

Informe de Auditoría Interna de los Sistemas de Gestión de Calidad, Medio Ambiente, Seguridad de la Información y Responsabilidad Social

Dirección de Calidad

Centro auditado:	BX – Barcelona Casp – 0803
Responsable centro auditado:	Ricardo Alcaraz Salas
Codificación:	ASG03-0803-P/2018

DOCUMENTO DE USO INTERNO Y EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE ASEPEYO

El presente informe de auditoría es propiedad exclusiva de ASEPEYO. Queda prohibida, de forma total o parcial y por cualquier medio, su explotación, reproducción, divulgación, transmisión y/o distribución fuera del ámbito de la mutua.

1. DATOS GENERALES

Centro Auditado: Barcelona-Casp

Dirección: C/Casp 76, 08010, Barcelona

Responsable: Ricardo Alcaraz Salas

Equipo auditor: Fernando Torán Poggio y Anna López Bueno

Fecha de la auditoría: 7 y 8 Febrero de 2018

Actividades realizadas en el centro:

- Asistencia sanitaria AT
- Fisioterapia
- Radiodiagnóstico
- Gestión sanitaria ITCC
- Prevención
- Administración (todos los procesos)

Tipo de auditoría: Auditoría Interna del Sistema de Gestión:

☒ Calidad ☒ Ambiental ☒ Seguridad de la información ☒ Responsabilidad Social

2. OBJETO DEL DOCUMENTO

El objetivo de la auditoría es determinar la conformidad del sistema de gestión calidad, medioambiental, seguridad de la información y responsabilidad social, definido e implantado en el centro. Los modelos de referencia son las normas UNE-EN ISO 9001, 14001, UNE ISO/IEC 27001 e IQNet SR10. En el transcurso de la auditoría se verifica documentación relativa al sistema de gestión de prevención de riesgos laborales.

Igualmente es objeto del informe la evaluación del cumplimiento de los requisitos legales, contractuales aplicables y objetivos propuestos por la Mutua. Cuando corresponda, se identificaran posibles áreas de mejora.

3. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

La documentación de referencia que se ha tenido en cuenta para la realización del presente informe, ha sido la siguiente:

- Norma UNE-EN ISO 9001:2015 Sistema de gestión de la calidad
- Norma UNE-EN ISO 14001:2015 Sistema de gestión de medio ambiente
- Norma UNE ISO/IEC 27001:2014. de Gestión de Seguridad de la Información
- Estándar IQNet SR10:2015. Sistemas de Gestión de la Responsabilidad Social
- Documentación del Sistema de Gestión de Asepeyo: Manuales; circulares y Procedimientos publicados en INSTMAN

4. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Todas las actividades, documentos y elementos/funciones involucrados en el Sistema de Gestión de calidad, ambiental, de seguridad de la información y de responsabilidad del centro, así como lista de verificación de documentación PRL.

Los procesos que han sido objeto de auditoría, así como los controles de medio ambiente y de seguridad de la información y PRL, se indica en los anexos I, II, III, IV y V del presente informe.

Periodo cubierto: Enero 2017, hasta la fecha de auditoría.

5. METODOLOGÍA Y PERSONAL AUDITADO

Los resultados del informe provienen de la consulta de información a las diferentes direcciones funcionales, así como de la consulta de las aplicaciones corporativas, análisis de documentación y registros.

El informe describe las desviaciones de norma (NC), observaciones (OBS), oportunidades de mejora (OM) y puntos fuertes (PF), así como las evidencias, observaciones de licencias, permisos, autorizaciones, y conclusión del comportamiento con respecto a los sistemas auditados.

La detección de no conformidades implica la apertura de acción de mejora a través de la aplicación informática “acciones de mejora”.

La verificación de documentación referente al sistema de PRL no dispone de análisis, ni propuesta de acciones de mejora, en este informe.

Las observaciones y oportunidades de mejora deben ser analizadas para evitar que puedan convertirse en no conformidades del sistema.

6. OBSERVACIONES / OPORTUNIDADES DE MEJORA

CCSAN.00. CONTROL Y SEGUIMIENTO SANITARIO IT.CC.

SUBPROCESO CCSAN.02. VISITA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO MÉDICO

- Se evidencian casos pendientes de alta que el médico responsable asignado no corresponde a médicos que se encuentren físicamente en el Centro Asistencial. Debido a este error, dichos casos quedan pendientes de seguimiento sanitario.

