



**CERTIFICACIÓ DE SISTEMES DE GESTIÓ  
 INFORME D'AUDITORIA**



Nº expdt: 12-928

<b>ORGANITZACIÓ</b>	EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA BARCELONA SARDENYA, S.L.P.
<b>DIRECCIÓ</b>	C/ Sardenya 466, Barcelona 08025
<b>REPRESENTANT</b>	María Luisa Galán y Maria Amor Peix
<b>NORMA</b>	ISO 9001:2008
<b>AUDITOR CAP</b>	Dr. Rajaram Govindarajan (RG)
<b>AUDITOR/S</b>	
<b>EXPERT/S TÈCNIC/S</b>	--
<b>ALTRES MEMBRES</b>	--
<b>DATA D'AUDITORIA</b>	1 de diciembre de 2016
<b>TELÈFON:</b>	(93)567-43-82

**1. OBJECTIUS DE L'AUDITORIA**

L'objectiu d'aquesta auditoria ha sigut:

- 1.- Comprovar que el sistema de gestió del client és conforme amb els requisits de la norma.
- 2.- Comprovar que el sistema de gestió del client és capaç d'assegurar el compliment dels requisits legals, reglamentaris i contractuals aplicables.
- 3.- Comprovar que el sistema de gestió és capaç de complir els seus objectius especificats i la política.
- 4.- Identificar àrees de millora potencial del sistema, quan correspongui.

Els criteris han sigut:

- 1.- La norma de referència.
- 2.- Els processos definits pel client
- 3.- La documentació del sistema de gestió desenvolupada pel client (polítiques, procediments,...)

**2. ABAST DE LA CERTIFICACIÓ**

**2.1 ABAST**

Atenció Primària, Odontologia, Unitat de Recerca i Docència

**2.2 ABAST GEOGRÀFIC**

Barcelona

¿Es una auditoria multiemplaçament? SI\*:  NO:

\*Indicar els emplaçaments inclosos en l'abast:

¿S'ha realitzat visita a obra? SI\*:  NO:

\*Indicar l'emplaçament temporal visitat:

2.3 DURACIÓ D'AUDITORIA (en jornades) 1 jornada

<b>Tipus d'Auditoria</b> (marcar el que sigui procedent):					
AI FI:	AI FII:	AS1 <input checked="" type="checkbox"/>	AS2	AR:	A.Extraordinaria:



**CERTIFICACIÓ DE SISTEMES DE GESTIÓ**  
**INFORME D'AUDITORIA**

**CLINICAL ISO®**

**3. RESULTAT D'AVALUACIÓ**

CAPÍTOLS DE NORMA	PUNTS FORTS	ASPECTES QUE ES PODEN MILLORAR*	EVIDÈNCIES#	PUNTUACIÓ MAX.	PUNTUACIÓ OBTINGUDA**
4- SISTEMA DE GESTIÓ DE LA QUALITAT	S'han gestionat els canvis adequadament La documentació és conforme amb els requisits de la norma. El Manual inclou les justificacions de les exclusions. Els registres es controlen segons els requisits de la norma.	No procede	El sistema documentado, MQ Rev 0, Protocolos y Guías.	15	14
5- RESPONSABILITAT DE LA DIRECCIÓ	L'organització ha definit objectius i els avalua periòdicament. L'organització ha establert una política de qualitat. La revisió del sistema per la direcció garanteix l'adequació del sistema i la seva eficàcia.	No procede	Revisión del sistema por la dirección 10/2016.	20	18
6- GESTIÓ DELS RECURSOS	Els recursos de l'organització són els necessaris per a mantenir el sistema i millorar la seva eficàcia. Es mantenen registres de la formació. Es realitza manteniment adequat de la infraestructura. L'ambient de treball és conforme amb els requisits.	No procede	Plan de formación, Indicadores de Docencia, Infraestructura	15	15
7- REALITZACIÓ DEL PRODUCTE / SERVEI	Es determinen els requisits del client i es revisen. Es registren les queixes del client. Es planifica, revisa, verifica i valida el disseny. Es comprova que el producte/servei adquirit compleix els requisits de la compra. Es controla adequadament la producció/prestació del servei. Es verifiquen els equips de mesura.	No procede	Control de visitas a los especialistas, lista de espera, control de incidencias, comunicaciones con los laboratorios, Odontología	30	28
8- MESURA, ANÀLISI I MILLORA	L'organització demostra la implantació efectiva, el manteniment i la millora del seu sistema de gestió. La auditoria interna demostra la seva eficàcia pel manteniment i millora del sistema de qualitat. S'han definit indicadors de mesura i es fa un seguiment. Es registren No conformitats, accions correctives i accions preventives.	No procede	Al 12/10/15 Indcadores, Encuesta de Ccatsalut, Esperas para pruebas, para especialistas, incidencias	20	18
	Es fa un ús correcte de la marca de certificació d'SPG.	No aplicable	Correcto		
<b>RESULTADO FINAL DE EVALUACIÓN</b>				<b>100</b>	<b>93</b>

\* ASPECTES QUE ES PODEN MILLORAR = NO CONFORMITATS.

**\* Informació per la organització**

Els aspectes que es poden millorar s'han de tractar mitjançant el procés d'accions correctives de l'organització.

S'han d'analitzar les causes i descriure les correccions específiques i les accions correctives planificades per eliminar-les.

L'organització disposa d'un termini de 2 mesos per analitzar-les, aplicar les accions correctives i enviar a l'auditor el pla correctiu proposat i/o les evidències.

Es perden -10 punts si l'aspecte, segons l'opinió de l'auditor(s), indica un risc de pèrdua funcional del SGC,

es perden -3 punts si l'aspecte indica un risc potencial pels clients i es perden -1 punt si l'aspecte és per corregir una errada puntual

L'equip auditor proposa visita in-situ extraordinària per realitzar un seguiment in-situ si no ho pot fer mitjançant altres mètodes.

**Documentació d'evidències de l'auditoria (per l'auditor)**

# Si el tipus de aspecte a millorar és d'errada en la planificació del sistema (5, 4) o del producte (7.1), o ineficàcia del sistema, la pròpia redacció de la aspecte a millorar és suficient i no és necessari omplir l'apartat d'evidències.

Si la aspecte a millorar és d'un incompliment puntual o sistemàtic d'un control planificat, s'ha de registrar l'evidència.



**CERTIFICACIÓ DE SISTEMES DE GESTIÓ  
 INFORME D'AUDITORIA**



**4. OBSERVACIONS**

S'indiquen a continuació observacions, que han de ser analitzades i tractades pel client per la seva resolució, però que no requereixen una resposta per part d'SPG.

Los siguientes son las recomendaciones:

1. Realizar la encuestas de pacientes para obtener un feedback de su percepción.
2. Buscar indicadores de seguridad (por ejemplo infradiagnósticados).
3. Realizar los self audits de historias clínicas anualmente.

**5. RESULTAT D'AUDITORIES ANTERIORS**

No aplica

- 1.- Les accions correctives preses com a conseqüència dels aspectes a millorar de l'anterior auditoria han estat eficaces. Per tant, es tanquen els aspectes a millorar.
- 2.- No totes les accions correctives han estat eficaces. Algunes es mantenen. Veure apt 3.
- 3.- No hi ha aspectes a millorar pendents de tancament.
- 4.-AR: La revisió dels informes del passat cicle de certificació mostren que el sistema es manté adequadament i que millora gradualment.


**6. CONCLUSIONS DE L'AUDITORIA**

Els mètodes que s'han utilitzat per recopilar la informació han estat les entrevistes, l'observació dels processos i les activitats i la revisió de la documentació i dels registres.  
 L'auditoria s'ha enfocat a processos, i s'ha tingut en compte els riscos dels processos/productes auditats.

(Marcar lo que proceda:)

El sistema auditat és eficaç en relació a la consecució dels objectius del client.  
 Les activitats planificades progresen cap a la millora continua.  
 Existeix continuïtat en el control operatiu.

SI	NO

**En Auditories de Renovació:**

El sistema de gestió és eficaç en la seva totalitat, a la vista dels canvis interns i externs, si hi han hagut.  
 Es demostra el compromís per a obtenir la eficàcia i la millora del sistema de gestió per a reforçar l'acompliment global.  
 L'operació del sistema de gestió certificat contribueix al logro de la política i els objectius de l'organització.  
 El nº d'aspectes a millorar identificats han estat:

0


**Es recomana que el certificat sigui:**

- Emès
- Renovat
- Mantingut
- Condicionat a la resolució dels aspectes a millorar
- És necessària auditoria in situ extraordinària


¿S'ha complert el programa de vigilància establert?

si	<input checked="" type="checkbox"/>	no*	<input type="checkbox"/>
si	<input checked="" type="checkbox"/>	no*	<input type="checkbox"/>

El programa de vigilància establert és adequat:

\*Indicar qualsevol modificació que sigui necessària tenir en compte per planificar la propera auditoria:

(Abast, horaris, dates d'auditoria, freqüència de les accions de seguiment, competències, visites,...)

Ninguna