



Memoria 2011

instituto de salud pública



SERVICIO DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y SANIDAD AMBIENTAL

SECCIÓN DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

INTRODUCCIÓN

El punto 4.15 de la Norma UNE-EN ISO/IEC 17025 establece que la Dirección debe realizar una revisión del sistema de gestión y de las actividades de ensayo del Laboratorio para asegurarse de que se mantienen constantemente adecuadas y eficaces, introducir los cambios necesarios e identificar posibles puntos de mejora.

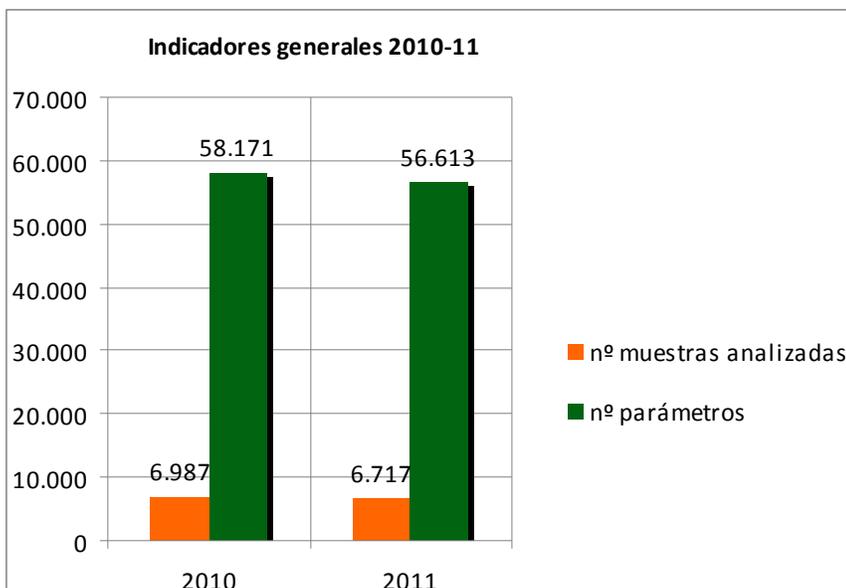
El Laboratorio recoge este requisito de la Norma en el punto 1.3.2 del Capítulo III de su Manual de Calidad y en el punto 5.3 del POC-04 "Procedimiento para la realización de Auditorías Internas y Revisión del Sistema de Gestión". Siguiendo la sistemática establecida se procede a revisar los siguientes puntos:

ACTIVIDAD ANALÍTICA

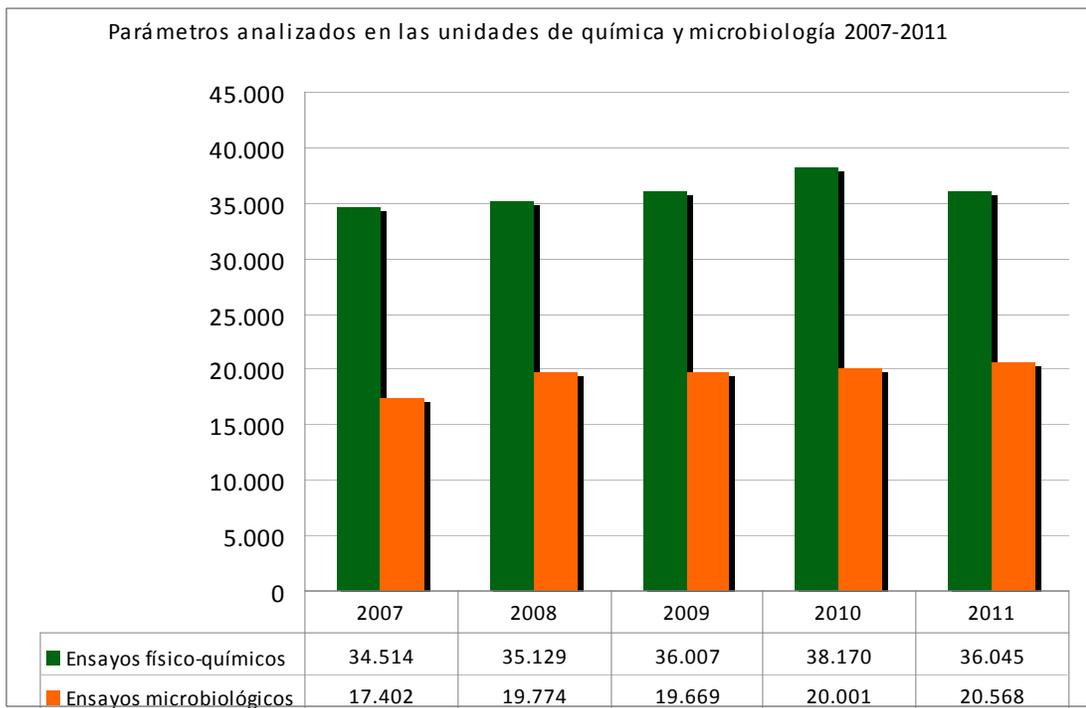
Los datos que se presentan a continuación se han obtenido con la aplicación "Sistema de Control y Gestión de muestras" (SIGCOM).