CPSAN.00. GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR C. PROFESIONAL

SUBPROCESO VISITAS SUCESIVAS. ASISTENCIA SANITARIA MEDIOS PROPIOS

- Se detectan expedientes sin próxima actuación o con la actuación caducada. En muchos de los casos, la actuación aparece caducada en los episodios de Sant Cugat. Se recuerda que el listado de pendientes de alta debe repasarse de manera diaria.
Evidencia: Listado de pendientes de alta del 17/01/2018: BJ006771600, BD041131700, BV004591600, BM000331700 y BC008611600.
- Con anterioridad a la auditoría (17/01/2018) se detectaron once casos con fecha probable de alta caducada en más de siete días. Durante la visita se comprueba de nuevo y solamente constaban dos casos.
Evidencia: BD042521700, BC009081700, BD030821700, BX012991700, BS009401700...

Se recuerda al Centro Asistencial que se debe verificar y actualizar este campo de forma periódica.

- Se detectan expedientes en los que no se ha realizado la actuación DECO o la misma se ha cumplimentado superando el plazo de cuatro días. Asimismo, tres de los cuatro casos no fueron analizados en los pertinentes comités de AT.
Evidencia: BX850321700, BX850361700, BX850271700 y BX850381700.
- Se detectan expedientes en los que no se ha realizado la actuación “Informe Comité Prestaciones” en el plazo establecido de 60 días.
Evidencia: BX013051700, BX012991700 y BX011731700.

PECP.00. GESTIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS POR CONTINGENCIA PROFESIONAL

SUBPROCESO SREL.00.GESTIÓN DEL SUBSIDIO POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL

- Puntualmente no se han anexado en Chaman la documentación obligatoria de dos casos de SREL.
Evidencia: BX008871700 y BX009111700.

CATA.00. GESTIÓN Y TRAMITACIÓN CESE DE ACTIVIDAD DE TRABAJADORES AUTÓNOMOS

- Puntualmente el expediente BD-00004-17-CT no ha sido registrado en la aplicación en el plazo de 5 días hábiles desde la recepción de la solicitud.

GIE.00. GESTIÓN DE INSTALACIONES Y EQUIPOS

- No se evidencia el registro de fugas de gases refrigerantes de la instalación de climatización. Para este aspecto existe una acción de mejora transversal para toda la organización.

GDR.00. GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

- Se evidencian varios documentos de pagos directos de CP que no disponen de sello de entrada del Centro Asistencial.
Evidencia: BX000741600, BX001011600.

GAM.00. GESTIÓN AMBIENTAL

- Con fecha 22/06/2017 se realiza un simulacro de incendio pero no se simula la secuencia de gestión de los residuos derivados del mismo.
- Se detectan dos envases de productos de limpieza sin etiquetar. Asimismo, no constan las fichas de seguridad de tres productos químicos. Tras la auditoría se solicitaron las fichas a la empresa de limpieza, quedando subsanada la incidencia.
Evidencia: Suma Light D1.2, TP16 y Lejía Buga Clásica.
- Se evidencia la presentación del Informe Anual de Residuos Peligrosos del 2016 fuera de plazo.

GIT.00. GESTIÓN Y CONTROL DE EQUIPOS

- Durante la visita no se evidencia el Plan de Garantía de Calidad y P.P.R. de la instalación de radiodiagnóstico. Tras la auditoría, la Dirección del centro nos hace llegar la documentación.

TIC.05.SGSI. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD INFORMÁTICA

- El grado de lectura de algunos de los manuales que contienen la normativa en materia de Seguridad de la Información no es satisfactorio (<80%) - (Datos del Informe de la DTIC del 3^{er} trimestre 2017):
 1. M1273 - Ejercicio de Derechos (50%)
 2. M-1385 - HC-Protocolo de solicitud y entrega de copias (68,42%)Durante la auditoría, la dirección del centro asistencial recordó vía correo electrónico a todo el personal la obligatoriedad de su lectura.

GCM.00. GESTIÓN DE CUIDADO DE MENOR CON ENFERMEDAD GRAVE

- Se evidencian dos expedientes de Cuidado del Menor en los que no se había anexado en el aplicativo de Graves la Declaración de la empresa. Durante la auditoría, se localiza dicha documentación en formato papel y se anexan en el aplicativo.
Evidencia: BX000461500 y BX013231600.

GAP.00. GESTIÓN DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS

SUBPROCESO GAP.05. SISTEMA DE INCENTIVOS PARA LA PREVENCIÓN BONUS

- Se detecta que alguna de las solicitudes Bonus entregadas por las empresas en el centro asistencial de Caspe se encuentran en el centro de Via Augusta. La documentación relativa al bonus debe custodiarla el centro que la recibe.
Evidencia: NIF B59747337 (31/05/2017), B65475998 (25/05/2017), B61476933 (19/05/2017) y A58142639 (23/05/2017).

