

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:	FI - 0705 - Eivissa
Responsable centro auditado:	Julián Villacorta Muñoz
Codificación informe:	ASG22-0705-P/2016

1. DATOS GENERALES

Centro Auditado: Eivissa

Dirección: Av. d'Ignasi Wallis 37, 07800

Responsable: Julián Villacorta Muñoz

Equipo auditor: Anna López Bueno

Fecha de la auditoría: 3er trimestre 2016

Actividades realizadas en el centro:

- Asistencia sanitaria AT
- Gestión sanitaria ITCC
- Administración (excepto Cotización, Prestaciones especiales y Tramitación Judicial)
- Procesos de soporte
- Gestión ambiental y de Seguridad de la Información

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 8,43 (Eivissa) mejorando la puntuación obtenida por la Comunidad Autónoma que es 8,41.

7. Observaciones / Oportunidades de mejora

CPSAN.00. GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

CPSAN.04. PROGRAMACIÓN VISITA SUCESIVA

- Se detectan tres casos del listado pendientes de alta de Chaman que tienen una próxima visita caducada.
Evidencia: FJ005531500, GR003431500 y FI000791500.

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

- Puntualmente para el expediente FI000281500 de subsidio y riesgo durante el embarazo, se ha informado en el campo fecha extinción la fecha de parto de la trabajadora (en lugar del día anterior), abonando un día de más.

CCSAN.00 CONTROL Y SEGUIMIENTO SANITARIO ITCC

CCSAN.07. ONCE MESES

- Se detectan dos expedientes de once meses en los que no se ha traspasado el resultado de la resolución del INSS a la actuación 11 meses de Chaman.
Evidencia: FI000191400E y, FI001221401G.

AFI.00. AFILIACIÓN

- Se detectan PRE-ALTAS recibidas en meses anteriores y que no han sido gestionadas. En concreto 39 pre-altas.
Evidencia: 04-1034053577-0151-1, 07-1038583227-0151-1, 07-1079311709-0151-1, 07-1079146102-0151-1, 07-1079145088-151-1, 07-1079312618-0151-1.
- Se detectan varios documentos de Asociación y de Adhesión pendientes de numerar.
Evidencia: 07-0121784557-0138-0, 07-0122079496-0111-0, 07-0123045456-0111-0, 03-1000083890-0151-1, 07-0073668214-0151-1, 07-0079909455-0151-1, 07-1000021986-0151-1.
- Se detecta una falta de gestión de los sobrantes a través de MGTP de Costaisa. En dicha aplicación, constan sobrantes desde el año 2012.

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

INFORME PROAS: TIEMPO DE ESPERA

- Sería conveniente que se revisaran la media del tiempo de espera de los pacientes atendidos en el centro por accidente de trabajo ya que el dato es muy bajo.
Evidencia: Mayo 2016 (Comunidad 10:45 min. y Eivissa 00:01 min.). Agosto 2016 (Comunidad 8:25 min. y Eivissa 00:13 min.).

GIT.00. GESTIÓN Y CONTROL DE EQUIPOS

- Se detecta un equipo del centro asistencial que ha sido incluido recientemente en la aplicación ACME (M-1325) y no tiene planificada una próxima revisión. Asimismo, el mantenimiento registrado en agosto 2016 se realizó, según se indica en la propia aplicación, en julio 2015.
Evidencia: Dossier: 200404817.

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 (40%)
 2. M1273- Ejercicio de Derechos (40%)
 3. M1385- HC-Protocolo de solicitud y entrega de copias (60%)

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

8. No conformidades

Nº	DESCRIPCIÓN	PUNTO NORMA			
		9001	14001	EMAS	27001
1	CPSAN.00. GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR CONTINGENCIA PROFESIONAL Se detectan tres casos atendidos con volante de asistencia en los que no consta el Formulario de Recepción anexo en Chaman. <i>Evidencia:</i> 07052016000082, 07052016000092 y 07052016000321. Asimismo se detecta un caso de primera visita que se atendió sin volante de asistencia y sin que el paciente firmara la hoja de gastos. <i>Evidencia:</i> n° de historia 07052016000119. <i>Referencia documental:</i> "R-008. Volante de asistencia".	7.5			
2	CPSAN.00. GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR C. PROFESIONAL Se detectan partes de confirmación de varios expedientes sin imprimir. <i>Evidencia:</i> FI001091600, FJ002541600, FI001001600, FS000941600. <i>Referencia documental:</i> REAL Decreto 625/2014. Punto 2.1.7 del "M-909 Registro de Historia Clínica de Contingencias Profesionales en Asepeyo".	7.5			
3	CPSAN.00. GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR CONTINGENCIA PROFESIONAL Se detectan facturas de asistencia sanitaria con medios ajenos, que se han abonado sin disponer del correspondiente informe médico que justifica la factura. <i>Evidencia:</i> 41461213X (n° fra.100), E07942410 (n° fra. 284/16).	7.5			
4	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:</i> FI000451600E, FS001961500G, FI000571500E, FI002561600G, FI000371600E, FJ001131600G, FJ025051600G. <i>Referencia documental:</i> Circular n° 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.	7.5			

Nº	DESCRIPCIÓN	PUNTO NORMA			
		9001	14001	EMAS	27001
5	MC.02. GESTIÓN DE RECLAMACIONES, QUEJAS, INCIDENCIAS Y SUGERENCIAS Se detectan expedientes en los que el sello de entrada no es legible no pudiéndose comprobar su coincidencia con la fecha informada de presentación. <i>Evidencias: L15070003 y L15060061.</i> <i>Referencia documental: Punto 3.3. del Manual "M-1183 Reclamaciones y quejas".</i>	7.2.3			

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 Eivissa se lleva a cabo correctamente aunque se debe mejorar en algunas áreas que requieren la apertura de varias acciones correctivas especialmente: Asistencia Sanitaria CP y Asistencias Sanitaria CC. Además, debemos tener en cuenta que parte de los procesos administrativos están centralizados en Palma de Mallorca y por tanto el volumen de trabajo permitiría gestionar estos procesos de manera satisfactoria. 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.		

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 Eivissa. Número de expediente: 359/01 con fecha 24/04/2002.
 - Licencia sanitaria Autorización sanitaria nº 28459 con fecha: 21/01/2002.
- Instalaciones de Radiodiagnóstico:
 - Inscripción en el registro con fecha 5/06/2013. Nº expediente: 2013/8992.
 - Control de calidad por UTPR con fecha de 29/12/2015 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 12/2015, realizado por la empresa SOLER GLOBAL SERVICES SL.
 - SOLER GLOBAL SERVICES SL., Autorizada con Nº Registro: 08/172734.
- Instalación de baja tensión:
 - FERROVIAL SERVICIOS. Empresa autorizada: Nº de inscripción en el registro: EBTE-3308
 - Dispone de certificado de mantenimiento de la instalación con fecha enero 2016 de las instalaciones revisadas en diciembre 2015. Validez 1 año.
- Instalación contra incendios:
 - EXTINCISE BALEAR, SL. Nº de Inscripción como empresa autorizada: R.I. 04/27112.
 - Certificado anual de revisión 20/10/2015.
- Gestión de residuos:
 - Inscripción como productor de residuos peligrosos 04P02000000002028.
 - Autorización de SRCL CONSENUR como Transportista de residuos con nº 13T02A1800005406Z para residuos no peligrosos.
 - Autorización de SRCL CONSENUR como Transportista de residuos con nº 13T01A1900006130G para residuos peligrosos.
 - Documento de aceptación de residuo biosanitario especial CONSENUR 30070000002920161801030082544004 con número autorización gestor 04G01000000000010 y NIMA 0700000001.
 - No Aplica Estudio de Minimización de Residuos.
 - No Aplica Informe anual de Residuos peligrosos.
 - No Aplica libro oficial de la Comunidad Autónoma para el registro de residuos peligrosos.

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 anexado (cantidad).	☒	☐	☐	☐	☐
AREA COMUNICACIÓN NORMATIVA DE SEGURIDAD					
Realización del curso virtual en materia de Seguridad y LOPD.	☒	☐	☐	☐	☐
Lectura Normativa Seguridad de la Información del Centro.	☒	☐	☒	☐	☐