

SERVICIO 02

# **SEGURIDAD**

**PROTOCOLO BASICO**

Sociedades Concesionarias

Versión 1.0

*15 de diciembre de 2006*

## INDICE

Título	Subtítulo	Página
<b>INTRODUCCION</b>		
	Objeto	4
	Metodología	5
	Protocolo básico	6
	DIAGRAMAS	9
<b>01 PROCEDIMIENTOS GENERALES</b>		
	01 Planes preventivos y correctivos, competencia y formación	11
	02 Centro de Control	26
	03 Peticiones de emergencia y peticiones urgentes	38
	04 Patrullas de vigilancia	47
<b>02 SERVICIOS ESPECÍFICOS</b>		
	01 Departamentos y pacientes de alto riesgo	61
	02 Situaciones de emergencia y catástrofe	67
	03 Control de accesos	72
	04 Custodia de objetos	82
<b>03 CALIDAD</b>		
	01 Uniformidad - Identificación	91
	02 Uniformidad	97
	03 Verificación de los puestos de trabajo	102
<b>00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO</b>		
	01 Dejar inoperativa una parte o la totalidad de un área asistencial (respuesta a solicitudes de emergencia, alarmas de incendio e intrusión en áreas restringidas)	107

<b>02 Entorpecer la actividad de un área (respuesta a peticiones urgentes, control de accesos, sistemas específicos departamentales de seguridad e inoperatividad del sistema de vigilancia y de control remoto</b>	<b>114</b>
<b>03 Reclamación por parte de la Dirección o de los Usuarios del Hospital</b>	<b>121</b>

## INTRODUCCION

### Objeto

En el contrato que las diferentes Sociedades Concesionarias de los Hospitales incluidos en el Plan de Infraestructuras Sanitarias de la Comunidad de Madrid:

- Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda,
- Hospital del Sureste (Arganda),
- Hospital del Sur (Parla),
- Hospital del Noroeste (Coslada),
- Hospital de Vallecas,
- Hospital del Norte (San Sebastián de los Reyes) y
- Hospital del Tajo (Aranjuez)

firmaron con la Consejería de Sanidad, se establecía el compromiso de elaborar los protocolos y manuales de procedimientos de cada uno de los Servicios de Explotación, antes de su entrada en funcionamiento:

1. Limpieza
2. Servicio Integral de Seguridad
3. Gestión de Restauración
4. Residuos Urbanos y Sanitarios
5. Mantenimiento
6. Conservación de Viales y Jardines
7. Servicio Integral Lavandería
8. Servicio Integral de Esterilización
9. Desinsectación y Desratización.
10. Transporte Interno / externo y Gestión Auxiliar
11. Gestión de almacenes y distribución de materiales
12. Gestión de Personal Administrativo y de Recepción/Información y Centralita Telefónica.
13. Gestión del Archivo de Documentación Clínica y Administrativa (sólo para el Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda)

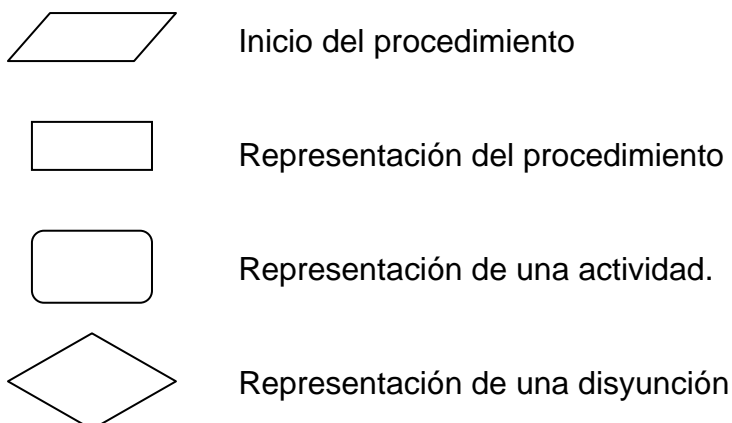
El objeto de los protocolos y manuales de procedimientos es garantizar las mejores prácticas y la calidad de los servicios de explotación, principal preocupación de ambas partes, junto con la necesidad de contar con un sistema homogéneo de seguimiento y control que garantice su cumplimiento.

De ahí la necesidad manifestada, también por la Administración, de elaborar protocolos comunes para todos los hospitales, que sin llegar al detalle imposible de los procedimientos concretos, afectados por la distribución física, la organización, las dimensiones, etc. de cada hospital, establezcan claramente las pautas comunes de funcionamiento y control.

## Metodología

Cada Sociedad Concesionaria ha trabajado el “protocolo básico” de determinados Servicios para presentarlo al conjunto de las Sociedades. El esquema de trabajo ha sido el siguiente:

1. Se han identificado los procesos de cada servicio (mapa de procesos) y se han documentado.
2. Se ha incorporado a cada actividad los conocimientos y las técnicas que mejor resultado producen según la experiencia de las Sociedades Concesionarias que elaboran el primer borrador.
3. El protocolo básico obtenido se ha verificado con el sistema de medición de los niveles de disponibilidad y calidad requeridos por la CAM, para comprobar que da respuesta a todos los requerimientos de forma satisfactoria.
4. La Concesionaria que ha elaborado el protocolo lo ha presentado al Conjunto de Sociedades, donde en sesiones de trabajo se han acordado las pautas comunes a seguir en la prestación de los servicios.
5. A la hora de dar forma a los protocolos también se han considerado otras obligaciones del contrato, como la implantación de la Norma ISO, que establece:
  - a. El procedimiento debe redactarse una vez visualizado gráficamente, por tanto, antes de pasar a la descripción de las actuaciones a llevar a cabo, se elabora un diagrama de flujo de la secuencia de actividades utilizando las siguientes convenciones gráficas



b. La identificación de:

- Objeto y ámbito de aplicación de la actividad.
- Qué debe hacerse.
- Quién debe hacerlo.
- Cuándo, dónde y cómo debe llevarse a cabo.
- Qué materiales y equipos se van a utilizar.

Apartados que sólo podrán completarse con el desarrollo de los “protocolos básicos” en cada Hospital y la consiguiente elaboración de los “manuales de procedimientos”.

## Protocolo Básico

Finalmente el protocolo básico o común tiene la siguiente forma:

1. Servicio (cualquiera de los 13 indicados anteriormente)
2. Índice
3. Diagrama de flujo. Sobre el diagrama se ha incorporado el índice del documento para facilitar la búsqueda de cada apartado dentro de la secuencia a realizar.
4. Título (procedimiento principal)

Cada documento finaliza por el título: 00 Situaciones Críticas del Servicio, que recoge aquellos procedimientos que su defectuosa realización puede generar perjuicios a la actividad asistencial e incluso al propio paciente. Se ha hecho así para destacar su importancia, priori-

zar aún más la atención de los responsables y orientar el desarrollo posterior de los “manuales de procedimientos” en cada hospital.

5. Apartado o subtítulo (Actividades)

A. Protocolo básico (contenido, requisitos y programa de actuación general para el título y subtítulo considerado).

B. Resolución de incidencias (protocolo básico para solventar las incidencias que puedan producirse en este apartado, en lo que se refiere a los tiempos de respuesta como a la corrección).

a. Respuesta

b. Corrección

C. Procedimiento a desarrollar por el Hospital (incorpora sólo las pautas comunes de:)

a. Responsable

b. ¿Qué se hace?

c. ¿Cuándo?

d. Materiales y equipos a utilizar

D. Indicadores y valores de incumplimiento (identificación y cuantificación de errores o fallos significativos de servicio y cuantificación del valor o rango de corte, a partir del cual puede corresponder la sanción prevista en el sistema de control).

E. Sanciones prevista (control y seguimiento de la Administración para el cumplimiento del protocolo. Los valores unitarios establecidos y expresados en % sobre TAS, están ponderados por la categoría del servicio y según la zona donde se produzcan).