7. NO CONFORMIDADES

Nº	DESCRIPCIÓN	PUNTO NORMA				
		9001	14001	EMAS	27001	IQNet
1	CCSAN.00. CONTROL Y SEGUIMIENTO SANITARIO IT.CC. SUBPROCESO CCSAN.01. CONTACTO Y PROGRAMACIÓN VISITA MÉDICA U OTRAS ACTUACIONES Se detectan expedientes con baja médica que no tienen informada una próxima actuación o la fecha de la próxima actuación programada está caducada. <i>Evidencia:</i> - Casos sin próxima actuación informada en Chaman: BX025111800G, BE059841700G, BS027481700G... - Casos con próxima actuación caducada: BE048271700G, BR020471700G y BX123121700G... <i>Referencia documental: M-1420- Gestión Contingencias Comunes: verificación, contacto, citación, propuestas de alta, tratamientos.</i>	8.5				8.2.1.
2	GIT.00. GESTIÓN Y CONTROL DE EQUIPOS Se detectan equipos registrados en ACME en los que no consta el mantenimiento preventivo realizado ni anexado el informe de la operación. <i>Evidencia: 200501885, 200901728 y 201603990.</i> Asimismo, se detectan equipos en los que la fecha de registro de los mantenimientos no es correcta ya que dicha fecha no coincide con la correspondiente a los partes de trabajo. <i>Evidencia: 200100857, 200408181, 200901722, 200901723, 200901729, 200901730, 200901734, 200901744, 200901749 y 200901752.</i> <i>En contra de lo especificado en el manual M-1325 Control y mantenimiento de equipamiento sanitario crítico en los Centros Asistenciales de ASEPEYO.</i>	6.3				8.2.1.
3	CPSAN.00. GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR C. PROFESIONAL SUBPROCESO PRIMERA VISITA Se detectan expedientes que no tienen escaneados en Chaman el volante de asistencia y no disponen de hoja de gastos firmada. <i>Evidencia: procesos 08032017006012, 08032017008335, 08032017006655, 08032017004621, 08032017006576, 08032017008168, 08032017007229 y 08032017008062.</i> <i>Referencia documental: P-028/09. 1ª Asistencia por contingencias profesionales.</i>	8.5				8.2.1.

Nº	DESCRIPCIÓN	PUNTO NORMA				
		9001	14001	EMAS	27001	IQNet
4	CPSAN.00. GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR C. PROFESIONAL SUBPROCESO VISITAS SUCESIVAS. ASISTENCIA SANITARIA MEDIOS PROPIOS Se detectan expedientes en los que no están correctamente informadas las actuaciones de Fisioterapia. No consta en ninguno de ellos la escala EVA y en algunos procesos tampoco figura la valoración muscular y/o articular: <i>Evidencia:</i> - Valoración inicial de fisioterapia: BD000101800, BD040661700, 2003072, BD038581700 y BD035901700. - Valoración sucesiva de fisioterapia: BD030821700, BD014561700, BD040691700, BD039661700, BD021811700 y BX012791600, - Valoración final de fisioterapia: BT016041700, BJ008771700, 1978713, BX005511700, BD006781700 y BX013911700. <i>En contra de lo especificado en la C-137/17 Registro de la Historia Clínica en Fisioterapia.</i>	8.5				8.2.1.
5	PCEP.00. GESTIÓN PRESTACIONES ECONÓMICAS POR CONTINGENCIA PROFESIONAL SUBPROCESO REGISTRO DE PARTES EP- CEPROSS Se detectan varios casos de Enfermedad Profesional los cuáles no han sido registrados dentro del plazo máximo de tres días hábiles desde la fecha del diagnóstico. <i>Evidencia:</i> BX006051700, BX006061700, BX008591700 y BX013771700. SUPBPROCESO CIERRE DE PARTES EP- CEPROSS Se han detectado varios casos que se han cerrado en INEP superando el plazo máximo de cinco días hábiles posteriores al alta. <i>Evidencia:</i> BX006051700, BX006061700 y BX009671700. <i>Referencia documental:</i> Manual M-1209 Parte de enfermedad profesional. CEPROSS.	8.5				8.2.1.
6	GAM.00. GESTIÓN AMBIENTAL No se registran las retiradas de residuos, ni se adjuntan los albaranes y hojas de seguimiento en la herramienta informática de “gestión de residuos” desde el año 2013. <i>Evidencia:</i> Tóner, pilas, medicamentos caducados, equipos eléctricos y electrónicos, papel/cartón y biosanitarios peligrosos. <i>Manual de referencia:</i> M-1371. Servicios de recogida de residuos.		8.1			

