

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:	BQ Sabadell
Responsable centro auditado:	Didac Cots Jou
Codificación informe:	ASG19-0810-V/2016

1. DATOS GENERALES

Centro Auditado: Sabadell

Dirección: Ronda de Ponent 8, 08201 Sabadell Barcelona

Responsable: Didac Cots Jou

Equipo auditor: Paz G. Prieto Martínez

Fecha de la auditoría: Septiembre 2016

Actividades realizadas en el centro:

- Asistencia sanitaria AT
- Fisioterapia
- Radiodiagnóstico
- Gestión sanitaria ITCC
- Seguridad e Higiene
- Administración (todos los procesos)

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 de los sistemas de gestión calidad, medioambiental y de la seguridad de la información definidos e implantados en el centro. Los modelos de referencia son las normas UNE-EN ISO 9001, 14001, UNE ISO/IEC 27001 e IQNet SR10.

Igualmente es objeto del informe la evaluación del cumplimiento de los requisitos legales y objetivos propuestos por la Mutua. Finalmente cuando corresponda se identificarán 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 9001:2008 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. 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 y de seguridad de la información responsabilidad del centro.

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

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. Observaciones / Oportunidades de mejora

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

SUBPROCESO VISITAS SUCESIVAS

- Puntualmente no se ha podido evidenciar anexada en Chaman la hoja de gastos para los siguientes procesos: 08102016001627 y 08102016001910 (en este último caso consta Volante de Asistencia del día siguiente)
- Puntualmente se detecta que no tiene médico asignado el siguiente expediente 000001863753. (Listado de pendientes de alta del 05/09/2016).
- Puntualmente se detecta un expediente en el que el campo fecha probable de alta se encuentra caducado en más de 7 días: BD029071600. (Listado de pendientes de alta del 06/09/2016).
- Se detectan partes de confirmación sin imprimir de los siguientes expedientes: BW002371600, BS004281500, BF850111500, BD029071600, PE002201600, BN005951600, JG004211600. La información sobre el porcentaje de impresión de los partes de confirmación correspondientes del 8 de septiembre al 31 de octubre de Sabadell es del 85 %, mejorando respecto al valor anterior del 75 %.

SUBPROCESO CONTROL Y SEGUIMIENTO SANITARIO DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR C.P.

- Puntualmente se detectan dos expedientes de más de 60 días de baja para los que no está realizada la actuación "Informe comité de prestaciones": CR004471600 y JG004211600. (Listado de pendientes de alta del 06/09/2016)

AMU.00. ATENCIÓN USUARIO / MUTUALISTA:

- El resultado de satisfacción de usuarios 7,80 (acumulado julio 2015-junio 2016) está por debajo del valor objetivo del centro 8,19 y del objetivo de Cataluña 8,21. En 2015 se alcanzó el objetivo propuesto para la comunidad autónoma sin embargo no se cumplió el objetivo del sector.

El director del centro indica que este año han analizado en profundidad las valoraciones de las encuestas, realizado sensibilización y formación en administración, así como cambios de mobiliario en despachos de Centro Asistencial y la ubicación del PROAS, mejora elementos informativos/corporativos y la gestión agenda. Realizan un seguimiento mes a mes de dicho objetivo con todo el personal.

- El resultado del tiempo de espera del centro de Sabadell del 2015 fue de 23:17 minutos, el de Cataluña fue 18:23 (Publicado en el Informe PROAS 2015)

El director indica que el valor en septiembre 2016 se sitúa en 17,45 min. Han realizado cambios en las agendas de los facultativos de contingencias profesionales y contingencias comunes. Para mejorar la percepción de los usuarios han realizado cambios del mobiliario y en la organización de la sala de espera.

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

SUBPROCESO CCSAN.02.VISITA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO MÉDICO

- Puntualmente los expedientes BQ014651600G y BQ000011601E no tienen próxima actuación y el expediente BY004691600G tiene la próxima actuación caducada. (544 Expedientes del Listado de pendientes de alta del Centro del 18/07/2016).

SUBPROCESO CCSAN.05.PROPUESTA DE ALTA CC

- Se detectan expedientes con Propuesta de Alta en los que no se ha anexado a Chaman la correspondiente citación ICAM BG033011500G, PE018511500G, BW071231500G, BW001711600G, BQ003271600G y PE004521600G. Sucede lo mismo en las siguientes propuestas de IP: BW007701600G y BQ000141500E.

MC.02. GESTIÓN DE RECLAMACIONES, QUEJAS, INCIDENCIAS Y SUGERENCIAS

- Puntualmente se ha superado el plazo de 4 días hábiles para el envío de respuesta a las Reclamaciones L16040104 y F16041472.
- Por otro lado el texto de la reclamación L15110067 se presenta en una hoja a parte que no tiene el sello de entrada.

PECP.00. GESTIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS POR CONTINGENCIA PROFESIONAL

SUBPROCESO PECP.01.01 Registro de partes A.T/E.P y RATSB

- Se detectan casos de Enfermedad Profesional que no han sido informados en INEP dentro del plazo máximo de 3 días desde la baja, y no se ha podido evidenciar resolución que lo justifique. Ejemplo: BQ001981600, BQ003211500 y BQ002881500.

Se recuerda que con periodicidad mínima una vez por semana (con el fin de evitar que quede ningún caso sin declarar o que se realice fuera de plazo) es necesario que los tramitadores de los centros asistenciales ejecuten la consulta de Chaman "CVN Enf. Profesional - Nuevos casos por centro" para conocer los nuevos expedientes abiertos en su centro por esta contingencia; si existiese un expediente que correspondiente a otro centro asistencial deberán informar con la mayor brevedad al centro responsable.

- Puntualmente se ha superado el plazo de 5 días de Cierre en CEPROSS del expediente BQ002881500.

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

- La documentación escaneada en Chaman es incompleta en las siguientes solicitudes de SRE: BQ001001500 (en el certificado de empresa no consta la fecha de suspensión), BQ002521600 (no figura Certificado de empresa) y BQ000321500 (no figura la Declaración Actividad).

RR.HH.00. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

- Respecto al Subproceso "Formación" se han detectado empleados que no han realizado los cursos de realización obligatoria de:
 - o Gestión de residuos y buenas prácticas ambientales Evidencia: nº de empleado 23453 y 23571
 - o Formación específica sobre riesgo del centro y el puesto de trabajo. Evidencia: nº de empleado 23453.

GAM.00.GESTIÓN AMBIENTAL:

- Respecto al cumplimiento de los objetivos medioambientales se ha superado el valor de referencia nacional de 49 g/mutualista del consumo de papel con un valor en 2015 del 55,52 g/mutualista.

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 segundo semestre 2016):

1. M-1273 Ejercicio de Derechos (50 %)

2. M-1385 HC- Protocolo de solicitud y entrega de copias (sustituye a la C-311) (75%).

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

SUBPROCESO CCPE.01 CREACION EXPEDIENTE IT.CC.

- Puntualmente no se ha realizado la revisión de los errores de inserción de las bajas comunicadas en los siguientes archivos de Depuración TGSS:

Archivo	"Error comunicado"	Evidencia
20150921	"NAF-IPF DIFER.DE TRABAJADORES"	Sigue constando el NIE en Trabajadores: NAF: 08-11738696-16 DNI: 049809158J
20160202	"NAF-IPF DIFER.DE TRABAJADORES"	Sigue constando el NIE en Trabajadores: NAF: 08-11439112-65 DNI: 049489268F

SUBPROCESO CC.PE.02.COMPROBACIÓN REQUISITOS Y RECONOCIMIENTO PRESTACIÓN ECONÓMICA IT.CC

- Se han detectado las siguientes incidencias:
 - _ No está anexada en U3C la documentación de los siguientes expedientes: BQ001401500 y BQ007991500.
 - _ La documentación de los siguientes expedientes es incompleta: BQ007461500 (falta Declaración jurada de incumplimiento empresarial y documentación que acredite la Base Reguladora), BQ002841500 (falta la notificación de denegación de la prestación por tener deuda vigente).
 - _ Falta sello de entrada: BQ003331500 (en la Declaración de Actividad), BQ000351500 (ningún documento sellado), BQ010641600 (en el DNI y la nómina).

En el momento de la realización del informe esta incidencia ha sido subsanada, anexándolo en Prestaciones 3.0.

SAS.00.PROCESOS DE SOPORTE DE LA ASISTENCIA SANITARIA:

- Control de temperaturas: durante el mes de agosto 2016 sólo se ha hecho una medición al día (por ejemplo del 22 al 26 de agosto). Recordamos que deben hacer dos mediciones. (si sólo hay una persona en algún periodo puede hacerlo al iniciar y finalizar su jornada)

GSP.01.GESTIÓN DE SOLICITUDES DE PRESTACIONES ESPECIALES

- A fecha 13 de septiembre 2016 en el aplicativo Prestaciones Especiales hay 6 casos para los que no se ha informado el código de gestión y 31 con código de gestión 06- Pendiente o en trámite. (Periodo en estudio 01/01/2015-13/09/2016. Total casos: 88).

GIT.00. GESTIÓN Y CONTROL DE EQUIPOS:

- Para los siguientes equipos de fisioterapia no se han realizado las tareas definidas a continuación de la revisión realizada cada dos años:
 - ✓ Anotar fecha de la revisión.
 - ✓ Escanear y anexar parte de trabajo del mantenimiento externo:

Dossier	Equipo
200408345	BAÑO PARAFINA MESA
200504193	LAMPARA DE INFRARROJOS
200504197	ENDOMED 582 ID
200504200	EQUIPO MICROONDAS RADARMED 950
200504202	EQUIPO DE TRACCION ELTRAC 4
200504210	EQUIPO ULTRASONIDOS SONOPULS
201002108	EQUIPO MAGNETO EASY FLEXA TM
201602024	EQUIPO TERAPIA LASER CON CARRO

En el momento de la realización del informe esta incidencia ha sido subsanada.