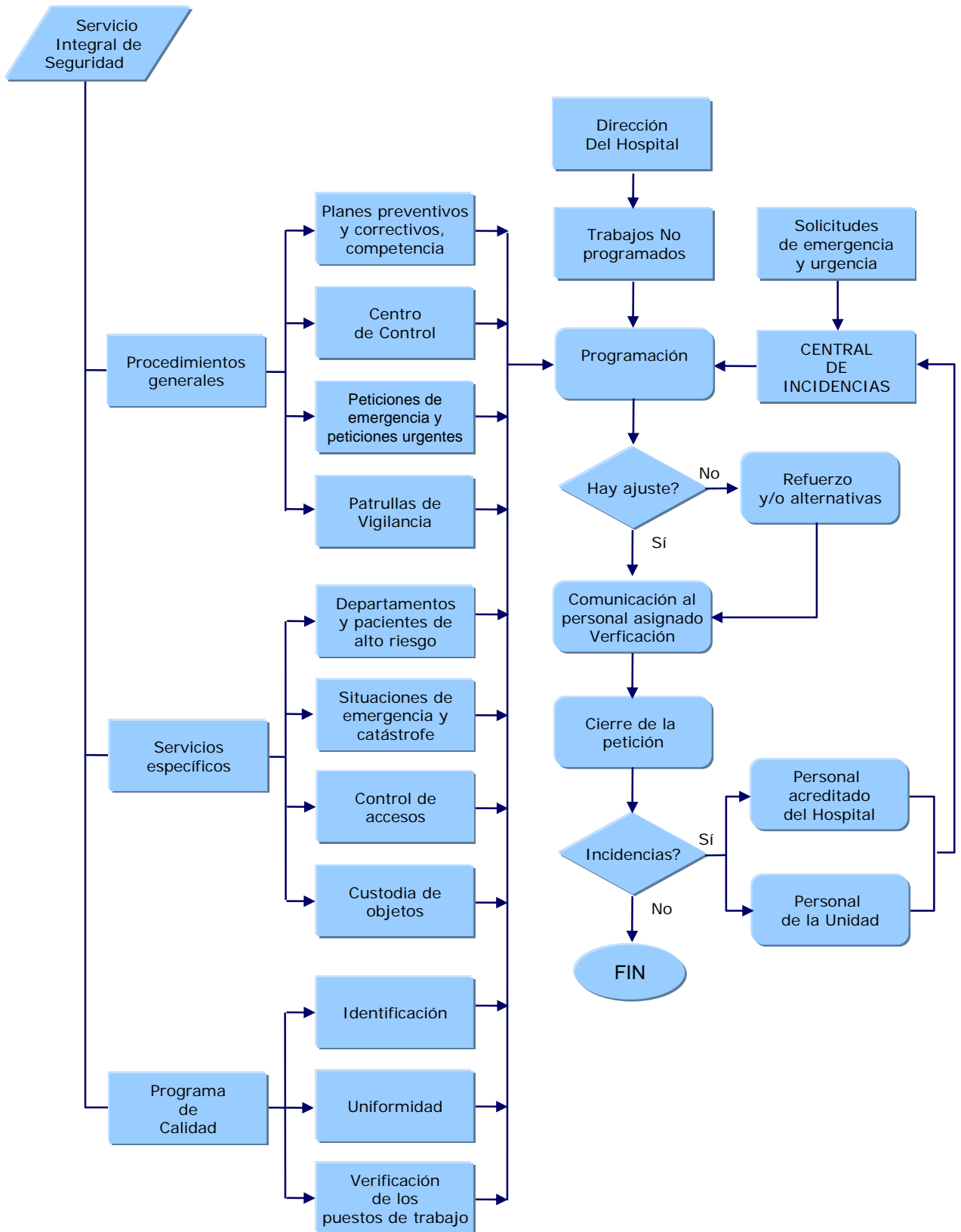
6. Otras indicaciones:

- En el texto se ha forzado la separación en párrafos, que se han numerado para facilitar su búsqueda y las posibles correcciones.
- La palabra INCIDENCIA, que aparece frecuentemente en el protocolo, se utiliza en su significado de cualquier hecho que se considere anómalo o extraordinario, para que sea subsanado, corregido o simplemente conocido y advertido por quien corresponda (normalmente el responsable de la Unidad).

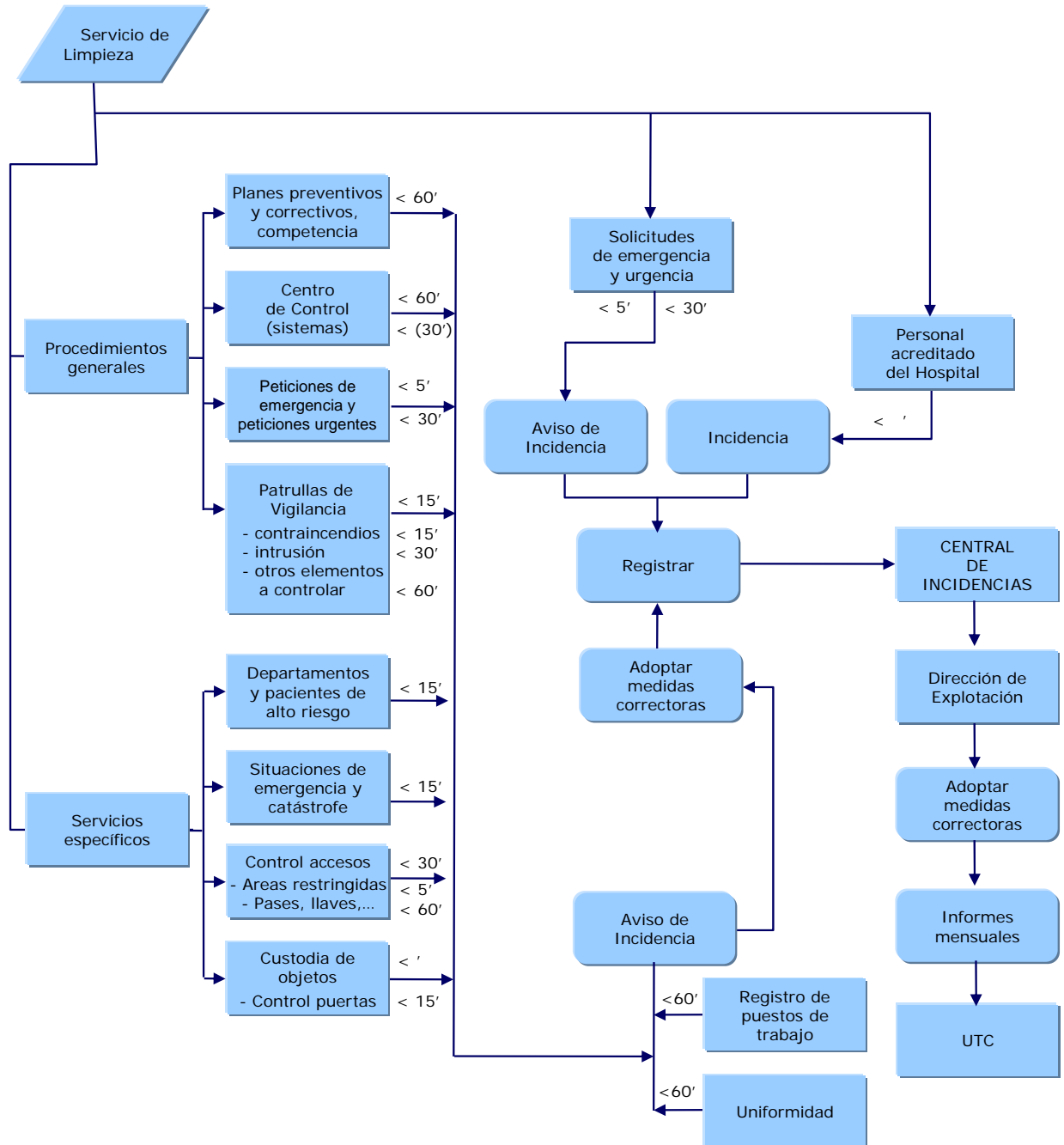
- El concepto posibilidad de incidencia, también usado frecuentemente en los protocolos, se utiliza consecuentemente como la previsión, por parte del personal de la Unidad, de que pueda suceder ese hecho anómalo o extraordinario.