Nº	DESCRIPCIÓN	PUNTO NORMA				
		9001	14001	EMAS	27001	IQNet
7	PG.OO. PLANIFICACIÓN DE GESTIÓN En los meses de Octubre 2017 y Enero 2018 no consta en las actas ni el análisis de las desviaciones de los Indicadores Operativos ni los acuerdos para reconducir su tendencia. Además no se ha podido evidenciar el análisis de algunos de los puntos del acta ya que no están completados, ni de la documentación a estudiar en el mismo (listados de pendientes de alta, casos con fecha probable de alta caducada...). Asimismo en el mes de Diciembre 2017 no se realizó el comité sectorial. Por último, no se evidencia una convocatoria oficial por escrito a los integrantes del comité para la correspondiente preparación y estudio de los casos. Además en las actas de los comités de CC solamente constan como integrantes, el Director y JAS del CA Casp junto al Director de Horta, no constando la participación de personal sanitario y administrativo. <i>En contra de lo especificado en el M-1428 Guía Comités Centro Asistencial y Acta.</i>	9.3				9.4
8	GSP.01. GESTIÓN DE SOLICITUDES DE PRESTACIONES ESPECIALES Los casos incluidos en la vista "Casos Cargados" no han sido gestionados en el aplicativo Prestaciones Especiales, según indica la circular "C-156/12 - Propuesta de casos a solicitar ayudas sociales". Estos casos deben verificarse y decidir si se propone o no la solicitud de ayuda, indicando la situación final en el campo "Código del aplicativo". <i>Evidencia: En el mes de enero 2018 se cargaron 44 y no se cambió el código a ninguno. En fecha auditoría, los casos de los meses anteriores también estaban pendientes.</i> <i>Referencia documental: M-1140. Gestión de casos propuestos para Ayuda Social.</i>	8.5				8.2.1.
9	MC.02. GESTIÓN DE RECLAMACIONES, QUEJAS, INCIDENCIAS Y SUGERENCIAS Se evidencian quejas recibidas en el centro en las que no se cumple el plazo de respuesta de cuatro días hábiles "en la realización del Informe Mutua. <i>Evidencia: L17070085, L17060086 y L17050078.</i> Asimismo se observa una queja recibida en la que no se ha traspasado de manera íntegra el texto de la queja en papel, a la aplicación SAU. <i>Evidencia: L17070085.</i> <i>Referencia documental: Punto 3.3. del Manual "M-1183 Reclamaciones y quejas" y Protocolo nº R-001/11.5 "Recepción Quejas y Reclamaciones".</i>	8.5				8.2.1.

8. EVALUACIÓN DE LA AUDITORÍA

EVALUACIÓN DE LA AUDITORÍA		
Evaluación de la Auditoría	☐	Muy satisfactoria
	☐	Satisfactoria (9001, 14001, 27001 y SR10)
	☒	Necesita atención
	☐	Necesita mucha atención
	☐	Fuera de control
Conclusiones:		
Se han detectado desviaciones en casi todos los procesos, tanto en los de prestación de servicio como en los de soporte y planificación de gestión. Por ello se debe mejorar en dichas áreas que requieren la apertura de varias acciones correctivas. Durante el 2017 ha habido muchas rotaciones del personal sanitario de contingencias comunes y debido a ello, se ha derivado una falta de gestión en los casos. Asimismo, cabe destacar positivamente la correcta gestión del proceso de Prestaciones Económicas ITCC. Respecto al comportamiento ambiental se ha evidenciado un correcto control operacional reflejándose en la consecución de objetivos y metas fijados, como en el grado de control de todos los aspectos, tanto directos como indirectos identificados. De todas maneras, destacamos la falta de registro de las retiradas de residuos en el pertinente aplicativo, hecho que deriva a una acción de mejora. El centro tiene controlados los posibles riesgos de seguridad de la información y trabaja en su mejora.		

Las No Conformidades han sido aclaradas y entendidas.

- Este informe se da por TERMINADO y ACEPTADO. Antes de su publicación en la INTRANET ha sido consensuado con el director del centro.

ANEXO I: Observaciones sobre el estado de autorizaciones y mantenimientos reglamentarios

- Licencias de actividad:
 - Expedida por el ayuntamiento de Barcelona nº 02-2007-0263 con fecha 19/12/2011
 - Autorización Funcionamiento Sanitaria de 05/10/2010.

- Instalaciones de Radiodiagnóstico:
 - Fecha de inscripción/modificación: 25/04/2017. Número de inscripción: RX/30623/2017
 - Control de calidad por UTPR con fecha de 13/02/2017 realizado por INFOCITEC.
 - Programa de protección radiológica y programa de garantía de calidad. UTPR: INFOCITEC. Realizado control anual. Conforme.
 - Envío del informe de calidad y dosimetrías a CSN en fecha 31/03/2017.