7. No conformidades

Nº	DESCRIPCIÓN	PUNTO NORMA			
		9001	14001	EMAS	27001
1	CC.PE.00. GESTIÓN PRESTACIONES ECONÓMICAS IT.CC SUBPROCESO CCPE.01 CREACION EXPEDIENTE IT.CC.: En los siguientes expedientes no se ha anexado en Chaman el Parte médico de baja o Resolución del INSS que lo justifique: BQ003841500, BQ002591600, BQ002571600, BQ006681500, BQ014151500, BQ002581600, BQ021951500, BQ010091501, BQ021831500, BQ013731500, BQ010401600, BQ008411500, BQ000701500, BQ001841500, BQ000141500. Los últimos cuatro, al ser casos de RETA, sí aparecen en U3C. <i>En contra de lo especificado en el Manual M-1245.6 Declaración y registro de bajas por Contingencias Comunes para los expedientes que se han introducido manualmente, origen "Asepeyo", en soporte papel, "es necesario tener el documento del Parte médico de baja o Resolución del INSS que lo justifique, anexando el documento escaneado en el episodio de Chamán. El documento se tendrá que anexar a nivel de episodio clasificándolo de la siguiente manera (Grupo: Administrativos; Clasificación: Administrativos: Partes baja/alta/otros)."</i>	7.5			
2	CPSAN.00. GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR C. PROFESIONAL. SUBPROCESO VISITAS SUCESIVAS Se detectan varios expedientes con baja médica que no tienen informada en Chaman la próxima actuación BD027851600, BX009191600, 1864584, 1866540) o con la próxima actuación caducada (BQ002581600, BD009801600, 1864417, PE002201600). <i>En contra de lo especificado en Punto 2.2. del M-909 Registro de Historia Clínica de Contingencias Profesionales en Asepeyo.</i>	7.5			
3	CPSAN.00. GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR C. PROFESIONAL. SUBPROCESO VISITAS SUCESIVAS Se detectan expedientes en los que no está completa la Valoración final de rehabilitación, no se completan todos los campos como por ejemplo Valoración Articular, Valoración Muscular entre otros: BY005021500, BW007821500, BQ011391500G, BQ015451500G, BE850021500, BD030071500, BF002191500. <i>En contra de lo especificado en el manual M-909 Registro de Historia Clínica de Contingencias Profesionales en Asepeyo.</i>				

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:		
En términos generales la gestión del centro se lleva a cabo correctamente. Se debe prestar atención al proceso de Asistencia Sanitaria de AT para el que se han detectado más no conformidades.		
De manera global se cumplen los procedimientos de actuación en relación a la prestación del servicio y soporte del mismo.		
El buen comportamiento ambiental se refleja tanto en la consecución de los objetivos y metas fijados, como en el grado de 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.

- o 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:
 - o Expedida por el ayuntamiento de Sabadell, 18 Octubre 2005, Exp. Nº 2004LLAC00413 y Reg. Num. URB2004010268
 - o Licencia sanitaria Autorización sanitaria nº EXP: P-3153. 26/04/1994.
- Instalaciones de Radiodiagnóstico:
 - o Inscripción en el registro - Rx 07/09/1994- Nº:B/1737/06
 - o Control de calidad por UTPR con fecha de 18/11/2015 realizado por INFOCITEC.
 - o Programa de protección radiológica y programa de garantía de calidad: Revisado por la UTPR: INFOCITEC Fecha 18/11/2015. Conforme.
 - o Envío del informe de calidad y dosimetrías a CSN en fecha 31/03/2016
- Instalaciones de climatización:
 - o Certificado de mantenimiento de instalaciones térmicas expedido en 2016 por la empresa Ilerfred fecha 01/02/2016
 - o Autorizada con Nº Inscripción: RASIC-250023524
- Instalación de baja tensión:
 - o Dispone de certificado de mantenimiento de la instalación con fecha Enero 2016. Validez 1 año
 - o Traver Elctric SL número de autorización REIE-08-200192
 - o Certificado de inspección por OCA (ECA) con fecha 14/03/2013 válida hasta 14/04/2018 sin defectos.
- Instalación contra incendios:
 - o TÈNICS EN SEGURETAT I FOC SL Nº de Inscripción como empresa autorizada: RECI 080148824
 - o Certificado anual de revisión 28/07/2015 Favorable, validez de 1 año
- Gestión de residuos:
 - o Inscripción como productor de residuos peligrosos S-20148.1
 - o Documento de aceptación de residuo biosanitario especial Fecha aceptación 30/03/2015 TMA, con número 045983S
 - o Autorización de TMA como Transportista de residuos con nº T-099 y código NIMA 0800525084 para residuos peligrosos y no peligrosos.
 - o Autorización de TMA como gestor de residuos peligrosos con nº E-1279.1
 - o Se evidencia presentación de Estudio de Minimización de Residuos 2013-2017 ante la Agencia de Residus de Catalunya, con sello de Asepeyo en el acuse del 04/09/2013

- o Informe anual de Residuos peligrosos presentado con acuse de recibo del 10/02/2016
- o El centro dispone de libro oficial de la Comunidad Autónoma para el registro de residuos peligrosos, con número 0915

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			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 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)							
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.	☒	☐	☒	☐	☐