Durante el año 2011 fueron analizadas 6.717 muestras, 270 menos que el año anterior, lo que representa una disminución del 3,86%. El análisis de estas muestras supuso la realización de 56.613 parámetros, 1.558 menos que el año 2010, representando una disminución del 2,68%.

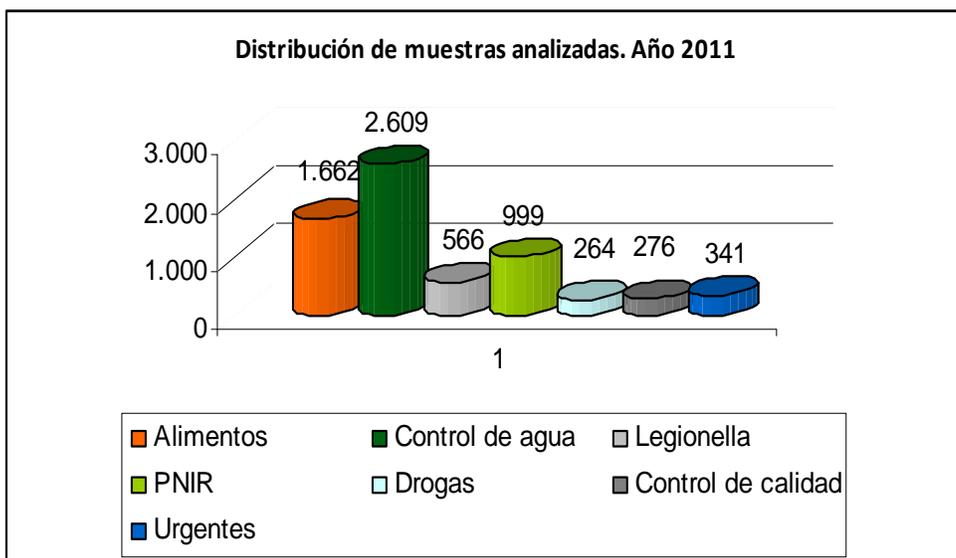
Estos datos indican una pequeña disminución del número total de muestras y parámetros analizados en el Laboratorio.



Se analizaron 36.045 parámetros físico-químicos (disminución del 5,6% respecto al año 2010) y 20.568 parámetros microbiológicos (incremento del 2,8% respecto a 2010).



En el siguiente gráfico y siguientes tablas se representan los números totales de los distintos tipos de muestras analizadas por productos y clientes (solicitantes).



Distribución de muestras analizadas según productos. 2010-2011

	2010		2011	
	Nº	%	Nº	%
Alimentos	1.608	23,0	1.662	24,7
Control de agua	2.941	42,1	2.609	38,8
Legionella	544	7,8	566	8,4
PNIR	1.083	15,5	999	14,9
Drogas	235	3,4	264	3,9
Control de calidad	198	2,8	276	4,1
Urgentes	378	5,4	341	5,1
TOTAL	6.987	100,0	6.717	100,0

Distribución de muestras analizadas por clientes (solicitantes). 2010-2011

	2010		2011	
	Nº	%	Nº	%
Empresas	18	0,26	8	0,12
Particulares	6	0,09	7	0,10
Ayuntamientos	1	0,01	9	0,13
Medio Ambiente	741	10,61	506	7,53
Organismos Control Calidad	274	3,92	320	4,76
Otros Organismos Oficiales	159	2,28	146	2,17
Complejo Hospitalario A	280	4,01	363	5,40
Complejo Hospitalario B	370	5,30	478	7,12
Complejo Hospitalario D	139	1,99	164	2,44
Hospital Reina Sofía	83	1,19	76	1,13
Hospital García Orcoyen	209	2,99	218	3,25
Centro San Francisco Javier	233	3,33	177	2,64
Sanidad Ambiental – Aguas	2.336	33,45	2.236	33,29
Seguridad Alimentaria (alimentos)	984	14,08	1.001	14,90
Seguridad Alimentaria (PNIR)	728	10,42	651	9,69
PNIR – Otras Comunidades	402	5,75	335	4,99
Vigilancia Enfermedades Transmisibles	1	0,01	0	0,00
Agencia Navarra Dependencia	22	0,3	22	0,33
TOTAL	6.987	100,0	6.717	100,0