- Instalaciones de climatización:
 - Certificado de mantenimiento de instalaciones térmicas ILEFRED S.L., certificado de fecha 09/01/2017.
 - ILEFRED SL, NIF B25207739, Nº Inscripción: RASIC-250023524

- Instalación de baja tensión:
 - Certificado de mantenimiento de la instalación Traver Electric, S.L., con nº REIE 08-200192, con fecha Junio 2016 de las instalaciones revisadas en Julio de 2017, satisfactoriamente
 - Traver Electric SL número de autorización REIE-08-200192
 - Certificado de inspección periódica de Baja tensión realizado por ECA de fecha 21/07/2014 válida hasta 21/07/2019. Favorable.

- Instalación contra incendios:
 - TÈCNICS EN SEGURETAT I FOC S.L., NIF:B-600401353 Nº RECI: 080148824
 - TÈCNICS EN SEGURETAT I FOC S.L, certificado expedido a 23/08/2017.

- Gestión de residuos:
 - Inscripción como productor de residuos peligrosos S-26146.1 . NIMA: 0800641616
 - Contrato Tratamiento Residuos SCRL Consenur. Nº CT30080037048220170000493
 - Autorización de SCRL CONSENUR como transportista de residuos con nº 13T01A1900006130G para residuos peligrosos y no peligrosos.
 - SCRL CONSENUR Autorización como gestor de residuos peligrosos en Cataluña nº E-62.94, E-131.95 y T-1478.

ANEXO II: Procesos

RESUMEN POR PROCESOS							
PRESTACIÓN DE SERVICIOS			Vdo	NC	Obs	PF	NA
CONTINGENCIAS PROFESIONALES							
CPSAN.00	Gestión de la Asistencia Sanitaria por C. Profesional	☒	☒	☒	☐	☐	
PECP.00	Gestión de Prestaciones Económicas	☒	☒	☒	☐	☐	
GSP 01	Gestión de Solicitudes de Prestaciones Especiales	☒	☒	☐	☐	☐	
CONTINGENCIAS COMUNES							
CC.PE.00	Gestión de Prestaciones Económicas	☒	☐	☐	☐	☐	
CCSAN.00	Control y Seguimiento Sanitario ITCC	☒	☒	☒	☐	☐	
GESTIÓN DE MUTUALISTAS							
GDC 00	Gestión de Colaboradores	☐	☐	☐	☐	☐	
AFI.00	Afiliación	☐	☐	☐	☐	☐	
COTI.00	Cotización	☐	☐	☐	☐	☐	
MC.02	Gestión Reclamaciones, quejas, incidencias y sugerencias	☒	☒	☐	☐	☐	
CATA.00	Cese de Actividad Trabajadores Autónomos	☒	☐	☒	☐	☐	
GAP.00	Gestión de Actividades Preventivas	☒	☐	☒	☐	☐	
GCM.00	Gestión de Cuidado de Menor con Enfermedad Grave	☒	☐	☒	☐	☐	
PROCESOS DE SOPORTE			Vdo	NC	Obs	PF	NA
AJ.00	Asesoramiento Jurídico	☐	☐	☐	☐	☐	
GH.00	Gestión Hospitalaria	☐	☐	☐	☐	☐	
SAS.00	Soporte de la Asistencia Sanitaria	☒	☐	☒	☐	☐	
GIT.00	Gestión y Control de Equipos	☒	☒	☒	☐	☐	
GIE.00	Gestión de Instalaciones y Equipos	☒	☐	☒	☐	☐	
COM.00	Gestión de la Comunicación y la Divulgación	☒	☐	☐	☐	☐	
RR.HH.00	Gestión de Recursos Humanos	☒	☐	☐	☐	☐	
COMP.00	Gestión de Compras y Contratación	☒	☐	☐	☐	☐	
GDR.00	Gestión de la Documentación y los Registros	☒	☐	☒	☐	☐	
PROCESOS RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN			Vdo	NC	Obs	PF	NA
PG.00	Planificación de Gestión	☒	☒	☐	☐	☐	
PROCESOS DE MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA			Vdo	NC	Obs	PF	NA
SYM.00	Seguimiento y Medición	☒	☐	☐	☐	☐	
MC.00	Mejora continua	☒	☐	☐	☐	☐	