## Servicio integral de Seguridad



## Servicio integral de Seguridad B. Incidencias



Servicio

## 02 Servicio Integral de Seguridad

---

Título

### 01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

Subtítulo

#### 01 Planes preventivos y correctivos, competencia y formación

---

##### A. Protocolo básico

(1) La Unidad de Seguridad tiene definidos en su manual de procedimientos los planes preventivos y correctivos (de respuesta) para:

(a) Proveer servicios profesionales integrados de seguridad de manera regular, habitual y ante hechos ocasionales, garantizando su eficiencia, efectividad y oportunidad.

(b) Mantener la seguridad de las personas (pacientes, empleados, proveedores de servicios y visitantes) y sus pertenencias en el recinto del Hospital, evitando la comisión de delitos o infracciones.

(c) Proteger el recinto y la propiedad del Hospital frente a robos, actos vandálicos, desórdenes y daños criminales (actos delictivos).

(d) Asegurar que sólo acceden al recinto del Hospital el personal autorizado y visitantes de buena fe.

(e) Limitar el acceso a las zonas restringidas de personal no autorizado.

(f) Atender las solicitudes de la Dirección del Hospital y en especial la colaboración en hechos concretos que requieran la presencia o actuación de la Unidad.

(g) Todo ello actuando conforme a las disposiciones legales vigentes y utilizando los medios reglamentarios de prevención, auxilio y disuasión.

(h) Los planes preventivos han sido elaborados en coordinación con la Administración Sanitaria y los oficiales de policía, para luchar contra delitos graves contra las personas, usuarios en general y la propiedad, que puedan ocurrir en el recinto del Hospital incluyendo, sin carácter limitativo, robos, actos vandálicos, delitos contra la integridad física, etc., que contemplan los procedimientos.

(i) La Unidad de Seguridad requiere la presencia de la autoridad policial y coopera con ella, siguiendo las instrucciones y reglamentos de la Administración Sanitaria.

(2) El manual de procedimientos contempla además:

- (a) Las normas de la Unidad y modos de actuación en las diferentes situaciones.
  - (b) Funciones del personal operativo, evaluación de riesgos y documentación necesaria en cada plan.
  - (c) Registro y control de material.
  - (d) Informes de incidencias.
  - (e) Registro clasificado de incidencias (incluyendo todos los incidentes de seguridad acaecidos (robos, daños, extravíos, incendios, falsas alarmas, etc.) con:
    - Fecha.
    - Hora (de / a).
    - Tipo de servicio realizado.
    - Lugar, dependencia o GFH.
    - Tipo de incidencia.
    - Descripción de la incidencia indicando hora y lugar precisos.
    - Personal operativo; nombre y puesto.
    - Fecha de escritura del informe.
    - Firma.
    - Fecha, firma y nombre del responsable que realiza la revisión.
    - Tipo de incidencia para clasificación.
    - Observaciones y/o actuaciones a realizar.
  - (f) Registros de mantenimiento (vehículos, armas, equipos de control, etc. cuando proceda)
  - (g) Ficha de teléfonos de interés.
- (3) En el manual y en los correspondientes planes se recogen también las exigencias de competencia y formación:
- (a) Está identificada la persona designada como responsable de la Unidad las 24 horas del día.
  - (b) El Servicio tiene identificada documentalmente la formación de las personas que prestan el servicio de seguridad.
  - (c) El personal asignado posee la formación técnica necesaria y el conocimiento concreto de los planes, dispositivos, instalaciones y procedimientos del Hospital que se encuentran en el manual de procedimientos de la Unidad para la prestación del servicio. Especialmente cuenta con la formación:
    - Operativa de vigilancia y seguridad.

- Atención e información al público.
- Sistemas de alarmas y protección contra incendios.
- Situaciones de emergencia.
- Uso de transmisores.
- Reanimación cardio-pulmonar, primeros auxilios, etc.

(d) El programa de formación continuada de la Unidad mantiene el nivel de calidad requerido para su actuación.

(e) Así mismo, el personal en cada puesto o función que desarrolla conoce y cuenta con los métodos y medios adecuados de trabajo, de manera que en cada momento cumple con los requerimientos que en materia de prevención de riesgos laborales establece la normativa vigente (plan general anual de prevención de riesgos laborales en cumplimiento de la ley 31/1995 y del Real Decreto 39/1997 por el que se aprueba el reglamento de los servicios de prevención, Reales Decretos 485, 486, 487 y 773 /1997, etc.).

(3) La Unidad de Vigilancia dispone de la ficha con fotografía, datos personal y profesionales del personal de vigilancia que presta sus servicios en el Hospital.

(4) La Unidad de Vigilancia tiene a disposición informe actualizado sobre el cumplimiento de las disposiciones vigentes sobre riesgos laborales, Seguridad Social y cualesquiera otra de carácter general así como la legislación específica del sector.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda detectarse alguna posible incidencia:

(a) que implique falta de formación del personal de la unidad, o  
(b) incumplimiento del plan de formación o de su nivel de calidad,  
o sobre:

(c) la ejecución de las actuaciones establecidas en el plan de prevención de delitos,

(d) el registro de los incidentes en el formato correcto o con la calidad requerida o sobre las normas de protección de datos personales,

(e) las normas establecidas por el hospital para informar a la autoridad policial.

(1) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue, registra el aviso de la posible incidencia en la Central de Incidencias, indicando las medidas correctoras que se instrumenten y su plazo de ejecución.

(2) Con la realización de las medidas correctoras se registra el aviso como resuelto en la Central de Incidencias.

(3) Cualquier incidencia en este sentido puede comunicarse por el personal acreditado del hospital, registrándola lo antes posible en la Central de Incidencias.

(4) La Central de Incidencias se lo comunica inmediatamente al responsable de la Unidad y a la Dirección de Explotación.

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de una hora y toma las medidas oportunas para que se realice.

(6) La persona designada cierra la incidencia y registra la hora.

(7) La Dirección del Explotación contrasta la incidencia, recaba la documentación necesaria, valora el alcance y propone a la Administración las medidas correctoras y el plazo de ejecución para evitar en lo sucesivo este tipo de incidencias.

**b. Corrección**

Por los mismos conceptos:

- (1) La corrección de una incidencia según protocolo no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.
- (2) Cuando la incidencia no pueda corregirse en ese plazo o del motivo que la origina se deriven otro tipo de medidas correctoras, la Dirección de Explotación pone en marcha el procedimiento señalado en el punto 7 del apartado anterior.
- (3) En el nuevo plazo señalado se realizan las medidas acordadas.

## C. Procedimiento a desarrollar

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

### b. Qué se hace?:

- (1) Definir y actualizar los manual de procedimientos de la Unidad con los planes preventivos y correctivos (de respuesta).
- (2) Actuar conforme a las disposiciones legales vigentes y utilizando los medios reglamentarios de prevención, auxilio y disuasión.
- (3) Disponer del informe actualizado sobre el cumplimiento de las disposiciones vigentes sobre riesgos laborales, Seguridad Social y cualesquiera otra de caracterer general así como la legislación específica del sector.
- (4) Verificar y garantizar las exigencias de competencia y formación.
- (5) Requerir la intervención de la autoridad policial y cooperar con ella, siguiendo las instrucciones y reglamentos de la Administración Sanitaria.
- (6) Realizar los registros, fichas e informes indicados en el manual.

### c. Cuándo?:

- (1) Al inicio de la actividad.
- (2) Actualizado permanentemente.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

- (1) Manual de procedimientos con los planes preventivos y correctivos (de respuesta).
  - (a) Procedimiento para requerir la presencia de la autoridad policial.e instrucciones y reglamentos de la Administración Sanitaria al respecto.
  - (b) Las normas de la Unidad y modos de actuación en las diferentes situaciones.
  - (c) Funciones del personal operativo, evaluación de riesgos y documentación necesaria en cada plan.
  - (d) Procedimiento de registro y control de material.
  - (e) Informe de incidencias y metodología de clasificación.



- (f) Registros de mantenimiento (vehículos, armas, equipos de control, etc. cuando proceda).
- (g) Ficha de teléfonos de interés.
- (2) Exigencias de competencia y formación:
- (3) Designación de responsable de la Unidad las 24 horas del día.
- (4) Programa de formación continuada.
- (5) Ficha con fotografía, datos personal y profesionales del personal de vigilancia que presta sus servicios en el Hospital (incluyendo específicamente el apartado de formación).
- (6) Normativa en materia de prevención de riesgos laborales establece la normativa vigente (plan general anual de prevención de riesgos laborales en cumplimiento de la ley 31/1995 y del Real Decreto 39/1997 por el que se aprueba el reglamento de los servicios de prevención, Reales Decretos 485, 486, 487 y 773 /1997, etc.).
- (7) Informe actualizado sobre el cumplimiento de las disposiciones vigentes sobre riesgos laborales, Seguridad Social y cualesquiera otra de carácter general así como la legislación específica del sector.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

#### 01 Planes preventivos y correctivos, competencia y formación

### Indicador (1/4)

#### 1. definición y valores según PPT

*Todos los empleados del Servicio de Seguridad han recibido formación adecuada y específica en las distintas áreas solicitadas en el pliego*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
4 / FC-M	Ordinario	T.D.	2, , ,	T
fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  120 min.	Auditoria	Trimestral.

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>El personal de seguridad no ha recibido formación adecuada según protocolo</b>	Incidencia	UTC/GFH específico	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe indicarse la persona o alguna seña de identidad de la misma	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Número de incumplimientos en formación de personal de seguridad atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,014%	0,003%	0,019%	0,0378%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0147%	0,0032%	0,0200%	0,0378%

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

#### 01 Planes preventivos y correctivos, competencia y formación

### Indicador (2/4)

#### 1. definición y valores según PPT

*Todos los incidentes son registrados en el formato correcto y con la calidad requerida, respetando las normas sobre protección de datos (personales) y la normativa aplicable*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
20 / FC-M	Ordinario	T.D.	2, 4, ,	M
fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  120 min.	Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control.	Mensual.

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>Los incidentes no se registran en el formato correcto, no respetando las normas sobre protección de datos</b>	Incidencia	UTC	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incumplimientos por no registrar los incidentes atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,014%	0,003%	0,019%	0,0378%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0147%	0,0032%	0,0200%	0,0378%

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

#### 01 Planes preventivos y correctivos, competencia y formación

### Indicador (3/4)

#### 1. definición y valores según PPT

*La Policía es informada de conformidad con las normas establecidas por el Hospital*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
21 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 4, ,	M
fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  60 min.	Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control.	Mensual.

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>La policía no es informada de conformidad con las normas establecidas por el Hospital</b>	Incidencia	UTC/GFH específico	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe identificarse el incidente, fecha, hora y lugar	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incumplimientos en información a la policía atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,043%	0,003%	0,019%	0,0683%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0452%	0,0032%	0,0200%	0,0683%

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

#### 01 Planes preventivos y correctivos, competencia y formación

### Indicador (4/4)

#### 1. definición y valores según PPT

Se ejecutan las actuaciones establecidas en el Plan de Prevención de delitos

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
22 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 4, ,	M
fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  60 min.	Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control.	Mensual.

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se ejecutan las actuaciones establecidas en el Plan de Prevención de delitos	Incidencia	UTC	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe identificarse el incidente, fecha, hora y lugar	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	



### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Número de incumplimientos en la ejecución de actuaciones establecidas en el Plan de Prevención de delitos atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,043%	0,003%	0,019%	0,0683%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0452%	0,0032%	0,0200%	0,0683%

Servicio

## 02 Servicio Integral de Seguridad

---

Título

### 01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

Subtítulo

#### 02 Centro de Control

---

##### A. Protocolo básico

(1) El manual de la Unidad detalla las funciones del centro de control:

(a) Centralización y control permanente (las 24 horas del día) de todas las actuaciones de seguridad y vigilancia.

(b) Coordinación de todos los sistemas implicados (seguridad, alarmas, control de accesos, custodia de objetos, recepción de peticiones e incidencias, etc.).

(c) La Unidad verifica con la periodicidad establecida en su manual el perfecto estado de funcionamiento de los diferentes sistema de seguridad y vigilancia para que estos estén operativos las 24 horas del día. Controla el visionado de las imágenes del CCTV, rondas y salvos por diversas zonas del Centro Hospitalario con atención especial a las áreas tipificadas en el manual como de alto riesgo (accesos, aparcamientos y otros puntos vulnerables), además se lleva a cabo:

- Registro de incidencias.
- Valoración de la incidencia.
- Realización de las medidas correctoras en el momento o programación de las mismas dentro del programa de actuación.
- Sistema de registro (manual o digital) que garantice la realización de la inspección en los términos establecidos en el manual de procedimientos de la Unidad.

(d) El personal asignado tiene la formación técnica y específica adecuada y consta documentalmente en la ficha de personal de que dispone la Unidad.

(2) El responsable de la Unidad supervisa con la periodicidad que se indica en el manual de procedimientos el adecuado funcionamiento del Centro de Control.

(a) Todas las peticiones a la Unidad de Seguridad se canalizan a través de su responsable. Este responde y coordina todas las respuestas a las peticiones (tanto las ocasionales como las

derivadas de la ejecución de los planes y procedimientos establecidos.

(b) Todo el personal de la Unidad está en todo momento contactado por la Central de Control para poder acudir a las peticiones que se les requieran.

(c) dentro de los tiempos de respuesta establecidos en el manual de procedimientos para los diferentes sistemas de alarma y tipificación de peticiones.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por cualquier motivo pueda detectarse alguna posible incidencia:

- (a) en el centro de control, o
- (b) en los elementos de vigilancia automatizada, o
- (c) en la verificación y mantenimiento del sistema de control remoto:

(1) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue, registra el aviso de la posible incidencia en la Central de Incidencias, indicando las medidas correctoras que se instrumenten y su plazo de ejecución.

(2) Con la realización de las medidas correctoras se registra el aviso como resuelto en la Central de Incidencias.

(4) De la misma forma, cualquier incidencia en este sentido puede comunicarse por el personal acreditado del hospital, registrándola lo antes posible en la Central de Incidencias.

(5) La Central de Incidencias se lo comunica inmediatamente al responsable de la Unidad y a la Dirección de Explotación.

(6) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de una hora (30 minutos para el sistema de vigilancia automatizada y de control remoto) y toma las medidas oportunas para que se realice.

(7) La persona designada cierra la incidencia y registra la hora.

(8) La Dirección del Explotación contrasta la incidencia, recaba la documentación necesaria, valora el alcance y propone a la Administración las medidas correctoras y el plazo de ejecución para evitar en lo sucesivo este tipo de incidencias.

### b. Corrección

Por los mismos conceptos:

(1) La corrección de una incidencia según protocolo no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

(2) Cuando la incidencia no pueda corregirse en ese plazo o del motivo que la origina se deriven otro tipo de medidas correctoras, la Dirección de Explotación pone en marcha el procedimiento señalado en el punto 7 del apartado anterior.

(3) En el nuevo plazo señalado se realizan las medidas acordadas.