A continuación se detallan las variaciones más significativas en lo referente a número de muestras por clientes y productos:

- El número de muestras procedentes de la Sección de Seguridad Alimentaria de su programa de “Control Oficial de Alimentos” se incrementó ligeramente, disminuyendo el número de muestras procedentes del “Plan Nacional de Investigación de Residuos” (P.N.I.R.), tanto las muestras procedentes de Navarra como de otras Comunidades.
- Se mantuvo la colaboración con la Dirección General de Medio Ambiente y Agua cuyo volumen de muestras disminuyó, debido al menor número de muestras de Zonas de Baño en virtud del nuevo listado de puntos de muestreo y a la suspensión del acuerdo para la realización de análisis de muestras de aguas residuales.
- Se produjo un incremento del número de análisis de drogas debido al acuerdo alcanzado con el Servicio de Bioquímica del Complejo Hospitalario A para el análisis de drogas en muestras biológicas.
- Con respecto al control que se realiza en las comidas preparadas que se sirven en los Centros Hospitalarios (Complejo Hospitalario de Navarra y Hospital García Orcoyen), el número de muestras analizadas se incrementó debido al mayor número de controles que se acordaron con los centros.
- Aumentaron considerablemente el número de muestras de control de calidad que se realizaron en ejercicios de intercomparaciones.

Se realizaron 341 determinaciones en condiciones de urgencia frente a 378 muestras en el año 2010. La caracterización de muestras como urgentes corresponde a los clientes y su análisis tiene prioridad sobre el resto de las muestras lo que altera la normal sistemática de trabajo del Laboratorio.

Por último cabe señalar que la actividad analítica ha supuesto la realización de 25.456 controles internos, con objeto de asegurar la calidad de los ensayos y cumplir las normativas de ENAC.

RELACIONES CON CLIENTES

ACUERDOS

La Sección de Laboratorio tiene establecidos acuerdos con sus clientes en los que se especifica: la programación, condiciones de recepción, métodos de análisis, comunicación de incidencias, boletines de análisis, etc.

En el año 2011 se han prorrogado los acuerdos existentes con los siguientes clientes del Laboratorio:

- Sección de Seguridad Alimentaria – Alimentos
- Sección de Seguridad Alimentaria - PNIR
- Sección de Sanidad Ambiental
- Dirección General de Medio Ambiente y Agua
- Agencia Navarra para la Dependencia

Para Control Microbiológico de comidas preparadas de los siguientes Centros Sanitarios:

- Complejo Hospitalario de Navarra

- Hospital García Orcoyen

Para análisis de Legionella en Agua Sanitaria:

- Complejo Hospitalario de Navarra
- Hospital García Orcoyen
- Centro San Francisco Javier
- Hospital Reina Sofía

Para análisis de preparados de metadona:

- Farmacia de Salud Mental
- Farmacia del Hospital García Orcoyen

Se firmó un acuerdo con el Servicio de Bioquímica del Complejo Hospitalario A para la realización de análisis de drogas en muestras biológicas.

COMUNICACIÓN

La Política de Calidad de la Sección de Laboratorio descrita en su Manual de Calidad recoge entre otros puntos su compromiso con la calidad de los ensayos y con los servicios prestados para conseguir la satisfacción de sus clientes, considerando de gran importancia el retorno de información de los clientes como ayuda para la mejora de la eficacia de su Sistema de Gestión.

Con objeto de mejorar el servicio que el Laboratorio presta a sus clientes y adecuarse a sus necesidades se han celebrado a lo largo del año 11 reuniones con sus clientes mayoritarios para realizar un seguimiento de los controles realizados, el cumplimiento de las programaciones establecidas, información de resultados analíticos, incidencias en el transcurso de los análisis, acreditación, oferta analítica, etc.

Por otra parte el Laboratorio ha estudiado la opinión de sus clientes sobre el servicio prestado mediante encuestas de satisfacción recogiendo en la medida de lo posible sus sugerencias en los objetivos establecidos para el año 2011 que se especifican en el apartado 17.

Se enviaron 26 encuestas de satisfacción estudiando la información de retorno de todos los clientes del Laboratorio.

Se comprueba que el 89% considera el servicio prestado como bueno o muy bueno y el 11% como correcto.

Se incluyó en la web del ISP el alcance de acreditación del Laboratorio junto con otras informaciones de interés, como la Oferta Analítica y sus tasas correspondientes, con objeto de facilitar la comunicación del laboratorio con sus clientes.

QUEJAS Y RECLAMACIONES

Con el objeto de disminuir el número de reclamaciones de clientes, se implantó en el año 2009, como parte del control interno, la revisión de la introducción de los resultados analíticos y la supervisión de la introducción en el SIGCOM de los

datos sobre la muestra aportados por los clientes. Estas revisiones se realizan en el programa de tratamiento y gestión de muestras antes de la emisión de los boletines analíticos. Estas actuaciones ayudan a detectar errores y por lo tanto a la disminución de posibles quejas de clientes.

Se revisaron los resultados de 4.318 muestras en la Unidad de Microbiología, detectándose 6 errores (0,14%).

En la Unidad de Química se revisaron los resultados de 4.022 muestras, detectándose 23 errores (0,57%).

En Recepción se revisaron los datos de 2.131 muestras, detectándose 140 errores (6,57%).

Si el Laboratorio detecta errores una vez enviado el boletín al cliente, se solicita su devolución, se subsana el error y se envía el boletín correcto. Estos datos son registrados y archivados por la Responsable de Calidad como parte del control interno. En el año 2011 se detectaron 10 errores que afectaron a 30 boletines analíticos ya enviados a los clientes.

Se recibieron 10 reclamaciones que afectaron a 50 boletines analíticos de los aproximadamente 6.717 boletines emitidos (0,74%).

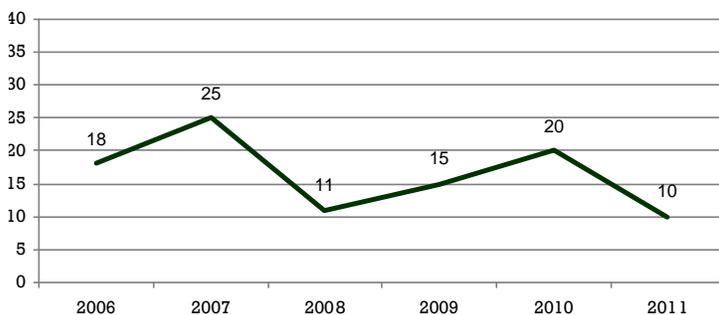
El origen de las reclamaciones fue el siguiente:

- Sección de Seguridad Alimentaria: 4
- Servicio del Agua – Sección de Recursos hídricos: 1
- Servicio de Ganadería – Neg. Seguridad Alimentaria: 1
- Hospital García Orcoyen: 1
- PNIR La Rioja: 1
- PNIR Asturias: 1
- NAMAINSA: 1

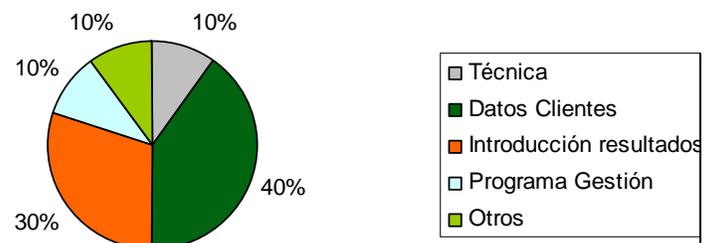
El plazo de resolución de las reclamaciones fue inmediato en la mayoría de los casos.

En los siguientes gráficos se representa la evolución del número de reclamaciones y su clasificación por tipo:

Evolución nº de reclamaciones (2006-2011)



Origen reclamaciones - 2011



EVALUACIÓN DE PROVEEDORES

En febrero de 2012 se ha realizado la evaluación de los proveedores de la sección. Los registros de estas evaluaciones se encuentran archivados junto con la documentación de calidad.

Formación: Se han registrado 34 encuestas proporcionadas por el personal del Laboratorio que ha asistido a las actividades formativas. El Jefe del Laboratorio junto con la Responsable de Calidad han estudiado esta información para la evaluación de estos proveedores. La documentación que recibe el asistente al curso se pone a disposición del resto del personal de la Sección.

Mantenimientos y calibraciones: Los servicios se contratan siempre que es posible a laboratorios o empresas acreditados o certificados. Los Jefes de Unidad junto con la Responsable de Calidad han evaluado el servicio prestado por los 14 proveedores de servicios de mantenimiento y calibración; teniendo en cuenta los siguientes criterios: realización del servicio, tiempo de respuesta a la solicitud, plazo de entrega y contenido del informe.

Equipos; Material Auxiliar; Reactivos Productos y Medios de cultivo: Se ha evaluado a los proveedores mayoritarios controlando los plazos de entrega; certificados; caducidad; comunicación y resolución de incidencias.

Ejercicios de intercomparación: Los Jefes de Unidad y la Responsable de Calidad han evaluado a los organizadores de servicios de intercomparación teniendo en cuenta los criterios establecidos en la G-ENAC-14: "Guía sobre la participación en programas de intercomparaciones" y en el procedimiento GE-134 "Participación y evaluación en ejercicios de intercomparación".

Auditorías internas: Tras la auditoría que ENAC realizó al Laboratorio, se está evaluando a los proveedores de auditorías internas de acuerdo a las indicaciones de ENAC.

AUDITORÍAS EXTERNAS

En marzo de 2011, ENAC realizó al Laboratorio la Auditoría de Seguimiento establecida en el documento PAC-ENAC-LEC.

El Laboratorio recibió el informe de dicha auditoría el 19 de abril. ENAC detectó en su auditoría 3 Observaciones y 4 Observaciones con Acciones Correctivas. En respuesta a este informe, se envió a ENAC el 10 de mayo de 2011 el Plan de Acciones Correctivas.

En septiembre de 2011 se recibió el Anexo Técnico definitivo al alcance de acreditación después de su evaluación por la Comisión de Acreditación de ENAC.

Cabe destacar que la Auditora de ENAC valoró en la reunión final de la Auditoría el gran esfuerzo que realizó el Laboratorio para subsanar las desviaciones detectadas en la anterior auditoría.

AUDITORÍAS INTERNAS

El Plan de Auditorías de 2011 se elaboró teniendo en cuenta los criterios establecidos en la Norma 17025.

Como se puede comprobar en los apartados 7 y 8 de este informe, las auditorías internas son eficaces para la detección de No Conformidades y Acciones Preventivas y verificar que se siguen cumpliendo los requisitos del Sistema de Gestión y de la Norma 17025.

Se realizaron las tres auditorías programadas siendo auditados todos los puntos de la norma.

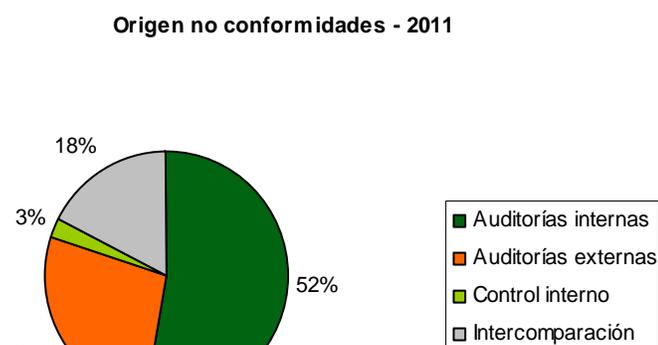
En base al acuerdo de colaboración con el Laboratorio Municipal del Ayuntamiento de Pamplona para la realización de las auditorías internas de las áreas de calidad de sus respectivos centros, la Responsable de Calidad del Laboratorio Municipal realizó una auditoría al Área de Calidad del Laboratorio del I.S.P. en septiembre de 2011 y la Responsable de Calidad del Laboratorio del I.S.P. la realizó en octubre en el Laboratorio Municipal.

La empresa Novotec realizó las auditorías técnicas de las Unidades de Química y Microbiología.

La Responsable de Calidad del Laboratorio de Salud Pública realizó una auditoría vertical de Trazabilidad.

INFORMES DE NO CONFORMIDAD

En los siguientes gráficos figuran la evolución del número de no conformidades de los últimos cinco años, y su clasificación por origen.



ACCIONES CORRECTIVAS

Las No Conformidades abiertas dieron lugar a 39 Acciones Correctivas.

El Laboratorio realiza un seguimiento de las Acciones Correctivas y una vez implantadas se comprueba su eficacia. En las ocasiones en que la Acción no ha sido eficaz, se abre una nueva Acción Correctiva.

En este momento se encuentran abiertas 7 Acciones Correctivas.

ACCIONES PREVENTIVAS

En 2011, se abrieron 10 Acciones Preventivas. Se realizó su seguimiento comprobando su eficacia; una de estas acciones ha pasado a formar parte del sistema.

En este momento se encuentran abiertas 2 Acciones Preventivas.

MEJORA

El Laboratorio se planteó para el año 2011 elaborar un Plan de Mejora que incluyera:

- Mantenimiento del alcance de acreditación de ENAC.
- Puesta a punto y adecuación de distintas técnicas recogiendo las sugerencias de los clientes.
- La presentación en la página Web del I.S.P. de la oferta analítica del Laboratorio e información sobre sus actividades.

REVISIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD

Según lo especificado en el punto 5.6 del POC-03 “Procedimiento para la Gestión de la Documentación”, el Laboratorio tiene establecida la periodicidad de revisión de cada uno de los documentos del Sistema de Gestión.

Como consecuencia de lo anterior, se registraron 84 propuestas de modificación de los distintos documentos estando a 31 de diciembre 3 de ellas pendientes de incorporación.

Han cambiado de edición los siguientes documentos:

Manual de Calidad

- 10 Procedimientos Operativos de Calidad
- 8 Procedimientos de control de Equipos y Materiales auxiliares
- 20 Procedimientos de Métodos Acreditados
- 5 Procedimientos de Métodos no Acreditados
- 18 Procedimientos Generales
- 10 Instrucciones Técnicas

Se han elaborado los siguientes nuevos documentos:

- 1 Procedimiento General
- 1 Instrucción Técnica

Se han registrado, indexado y archivado diferentes registros internos de calidad como: encuestas de satisfacción de clientes; encuestas de evaluación de cursos realizados por el personal del Laboratorio; registros de cualificación, autorización, formación, listados de personal, control interno, formación y comunicaciones con los clientes.

FORMACIÓN

La formación interna y externa del personal del Laboratorio se recoge en los planes de formación elaborados en base a los criterios establecidos por el Jefe del Laboratorio, con el visto bueno de la Directora del ISP, recogiendo las propuestas de formación realizadas por los Jefes de Unidad y el Jefe del Laboratorio.

Se realizó un seguimiento de dichos planes comprobándose que no se realizaron todos los cursos previstos debido a causas diversas: denegación de la solicitud por los organizadores, problemas laborales o falta de presupuesto. Sin embargo, se realizaron otros no previstos cuya necesidad se detectó en el transcurso del año.

Se evaluaron los cursos realizados mediante encuestas de satisfacción recibidas del personal asistente a los cursos externos y registros de evaluación de los responsables de la formación realizada internamente en el Laboratorio.

- El Laboratorio organizó y participó como docente en el curso “Interpretación de resultados analíticos de parámetros químicos: incertidumbre y límites de detección” realizado en el Aula de Docencia del Instituto de Salud Pública. A este curso asistieron 22 personas del Laboratorio y de las Secciones de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental.

Este curso fue acreditado por la Comisión de Formación Continuada Sanitaria de Navarra.

- En colaboración con la casa Waters se organizó el curso “Avances tecnológicos y Nuevas Herramientas en LC-MS”, impartido igualmente en el Aula de Docencia del ISP, al que asistieron 26 personas del ISP y de otros laboratorios.
- Asimismo, personal del Laboratorio participó como docente en el curso “Riesgo alergénico de los alimentos. Estrategias de control desde la Salud Pública” organizado por el Servicio de Docencia y al que asistieron 15 personas.
- Se participó en la formación de un médico residente de Medicina Preventiva, de un alumno de un Master en Salud Pública y de alumnos del Laboratorio de Análisis y Control de Calidad del Centro Integrado Politécnico Donapea y de alumnos de la Escuela de Técnicos Especialistas en Salud Ambiental.
- El Laboratorio participó en un estudio sobre el nivel de nitratos en verduras preparado por la Sección de Pediatría del Complejo Hospitalario de Navarra.
- Personal del Laboratorio presentó dos comunicaciones póster al Congreso Español de Toxicología y otra a la V Reunión de la Sociedad Española de Espectrometría de Masas.

Se realizó la formación establecida en la documentación del sistema para cada puesto de trabajo por cambios del personal, concurso de traslado o contratado por bajas del personal, (1 Técnico de Laboratorio, 2 Auxiliares Sanitarias y 1 Personal de Servicios Múltiples) sin que este hecho significara un incremento de plantilla.

CONTROL ANALÍTICO

Con objeto de asegurar y evaluar la calidad de los análisis, el Laboratorio realiza un control interno y externo sobre sus equipos y métodos analíticos.

EQUIPOS

En el Plan de control de equipos se establecen la periodicidad y las operaciones de mantenimiento y calibración internas y externas que se establecen para asegurar el buen funcionamiento de los equipos utilizados para la realización de los análisis.

MÉTODOS DE ANÁLISIS

CONTROL INTERNO

El Laboratorio tiene establecido en su documentación los controles analíticos que se realizan en cada tipo de técnica. En cada serie de muestras analizadas se incluyen: Controles internos de blancos; duplicados de muestras; materiales de referencia, etc.

En el año 2011 estos controles se cuantificaron en 25.456, no recogidos en la actividad analítica.

CONTROL EXTERNO

Se ha participado en ejercicios de intercomparación de todos los parámetros del alcance de acreditación de ENAC y de otros parámetros no acreditados que se analizan con frecuencia en el Laboratorio o que se tiene previsto acreditar.

En las tablas siguientes se especifican la participación y los resultados obtenidos:

Determinaciones acreditadas

		%
Resultados correctos	188	96,91
Resultados cuestionables	4	2,06
Resultados incorrectos	2	1,03
TOTAL	194	

Determinaciones no acreditadas

		%
Resultados correctos	111	83,46
Resultados cuestionables	11	8,27
Resultados incorrectos	11	8,27
TOTAL	133	

RECURSOS

En el año 2011 los siguientes equipos por un valor de 17.240 €:

Equipos	€
Pipetas automáticas	590
Columnas HPLC	2.680
Columnas cromatógrafo de gases	370
Aire acondicionado	5.300
Termómetro portátil con sonda	330
Incubador programable	4.540
Arcón congelador	2.360
Armario congelador	2.360
Frigorífico	500

REUNIONES PERIÓDICAS CON DIRECCIÓN

Se han mantenido distintas reuniones con la Dirección del ISP sobre diferentes temas:

- Seguimiento y Cumplimiento de Objetivos
- Propuesta de Objetivos
- Auditoría ENAC. Seguimiento del Plan de Acciones Correctivas
- Formación - Docencia
- Relaciones con clientes
- Implantación del nuevo programa de gestión de compras (SAP)
- Plan de Emergencia del ISP

REVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD 2011

Se ha realizado un seguimiento del grado de cumplimiento de los objetivos de 2011, resultando la siguiente valoración:

Objetivo	Cumplimiento
1) Realización de análisis de confirmación de drogas de abuso en orina procedentes del Servicio de Bioquímica del Complejo Hospitalario de Navarra.	Cumplido
2) Validación de la determinación de gluten. Puesta a punto de las técnicas de caseína y beta-lactoglobulina y otros alérgenos.	Cumplido respecto a caseína y betalactoglobulina. No cumplido respecto a Gluten pendiente validación (pasa a ser objetivo para 2012).
3) Validaciones de las determinaciones de Herbicidas en aguas, Sulfitos y Nitratos y Nitritos en alimentos.	Cumplido respecto a Herbicidas en aguas y Nitratos y Nitritos en alimentos. No cumplido respecto a Sulfitos en alimentos.
4) Adecuación de la técnica de Trihalometanos y compuestos semejantes en agua y determinación de PCB's en grasa*.	Cumplido respecto a Trihalometanos. No cumplido respecto a PCB's en grasa (pasa a ser objetivo para 2012).
5) Determinación de Nitratos y Nitritos en verduras para el programa de MHN*	Cumplido
6) Determinación de Campylobacter (agente de gran interés sanitario en el análisis de alimentos) y otros análisis*.	No Cumplido (Pasa a ser objetivo para 2012)
7) Validación de la técnica de Triquina. Validación de la técnica de Legionella en la matriz torres de refrigeración.	No cumplido respecto a Triquina (pasa a ser objetivo de 2012). Cumplido parcialmente respecto a Legionella (pasa a ser objetivo de 2012).
8) Pleno funcionamiento del Programa SAP de Gestión de compras. Gestión del almacén actual por medio de la aplicación SAP.	No Cumplido (pasa a ser objetivo de 2012).
9) Institucionalización de la Unidad de Calidad del Laboratorio.	En proceso.

OBJETIVOS PARA 2012

Los objetivos de la Sección para el año 2012 se han elaborado:

- Recogiendo las sugerencias del personal del Laboratorio.
- Estudiando las necesidades de los clientes mayoritarios del Laboratorio.
- Evaluando las encuestas de satisfacción enviadas a todos los clientes del Laboratorio (se indican con un asterisco los objetivos extraídos de estas encuestas).
- Con el visto bueno del Jefe del Servicio de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental, con el objeto de incorporarlos a los objetivos de dicho Servicio.
- Con las modificaciones establecidas por la Dirección.

La tabla siguiente resume los objetivos de la Sección de Laboratorio para el año 2012.



TABLA OBJETIVOS LABORATORIO SALUD PÚBLICA 2012

Objetivos	Acciones	Plazo	Responsables
1. Solicitar a ENAC la acreditación de los siguientes parámetros: <ul style="list-style-type: none"> - Herbicidas en agua - Aminoglucósidos en riñón - Sulfatos en agua 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar los procedimientos de trabajo. - Realizar los análisis de las muestras programadas. - Participar en ejercicios de intercomparación. - Preparar la documentación de calidad y tramitar la solicitud a ENAC. 	<p>Junio 2012</p> <p>Octubre 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jefa de la Unidad de Química. - Responsable de Calidad.
2. Solicitar a ENAC la acreditación de los siguientes parámetros: <ul style="list-style-type: none"> - E.coli β glucuronidasa + en alimentos según ISO 16649-2 - Enterotoxina estafilocócica en alimentos - Investigación y Recuento de L.monocytogenes en alimentos según ISO 11290-1 y 11290-2 - Legionella en torres de refrigeración y en condensadores evaporativos - C.perfringens en aguas de consumo - pH y Actividad de agua en alimentos - Triquina en productos cárnicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar los procedimientos de trabajo. - Realizar los análisis de las muestras programadas. - Participar en ejercicios de intercomparación. - Realizar curso de formación CNA. - Realizar actividad formativa a los Laboratorios Satélites. - Preparar la documentación de calidad y tramitar la solicitud a ENAC. 	<p>Junio 2012</p> <p>Junio 2012</p> <p>Junio 2012</p> <p>Febrero 2012</p> <p>Octubre 2012</p> <p>Octubre 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jefa de Unidad de Microbiología. - Jefe de la Sección de Seguridad Alimentaria. - Responsable de Calidad
3. Realizar la Validación de los siguientes parámetros : <ul style="list-style-type: none"> - Fumonisina. - PCB's en grasa. - Gluten en alimentos. - Sulfamidas en huevo 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar los procedimientos de trabajo. - Visitar Laboratorio de Salud Pública de Barcelona - Programar un mínimo de 60 muestras/año para gluten. - Realizar los análisis de las muestras programadas. - Participar en ejercicios de intercomparación. - Preparar la documentación de calidad. 	<p>Junio 2012</p> <p>Junio 2012</p> <p>Junio 2012</p> <p>Octubre 2012</p> <p>Diciembre 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jefa de Unidad de Química. - Responsable de Calidad

Objetivos	Acciones	Plazo	Responsables
4. Implantar la gestión de los boletines analíticos en la Web del ISP	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar firma electrónica - Adaptar SIGCOM - Formación del personal - Revisar y modificar la documentación del Sistema de Calidad 	Diciembre 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Jefe de Sección del Laboratorio - DGGANT
5. Utilización de SAP para la gestión de Compras y para la gestión de Almacén	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar y modificar los procedimientos de compras y almacén. - Formación del personal implicado. 	Diciembre 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Jefe de la Sección del Laboratorio - Jefa de la Sección de Administración. - Sección de Aprovisionamiento del SNS
6. Disminuir el gasto del Laboratorio en un 3% y ahorro global	<ul style="list-style-type: none"> - Asignación económica a cada determinación analítica - Actualización de tasas - Disminución del nº de proveedores - Revisión y reducción del gasto en contratos y laboratorios externos - Establecimiento de acuerdos de reducción de costes con los proveedores mayoritarios de productos 	Diciembre 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Jefe de la Sección de Laboratorio - DGGANT - Responsable de Calidad
7. Mejorar e incrementar el contenido de la información correspondiente a la Sección de Laboratorio en la página Web del ISP	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar contenido (publicaciones, investigaciones, cursos, etc.) 	Diciembre 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Jefe de Sección de Laboratorio. - Dirección del ISP.
8. Realizar un proyecto de investigación sobre el contenido en fluoruros y otros componentes en los sistemas de abastecimiento de agua de Navarra	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar el proyecto - Presentación a distintas convocatorias - Programar las muestras. - Revisar el procedimiento de trabajo. 	Diciembre 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Jefe de Sección de Laboratorio. - Jefa de la Sección de Sanidad Ambiental.

Objetivos	Acciones	Plazo	Responsables
9. Poner a punto la técnica de Campylobacter en alimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar los procedimientos de trabajo. - Establecer programación de toma de muestras con los clientes (Seguridad Alimentaria y Centros Hospitalarios). - Participar en ejercicios de intercomparación 	Diciembre 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Jefe de Sección de Laboratorio. - Jefa de Unidad de Microbiología - Jefe de la Sección de Seguridad Alimentaria. - Responsable de Calidad
10. Realizar los análisis del control oficial de las cocinas del Centro San Francisco Javier y del Hospital de Tudela	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer programación de toma de muestras con la Sección de Seguridad Alimentaria - Revisar el acuerdo con la Sección de Seguridad Alimentaria - Incluir en las reuniones de seguimiento del control realizado a los representantes de los centros citados 	Junio 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Jefa de Unidad de Microbiología - Jefe de la Sección de Seguridad Alimentaria - Responsable de Calidad.