ANEXO III: Controles de Gestión Ambiental

RESUMEN DE CONTROLES DE GESTIÓN AMBIENTAL (ISO 14001)						
	Vdo.	NC	Obs.	PF	NA	
GESTIÓN AMBIENTAL						
Política de Medio Ambiente	☒	☐	☐	☐	☐	
Objetivos y metas	☒	☐	☐	☐	☐	
Aspectos ambientales	☒	☐	☐	☐	☐	
Evaluación del cumplimiento legal	☒	☐	☐	☐	☐	
Preparación y respuesta ante emergencias	☒	☐	☒	☐	☐	
Autorización para la producción de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	
Comunicación con la administración, referente a la gestión de residuos peligrosos	☒	☐	☒	☐	☐	
Autorización del transportista/gestor de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	
Documento de aceptación de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	
Estudio de Minimización	☒	☐	☐	☐	☐	
Registro de los residuos (Libro oficial)	☒	☐	☐	☐	☐	
Registro de los residuos (aplicación informática "Gestión de residuos")	☒	☒	☐	☐	☐	
Comunicación	☒	☐	☒	☐	☐	
Segregación de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	
Etiquetado de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	
Almacenamiento de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	

ANEXO IV: Controles de Seguridad de la información

RESUMEN DE CONTROLES DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN (ISO 27001)						
	Vdo	NC	Obs	PF	NA	
SEGURIDAD FÍSICA						
Existe alarma antiintrusión.	☒	☐	☐	☐	☐	
¿Los códigos se cambian periódicamente? (Rotación personal externo)	☒	☐	☐	☐	☐	
Existe alarma contraincendios en los archivos de documentación (sensores).	☒	☐	☐	☐	☐	
Existe sistema de videovigilancia (CCTV). En caso afirmativo:	☒	☐	☐	☐	☐	
¿Existe en el oportuno letrero LOPD? (ver manual M-1247)	☒	☐	☐	☐	☐	
¿Se graban las imágenes captadas? En caso afirmativo, ¿qué antigüedad tienen (antigüedad máxima permitida 1 mes)?	☒	☐	☐	☐	☐	
Las imágenes captadas, ¿en alguna ocasión las han solicitado o visualizado personal ajeno a la empresa de seguridad?	☒	☐	☐	☐	☐	
Existe personal externo (seguridad, limpieza) que dispone de las llaves del Centro (Horarios).	☒	☐	☐	☐	☐	
Existe registro de visitas al centro realizado por el personal de seguridad externo y/o propio (registro DNI).	☒	☐	☐	☐	☐	
¿Se producen accesos en horario fuera de oficina?	☒	☐	☐	☐	☐	
¿Los códigos se cambian periódicamente? (Rotación personal externo)	☒	☐	☐	☐	☐	
AREA CONFIDENCIALIDAD INFORMACIÓN						
Indicar el número de destructoras de papel que hay en el Centro (2).	☒	☐	☐	☐	☐	
Ubicación destructora de papel.	☒	☐	☐	☐	☐	
Existe destructora de CDs.	☒	☐	☐	☐	☐	
Contenedores de reciclaje de papel.	☒	☐	☐	☐	☐	
Existen medidas de control acceso físico al archivo Historias Clínicas (cerradura con llave, cerradura electrónica, etc.).	☒	☐	☐	☐	☐	
¿El archivo de Historias Clínicas se encuentra compartido con otro material?	☒	☐	☐	☐	☐	
Política de "mesas limpias" (ausencia de documentos en mesas, ni impresoras compartidas, ni lugares públicos), especialmente en el área de admisión.	☒	☐	☐	☐	☐	
Confidencialidad en el área médica, urgencias (aislamiento acústico, conversaciones telefónicas, consultas médicas)	☒	☐	☐	☐	☐	
¿La orientación de las pantallas de los equipos evita la visualización de la misma por personal no autorizado? (Básicamente rehabilitación y mesas orientadas al exterior (fachada vidrio)	☒	☐	☐	☐	☐	
Existe un uso generalizado del salvapantallas en los equipos del Centro (F11).	☒	☐	☐	☐	☐	

RESUMEN DE CONTROLES DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN (ISO 27001-continuación)