## C. Procedimiento a desarrollar

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

### b. Qué se hace?:

(1) Verificar y cumplir las funciones del centro de control que se detallan en el manual de procedimientos de la Unidad.

(a) Centralizar y controlar permanente (las 24 horas del día) de todas las actuaciones de seguridad y vigilancia.

(b) Coordinar todos los sistemas implicados (seguridad, alarmas, control de accesos, custodia de objetos, recepción de peticiones e incidencias, etc.).

(c) Verificar periódicamente el perfecto estado de funcionamiento de los diferentes sistema de seguridad y vigilancia.

(d) Registrar y valorar las incidencias.

(e) Verificar la realización de las medidas correctoras en el momento o programación de las mismas dentro del programa de actuación.

(2) Verificar el registro (manual o digital) de inspecciones en los términos establecidos en el manual de procedimientos de la Unidad.

(3) Verificar que el personal asignado al Centro de Control tiene la formación técnica y específica adecuada y consta documentalmente en la ficha de personal de que dispone la Unidad.

(4) Supervisar con la periodicidad que se indica en el manual de procedimientos el adecuado funcionamiento del Centro de Control.

(5) Responder y coordinar todas las respuestas a las peticiones (tanto las ocasionales como las derivadas de la ejecución de los planes y procedimientos establecidos).

(6) Verificar que todo el personal de la Unidad está en todo momento contactado por la Central de Control.

(7) Supervisar que se acude a las peticiones dentro de los tiempos de respuesta establecidos en el manual de procedimientos para los diferentes sistemas de alarma y tipificación de peticiones.

c. **Cuándo?:**

- (1) Con la periodicidad marcada en el manual de procedimientos de la Unidad
- (2) Cada vez que se requiera

d. **Materiales y equipos a utilizar:**

- (1) Manual de procedimientos: funciones del centro de control.
- (2) Ficha de verificación de los diferentes sistema de seguridad y vigilancia y registro de las cumplimentadas.
- (3) Registro de incidencias.
- (4) Registro de inspecciones.
- (5) Ficha del personal asignado al centro de control.
- (6) Registro de respuestas a las peticiones (tanto las ocasionales como las derivadas de la ejecución de los planes y procedimientos establecidos).
- (6) Ficha de verificación de contacto permanente con todo el personal de la Unidad y registro de las mismas.
- (7) Tiempos de respuesta establecidos para los diferentes sistemas de alarma y tipificación de peticiones.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

#### 02 Centro de Control

### Indicador (1/3)

#### 1. definición y valores según PPT

*Ha sido creado un centro de control de seguridad disponible 24 horas al día y con un responsable a cargo del mismo*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
5 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 5, 6,	D
fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  60 min.	Auditoria (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos. (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas. (->)	Diario

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>No ha sido creado un centro de control de seguridad ni está disponible 24 horas al día y con un responsable a cargo del mismo</b>	<b>Incidencia</b>	<b>UTC</b>	<b>Obligada</b>
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	



### 3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incumplimientos en la creación de un centro de control de seguridad atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,043%	0,003%	0,019%	0,0683%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0452%	0,0032%	0,0200%	0,0683%

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

#### 02 Centro de Control

### Indicador (2/3)

#### 1. definición y valores según PPT

Los elementos del sistema de vigilancia automatizada están operativos las 24 horas del día

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
6 / FS-3	Urgencia	T.D.	2, 5, 6,	D
aquellos fallos de naturaleza grave que pueden o no afectar por si mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un Área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio..	30 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  60 min.	Auditoria (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos. (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas. (->)	Diario

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Los elementos del sistema de vigilancia automatizada no están operativos las 24 horas del día	Incidencia	UTC	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe identificarse el incidente, fecha, hora y lugar	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Número de incumplimientos en la operatividad de los elementos del sistema de vigilancia automatizada atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,025%	0,050%	0,035%	0,1156%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0263%	0,0525%	0,0368%	0,1156%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
<b>Zona Muy Crítica:</b> Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0276%	0,0551%	0,0386%	0,1213%
<b>Zona Crítica.</b> Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0273%	0,0545%	0,0381%	0,1199%
<b>Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0270%	0,0538%	0,0377%	0,1185%
<b>Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0266%	0,0532%	0,0372%	0,1170%
<b>Resto:</b> Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0263%	0,0525%	0,0368%	0,1156%

## D. Indicadores de incumplimiento

02 Servicio Integral de Seguridad  
01 PROCEDIMIENTOS GENERALES  
02 Centro de Control

### Indicador (3/3)

#### 1. definición y valores según PPT

*Se comprueba que se mantiene operativo el sistema de control remoto*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
7 / FS-3	Urgencia	T.D.	2, 5, ,	S
aquellos fallos de naturaleza grave que pueden o no afectar por si mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un Área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio..	30 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  60 min.	Auditoria (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos	Semanal

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>No se comprueba que se mantienen operativo el sistema de control remoto</b>	Incidencia	UTC	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe identificarse el incidente, fecha, hora y lugar	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Número de incumplimientos en la comprobación de la operatividad del sistema de control remoto atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,025%	0,050%	0,035%	0,1156%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0263%	0,0525%	0,0368%	0,1156%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
<b>Zona Muy Crítica:</b> Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0276%	0,0551%	0,0386%	0,1213%
<b>Zona Crítica.</b> Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0273%	0,0545%	0,0381%	0,1199%
<b>Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0270%	0,0538%	0,0377%	0,1185%
<b>Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0266%	0,0532%	0,0372%	0,1170%
<b>Resto:</b> Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0263%	0,0525%	0,0368%	0,1156%

Servicio

## 02 Servicio Integral de Seguridad

---

Título

### 01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

Subtítulo

#### 03 Peticiones de emergencia y peticiones de urgencia

---

##### A. Protocolo básico

El manual de procedimientos de la Unidad contempla los procedimientos de actuación para responder a peticiones de emergencia y urgencia:

(1) Antes de la puesta en marcha de la Unidad, la Dirección de Explotación fija con la Administración Sanitaria las funciones, actuaciones y procedimientos de la Unidad para solicitudes de emergencia y de urgencia:

- (a) Forma de comunicación.
  - (b) Designación de persona acreditada para la comunicación.
  - (c) Procedimiento para activar el procedimiento de emergencia y de urgencia.
  - (d) Orden de prioridad de las diferentes áreas del Hospital para ocasionales acumulaciones simultáneas de peticiones.
  - (e) Sistemas alternativos para garantizar el servicio y/o la seguridad (policía, etc.) y motivos para ponerlos en marcha.
  - (f) El procedimiento para que el responsable de la Unidad ponga en marcha el sistema alternativo previsto para garantizar el servicio y/o la seguridad.
  - (g) Seguimiento del procedimiento de emergencia y de urgencia.
  - (h) Declaración de incidencia solventada.
  - (i) Análisis del cumplimiento del proceso y propuesta de mejora en su caso.
- (2) También en concordancia con el Plan de Emergencia del Hospital, el personal de la Unidad:
- (a) Tiene la formación adecuada como mínimo la correspondiente a los miembros de EPI (Equipos de Primera Intervención) y Equipos Auxiliares de Evacuación y

(b) Participa en los simulacros marcados por el plan de emergencia del hospital en las funciones que les compete según la emergencia a evaluar.

(c) En la ficha de cada persona de la Unidad consta también la formación recibida en este ámbito.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo, las acciones fijadas en el manual de procedimientos para peticiones de emergencia puedan retrasarse más de 5 minutos respecto de la programación establecida,

(1) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue, registra el aviso de la posible incidencia en la Central de Incidencias, indicando las medidas correctoras que se instrumenten y su plazo de ejecución.

(2) Con la realización de las medidas correctoras se registra el aviso como resuelto en la Central de Incidencias.

(3) Cualquier incidencia en este sentido puede comunicarse por el personal acreditado del hospital, registrándola lo antes posible en la Central de Incidencias.

(4) La Central de Incidencias se lo comunica inmediatamente al responsable de la Unidad y a la Dirección de Explotación.

