

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

Dirección de Gestión de Calidad y Medio Ambiente

Centro auditado:	BI - 0818 - Sant Feliu de Llobregat
Responsable centro auditado:	Jaime Bros Closa
Codificación informe:	ASG20-0818-P/2016

1. DATOS GENERALES

Centro Auditado: Sant Feliu de Llobregat

Dirección: C/ Josep Ricart 6, 08980, Sant Feliu de Llobregat, Barcelona.

Responsable: Jaime Bros Closa

Equipo auditor: Anna López Bueno

Fecha de la auditoría: 3er trimestre 2016

Actividades realizadas en el centro:

- Asistencia sanitaria AT
- Fisioterapia
- Radiodiagnóstico
- Gestión sanitaria ITCC
- Seguridad e Higiene
- Administración (excepto Afiliación y Cotización)

Tipo de auditoría: Auditoría Interna del Sistema de Gestión:

☒ Calidad ☒ Ambiental ☒ Seguridad de la información ☒ SR10

2. OBJETO DEL DOCUMENTO

El objetivo de la auditoría es determinar la conformidad del sistema de gestión de calidad, ambiental, de seguridad de la información y de responsabilidad social definido e implantado en el centro con los criterios de auditoría, de acuerdo con las normas UNE-EN ISO 9001, 14001, UNE ISO/IEC 27001 y el estándar IQNet SR10, evaluando el cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables, así como evaluar la eficacia en el cumplimiento de los objetivos especificados y, cuando corresponda, en la identificación de posibles áreas de mejora, comprobando su coherencia con la política de sistemas de gestión y responsabilidad social corporativa de ASEPEYO.

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 9001:2008 Sistema de gestión de la calidad.
- Norma UNE-EN ISO 14001/2004. Sistema de gestión de medio ambiente
- Norma UNE ISO/IEC 27001:2014. de Gestión de Seguridad de la Información
- 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 social del centro.

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

Periodo cubierto: Enero 2015, 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".

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

6. Puntos fuertes:

SYM.03 MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO, MUTUALISTA Y COLABORADOR

- Cumplimiento del objetivo “Grado de satisfacción usuario” con un 8,48 (Sant Feliu de Llobregat) mejorando la puntuación obtenida por la Comunidad Autónoma, 8,21.

7. Observaciones / Oportunidades de mejora

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

- Se detectan tres casos del listado pendientes de alta de Chaman que no tienen programada una próxima visita. Además se detectan cuatro casos que tienen una próxima visita caducada. Comprobado el listado a finales de septiembre, la situación del pendientes de alta de Chaman ha mejorado y no se detectan casos pendientes de gestionar.
Evidencia: BI002121600, BV002241600, 47614038J, BN001911600, BI002331600, BD024601600 y BD019790016.

CCSAN.00 CONTROL Y SEGUIMIENTO SANITARIO ITCC

CCSAN.01. VERIFICACIÓN TELÉFONO Y NUEVAS BAJAS

- Se detectan varios expedientes que a pesar de que se ha creado la pestaña de verificación de datos de filiación, no constan cumplimentadas. Según el indicador, el dato a cierre de mayo 2016 era de 79,05%, empeorando el dato que se había obtenido en febrero 2016, 96,08%.
Evidencia: BI031311600G, BI031231600G, BI031061600G, BI031091600G, BI031051600G.

CC.PE.00. GESTIÓN PRESTACIONES ECONÓMICAS IT.CC

CC.PE.04. PAGOS IT DIRECTA POR CONTINGENCIA COMÚN

- Se detecta un caso, *BI000091500*, en el que no consta anexada en U3C la solicitud de pago directo ni tampoco el Modelo 145 de IRPF firmados por el paciente.

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

- Se detecta un caso denegado (*BI002601600*) que no se ha cerrado en Costaisa. Para hacerlo correctamente se debe informar la misma fecha de extinción que la fecha de reconocimiento.

GSP.01. GESTIÓN DE SOLICITUDES DE PRESTACIONES ESPECIALES

- Se detecta un expediente en el que se ha superado el plazo establecido de 5 días entre la fecha de pago y la fecha en la que se pasa el expediente a pendiente de transferencia.
Evidencia: A15120267.