	Vdo	NC	Obs	PF	NA
AREA DISPOSITIVOS TIC Y SISTEMA DE RADIOLOGÍA DIGITAL					
Indicar la cantidad de armarios informáticos (racks) principales (si es posible fotografía).	☒	☐	☐	☐	☐
Indicar la cantidad de armarios informáticos (racks) secundarios del Centro.	☒	☐	☐	☐	☐
El(los) rack(s) está(n) ubicado(s) en una lugar de acceso restringido.	☒	☐	☐	☐	☐
La ubicación del rack es compartida? (material oficina, limpieza, etc.)	☒	☐	☐	☐	☐
¿El acceso al interior de los racks del Centro está restringido (puerta cerrada y llave custodiada)?	☒	☐	☐	☐	☐
El cableado interior y exterior del rack es adecuado.	☒	☐	☐	☐	☐
Existe SAI (operativo).	☒	☐	☐	☐	☐
Existe miniPACS.	☒	☐	☐	☐	☐
¿La sesión del MiniPacs se encuentra bloqueada?	☒	☐	☐	☐	☐
Si el miniPACS no está en el interior del rack, ¿Se encuentra ubicado en una zona de acceso restringido?	☒	☐	☐	☐	☐
AREA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO LEGAL					
Existencia de letreros LOPD en las mesas de atención al público (consultas médicas, admisión, etc.).	☒	☐	☐	☐	☐
AREA SEGURIDAD LÓGICA					
Existencia de usuarios externos (trabajadores sociales, personal en prácticas, etc.) con acceso a los Sistemas de Información.	☒	☐	☐	☐	☐
Contenido del servidor del Centro (P: y U:).	☒	☐	☐	☐	☐
Accesos Chaman (usuarios bloqueados)	☒	☐	☐	☐	☐
Accesos Internet (media mensual)	☒	☐	☐	☐	☐
AREA LOPD: EJERCICIO DE DERECHOS					
Solicitudes ARCO pendientes	☒	☐	☐	☐	☐
Solicitudes resueltas sin documento anexo (cantidad).	☒	☐	☐	☐	☐
AREA COMUNICACIÓN NORMATIVA DE SEGURIDAD					
Realización del curso virtual en materia de Seguridad y LOPD.	☒	☐	☐	☐	☐
Lectura Normativa Seguridad de la Información del Centro.	☒	☐	☒	☐	☐

ANEXO V: Seguimiento del Dossier de Prevención

SEGUIMIENTO DOSSIER DE PREVENCIÓN 1		
2. <i>Plan de Prevención en Asepeyo</i> ☒ - Hoja del centro del Plan Operativo	Fecha 2018	Observaciones: Hoja de datos 2018 del centro publicada en la intranet (Portal Empleado)
3. <i>Listado de trabajadores y horario actualizado</i> ☒	Fecha 11/2017	Observaciones:
4. <i>Evaluación de Riesgos.</i> ☒	Fecha 22/06/2017	Observaciones: Publicada en @dossier
5. <i>Planificación de la actividad preventiva.</i> ☒	Fecha 16/11/2017	Observaciones: Publicada en @dossier. Referencia Ref. 5001/00013663/PA
6. <i>Evaluación de Riesgos Específicos (p.ej. estudios ergonómicos, psicosociales, mediciones higiénicas, etc.).</i> ☒	Fecha Psicosoc.24/8/2017	Observaciones: Publicada en @dossier
7. <i>Seguimiento de la actividad preventiva</i> ☒ - Registro de actuaciones preventiva ☒ - Verificación de la eficacia.	Fecha 16/11/2017 Fecha 4/3/2016	Observaciones: Excel actualizado con fechas de replanificación para el 2018 Publicada en @dossier
8. <i>Emergencias</i> ☒ - Informe Medidas de Emergencia. ☒ - Certificados de Formación Emergencias ☒ - Informe Simulacro de Emergencias.	Fecha 11/1/2013 Fecha - Fecha 22/06/2017	Observaciones: En @dossier Están todos Publicada en @dossier
9. <i>Certificados de Información y formación a los trabajadores</i> ☒	Nº trabajadores del centro: 35 Nº trabajadores con algún certificado:	Observaciones: Además lleva un Excel para el control
10. <i>V.S. a los trabajadores</i> ☒ - Planificación de V.S. ☒ - Informe Global Resultados Exámenes de Salud (Carta de Empresa). ☒ - Cartas de Aptitud Individual: exámenes de salud iniciales, notificaciones embarazo del registro de situaciones, y exámenes de salud específicos no planificados.	Fecha 30/1/2018 Fecha 19/01/2018 Fecha 5/2017	Observaciones: Publicada en @dossier Corresponde al año 2017. Están todos los correspondientes al 2017

SEGUIMIENTO DOSSIER DE PREVENCIÓN 1 (continuación)

11. Registro incidentes / accidentes / EE.PP

☒	- Relación accidentes sin baja médica.	Fecha	Observaciones: Dra Fàbrega 29/03/17 y Carlos Clemente Bargallo 22/12/17
☒	- Registro notificación accidentes con baja.	Fecha	Observaciones: Dr Cester 10/03/17
☒	- Partes de accidente de trabajo y/o EE.PP.	Fecha ----	Observaciones: Publicado en @dossier
☒	- Informe investigación de incidentes, accidentes y EE.PP.	Fecha ----	Observaciones: Invest. CB 09/10/2017. Invest. SB 16/01/2018

12. Comunicado de riesgos.

☒	Observaciones: No ha habido ningún comunicado de riesgos
-------------------------------------	--