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 5 minutos y prioriza la resolución de la incidencia en el planning de actuaciones.

(6) La persona designada cierra la petición y registra la hora de finalización

(7) La Dirección del Explotación contrasta la incidencia, recaba la documentación necesaria, valora el alcance y propone a la Administración las medidas correctoras, preventivas y el plazo de ejecución para evitar en lo sucesivo este tipo de incidencias.

### b. Corrección

Por los mismos conceptos:

(1) La corrección de una incidencia según protocolo no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

(2) Cuando la incidencia no pueda corregirse en ese plazo o del motivo que la origina se deriven otro tipo de medidas correctoras, la Dirección de Explotación pone en marcha el procedimiento señalado en el punto 7 del apartado anterior.

(3) En el nuevo plazo señalado se realizan las medidas acordadas.



## C. Procedimiento a desarrollar

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

### b. Qué se hace?:

(1) Poner en marcha el procedimientos para solicitudes de emergencia y urgencia acordado con la Administración Sanitaria cuando estas se produzcan.

(2) Poner en marcha el sistema alternativo previsto para garantizar el servicio y/o la seguridad.

(3) Plan de Emergencia del Hospital.

(4) Verificar que el personal de la Unidad tiene la formación adecuada. como mínimo la correspondiente a los miembros de EPI (Equipos de Primera Intervención) y Equipos Auxiliares de Evacuación y

(5) Coordinar la participación en los simulacros marcados por el plan de emergencia del hospital en las funciones que competa según la emergencia a evaluar.

### c. Cuándo?:

(1) Cada vez que se produzca una emergencia o una urgencia (con o sin solicitud),

(2) En las situaciones previstas en el Plan de emergencia del Hospital.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Procedimientos para solicitudes de emergencia y urgencia acordado con la Administración Sanitaria.

(2) Personal acreditado para emitir solicitudes de emergencia y urgencia.

(3) Orden de prioridad de las diferentes áreas del Hospital para ocasionales acumulaciones simultáneas de peticiones.

(4) Sistemas alternativos para garantizar el servicio y/o la seguridad (policía, etc.) y motivos para ponerlos en marcha.

(5) El procedimiento para que el responsable de la Unidad ponga en marcha el sistema alternativo previsto para garantizar el servicio y/o la seguridad.

- (6) Plan de Emergencia del Hospital.
- (7) Ficha de cada persona de la Unidad.
- (8) Registro de incidencias.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

#### 03 Peticiones de emergencia y peticiones de urgencia

### Indicador (1/2)

#### 1. definición y valores según PPT

*Las peticiones de Emergencia al Servicio de Seguridad son atendidas en el Tiempo de Respuesta del Servicio*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
8 / FS-5	Emergencia	T.D.	2, 5, ,	S.P.
aqueellos fallos que sin ser directamente imputables a la actuación del prestatario del servicio, no han sido atendidos por éste en el tiempo de respuesta y, en su caso, en el tiempo de rectificación.	5 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  10 min.	Auditoria (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos	Según protocolo (incluye a requerimiento, periódico y aleatorio)

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>Las peticiones de Emergencia al Servicio de Seguridad no son atendidas en el Tiempo de Respuesta del Servicio</b>	Incidencia	Responsables de GFHs específicos	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Número de incumplimientos en la respuesta a peticiones de Emergencia atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,000%	0,125%	0,035%	0,1680%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0000%	0,1313%	0,0368%	0,1680%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
<b>Zona Muy Crítica:</b> Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0000%	0,1378%	0,0386%	0,1764%
<b>Zona Crítica.</b> Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0000%	0,1362%	0,0381%	0,1743%
<b>Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0000%	0,1345%	0,0377%	0,1722%
<b>Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0000%	0,1330%	0,0372%	0,1702%
<b>Resto:</b> Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0000%	0,1313%	0,0368%	0,1680%

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

#### 03 Peticiones de emergencia y peticiones de urgencia

### Indicador (2/2)

#### 1. definición y valores según PPT

*Las peticiones Urgentes al Servicio de Seguridad son atendidas en el Tiempo acordado*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
9 / FS-5	Urgencia	T.D.	2, 6, ,	S.P.
aquellos fallos que sin ser directamente imputables a la actuación del prestatario del servicio, no han sido atendidos por éste en el tiempo de respuesta y, en su caso, en el tiempo de rectificación.	30 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  30 min.	Auditoria (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas.	Según protocolo (incluye a requerimiento, periódico y aleatorio)

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>Las peticiones de Urgencia al Servicio de Seguridad no son atendidas en el Tiempo de Respuesta del Servicio</b>	Incidencia	Responsables de GFHs específicos	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Número de incumplimientos en la respuesta a peticiones de urgencia atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,000%	0,050%	0,035%	0,0893%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0000%	0,0525%	0,0368%	0,0893%
<b>Ponderado por zona donde se produce el fallo</b>					
<b>Zona Muy Crítica:</b> Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófono. Paritorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0000%	0,0551%	0,0386%	0,0937%
<b>Zona Crítica.</b> Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0000%	0,0545%	0,0381%	0,0926%
<b>Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0000%	0,0538%	0,0377%	0,0915%
<b>Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0000%	0,0532%	0,0372%	0,0904%
<b>Resto:</b> Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0000%	0,0525%	0,0368%	0,0893%

Servicio

## 02 Servicio Integral de Seguridad

---

Título

### 01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

Subtítulo

#### 05 Patrullas de vigilancia

---

##### A. Protocolo básico

La Unidad de Seguridad realiza siguiendo su manual de procedimientos rondas de inspección y vigilancia:

(1) Se realizan por todo el recinto y están identificados en el manual los diferentes recorridos haciendo especial énfasis de las áreas consideradas vulnerables o sensibles.

(2) Están tipificadas como programadas, ocasionales y por sorpresa:

- Sistema de registro (manual o digital) que garantice la realización de la inspección en los términos establecidos en el manual de procedimientos de la Unidad.

(3) Están identificados los elementos a controlar (puertas, ventanas exteriores, etc.), las frecuencias y las tareas a realizar:

(a) Informar al Centro de Control de cualquier daño o deterioro detectado en las instalaciones o en la propiedad (cerraduras, vehículos, vallas protectoras, instalaciones de gas, agua, vapor sistemas eléctricos, etc.)

(b) Asegurar puertas y ventanas que aparezcan abiertas en áreas vacías sin razón aparente y puedan implicar un riesgo para la seguridad.

(c) Apagar las luces encendidas allí donde no sean necesarias atendiendo al horario y programación de la actividad del Hospital.

(d) Asegurar que todos los equipos de lucha contra incendios están ubicados en el emplazamiento designado, que no existen obstáculos para su uso inmediato en caso necesario y que las salidas de emergencia están libres de obstrucciones.

(e) Acompañar a la salida del recinto a cualquier persona que no tenga una razón justificada para estar en el Hospital.

(4) Sistema de registro (manual o digital) que garantice la realización de la ronda en los términos establecidos en el manual de procedimientos de la Unidad.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda detectarse alguna posible incidencia sobre la frecuencia de las patrullas de vigilancia, sus cometidos o sus itinerarios

(a) que implique falta de formación del personal de la unidad, o

(b) incumplimiento del plan de formación o de su nivel de calidad,

o sobre:

(c) la ejecución de las actuaciones establecidas en el plan de prevención de delitos,

(d) el registro de los incidentes en el formato correcto o con la calidad requerida o sobre las normas de protección de datos personales,

(e) las normas establecidas por el hospital para informar a la autoridad policial.

(1) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue, registra el aviso de la posible incidencia en la Central de Incidencias, indicando las medidas correctoras que se instrumenten y su plazo de ejecución.

(2) Con la realización de las medidas correctoras se registra el aviso como resuelto en la Central de Incidencias.