TIC.00. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

- El grado de lectura de los manuales que contienen la normativa en materia de Seguridad de la Información no es satisfactorio (<80%).
 1. M1329- Normativa de Seguridad de la Información (56,25%)
 2. M1273- Ejercicio de Derechos (43,75%)
 3. P038- Uso del Correo Electrónico e Internet (75%)
 4. M1385- HC-Protocolo de solicitud y entrega de copias (75%)

Actualmente se encuentra abierta acción de mejora transversal con alcance toda la mutua para este aspecto.

RR.HH.00. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

- Respecto al Subproceso “Formación” se han detectado tres empleados que no han realizado todos los cursos de realización obligatoria. Dos de ellos (nº empleados 23545, 23547) no han realizado el curso “Seguridad de Sistemas de la Información” y el tercero (nº empleado 4121) no ha realizado el curso de “Prevención de Riesgos Penales.

8. No conformidades

Nº	DESCRIPCIÓN	PUNTO NORMA			
		9001	14001	EMAS	27001
1	SAS.00. PROCESOS DE SOPORTE DE LA ASISTENCIA SANITARIA En las hojas de registro de temperaturas (aplicativo) se ha detectado que puntualmente en algunos días solamente se miden las temperaturas una vez y por lo tanto solo consta un registro diario. <i>Evidencia: 17/06/16, 15/06/16, 13/05/16, 15/04/16, 24/03/16, y todos los días 1,2,3,4,5,8,9,12,16,17,18,19,22... de agosto 2016)</i>	7.5			
2	CCSAN.00. CONTROL Y SEGUIMIENTO SANITARIO ITCC Se detectan varios casos pendientes de alta (C.C.) que no tienen programada una próxima actuación en Chaman, o cuya próxima actuación está caducada. <i>Evidencia: BR015341600G, BR022231500G, BI015481600G, BI000401600E, BW032561600G, BI002901500E, BI029421500G, BX105851600G, BI015481600G, BI026991600G, BI016611600G, BE043911600, BI029311600G, BX074721600G, BR000081600G, PD000871600G, BI019311600G, BI028461601G, BC020801600G, BI030811600G, BX127141500G.</i> <i>Referencia documental: Circular "C-220/14.2. Gestión Contingencias Comunes: Acta CC", en la que se indica que el objetivo de los siguientes indicadores % PEND.ALTA CON PRÓXIMA CADUCADA y % PEND.ALTA CON ÚLTIMA SIN PRÓXIMA debe ser cero.</i>	7.5			
3	CC.PE.00. GESTIÓN PRESTACIONES ECONÓMICAS IT.CC SUBPROCESO CCPE.01 CREACIÓN EXPEDIENTE IT.CC.: Revisados los listados de Depuración TGSS se observa que no se revisan y por lo tanto no se corrigen las incidencias <i>Evidencia: listados 201607015, 20160707, 20160628, etc.</i> <i>En contra de lo especificado en el Manual "M-1245.6 Declaración y registro de bajas por Contingencias Comunes, punto 2.3.4." Listados para el control de las bajas y altas de IT CC insertadas automáticamente y no cargadas por errores, se indica que "El C.A. debe verificar diariamente si hay algún listado a su disposición y revisar los errores", en dicho punto se explica la sistemática de actuación.</i>	7.5			

Nº	DESCRIPCIÓN	PUNTO NORMA			
		9001	14001	EMAS	27001
4	GIT.00. GESTIÓN Y CONTROL DE EQUIPOS Se detectan dos equipos del centro asistencial que han sido incluidos recientemente en la aplicación ACME (M-1325) y no tiene planificada una próxima revisión. <i>Evidencia: N° dossier: 200409484 y 201503565.</i> Asimismo se detectan varios equipos registrados en ACME en los que no consta como realizado un mantenimiento correctivo y tampoco figura la fecha de un próximo mantenimiento. <i>Evidencia: Dossier: 200302905, 200302907, 200401764, 200704294, 200704295, 200704297, 200704298, 201503566, 902940 y 950698.</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. (Según la DAS se hizo una revisión el 29/09/2014)</i>	6.3			

9. 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:		
En términos generales la gestión del centro de Sant Feliu se lleva a cabo correctamente aunque se debe mejorar en algunas áreas que requieren la apertura de varias acciones correctivas. Las No conformidades de los procesos de Soporte de Asistencia sanitaria y Gestión y control de equipos hacen referencia a procesos de soporte y por lo tanto son puntuales y es más fácil reconducirlas. El buen comportamiento ambiental se refleja tanto en la consecución de los objetivos y metas fijados, como en el grado de conocimiento y control de todos los aspectos, tanto directos como indirectos identificados. El centro tiene controlados los posibles riesgos de seguridad de la información y trabaja en su mejora. Tras el análisis de los procesos llevados a cabo en el Centro Asistencial, se manifiesta voluntad para mejorar y demuestran que conocen los procedimientos y las sistemáticas de trabajo. Además, en caso de existir incidencias, las están corrigiendo y llevan a cabo acciones de mejora para poder reconducirlas.		

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:
 - Licencia expedida por el ayuntamiento de Sant Feliu de Llobregat. Licencia previa de funcionamiento, Número de expediente: GEAC2004000393 con fecha 26/02/2013, el nº de registro es: X2004003332.
 - Licencia sanitaria Autorización sanitaria nº P-3150 con fecha: 26/04/1994.
- Instalaciones de Radiodiagnóstico:
 - Inscripción en el registro - Rx 01/03/1994 - Nº: B/1988/07.
 - Control de calidad por UTPR con fecha de 23/11/2015 realizado por INFOCITEC.
 - Envío del informe de calidad y dosimetrías a CSN en fecha 31/03/2016.
- Instalaciones de climatización:
 - Certificado de mantenimiento de instalaciones térmicas expedido en fecha 1/02/2016, realizado por la empresa ILIFRED, SL.
 - ILIFRED, SL. Empresa autorizada con número de Inscripción: RASIC-250023524.
- Instalación de baja tensión:
 - TRAVER ELCTRIC, SL. Empresa autorizada: Nº de inscripción en el registro: REIE-08-200192.
 - Dispone de certificado de mantenimiento de la instalación con fecha Enero 2016 de las instalaciones revisadas en Diciembre 2015. Validez 1 año.
 - Certificado anual de Baja tensión realizado por ECA de fecha 17/09/2012 con validez hasta 17/09/2017.
- Instalación contra incendios:
 - TÈNICS EN SEGURETAT I FOC, SL. Nº de Inscripción como empresa autorizada: RECI 080148824.
 - Certificado anual de revisión 29/12/2015. Favorable, validez de 1 año.
- Gestión de residuos:
 - Inscripción como productor de residuos peligrosos S-20108.1.
 - Documento de aceptación de residuo biosanitario especial TMA con número 045990S de Fecha: 30/03/2015.
 - Autorización de TMA como Transportista de residuos con nº T-099 y código NIMA 0800525084 para residuos peligrosos y no peligrosos.
 - Autorización de TMA como gestor de residuos peligrosos con nº E-1279.1
 - Presentación de Estudio de Minimización de Residuos 2013-2017 ante la Agencia de Residuos de Catalunya, con sello de Asepeyo en el acuse del 27/11/2013.
 - El centro dispone de libro oficial de la Comunidad Autónoma para el registro de residuos peligrosos, con número 5182.

○ 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	☐	☐	☐	☐	☐	
AMU.00	Atención al Mutualista / Usuario	☒	☐	☐	☐	☐	
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							
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 DE MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA							
SYM.00	Seguimiento y Medición	☒	☐	☐	☐	☐	
MC.00	Mejora continua	☒	☐	☐	☐	☐	

ANEXO III: Controles de Gestión Ambiental

RESUMEN DE CONTROLES DE GESTIÓN AMBIENTAL (ISO 14001)							
Punto Norma		Vdo.	NC	Obs.	PF	NA	
GESTIÓN AMBIENTAL							
Punto 4.2	Política de Medio Ambiente	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.3	Objetivos y metas	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.1	Aspectos ambientales	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.5.2	Evaluación del cumplimiento legal	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.4.7	Preparación y respuesta ante emergencias	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.2	Autorización para la producción de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.2	Comunicación con la administración, referente a la gestión de residuos peligrosos	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.2	Autorización del transportista/gestor de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.2	Documento de aceptación de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.2	Estudio de Minimización	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.2	Registro de los residuos (Libro oficial)	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.2	Registro de los residuos (aplicación informática "Gestión de residuos")	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.4.3	Comunicación	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.4.6	Segregación de residuos	☐	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.4.6	Etiquetado de residuos	☐	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.4.6	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 (cantidad).	☐	☐	☐	☐	☐
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.	☒	☐	☐	☐	☐