SEGUIMIENTO DOSSIER DE PREVENCIÓN 2

13. Autorización sanitaria de la Comunidad instalación sanitaria*.

☒	Autorización/renovación permiso funcionamiento Sanidad	Fecha 05/10/2010	Observaciones:
-------------------------------------	--	----------------------------	-----------------------

14. Registros de mantenimiento de las instalaciones.

☒	- Equipos contra incendios.	Observaciones: 23/8/2017 Ok
☒	- Instalación eléctrica.	Observaciones: JULIO/2017 Ok
☒	- Aparatos de climatización (limpieza, prevención legionela, etc.).	Observaciones: 5/1/2018 OK
☐	- Aparatos a presión.	Observaciones:
☐	- Otras instalaciones sometidas a reglamentación específica	Observaciones:

15. Equipos de Protección Individual

☒	- Listado de los E.P.I.	Observaciones: EN DOSSIER
☒	- Folleto informativo de los E.P.I.	Observaciones: EN DOSSIER
☒	- Justificantes de entrega de los E.P.I.	Observaciones: Actualizado último el 29/01/2018 Sara Hinojosa

16. Residuos sanitarios*

☒	- Contrato actualizado residuos sanitarios.	Fecha Vigente en máximo	Observaciones: Contrato Tratamiento Residuos SCRL Consenur, S.L. nº
-------------------------------------	---	-----------------------------------	---

SEGUIMIENTO DOSSIER DE PREVENCIÓN 2 (continuación)

17. Productos químicos*

El equipo de RX ¿es digital? ☒ Sí ☐ No

Si la respuesta es NO, cumplimentar los siguientes apartados:

☒

- Fichas de datos de seguridad de productos químicos.

Observaciones:

Faltan dos fichas de productos por entregar

☐

- Contrato de gestión de residuos químicos.

Fecha

Observaciones:

No Aplica

18. Equipos de Trabajo

☒

- Listado de Equipos.

Observaciones:

En aplicación ACME

☒

- Registros de mantenimiento de los equipos.

Observaciones:

En aplicación ACME

☒

- Declaraciones de conformidad de los equipos con marcado CE.

Observaciones:

19.

☒

- Inscripción registro instalaciones de radiodiagnóstico.

Fecha

Observaciones:

2/3/2017

Equipo nuevo. RX30623/2017

☒

- Certificado de Control de Calidad anual

Fecha

Observaciones:

5/4/2017

Realizado por UTPR: INFOCITEC.

☒

- Informe anual.

Fecha

Observaciones:

31/03/2016

Enviado por la DIE

☒

- Acreditación del personal (títulos y actualizaciones).

Observaciones:

SI Se comprueba en el centro

SEGUIMIENTO DOSSIER DE PREVENCIÓN 3

20. Coordinación de Actividades Empresariales.

☒

- Listado de empresas externas.

Observaciones:

Actualizado a 24/01/2018

☒

- Contratos

Observaciones:

Máximo ISS

☒

- Listado de trabajadores.

Observaciones:

Pendiente de Actualizar

☐

- Certificados de formación de los trabajadores externos

Observaciones:

Pendiente de Actualizar

☐

- Registro de la entrega a la empresa, de información de los riesgos específicos del puesto / lugar de trabajo.

Observaciones:

25/01/2018

☐

- Evaluación de riesgos específicos y medidas preventivas de los trabajos contratados.

Observaciones:

25/01/2018

☐

- Certificados de acreditación de realización de las actividades de Vigilancia de la salud.

Observaciones:

Pendiente de Actualizar

☐

- Notificaciones de incidencias.

Observaciones:

SEGUIMIENTO DOSSIER DE PREVENCIÓN 3 (continuación)

21. Coordinación de Actividades con ETT Empresas de Trabajo Temporal

☐

- Listado de trabajadores.

Observaciones:

NO APLICA

☐

- Certificados de formación.

Observaciones:

☐

- Registro de la entrega a la empresa, de información de los riesgos específicos del puesto / lugar de trabajo.

Observaciones:

☐

- Descripción de las tareas realizadas.

Observaciones:

☐

- Certificados de acreditación de realización de las actividades de Vigilancia de la salud.

Observaciones:

☐

- Notificación / Investigación de Accidentes.

Observaciones:

22. Documentación Reuniones comité / delegados de prevención

¿Hay Comité o delegados de prevención en su centro? ☐ Sí ☒ No

Si la respuesta es SÍ, cumplimentar los siguientes apartados:

Hay delegados de personal pero no de prevención

☐

- Elección de los Delegados por parte de los trabajadores / Acta de Constitución del Comité de Seguridad y Salud.

Observaciones:

☐

- Actas reuniones del CSS.

Observaciones:

☐

- Otra documentación relacionada.

Observaciones:

23. Actas / Comunicaciones a la autoridad laboral.

☐

Observaciones: