIDAD	ALERTA Y CONTROL	UNE-EN-ISO 45001:2018	RINA Services S.p.A.	28/07/2022
02 SEGURIDAD	ALERTA Y CONTROL	UNE-EN ISO 14001:2015	RINA Services S.p.A.	26/07/2022
02 SEGURIDAD	ALERTA Y CONTROL	UNE-EN ISO 9001:2015	RINA Services S.p.A.	27/07/2022
03 RESTAURACIÓN	MEDITERRANEA	OHSAS 18001:2007 (migración a ISO 45001)	Bureau Veritas	27/05/2021 (Auditoría 07/2021)
03 RESTAURACIÓN	MEDITERRANEA	UNE-EN ISO 14001:2015	Bureau Veritas	03/12/2023
03 RESTAURACIÓN	MEDITERRANEA	UNE-EN ISO 9001:2015	Bureau Veritas	03/12/2023

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



04 RESIDUOS	VEOLIA (HIBISA)	OHSAS 18001:2007 (migración a ISO 45001)	Cámara de Comercio	12/03/2021 (Auditoría 07/2021)
04 RESIDUOS	VEOLIA (HIBISA)	UNE-EN ISO 14001:2015	Cámara de Comercio	03/03/2022
04 RESIDUOS	VEOLIA (HIBISA)	UNE-EN ISO 9001:2015	Cámara de Comercio	03/03/2022
05 MANTENIMIENTO	VEOLIA	UNE-EN-ISO 45001:2018	Bureau Veritas	27/04/2023
05 MANTENIMIENTO	VEOLIA	UNE-EN ISO 14001:2015	Bureau Veritas	27/04/2023
05 MANTENIMIENTO	VEOLIA	UNE-EN ISO 9001:2015	Bureau Veritas	27/04/2023
06 VIALES Y JARDINES	VEOLIA	UNE-EN-ISO 45001:2018	Bureau Veritas	27/04/2023
06 VIALES Y JARDINES	VEOLIA	UNE-EN ISO 14001:2015	Bureau Veritas	27/04/2023
06 VIALES Y JARDINES	VEOLIA	UNE-EN ISO 9001:2015	Bureau Veritas	27/04/2023
07 LAVANDERÍA	HLOGYC	UNE-EN-ISO 45001:2018	TUV Nord	31/08/2023
07 LAVANDERÍA	HLOGYC	UNE-EN ISO 14001:2015	TUV Nord	31/08/2023
07 LAVANDERÍA	HLOGYC	UNE-EN ISO 9001:2015	TUV Nord	31/08/2023
08 ESTERILIZACIÓN	ALBATEC GESTIÓN INTEGRAL, S.L.	UNE-EN ISO 45001:2018		EN PROCESO
08 ESTERILIZACIÓN	ALBATEC GESTIÓN INTEGRAL, S.L.	UNE-EN ISO 14001:2015	TUV Rheinland	20/12/2022
08 ESTERILIZACIÓN	ALBATEC GESTIÓN INTEGRAL, S.L.	UNE-EN ISO 9001:2015	TUV Rheinland	20/12/2022
09 DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN (DDD)	ONET (CEHIMAN- AMBICAI)	UNE-EN ISO 45001:2018		EN PROCESO
09 DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN (DDD)	ONET (CEHIMAN- AMBICAI)	UNE-EN ISO 14001:2015	Bureau Veritas	26/01/2024
09 DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN (DDD)	ONET (CEHIMAN- AMBICAI)	UNE-EN ISO 9001:2015	Bureau Veritas	26/01/2024
10 TIGAS	ILUNION OUTSOURCING S.A.	UNE-EN ISO 45001:2018		PENDIENTE ENTREGA
10 TIGAS	ILUNION OUTSOURCING S.A.	UNE-EN ISO 14001:2015		PENDIENTE ENTREGA
10 TIGAS	ILUNION OUTSOURCING S.A.	UNE-EN ISO 9001:2015		PENDIENTE ENTREGA
11 ALMACENES	HOSPITAL DE VALLECAS, S.A.U.	OHSAS 18001:2007	ABS	27/09/2021
11 ALMACENES	HOSPITAL DE VALLECAS, S.A.U.	UNE-EN ISO 14001:2015	ABS	14/09/2021
11 ALMACENES	HOSPITAL DE VALLECAS, S.A.U.	UNE-EN ISO 9001:2015	ABS	14/09/2021
12 ADMINISTRATIVOS	FIDELIS SERVICIOS INTEGRALES, S.L.U.	UNE-EN ISO 45001:2018	Lloyd's Register	12/06/2021 (Auditoría 06/2021)
12 ADMINISTRATIVOS	FIDELIS SERVICIOS INTEGRALES, S.L.U.	UNE-EN ISO 14001:2015	Lloyd's Register	14/09/2021

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

12 ADMINISTRATIVOS	FIDELIS SERVICIOS INTEGRALES, S.L.U.	UNE-EN ISO 9001:2015	Lloyd's Register	14/09/2021
-----------------------	---	----------------------	------------------	------------

• Respecto a los certificados OHSAS 18001 existentes de socios operativos se debe tener en cuenta que el período para migrar certificaciones acreditadas de OHSAS 18001: 2007 a ISO 45001: 2018 finaliza el 30 de septiembre de 2021.

Cuando hay cambio de proveedor, se incluye en el contrato un plazo de un año para obtener la certificación, si no la tuviera. Cambios en 2021:

01/02/2021: Servicio de Tigas, pasa de Bluejobs, S.L. a ILUNION OUTSOURCING S.A.

01/03/2021: Servicio de Administrativos, pasa de IPDCIDES a FIDELIS SERVICIOS INTEGRALES, S.L.U.

Mayo 2021: Servicio de DD, Onet cambia de proveedor, pasando de SERKONTEN a AMBICAL.

Los certificados de los socios operativos salientes eran:

Servicio/Alcance	EMPRESA	Norma	Empresa certificadora	Vigencia
09 DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN (DD)	ONET (SERKONTEN)	UNE-EN ISO 45001:2018	AENOR	17/12/2023
09 DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN (DD)	ONET (SERKONTEN)	UNE-EN ISO 14001:2015	AENOR	17/12/2023
09 DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN (DD)	ONET (SERKONTEN)	UNE-EN ISO 9001:2015	AENOR	17/12/2023
10 TIGAS	BLUEJOBS	OHSAS 18001:2007	ISCERTIA	24/01/2022
10 TIGAS	BLUEJOBS	UNE-EN ISO 14001:2015	ISCERTIA	30/01/2022
10 TIGAS	BLUEJOBS	UNE-EN ISO 9001:2015	ISCERTIA	30/01/2022
12 ADMINISTRATIVOS	IPDCIDES	OHSAS 18001:2007	ISCERTIA	24/01/2022
12 ADMINISTRATIVOS	IPDCIDES	UNE-EN ISO 14001:2015	ISCERTIA	30/01/2022
12 ADMINISTRATIVOS	IPDCIDES	UNE-EN ISO 9001:2015	ISCERTIA	30/01/2022

La sociedad concesionaria Hospital de Vallecas S.A.U. dispone de un Responsable de Calidad, Begoña Molinero Directora de Calidad y Medio Ambiente.

– **Planes de formación 2018, 2019 y 2020 con su seguimiento.** Un análisis de estos planes se resume en la siguiente tabla, cumplimentada utilizando también otros documentos como las fichas de los Vigilantes de Seguridad, o fichas de información y formación en PRL y certificados OSHAS que garantiza que todos los trabajadores han recibido formación e información en PRL en las áreas que competen a cada servicio y actuación en caso de emergencia y evacuación.

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

Acciones formativas relacionadas con:						
SERVICIO	Plan de formación	Reciclaje	Eficiencia energética	Atención usuarios	PCI y Evacuaciones	PRL
01 LIMPIEZA	Si	Si	No	Si	Si	Si
02 SEGURIDAD	Si	Si	No	No	Si	Si
03 RESTAURACIÓN	Si	Si	No	No	Si	Si
04 RESIDUOS	Si	No	No	No	Si	Si
05 MANTENIMIENTO	Si	Si	No	No	Si	Si
06 VIALES Y JARDINES	Si	No	No	No	Si	Si
07 LAVANDERÍA	Si	No	No	No	Si	Si
08 ESTERILIZACIÓN	Si	Si	No	Si	Si	Si
09 DDD	Si	No	No	No	Si	Si
10 TIGAS	Si	Si	No	Si	Si	Si
11 ALMACÉN	Si	No	No	No	Si	Si
12 ADMINISTRATIVOS	Si	Si	No	Si	Si	Si

En la tabla anterior constan las acciones formativas detectadas y clasificadas según encabezado de la tabla y cuando aparece SI, es porque existe evidencia de ello de algún tipo.

- Se registra como mejora sobre la sistemática actual que aunque todos los Servicios programan formación, no siempre se refleja en los informes trimestrales, pe.: formación servicio de Lavandería (se comprueba plan de formación de Hlogyc).

Se reciben otros documentos de prevención para evidenciar esta formación, tanto en riesgos laborales como en evacuación y emergencias, pe.: Respecto a Veolia, realizan reuniones semanales incluyendo temas de PRL y del propio Servicio haciendo actas de cada una de ellas. La formación del servicio DD se evalúa con el certificado de competencia profesional de los trabajadores que prestan servicio en el hospital.

- No se evidencia la realización de formación relacionada con la eficiencia energética en el periodo auditado (2018-2020)

– **Fichajes de personal**, se revisan los excel mensuales de los doce servicios correspondientes a Mayo de 2021. La información correspondiente a se incluye en cada apartado por servicio.

– Informe de resultados de **encuestas de satisfacción a empleados** de los años 2018, 2019 y 2020. Los resultados están por servicio y se comparan con los del año anterior. Los servicios incluidos son Limpieza, Seguridad, Restauración, Residuos (excepto en 2020 y en 2019 y 2018 se incluye en limpieza), Mantenimiento, Viales y jardines, Esterilización, Tigas (incluye lavandería), Almacenes (excepto en 2020), Administrativos (at. Público) (excepto 2020) y Administrativos (back-office). Se proponen diferentes acciones de mejora según los resultados que se obtienen. Se valora como un punto fuerte en comparación con otros hospitales, donde la concesionaria, por regla general no realiza este tipo de encuestas y si las realiza, no dispone de resultados por servicio y/o no las utiliza para diseñar acciones de mejora.

El índice de respuesta se mantiene en torno al 34% en los últimos 3 años.

	2018	2019	2020
Índice de respuesta	35,71%	34,59%	32,73%

Resultados:

	2020	2019	2018	2017
01. Valore si le gusta su trabajo en el hospital	8,46	7,38	7,54	7,91
02. ¿Conoce lo que aporta usted con su trabajo al conjunto de la empresa?	8,53	7,19	8,24	7,89
03. Si le ofrecieran otro trabajo, a igualdad de sueldo y condiciones, ¿seguiría trabajando en el hospital?	5,53	6,40	6,34	6,02
04. Valore su autonomía para desarrollar su trabajo	7,83	7,10	7,32	7,21
05. Valore si su trabajo en el hospital es variado	6,62	7,09	7,47	6,73
06. ¿Tuvo ayuda de sus compañeros/encargados cuando entró en la empresa?	7,67	7,63	8,04	7,85
07. Valore el nivel de exigencia de su jefe o superior inmediato	8,00	7,86	7,84	7,88
08. Su jefe o superior, ¿toma en consideración las opiniones o sugerencias de los trabajadores?	7,37	6,83	6,81	6,66
09. ¿El puesto que ocupa en la empresa está en relación con la experiencia que usted posee?	7,22	6,57	7,26	6,35
10. ¿Se considera usted valorado en el puesto de trabajo que ocupa?	6,84	6,53	5,95	6,30
11. Valore las posibilidades de ascenso en el trabajo	4,22	3,21	3,15	3,36
12. ¿Considera que su trabajo está bien remunerado?	5,10	4,23	3,41	3,63
13. ¿Cree que su sueldo y el de sus compañeros está en consonancia con la situación económica de la empresa?	4,96	4,21	3,75	3,51
14. ¿Considera usted que existe igualdad entre hombres y mujeres a la hora de ocupar puestos de trabajo?	7,30	7,05	6,50	6,74
15. ¿Considera usted que realiza un trabajo útil?	8,78	8,68	8,33	8,70
16. ¿Cómo valora la comunicación con el personal del hospital?	6,87	6,24	6,49	6,32

Entre los resultados destaca:

La pregunta con la puntuación más alta:

- Pregunta 15 Considera que realiza un trabajo útil, con 8,80 puntos

Entre los resultados por encima de 8 puntos, están los siguientes:

- Pregunta 2. ¿Conoce qué aporta usted con su trabajo al conjunto de la empresa? Con 8,52 puntos
- Pregunta 1. Valore si le gusta su trabajo en el hospital, con 8,45 puntos

Por el contrario, los resultados con puntuaciones por debajo de 5, están relacionados con la posibilidad de promoción en la empresa y la remuneración económica.

- Pregunta 11 Valore las posibilidades de ascenso en el trabajo con 4,20 puntos
- Pregunta 13 Su sueldo y el de sus compañeros está en consonancia con la situación económica de la empresa con 4,95 puntos

– **Encuestas de satisfacción de usuarios de los servicios** concesionales. Se comprueba el maestro de encuestas desde el año 2018 al 2020, con valoraciones de los servicios de Limpieza, Restauración y Lavandería.

Los resultAdos son los que se muestran a continuación:

LIMPIEZA y LAVANDERIA

Limpieza Pacientes Ingresados													
Años y Resultado	Meses												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	AÑO
2018 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)	91%	96%	86%	95%	92%	87%	91%	95%	90%	95%	95%	91%	92%
2019 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)	91%	92%	95%	95%	71%	94%	91%	96%	87%	88%	92%	90%	90%
2020 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)	89%	90%					89%	86%	85%	86%	87%	92%	88%

Limpieza (Enc. Pacientes ambulantes CEX)													
Año y Resultado	Mes												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	AÑO
2018 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)	80%	89%	80%	90%	80%	90%	88%	89%	90%	89%	90%	90%	87%
2019 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)	90%	80%	90%	88%	70%	90%	86%	86%	86%	88%	100%	89%	87%
2020 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)	90%	90%				100%	88%	100%	100%	88%	89%	100%	94%

Limpieza (Enc. Profesionales HUIL)													
Año y Resultado	Mes												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	AÑO
2018 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)	90%	90%	90%	100%	90%	90%	100%	100%	90%	90%	90%	90%	93%
2019 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)	90%	100%	90%	100%	90%	90%	90%	100%	90%	90%	90%	90%	93%
2020 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)	90%	90%	80%	90%	100%	90%	90%	100%	100%	90%	90%	90%	92%

RESTAURACIÓN

Restauración Pacientes Ingresados													
Años y Resultado	Meses												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	AÑO
2018 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)	91%	96%	95%	95%	92%	87%	91%	95%	90%	95%	95%	91%	93%
2019 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)	91%	92%	95%	95%	96%	94%	91%	96%	92%	87%	88%	92%	92%
2020 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)	89%	90%					74%	86%	85%	82%	87%	92%	86%

Cafetería Personal													
Años y Resultado	Meses												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	AÑO
2018 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)	92%	83%	92%	83%	85%	92%	92%	85%	83%	91%	85%	91%	88%
2019 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)	85%	93%	85%	92%	92%	83%	90%	87%	94%	91%	93%	92%	90%
2020 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)	87%	83%					100%	100%	85%	82%	85%	88%	89%

Cafetería Público													
Años y Resultado	Meses												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	AÑO
2018 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)		95%		95%		95%		95%	91%		91%		94%
2019 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)		96%		91%		95%		95%	90%		91%		93%
2020 (% Muy Satisfactorio + Satisfactorio)		87%						65%		60%		90%	76%

– **Documentos relacionados con eficiencia y ahorro energético:**

Informe de evaluación energética. Se comprueba informe de Noviembre de 2020 realizado por Ingeho (Ingeniería y Facility Management) donde se analiza el estado de la instalación de climatización y ACS del HUIL y se identifican medidas cuya implementación supondrán una mejora de la instalación, principalmente desde el punto de vista de la eficiencia energética:

MAE 1– PRODUCCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE ACS

MAE 2 – HORARIOS FAN COILS

MAE 3.1 – RECUPERACIÓN DE CALOR Y FREE COOLING (Críticidad 1)

MAE 3.2 – RECUPERACIÓN DE CALOR Y FREE COOLING (Críticidad 2)

MAE 3.3 – RECUPERACIÓN DE CALOR Y FREE COOLING (Críticidad 3)

MAE 3.4 – RECUPERACIÓN DE CALOR Y FREE COOLING (Críticidad 4)

MAE 4.1 – HUMECTACIÓN (Reducción de caudal)

MAE 4.2 – HUMECTACIÓN (Cambio a gas)

MAE 5 – EQUILIBRADO DE COLECTORES

MAE 6 – REGULACIÓN DE TEMPERATURAS DE FAN COILS

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

MAE 7– SUSTITUCIÓN DE CALDERA BASE POR BOMBA DE CALOR
MAE 8– SUSTITUCIÓN DE ENFRIADORA BASE POR EQUIPO MÁS EFICIENTE

Se comprueba **Informe de medidas de eficiencia energética implementadas** en 2020 han sido:

- Cambio a iluminación led en escaleras interiores.
- Refuerzo de aislamiento en instalación de climatización
- Cambio a iluminación led en habitaciones

– **Documentación relacionada con prevención de riesgos laborales y plan de emergencia del hospital:**

En febrero 2020 se puso en marcha la plataforma e-coordina. Se comprueba documentación de PRL y CAE subida a la plataforma, conforme al **Procedimiento SEG 1/08 control y coordinación de contratistas, subcontratistas y autónomos en materia de seguridad y salud en el trabajo**, de los socios operativos.

• Se comprueba **Listados de Documentación de trabajadores en e-coordina** (con el estado de validez o caducidad, en su caso, pe.:

- Mantenimiento – Juan Carlos Urban
- Limpieza – Alexandra Freire
- Seguridad – Pedro González. No está colgado en la plataforma.
- Administrativos – Coral Ramos
- Viales – Mauricio Usma
- Tigas - José Miguel Moreno. No está colgado en la plataforma.
- Restauración - Irene López Responsable del Servicio
- Esterilización – Nuria Patiño
- Residuos –Javier Andrés Soto
- Lavandería (sin trabajadores en el hospital desde enero de 2021). Se comprueba información de Manuel Orejudo en el repositorio documental de la plataforma.
- DD – Juan José Pinel (ver documentación Ambicai no incluida en plataforma – subcontrata de ONET)

• No está subida la documentación de algunos trabajadores muestreados a la plataforma e-coordina, pe.: Pedro González (Seguridad) y José Miguel Moreno (Tigas).

Se dispone de procedimientos para actuación en caso de alerta sanitaria, pe.:

- Protocolo de asistencia de pacientes en el servicio de urgencias en el contexto de emergencia sanitaria internacional por brote de virus ébola en Africa occidental de 9/12/14.
- Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (MERS-CoV) del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias de 24/09/13, que también son entregados los socios operativos.

• Se comprueba el **Información en materia de coordinación de actividades empresariales** - Recibí Biblioteca - que se entrega a todas las empresas en CAE, pe.: Veolia.

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



- Se comprueba documentación de trabajadores propios de la Concesionaria disponible en RR.HH., pe.: Almacenes – Noelia Ríos:
 - Entrega de información PRL de 24/02/20
 - Entrega de epis de 06/04/20
 - Renuncia RM de 23/06/21
- En junio de 2020 se ha actualizado el Plan de Autoprotección del Hospital. Se comprueba **Solicitud de inscripción en el Registro de Datos de Planes de Autoprotección** de 17/10/19.
- A fecha de la auditoría operativa no se ha realizado el simulacro anual requerido por el RD 393/2007, si bien se comprueba planificación aprobada en Comisión Mixta de 24/06/21 realizar simulacro parcial en Septiembre-Octubre).
- Se comprueba **Registro de notificaciones de riesgos y accidentes** de todos los servicios desde el año 2009 hasta 2019.

AÑO	ACCIDENTE	RIESGO POTENCIAL	TOTAL
2018	3	30	33
2019	11	29	40
TOTAL	14	59	73

- Se comprueba resumen de **Accidentes por servicio**:

Cuenta de Incidencia				Servicio afectado				
Años	Tipo	Consecuencias	Notificación	Limpieza	Restauración	Residuos	Esterilización	Total general
2018	Accidente	Pinchazo	may				1	1
			nov				1	1
			dic				1	1
2019	Accidente	Corte	ene				2	2
			ago	1				1
		Pinchazo	ene				2	2
			may				1	1
			jul	1				1
		ago				1	1	
		Pinchazo	ene				1	1
Arañazo sangrante	sep				1	1		
Total general				10	1	1	18	30

En 2020 se ha recogido de forma independiente, relacionado con notificaciones de trabajadores con baja por COVID. No se han notificado otro tipo de incidentes/accidentes. Por otra parte, en e-coordina, se dispone del informe de siniestralidad anual de todos los socios operativos.

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



Nº de bajas	Fecha de baja					Total
	2020	2021	ene	mar	abr		may
SERVICIO						
LIMPIEZA	44	1	1			46
SEGURIDAD	9				1	10
RESTAURACIÓN	9					9
VIALES Y JARDINES	1					1
LAVANDERÍA	1					1
ESTERILIZACIÓN	2					2
TIGA	54		1	1		56
ALMACÉN	1					1
ADMINISTRATIVO PÚBLICO	27	2				29
ADMINISTRATIVO BACKOFFICE	7					7
CONCESIONARIA	2					2
Total general	162	5	2	1	1	171

GESTIÓN MEDIO AMBIENTE

Actualmente se está desarrollando un Plan de Gestión Medio Ambiental (PGMA) en coordinación con el HUIL. El Hospital se encuentra en proceso de implantación del Sistema de Gestión Ambiental conforme a los requisitos de la norma UNE-EN ISO 14001. Está prevista la certificación para finales de 2021.

- **Autorización para la producción de residuos peligrosos del Hospital:** comunicado cambio de razón social a nombre de Hospital Universitario Infanta Leonor con CIF S2800539E, fecha de entrada 28/04/17 y de registro 31/07/18.
- **Documento de efectividad de la resolución,** con número S2800539E/MD/11/09468, y NIMA 2800062442, con fecha 8-3-2011.
- **Consulta NIMA desde la web de la Comunidad de Madrid:** con número de autorización 13P01A1600010615K.

Comunidad de Madrid
Fecha y hora de la consulta: 04/09/2018 10:49:30

Consulta de Número de Identificación Medio Ambiental (NIMA)

Sede						
NIF: S2800539E	Razón Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR					
Dirección Sede: Avda. MEDITERRANEO 82, 28007 Madrid, Madrid						
Municipio: Madrid	Código INE Municipio: 280796 CP: 28007					
Provincia: Madrid	Código INE Provincia: 28					
Centro						
Denominación del Centro: EMPRESA PUBLICA HOSPITAL DE VALLECAS						
NIMA: 2800062442						
Dirección Centro: Avda. GRAN VIA ESTE 80, 28031 Madrid, Madrid						
Municipio: Madrid	Código INE Municipio: 280796 CP: 28031					
Provincia: Madrid	Código INE Provincia: 28					
Autorizaciones						
Tipo Autorización	Nº Autorización	Estado	Fecha Comunicación	Fecha Registro	Fecha Actualización	Fecha Baja
P01 - Productor de residuos peligrosos	13P01A1600010615K	Autorizado/Registrado		02/12/2009	31/07/2018	

B) VISITAS A LAS INSTALACIONES

Las visitas están documentadas en cada uno de los servicios.

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

C) CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

8.1.1 OBLIGACIONES DE LA DIRECCIÓN, GESTIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS (DGC)

OBLIGACIONES (DGC)	CUMPLE	OBSERVACIONES
La concesionaria tiene explicitado detalladamente el organigrama y las líneas de funcionamiento interno para la gestión de los servicios a su cargo	SI	
El organigrama refleja la responsabilidad de los cargos directivos, sus funciones y las líneas de comunicación y coordinación entre los diferentes servicios contratados	SI	
La concesionaria cuenta con un director general como responsable final de todos los servicios, estén contratados con otras empresas o no	SI	
La concesionaria cuenta con personal responsable de mando y la coordinación de los diferentes servicios	SI	
La concesionaria comunica a la Administración Sanitaria cualquier cambio en la estructura, manteniendo esta información permanentemente actualizada.	SI	
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	SI	
La concesionaria emite todos los informes que la Administración Sanitaria le solicita, cumpliendo los plazos y las especificaciones que se le indican.	SI	
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.	SI	
La concesionaria utiliza las técnicas de trabajo, gestión y material más actualizados e innovadores para la prestación de los diferentes servicios, optimizando los resultados.	SI	
La concesionaria comunica las incidencias a la Administración Sanitaria en tiempo y forma adecuados, y establece las acciones correctoras que permiten corregir las desviaciones.	SI	

8.1.2 OBLIGACIONES DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS (RH)

OBLIGACIONES (RH)	CUMPLE	OBSERVACIONES
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.	SI	
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.	SI	El personal TIGA realiza funciones de lencería en el hospital.

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

<p>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.</p>	SI	
<p>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.</p>	SI	
<p>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</p>	SI	<p>Todos los Servicios programan formación, no siempre se refleja en los informes trimestrales, pe.: formación servicio de Lavandería (se comprueba plan de formación de Hlogyc). Se identifica como mejora.</p>
<p>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.</p>	SI	
<p>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.</p>	NO	<p>No se evidencia la realización de formación relacionada con la eficiencia energética en el periodo auditado (2018-2020). Se identifica como INCIDENCIA de gravedad MEDIA</p>
<p>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.</p>	SI	
<p>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.</p>	SI	<p>En noviembre de 2020 se ha impartido formación a todos los servicios sobre el Plan de Autoprotección (revisado en 2019).</p>
<p>El Plan de Formación Continuada incluye cursos de prevención de riesgos laborales.</p>	SI	
<p>La concesionaria y las empresas contratadas facilitan al personal la asistencia a estos cursos.</p>	SI	
<p>La concesionaria garantiza los servicios mínimos imprescindibles que determine la autorización gubernativa en caso de huelga que afecte a la prestación de los servicios.</p>	SI	

8.1.3 OBLIGACIONES DEL ÁREA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (PRL)

OBLIGACIONES (PRL)	CUMPLE	OBSERVACIONES
<p>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.</p>	SI	<p>La modalidad preventiva elegida por la concesionaria es el Servicio de Prevención Ajeno.</p>

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

La concesionaria ha realizado un “mapa de riesgos” en el que se ha basado la política de prevención de riesgos laborales.	SI	No está subida la documentación de algunos trabajadores de socios operativos muestreados a la plataforma e-coordina, pe.: Pedro González (Seguridad) y José Miguel Moreno (Tigas). Se identifica como INCIDENCIA de gravedad MEDIA.
La concesionaria y empresas contratadas realizan las revisiones médicas exigibles por la normativa vigente según la actividad que desarrolla en el hospital.	SI	
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.	SI	
La concesionaria proporciona a todo el personal los Equipos de Protección adecuados al trabajo que realizan y se responsabiliza de su uso correcto.	SI	
La concesionaria ha establecido e implantado un “Plan de Emergencia/ Contingencia” para todos los trabajadores del hospital, que permanece actualizado y que incluye Objetivos, Metodología, Cronograma de Actuación y seguimiento.	SI	
El “Plan de Emergencia/ Contingencia” incluye la coordinación con las autoridades del Ayuntamiento, Policía, Bomberos y Protección Civil.	SI	
El “Plan de Emergencia/Contingencia” incluye el Plan de Evacuación de Incendios y la concesionaria ha programado y desarrollado simulacros de evacuación.	NO	A fecha de la auditoría operativa no se ha realizado el simulacro anual requerido por el RD 393/2007, si bien se comprueba planificación aprobada en Comisión Mixta de 24/06/21 realizar simulacro parcial en Septiembre-Octubre). Se identifica como INCIDENCIA de gravedad MEDIA
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.	SI	En noviembre de 2020 se ha impartido formación a todos los servicios sobre el Plan de Autoprotección (revisado en 2019).

8.1.4 OBLIGACIONES DE LA GESTIÓN MEDIO AMBIENTAL (GMA)

OBLIGACIONES (GMA)	CUMPLE	OBSERVACIONES
La concesionaria ha desarrollado un Plan de Gestión Medioambiental (PGMA) que incluye Objetivos, Metodología,	SI	

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	
---	---	---

Cronograma de Actuación y seguimiento y la política medioambiental que se aplica en el hospital y su entorno.		
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	
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 y una política restrictiva en la utilización de materiales y energía.	SI	
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.	SI	Los socios operativos están certificados en la norma ISO 14001

8.1.5 OBLIGACIONES DE EFICIENCIA ENERGÉTICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE (EDS)

OBLIGACIONES (EDS)	CUMPLE	OBSERVACIONES
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).	SI	
La concesionaria desarrolla actividades para el uso racional y eficiente de la energía, con bajo coste y favorecer la implementación de energías renovables.	SI	

8.1.6 OBLIGACIONES DE CALIDAD (CAL)

OBLIGACIONES (CAL)	CUMPLE	OBSERVACIONES
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	Los socios operativos están certificados en la norma ISO 9001
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.	SI	Se identifica INCIDENCIA de gravedad LEVE.
Todos los materiales que utilizan para prestar los servicios se ajustan a los requerimientos del código EAN (EAN13, EAN128,	SI	

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

ITF14, etc) adecuado para cada código de barras.		
Todo el personal de la concesionaria y de las empresas contratadas lleva en todo momento la identificación que ha sido autorizada por el hospital.	SI	
Todo el personal de la concesionaria y de las empresas contratadas va correctamente uniformado y mantiene un alto nivel de higiene personal.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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	SI	

8.1.7 OBLIGACIONES DE LOS MEDIOS MATERIALES (MM)

OBLIGACIONES (MM)	CUMPLE	OBSERVACIONES
La concesionaria ha documentado los recursos materiales y técnicos que aporta para la prestación de los servicios.	SI	
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.	SI	

8.1.8 OBLIGACIONES DE DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES CRÍTICAS (SC)

OBLIGACIONES (SC)	CUMPLE	OBSERVACIONES
La concesionaria y empresas contratadas colaboran en los controles, supervisiones y auditorías que la Administración Sanitaria considere oportunos y sigue diligentemente sus indicaciones.	SI	
La concesionaria y empresas contratadas cumplen el deber de respetar los derechos de los usuarios del Hospital.	SI	
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.	SI	
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,	SI	

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

visitantes y empleados		
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).	SI	
La concesionaria es responsable de los fallos del servicio que afectan a la operatividad total o parcial del área sanitaria.	SI	

8.2. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

Se realizan visitas a los 12 servicios.

La clasificación de incidencias se ha realizado por el auditor con el siguiente criterio:

Leve: incumplimiento de algún requisito o desviaciones observadas que no supone riesgo ni para las personas ni para los usuarios

Media: incumplimiento de algún requisito que puede suponer algún riesgo para las personas y/o para los usuarios

Grave: incumplimiento de algún requisito o desviación que supone un claro riesgo para las personas y/o los usuarios.

8.2.1 SERVICIO DE LIMPIEZA (LIM)

Socio operativo: Onet

Responsable a nivel concesión: D. Miguel Cobeña

Responsable a nivel servicio: Dña. Mónica Márquez

A) REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

- Se comprueba **Informe de residuos** de mayo de 2021 y sus anexos, que incluyen:

- Cumplimiento de limpiezas programadas
- Limpiezas adicionales

- Se comprueba registro de limpiezas de habitaciones **Altas** de mayo 2021:

69,73% altas finalizan antes de 1 hora desde la petición

97,23% altas finalizan antes de 2 horas desde la petición

2,77% altas finalizan en más de 2 horas desde la petición

- Se comprueba **Planilla de personal del mes de junio:**

CATEGORÍA	ZONA/PUESTO	HORARIO	PUESTOS								
			Lunes a viernes			Sábados			Domingos y Festivos		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N
LIMPIADORA	HOSPITALIZACION (2A-2B-2D-2E-2F-3F)	7:00 A 14:48	6			6			6		

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



BUREAU
VERITAS

LIMPIADORA	HOSPITALIZACION 2B	15:30 A 21:00		1			1			1	
LIMPIADORA	HOSPITALIZACION 2C-3E	7:00 A 14:48	1			1			1		
LIMPIADORA	URGENCIAS	7:00 A 12:00	2								
LIMPIADORA	URGENCIAS	12:00 A 14:48	3								
LIMPIADORA	URGENCIAS	14:48 A 18:00		2							
LIMPIADORA	URGENCIAS	18:00 A 22:00		1							
LIMPIADORA	URGENCIAS	7:00 A 14:48				2			2		
LIMPIADORA	URGENCIAS	14:48 A 22:00					1			1	
LIMPIADORA	UCI	7:00 A 14:48	1			1			1		
LIMPIADORA	UCI	18:00 A 21:00		1			1			1	
LIMPIADORA	RADIOLOGIA	7:00 A 14:00	AVISOS			AVISOS			AVISOS		
LIMPIADORA	RADIOLOGIA	14:00 A 21:00		1			AVISOS			AVISOS	
LIMPIADORA	CONSULTAS	7:00 A 14:00	1								
LIMPIADORA	CONSULTAS	14:00 A 21:00		2							
LIMPIADORA	SOTANO	7:00 A 14:48	1								
LIMPIADORA	SOTANO FARMACIA	7:00 A 9:00				1			1		
LIMPIADORA	MEDICOS DE GUARDIA	9:00 A 13:00	1			1			1		
LIMPIADORA	DIALISIS/HOSPITAL DE DIA	7:00 A 14:00	1			1					
LIMPIADORA	HOSPITAL DE DIA	18:30 A 21:00		1							
LIMPIADORA	DIALISIS	14:00 A 15:00		3		2					
LIMPIADORA	DIALISIS	21:00 a 22:00		2		2					
LIMPIADORA	LABORATORIO	12:00 A 13:00	1			1			1		
LIMPIADORA	LABORATORIO	15:00 A 18:00		1			1			1	
LIMPIADORA	QUIROFANOS	7:00 A 9:00	2								
LIMPIADORA	QUIROFANOS	9:00 A 14:48	3								
LIMPIADORA	QUIROFANOS	14:48 A 16:00		2							
LIMPIADORA	QUIROFANOS	16:00 A 21:00		1							
LIMPIADORA	PARITORIOS	7:00 A 11:00	1			1			1		
LIMPIADORA	QUIROFANOS/PARITARIOS	7:00 A 14:48				1			1		
LIMPIADORA	QUIROFANOS/PARITARIOS	14:48 A 21:00					1			1	
LIMPIADORA	ALTAS	11:30 A 14:48	1			1			1		
LIMPIADORA	ALTAS	14:00 A 22:00		2			1			1	

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



CATEGORÍA	ZONA/PUESTO	HORARIO	PUESTOS								
			Lunes a viernes			Sábados			Domingos y Festivos		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N
LIMPIADORA	REHABILITACION	11:30 A 13:15	1			1			1		
LIMPIADORA	REHABILITACION	15:00 A 18:30		1							
LIMPIADORA	DESPACHOS	7:00 A 14:00	1								
LIMPIADORA	DESPACHOS	15:00 A 21:00		3			1			1	
PEON	CARTON/VIDRIO/ TONER	7:00 A 14:48	1			1			1		
PEON	CARTON/VIDRIO/ TONER	14:00 A 22:00		1			1			1	
LIMPIADORA	AVISOS/RECOGID AS	22:00 A 7:00			2			2			2

- **Fichaje de Trabajadores Servicio Limpieza.** Se comprueban fichajes del mes de Mayo de 2021, pe.: Alexandra Freire (limpieza Quirófanos). Promedio horas trabajadas 7:44 en horario de 6:00-14:00.

- Se comprueban **SIGIs** registrados por tipología los años 2018-2019-2020:

TIPO	AÑOS			TOTAL
	2020	2019	2018	
00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO	11	75	24	110
01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	15	17	14	46
03 CALIDAD		2		2
TOTAL	26	94	38	158

- **Quejas** registradas los años 2018-2019-2020:

QUEJAS SERVICIO DE LIMPIEZA				
SERVICIO	2020	2019	2018	TOTAL
Nº TOTAL	6	14	24	44

- **Felicitaciones**, recibido en un documento Excel con los agradecimientos recibidos desde el año 2008:

FELICITACIONES SERVICIO DE LIMPIEZA				
SERVICIO	2020	2019	2018	TOTAL
Nº TOTAL	3	9	19	31

• **Relación de equipos:** 2 lavadoras, 1 secadora, 3 rotativas, 2 fregadoras, 2 aspiradoras agua polvo y 3 aspiradoras polvo. Se comprueban **Registro de mantenimiento de equipos de limpieza**, pe.:

- Fregadora Tennat T-7 n/s 17-V15854. Fecha de puesta en marcha el 5/06/20. Registro de revisiones trimestrales, última registrada el 29/04/21.

Se comprueba mantenimiento externo realizado el 26/02/21 por Tennant (están pactadas 4 revisiones + cambio correas / año).

• Se comprueba **Listado de productos de limpieza** de julio de 2018 e **Informe de aprobación de Medicina preventiva** de 16/07/18 por cambio de proveedor:



SERVICIO DE LIMPIEZA

denominación comercial	USO	NUEVO PRODUCTO	MOTIVO CAMBIO/CONCLUSIÓN ELIMINACIÓN
AMONIAZO ROSAL "ODAL"	LIMPIEZA DE LOS AZULEJOS DE WC	AMONIAZO COMBIN "GEBITR"	Nuevo proveedor
DEEP WIPOLIM	JABÓN DE MANOS	PRECO	SIN CAMBIO
SPRINT n.130	TODAS LAS ZONAS DE ESPERAS CONSERVACIONES DE SUELOS PARA ATRAPAR MEJOR LA SUCIEDAD Y EL POLVO	SIN CAMBIO	SIN CAMBIO
SPOLVERO MOP (TESO)	ABRILANTADO DE SUELOS	NOVAL ESPECIAL MOPAS ODAL	Nuevo proveedor
CRISTALIZADOR X3 CASELLI	QUITA PEGAMENTO Y ALGUNAS MANCHAS DE DISTINTOS TIPOS DE SUPERFICIE	CRISTALIZADOR CRIS ROSA SUTTER	Nuevo proveedor
GALA PLUS	LIMPIEZA DE DISTINTAS SUPERFICIES	DESMORASANTE ODALGRAS	Nuevo proveedor
PRECA-SUELOS OTRODO BUSA	LIMPIEZA DE DISTINTAS SUPERFICIES	LIMPADOR SUELOS DEEP ALICE	Nuevo proveedor
SANIBASH	LIMPIEZA DE LOS WC POR DENTRO	DESINCRUSTANTE SANITARIOS WC FINO	Nuevo proveedor
LAVINET	JABÓN PARA LAVABOS	PRECO	Nuevo proveedor
	DECAPANTE SUELOS	DECAPANTE JONTEC FUTUR	NUEVO PRODUCTO

Listado Productos JULIO 2018

FECHA: 16 de julio de 2018

DE: Eva Jiménez González de Buitrago (Medicina Preventiva)

A: Begonia Molinero (Sociedad Concesionaria)

ASUNTO: Cambio proveedor productos limpieza

Estimada Begonia,

Una vez revisadas las fichas técnicas y de seguridad de los siguientes productos químicos destinados a limpieza del hospital, el Servicio de Medicina Preventiva da su conformidad en la utilización de los mismos:

- AMONIAZO COMBIN "GEBITR": limpiador de azulejos de WC.
- NOVAL ESPECIAL MOPAS ODAL: líquido para limpiar para limpieza de suelos
- CRISTALIZADOR CRIS ROSA SUTTER: abrillantador de suelos
- LIMPADOR SUELOS DEEP ALICE: limpiador suelos distintos superficies
- DESINCRUSTANTE SANITARIOS WC FINO: limpiador WC por dentro
- PRECO: jabón lavabos
- TASKI ADMITEC FUTUR FJA: decapante suelos

Utilizar siempre en las concentraciones recomendadas en las Fichas Técnicas.

Atentamente:



Fdo: Eva Jiménez González de Buitrago
F.E.A. Medicina Preventiva y Salud Pública

Medicina Preventiva, I.M.S. Sanitaria C. Diego de Sotomayor, 119 y 111. Tfn. 418730-419521-418190

• Se comprueban **Informes de aprobación de Medicina preventiva** por cambio de productos (19/06/20 detergente lavadora y 28/10/20 jabón de manos):



SERVICIO DE LIMPIEZA

FECHA: 19 de junio de 2020

DE: Eva Jiménez González de Buitrago (Medicina Preventiva)

A: Begonia Molinero (Sociedad Concesionaria)

ASUNTO: Cambio detergente lavadora

Estimada Begonia,

Una vez revisada la ficha técnica y de seguridad del "DESINTEC Detergente higienizante antibacterial" el Servicio de Medicina Preventiva da su conformidad en la utilización del mismo.

Atentamente:



Fdo: Eva Jiménez González de Buitrago
F.E.A. Medicina Preventiva y Salud Pública

Medicina Preventiva, I.M.S. Sanitaria C. Diego de Sotomayor, 119 y 111. Tfn. 418730-419521-418190



SERVICIO DE LIMPIEZA

FECHA: 28 de octubre de 2020

DE: Eva Jiménez González de Buitrago (Medicina Preventiva)

A: Begonia Molinero (Sociedad Concesionaria)

ASUNTO: Cambio jabón de manos

Estimada Begonia,

Una vez revisada la ficha técnica del jabón de manos "Tennant Javon FOSAP" del laboratorio DEB, el Servicio de Medicina Preventiva da su conformidad en la utilización del mismo en todo, invitando a consultar para el lavado de manos. Recomendamos que este jabón se no valore para el lavado preoperatorio.

Atentamente:



Fdo: Eva Jiménez González de Buitrago
F.E.A. Medicina Preventiva y Salud Pública

Medicina Preventiva, I.M.S. Sanitaria C. Diego de Sotomayor, 119 y 111. Tfn. 418730-419521-418190

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



B) VISITA A LAS INSTALACIONES

Durantes las visitas realizadas al hospital los días 13,14, 15 y 16 se evaluó in situ la limpieza del hospital por observación así como criterios de carros de limpieza y su contenido, entrevista a limpiadoras y observación de las técnicas de limpieza, cobertura de puestos y la identificación y uniformidad del personal de limpieza, pe.:

- Limpieza Satelite A 1ª planta bloque quirófanos. Limpiadora Alexandra Freire.

Se comprueban **Registros de limpieza de quirófanos** diario, semanal y mensual disponibles en cuarto sucio:

Se comprueba carro de limpieza de uso exclusivo para quirófanos.

- Limpieza Satélite D planta 2. Limpiadora Lupe San Segundo.

Se comprueba **Registro de limpieza** y dotación del carro:

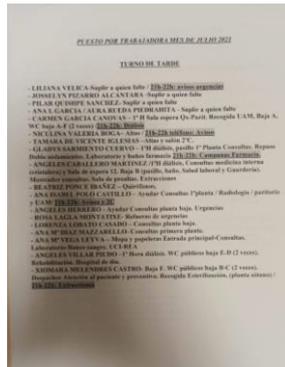
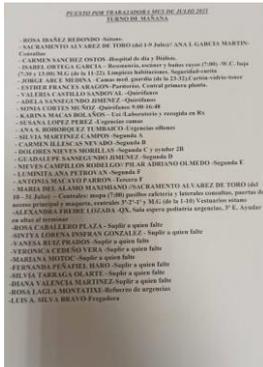


Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

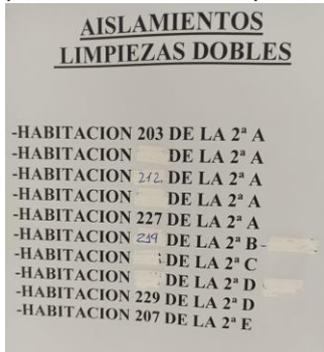
Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



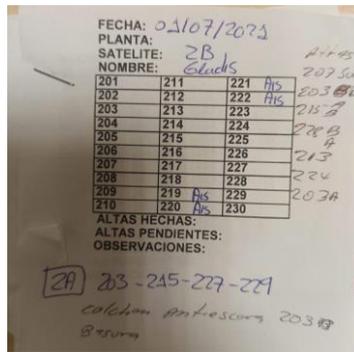
- Se deberían rotular los envases de H-100 en caso de deterioro de la etiqueta impresa en los mismos.
- Se visita oficina del Servicio de limpieza (Sotano Satellite D).
Se comprueban **Cuadrantes del servicio** Turno de mañana y de tarde:



Las habitaciones de pacientes se limpian diariamente en el turno de mañana. Adicionalmente, se realizan **limpiezas dobles** (mañana y tarde) en las habitaciones con pacientes Covid-19 y aislado:



Programacion



Registro de limpieza

Las limpiezas de habitaciones de altas se reciben por SPS. Se comprueba **Registro diario de limpiezas de habitaciones altas**:



Se dispone de **Programación semanal de la fregadora**:

<p>Referencia: Asunto 10869269 Rev 1</p>	<p>Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.</p>	
--	---	---

<p>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).</p>		
<p>Se registran al menos las actuaciones realizadas en áreas muy críticas y críticas.</p>	SI	Por ejemplo, quirófanos y limpiezas dobles (aislamientos)
<p>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.</p>	SI	
<p>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.</p>	SI	
<p>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.</p>	SI	
<p>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).</p>	SI	
<p>Se lleva a cabo la señalización y las precauciones apropiadas respecto a los viandantes en los suelos que estén recién limpiados o húmedos.</p>	SI	
<p>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.</p>	SI	
<p>El personal de limpieza comprueba con la frecuencia fijada en el manual de procedimientos que las salidas de emergencia disponen de señalización específica que advierte de la prohibición de obstaculizar el paso y comunica cualquier incidencia detectada.</p>	SI	
<p>El personal de limpieza comprueba que los ambientadores y otros sistemas de control de olores funcionan adecuadamente y están limpios.</p>		No aplica
<p>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).</p>	SI	
<p>El servicio de limpieza realiza la limpieza programada o rutinaria y específica tal y como se ha establecido en el manual de procedimientos.</p>	SI	Las que no se cumplen se indican en el informe mensual
<p>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.</p>	SI	Se están controlando los tiempos de limpieza en altas.

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

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.	SI	
El servicio de limpieza realiza las limpiezas de protección acordadas con el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.	SI	
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.	SI	
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).	SI	
Existen procedimientos escritos sobre el uso, descarte y mantenimiento de los productos de limpieza que se utilizan, según el objeto de limpieza.	SI	Se deberían rotular los envases de H-100 utilizados por el personal de limpieza en caso de deterioro de la etiqueta impresa en los mismos. Se identifica como INCIDENCIA LEVE.
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.	SI	
Existen procedimientos escritos sobre el mantenimiento y conservación en perfecto estado de uso de los materiales y equipos .	SI	
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).	SI	Se incluye información de plagas en el informe mensual.
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.	SI	El personal de limpieza recoge solo los residuos de clase I depositándolos en los cuartos sucios. Los residuos derivados de la actividad de limpieza se gestionan con el resto de residuos del Hospital.
La frecuencia de retirada de basuras es la adecuada para que las papeleras se mantengan por debajo del 75% de su capacidad.	SI	
Se mantienen en perfecto estado de limpieza los contenedores , así como la zona circundante donde estos se encuentren ubicados.	SI	Se recomienda que se cierre la puerta de los cuartos sucios para que no puedan acceder más que personal autorizado, ya que se encuentran en zonas transitadas. Se identifica como MEJORA.

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

Todas las instalaciones se encuentran en perfecto estado de limpieza tal y como se describe en los criterios de calidad del hospital.	SI	
---	----	--

8.2.2 SERVICIO DE SEGURIDAD (SEG)

Socio operativo: Alerta y Control

Responsable a nivel concesión: D. Miguel Cobeña

Responsable a nivel servicio: Dña. Gema Ruíz

A) REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

- Se comprueba **Informe de seguridad** de mayo de 2021 que incluye:
 - Operatividad de Equipos de seguridad instalados en el hospital

EQUIPOS	CANTIDAD
Cámaras de vigilancia	96
Puertas, ventanas o similares con alarma	79
Puertas con sistema de control de accesos	250
Zonas con sensores de intrusión	110
Monitores de CCTV	11
Pulsadores de alarma de seguridad	2
Central receptora de alarmas de seguridad	3
Sistema de megafonía	1
Extintores	409
BIES	162
Detectores de humo	4243
Central receptora de alarmas de incendio	12
Cierre sectores de incendios	
Pulsadores de alarma de incendio	250
VÍdeo portero	5
Sensores TV	17

- Registro de Tarjetas del Hospital

AÑO	2021
-----	------

Cuenta de Nº DE TARJETA		ORGANIZACIÓN	
MES	MOTIVO	Hospital	Total general
MAY	ALTA	71	71
	BAJA	37	37
	MODIFICACION	14	14
	PORTAS	9	9
	REINCORPORACION	2	2
	REPOSICION	26	26

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

Total MAY	159	159
Total general	159	159

- Actuaciones relevantes

AÑO	2021
-----	------

Cuenta de OBSERVACIONES	MES	
	MAY	Total general
CONTENCION PSQ	6	6
CONTENCION URG	19	19
DESALOJO	8	8
INTERV. EXTERIOR HOSPITAL	9	9
INTERV. INTERIOR HOSPITAL	9	9
INTERV. URG	47	47
INTERV.HOSPITALIZACION	4	4
INTERV.PSQ	38	38
LLAMADA POLICIA NACIONAL	2	2
INTERV.CEX	4	4
INCIDENTE FUMAR	1	1
Total general	147	147

- Los **cuadrantes** de cobertura de puestos.

CATEGORÍA	ZONA/PUESTO	HORARIO	PUESTOS									
			Lunes a Viernes			Sábados			Domingos y Festivos			
			M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Vigilante	Centro control	24 horas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vigilante	Urgencias	24 horas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vigilante	Hall principal	24 horas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vigilante	Libero	24 horas	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Auxiliar	Consultas/varios	08:00-20:00	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0
Auxiliar	Varios	20:00-08:00	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1

- Se comprueba con los **fichajes** recibidos de trabajadores, pe.: Pedro González. La media de presencias realizadas en turnos de 12 horas.

- Se comprueban **TIPs de seguridad de vigilantes**, todas vigentes, pe.: Gema Ruiz Jefe de Equipo y Responsable del Turno de Mañana 137.188 y Pedro González Vigilante 266.109.

- Se comprueban **SIGIs** registrados por tipología los años 2018-2019-2020:

TIPO	AÑOS			TOTAL
	2020	2019	2018	
00 SITUACIONES CRÍTICAS DEL SERVICIO	1	2	1	4
01 PROCEDIMIENTOS GENERALES		1		1
02 SERVICIOS ESPECIFICOS	2			2
TOTAL	3	3	1	7

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

- **Quejas** registradas los años 2018-2019-2020:

QUEJAS SERVICIO DE SEGURIDAD				
SERVICIO	2020	2019	2018	TOTAL
Nº TOTAL	45	7	17	69

- **Felicitaciones**, recibido en un documento Excel con los agradecimientos recibidos desde el año 2008:

FELICITACIONES SERVICIO DE SEGURIDAD				
SERVICIO	2020	2019	2018	TOTAL
Nº TOTAL	2	3	4	9

En 2021 se ha registrado hasta la fecha 1.

- Se comprueba **Inventario de Activos de seguridad** instalados en el HUIL

Código	Equipo	UDS.
CM	Contácto Magnético	88
V	Volumétrico	90
S	Sísmicos	18
C	Minidomo	97
MN	Monitores	12
CA	Control de accesos	47
VP	Video porteros	5
T	Teclado	3
SW	Switch	1
VG	Videograbador	5
R	Rack de seguridad	1
S	Servidor accesos	1
SI	Servidor identificación	1
IM	Impresora tarjetas	1

- Se comprueba **Planificación de mantenimiento preventivo**



**Cronograma actuaciones mantenimiento preventivo sistemas de seguridad Hospital
Universitario Infanta Leonor para el año 2021.**

REVISIONES SISTEMAS								
MANTENIMIENTO PREVENTIVO								
2021								
CENTRO	1 TRIMESTRE		2 TRIMESTRE		3 TRIMESTRE		4 TRIMESTRE	
	FECHA	OBSERVACIONES	FECHA	OBSERVACIONES	FECHA	OBSERVACIONES	FECHA	OBSERVACIONES
H. Infanta Leonor	22/03/2021		21/06/2021		20/09/2021		20/12/2021	

- Se comprueba **Check list de revisión y Albarán de intervención** (Servicio de Asistencia Técnica) de 04/03/21 e **Informe de mantenimiento** de 31/03/21.



B) VISITA A LAS INSTALACIONES

Los días de visita a las instalaciones se verificó la cobertura de puestos como la presencia de vigilantes de seguridad, pe.: en la entrada principal y en las urgencias. Se observó la uniformidad e identificación del personal (TIP) y medios de disuasión.

- Se visita el Centro de Control (Punto Permanente de Seguridad – PPS). Satélite F Planta 0. En la sala el vigilante con categoría de jefe de equipo Gema Ruiz.
 - Se comprueba control de **cursos de reciclajes** anuales, previstos 2 en marzo de 2021, uno de ellos realizado y otro pendiente del vigilante Pedro González. Se comprueban diplomas de cursos de reciclaje impartidos, pe.: Gema Ruiz impartido del 2-18/12/20 por Alival (Vigilancia de Buques 20h).
 - Se comprueba **Protocolo Operativo** del Servicio de Alerta y Control de 10/08/14. Se observan los monitores de las cámaras en funcionamiento (11 monitores de CCTV) y el funcionamiento de las distintas alarmas en la central: detectores en puertas y sensores de intrusión. Se observan varias pantallas para este procedimiento, pe.: suena la alarma (14/07/21 a las 11:39) y en otra pantalla se observa la zona (puerta de emergencia de biblioteca de pacientes) y la persona que ha accedido. Desconectan puntualmente aquellas que por la actividad (obras o reformas) darían señales de alarma erróneas.
 - Se comprueba **Relación de personal Técnico autorizado para acceso 24 h** actualizado a 10/03/21.
 - Se comprueba el **Listado de teléfonos** en Tablón (avisos SIGI, urgencias de la mutua, extensiones y teléfonos, teléfonos de bomberos, policía, etc.)
 - Se comprueba **descarga de rondas**, con fichaje se realiza una ronda interior y una exterior en el turno de noche, pe.: día 13/07/21: ronda interior de 23:07 a 23:57 y ronda exterior inicio 23:57 finalizada a las 00:11 del 14/07/21. El resto de ronda no se fichan, quedan registradas en el Informe diario der servicio. Se comprueba **Informe diario del servicio**, pe.: día 12/07/21.
 - Se comprueba **Registro de intervenciones relevantes**, pe.: día 10/07/21 18:52 robo.
 - Se comprueba registro de **Tarjetas de personal** y permisos de acceso, pe.: Alta de 14/07/21 nº tarjeta 86730 acceso Comunes, G01, G03, G04, G10, especialidad y vestuarios.
 - Se comprueba registro de **Control de personal de empresas externas**, pe.: Miguel Broncano (Veolia) días 12/07/21 tarjeta 4 y día 13/07/21 tarjeta 3.

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

- Se comprueba **Impreso de custodia de objetos personales**, pe.: BOX3 de 09/07/21 (depósito, firmado por auxiliar de enfermería y vigilante) y BOX6 de 13/07/21 18:30 a 14/07/21 13:40 (depósito y entrega, firmado por paciente y vigilante).

Se comprueban **Medios y equipos** para la prestación del servicio, pe.: sistema de fichaje de rondas, radiotransmisor, medios de disuasión, linterna halógena, caja de seguridad y taquillas de psiquiatría, armario de llaves. Se comprueban llaves disponibles, aunque en el hospital no se entregan llaves, se solicita apertura y cierre de puertas al servicio.

C) CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

CRITERIOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD (SEG)	CUMPLE	OBSERVACIONES
La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de limpieza.	SI	
El Manual de procedimientos de la unidad tiene definidos los planes preventivos y correctivos .	SI	
El Manual de procedimientos de la Unidad contempla los procedimientos de actuación para responder a peticiones de emergencia y urgencia .	SI	
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.	SI	Puntos de fichaje definidos y ubicados en plano de situación.
La Unidad de Seguridad es la responsable de la elaboración, seguimiento, mantenimiento y puesta en marcha de los planes de emergencia/ contingencia del hospital.	N/A	El plan es común para todos los servicios (Plan de Autorprotección).
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.).	SI	
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.	SI	
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.	SI	
El personal de la unidad registra los pases de seguridad, llaves y tarjetas de acceso emitidas y recobradas.	SI	
El personal de la unidad registra el mantenimiento de vehículos, armas, equipos de control, etc., cuando proceda.	SI	El servicio se presta sin armas ni vehículos.
El servicio de seguridad ha documentado la ficha de teléfonos de interés.	SI	
El servicio de seguridad garantiza que todos sus empleados conocen el manual de procedimientos .	SI	

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
Todas las actuaciones de seguridad y vigilancia están centralizadas y controladas, 24 horas al día en el centro de control.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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).	SI	
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.	SI	
El servicio de seguridad provee personal de seguridad para prestar servicios rutinarios de escolta y vigilancia secreta , bajo petición previa de la Administración sanitaria.	SI	Estos servicios no se prestan de forma rutinaria. El servicio de escolta y vigilancia secreta se presta por la Policía.
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).	SI	
En el manual de procedimientos de la Unidad y conforme al plan de emergencia se fija la frecuencia de los simulacros y su alcance .	SI	El personal de seguridad forma parte de los Equipos de intervención en emergencias.
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	SI	

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

hospital, verificación de medios de seguridad, etc.).		
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.)	SI	

8.2.3 SERVICIO DE RESTAURACIÓN (RES)

Socio operativo: Mediterranea de Catering

Responsable a nivel concesión: D. Carlos Allo

Responsable a nivel servicio: Dña. Irene López

A) REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

- Se comprueba **Informe de Restauración** de mayo de 2021 y sus anexos, que incluyen:
 - Resumen platos servidos en el mes:

	Desayuno	Comida	Merienda	Cena
Pacientes	7812	8413	7797	7647
Personal de Guardia	1144	1201	-	1114
Total	8.956	9.615	7.797	8.761

- Controles bromatológico de cocina y cafetería. Se comprueban Informes de 17/05/21, tanto de cocina como de cafeterías, todos favorables. Se realizan mensualmente en alimentos, ambiente, manipuladores, utensilios de uso común y superficies.
- Informes de auditoría mensual de cocina y cafetería. Se comprueban informes de 24/05/21 con resultado del 100% de cumplimiento.
- Encuestas de satisfacción.
- Como planes de mejora del servicio, el departamento de Dietética del Servicio de Restauración, se ha realizado un sondeo en algunos controles de Unidades de Hospitalización sobre la calidad de la comida entregada en planta.
- Planilla personal. Las medias de los puestos a ocupar según las programaciones realizadas son las indicadas en la siguiente tabla.

CATEGORÍA	ZONA/PUESTO	HORARIO	PUESTOS RESTAURACION								
			Lunes a Viernes			Sábados			Domingos y Festivos		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N
ASL	COCINA	07:00 A 15:30	1			1			1		
ASL	COCINA	08:00 A 16:30	2			2			2		
ASL	CAFETERIA	08:00 A 16:30	2								
DIETISTA	COCINA	07:00 A 15:30	1			1			1		
COCINERO	COCINA	07:00 A 15:30	3			2			2		
AYUDANTE COCINA	COCINA	07:30 A 16:00	1			1			1		
CAMARERO	CAFETERIA	07:00 A 15:30	1			1			1		
CAMARERO	CAFETERIA	07:30 A 16:00	1			1			1		
CAMARERO	CAFETERIA	09:00 A 15:00	1			1			1		
ASL	COCINA	14:00 A 22:30		5		5				5	
ASL	CAFETERIA	14:00 A 22:30		1		1				1	
DIETISTA	COCINA	13:00 A 21:30		1		1				1	
COCINERO	COCINA	12:30 A 20:30		1		1				1	
COCINERO	COCINA	13:00 A 21:00		1		1				1	
AYUDANTE COCINA	COCINA	14:00 A 22:30		1		1				1	
CAMARERO	CAFETERIA	14:00 A 22:30		1		1				1	

- Se comprueban **Fichajes de personal**. Para Restauración se han registrado una media de 8-9 personas de lunes a sábado y 5 los domingos y festivos con una media de 8 h trabajadas/día.

- Se comprueban **SIGIs** registrados por tipología los años 2018-2019-2020. En 2021 se registran dos, una relacionada con el criterio 00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO y otra con el criterio 01 PROCEDIMIENTOS GENERALES.

- **Quejas** registradas los años 2018-2019-2020:

QUEJAS SERVICIO DE RESTAURACIÓN				
SERVICIO	2020	2019	2018	TOTAL
Nº TOTAL	2	15	8	25

- **Felicitaciones**, recibido en un documento Excel con los agradecimientos recibidos desde el año 2008:

FELICITACIONES SERVICIO DE RESTAURACIÓN				
SERVICIO	2020	2019	2018	TOTAL
Nº TOTAL	0	2	3	5

B) VISITA A LAS INSTALACIONES (RES)

- Se visita la cocina (Sotano Satélite B).

Para ello, la Responsable del Servicio (Irene López) nos proporciona equipos anticontaminación cruzada (gorro, mascarilla, bata, todo desechable).

El personal que se encuentra trabajando está correctamente uniformado e identificado.

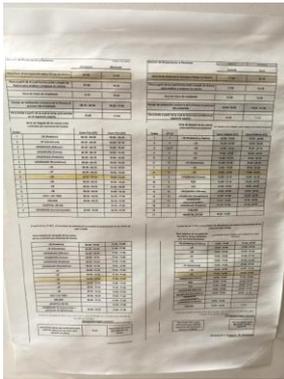
Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



El emplatado se realiza sobre la cinta. El cabeza de la cinta canta las dietas y el resto de trabajadores completan los alimentos del menú de cada bandeja, siendo la dietista la responsable de la revisión final.

Se comprueba **Programación de Restauración a pacientes.**



Se comprueba **Menú dietas de pacientes Verano Semana 1 día 4 comida.**

VERANO SEMANA 1	DÍA 4	COMIDA
BASAL	ENSALADA ESTILO CAMPESINA PASTEL DE CARRO ARROZ CON LECHE FRUTAS	SETENTA CINCO PASTEL DE CARRO FRUTAS PASTEL
OPCIONAL	ENSALADA ESTILO CAMPESINA PASTEL DE CARRO ARROZ CON LECHE FRUTAS	SETENTA CINCO PASTEL DE CARRO FRUTAS PASTEL
BASAL PEDIATRIA	ENSALADA ESTILO CAMPESINA PASTEL DE CARRO ARROZ CON LECHE FRUTAS	SETENTA CINCO PASTEL DE CARRO FRUTAS PASTEL
SEMILÍQUIDA	ENSALADA ESTILO CAMPESINA PASTEL DE CARRO ARROZ CON LECHE FRUTAS	SETENTA CINCO PASTEL DE CARRO FRUTAS PASTEL
SEMILÍQUIDA	ENSALADA ESTILO CAMPESINA PASTEL DE CARRO ARROZ CON LECHE FRUTAS	SETENTA CINCO PASTEL DE CARRO FRUTAS PASTEL
TURMERIC	ENSALADA ESTILO CAMPESINA PASTEL DE CARRO ARROZ CON LECHE FRUTAS	SETENTA CINCO PASTEL DE CARRO FRUTAS PASTEL
PAQUETES	ENSALADA ESTILO CAMPESINA PASTEL DE CARRO ARROZ CON LECHE FRUTAS	SETENTA CINCO PASTEL DE CARRO FRUTAS PASTEL
BLANDA GASTRO	ENSALADA ESTILO CAMPESINA PASTEL DE CARRO ARROZ CON LECHE FRUTAS	SETENTA CINCO PASTEL DE CARRO FRUTAS PASTEL
PROTECCIÓN	ENSALADA ESTILO CAMPESINA PASTEL DE CARRO ARROZ CON LECHE FRUTAS	SETENTA CINCO PASTEL DE CARRO FRUTAS PASTEL
ASTROLOGÍA	ENSALADA ESTILO CAMPESINA PASTEL DE CARRO ARROZ CON LECHE FRUTAS	SETENTA CINCO PASTEL DE CARRO FRUTAS PASTEL
RICA	ENSALADA ESTILO CAMPESINA PASTEL DE CARRO ARROZ CON LECHE FRUTAS	SETENTA CINCO PASTEL DE CARRO FRUTAS PASTEL
RECIENOS	ENSALADA ESTILO CAMPESINA PASTEL DE CARRO ARROZ CON LECHE FRUTAS	SETENTA CINCO PASTEL DE CARRO FRUTAS PASTEL

Se comprueba **Menu semanal cafetería de personal**

MENÚ SEMANAL HOSPITAL INFANTA LEONOR/ SEMANA 1		MENÚ VERANO AÑO: 2021			
		VIERNES	VIERNES	VIERNES	VIERNES
1. LUNES	2. MARTES	3. MIÉRCOLES	4. JUEVES	5. VIERNES	6. SÁBADO
ARROZ AMARILLO PASTEL DE CARRO	ENSALADA ESTILO CAMPESINA CON MODO PICÓN	SALMOREJO CORDOBES CON HUIVO DADO	ENSALADA QUESO DE GARBANOS, TOMATE, MENA, CEBOLLA Y QUESO FRESCO	SALMOREJO CON PICARILLO DE CANGREJO AL AJILLO	ARROZ AMARILLO PASTEL DE CARRO
MACARRONES BAGUETTE	ARROZ CON POLLO DE CORRAL Y REFREITO DE AÍTES	SPAGHETTI NEGRO DE SEDA	ROSTIF DE SOBASSADA Y CEBOLLA CARAMELIZADA	PASTA TRICOLOR CON PESTO ROJO	MACARRONES BAGUETTE
ARROZ VERDE PIMENTA MAYONESA CON QUINOA	SALTEADO DE VERDURAS SALTEADAS CON LOMBARDO Y CACHAMETTE	DUO DE FLORES Y PASTA CON VIRAGRETA DE ARROZ	MANTECA NAVARRA SALTEADA CON SOJA Y SESAMO	COLES DE BRUXELAS ASADAS ENCROBOLANDO DE PASTA	ARROZ VERDE PIMENTA MAYONESA CON QUINOA
POLLO AL HORNO CON MAYONESA Y TOMILLO	CHULETAS DE CERDO A LA BRASA CON STROGANOFF	ALITAS DE POLLO AL HORNO A LAS FINAS HERBAS	SOCOMELLO DE POLLO CON CREMA DE MOSTAZA, CEBOLLA CARAMELIZADA Y CHAMPIGNON	CINTA DE LOMO A LA FRANCOISA CON ACEITE DE ROMERO Y TOMILLO	POLLO AL HORNO CON MAYONESA Y TOMILLO
ENSALADA MIXTA CON ACEITE DE CEBOLLA Y LIMÓN	CALABRESAS A LA ANDALUZA CON MAYONESA LIGERA	BACALADO A LA BRASA CON VINAGRETA DE OLIVAS NEGRAS	GRILLO A LA PLANCHA CON ACEITE DE CEBOLLA Y SAL MADRÓN	ESCALOPE DE PEZ ESPADA CON MAYONESA DE LIMÓN	ENSALADA MIXTA CON ACEITE DE CEBOLLA Y LIMÓN
MESES REVISADOS CON ESPINACHO FRESCO Y TOMATE CHERRY	SALCHICHAS DE POLLO A LA PLANCHA CON CEBOLLA FRITAS AL VAPOR	PARQUELLOS DE YORK CON TOMATE DE PASIÓN Y ORIGANO	PIZZA VEGETARIANA DE TOMATE, PIMIENTO VERDE, CHAMPIGNON, CEBOLLA Y OLIVAS	MOLLETE JHON DE POLLO CON TOMATE Y CEBOLLA FRITAS CON ENGLAZADA DE PAPRIKA Y LIMÓN	MESES REVISADOS CON ESPINACHO FRESCO Y TOMATE CHERRY

Se comprueba correo de 10/11/15 de SILVIA LLOPIS SALINERO Dietista H. Universitario Infanta Leonor Servicio de Endocrinología, Nutrición Clínica y Dietética de aprobación de

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



dietas TERAPEUTICAS con las raciones de DM, HC, PROT Y V del menú de Invierno y correo de 24/03/21 de la Responsable de Cocina informando de la aprobación de la dieta de Fácil Deglución.

Se comprueba **Maestro de Dietas** actualizado a 24/03/21 con la incorporación de la dieta de fácil deglución.

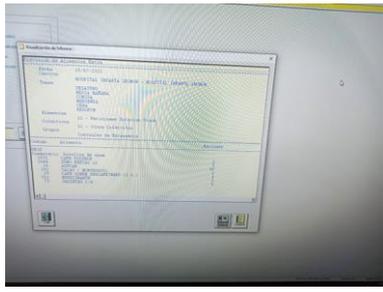
Se comprueba **Censo de dietas** hospitalización, pe.: Satelite E 2ª planta turno comida.

DIETA	DIETA	DIETA
0001	0001	0001
0002	0002	0002
0003	0003	0003
0004	0004	0004
0005	0005	0005
0006	0006	0006
0007	0007	0007
0008	0008	0008
0009	0009	0009
0010	0010	0010
0011	0011	0011
0012	0012	0012
0013	0013	0013
0014	0014	0014
0015	0015	0015
0016	0016	0016
0017	0017	0017
0018	0018	0018
0019	0019	0019
0020	0020	0020
0021	0021	0021
0022	0022	0022
0023	0023	0023
0024	0024	0024
0025	0025	0025
0026	0026	0026
0027	0027	0027
0028	0028	0028
0029	0029	0029
0030	0030	0030
0031	0031	0031
0032	0032	0032
0033	0033	0033
0034	0034	0034
0035	0035	0035
0036	0036	0036
0037	0037	0037
0038	0038	0038
0039	0039	0039
0040	0040	0040
0041	0041	0041
0042	0042	0042
0043	0043	0043
0044	0044	0044
0045	0045	0045
0046	0046	0046
0047	0047	0047
0048	0048	0048
0049	0049	0049
0050	0050	0050
0051	0051	0051
0052	0052	0052
0053	0053	0053
0054	0054	0054
0055	0055	0055
0056	0056	0056
0057	0057	0057
0058	0058	0058
0059	0059	0059
0060	0060	0060
0061	0061	0061
0062	0062	0062
0063	0063	0063
0064	0064	0064
0065	0065	0065
0066	0066	0066
0067	0067	0067
0068	0068	0068
0069	0069	0069
0070	0070	0070
0071	0071	0071
0072	0072	0072
0073	0073	0073
0074	0074	0074
0075	0075	0075
0076	0076	0076
0077	0077	0077
0078	0078	0078
0079	0079	0079
0080	0080	0080
0081	0081	0081
0082	0082	0082
0083	0083	0083
0084	0084	0084
0085	0085	0085
0086	0086	0086
0087	0087	0087
0088	0088	0088
0089	0089	0089
0090	0090	0090
0091	0091	0091
0092	0092	0092
0093	0093	0093
0094	0094	0094
0095	0095	0095
0096	0096	0096
0097	0097	0097
0098	0098	0098
0099	0099	0099
0100	0100	0100

Se utiliza el programa AURORA para las peticiones incluidas en el horario acordado (antes de las 11. a.m.) y mediante SPS (Sistema de petición de servicios), para las peticiones fuera de horario, pe.: 2580076 de 15/07/21 a las 12:30 nuevo ingreso CE204.

Se comprueba **Informe total de platos preparados**, pe.: día 15/07/21 DIETA 070 BASAL CON SAL: Ensalada de pasta con mahonesa 43 y Flamenquines 42.

Se comprueba **Pacto extras**, pe.: Satelite E 2ª planta



Se comprueban registros de **Trazabilidad de producción**:



Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

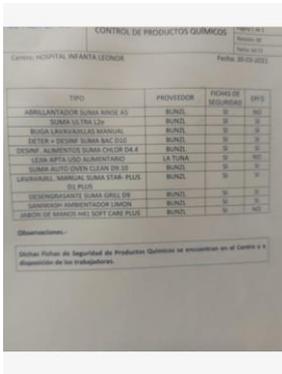
Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



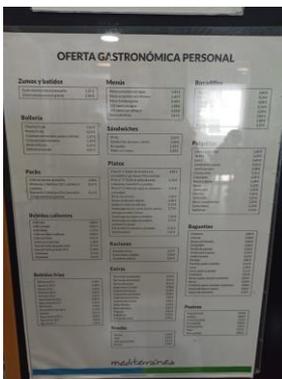
Se visitan las distintas dependencias de la cocina:
- zona recepción de mercancía y control de recepción



- almacenes y cámaras de alimentos: cámara de refrigerados (lácteos, frutas y verduras, pescado/descongelación y carnes), cámara de congelados y almacén de víveres (despensa).
- cuartos de preparación de comidas (carnes, pescados, verduras y varios).
- office con tren de lavado.
- almacén de productos de limpieza.



- Se visita cafetería de personal (Satélite B planta 0)
Se comprueba cartelería expuesta con **Oferta gastronómica**



Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 
---	---	--

Se ha realizado la observación de todas las zonas del servicio, siguiendo el circuito que recorren los alimentos desde el momento de su entrada en el Hospital, hasta su salida para su consumo por parte de los usuarios (cafetería y pacientes ingresados)

- Se visita Hospitalización Satélite E planta 2ª.

Se comprueba nevera con productos del pacto de extras.

Se comprueban bandejas etiquetadas, pe.: CE221 070 BASAL CON SAL, CE230 071 BASAL DM y CE217 180 BAJA EN GRASAS (PROTEINA BILIAR) con **Listado de dietas de pacientes** de control de Enfermería.



C) CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

SERVICIO DE RESTAURACIÓN (RES)	CUMPLE	OBSERVACIONES
La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de restauración.	SI	
El servicio dispone de un plan de gestión de dietas actualizado.	SI	Programa informático AURORA y Manual Básico de dietas
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.	SI	
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.	SI	Anexo 15 del Manual de procedimientos ("Manual APPCC").
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.	SI	
El Manual de Procedimientos del servicio cuenta con un protocolo de revisión de dietas para evitar errores en su envío a pacientes.	SI	La Dietista supervisa emplatado
Se dispone de un Manual de Higiene en el que se contemplan los siguientes aspectos: procedimientos, metodología, medios técnicos y materiales.	SI	Anexos del Manual de procedimientos (Buenas Prácticas de Manipulación, Plan de Control de Potabilidad de Agua, Instrucción técnica Control de Cloro y pH, Plan Control

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

		de Residuos)
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.	SI	Anexos del Manual de Procedimientos (Anexo 11: Plan de Limpieza y Desinfección y Anexo 12: Cuadros resumen del Plan de Limpieza)
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
El servicio de restauración proporciona información trimestral de la formación impartida al personal a la administración sanitaria.	SI	
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.	SI	Carros Socamel
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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 ",	SI	

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



BUREAU
VERITAS

“merienda reforzada”, “refuerzo especial” para diabéticos y “resopón” con la cena.		
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.	SI	
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.	SI	
Se ofrecen menús especiales para festividades (Navidad, Noche Vieja, Año Nuevo, Reyes y Fiesta patronal local), para personal , menús étnicos/culturales y menús infantiles .	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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)	SI	
Los productos o materias primas que se procesen no habrán sido sometidos, en su producción, a transformación genética .	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

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.	SI	
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 .	SI	
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.	SI	
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.	SI	
Se cumple lo establecido en cuanto a hojas de reclamaciones, avisos informativos para depositar bandejas, frecuencia de limpieza de mesas, limpieza de cafetería, etc.	SI	
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.	SI	
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).	SI	
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 .	SI	

8.2.4 SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS (GR)

Socio operativo: Veolia

Responsable a nivel concesión: D. Miguel Cobeña

Responsable a nivel servicio: D. Julián López

A) REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

Se revisa documentación del Gestor de residuos facilitada por el servicio:

– **HIBISA** (Higiénica de biosanitarios SL), se encuentra autorizadas por la Comunidad de Madrid para la realización de actividades de gestión de residuos peligrosos. Autorización para clase III (código LER 180103) y clase VI (180108).

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



**BUREAU
VERITAS**

Comunidad de Madrid
Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio
Dirección General de Medio Ambiente y Sostenibilidad

Empresas autorizadas por la Comunidad de Madrid para la realización de actividades de gestión de residuos peligrosos.
Actualizado al 08 de junio de 2021

Razón Social Dirección del Centro	CIF NIMA	Teléfono Fax	Nº de Inscripción / Autorización Alcance
SUSTANCIAS PELIGROSAS: 160107 FILTROS DE ACEITE. 160111 ZAPATAS DE FRENO QUE CONTIENEN AMANTO. 160113 LÍQUIDOS DE FRENO. 160114 ANTICONGELANTES QUE CONTIENEN SUSTANCIAS PELIGROSAS. 160601 BATERÍAS DE PLOMO. 160708 RESIDUOS QUE CONTIENEN HIDROCARBUROS. 170601 MATERIALES DE AISLAMIENTO QUE CONTIENEN AMANTO. 170603 OTROS RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN (INCLUIDOS LOS RESIDUOS MEZCLADOS) QUE CONTIENEN SUSTANCIAS PELIGROSAS.			
Proceso: 02 ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS DE APARATOS ELÉCTRICOS Y ELECTRÓNICOS QUE CONTIENEN SUSTANCIAS PELIGROSAS 200121 TUBOS FLUORESCENTES Y OTROS RESIDUOS QUE CONTIENEN MERCURIO.			
HIGIENIA DE BIOSANITARIOS, S.L. AVENIDA DE LA ENCINA, 26 28942 Fuenlabrada - Madrid	B87068961 2800088816	914994831	13G01A1300013420Z ESTERILIZACIÓN MEDIANTE AUTOCLAVE Y COMPACTACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS ESPECIALES (CLASE III); ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE RESIDUOS CITOTÓXICOS (CLASE VI); PREPARACIÓN PARA LA REUTILIZACIÓN DE CONTENEDORES DE RESIDUOS BIOSANITARIOS; REENVASADO DE RESIDUOS PELIGROSOS; ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS; ALMACENAMIENTO DE RAEEs CON COMPONENTES PELIGROSOS; ALMACENAMIENTO TEMPORAL Y EXCEPCIONAL DE RESIDUOS CUYA RECOGIDA Y ELIMINACIÓN ES OBJETO DE REQUISITOS ESPECIALES PARA PREVENIR INFECCIONES.
Proceso: 01 ESTERILIZACIÓN MEDIANTE AUTOCLAVE Y COMPACTACIÓN DE RESIDUOS INFECCIOSOS Y BIOSANITARIOS ESPECIALES DE LA CLASE III 180103 RESIDUOS CUYA RECOGIDA Y ELIMINACIÓN ES OBJETO DE REQUISITOS ESPECIALES PARA PREVENIR INFECCIONES. 180202 RESIDUOS CUYA RECOGIDA Y ELIMINACIÓN ES OBJETO DE REQUISITOS ESPECIALES PARA PREVENIR INFECCIONES.			
Proceso: 02 ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE RESIDUOS CITOTÓXICOS DE LA CLASE VI EN CÁMARA FRIGORÍFICA A UNA TEMPERATURA INFERIOR A 4°C			

Pag. 166

– Consulta en la web NIMA 2800088816 (número de autorización para la gestión de residuos peligrosos 13G01A1300013420Z) y NIMA 2800107904 (número de autorización para transportista de residuos peligrosos 13T01A1900016234B).

Comunidad de Madrid
Dirección General de Economía Circular
CONSEJERÍA DE MEDIO AMBIENTE, ORDENACIÓN DEL TERRITORIO Y SOSTENIBILIDAD

Fecha y hora de la consulta: 20/07/2021 22:32:07

Consulta de Número de Identificación Medio Ambiental (NIMA)

Sede	
NIF: B87068961	Razón Social: HIGIENIA 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: HIGIENIA DE BIOSANITARIOS, S.L.	
NIMA: 2800088816	
Dirección Centro: Avda. DE LA ENCINA 26, 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 Baja
G01 - Centro Gestor de residuos peligrosos	13G01A1300013420Z	Autorizado/Registrado		16/07/2015	25/01/2021	
G05 - Centro Gestor intermedio de residuos no peligrosos (almacenamiento)	13G05A1400030065D	Autorizado/Registrado		25/01/2021	25/01/2021	
T02 - Transportista de residuos no peligrosos	13T02A1800018321A	Baja	04/07/2016	16/12/2016	27/03/2019	27/03/2019

Página 1 de 1

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



Dirección General de Economía Circular
CONSEJERÍA DE MEDIO AMBIENTE, ORDENACIÓN
DEL TERRITORIO Y SOSTENIBILIDAD

Fecha y hora de la consulta: 20/07/2021 22:30:56

Consulta de Número de Identificación Medio Ambiental (NIMA)

Sede						
NIF: B87068961	Razón Social: HIGIENIA DE BIOSANITARIOS, S.L.					
Dirección Sede: Avda. DE LA ENCINA 26, 28942 Fuenlabrada, Madrid						
Municipio: Fuenlabrada	Código IRE Municipio: 280587 CP: 28942					
Provincia: Madrid	Código IRE Provincia: 28					
Centro						
Denominación del Centro: HIGIENIA DE BIOSANITARIOS, S.L.						
NIMA: 2800107904						
Dirección Centro: Avda. DE LA ENCINA 26, 28942 Fuenlabrada, Madrid						
Municipio: Fuenlabrada	Código IRE Municipio: 280587 CP: 28942					
Provincia: Madrid	Código IRE Provincia: 28					
Autorizaciones						
Tipo Autorización	Nº Autorización	Estado	Fecha Comunicación	Fecha Registro	Fecha Actualización	Fecha Baja
T01 - Transportista de residuos peligrosos	13T01A1800016234B	Autorizado/Registrado	27/08/2015	29/04/2016	29/11/2019	
T02 - Transportista de residuos no peligrosos	13T02A1800018321A	Autorizado/Registrado	04/07/2016	16/12/2016	31/10/2019	

Página 1 de 1

- **DIVICONFE, SL.** se encuentra autorizada por la Comunidad de Madrid para la realización de actividades de transporte de residuos no peligrosos.



Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio
Dirección General de Medio Ambiente y Sostenibilidad

Empresas inscritas en el Registro de Transportistas de Residuos (Residuos No Peligrosos) de la Comunidad de Madrid Actualizado al 08 de junio de 2021

Razón Social Dirección del Centro	CIF NIMA	Teléfono Fax	Nº de Inscripción / Autorización
DISTRIBUIDORA DE COMPONENTES OZOTONER, S.L. CALLE DE SAMBARÁ, 153 28027 Madrid	B84041630 2800065082	914415863 914429544	TRMD/3085
080313 RESIDUOS DE TINTAS DISTINTOS DE LOS ESPECIFICADOS EN EL CÓDIGO 08 03 12			
080318 RESIDUOS DE TÓNER DE IMPRESIÓN DISTINTOS DE LOS ESPECIFICADOS EN EL CÓDIGO 08 03 17			
DISTRIBUIDORA DE MATERIAL DE OFICINA, S.A. CALLE YUNQUE, 15 28918 Leganés - Madrid	A78557808 2800020959	916103212 916121297	TRMD/313
080318 RESIDUOS DE TÓNER DE IMPRESIÓN DISTINTOS DE LOS ESPECIFICADOS EN EL CÓDIGO 08 03 17			
080399 RESIDUOS NO ESPECIFICADOS EN OTRA CATEGORÍA			
DISTRIBUIDORA ORGANIZACION DE TRANSPORTES UNIVERSAL, S.L. CALLE MARIANO FORTUINI, 5 28529 Rivas-Vaciamadrid - Madrid	B81217937 2800012528	917863347 914041214	TRMD/3205
160214 EQUIPOS DESECHADOS DISTINTOS DE LOS ESPECIFICADOS EN LOS CÓDIGOS 16 02 09 A 16 02 13.			
DIVICONFE, S.L. CALLE DEL COTO DE DOÑANA, 26 28320 Pinto - Madrid	B79632944 2800010655	916918530 916918532	13T02A1800012187X
010308 RESIDUOS DE POLVO Y ARENILLA DISTINTOS DE LOS MENCIONADOS EN EL CÓDIGO 01 03 07.			
020104 RESIDUOS DE PLÁSTICOS (EXCEPTO EMBALAJES)			
020110 RESIDUOS METÁLICOS			
020705 LODOS DEL TRATAMIENTO IN SITU DE EFLUENTES			
030101 RESIDUOS DE CORTEZA Y CORCHO			
030105 SERRÍN, VIRUTAS, RECORTES, MADERA, TABLEROS DE PARTÍCULAS Y CHAPAS DISTINTOS DE LOS MENCIONADOS EN EL CÓDIGO 03 01 04.			

Pag. 1519

- **Consulta en la web NIMA 2800010655** (número de autorización para el transporte de residuos no peligrosos **13T02A1800012187X**, número de autorización para agente de residuos no peligrosos **13A02A2200028292T**).



Dirección General de Economía Circular
CONSEJERÍA DE MEDIO AMBIENTE, ORDENACIÓN
DEL TERRITORIO Y SOSTENIBILIDAD

Fecha y hora de la consulta: 21/07/2021 15:28:13

Consulta de Número de Identificación Medio Ambiental (NIMA)

Sede						
NIF: B79632944	Razón Social: DIVICONFE, S.L.					
Dirección Sede: Calle DEL COTO DE DOÑANA 26 Paliqueo ARROYO OLEBRO, 28320 Pinto, Madrid						
Municipio: Pinto	Código IRE Municipio: 281132 CP: 28320					
Provincia: Madrid	Código IRE Provincia: 28					
Centro						
Denominación del Centro: DIVICONFE, S.L.						
NIMA: 2800010655						
Dirección Centro: Calle DEL COTO DE DOÑANA 26 Paliqueo ARROYO OLEBRO, 28320 Pinto, Madrid						
Municipio: Pinto	Código IRE Municipio: 281132 CP: 28320					
Provincia: Madrid	Código IRE Provincia: 28					
Autorizaciones						
Tipo Autorización	Nº Autorización	Estado	Fecha Comunicación	Fecha Registro	Fecha Actualización	Fecha Baja
A01 - Agente de residuos peligrosos	13A01A2000028292T	Autorizado/Registrado	22/04/2020	26/06/2020	26/06/2020	
A02 - Agente de residuos no peligrosos	13A02A2000028292T	Autorizado/Registrado	22/04/2020	26/06/2020	26/06/2020	
NE1 - Negociante de residuos peligrosos	13NE1A2000028292M	Autorizado/Registrado	22/04/2020	26/06/2020	26/06/2020	

Página 1 de 2

- Se comprueba **Informe de residuos** de mayo de 2021 y sus anexos, que incluyen:
 - Resumen de los residuos retirados: tipo de residuo, volumen y Kg.
 - Frecuencia de retirada: tipo de residuo y fechas

Anexos:

- Se comprueba **Control de Residuos** de Mayo de 2021

mes MAYO_2021									
Suma de PESO TOTAL	TIPO RESIDUO								
UNIDAD ORIGEN	BIOSANITARIO	CITOSTÁTICO	PUNZANTES BIOSANITARIO	PUNZANTES CITOSTÁTICO	REACTIVO DE LABORATORIO	AGUAS DE LABORATORIO	DISOLVENTES NO HALOGENADOS	MEDICAMENTOS CADUCADOS	Total general
ANATOMÍA PATOLÓGICA	16,66	331,34	4,42						627,28
BANCO DE SANGRE	42,40		4,40						224,26
CONSULTAS PLANTA BAJA	14,36	16,00	44,96	1,54					76,86
CONSULTAS PRIMERA PLANTA		4,46	35,51	1,70					41,67
DIÁLISIS	2.947,00		68,90						3.015,90
ENDOSCOPIAS	377,12	109,64	17,10						503,86
EXTRACCIONES	542,12		139,48						681,60
FARMACIA	80,60	160,52	18,05	19,08				168,08	446,33
HOSPITAL DE DÍA	210,52	161,22	41,91	12,72				13,26	439,63
HOSPITALIZACIÓN 2A	31,50	1,78	26,20						59,48
HOSPITALIZACIÓN 2B			57,47						57,47
HOSPITALIZACIÓN 2C			7,42						7,42
HOSPITALIZACIÓN 2D	44,70	17,92	62,78	3,58				1,06	130,04
HOSPITALIZACIÓN 2E	95,88	30,14	39,24						165,26
HOSPITALIZACIÓN 2F	72,96	13,08	35,48						121,52
HOSPITALIZACIÓN 3E			4,80						4,80
HOSPITALIZACIÓN 3F	49,80		12,02	0,50					62,32
LABORATORIO	931,98	11,04	54,30		154,22	371,18	194,60		1.717,32
NEONATOS	18,00	6,16	1,02						25,18
PARITORIO	391,84		17,70						409,54
QUIRÓFANO	1.357,40	23,82	90,20						1.471,42
RAYOS	28,28		0,72						29,00
RAYOS TAC	14,48	2,30	1,26						18,04
UCI	4.963,72		95,66						5.059,38
URGENCIAS	31,14		130,04	1,16					162,34
URGENCIAS PEDIÁTRICAS			46,58						46,58
Total general	12.262,46	889,42	1.057,62	40,28	154,22	475,08	543,02	182,40	15.604,50

También se dispone de los datos de generación en volumen, densidad y peso en jaulas y contenedores.

- Se comprueba **Resumen de residuos peligrosos** gestionados en 2021:

Fecha de inicio	Ler	Residuo	Bultos	Peso neto
ENERO	180103*	D09 - Residuos Biosanitarios Clase III	2305	28375,3
FEBRERO	180103*	D09 - Residuos Biosanitarios Clase III	2199	35587,2
MARZO	180103*	D09 - Residuos Biosanitarios Clase III	2733	39167,67
ABRIL	180103*	D09 - Residuos Biosanitarios Clase III	2972	36478,4
MAYO	180103*	D09 - Residuos Biosanitarios Clase III	2703	31731,1
ENERO	160506*	D14 - Aguas de laboratorio	4	81
FEBRERO	160506*	D14 - Aguas de laboratorio	32	582
MARZO	160506*	D14 - Aguas de laboratorio	20	185,8
ABRIL	160506*	D14 - Aguas de laboratorio	17	383,5
MAYO	160506*	D14 - Aguas de laboratorio	31	678,5
ENERO	180106*	D15 - Medicamentos caducados	7	46,51
FEBRERO	180106*	D15 - Medicamentos caducados	60	427,5
MARZO	180106*	D15 - Medicamentos caducados	16	133,9
ABRIL	180106*	D15 - Medicamentos caducados	12	145
MAYO	180106*	D15 - Medicamentos caducados	10	159,5
ENERO	180108*	Medicamentos citotóxicos y citostáticos (	137	617,5
FEBRERO	180108*	Medicamentos citotóxicos y citostáticos (	257	1149,5
MARZO	180108*	Medicamentos citotóxicos y citostáticos (	223	984,6
ABRIL	180108*	Medicamentos citotóxicos y citostáticos (	186	859,5
MAYO	180108*	Medicamentos citotóxicos y citostáticos (	162	884
ENERO	070104*	R12 - Disolventes no halogenados	39	274
FEBRERO	070104*	R12 - Disolventes no halogenados	59	330
MARZO	070104*	R12 - Disolventes no halogenados	80	3325
ABRIL	070104*	R12 - Disolventes no halogenados	61	503
MAYO	070104*	R12 - Disolventes no halogenados	68	293
ENERO	160506*	R12 - Reactivos de laboratorio	16	96
FEBRERO	160506*	R12 - Reactivos de laboratorio	27	162
MARZO	160506*	R12 - Reactivos de laboratorio	7	161
ABRIL	160506*	R12 - Reactivos de laboratorio	38	384
MAYO	160506*	R12 - Reactivos de laboratorio	33	313,5
FEBRERO	150110*	R12 - Envases contaminados de plástico	4	142
MARZO	150110*	R12 - Envases contaminados de plástico	25	125,7
ABRIL	150110*	R12 - Envases contaminados de plástico	2	44
MAYO	150110*	R12 - Envases contaminados de plástico	2	74
MARZO	150110*	R12 - Envases contaminados de vidrio	3	21,7
ABRIL	150110*	R12 - Envases contaminados de vidrio	3	15
MAYO	150110*	R12 - Envases contaminados de vidrio	1	13
MARZO	160604*	R13 - Pilas alcalinas	1	70
ABRIL	160604*	R13 - Pilas alcalinas	1	10
ABRIL	160213-51*	R13 - 01 Raees	3	30,5
MAYO	160213-51*	R13 - 01 Raees	1	8
ABRIL	120112*	D15 - CERAS, GRASAS Y PARAFINA	11	28
MAYO	120112*	D15 - CERAS, GRASAS Y PARAFINA	2	8
MAYO	150202*	R12 - Filtros de aire	9	18

- Se comprueba **Archivo cronológico de Residuos 2021** (Libro de registro de residuos peligrosos) actualizado a Mayo de 2021:

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

CATEGORÍA	ZONA/PUESTO	HORARIO	PUESTOS								
			Lunes a Viernes			Sábados			Domingos y Festivos		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N
OPERARIO	RESIDUOS	7,00 a 15,00	2			2			1		
OPERARIO	RESIDUOS	15,00 a 23,00		1			1			1	

- Se comprueba **Fichaje de Trabajadores Servicio Residuos**, pe: Javier Andrés Soto, 8h/día de lunes a domingo en turno de mañana o tarde.

- Se comprueban **SIGIs** registrados por tipología los años 2018-2019-2020:

TIPO	AÑOS			TOTAL
	2020	2019	2018	
00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO		1		1
01 REQUERIMIENTOS DE MATERIALES			1	1
02 PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO DE RESIDUOS	2			2
03 LIMPIEZA DE MATERIALES				
06 CALIDAD	2			2
TOTAL	4	1	1	6

Se comprueba registro actualizado de 2021:

PK	GrupoFuncion	Servicio	Centro	UsuarioLogin	UbicacionCon	FechaRegistrac	HoraRegistro	Observacione	Titulo
53223	4QUI	04 RESIDUOS	HOSPITAL DE VA 02914813T		HOSPITAL (H) S	18/03/2021	11:48	TENEMOS DISPC01 REQUERIMIEI	
53224	4QUI	04 RESIDUOS	HOSPITAL DE VA 02914813T		HOSPITAL (H) S	18/03/2021	12:04	TENEMOS DISPC01 REQUERIMIEI	
53901	4DGE	04 RESIDUOS	HOSPITAL DE VA 05409465A		HOSPITAL (H) S	20/05/2021	11:47	EN LA INSPECCIC03 LIMPIEZA DE	

- **Quejas** registradas los años 2018-2019-2020: no se han registrado. Se comprueba que en 2021 tampoco se han registrado quejas relacionadas con el servicio.

- **Felicitaciones**, recibido en un documento Excel con los agradecimientos recibidos desde el año 2008: ninguna relacionada con este servicio.

B) VISITA A LAS INSTALACIONES

Se visita el cuarto sucio de la zona de hospitalización Satelite A 2ª planta donde se sitúan los contenedores de residuos una vez llenos (almacén intermedio).

- Se recomienda que se cierre la puerta de los cuartos sucios para que no puedan acceder más que personal autorizado, ya que se encuentran en zonas transitadas.

También se utiliza como almacén de contenedores limpios para reposición. Se comprueba contenedores disponibles:

- BSE (contenedor negro-tapa amarilla; cartón-bolsa roja)
- Punzantes (contenedor amarillo-tapa roja)
- Citotóxico (contenedor azul)
- Punzantes citotóxico (contenedor azul)

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	
---	---	---

Resto de envases (contenedor bolsa amarilla). Además, hay cubos que se utilizan para depositar batas reutilizables con destino lavandería (bolsa blanca).
Se utilizan bolsas para la identificación del tipo de residuo: verde (clase II), roja (clase III).

Se visita el almacén final hasta su retirada del hospital. En el almacén se encuentra el trabajador José Andrés Soto, correctamente uniformado e identificado.

El almacén consta de tres zonas:

- Zona de residuos urbanos: Incluye compactadores RSU clase I (orgánica) y clase II (bolsa verde) y papel y cartón y contenedores para residuos de vidrio y envases. Semanalmente se lavan los contenedores y exterior de los compactadores con agua a presión y detergente. Los gestores llevan a cabo un lavado interior de los compactadores.
- Almacén de residuos peligrosos: El almacén de residuos peligrosos son en realidad dos almacenes adjuntos, de acceso restringido (señalizado). El almacenamiento de residuos citotóxicos se realiza asegurando su separación con los residuos biosanitarios especiales (RBE). Semanalmente se realiza el lavado de carros y jaulas de transporte. Esta zona consta también de una báscula para el pesaje de estos residuos, identificada con etiqueta de calibración: certificado EQ31000201 de 25/11/20.

Los contenedores con residuos líquidos (garrafas de químicos, reactivos de laboratorio) se encuentran almacenados dentro de cubetos de retención. Dispone de un kit de derrames con instrucciones de uso visibles en la pared.

Se está implantando un contenedor para residuos de Clase III de cartón y con la bolsa incorporada



- Almacén de contenedores y material: En esta zona se almacenan bolsas y contenedores de repuesto, productos y equipos para la limpieza de contenedores y kit de derrames. En esta zona también se realiza el lavado de los contenedores, por lo que dispone de toma de agua. Además, el servicio dispone de un stock de etiquetas para contenedores de residuos citotóxicos o RBE.

- Se comprueban **horarios de recogida** desde los distintos almacenes intermedios y su posterior traslado al almacén final:

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



- Se comprueba **Parte de control de recogida intracentro de residuos** con las cantidades retirada de cada área. Los residuos recogidos son pesados en la báscula a su llegada al almacén.

- En la visita al almacenamiento final de residuos se observa jaula de transporte con residuos punzantes.



Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

Los residuos de fluorescentes son gestionados por Veolia como residuo peligroso. La empresa suministradora de los fluorescentes realiza la gestión de la retirada de los mismos, como parte del contrato de compra para reposición. Son retirados por AMBILAMP.

C) CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

OBLIGACIONES DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS (GR)	CUMPLE	OBSERVACIONES
La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de gestión de residuos.	SI	
El prestador del servicio dispone de la autorización vigente como gestor de residuos sanitarios.	SI	
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.	SI	
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.).	SI	
El servicio ha desarrollado un procedimiento para contener y actuar ante el vertido o derrame accidental de residuos peligrosos.	SI	El servicio dispone de un Protocolo de actuación ante una exposición aguda o un derrame de un residuo citotóxico. Además, dispone de un kit de actuación frente a derrames. No se detectan incidencias relacionadas.
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.	SI	Parte de control de recogida intracentro de residuos
El servicio registra la salida de residuos del área de almacenaje final y su destino final.	SI	El libro de registro de residuos peligrosos contiene toda la información relativa a la entrega, transporte y entrega a gestor de los residuos peligrosos que salen del hospital. Existen archivos de los albaranes de entrega y recepción de residuos tanto peligrosos como no peligrosos.

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



BUREAU
VERITAS

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.	SI	
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).	SI	
El servicio proporciona de un stock básico de bolsas y contenedores y de emergencia para residuos biosanitarios especiales, punzantes y pictogramas de bioriesgo.	SI	
El servicio proporciona el almacenamiento final de los contenedores compactadores (RSU, RBAU y papel y cartón), contenedores para reciclado (vidrio, plásticos), contenedores (pilas) y cámara frigorífica (RBE y RC) acordados con la administración sanitaria.	SI	La concesionaria indica que por normativa no es necesaria cámara frigorífica ya que se retira tres veces por semana y las inspecciones de la Comunidad de Madrid no han indicado nada al respecto.
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.	NO	En la visita al almacenamiento final de residuos se observa jaula de transporte con residuos punzantes. Se identifica como INCIDENCIA de gravedad MEDIA
El servicio proporciona de un stock básico de bolsas y contenedores y de emergencia para residuos biosanitarios especiales, punzantes y pictogramas de bioriesgo.	SI	
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.	SI	No se registran incidencias relacionadas RBS. En 2019 se registra SIGI relacionado con la retirada de residuos y reposición de contenedores de punzantes.
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), 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.	SI	No se registran incidencias relacionadas citotóxicos. En 2019 se registra SIGI relacionado con la retirada de residuos y reposición de contenedores de punzantes.

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

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.	SI	
El área destinada al almacenamiento final está claramente señalizada y solo tiene acceso el personal autorizado. El área de almacenamiento final se encuentra debida señalizada .	SI	
El área destinada al almacenamiento final dispone de una toma de agua para la limpieza de la instalación, así como ventilación suficiente.	SI	
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.).	SI	

8.2.5 SERVICIO DE MANTENIMIENTO (MTO)

Socio operativo: VEOLIA

Responsable a nivel concesión: D. Miguel Cobeña (Jefe de Mantenimiento e instalaciones)

Responsable a nivel servicio: D. Luis Miguel García

A) REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

- Se comprueba **Informe de Mantenimiento** de mayo 2021 y sus anexos, que incluyen:
 - Resumen actividades de Mantenimiento realizado:

	Nº Ordenes Trabajo/mes PLAN	Nº Ordenes Trabajo/mes REAL	Tiempo empleado (h)
Mantenimiento Preventivo	304	304	364
Mantenimiento Correctivo	609	609	487
Mantenimiento Conductivo	1975	1975	790
Mantenimiento Técnico-Legal	40	S/Protocolos	168
Trabajos Varios	25	25	45

- Control de consumos del mes:

Fecha	Gases Medicinales		Agua (m3) Consumo	Agua (m3) PCI	Gasoil (L) Calderas	Gasoil (L) G.Elec.	Gas (m3) Cocina	Gas (m3) Calderas	Electricidad (KW)
	Oxígeno m3	Nitrógeno m3							
ENERO	64041	22199	5011	0	50	100	1049	169025	879000
FEBRERO	57859	18340	4179	0	20	100	994	108381	817000

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
--	---	--

MARZO	60293	19306	4771	0	50	100	1090	99805	870000
ABRIL	59511	19371	4748	0	50	100	1032	80375	882000
MAYO	52322	23851	4885	0	50	100	1075	41845	941000

– Listado de actuaciones de mantenimiento preventivo y técnico legal

Equipo/Instalación	Nº Orden de Trabajo/Comprendidas	Fecha	Descripción	Tiempo empleado (h)	Operarios	TIPO DE MANTENIMIENTO		
						Preventivo	Correctivo	Técnico-Legal
Intercambiadores de Calor	6157090 a 6157091	05	Mensual/Anual	8	1	X		
Grupos Electrógenos (Mensual)	6157088 y 6157089	05	Mensual	2	1	X		X
Aparatos a Presión Vasos de Expansión (Calor y Frio)	6157069 a 6157076	05	S/Protocolo	14	1	X		X
Calderas de A.C. y A.C.S. (Mensual)	6157064 a 6157068	05	Mensual	15	2	X		X
Instal. de Climatización (Mensual/Trimestral)	6157244 a 6157272	05	S/Protocolo	66	2	X		
Fan-coils (Anual)	6157152 a 6157213	05	S/Protocolo	151	2	X		
Grupos Frigoríficos (Mensual)	6157082 a 6157086	05	S/Protocolo	36	2	X		
Otros (Revisión-13 Quirófanos)	S/Protocolo	05	Revisión Mensual-Quirófanos	46	2	X		X
Planta de Tratamiento de Agua para Diálisis - Sanitización Lazo Nuevo (Nephro-SAFE)	Días 3,10,17,24,31	05	Semanal	19	1	X		
Instalaciones de PCI (Bombas Contra-incendios)	6157077 a 6157081	05	Semanal/Mensual	8	1	X		X
1ª Revisión Trimestral por VEOLIA-Water	Día 12	05	Trimestral	12	1	X		

– Cobertura de los puestos del mes y programa de cobertura del mes siguiente (nombre operario y turno)

CATEGORÍA	ZONA/PUESTO	HORARIO	PUESTOS								
			Lunes a Viernes			Sábados			Domingos y Festivos		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N
Jefe de Sector	General	7:00 a 15:00	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Jefe de Equipo	General	7:00 a 15:00	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Oficial de mantenimiento	General	7:00 a 15:00	6	0	0	2	0	0	2	0	0
Oficial de mantenimiento	General	15:00 a 23:00	0	2	0	0	2	0	0	2	0
Oficial de mantenimiento	General	23:00 a 7:00	0	0	2	0	0	2	0	0	2

- Información adicional: otras actividades de mantenimiento realizadas y programadas
- Anexo carpeta de archivos contadores con varios documentos:
 - Resgistro consumos del mes: MAESTRO DE CONSUMOS, datos de Oxígeno (m³), Nitrógeno (m³), Agua Consumo (m³), Agua PCI (m³), Gasoil Caldera. (l), Gasoil G.Elec. (l), Gas Cocina (m³), Gas Calderas (m³), Electricidad (Kw), Agua ACS (m³) y resumen.
 - Mantenimiento Conductivo y contadores de gas
- Mantenimiento Conductivo y contadores de electricidad
 - Lectura de contadores de energía: Parking global, parking empleados, total parking de pago, cafetería, caf cafetería, total cocinas, óptica, nueva prensa, flores, total electricidad y total gas café.
- Mantenimiento conductivo Paritorios (revisión semanal).
- Mantenimiento conductivo Quirófanos (revisión diaria).
- Anexo carpeta con “Preventivo” (documentos exportados de PRISMA):

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.

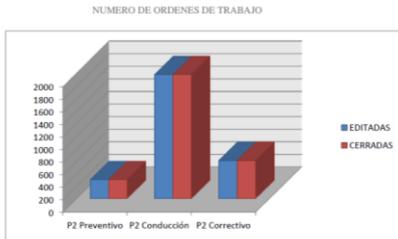


- Listado preventivo mes incluye el número de orden de trabajo, la fecha prevista, el activo, la gama, la clase de trabajo y la prioridad.
- Listado de planificación del mes siguiente (pdf con unas 90 páginas y con la misma estructura que el anterior)
- Revisión de las salas de calderas: caldera C1 (ACS 1.000.000 Kcal/h), caldera C2 (calefacción 1.200.000 Kcal/h), caldera C3 (calefacción 1.200.000 Kcal/h), caldera C4 (calefacción 1.200.000 Kcal/h) y caldera C5 (calefacción 1.200.000 Kcal/h).
- Revisión enfriadoras: planta enfriadora E01 1063kW, E02 1063kW, E03 1063kW, E04 1063kW y E05 1063kW.
- Revisión grupo electrógeno: Nº1 con 1.000 KVA y Nº2 con 1.000 KVA.
- Carpeta gráficos: con la evolución del número de órdenes de trabajo y el cumplimiento de los programas preventivos:

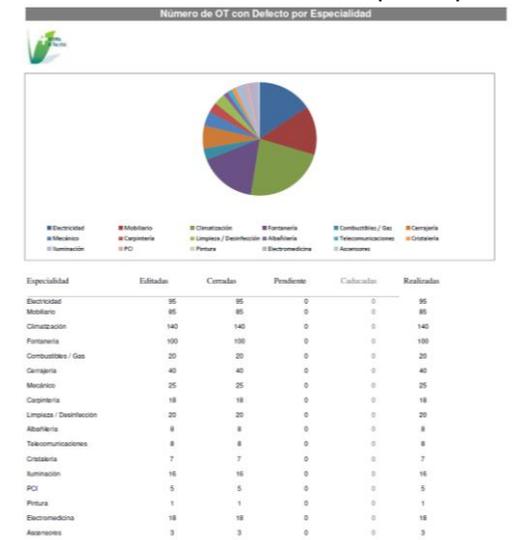
- Nº de OTs por clase de trabajo

Número de OTs por clase de trabajo

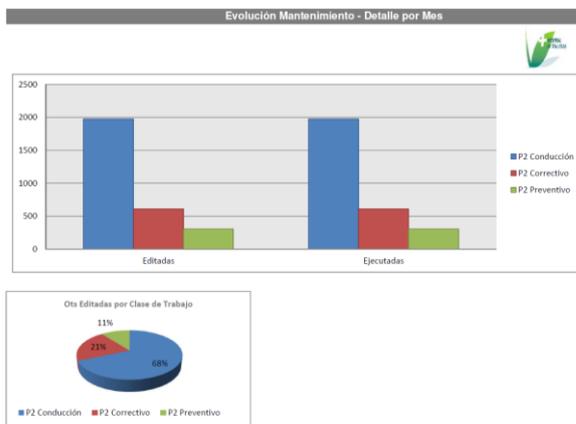
CODIGO	CLASE TRABAJO	EDITADAS	CERRADAS	PENDIENTES Evolución	CERRADAS De las Editadas	PENDIENTES de las Editadas
P2P	P2 Preventivo	304	304	0	304	0
P2D	P2 Conducción	1975	1975	0	1975	0
P2C	P2 Correctivo	609	609	0	609	0
TOTALES		2888	2888	0	2888	0



- Nº de OTs con defecto por especialidad



- Evolución mantenimiento por mes



Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

- Se comprueban **Fichajes de personal**. Se han registrado una media de 6 personas de lunes a viernes los días laborables y 4 los fines de semana y festivos.
- Se comprueban **SIGIs** registrados por tipología los años 2018-2019-2020:

TIPO	AÑOS			TOTAL
	2020	2019	2018	
00 SITUACIONES CRÍTICAS DEL SERVICIO	6	20	4	30
01 PLANES DE MANTENIMIENTO	1	3	7	11
TOTAL	7	23	11	41

- **Quejas** registradas los años 2018-2019-2020:

QUEJAS SERVICIO DE MANTENIMIENTO				
SERVICIO	2020	2019	2018	TOTAL
Nº TOTAL	0	2		2

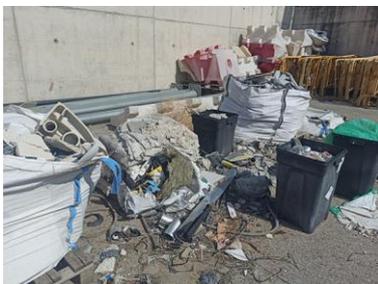
- **Felicitaciones**, recibido en un documento Excel con los agradecimientos recibidos desde el año 2008:

FELICITACIONES SERVICIO DE MANTENIMIENTO				
SERVICIO	2020	2019	2018	TOTAL
Nº TOTAL		2		2

B) VISITA A LAS INSTALACIONES (MTO)

Durante la auditoría, se ha realizado la revisión del estado de las instalaciones, equipos y estructuras en una muestra de zonas del hospital visitadas.

- En la zona exterior se observa un acopio de residuos de construcción (restos de obra / reforma) almacenados de forma incorrecta.



- Se visita Despacho de Mantenimiento (Sótano Satélite E)
En el despacho se encuentran Regino Velasco (Jefe de Equipo) y Juan Carlos Urban (Operario), correctamente uniformados e identificados.

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



El sistema GMAO utilizado es PRISMA 4 para controlar el Inventario de activos y planificar y registrar las órdenes de trabajo y Sistol para controlar las instalaciones de frío/calor, ACS e iluminación del hospital.

Se comprueba una muestra de mantenimiento:

- Preventivo, pe.:

OT 6209517 de 12/07/21 mensual de Vasos de expansión

Informe de Revisión trimestral de PCI (extintores, bies y central de detección) de 31/03/21. Revisión anual de PCI (subcontratada a CPI). Certificado de revisión anual de CPI Identificación del Servicio: M-2134875, Fecha de Revisión: 22-06-2021 Intervención: MANTENIMIENTO ANUAL. Informe de revisión PARTE DE REVISIÓN Nº: M-2134875 REFERENCIA: 34875 FECHA INICIO/FIN: 22-06-2021 / 25-06-2021. Se comprueban etiqueta de revisión de extintor 279-A y BIE 137 con revisión anual de 06/21.

- Conductivo, pe.:

revisión diaria bloque quirúrgico de 13/07/21

revisión Tª calderas de 21/04/21

- Técnico legal, pe.:

OCA PCI Nº de Certificado 2800/8802/301890/011 (Nº de expediente 14/SACI-873/2007) de 27/11/2020 con Resultado Favorable (Fecha de instalación 12/07/2007 - fecha inspección actual 23/11/2020 - revisión actual válida hasta 29/07/2030).

OCA Ascensores RAE 139387 de 24/01/20. Certificado Nº 2800/6101/272020/390. Resultado Favorable sin defectos. Próxima inspección 24/01/2022.

OCA CT/Subestación Nº de certificado 241298/6401/28/1 (Expediente 2007 P671 UCA161). Resultado favorable. Fecha de inspección 20/06/19. Fecha próxima inspección 20/06/22.

Se comprueba **Seguimiento programación Inspecciones**

SEGUIMIENTO PROGRAMACIÓN REVISIONES O.C.A.			
INSTALACIONES	INSPECCIONES REALIZADAS	PROXIMA INSPECCIÓN	PERIODICIDAD
QUIROFANOS: R.D. 842/2002 (1 a 13)	22/03/2017	22/03/2022	5 AÑOS
INSTALACIONES	INSPECCIONES REALIZADAS	PROXIMA INSPECCIÓN	PERIODICIDAD
BAJA TENSION: R.D. 842/2002	27/03/2017	27/03/2022	5 AÑOS
C.T. ALTA TENSION: R.D.3275/82	20/06/2019	20/06/2022	3 AÑOS
INSTALACIONES	INSPECCIONES REALIZADAS	PROXIMA INSPECCIÓN	PERIODICIDAD
TANQUES DE COMBUSTIBLE: R.D. 1523/199 CALDERAS (1) 40.000L GRUPOS ELECTRÓGENOS(2) 5.000 L	21/02/2018	21/02/2028	10 AÑOS
INSTALACIONES	INSPECCIONES REALIZADAS	PROXIMA INSPECCIÓN	PERIODICIDAD
TANQUE COMBUSTIBLE P.C.I.: R.D. 1523/199	13/11/2017	13/11/2027	10 AÑOS
INSTALACIONES	INSPECCIONES REALIZADAS	PROXIMA INSPECCIÓN	PERIODICIDAD
EFICIENCIA ENERGÉTICA: R.D. 1027/2007 - R.D. 1751/1998 - R.I.T.E. e I.T.E. R.D. 1218/2002	03/10/2017	03/10/2021	4 AÑOS
INSTALACIONES	INSPECCIONES REALIZADAS	PROXIMA INSPECCIÓN	PERIODICIDAD
EMISIONES ATMOSFÉRICAS: R.D. 100/2011	19/10/2017	17/10/2022	5 AÑOS
INSTALACIONES	INSPECCIONES REALIZADAS	PROXIMA INSPECCIÓN	PERIODICIDAD
P.C.I. SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS PROTECCIÓN ACTIVA: R.D. 513/2017	APLICA DESDE 22-05-2017 (3 Años para realizarlo) 29/07/2020		

- Correctivos: se detectan por los operarios de mantenimiento en los conductivos y preventivos, en los técnico-legales (deficiencias), pe.:

OT 2196045 de 14/07/21 a las 5:20 Rodapié roto (detectado en revisión de máquinas de aire). Operarios Rafael Roque y Arturo Lazaro. Inicio 5:19 y fin 6:32,

o por los usuarios. Estas últimas se comunican mediante SPS (Sistema de petición de servicios, pe.:

PSP 2578661 de 14/07/21 a las 10: 03 Paritorios

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 
---	---	--

PSP 25725486 de 14/07/21 a las 3:35 Nevera 2B. Solución: revisar enchufe y termostato. Inicio 2:43 y fin 3:37.

Los operarios utilizan PDAs compatibles con PRISMA para registrar los trabajos de mantenimiento tanto preventivo como correctivo.

Se comprueba etiqueta de Calibración en vigor de la maleta de análisis TESTO Nº ref. 223280366 n/s 01417469 Certificado Nº 21G01360

C) CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

CRITERIOS DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO (MTO)	CUMPLE	OBSERVACIONES
La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de mantenimiento	SI	
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.	SI	
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).	SI	
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.).	SI	
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.	SI	
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.	SI	

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



BUREAU
VERITAS

<p>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).</p>	SI	
<p>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).</p>	SI	
<p>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.</p>	SI	
<p>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.</p>	SI	
<p>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.</p>	SI	
<p>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.</p>	SI	
<p>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).</p>	SI	
<p>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</p>	SI	

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



BUREAU
VERITAS

implicados.		
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	
---	---	---

El servicio actúa con la inmediatez requerida según la clasificación de incidencias como críticas, de emergencia, de urgencia u ordinarias.		
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.	SI	
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.	SI	
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 .	SI	
Todas las instalaciones se encuentran en perfecto estado de mantenimiento y conservación tal y como se describe en los criterios de calidad del hospital.	SI	En la zona exterior se observa un acopio de residuos de construcción (restos de obra / reforma) almacenados de forma incorrecta. Se identifica como INCIDENCIA de gravedad MEDIA .

8.2.6 SERVICIO DE VIALES Y JARDINES (VJ)

Socio operativo: VEOLIA

Responsable a nivel concesión: D. Miguel Cobeña (Jefe de Mantenimiento e instalaciones)

Responsable a nivel servicio: D. Luis Miguel García

A) REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

- Se comprueba **Informe de Viales y Jardines** de mayo de 2021 y sus anexos, que incluyen:
 - Programa de Actividades Mantenimiento de accesos y viales: con las zonas, el trabajo planificado, las fechas de realización y las observaciones.
 - Programa de Actividades de Mantenimiento de Jardines: listado de los partes de trabajo indicando el trabajo planificado, la frecuencia de realización y las fechas en las que se ha realizado. Se indica que los partes de trabajo están a disposición.
 - Consumo de agua: indicando la primera y la última lectura del mes y la diferencia
 - Recursos humanos: con la planificación de la cobertura de puestos:

CATEGORÍA	ZONA/PUESTO	HORARIO	PUESTOS								
			Lunes a Viernes			Sábados			Domingos y Festivos		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N
Oficial	General	8:00 a 14:00 15:00 a 17:00	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Auxiliar	General	8:00 a 14:00 15:00 a 17:00	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Auxiliar	General	8:00 a 14:00 15:00 a 17:00	1	1	0	0	0	0	0	0	0

- Se comprueba **Fichaje de trabajadores** del mes de abril de 2021, pe.: trabajador Mauricio Usma (oficial) (8 h/diarias de L-V).
- Se comprueban **SIGIs** registrados por tipología los años 2018-2019-2020: No se han registrado relacionadas con este servicio.
- **Quejas** registradas los años 2018-2019-2020: No se han registrado relacionadas con este servicio.
- **Felicitaciones**, recibido en un documento Excel con los agradecimientos recibidos desde el año 2008: No se han registrado relacionadas con este servicio.

B) VISITA A LAS INSTALACIONES

El servicio de viales y jardines se ha auditado comprobando in situ el estado de las zonas exteriores del hospital a las que aplica el servicio, revisándose terrenos ajardinados, alumbrado, patios y zonas pavimentadas, papeleras, alcantarillados y sumideros, supresión de barreras arquitectónicas y barreras de seguridad, pe.: jardinería parterre rosales Area F-2 y parterre rosales E-1 y limpieza de entradas (accesos).

Se comprueba **identificación y uniformidad** de los trabajadores del servicio: Mauricio Usma y Javier Morote.

Se visita almacén de jardinería (Sótano satélite B):

- **Listado de productos de jardines** y armario para guardar los productos bajo llave:



LISTADO PRODUCTOS JARDINES	
HERBICIDAS	
ROUNDUP	150 cm3 x 18 litros
INSECTICIDAS	
CALIPSO	4 cm3 x 18 litros
BELTHURIL	10 gr x 18 litros
DECCAPROTECH	15 cm3 x 18 litros
CIPRO	15 cm3 x 18 litros
FUNGICIDAS	
ALLETE 100	10 gr x 18 litros
DELTAUR 500	80 gr x 18 litros
FERTILIZANTES	
ANCOPLANT	4 litros x 18 litros
ANCOPLANT	8 litros x 18 litros
BASCO 70	4 litros x 18 litros
CYANAME	2000 gr x 18 litros
GAZYOLAN S	20 cm3 x 18 litros
CRISTALINUM ENRAZAPLUS	250 cm3 x 18 litros
QUINARINUS	1.5 kilo x 18 litros
LYCONE	10 gr x 18 litros (granulado)
LYCONE	30 gr x 18 litros (suavizante)
LYCONE	300 gr x 18 litros
PASTA CICATRIZANTE	
CRISTALINUM SELLAPUS	Aplicación directa
LYCONE	Aplicación directa



Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



- El archivador con las FT y FDS de los productos de jardines no se encuentra en el almacén en el momento de la visita. Posteriormente, se reciben **Fichas de seguridad** de: Belthirul-Plus de 11/10/10 y Roundup Ultimate de 11/01/16.
- La ficha de seguridad del producto Belthirul-Plus de jardines y viales no está actualizada con respecto al Reglamento 2015/830.
Tener en cuenta que El reglamento el Reglamento (UE) 2020/878.que entró en vigor el **1 de enero de 2021** sustituye al Reglamento (UE) n.º 2015/830 que contenía los requisitos sustantivos y formales de las fichas de datos de seguridad. Después del 1 de enero de 2023, las fichas de datos de seguridad de todos los productos disponibles en el mercado deben cumplir con este reglamento, lo que significa que todas las fichas de datos de seguridad deben revisarse hasta el **31 de diciembre de 2022**.
- Planificación del **Mantenimiento de jardines y Limpieza de viales**

- Se comprueba **Ordenes de trabajo**, pe.:
OT de 12/07/21 jardines: Podar parterres rosales área F-2 y E-1.
OT de 01/07/21 jardines: regar y reparar arqueta
OT de 05/07/21 jardines: quitar hierba y rastrillar área C-1, podar olmos área C-1, quitar restos y bajarlos.

Se visita zona de compostaje de restos vegetales.

- **Maquinaria de viales y jardines**

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	
---	---	---

- El listado de maquinaria de viales y jardines no está actualizado con la baja de la moto hazada viking.
Se comprueba Fichas de equipos, pe.: Cortacesped HRD 536 con registro de mantenimiento preventivo.

C) CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

OBLIGACIONES DEL SERVICIO DE VIALES Y JARDINES (VJ)	CUMPLE	OBSERVACIONES
La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de esterilización.	SI	
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 .	SI	
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.	SI	
El Plan de Emergencias del Hospital contempla las funciones y actuaciones del servicio de conservación de viales y jardines, acordadas con la Administración Sanitaria (forma de comunicación, responsable, procedimiento de activación de la emergencia y tiempos de actuación, seguimiento, etc.).	N/A	El plan es común para todos los servicios (Plan de Autoprotección).
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.	SI	
El servicio dispone del registro documentado de inspecciones y actividades realizadas que incluye los materiales utilizados.	SI	El listado de maquinaria de viales y jardines no está actualizado con la baja de la moto hazada viking. Se identifica como INCIDENCIA de gravedad LEVE.
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 .	SI	
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.	SI	

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

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.	SI	La ficha de seguridad del producto Belthirul-Plus de jardines y viales no está actualizadas con respecto a al Reglamento 2015/830. Se identifica como INCIDENCIA de gravedad Leve.
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.	SI	Se incluyen datos de consumos de agua en los informes mensuales.
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.	SI	
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).	SI	
El servicio realiza la limpieza programada y correctiva de las rutas de circulación y el mobiliario y estructuras externas e instalaciones de los viales.	SI	
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.	SI	
El servicio ha instalado líneas de señalización horizontal para la ruta de acceso de los vehículos de emergencias (bomberos, ambulancias, etc.), medidas de control de velocidad de acuerdo con la autoridad competente y sistemas para evitar la congestión del tráfico rodado en las rutas del interior del recinto.	N/A	
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.	SI	

8.2.7 SERVICIO DE LAVANDERÍA (LAV)

Socio operativo HOSPITAL LOGYC

Responsable a nivel concesión: D. Carlos Allo (D. Asistencial)

Responsable a nivel servicio: D. Alberto Nanclares

A) REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

- Se comprueba **Informe mensual del Servicio de Lavandería** de Mayo de 2021 y sus anexos:

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



BUREAU
VERITAS

– Documento en Excel con 3 hojas de cálculo: Hoja “entregas diarias del mes”, Hoja “resumen mes” y hoja “resumen año”. Estas tres hojas de Excel contienen información detallada en número de prendas por tipo y Kg totales, diferencias en entregas.

ENTREGA DE PRENDAS. HOSPITAL DE VALLECAS. AÑO 2021

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
KILOS LIMPIOS ENTREGADOS	55.509,4	57.763,1	64.002,6	62.631,1	61.369,9
Ropa lisa blanca: Kg	35.003	35.404	40.036	39.545	39.941
%	62,8%	61,0%	62,1%	62,9%	65,0%
Ropa lisa verde: Kg					
%					
Ropa de felpa: Kg	3.989	4.040	4.628	4.512	4.590
%	7,2%	7,0%	7,2%	7,2%	7,5%
Ropa de forma: Kg	16.715	18.640	19.770	18.852	16.877
%	30,0%	32,1%	30,7%	30,0%	27,5%
TOTAL	55.706,1	58.084,1	64.434,5	62.909,0	61.407,3

– Excel rechazo, costura y secado: dos hojas de Excel con rechazo y costura diario: porcentaje de rechazo y costura y otra hoja con porcentajes de humedad. El porcentaje de rechazo es inferior al 5% todos los meses revisados y el % de humedad inferior al 2%. El análisis diario de datos muestra también resultados dentro de los límites establecidos.

HOSPITAL DE VALLECAS				
Mes: MAYO 2021				
Control Kilos de Rechazo en Lavandería				
Día	Kilos Entregados	Kilos Rechazo	Kilos Totales	% Rechazo
TOTAL	61.369,9	2.230,7	63.600,6	3,51%
(*) Kilos de ropa rechazada en los distintos procesos intermedios de Control de Calidad y que son procesados como rechazo al día siguiente				
Control Costura				
		Uniformidad	Sábanas /Colchas	
Prendas Arregladas		485	71	
Prendas sin Arreglo (**)		43	18	
% Prendas sin Arreglo (**)		8,14%	20,22%	
Total Procesadas Costura		528	89	
Prendas Procesadas en el Mes		65.094	59.172	
% COSTURA		0,8%	0,2%	
(**) Prendas que son enviadas al proceso de Costura y que no tienen arreglo.				

MES: MAYO 2021						
SEMANA	PRENDA	PESO HUMEDO (1)	PESO ENTREGA (2)	PESO REAL (3)	% HUMEDO (4)	% ENTREGADO (5)
		13.697	9.501	9.355	46,4%	1,56%
	(1) Peso cuando la prenda sale del proceso de lavado una vez Prensada o Centrifugada					
	(2) Peso de la prenda después de su proceso normal de Secado (calandra, secadores, túnel de forma). En estas condiciones es como se entrega la ropa al Cliente					
	(3) Peso Real de la prenda. Este peso se obtiene después de un segundo proceso de sacado para asegurar que la prenda esté completamente seca.					
	(4) % de humedad que la prenda tenía después del proceso de Prensado O Centrifugada. Mide la eficacia del proceso de prensado o del proceso de centrifugado.					
	(5) % de humedad que la prenda tenía después del proceso Normal de Secado. Con este grado de humedad es con el que se entrega la ropa al Cliente.					

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

– Informe de controles microbiológicos realizados en la planta de lavandería: los tres informes mensuales recibidos tienen como resultado “correcto”.

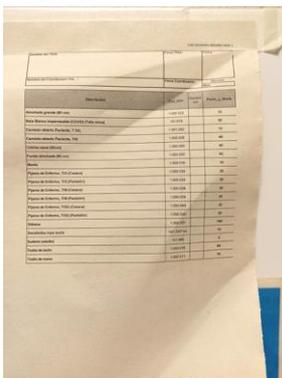
- **Cuadrante y Fichajes de personal:** el servicio de lavandería no dispone de personal en el hospital.
- Se comprueban **SIGIs** registrados por tipología los años 2018-2019-2020:

TIPO	AÑOS			TOTAL
	2020	2019	2018	
00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO	4	3	4	11
01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES		1		1
02 CALIDAD			2	2
TOTAL	4	4	6	14

- **Quejas** registradas los años 2018-2019-2020: ninguna relacionada con el servicio.
- **Felicitaciones**, recibido en un documento Excel con los agradecimientos recibidos desde el año 2008: ninguna relacionada con el servicio.

B) VISITA A LAS INSTALACIONES

En las visitas a las instalaciones del hospital se ha comprobado el circuito de limpio-sucio. En las visitas se observaron los carros de lencería sucia, adecuadamente colocados y con las bolsas indicadas. También se han revisado los cuartos de lencería limpia en las plantas, comprobando que las prendas se encontrasen en buen estado y el cumplimiento de la normalización del empaquetado (número de prendas por paquete, según el tipo) y los pactos por unidad funcional, pe.: Hospitalización 2E (Satélite E planta 2ª)



Tanto la recogida como la entrega de ropa se llevan a cabo en el muelle de carga y descarga de vehículos, situado en la planta sótano del Hospital.

Se dispone de dos básculas para pesado de jaulas de ropa limpia y sucia distintas, una lavadora y las jaulas para el transporte.

Se comprueba etiqueta de calibración de las básculas:

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



Báscula limpio

Báscula sucio

La ropa limpia, tras su llegada al centro, es pesada en los propios carros y llevada al almacén central de lencería. En el almacén central de lencería se depositan los paquetes de prendas limpias, en las estanterías adecuadas y se dejan preparadas para su reparto.

- Se visita el almacén de lencería y despacho de uniformidad (Sótano Satélite D). En el almacén se encuentra José Miguel Moreno, perteneciente al Servicio de TIGAS, correctamente uniformado e identificado. Se comprueba preparación del pacto de lencería de Hospitalización 2E.

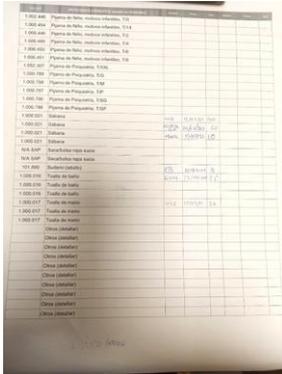
El despacho de uniformidad uniformidad consiste en la recogida de la uniformidad sucia y entrega de uniformidad limpia.

Se observan la preparación de jaulas de lencería limpia.

Se comprueba **Registro de peticiones urgentes**

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



Los carros de lencería limpia preparada para cumplir con los pactos diarios, y los carros con la ropa limpia que llega de la lavandería.



Se dispone de un almacén donde se ubica la ropa nueva en previsión de necesidad, para enviar a la lavandería para desapesto y posterior inclusión en el circuito de ropa hospitalaria.

C) CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

CRITERIOS DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA (LAV)	CUMPLE	OBSERVACIONES
La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de lavandería.	SI	
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.	SI	
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.	SI	

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



BUREAU
VERITAS

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,...)	SI	
El servicio de lavandería ha normalizado el empaquetado de la ropa tratada y la preparación para su expedición y transporte.	SI	
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% .	SI	
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.).	SI	
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.	SI	
El servicio de lavandería planifica y realiza la clasificación de ropa sucia y la transporta adecuadamente al centro de tratamiento.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	

8.2.8 SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN (EST)

Socio operativo: ALBATEC GESTIÓN INTEGRAL

Responsable a nivel concesión: D. Carlos Allo (D. Asistencial)

Responsable a nivel servicio: D. Omar Cameron

A) REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

- **Licencia de la central de esterilización.** Con número 5767-PS. Firmado digitalmente por: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios Localizador: CED93QNC37. Fecha de la firma: 22/01/2019. La licencia está emitida a nombre de HOSPITAL DE VALLECAS, S.A.U. Actualmente se encuentra en proceso de revalidación la licencia 4051-PS para la empresa ALBATEC GESTIÓN INTEGRAL, S.L. Vista Solicitud de la revalidación para la licencia 4051-PS para la empresa ALBATEC GESTIÓN INTEGRAL, S.L. con número de solicitud: 20-1337 de 20/10/20 que incluye las instalaciones del HUIL.

Se comprueban correos electrónicos mantenidos pr Albatec Gestión Integral con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en marzo de 2021 interesandose por el estado del trámite. Se evidencia correo de 24/02/21 de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios disculpándose por el retraso e informando de que tienen mucha carga de trabajo que imposibilita cumplir plazos. Asimismo, afirman que intentarán revisararlo en los próximos días.

- Volver a contactar con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para interesarse por el estado del trámite de Solicitud de la revalidación para la licencia 4051-PS para la empresa ALBATEC GESTIÓN INTEGRAL, S.L. con número de solicitud: 20-1337 de 20/10/20.

- Se dispone de **Plan de contingencia** de la empresa ALBATEC GESTIÓN INTEGRAL para el Hospital Universitario Infanta Leonor, en el caso de contingencia grave que suponga la imposibilidad de prestación de servicio temporalmente, asegurando la continuidad de la prestación del servicio en la central de esterilización (licenciada por la AEMPS con el nº 4051 PS) del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.



Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	
---	---	---

- Se comprueban **SIGIs** registrados por tipología los años 2018-2019-2020:

TIPO	AÑOS			TOTAL
	2020	2019	2018	
00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO	32	325	95	452
01 PROCEDIMIENTOS GENERALES	1	4	9	14
02 CALIDAD	1	1		2
TOTAL	34	330	104	468

- **Quejas** registradas los años 2018-2019-2020: solo se ha registrado 1 en 2019.
- **Felicitaciones**, recibido en un documento Excel con los agradecimientos recibidos desde el año 2008: ninguna relacionada con este servicio.

Equipos de la central:

- Se comprueba **Listado de equipos** actualizado a diciembre de 2019
- Se comprueba **Plan de mantenimiento**:
 - Lavadora 3. Mantenimiento preventivo semestral (previsto para Mayo de 2021). No realizado. Se comprueba correo electrónico de 12/07/21 al proveedor Steris solicitando la realización del mismo.
 - Autoclave 2. Mantenimiento semestral realizado el 12/05/21 por Matachana. Nº de parte 04361.
- Se comprueban **Informes de recualificación** anuales de 23/12/20 por Matachana:
 - Lavadora 3. Informe nº 3622612001.
 - Autoclave 2. Informe nº E-22945.

Productos y Fichas Técnicas:

Productos que han cambiado respecto a AO5:

Detergente enzimático. Neodisher Septo Clean. FDS v.2 de 22/05/17

Humectante. Pre-Klenz. Ibersurgical. FDS v.1.0 de 15/01/18

Lubricante. Sterilit 1 Spray Aceite. D. Brown. DFDS v.1.1. de 7/07/15.

Productos que se mantienen:

Detergente alcalino (Mediclean forte)

Acelerador de secado (Mediklar)

Formaldehído. Se usa una disolución acuosa del 2%. (Matachana)

Material fungible y medios materiales:

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



**BUREAU
VERITAS**

ACTIVO	SI
Etiquetas de fila	Productos
Desinfectante	DESINFECTANTE SURFANEX ULTRA SPRAY 750 ML (1 CAJA * 12 UDS) NDP AIR TOTAL + GREEN 300 ML NDP AIR TOTAL + GREEN 50 ML OXIVIR ESPORICIDA LIMP-DESINF. SPRAY 0,75 L OXIVIR ESPORICIDA TOALLITAS 80 PCS SOFT CARE DESINF. H. ALCOHOL 500ML x6 U (SOLUCIÓN HDROALCOHÓLICA) SOFT CARE DESINF. HDRO. ALCOHOL 1.3L x4 U TASKI H-100 LIMP. DES. CLORADO 5LTS X 2U
Detergente	NEODISHER 430490 (SPRAY) (SPRAY LUBRICANTE) NEODISHER MEDICLEAN FORTE (DETERGENTE ALCALINO O NEUTROLAVADO AUTOMÁTICO 20 L) NEODISHER MEDIKLAR (ACELERADOR DEL SECADO LAVADO AUTOMÁTICO 20 L) NEODISHER MULTIZYM NEODISHER PRESTOP (GEL DE PRETRATAMIENTO 750 ML) NEODISHER SEPTO PRECLEAN (LIMPIADOR DESINFECTANTE) NEODISHER SEPTOCLEAN (SE) (5 L) (ALCALINO PARA PRIONES)
EPI	
Fung Control	CAJA CON 100 VIALES AUTOCONT. VBTF (CONTROL BIOLÓGICO ESTERILIZ. POR FORMALDEHIDO, AUTOCONTENIDO) CONTROL DE BOWIE-DICK. TIRAS RECLIBERTAS CONTROL DE CARGA DE VAPOR TIPO HELIX + TIRAS (AZUL) CONTROL DE CARGA PARA FORMALDEHIDO (HELIX TRANSPARENTE + 250 TIRAS) CONTROL DE CARGA PARA VAPOR MINICLAVE TIPO HELIX + TIRAS (NARANJA) CONTROL LIMPIEZA INTRASONIDOS SONOCHECK (TEST FUNCIONAL DE RUTINA PARA ULTRASONIDOS) CONTROL PARA SELLADORAS (SEAL-CHECK) CONTROL QUÍMICO DE LAVADO CONTROL QUÍMICO FORMALDEHIDO C1118 (CROSS-CHECKS F - CLASE IV, MULTIVARIABLE) CONTROL VAPOR "INTEGRAPHY" REF. CL101 (QUÍMICO INTEGRADOR, CLASE 5) INDICADOR BIOLÓGICO EZTEST VAPOR (EZS/5) INDICADOR QUÍMICO DE LAVADO PRUEBAS EFICACIA LD (CDWA-1) (CHEM-DYE, Clearing Indicators) SOPORTE PARA INDICADOR QUÍMICO DE LAVADO (CHEM-DYE INDICATORS HOLDER) STERIGUT-TIRA CARTULINA VAPOR (195x18) (CONTROL QUÍMICO MULTIVARIABLE PARA ESTERILIZACIÓN POR VAPOR) TEST EFICIENCIA LIMPIEZA TOSI (TEST EFICACIA LAVADO Y DESINFECTADO)
Fung Empaq	(PAPEL) TEJIDO SIN TEJER DESTEX 1 BLUE 100x100 (GRAMAJE: 57 G/M2) (PAPEL) TEJIDO SIN TEJER DESTEX 1 BLUE 120x120 (GRAMAJE: 57 G/M2) (PAPEL) TEJIDO SIN TEJER DESTEX 1 BLUE 50x50 (GRAMAJE: 57 G/M2) (PAPEL) TEJIDO SIN TEJER DESTEX 1 BLUE 60x60 (GRAMAJE: 57 G/M2) (PAPEL) TEJIDO SIN TEJER DESTEX 1 BLUE 75x75 (GRAMAJE: 57 G/M2) (PAPEL) TEJIDO SIN TEJER DESTEX 1 BLUE 90x90 (GRAMAJE: 57 G/M2) 1322CH COMPLY ETIQUETA ADHESIVA INDIC. VAPOR SIN FLOWO, (500 UDS/CAJA) BOBINA FUELLE VIEW-PACK 150x50x100 BOBINA FUELLE VIEW-PACK 250x60x100 BOBINA FUELLE VIEW-PACK 400x80x100 BOBINA VIEW-PACK 100x200 BOBINA VIEW-PACK 150x200 BOBINA VIEW-PACK 210x200 BOBINA VIEW-PACK 250x200 BOBINA VIEW-PACK 300x200 BOBINA VIEW-PACK 75x200 BOLSA MIXTA VIEW-PACK 100x270 MM BOLSA MIXTA VIEW-PACK 150x320 MM BOLSA MIXTA VIEW-PACK 210x320 MM BOLSA MIXTA VIEW-PACK 210x420 MM BOLSA MIXTA VIEW-PACK 270x350 MM BOLSA MIXTA VIEW-PACK 420x600 MM ETIQUETAS FLEXIBLES AMARILLAS DE AMCOR FILTROS CONTENEDORES CIRCULARES 19 CM DIAMETRO FILTROS CONTENEDORES 11x23 FILTROS CONTENEDORES 23x23 LÁMINAS ABSORBENTES 305x610 MM, PAQUETE 1000 UDS (EMPAPADORES PAPEL ABSORBENTE 80 GR/M2, BLANCO, 1 ME) PAQUETE 120 UDS TRANSPORT COVER LILA, 120x120 CM PAQUETE 200 UDS TRANSPORT COVER LILA, 100x100 CM PRECINTO SEGURIDAD PARA CONTENEDOR - AZUL - TIPO ABRAZADERA (XL) PUNTAS PROTECCION INSTRUMENTAL 1,9x19 MM PUNTAS PROTECCION INSTRUMENTAL 3,2x25 MM ROLLO CINTA INICADORA VAPOR 24 MM x 50 M ACEITE-MANTENIMIENTO SYNTHES 40 ML p/EPD (PARA LOS MINIMOTORES SYNTHES) ACEITE-MANTENIMIENTO SYNTHES 40 ML p/EPD (PARA LOS MOTORES SYNTHES) CAJA CON 3 BOLSAS DE SOLUCION ESTERILIZANTE MOD. 130LF (FORMALDEHIDO 2%) CINTA T/PI ESTERILIZACION CINTA T/PI ESTERILIZACION PAPEL PLEGADO REGISTRADOR T/ PRESIÓN, 114 MM ANCHO (PAPEL GRÁFICA FORMOL) PAPER ROLL ASSY (BOX OF 3) (ROLLOS DE PAPEL LAVADORA HAMO-STERIS) FLUMILLA PLOTTER AZUL TEXTOS (VIOLETA - REGISTRO HORAS Y OK) FLUMIN REGISTRO COLOR (ROJO - TEMPERATURA) FLUMIN REGISTRO COLOR (VERDE - PRESIÓN) PRINTER RIBBON (BOX OF 2 CARTRIDGES) (CARTUCHO IMPRESORA LAVADORA STERIS) ROLLO DE PAPEL PARA IMPRESORA MINICLAVE (NO TÉRMICO) ROLLO DE PAPEL TÉRMICO IMPRESORA G686 DIAMETRO 30x57 MM (11 M x 57 MM) (AUTOCLAVE Y LAVADORA) ROLLOS ETIQUETAS IMPRESORA MARVAX (ROLLO 1000 UDS) ROLLOS ETIQUETAS IMPRESORA MARVAX (ROLLO 2000 UDS)
Fung Esteriliz	CEPILLO LIMPIEZA 300 x 2 MM (45-906) CEPILLO LIMPIEZA 300 x 3 MM (45-543) CEPILLO LIMPIEZA 610 x 0,7 MM (45-904 y 45-905) CEPILLO LIMPIEZA 610 x 10 MM DIAMETRO (45-541) CEPILLO LIMPIEZA 610 x 5 MM DIAMETRO (45-539) CEPILLO LIMPIEZA 610 x 7 MM DIAMETRO (45-540) CEPILLO LIMPIEZA CERDA ACERO (45-303SS) CEPILLO LIMPIEZA CERDA NYLON (M-16) (S181P) CEPILLOS LIMPIEZA Laboratory (4) Brushes Test Tubes (3.5 X 10 cm; 1 3/8 x 4 in.) LIMPIADOR CANULAS MEDIANO 1-4 (BASTONES LIMPIEZA Y SECADO) LIMPIADOR CANULAS MINI (50 UD) 1-8 (BASTONES LIMPIEZA Y SECADO) PAÑO LIMPIEZA INSTRUMENTAL 45602 (PAÑO ESTROPALJO) PARAFILM (rollo 10 cm x 38 m) PLAQUITA IDENTIFICATIVA AZUL PLAQUITA IDENTIFICATIVA MARRON PLAQUITA IDENTIFICATIVA NARANJA PLAQUITA IDENTIFICATIVA NEGRO PLAQUITA IDENTIFICATIVA ORO PLAQUITA IDENTIFICATIVA ROJA PLAQUITA IDENTIFICATIVA VERDE PLAQUITA IDENTIFICATIVA VIOLETA PROTECTOR ABSORBENTE 43x61 CM ABSORCION MEDIA PROTECTOR ABSORBENTE 58,4x61 CM ABSORCION MEDIA PROTECTOR ABSORBENTE 58,4x91 CM ABSORCION MEDIA WYPALL X-70 BOBINA BLANCA 8384 ETIQUETAS REDONDAS ROJAS (PARA CARROS DE SUCIO)
Fung Limp	
Fungible Papeleria	
Inversión	
Papeleria	
Uniform	
(en blanco)	HOJAS DE CARGA DE AUTOCLAVES HOJAS DE CARGA DE FORMOL HOJAS DE CARGA DE LAVADORAS HOJAS DE RECOGIDA DE PRESTAMO POR PROVEEDOR HOJAS DE REGISTRO DE RE MATERIAL DE UNIDADES
Total general	

• Se comprueba control de stock actualizado a 30/06/21.

Recursos Humanos:

• Se comprueba cuadrante del servicio

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



TURNO/PUESTO	L	M	X	J	V	S	D
M1= 7 a 14 h	X	X	X	X	X		
M2= 7:45 a 15 h	X	X	X	X	X		
MT= 11 a 18 h	X	X	X	X	X		
TS1= 14 a 21 h	X	X	X	X	X		
TS2= 15 a 22 h	X	X	X	X	X		
TC= 15 a 22 h	X	X	X	X	X		
TE= 15 a 22 h	X	X	X	X	X		
TE2= 16 a 23 h	X	X	X	X	X		
TN= 17 a 02 h	X	X	X	X	X		
T=REFUERZO	X	X	X	X	X		

**GUARDIA
9 A 21H.**

- Se comprueba **planilla de personal** del mes de junio 2021

ESTERILIZACIÓN HVSAU																															MES:	JUNIO	AÑO:	2021
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30				
Laura Guervós	M1	M1	M1	M1			M1	M1	M1	M1	M1	G	M1	M1	M1	M1	M1												M1	M1	M1			
Nuria Patiño	M2	M2	M2	M2	G	M2	M2	M2	M2	M2			M2	M2	M2	M2	M2				M2	M2	M2	M2				M2	M2	M2				
José Antonio Larren	TC	TC	TC	TC		TS2	TS2	TS2	TS2	TS2			TE1	TE1	TE1	TE1	TE1				TS2	TS2	TS2	TS2	G			TE1	TE1	TE1				
Sandra Álvarez	TS2	TS2	TS2	TS2		TE1	TE1	TE1	TE1	TE1			TS1	TS1	TS1	TS1	TS1	G			TC	TC	TC	TC	TC			TS1	TS1	TS1				
Gema Cachinero	TE1	TE1	TE1	TE1	G	TP1	TP1	TP1	TP1	TP1			TS2	TS2	TS2	TS2	TS2				TP1	TP1	TP1	TP1	TP1			TC	TC	TC				
Sandra Espejo	TP2	TP2	TP2	TP2		TS1	TS1	TS1	TS1	TS1			TC	TC	TC	TC	TC				TS1	TS1	TS1	TS1				TP2	TP2	TP2				
Basilisa Mendoza	TN	TN	TN	TN	G	TN	TN	TN	TN	TN			TN	TN	TN	TN	TN				G	TN	TN	TN	TN	TN			TN	TN	TN			
Claudia Godoy	TS1	TS1	TS1	TS1		TC	TC	TC	TC	TC	G		TP2	TP2	TP2	TP2	TP2				TE1	TE1	TE1	TE1	TE1			G	TS2	TS2	TS2			

- Se comprueba **Fichaje de Trabajadores Servicio Esterilización** del mes de Mayo de 2021. El Servicio está cubierto de lunes a jueves (laborables), en principio, de 7 a.m. - 2 a.m. horas, y los viernes de 7 a.m. – 23 p.m. con posibilidad de alargarse hasta terminar de procesar el material de urgencias. Sábados, Domingos y Festivos, de 9-21h, con el personal en el propio Servicio de Esterilización en jornadas de 7 horas de presencia física en días laborables y de 12 horas en las guardias.

- Se comprueba **Informe de Esterilización** de mayo de 2021 y sus anexos, que incluyen:
 - Actividad del servicio en el mes: se incluye toda la información en un libro Excel **“Maestro de Esterilización.xls”**:
 - **“Datos Paquetes”**: se recoge la actividad mensual realizada en el mes cerrado, así como el histórico. Se cuantifican los **“Paquetes estériles”** en su conjunto, y también por separado, diferenciando según el empaquetado o embalaje.

Paquetes totales (Contenedores + Suelto)				
Suma de Nº Paquetes				
Etiquetas de fila	2.018	2.019	2.020	2.021
Ene	7.669	7.407	7.745	4.762
Feb	7.836	8.109	8.234	5.340
Mar	8.145	8.211	4.439	6.156
Abr	8.369	7.667	1.131	6.344
May	7.488	7.996	2.916	6.580
Jun	8.170	7.894	6.500	
Jul	7.399	7.347	6.008	
Ago	4.898	5.048	4.139	
Sep	7.025	6.748	4.584	
Oct	9.066	8.689	5.665	
Nov	8.062	8.271	6.021	
Dic	6.781	6.717	5.387	
Total general	90.908	90.104	62.769	29.182

Se registran también los paquetes y/o contenedores que han sido rechazados en el momento de su uso. El número de rechazos total se contrasta contra el número total de paquetes procesados en el mes, obteniendo el correspondiente %, pe.: mes de Mayo de 2021

Año	Mes	Nº Mes	Nº Rechazos (Críticos)	% Rechazo Crítico	Nº Rechazos (No Críticos)	% Rechazo No Crítico	% Rechazo Total
2021	Ene	1	2	0,04%	6	0,13%	0,17%
2021	Feb	2	0	0,00%	3	0,06%	0,06%
2021	Mar	3	1	0,02%	0	0,00%	0,02%
2021	Abr	4	0	0,00%	2	0,03%	0,03%
2021	May	5	2	0,03%	0	0,00%	0,03%

• “**Datos Ciclos**” se recogen los datos de los ciclos o procesos de esterilización realizados con los diferentes esterilizadores (autoclaves, miniclaves y esterilizador de baja temperatura o formaldehído).

Suma de Nº Ciclos			
Etiquetas de fila	2018	2019	2020
1	498	548	522
2	499	535	542
3	526	560	387
4	518	545	226
5	517	560	311
6	526	554	477
7	518	37	477
8	463	451	374
9	500	497	402
10	589	593	429
11	554	614	459
12	458	455	431
Total general	6.166	6.449	5.038

• “**Datos Calidad**” recoge los principales controles, físicos, químicos y biológicos realizados, para vigilar el correcto funcionamiento de los equipos y de los ciclos de esterilización.



Las incidencias a lo largo del mes se registran en el mismo archivo en la pestaña “**Datos Incid**” y puede verse un resumen en “**TD incidencias**”

Total de Incidencias, por Año y Categoría				
Cuenta de Cat. Incid	2018	2019	2020	2021
Fallo de Equipamiento				
PRL	6			
Rechazo	33	88	7	1
Procesado de Paquete no válido				
Alerta Control Químico				
N/A	1			
Fallo Identificación	1			
Error organiz.	5	2		
Incidencia	20	85	27	11
Rechazo Crítico	35	63	10	3
Total general	101	238	44	15

- “**Datos Caducados**” se pueden ver los paquetes retirados caducados.

Año	nº uds TOTAL	nº uds a caducar	nº uds devueltas OK	nº uds sin INFO	nº uds caducadas
2018	321	97	0	0	224
2019	697	505	18	107	77
2020	1371	737	0	0	635

- “**PRL**”, con las situaciones de riesgo en la Central, en el proceso de lavado, a partir de elementos punzantes o cortantes que pueden bajar mezclados con el instrumental



- Se comprueba **Informe de Análisis microbiológico ambiental** Informe nº 05/2021, de mayo de 2021 realizado por Eurofins. Incluye diagnóstico de calidad de aire y superficie.
- En el **Informe de Análisis microbiológico ambiental** de Eurofins, Informe nº 05/2021 de 13/05/21, se identifica un resultado no conforme según Norma UNE 171340:2020 en la valoración microbiológica ambiental en zona de empaquetado. Se procede a aplicar medidas correctoras por el Servicio de Limpieza y Mantenimiento con revisión, desmontaje y limpieza de rejillas de ventilación.

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	
---	---	---

B) VISITA A LAS INSTALACIONES

Se comprueba circuito del proceso de esterilización:

Recogida de material para esterilizar desde consultas, quirófanos, urgencias y paritorios por hasta la central, en carros marcados en rojo acompañado de con registro (origen y material entregado) desde las 7:00 hasta las 15:00 (material programado).

- Se comprueba **Listado de material** de Qx11 de 12/07/21.

Proceso de Lavado, zona sucia:

Recepción y Registro de material contaminado

Selección de material según su urgencia de uso

Separación de material para cada tipo de lavado y registro en ordenador

Lavado manual. Último aclarado con pistola de agua osmotizada. Separación por tipo de material (Material de inmersión, Material punzante y cortante, Material no sumergible).

Lavado por ultrasonidos: material delicado y prelavado.

Lavado mecánico (cestillos identificados, controles de termodesinfección, selección de programas validados en las lavadoras y registro de carga en lavadoras)

- Se comprueban **registros de carga** de 13/07/21, pe.: proceso 12931 ciclo 11 y proceso 82011 ciclo 286.
- Se comprueba etiqueta de revalidación de lavadora 3 de 12/2020.
- Retirar las pegatinas visibles de revalidaciones antiguas de los equipos, pe.: lavadora 3.

Proceso de descarga de lavadoras, zona limpia:

Verificación de registros de lavadoras (controles físicos) y controles químicos

Verificación de secado y lubricado de material o bien programa extra de secado o secado manual. Descarga de lavadoras y registro en ordenador y en papel, agrupamiento de cestillos según colores. Identificación material a empaquetar para esterilización (cajas de préstamo, en depósito, material propiedad del hospital).

Empaquetado con sistema informático (piezas y estado de la mismas), con etiquetas, barreras sanitarias y controles químicos establecidos.

Colocación en cestillos o racks para autoclaves.

Proceso de empaquetado y esterilizado (página 51 a 70)

Revisión material lavado: limpio, seco, recuento de piezas y registro

Empaquetado: con las siguientes fases:

- Elaboración de contenedores de Quirófano.
- Empaquetado de Set de Instrumentales
- Empaquetado de Inst. específico de Unidades
- Empaquetado de material de Anestesia
- Carga de autoclaves, vapor (y formol (material termosensible 60°C)
- Etiquetado de la carga

Bolsa mixta: material sin contenedor (una cara de papel de grado médico y otra de plástico, polipropileno poliamida), control químico (vapor/formol), sellado a 180C, caducidad 6 meses.

Pliegos: 2 pliegos de papel tejido sin tejer y cinta adhesiva con control químico. Etiquetado y caducidad 6 meses.

Contenedores: con y sin filtro.

- Se comprueba montaje caja Amigdalas3: 38 piezas por la Técnico de Esterilización Nuria Patiño.

- Se comprueba correcta identificación y uniformidad de la trabajadora.
Pruebas y controles en los esterilizadores según tipo de esterilizador y carga:
 - Test de vacío (en todas las máquinas prueba de funcionamiento)
 - Test de BD (en los de serie 1000 comprobación de eliminación de aire y gases no condensables)
 - Test de penetración (gas y vacío en el de formol)
 - Test biológico (semanal en los de vapor y
 - Tipos de programas según validaciones de los equipos y tipo de instrumental

Cargar esterilizadores <75% de su capacidad.

Selección del programa según carga

- Se comprueban **registros de carga** de 13/07/21, pe.: proceso 18454 5 min 134,8°C.
- Se comprueba etiqueta de revalidación de autoclave 2 de 12/2020.

Descarga de esterilizadores (vapor y formol)

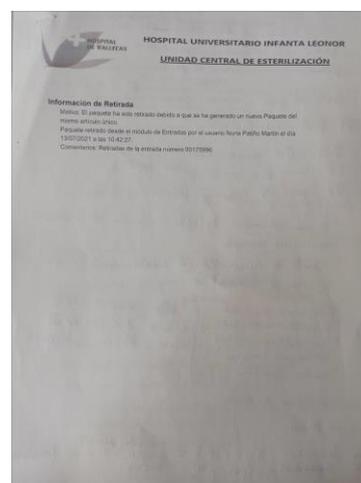
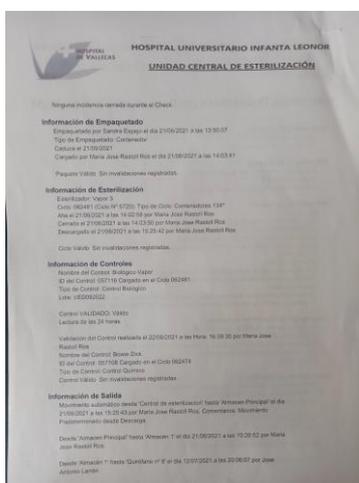
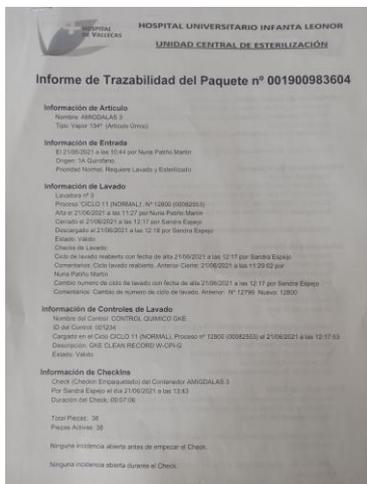
Validación de la carga: control físico (papel), paquetes secos y sin roturas, controles virados

Descarga

Cumplimentación de registros informáticos y en papel (hoja de carga debe conservarse 5 años)

El manual no incluye el almacén 1 y la nueva metodología relacionada ni tampoco la obligación de grapar el papel de los esterilizadores con los registros de carga correspondientes.

- Se comprueba **Ficha de material estéril Qx1** de 13/07/21
- Se comprueba **Informe de Trazabilidad del Paquete** nº 001900983604



Entrega de material esterilizado

Selección de material en carros

Distribución en los diferentes Carros

Distribución a las distintas Unidades

Se visita **almacén de material esterilizado** (Sótano satélite C). Dispone de 16 estanterías identificadas por destino del material que contiene (ubicación-quirófano-especialidad). También se encuentran los carros utilizados para el transporte del material (uno de ellos identificado como fuera de uso).

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

C) CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

OBLIGACIONES DEL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN (EST)	CUMPLE	OBSERVACIONES
La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de esterilización.	SI	
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.	SI	
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.	SI	El mantenimiento preventivo semestral de la Lavadora 3, previsto para Mayo de 2021 no se ha realizado. Se comprueba correo electrónico de 12/07/21 al proveedor Steris solicitando la realización del mismo. Se identifica como INCIDENCIA de gravedad MEDIA.
El servicio de esterilización dispone de un sistema de control de calidad de todo el proceso.	SI	
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.	SI	
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.	SI	No hay stock de seguridad, ya que se trabaja sobre material recibido y se trabaja con cobertura Quirúrgica desechable. Alternativa Fundación Hospital de Alcorcón.
El servicio de esterilización trabaja con un sistema de gestión informatizada de todos los procesos.	SI	La central de esterilización dispone de un software de trazabilidad de la empresa Marvax.
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.	SI	Se trabaja sobre programación de intervenciones y el resto de material se solicita como urgente
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.	SI	
El servicio de esterilización realiza según está documentado, la confección de "sets" o paquetes complejos predefinidos conjuntamente, compuestos por unidades de materiales	SI	

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

diversos, que suponen todo el material necesario para realizar un acto sanitario específico.		
	SI	
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.	SI	
El servicio de esterilización realiza controles mensuales de calidad por laboratorios externos autorizados y comunica los resultados por escrito a la Administración Sanitaria.	SI	En el Informe de Análisis microbiológico ambiental de Eurofins, Informe nº 05/2021 de 13/05/21, se identifica un resultado no conforme según Norma UNE 171340:2020 en la valoración microbiológica ambiental en zona de empaquetado. Se procede a aplicar medidas correctoras por el Servicio de Limpieza y Mantenimiento con revisión, desmontaje y limpieza de rejillas de ventilación. Se identifica como INCIDENCIA de gravedad MEDIA.
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.	SI	

8.2.9 SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN (DD)

Socio operativo: SERKONTEN/AMBICAI SANIDAD AMBIENTAL

Responsable a nivel concesión: Miguel Cobeña (Jefe de Mantenimiento e Instalaciones)

Responsable a nivel servicio: Mónica Márquez

A) REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

El servicio de Desinsectación y Desratización ha sido prestado por Serkonten hasta Abril de 2021.

- Serkonten es una empresa inscrita en el registro oficial de establecimientos y servicios biocidas (ROESB) con número 487-CM-ES. El listado está disponible en la web https://datos.comunidad.madrid/catalogo/dataset/registro_establecimientos_servicios_biocidas

Ambicai Sanidad Ambiental presta sus servicios en el HUIL desde Mayo de 2021.

<p>Referencia: Asunto 10869269 Rev 1</p>	<p>Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.</p>	
--	---	---

- **Ambicai Sanidad Ambiental es una empresa inscrita en el registro oficial de establecimientos y servicios biocidas (ROESB) de la Comunidad Valenciana con número 0751-CV para uso ambiental, prevención de legionelosis e industria alimentaria. El listado está disponible en la página web <https://www.sp.san.gva.es/sscc/biocidas/biocidasE.jsp>**



- Se comprueba **Memoria Técnica** de 9 de Marzo de 2021
- Se comprueba **Certificado de Servicio** Nº 46839 de 03/06/21 de Ambicai Sanidad Ambiental. Se realiza tratamiento conjunto de Desinsectación y desratización. Se identifica plaga de hormigas que supera el nivel aceptable. Se tratan zonas (médicos de guardia, diálisis y consultas), en aviso de 25/05/21.
- **Carnets de aplicadores.** De las personas que firman los certificados.



AMBICAI SANIDAD AMBIENTAL - Juan José Pinel SERKONTEN - Gustavo Brihuega

Se comprueba documentación de PRL del trabajador Juan José Pinel:

- Reconocimiento médico Apto de 3/11/20
- EPIs 1ª reposición de 12/04/21
- Información de riesgos de 15/11/17
- Curso básico 60 h PRL de 15/03/18

- **Informe del servicio** bimensual. Cada dos meses informe DD con entorno y estado de las instalaciones, plan de control, control de roedores, control de insectos y artrópodos,

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



incidencias y conclusiones y recomendaciones. Se comprueba INFORME TÉCNICO DE SITUACIÓN SOBRE PLAGAS URBANAS HOSPITAL INFANTA LEONOR. PERÍODO MARZO – ABRIL 2021 de 04/05/21 de Serkoten sin incidencias de plagas ni roedores en el periodo. Se revisan contenedores de seguridad que portan los cebos rodenticidas (sin capturas) y trampas de contacto con atrayente alimenticio para insectos (con algunas capturas).

- Se comprueba **Informe de Aprobacion de Productos** por Medicina Preventiva de 12/05/21:

Una vez revisadas las fichas de seguridad y las autorizaciones en los correspondientes registros, el Servicio de Medicina Preventiva da su conformidad en la utilización de los siguientes productos químicos destinados a Desinsectación y Desratización:

ACCION	PRODUCTO
INSECTICIDA PARA INSECTOS RASTREROS	DIPTRON
INSECTICIDA PARA INSECTOS RASTREROS	SERPA CONTACT GR
GEL CUCARACHAS	ECOREX GEL CUCARACHAS
GEL CUCARACHAS	MAGNUM GEL CUCARACHAS IGR PLUS
ATRAPAR INSECTOS REPTANTES	ECOTRAP
RATICIDA EN BLOQUE	IKEBANA CONSUMER BROMADIOLONE BLOCK
RATICIDA	SERPA-RAT BLOCK BROMADIOLONA
RATICIDA	K.O. RAT BRODIFACOUM
RATICIDA	IKEBANA CONSUMER BROMADIOLONE EN PASTA
GEL HORMIGAS	MAGNUM GEL HORMIGAS IGR PLUS
AVISPAS	AVISPA'CLAC AEROSOL

Rogamos se utilicen siempre en las concentraciones recomendadas en las Fichas Técnicas.

- Se comprueba **Informe de Aprobacion de Productos** por Medicina Preventiva de 17/05/21:

Una vez revisadas las fichas técnicas y las fichas de seguridad, el Servicio de Medicina Preventiva da su conformidad en la utilización de los siguientes productos destinados a Desinsectación y Desratización:

ACCION	PRODUCTO
ATRAPAR ROEDORES	MASTER TRAP MOUSE
ATRAPAR INSECTOS REPTANTES	MASTER TRAP 4

Rogamos se utilicen siempre siguiendo las recomendaciones de las Fichas Técnicas.

Atentamente:

Fdo: Eva Jiménez González de Buitrago
Jefa Sección Medicina Preventiva

- **Fichas de seguridad de productos y sus inscripciones en el registro de plaguicidas actualizadas.** Todos los productos utilizados por Serkoten según los certificados de tratamiento de años 2018-2019 y 2020 disponen de las fichas y las inscripciones correspondientes (referenciados en el certificado de tratamiento).

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 
---	---	--

- Se comprueban **SIGIs** registrados por tipología los años 2018-2019-2020:

TIPO	AÑOS			TOTAL
	2020	2019	2018	
00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO	13	5	5	23
01 PROCEDIMIENTOS GENERALES	1	1		2
02 OBLIGACIONES COMPLEMENTARIAS	1	1		2
03 DESRATIZACIÓN		1		1
TOTAL	15	8	5	28

- **Quejas** registradas los años 2018-2019-2020: no hay ninguna en el periodo de análisis.
- **Felicitaciones**, recibido en un documento Excel con los agradecimientos recibidos desde el año 2008: ninguna relacionada con este servicio.

B) VISITA A LAS INSTALACIONES

La situación de los cebos se indica en los planos de cebos actualizados. Se ha verificado la presencia de una muestra de estos cebos, pe.: SATELITE-F P0 cebo I36



C) CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

OBLIGACIONES DEL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN (EST)	CUMPLE	OBSERVACIONES
La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de desinsectación y desratización.	SI	
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.	SI	
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.	SI	El manual de procedimientos del servicio y los anexos "Anexo I Programa Genérico del Servicio_2013", "Anexo II Técnicas Ordenamiento del Medio_2013" incluyen lo indicado en el criterio.

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	Además en los informes bimensuales se incluyen recomendaciones.
En el programa se incluye el horario acordado con el Hospital para evitar disfunciones en el área a actuar.	SI	
En el programa se incluye la cualificación 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.	SI	
El Plan de Emergencias del Hospital contempla las funciones y actuaciones del servicio de desinsectación y desratización, acordadas con la Administración Sanitaria (forma de comunicación, responsable, procedimiento de activación de la emergencia y tiempos de actuación, seguimiento, etc.).	N/A	El plan es común para todos los servicios (Plan de Autorprotección).
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	La planificación es distinta a la indicada en el criterio y está aprobada por la administración mediante el manual de procedimientos.
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	SI	Anexo V

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

lo soliciten previamente		
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.	SI	No es la metodología de trabajo acordada con la administración: la empresa informa una vez realizadas las actividades mediante el envío de los certificados de tratamiento correspondientes.

8.2.10 SERVICIO DE TRANSPORTE INTERNO-EXTERNO Y GESTIÓN AUXILIAR (TIGAS)

Socio operativo: ILUNION

Responsable a nivel concesión: D. Carlos Allo (D. Asistencial)

Responsable a nivel servicio: Dña. M^a Carmen Robledo

A) REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

- Se comprueba **Informe mensual del servicio de TIGAs** de mayo de 2021 y sus anexos, que incluyen:
 - Excel maestro de reprografía

Suma de Total					
Solicitud	2018	2019	2020	2021	Total general
A3 B/N (1)					
A3 Color (1)					
A3 Color (2)	125			300	425
A4 B/N (1)			2.520	600	3.120
A4 B/N (2)	1.040			300	1.340
A4 Color (1)		5	413		418
A4 Color (2)	9.457	11.982	4.581	4.625	30.645
Canutillo	2	63	4		69
Contraportada	2	63	1		66
Encuad. A4	55	63	4		122
Encuad. A5					4
Portada	2	63	1		66
Total general	10.683	12.239	7.524	5.825	174.601

- Maestro de correo albaranes

Suma de Nº Envíos	Año			Nº Mes	Total general
	2018	2019	2020		
Total	117.864	113.106	222.945		453.915

- El cuadrante de personal del mes siguiente, con puestos y turnos.

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



BUREAU
VERITAS

Mes		Junio		Valores								
Servicio Tiga				Lunes a Viernes			Sábado			Domingos y festivos		
Categoría	Zona/Puesto	Horario	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Responsable	Responsable	07:00-14:00	0,9			0,0			0,0			
Responsable	Responsable	15:00-16:00		0,1			0,0			0,0		
Jefe de TIGA	Jefe de TIGA	08:30-14:30	0,8			0,0			0,0			
Jefe de TIGA	Jefe de TIGA	15:30-18:00		0,2			0,0			0,0		
Coordinador	Coordinador	08:00-15:00	1,0			1,0			1,0			
Coordinador	Coordinador	15:00-22:00		1,0			1,0			1,0		
Coordinador	Coordinador	22:00-08:00			1,0			1,0			1,0	
Tiga	Consultas	08:00-11:00	0,4			0,0			0,0			
Tiga	Consultas	08:00-15:00	1,0			0,0			0,0			
Tiga	Consultas	10:30-15:00	0,6			0,0			0,0			
Tiga	Consultas	15:00-22:00		1,0			0,0			0,0		
Tiga	Correos	09:30-14:00	0,5			0,0			0,6			
Tiga	Correos	15:00-17:00		0,3			0,0			0,3		
Tiga	Farmacia	11:00-15:00	0,6			0,0			0,0			
Tiga	Farmacia	8:30-15:30	1,0			0,0			0,0			
Tiga	Formación	09:00-15:00	0,9			0,0			0,0			
Tiga	Hospitalización 2A	08:30-11:00	0,4			0,4			0,4			
Tiga	Hospitalización 2A	12:00-13:00	0,1			0,1			0,1			
Tiga	Hospitalización 2A	15:00-17:00		0,3			0,3			0,3		
Tiga	Hospitalización 2A	19:30-00-20:30		0,1			0,1			0,1		
Tiga	Hospitalización 2B	06:30-07:30; 08:30-11:00	0,5			0,5			0,5			
Tiga	Hospitalización 2B	08:30-11:30	0,4			0,4			0,4			
Tiga	Hospitalización 2B	11:00-13:00	0,3			0,0			0,0			
Tiga	Hospitalización 2B	12:00-14:00	0,3			0,3			0,3			
Tiga	Hospitalización 2B	15:00-18:00		0,4			0,4			0,4		
Tiga	Hospitalización 2B	15:00-19:30		0,6			0,6			0,6		
Tiga	Hospitalización 2B	19:00-00-21:30		0,4			0,4			0,4		
Tiga	Hospitalización 2B	19:30-22:00		0,4			0,4			0,4		
Tiga	Hospitalización 2B	22:00-00:30		0,2			0,2			0,2		
Tiga	Hospitalización 2D	08:30-11:30	0,4			0,4			0,4			
Tiga	Hospitalización 2D	12:00-14:00	0,3			0,3			0,3			
Tiga	Hospitalización 2D	14:00-15:00	0,1			0,1			0,1			
Tiga	Hospitalización 2D	15:00-18:00		0,4			0,4			0,4		
Tiga	Hospitalización 2D	19:00-00-21:30		0,4			0,4			0,4		
Tiga	Hospitalización 2D	9:00-11:30	0,4			0,0			0,0			
Tiga	Hospitalización 2D	08:00-08:30	0,1			0,1			0,1			
Tiga	Hospitalización 2E	08:30-11:00	0,4			0,4			0,4			
Tiga	Hospitalización 2E	12:00-14:00	0,3			0,3			0,3			
Tiga	Hospitalización 2E	15:00-18:00		0,4			0,4			0,4		
Tiga	Hospitalización 2E	19:00-00-21:30		0,3			0,3			0,3		
Tiga	Hospitalización 2F	08:30-11:00	0,4			0,4			0,4			
Tiga	Hospitalización 2F	12:00-14:00	0,3			0,3			0,3			
Tiga	Hospitalización 2F	15:00-18:00		0,4			0,4			0,4		
Tiga	Hospitalización 2F	20:30-21:30		0,1			0,1			0,1		
Tiga	Hospitalización 2F	08:00-08:30	0,1			0,1			0,1			
Tiga	Lencería	08:30-15:00	0,9			0,9			0,0			
Tiga	Lencería	10:00-15:00	0,7			0,0			0,0			
Tiga	Lencería	13:00-16:00		0,4			0,0			0,0		
Tiga	Lencería	21:00-22:00		0,1			0,1			0,1		
Tiga	Psiquiatría	10:00_14:30	0,6			0,6			0,6			
Tiga	Psiquiatría	18:00-21:00		0,4			0,4			0,4		
Tiga	Quirófano	08:00-15:00	3,0			0,0			0,0			
Tiga	Quirófano	14:45-21:45		1,0			0,0			0,0		
Tiga	Quirófano	15:00-21:00		0,9			0,0			0,0		
Tiga	Quirófano	7:30-15:30	1,1			0,0			0,0			

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



Mes		Junio										
Servicio Tíga		Valores										
		Lunes a Viernes			Sábado			Domingos y festivos				
Categoría	Zona/Puesto	Horario	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Responsable	Responsable	07:00-14:00	0,9			0,0			0,0			
Responsable	Responsable	15:00-16:00		0,1			0,0			0,0		
Tíga	Radiología	08:00-15:00	4,0			2,0			2,0			
Tíga	Radiología	12:00-15:00	0,4			0,0			0,0			
Tíga	Radiología	13:00-21:00		0,7			0,0			0,0		
Tíga	Radiología	15:00-22:00		1,0			1,0			1,0		
Tíga	Radiología	15:30-20:30		0,7			0,0			0,0		
Tíga	Radiología	22:00-08:00			1,0			1,0			1,0	
Tíga	REA	06:00-11:00	0,7			0,6			0,6			
Tíga	UCI 1E	08:00-15:00	1,0			1,0			1,0			
Tíga	UCI 1E	16:00-22:00		0,9			0,9			0,9		
Tíga	UCI 1E	22:00-23:00		0,1			0,1			0,1		
Tíga	Urgencias	06:00-13:00	0,0			1,0			1,0			
Tíga	Urgencias	06:00-14:00	1,1			0,0			0,0			
Tíga	Urgencias	08:00-15:00	2,0			2,0			2,0			
Tíga	Urgencias	12:30-15:30	0,4			0,4			0,4			
Tíga	Urgencias	13:00-15:00	0,0			0,3			0,3			
Tíga	Urgencias	15:00-22:00		2,0			2,0			2,0		
Tíga	Urgencias	15:30-20:30		0,7			0,7			0,7		
Tíga	Urgencias	18:00-23:00		0,7			0,7			0,7		
Tíga	Urgencias	20:30-22:00		0,2			0,2			0,2		
Tíga	Urgencias	22:00-01:00		0,4			0,4			0,4		
Tíga	Retén	06:00-10:00	0,6			0,0			0,0			
Tíga	Retén	06:00-13:00	1,0			1,0			1,0			
Tíga	Retén	06:00-8:00	0,0			0,1			0,1			
Tíga	Retén	07:30-08:30	0,1			0,1			0,1			
Tíga	Retén	07:40-08:00	0,1			0,0			0,0			
Tíga	Retén	09:00-14:00	0,7			0,7			0,7			
Tíga	Retén	09:30_14:30	0,7			0,0			0,0			
Tíga	Retén	09:30-14:00	0,2			0,0			0,6			
Tíga	Retén	11:00-12:00	0,4			0,4			0,4			
Tíga	Retén	13:00-15:00	0,6			0,3			0,3			
Tíga	Retén	14:00-15:00	0,4	0,1		0,4	0,0		0,4	0,0		
Tíga	Retén	15:00-18:00		0,4			0,4			0,4		
Tíga	Retén	15:00-22:00		1,0			1,0			1,0		
Tíga	Retén	16:00-21:00		0,7			0,7			0,7		
Tíga	Retén	16:00-22:00		0,9			0,9			0,9		
Tíga	Retén	17:00-19:00		0,9			0,9			0,9		
Tíga	Retén	17:00-19:30		0,4			0,4			0,4		
Tíga	Retén	17:00-22:00		0,7			0,7			0,7		
Tíga	Retén	18:00-20:00		0,3			0,3			0,3		
Tíga	Retén	19:00-22:00		0,4			0,4			0,4		
Tíga	Retén	20:30-22:00		0,2			0,2			0,2		
Tíga	Retén	21:30-22:00		0,3			0,3			0,3		
Tíga	Retén	22:00-00:00		0,3			0,3			0,3		
Tíga	Retén	22:00-02:00			1,0			1,0			1,0	
Tíga	Retén	22:00-22:20		0,1			0,0			0,0		
Tíga	Retén	22:00-23:00		0,1			0,1			0,1		
Tíga	Retén	23:00-07:00			2,0			2,0			2,0	
Tíga	Retén	22:00-08:00			1,0			1,0			1,0	
Tíga	Retén	08:00-08:30	0,1			0,1			0,1			
Tíga	Retén	11:30-12:00	0,1			0,1			0,1			

- Se comprueba **Fichajes de personal** del mes de Mayo de 2021, pe.: Emiliano Mercuri, cubriendo puesto de Coordinador en turno de mañana con 7 h/día y turno de noche con 10 h/día.

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

- Se comprueban **SIGIs** registrados por tipología los años 2018-2019-2020:

TIPO	AÑOS			TOTAL
	2020	2019	2018	
00 SITUACIONES CRÍTICAS DEL SERVICIO	33	101	36	170
01 MOVILIZACION DE PACIENTES Y CAMBIOS POSTURALES	21	56	8	85
02 TRASLADO DE PACIENTES FALLECIDOS Y OBLIGACIONES MORTUORIAS			1	1
02 TRASLADO DE PACIENTES FALLECIDOS Y OBLIGACIONES MORTUORIAS		7	3	10
10 CALIDAD			2	2
TOTAL	54	164	50	268

- **Quejas** registradas los años 2018-2019-2020:

QUEJAS SERVICIO DE TIGAS				
SERVICIO	2020	2019	2018	TOTAL
Nº TOTAL	3	3	5	11

- **Felicitaciones**, recibido en un documento Excel con los agradecimientos recibidos desde el año 2008:

FELICITACIONES SERVICIO DE TIGAS				
SERVICIO	2020	2019	2018	TOTAL
Nº TOTAL	4	9	11	24

B) VISITA A LAS INSTALACIONES

Durante las visitas realizadas a las distintas instalaciones del hospital se observa el servicio de TIGAS realizando, principalmente, el traslado de pacientes. El personal está correctamente uniformado e identificado.

El servicio de TIGAS se programa mediante la asignación de puestos a los distintos puntos de inicio de actividades. En los informes mensuales se incluyen estas programaciones. En determinadas unidades, consensuadas entre la Dirección del Hospital y Sociedad Concesionaria y en las que la carga de trabajo es regular e intensa, hay definidos una serie de puestos y horarios de dedicación en los que el personal TIGA está de forma continuada, presente en una unidad para realizar tareas varias.

También se realiza el servicio a demanda, mediante el Sistema de Petición de Servicio (o SPS). El SPS permite clasificar cada petición, en función de la urgencia o prioridad de la misma en 5 niveles:

- Prioridad 1: 5 min (Emergencia)
- Prioridad 2: 15 min (Urgente)
- Prioridad 3: 30 min
- Prioridad 4: 120 min
- Prioridad 5: 24h

• Se visita el Despacho del Coordinador del servicio de TIGAS, retén de Urgencias (Satélite F Planta 1ª).

En el despacho se encuentra Emiliano Mercuri (Coodinador del servicio), correctamente uniformado e identificado.

Se comprueba la recepción y asignación de SPS, pe.:

- SPS 2580150 de 15/07/21 a las 13:20 movilización paciente Q4.

Se comprueba registro de peticiones de movilización de pacientes de 15/07/21.

- SPS 2580153 de 15/07/21 a las 13:25 recogida de muestra en la 2B.

La asignación se realiza telefónicamente.

Se comprueba el cuadrante de personal del día 15/07/21.



C) CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

CRITERIOS DEL SERVICIO DE TIGAS	CUMPLE	OBSERVACIONES
La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de Transporte interno-externo y gestión auxiliar.	SI	
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).	SI	
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.	SI	
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.	SI	
En el manual de procedimientos del Servicio se especifica el sistema para atender las peticiones de traslado de pacientes	SI	

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



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 los ajustes que establezca la política del hospital.		
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
El manual de procedimientos contiene la cartera de servicios de Fotocopias, Encuadernación y Fotografía , los posibles	SI	

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



BUREAU
VERITAS

<p>peticionarios de cada servicio (Unidades o GFH y persona autorizada), el volumen máximo a solicitar por servicio, periodo y petionario (GFH), así como las tarifas internas aprobadas por la Administración.</p>		
<p>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).</p>	SI	
<p>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.</p>	SI	
<p>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).</p>	SI	
<p>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.</p>	SI	
<p>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.</p>	SI	
<p>El personal de la unidad recoge y traslada los carros de medicación bajo las actuaciones programadas y las urgentes.</p>	SI	
<p>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.</p>	SI	
<p>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.</p>	SI	
<p>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.</p>	SI	

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

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.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
El personal de la unidad informa sobre los desperfectos, anomalías, roturas, robos o control de plagas que detecta.		

8.2.11 SERVICIO DE ALMACENES (AL)

Servicio prestado por HOSPITAL DE VALLECAS, S.A.U.

Responsable a nivel concesión: D. Carlos Allo (D. Asistencial)

Responsable a nivel servicio: D. Andrés Figueruelo

A) REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

- Se comprueba **Informe mensual del Servicio de Almacenes** de Mayo de 2021 y sus anexos:

- El Volumen compra directa mensual. Identificada por GFH
- Listado promedio días entrega según proveedores
- Listado de incumplimiento de programaciones de proveedores. Con archivo en Excel adjunto
- Relación de devoluciones y motivo. Con archivo en Excel adjunto
- Incremento en el consumo de productos respecto a los pactos de Unidad. Con archivo adjunto en Excel.
- Inventario de existencias y diferencias detectadas
- Información adicional
- Plan de mejoras
- Programa de coberturas: El servicio de Almacenes se presta con una plantilla a tiempo completo de 5 personas, en turnos fijos de mañana, en días laborales de lunes a viernes. En este servicio es de aplicación el Convenio Colectivo de Sanidad Privada, que supone una jornada anual de 1680 horas.

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

CATEGORÍA	ZONA	HORARIO	PUESTOS									
			Lunes a Viernes			Sábados			Domingos y Festivos			
			M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Adm./Mozo Almacén	Almacén	08:00 a 15:00	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozo Almacén	Almacén	07:30 a 15:00	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozo Almacén	Almacén	07:30 a 15:00	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozo Almacén	Almacén	07:30 a 15:00	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jefe Almacén	Almacén	07:30 a 15:00	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- Se comprueba **Fichaje de trabajadores** del mes de mayo de 2021, pe.: Andrés Figueruelo 10 h/diarias de L-V).
- En el registro de fichajes del mes de mayo del servicio de almacenes solo fichan cuatro trabajadores, cuando se indica en el informe mensual que son cinco (no hay fichaje de la trabajadora Noelia Ríos - Administrativo de Almacén).
- Se comprueban **SIGIs** registrados por tipología los años 2018-2019-2020: no se registra ninguna relacionada con el servicio.
- **Quejas** registradas los años 2018-2019-2020: no se registra ninguna relacionada con el servicio.
- **Felicitaciones**, recibido en un documento Excel con los agradecimientos recibidos desde el año 2008: no se registra ninguna relacionada con el servicio.

B) VISITA A LAS INSTALACIONES

- Se visita el Almacén principal (Sotano Satélite E).
En el despacho del muelle (Sótano-núcleo central) se encuentran Andrés Figueruelo (Responsable de Amacén) y Noelia Ríos (Administrativo de Almacén), correctamente uniformados e identificados.
- Se revisa el proceso de **reposición de almacenes de planta (almacenes periféricos)**. Diariamente, personal del servicio se desplaza por estos almacenes y lleva a cabo la lectura de los códigos de barras de los artículos cuyo primer cajetín se ha vaciado. Esta información se descarga en el ordenador del almacén central y se introduce en el sistema SAP, el cual genera las correspondientes órdenes de reposición. El material que se repone se coloca en el cajetín vacío, con el fin de aplicar el principio FIFO. El acceso a los almacenes es restringido para el público.
- Ordenes de reposición en planta
Diariamente se generan órdenes de reposición de los almacenes de planta. Una vez realizada la reposición, esta se introduce en el sistema SAP para llevar a cabo el control del stock de

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	
---	---	---

cada artículo. Esta información se registra una vez realizada la reposición y no a la salida del almacén central, ya que la cantidad repuesta no siempre coincide con la indicada en la orden de reposición, dependiendo del número de unidades por “paquete”.

Se comprueba reposición de almacenes periféricos, pe.: día 14/07/21 almacén 1A02 (almacén de quirófano) nº de reserva 000966258, pe.: código 121550 – guantes de látex - 50 uds. Se comprueba pacto del almacén 1A02 (matenimiento del stock máximo), pe.: código 121550 80 uds.

Se comprueba stock del código 121550 a 14/07/21 en el almacén 1A02 resultando 80 uds. (con las 50 uds. que se ha repuesto el 14/07/21).

- Se revisa la operativa del almacén de **recepción de mercancía** directamente en el muelle de carga y descarga de vehículos. El personal de almacén verifica los pedidos que van llegando al hospital, comprobando con el albarán:

- Número de pedido
- Proveedor
- Artículo
- Cantidad
- Precio
- Caducidad

Una vez realizada las comprobaciones descritas, el personal registra la entrada en el programa SAP, a través del cual se controlan los movimientos de mercancías, tanto estas entradas como las salidas a los almacenes de planta, tal y como se describió anteriormente.

La mercancía receptionada en el Almacén Principal en el sistema SAP, se clasifica en:

- Almacenable, en cuyo caso se ubicará en el lugar que le corresponda en el Almacén Principal (almacén 1000).

Se comprueba recepción de mercancía almacenable, pe.: pedido nº 550097175 de 12/07/21 del proveedor Gespunt con sello de recepción de 14/07/21 sobre el que se anota la ubicación del material, pe.: código 100075 ubicación B-01-08-A1 (material conforme). El Administrativo de Almacén detecta incidencia en el precio que se comunica por correo electrónico a Suministros.

- No Almacenable o de compra directa, en cuyo caso no se ubicará en el Almacén principal, sino en la zona de recepción de mercancías a la espera de ser enviada a la Unidad peticionaria correspondiente, a la mayor brevedad posible

Se comprueban mercancía no almacenable, pe.: Pedido 5500976835 de 13/07/21 proveedor BD receptionado el 14/07/21 y asociado al centro de coste H. de día médico. Se comprueba albarán con sello de inspección en recepción. Entrada en el sistema informático 501532460.

La mercancía almacenable se coloca en su ubicación correspondiente, la cual se encuentra grabada en el sistema SAP, mediante una codificación que indica el almacén, fila de estanterías, posición de la estantería en fila, altura del estante y posición en el estante en que se encuentra cada artículo.

Debido al volumen de mercancía, se ha alquilado una plataforma logística (almacén 1C02) ubicada en Toledo (proveedor Medipost) donde almacenar palets completos.

Se comprueba **traspaso** de 290 palets del código 100022 al almacén 1C02 2000 uds.

Se comprueba Excel de **Control de Plataforma logística** por código de palet, pe.: palet 973 – sábanas- traspaso (salida del almacén 1000 al almacén 1C02) el 30/04/21 y traspaso (salida del almacén 1C02 y entrada al almacén 1000) el 13/05/21.

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	
---	---	---

Se comprueban albaranes de envío - recogida de palets, pe.: 4901019113 de 25/05/21 con envío de, pe.: palet 1000 código 100354 5.760 uds. y recogida de 02/06/21, pe.: palet 571 código 11520 con sello de recepción el 03/06/21.

El almacén de lencería (1002) es independiente. Actualmente 170 códigos.
Se comprueba correo de 20/05/21 a transporte para envío de material de lencería el día 18/06/21, pe.: palet 1009 código 130066 – toallitas.

Anualmente, se realiza un **inventario total**, último realizado del 14 al 18/12/20. Se comprueba **Acta de regularización de cierre de inventario** de 17/12/21 firmada con la relación de existencias regularizadas, 65 códigos regularizados de 1434 códigos totales.

Equipos: 2 transpaletas, 8 carros y 4 jaulas, 2 Estación Base, 2 lectores de códigos de barra, PDA.

Se comprueba pegatina de revisión anual de almacén, pe.: J03 rev. 09/09/19 y T02 rev. 8/09/19.

- No se ha realizado la revisión de equipos de almacén con periodicidad anual, pe.: J03 rev. 09/09/19 y T02 rev. 8/09/19.

C) CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

CRITERIOS DE LA GESTIÓN DE ALMACENES (AL)	CUMPLE	OBSERVACIONES
La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de almacenes.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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 .	SI	
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.	SI	
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.	SI	En el registro de fichajes del mes de mayo del servicio de almacenes solo fichan cuatro trabajadores, cuando se indica en el informe mensual que son cinco (no hay fichaje de la trabajadora

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

		Noelia Rios - Administrativo de Almacén). Se identifica como INCIDENCIA de gravedad LEVE.
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.	SI	No se trabaja siguiendo el principio de almacén "cero" debido a la situación provocada por el Covid-19 (mayor actividad del hospital e incumplimiento de proveedores) ha habido que incrementar fuertemente el stock de muchos de los productos almacenables, teniendo que utilizar una plataforma logística externa.
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.	SI	
El personal de almacén registra las actividades de movimiento de mercancías en el sistema informático.	SI	
El personal de almacén coloca los productos no almacenables o en tránsito y los envía a la unidad peticionaria de inmediato.	SI	
El personal de almacén ubica el material en el lugar que le corresponde en el almacén general según su identificación en la aplicación informática.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
El Servicio de Almacenes y Distribución mantiene el stock de seguridad y el stock mínimo de cada uno de los productos almacenables.	SI	
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.	SI	
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	SI	

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	---

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.		
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,...).	SI	No se ha realizado la revisión de equipos de almacén con periodicidad anual, pe.: J03 rev. 09/09/19 y T02 rev. 8/09/19. Se identifica como INCIDENCIA de gravedad LEVE.

8.2.12 SERVICIO DE APOYO AMINISTRATIVO (ADM)

Socio operativo: FIDELIS SERVICIOS INTEGRALES

Responsable a nivel concesión: D. Carlos Allo (D. Asistencial)

Responsable a nivel servicio: Dña. Elena de Miguel (Administrativos Atención al Público) y D. Roger Garzón (Administrativos Backoffice)

A) REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

- Se comprueba Excel **Maestro de horas**, con diferentes pestañas que recogen información sobre Puestos de trabajo, Listado de trabajadores y cuadrantes.

Se ha establecido para este servicio la división del personal en 2 grupos claramente diferenciados: el personal que no atiende al público (o denominado backoffice, donde se desarrollan las tareas propias del ámbito económico, el ámbito de personal o de RRHH y el ámbito de compras o suministros) y el personal que atiende al público (denominado atención al público), que forma el colectivo mayoritario.

Para ambos grupos se tienen definidos unos puestos con unos horarios de presencia y un patrón de jornada para cada día de la semana, ya sea laborable, sábados, domingos o festivos. En backoffice se trabaja de lunes a viernes. En atención al público, también en sábados, domingos y festivos.

Los puestos se identifican con las funciones y tareas a realizar.

La jornada semanal completa es de un trabajador administrativo, a tiempo completo es de 39 horas.

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



BUREAU
VERITAS

Al Público

Pt	Tur	P/BC	Puesto	Horario	stl	L-J	V	S	D	F
2	JP	Público	Citación Preferente (418 005)	L-V 10h-14h y 15h-18h (+30min para hacer 7,5h)	0	7	7	0	0	0
3	T	Público	Centralita Citas SMS (418 004)	L-V 15:00h - 21:00h	0	6	6	0	0	0
4	M	Público	LEQ Mesa C (418 027)	L-V 9:00h - 16:00h	0	7	7	0	0	0
3	M	Público	Centralita Citas SMS (418 004)	L-V 8:30h - 15:30h	0	7	7	0	0	0
6	M	Público	ADM Hospitaliz. (418 007)	L-V- 7:30h - 15:20h	0	7,8	7,8	0	0	0
6	T	Público	ADM Hospitaliz. (418 007)	L-V- 15h - 22h	0	7	7	0	0	0
7	M	Público	Anatomía Patológica (418 031)	L-J 8:00h - 16:00h, V 8:00 - 15:00h	0	8	7	0	0	0
8	M	Público	Atención al Paciente (418 171)	L-V 8:00h - 15:00h	0	7	7	0	0	0
9	M	Público	Biblioteca (418 087)	L, X, V: 8-15h	0	7	7	0	0	0
9	JP	Público	Biblioteca (418 087)	M, J: 8-17:30h (1/2 comida)	0	9	0	0	0	0
10	M	Público	Citas, Digest, CEX (418 006)	L-V 8:30h - 15:30h	0	7	7	0	0	0
14	M	Público	Extracciones, CEX 12 (418 179)	L-V 7:00h - 14:00h	0	7	7	0	0	0
20	M	Público	Alergia, CEX (418 286)	L-J 8:00h - 16:00h; V 8:00h - 15:00h	0	8	7	0	0	0
25	M	Público	Dialisis (418 502)	L-V 7:12h - 15:00h / S 8:00h- 15:00h	0	7,8	7,8	7	0	7
25	T	Público	Dialisis (418 502)	L-V 15:00h - 22:00h	0	7	7	7	0	7
26	M	Público	Hospital de Día 1 (418 503)	L-V 7:12h - 15:00h	0	7,8	7,8	0	0	0
27	M	Público	LEQ Mesa B (418 006)	L-V 10:30h a 14:30h	0	4	4	0	0	0
28	M	Público	Quirófano (418 340)	L-V 7:30h - 14:30h	0	7	7	0	0	0
28	T	Público	Quirófano (418 340)	L-V 14:30h - 21:30h	0	7	7	0	0	0
29	M	Público	Rayos (418 425)	L-V 8:00h - 15:00h	0	7	7	0	0	0
74	M	Público	Rayos (Refuerzo M)	L-V 10:00h - 14:00h	0	2	2	0	0	0
29	T	Público	Rayos (418 425)	L-V 15:00h - 22:00h	0	7	7	0	0	0
30	M	Público	Registro RN (418 310)	L-J: 8h-16h; V: 8h-15h	0	7,5	7,5	0	0	0
31	M	Público	Rehabilitación (418 510)	L-V 7:30h - 15:00h	0	7,5	7,5	0	0	0
40	M	Público	Urg 1 (418 627)	L-D 8:00h - 15:00h	0	7	7	7	7	7
40	T	Público	Urg 1 (418 627)	L-D 15h-22h (L-V, 15h-17h en Hosp. de Día)	0	7	7	7	7	7
40	N	Público	Urg 1 (418 627)	L-D 22:00h - 8:00h	8	10	10	10	10	10
41	M	Público	Urg 2 (418 678)	L-D: 8h-15h (L-V: 8h-10h Extracciones y CEX)	0	7	7	7	7	7
41	T	Público	Urg 2 (418 678)	L-D 15:00h - 1:30h	3,5	10,5	10,5	10,5	10,5	10,5
42	M	Público	Vestíbulo Principal (418 001/2/3)	L-D 7:00h - 14:48h	0	7,8	7,8	7,8	7,8	7,8
42	T	Público	Vestíbulo Principal (418 001/2/3)	L-D 14:42h - 22:30h	0,5	7,8	7,8	7,8	7,8	7,8
43	M	Público	Centralita 2 (418 022)	L-V 8:00h - 15:00h	0	7	7	0	0	0
44	M	Público	Centralita 1 (418 023)	L-V 8:00h - 15:00h	0	7	7	0	0	0
45	JP	Público	Reprogramaciones (418 086)	L-V 10:00h - 14:00h y 15:00h -18:00h	0	7	7	0	0	0
46	M	Público	Jefatura del Servicio	L-V 10:00 - 14:00h	0	4	4	0	0	0
48	M	Público	Farmacia (418 404)	L-J 8:00 - 16:00h, V 8:00h - 15:00h	0	8	7	0	0	0
31	T	Público	Rehabilitación (418 510)	L-V: 15h-21h (L-V: 14h-15h Reprogramaciones)	0	7	7	0	0	0
54	M	Público	Hospital de Día 2 (418 516)	L-V 9:00h - 14:00h	0	5	5	0	0	0
10	T	Público	Citas, Digest (418 006)	L-V 15:00-22:00	0	7	7	0	0	0
57	M	Público	LEQ Programación (418 071)	L-V 7:12h - 15:00h	0	7,8	7,8	0	0	0
101	JP	Público	Mostrador CEX 1 (418 278)	L-V 10:00 - 14:00 y 15:00 - 18:00 h	0	7	7	0	0	0
102	M	Público	Mostrador CEX 2 (418 307)	L-V 8:00h - 15:00h	0	7	7	0	0	0
103	M	Público	Mostrador CEX 3 (418 130)	L-J 9:00h - 14:00h	0	5	4	0	0	0
104	M	Público	Mostrador CEX 4 (418 143)	L-V 8:00h - 15:00h	0	7	7	0	0	0
105	M	Público	Mostrador CEX 5 (418 200)	L-V 9:00h - 14:00h	0	7	7	0	0	0
106	M	Público	Mostrador CEX 6 (418 145)	L-V 8:00h - 15:00h	0	7	7	0	0	0
107	M	Público	Mostrador CEX 7 (418 117)	L-V 9:00 - 14:00	0	7	7	0	0	0
108	M	Público	Mostrador CEX 8 (418 277)	L-V 8:00h - 15:00h	0	7	7	0	0	0
109	M	Público	Mostrador CEX 9 (418 100)	L-V 7:12h - 15:00h	0	7,8	7,8	0	0	0
109	T	Público	Mostrador CEX 9 (418 100)	L-V 15:00h - 21:00h	0	6	6	0	0	0
110	M	Público	Mostrador CEX 10 (418 101)	L-V 9:00 - 14:00	0	7	7	0	0	0
111	M	Público	Mostrador CEX 11 (418 045)	A demanda	0	0	0	0	0	0
112	M	Público	Mostrador CEX 12	A demanda	0	0	0	0	0	0
113	M	Público	Mostrador CEX 13	A demanda	0	0	0	0	0	0
114	JP	Público	Mostrador CEX (Soporte)	L-J 9:00 - 14:00 y de 15:00 a 18:30 h V hasta las 14:00	0	0	0	0	0	0
72	M	Público	LEQ Mesa A	L-V 8:00h - 15:00h	0	7	7	0	0	0
73	JP	Público	Centralita Citas SMS (418 091)	L-V 10:00h - 18:00h	0	7	7	0	0	0
27	T	Público	LEQ Mesa B (418 006)	L-V 16h - 17h	0	3	3	0	0	0
53	JP	Público	Centralita 3 (418 003)	L-V 9:00h - 13:00h	0	8	7	0	0	0

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



BUREAU
VERITAS

Backoffice

Pt	Tur	P/BC	Puesto	Horario
19	JP	BO	Contabilidad 1	L-J 9h-17:30h (30 minutos de comida); V 8h-15h
87	JP	BO	Contabilidad 2	L-J 9h-17:30h (30 minutos de comida); V 8h-15h
21	M	BO	Contabilidad 3	L-J 8h-16h; V 8h-15h
22	JP	BO	Contabilidad 4	L-J 7:30h-15:30h; V 8h-15h
23	M	BO	Contabilidad 5	L-J 8h-16h; V 8h-15h
24	M	BO	Contabilidad 6	L-J 8h-16h; V 8h-15h
88	M	BO	Electromedicina	L-J 7:30h-15:30h; V 8h-15h
34	M	BO	RRHH 3	L-J 7h-15h; V 8h-15h
35	M	BO	RRHH 4	L-J 7h-15h; V 8h-15h
36	M	BO	RRHH 5	L-J 7h-15h; V 8h-15h
82	M	BO	RRHH 7	L-J 7h-15h; V 8h-15h
86	M	BO	RRHH 8	L-J 7h-15h; V 8h-15h
38	M	BO	Suministros 1	L-J 8:00h-16:00h; V 8h-15h
39	M	BO	Suministros 2	L-J 7h-15h; V 8h-15h
81	JP	BO	Responsable de BackOffice	L-J 9h-17:30h (30 minutos de comida); V 8h-15h

- Se comprueba **Informe mensual del Servicio de Administrativos** de Mayo de 2021. Incluye aspectos relevantes y el cuadrante previsto para el personal al público, para el próximo mes:

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



BUREAU
VERITAS

Etq.	Apenom	Turno	Puesto	F	S	D	F	Lab	Lab	Lab	Lab	S	D	Lab	Lab	Lab	Lab	F	D	Lab	Lab	Lab	Lab	S	D	Lab	Lab	Lab	Lab	S	D	Lab	
15	Fernández Santiago, Marta N	M	Dialisis (418 502)																														
19	Sánchez Carpintero, Sonia	M	Rehabilitación (418 510)																														
20	Herreros Valero, Alicia	M	Mostrador CEX 6 (418 145)																														
29	Ramos Jiménez, Coral	M	LEQ Programación (418 071)																														
32	González Rico, Raquel	M	Mostrador CEX 4 (418 143)																														
33	Sanz Rodríguez, Mª del Carr	M	Centralita 2 (418 022)																														
37	Guzmán Morillo, Mª Teresa	M	Hospital de Día 1 (418 503)																														
38	Cano Nieto, Emilia	N	Dialisis (418 502)																														
58	González Aguado, Javier	N	Urg 1 (418 627)																														
59	Cabrera Monzón, Francisca	M	Control de Gestión (Soporte)																														
82	Ponce Sánchez, Tamara	M	Vestibulo Principal (418 001/2/3)																														
89	Monte Campó, Laura	M	Centralita 1 (418 023)																														
92	Martínez Martínez, Ruth	M	Dialisis (418 502)																														
96	Méndez González, María Ant	M	Registro RN (418 310)																														
109	Lapeña Rodríguez, Sonia	M	Urg 1 (418 627)																														
136	Fresco Miquelez, Olga	M	Anatomía Patológica (418 031)																														
160	López Fernández de Córdoba	N	Dialisis (418 502)																														
203	Gil Estévez, Ana María	M	Quirofano (418 340)																														
209	Calvo España, Paloma	T	Registro RN (418 310)																														
221	Zonta González, Mario	N	Vestibulo Principal (418 001/2/3)																														
223	Polanco García-Verdugo, Lor	M	Mostrador CEX 9 (418 100)																														
241	Soto De la Calle, Irene Patric	M	Hospital de Día 2 (418 516)																														
243	Pérez Martínez, Jorge	T	Urg 1 (418 627)																														
251	Rodríguez Salgado, Beatriz	JP	ADM Hospitaliz. (418 007)																														
252	Porrúa Peralta, Francisca	T	Rayos (418 425)																														
254	Murias Rivas, Nieves	T	Respiraciones (418 086)																														
257	Parrón Pérez, Laura	M	Urg 1 (418 627)																														
267	De Miguel Ratero, Elena	M	ADM Hospitaliz. (418 007)																														
268	Utrilla Rallego, Rosa	M	Urg 2 (418 678)																														
268	Fernández Pecoño, Ana	M	Formación varia																														
283	Sevillano Collantes, Eugenio	T	Jefatura del Servicio																														
284	García Martínez, Cristina	T	Citas, Digest, CEX (418 006)																														
298	José Ángel Larrañaga Lozan	JP	Urg 2 (418 678)																														
300	Beatriz Amador González	M	Centralita Citas SMS (418 004)																														
278	Zamudio Cruz, Giovana	M	Vestibulo Principal (418 001/2/3)																														
306	Blanco Sánchez, Cristina	JP	Farmacía (418 297)																														
307	Simón Guevara, Patricia	M	Quirofano (418 340)																														
310	Cortés Tapia, Mercedes	M	Mostrador CEX 10 (418 101)																														
311	Fernández Bayón, Alicia	T	Centralita 3 (418 003)																														
312	Gómez Camacho, Raimundo	T	Urg 2 (418 678)																														
313	González Herrero, María del	M	Extracciones, CEX 12 (418 179)																														
316	Calvo Bernardino, Mª Carmel	T	Vestibulo Principal (418 001/2/3)																														
319	De Las Hazas González, Inés	M	Mostrador CEX 5 (418 200)																														
320	Muñoz Rosell, Lidia	T	Dialisis (418 502)																														
321	Rodríguez Prieto, Eva María	T	Atención al Paciente (418 171)																														
324	Díaz Marcos, Jimena	T	Mostrador CEX 1 (418 278)																														
325	Vázquez González Patricia	T	Urg 1 (418 627)																														
		M	Mostrador CEX 7 (418 117)																														
		M	Atención al Paciente (418 171)																														

- Se comprueba **Fichaje de trabajadores** del mes de mayo de 2021, pe.: trabajadora 257 Laura Padrón Pérez (7 h/diarias de L-V).

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

- Se comprueban **SIGIs** registrados por tipología los años 2018-2019-2020:

TIPO	AÑOS			TOTAL
	2020	2019	2018	
01 PROCEDIMIENTOS GENERALES	50	71	45	166
03 RECEPCION / INFORMACION DE PACIENTES, FAMILIARES Y VISITANTES			1	1
04 ATENCIÓN TELEFÓNICA	5	27	10	42
05 CALIDAD		2		2
TOTAL	55	100	56	211

- **Quejas** registradas los años 2018-2019-2020:

QUEJAS SERVICIO DE ADMINISTRATIVOS				
SERVICIO	2020	2019	2018	TOTAL
Nº TOTAL	325	951	213	1.489

- **Felicitaciones**, recibido en un documento Excel con los agradecimientos recibidos desde el año 2008:

FELICITACIONES SERVICIO DE ADMINISTRATIVOS				
SERVICIO	2020	2019	2018	TOTAL
Nº TOTAL	30	25	7	62

– **Cláusulas de confidencialidad** en los contratos a trabajadores y anexo de la comunidad de Madrid para trabajadores con acceso a los sistemas de información y documentación sanitaria no automatizada del centro hospitalario, pe.: Trabajadora Coral Ramos



– **Maestro de llamadas telefónicas de los años 2018, 2019 y 2020.** Se trata de un archivo de Excel con la información sobre los indicadores que afectan a la centralita de teléfonos:

- 1.- Porcentaje de llamadas atendidas con un tiempo de espera superior a 30 segundos, sobre el total de las llamadas atendidas (el porcentaje debe ser inferior al 10%)

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

2.- Porcentaje de las llamadas perdidas, entendidas como tal, aquellas que tienen una espera superior a 60 segundos, tanto las llamadas perdidas en cola como las no atendidas, sobre el total de las llamadas entrantes (el porcentaje debe ser inferior al 3%).

- Se comprueba registro de **Estadística de llamadas**, observando porcentajes superiores al 3 %.

Suma de Nº	01/01/2021	08/01/2021	15/01/2021	22/01/2021	29/01/2021	05/02/2021	12/02/2021	19/02/2021	26/02/2021	05/03/2021	12/03/2021	19/03/2021	26/03/2021	02/04/2021	09/04/2021	16/04/2021
Etiquetas de fila																
% No At + Perdidas																
Citaciones	2,5%	7,2%	4,0%	3,6%	3,1%	3,1%	3,9%	4,5%	3,0%	2,2%	1,7%	1,9%	1,4%	1,3%	2,0%	1,6%
Mostrador	11,2%	6,9%	25,9%	7,6%	13,9%	5,0%	3,8%	13,3%	6,0%	5,2%	4,7%	9,0%	9,2%	5,0%	3,1%	2,7%
Operadora	3,8%	2,2%	4,1%	2,5%	3,6%	3,8%	3,1%	3,0%	2,9%	3,5%	3,8%	4,6%	5,8%	4,9%	2,8%	3,4%
Total	4,6%	5,6%	7,8%	3,9%	4,9%	3,6%	3,6%	5,4%	3,3%	2,9%	2,7%	3,8%	4,2%	2,7%	2,4%	2,1%

- Se comprueba **Maestro de Citaciones** actualizado a 12/07/21, con retrasos por especialidad y totales.
- Se comprueba en el registro de **Estadística de llamadas**, porcentajes superiores al 3 %.

B) VISITA A LAS INSTALACIONES

Se observaron los puestos de trabajo de atención al público, todos convenientemente uniformados e identificados y en todo momento realizando su trabajo según los procedimientos escritos del servicio, pe.:

- Mostrador de citas - Planta baja Vestíbulo consultas externas- (actualmente prestando servicio telefónico excepto situaciones descritas en el propio mostrador en una única ventanilla). Trabajadora Coral Ramos. Se comprueba **Listado de peticiones pendientes con servicio** (interconsultas, sucesivas y pruebas) y gestión agendas.
- Mostrador de urgencias – Planta 1ª Satélite F. Trabajadora Ana Gil. Admisión de pacientes (registro tarjeta sanitaria), entrega de pulsera identificativa y turno para ser atendido.

C) CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES

OBLIGACIONES DEL SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO (ADM)	CUMPLE	OBSERVACIONES
La concesionaria cumple con los criterios generales que aplican al servicio de Gestión de personal administrativo.	SI	
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.	SI	
La Unidad cuenta con una gestión técnica informatizada compatible e integrada con los aplicativos de la CAM.	SI	No aplica en cuanto a que sea compatible e integrada con los aplicativos del hospital, puesto que la administración sanitaria, en el cumplimiento de la Ley de Protección de Datos no lo autoriza.

Referencia:
Asunto 10869269
Rev 1

Informe de Auditoría Operativa Servicios
Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.



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.	SI	
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.	SI	Fichero/directorio con todas las extensiones del Hospital y otros teléfonos habituales
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.	SI	No existe un manual de información, sino una base de datos disponible con la ubicación de las dependencias del hospital.
El manual de procedimientos establece el procedimiento necesario para facilitar la tarjeta de identificación de acceso a las personas.	SI	La emisión de las tarjetas identificativas es gestionada desde el Servicio de Seguridad del Hospital con la información facilitada por el personal Administrativo.
El manual de procedimientos establece el sistema de control informatizado de gestión de llamadas , incluyendo el gasto por extensión y por GFH.	N/A	El control informatizado de gestión de llamadas lo realiza otra empresa externa por convenio con la administración sanitaria.
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.	SI	No existe un manual de información, sino una base de datos disponible con la ubicación de las dependencias del hospital. Fichero/directorio con todas las extensiones del Hospital y otros teléfonos habituales
La unidad elabora mensualmente informes de la gestión de llamadas cuyo contenido y formato se encuentra en el manual de procedimientos de la Unidad y ha sido acordado con la Administración Sanitaria.	SI	El control informatizado de gestión de llamadas lo realiza otra empresa externa por convenio con la administración sanitaria.
Anualmente y con los estudios realizados se desarrollan estudios comparativos con la información actualizada de las ofertas de los distintos operadores del mercado.	N/A	El control informatizado de gestión de llamadas lo realiza otra empresa externa por convenio con la administración sanitaria.
La Unidad de Atención Telefónica dispone de un listado telefónico digital actualizado, disponible en los puntos del Sistema de Información del Hospital.	N/A	El control informatizado de gestión de llamadas lo realiza otra empresa

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

		externa por convenio con la administración sanitaria.
El personal administrativo realiza las funciones propias de la Administración y otros soportes según el catálogo de servicios acordado.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
El personal de la Unidad acompaña a enfermos, familiares o visitantes al lugar donde vayan del Hospital cuando se haya programado.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
La Unidad de Atención Telefónica controla los diferentes niveles de acceso a llamadas exteriores y restricciones que define la Administración Sanitaria.	SI	
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.	SI	
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.	SI	
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% .	NO	Se realiza seguimiento en el registro de estadística de llamadas, superándose en algunos casos el %. Se identifica como INCIDENCIA de gravedad MEDIA.
La Unidad de Atención Telefónica localiza a las personas que están de guardia localizada en los sistemas de	SI	

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	
---	---	---

intercomunicación de larga distancia, cuando sean requeridas por el personal sanitario acreditado del Hospital.		
La Unidad tiene a su cargo sistema de intercomunicación (buscapersonas) gestionando según manual de procedimientos, su entrega y recogida al personal sanitario, su mantenimiento necesario y su alta y baja del inventario.	N/A	
Mensualmente el responsable de la Unidad realiza un muestreo aleatorio para verificar la actualización de la información del listín telefónico .	SI	

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

9 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

A continuación, se resumen los principales resultados obtenidos. Los resultados aquí descritos son fruto de una investigación muestral, por lo que no se descarta la aparición de desviaciones diferentes en otras fases del proceso.

Todas las incidencias han sido clasificadas según el riesgo en niveles de peligro:

✓ Leve: cuando no incumple ni normativas ni procedimientos y/o no suponen riesgo claro para los usuarios del servicio, el hospital o el medioambiente.

✓ Media: cuando incumple normativa o procedimiento y supone un riesgo claro con consecuencias leves en los usuarios del servicio, el hospital o el medioambiente.

No se menciona el tipo de actuación referente a las incidencias graves porque no se han detectado durante la auditoría.

Además, se identifican:

Puntos fuertes: en el caso de detectar elementos que destaquen positivamente por suponer una mejora sobre las obligaciones. No siempre se detectan.

Áreas de mejora: oportunidades en elementos que es necesario analizar para desarrollar planes de mejora.

9.1. PUNTOS FUERTES

SERVICIO	DESCRIPCIÓN
DGC	Transparencia y disposición a la entrega de toda la información solicitada y la coordinación y comunicación eficiente entre todos los procesos analizados.
RH	Planes de formación.
PRL	Medidas de prevención de contagios por Covid-19. Registro de control de bajas por Covid-19. Gestión de la documentación de CAE con los socios operativos a través de la plataforma e-coordina.
GMA	Actualmente se está desarrollando un Plan de Gestión Medio Ambiental (PGMA) en coordinación con el HUIL. El Hospital se encuentra en proceso de implantación del Sistema de Gestión Ambiental conforme a los requisitos de la norma UNE-EN ISO 14001.
EDS	Resultado de las medidas implementadas de ahorro en consumo energético y reducción de emisiones a la atmósfera.
CAL	Cumplimiento de la uniformidad e identificación del personal.
LIM	Registro de control de limpieza de habitaciones de altas de pacientes
SEG	Contenido y detalle de los informes diarios
RES	Registro de control de producción (trazabilidad)
GR	Contenedor adquirido para residuos de Clase III de cartón y con la bolsa incorporada
MTO	El estado de las instalaciones y mobiliario del hospital es muy bueno.
VJ	Compostaje de restos vegetales. Semilleros.
LAV-TIGAS	Orden del almacén de lencería y uniformidad

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 BUREAU VERITAS
---	---	--

EST	Sistema de trazabilidad del proceso y controles realizados.
DD	Certificación UNE-EN 16636 concedida a CEHIMAN SL CIA EUROPEA DE HIGIENE Y MANTENIMIENTO del Grupo Ambiqai en el que se integra AMBICAI SANIDAD AMBIENTAL SL.
ALM	Resultado del inventario anual
ADM	Registros de control de los retrasos en citaciones por especialidad y totales mediante el Maestro de Citaciones.

9.2. INCIDENCIAS

SERVICIO	DESCRIPCIÓN	TIPO
RH	No se evidencia la realización de formación relacionada con la eficiencia energética en el periodo auditados (2018-2020)	MEDIA
PRL	A fecha de la auditoría operativa no se ha realizado el simulacro anual requerido por el RD 393/2007, si bien se comprueba planificación aprobada en Comisión Mixta de 24/06/21 realizar simulacro parcial en Septiembre-Octubre).	MEDIA
PRL	No está subida la documentación de algunos trabajadores de socios operativos muestreados a la plataforma e-coordina, pe.: Pedro González (Seguridad) y José Miguel Moreno (Tigas).	MEDIA
CALIDAD	<p>En relación a los manuales de procedimientos se mantienen algunas observaciones de desactualización ya identificadas en el informe de la AO5 (2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Manual de limpieza</u> en las páginas 40 (ubicación de dosificación) y tablas de las páginas 41 a 57 (planificación diaria de limpiezas en relación con los desinfectantes utilizados y algunas frecuencias de aseos y salas de espera), página 67-68 (acuerdos con servicios poco claros o no incluidos), página 96 (planificación anual de limpieza sin fechas claras ni seguimiento de realización). Anexos del manual desactualizados como el anexo I (planos que no contemplan las últimas obras y criticidad), anexo VI (limpiezas planificadas que no contemplan los cambios tras las obras). • <u>Manual de seguridad</u> en las páginas 15 y 29 (falta incluir el sistema de seguridad mediante pulseras en psiquiatría), página 50 donde se describe el número de rondas y tipo, y en las que describe la uniformidad (117 a 119), en las que constan logotipos de otra empresa. • <u>Manual de Restauración</u> se encuentra únicamente alguna observación relacionada con los anexos: anexo 1, el inventario solo incluye equipos de cocina sin especificar los de cafetería, no se indica fecha de compra ni posibles bajas de equipos, todos son del proveedor Electrolux. • <u>Manual gestión de residuos</u>: se observa que los planos no están actualizados, en especial el punto final de residuos, donde tanto el número de compactadores y el uso de las distintas estancias no coincide con lo visto en las visitas. En la página 77 se hace referencia a los documentos que acompañan a los Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) y Residuos Citotóxicos (RC) según Real Decreto 180/2015 de 20 de julio, cuando la normativa se actualiza en este sentido según Real Decreto 553/2020. • <u>Manual de Mantenimiento</u>: no se incluye la gestión de residuos fluorescentes que realiza el servicio de mantenimiento con la empresa proveedora de los mismos (por ejemplo incluir en empresas externas en la página 40-41). Los medios descritos en la página 34 a 36 están sin actualizar desde la edición del documento (2013) como la cámara termográfica. 	LEVE



	<p>Página 37 aparece la empresa Dalkia en el organigrama. Incluye normativa derogada en la página 72 como “RD 1751/1998, que se deroga, con efectos de 29 de febrero de 2008, por Real Decreto 1027/2007, de 20 de julio”, y no indican las modificaciones parciales de otras normativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Manual de Viales y Jardines</u>: Se indica que dispone de la aprobación de medicina preventiva de los productos utilizados, pero el listado del anexo al manual no incluye esta aprobación. Además no parece actualizado ya que en los informes mensuales hay algún producto que no consta en el listado (abono Dinamic Potasic) y otros productos no están incluidos como pintura, detergentes, ... El sistema de riego ampliado en el año 2016 no se incluye en el manual (urgencias y cubierta de la UCI y cubierta del laboratorio en 2017). • <u>Manual de lavandería</u>: No se indica ni la fecha de aplicación ni la fecha de elaboración. La planta descrita es la de Arganda del Rey. No se incluyen las actividades que realizan en la lavandería para la limpieza y desinfección de contenciones y prendas pequeñas (una lavadora). • <u>Manual de esterilización</u>: El anexo no se indica su existencia en el manual como en el resto de manuales. En varias páginas como 37 y 41 se hace referencia al mismo, pero no se incluye el listado de anexos al final del documento ni en el índice como en el resto de manuales. Se indica aprobación de medicina preventiva del listado de productos utilizado en la central, pero el listado del anexo al manual no incluye esta aprobación. • <u>Manual de Desinsectación y desratización</u>: el anexo VI establece frecuencias de acuerdo a zonas de riesgo con los niveles indicados en el criterio. Estas actividades, diaria, semanal, mensual, etc., no está claro quienes las realizan, y es evidente que no puede ser personal de la empresa externa. • <u>Manual de almacenes</u>: Los planos no están actualizados y se observan algunos errores (por ejemplo el almacén de diálisis está llamado distinto a lo visto in situ y confundido con el de hospital de día (0D02 y 0D01). 	
LIM	Se deberían rotular los envases de H-100 utilizados por el personal de limpieza en caso de deterioro de la etiqueta impresa en los mismos.	LEVE
GR	En la visita al almacenamiento final de residuos se observa jaula de transporte con residuos punzantes (RES).	MEDIA
MTO	En la zona exterior se observa un acopio de residuos de construcción (restos de obra / reforma) almacenados de forma incorrecta.	MEDIA
VJ	El listado de maquinaria de viales y jardines no está actualizado con la baja de la moto hazada viking.	LEVE
VJ	La ficha de seguridad del producto Belthirul-Plus de jardines y viales no está actualizadas con respecto al Reglamento 2015/830.	LEVE
EST	El mantenimiento preventivo semestral de la Lavadora 3, previsto para Mayo de 2021 no se ha realizado. Se comprueba correo electrónico de 12/07/21 al proveedor Steris solicitando la realización del mismo.	MEDIA
EST	En el Informe de Análisis microbiológico ambiental de Eurofins, Informe nº 05/2021 de 13/05/21, se identifica un resultado no conforme según Norma UNE 171340:2020 en la valoración microbiológica ambiental en zona de empaquetado. Se procede a aplicar medidas correctoras por el Servicio de Limpieza y Mantenimiento con revisión, desmontaje y limpieza de rejillas de ventilación.	MEDIA
ALM	No se ha realizado la revisión de equipos de almacén con periodicidad anual, pe.: J03 rev. 09/09/19 y T02 rev. 8/09/19.	LEVE

Referencia: Asunto 10869269 Rev 1	Informe de Auditoría Operativa Servicios Concesionales Hospital de Vallecas S.A.U.	 
---	---	--

ALM	En el registro de fichajes del mes de mayo del servicio de almacenes solo fichan cuatro trabajadores, cuando se indica en el informe mensual que son cinco (no hay fichaje de la trabajadora Noelia Rios - Administrativo de Almacén).	LEVE
ADM	Se realiza seguimiento en el registro de estadística de llamadas, superándose en algunos casos el %.	MEDIA

9.3. PROPUESTAS DE MEJORA

SERVICIO	DESCRIPCIÓN
PRL	Respecto a los certificados OHSAS 18001 existentes de socios operativos se debe tener en cuenta que el período para migrar certificaciones acreditadas de OHSAS 18001: 2007 a ISO 45001: 2018 finaliza el 30 de septiembre de 2021.
LIM	Se recomienda que se cierre la puerta de los cuartos sucios para que no puedan acceder más que personal autorizado, ya que se encuentran en zonas transitadas.
VJ	Tener en cuenta que El reglamento el Reglamento (UE) 2020/878 que entró en vigor el 1 de enero de 2021 sustituye al Reglamento (UE) n.º 2015/830 que contenía los requisitos sustantivos y formales de las fichas de datos de seguridad. Después del 1 de enero de 2023, las fichas de datos de seguridad de todos los productos disponibles en el mercado deben cumplir con este reglamento, lo que significa que todas las fichas de datos de seguridad deben revisarse hasta el 31 de diciembre de 2022.
EST	Volver a contactar con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para interesarse por el estado del trámite de Solicitud de la revalidación para la licencia 4051-PS para la empresa ALBATEC GESTIÓN INTEGRAL, S.L. con número de solicitud: 20-1337 de 20/10/20.

10 CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Se evidencia un ALTO GRADO DE CUMPLIMIENTO de las obligaciones contractuales de la empresa concesionaria del Hospital. Todos los servicios alcanzan un nivel maduro de operatividad, con sistemáticas de trabajo consolidadas.

El resultado de la auditoría evidencia una gestión orientada a la excelencia en la prestación del servicio y a la satisfacción de las partes interesadas relacionadas.

11 CONFIDENCIALIDAD

Todo el personal de BUREAU VERITAS y en particular sus auditores, tienen establecidos los correspondientes compromisos de confidencialidad sobre toda la información a que tuvieran acceso en el desarrollo de sus actividades.

Madrid, a 23 de Julio de 2021