(3) Cualquier incidencia en este sentido puede comunicarse por el personal acreditado del hospital, registrándola lo antes posible en la Central de Incidencias.

(4) La Central de Incidencias se lo comunica inmediatamente al responsable de la Unidad y a la Dirección de Explotación.

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 15 minutos y toma las medidas oportunas para que se realice.

(6) La persona designada cierra la incidencia y registra la hora.

(7) La Dirección del Explotación contrasta la incidencia, recaba la documentación necesaria, valora el alcance y propone a la Administración las medidas correctoras y el plazo de ejecución para evitar en lo sucesivo este tipo de incidencias.



**b. Corrección**

Por los mismos conceptos:

- (1) La corrección de una incidencia según protocolo no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.
- (2) Cuando la incidencia no pueda corregirse en ese plazo o del motivo que la origina se deriven otro tipo de medidas correctoras, la Dirección de Explotación pone en marcha el procedimiento señalado en el punto 7 del apartado anterior.
- (3) En el nuevo plazo señalado se realizan las medidas acordadas.

## C. Procedimiento a desarrollar

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

### b. Qué se hace?:

(1) Gestionar las rondas de inspección y vigilancia (programadas, ocasionales y por sorpresa).

(2) Comprobar que se realizan por todo el recinto y están identificados en el manual los diferentes recorridos haciendo especial énfasis de las áreas consideradas vulnerables o sensibles.

(3) Verificar el registro (manual o digital) de realización de inspecciones.

(4) Identificar los elementos a controlar (puertas, ventanas exteriores, etc.), las frecuencias y las tareas a realizar:

### c. Cuándo?:

(1) Con la periodicidad marcada en el manual de procedimientos de la Unidad.

(2) Cada vez que se requiera.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Procedimiento de rondas de inspección y vigilancia.

(2) Programa de rondas de inspección y vigilancia

(3) Sistema de verificación. Registros.

(4) Tipificación de zonas

(5) Relación de elementos a controlar.

(6) Registro de incidencias.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

#### 05 Patrullas de vigilancia

### Indicador (1/5)

#### 1. definición y valores según PPT

*Han sido establecidas Patrullas de Vigilancia y funcionan de conformidad con el programa acordado*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
10 / FS-4	Programado	T.D.	2, 5, 6,	M
aquellos fallos de naturaleza no grave que pueden o no afectar por sí mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio.	15 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  30 min.	Auditoria (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos. (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas. (->)	Mensual.

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>No han sido establecidas Patrullas de Vigilancias y no funcionan de conformidad con el programa acordado</b>	Incendencia	UTC	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Número de incumplimientos en el establecimiento de patrullas de vigilancia atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,007%	0,005%	0,035%	0,0494%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0074%	0,0053%	0,0368%	0,0494%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
<b>Zona Muy Crítica:</b> Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0078%	0,0055%	0,0386%	0,0519%
<b>Zona Crítica.</b> Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0077%	0,0054%	0,0381%	0,0512%
<b>Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0076%	0,0054%	0,0377%	0,0507%
<b>Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0075%	0,0053%	0,0372%	0,0500%
<b>Resto:</b> Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0074%	0,0053%	0,0368%	0,0494%

## D. Indicadores de incumplimiento

02 Servicio Integral de Seguridad  
01 PROCEDIMIENTOS GENERALES  
05 Patrullas de vigilancia

### Indicador (2/5)

#### 1. definición y valores según PPT

*Todos los daños a la propiedad del Hospital son inmediatamente comunicados a la Unidad de Control de conformidad con los protocolos acordados*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
11 / FC-M	Ordinario	T.D.	2, 6, ,	D
fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  60 min.	Auditoria (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas.	Diario

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>Los daños a la propiedad de Hospital no son comunicados inmediatamente a la Unidad de Control</b>	Incidencia	UTC	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incumplimientos en la comunicación de daños a la propiedad atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,014%	0,003%	0,019%	0,0378%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0147%	0,0032%	0,0200%	0,0378%

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

#### 05 Patrullas de vigilancia

### Indicador (3/5)

#### 1. definición y valores según PPT

*Se cierran las ventanas y puertas de manera segura y las luces son apagadas en áreas no utilizadas*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
12 / FS-4	Ordinario	T.D.	2, 6, ,	D
aquellos fallos de naturaleza no grave que pueden o no afectar por sí mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio.	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  60 min.	Auditoria (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas.	Diario

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>No se cierran las ventanas y puertas de manera segura y las luces no se apagan en áreas no utilizadas</b>	<b>Incidencia</b>	<b>Responsables de GFHs específicos</b>	<b>Obligada</b>
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Número de incumplimientos en el cierre de puertas y apagado de luces en áreas no utilizadas atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,007%	0,019%	0,035%	0,0641%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0074%	0,0200%	0,0368%	0,0641%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
<b>Zona Muy Crítica:</b> Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0078%	0,0209%	0,0386%	0,0673%
<b>Zona Crítica.</b> Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0077%	0,0207%	0,0381%	0,0665%
<b>Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0076%	0,0204%	0,0377%	0,0657%
<b>Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0075%	0,0202%	0,0372%	0,0649%
<b>Resto:</b> Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0074%	0,0200%	0,0368%	0,0641%



## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

#### 05 Patrullas de vigilancia

### Indicador (4/5)

#### 1. definición y valores según PPT

*Los empleados de seguridad han comunicado en tiempo y forma, cualquier desaparición detectada de elementos/equipamientos contra incendios*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
13 / FS-4	Programado	T.D.	2, 6, ,	M
aquellos fallos de naturaleza no grave que pueden o no afectar por sí mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio.	15 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  30 min.	Auditoria (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas.	Mensual.

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>Los empleados de seguridad no han comunicado en tiempo y forma cualquier desaparición detectada de elementos/equipamientos contra incendios.</b>	<b>Incidencia</b>	<b>UTC/GFH específico</b>	<b>Obligada</b>
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe identificarse el incidente, fecha, hora y lugar	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Número de incumplimientos por falta de comunicación de desaparición de elementos/equipamientos contra incendios atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,007%	0,005%	0,035%	0,0494%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0074%	0,0053%	0,0368%	0,0494%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
<b>Zona Muy Crítica:</b> Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0078%	0,0055%	0,0386%	0,0519%
<b>Zona Crítica.</b> Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0077%	0,0054%	0,0381%	0,0512%
<b>Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0076%	0,0054%	0,0377%	0,0507%
<b>Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0075%	0,0053%	0,0372%	0,0500%
<b>Resto:</b> Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0074%	0,0053%	0,0368%	0,0494%

## D. Indicadores de incumplimiento

02 Servicio Integral de Seguridad  
01 PROCEDIMIENTOS GENERALES  
05 Patrullas de vigilancia

### Indicador (5/5)

#### 1. definición y valores según PPT

*El recinto del Hospital se mantiene libre de intrusos*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
14 / FS-4	Urgencia	T.D.	2, 6, ,	S
aqueellos fallos de naturaleza no grave que pueden o no afectar por sí mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio.	30 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  30 min.	Auditoria (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas.	Semanal

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>El recinto del Hospital no se mantiene libre de intrusos</b>	<b>Incendencia</b>	<b>UTC/GFH específico</b>	<b>Obligada</b>
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Número de incumplimientos por no mantener el Hospital libre de intrusos atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,007%	0,050%	0,035%	0,0967%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0074%	0,0525%	0,0368%	0,0967%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
<b>Zona Muy Crítica:</b> Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0078%	0,0551%	0,0386%	0,1015%
<b>Zona Crítica.</b> Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0077%	0,0545%	0,0381%	0,1003%
<b>Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0076%	0,0538%	0,0377%	0,0991%
<b>Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0075%	0,0532%	0,0372%	0,0979%
<b>Resto:</b> Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0074%	0,0525%	0,0368%	0,0967%

Servicio

## 02 Servicio Integral de Seguridad

---

Título

### 02 SERVICIOS ESPECIFICOS

Subtítulo

#### 01 Departamentos y pacientes de alto riesgo

---

##### A. Protocolo básico

La Unidad de Seguridad cuenta además con:

(1) Sistemas de seguridad suficientes y adecuados distribuidos en las instalaciones y recinto del Hospital incluyendo sistemas específicos para departamentos de alto riesgo identificados y acordados con la Administración Sanitaria..

(2) Esto incluye la provisión de personal de seguridad con conocimientos específicos para que presten servicio en los departamentos asignados durante los periodos acordados.

(3) La Unidad también provee personal de seguridad de conocimientos especiales cuando, a requerimiento de la Administración Sanitaria, ésta estima que determinados pacientes están en situación de alto riesgo.

(4) Igualmente la Unidad, a requerimiento de la Administración Sanitaria, presta servicio de:

- “vigilancia secreta”

- servicios rutinarios de escolta en relación con:

(i) Cobro y movimientos de dinero en el sitio del Hospital.

(ii) Escolta de los empleados de Hospital en áreas remotas del Hospital.

(iii) En todas aquellas circunstancias que se determinen.

(5) La petición de estos servicios por parte de la Administración Sanitaria se realiza previamente con un plazo mínimo de 24 h.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda detectarse alguna posible incidencia sobre el tiempo de respuesta para la prestación de estos servicios específicos:

(1) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue, registra el aviso de la posible incidencia en la Central de Incidencias, indicando las medidas correctoras que se instrumenten y su plazo de ejecución.

(2) Con la realización de las medidas correctoras se registra el aviso como resuelto en la Central de Incidencias.

(3) Cualquier incidencia en este sentido puede comunicarse por el personal acreditado del hospital, registrándola lo antes posible en la Central de Incidencias.

(4) La Central de Incidencias se lo comunica inmediatamente al responsable de la Unidad y a la Dirección de Explotación.

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 30 minutos y toma las medidas oportunas para que se realice.

(6) La persona designada cierra la incidencia y registra la hora.

(7) La Dirección de Explotación contrasta la incidencia, recaba la documentación necesaria, valora el alcance y propone a la Administración las medidas correctoras y el plazo de ejecución para evitar en lo sucesivo este tipo de incidencias.

### b. Corrección

Por los mismos conceptos:

(1) La corrección de una incidencia según protocolo no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

(2) Cuando la incidencia no pueda corregirse en ese plazo o del motivo que la origina se deriven otro tipo de medidas correctoras, la Dirección de Explotación pone en marcha el procedimiento señalado en el punto 7 del apartado anterior.

(3) En el nuevo plazo señalado se realizan las medidas acordadas.

## C. Procedimiento a desarrollar

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

### b. Qué se hace?:

(1) Mantener los sistemas de seguridad distribuidos en las instalaciones y recinto del Hospital y verificar que cumplen adecuadamente con su cometido.

(2) Identificar y evaluar departamentos de alto riesgo con la Administración Sanitaria y proponer sistemas específicos, acordando su puesta en marcha con la Administración Sanitaria.

(3) Proveer personal de seguridad con conocimientos específicos para que presten servicio en los departamentos asignados durante los periodos acordados.

(4) Proveer personal de seguridad de conocimientos especiales cuando, a requerimiento de la Administración Sanitaria, ésta estime que determinados pacientes están en situación de alto riesgo.

(5) Prestar los servicios de "vigilancia secreta" y servicios rutinarios de escolta previa petición por parte de la Administración sanitaria con un plazo mínimo de 24 horas.

### c. Cuándo?:

(1) Al inicio de la prestación del Servicio.

(2) Con la periodicidad marcada en el manual de procedimientos de la Unidad.

(2) Cada vez que se requiera en las condiciones establecidas en el manual de procedimientos.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Inventario de sistemas de seguridad instalados.

(2) Inventario de sistemas específicos de seguridad utilizados en el hospital (activos o no activos).

(3) Procedimientos vinculados a los sistemas de seguridad.

(4) Sistema de verificación. Registros.

(5) Registro de mejoras e innovaciones sobre sistemas específicos de seguridad ofrecidos en el mercado que puedan ser de interés para su implantación en el hospital.

(6) Registro de incidencias.



## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 02 SERVICIOS ESPECIFICOS

#### 01 Departamentos y pacientes de alto riesgo

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*Personal de Seguridad de conocimientos específicos prestan servicio en los departamentos asignados durante los períodos acordados*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
15 / FS-4	Urgencia	T.D.	2, 4, 5,	M
aquellos fallos de naturaleza no grave que pueden o no afectar por sí mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio.	30 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  30 min.	Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos. (->)	Mensual.

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>El personal de seguridad de conocimientos específicos no presta servicio en los departamentos asignados durante los periodos acordados</b>	Incidencia	UTC/GFH específico	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe indicarse la persona o alguna seña de identidad de la misma	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Número de incumplimientos en la prestación de servicios por personal con conocimientos específicos atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,007%	0,050%	0,035%	0,0967%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0074%	0,0525%	0,0368%	0,0967%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
<b>Zona Muy Crítica:</b> Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0078%	0,0551%	0,0386%	0,1015%
<b>Zona Crítica.</b> Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0077%	0,0545%	0,0381%	0,1003%
<b>Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0076%	0,0538%	0,0377%	0,0991%
<b>Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0075%	0,0532%	0,0372%	0,0979%
<b>Resto:</b> Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0074%	0,0525%	0,0368%	0,0967%

Servicio

## 02 Servicio Integral de Seguridad

---

Título

### 02 SERVICIOS ESPECIFICOS

Subtítulo

#### 02 Situaciones de emergencia y catástrofe

---

##### A. Protocolo básico

La Unidad de Seguridad es la responsable de la elaboración, seguimiento, mantenimiento y puesta en marcha de los planes de contingencia para casos de emergencia y catástrofes.

(1) Tiene personal adecuadamente formado las 24 horas del día, todos los días al año para atender las peticiones derivadas de situaciones de emergencia o a las situaciones de desastre que se produzcan, como:

(a) Alarma contra incendios.

- Acude y responde al aviso (salto) de la alarma contra incendios.

- Pone en marcha el procedimiento para control de bloqueos de los accesos para la lucha contra incendios.

- Colabora con el personal del servicio de transporte interno para limitar el acceso de personal no autorizado al área del incendio.

- Presta asistencia en la evacuación de las áreas afectadas en caso de incendios, bajo la dirección del personal designado por la Administración Sanitaria.

- Se coordina con agencias/entidades externas de atención de emergencias como parte de sus obligaciones de asistencia en relación con cualquier incidente.

(b) Alarma contra intrusiones.

(c) Alarmas de seguridad.

(d) Alarmas de ataques personales.

(e) Amenaza de bomba.

(f) Respuesta ante catástrofes externas.

(2) En el manual de procedimientos de la Unidad y conforme al plan de emergencia se fija la frecuencia de los simulacros y su alcance.

(3) Dentro del plan de emergencia y catástrofes se contempla la formación e información a los usuarios del hospital (cursos, folletos, carteles, etc.)

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda detectarse alguna posible incidencia sobre el tiempo de respuesta para la prestación de estos servicios

(1) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue, registra el aviso de la posible incidencia en la Central de Incidencias, indicando las medidas correctoras que se instrumenten y su plazo de ejecución.

(2) Con la realización de las medidas correctoras se registra el aviso como resuelto en la Central de Incidencias.

(3) Cualquier incidencia en este sentido puede comunicarse por el personal acreditado del hospital, registrándola lo antes posible en la Central de Incidencias.

(4) La Central de Incidencias se lo comunica inmediatamente al responsable de la Unidad y a la Dirección de Explotación.

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 5 minutos y toma las medidas oportunas para que se realice.

(6) La persona designada cierra la incidencia y registra la hora.

(7) La Dirección del Explotación contrasta la incidencia, recaba la documentación necesaria, valora el alcance y propone a la Administración las medidas correctoras y el plazo de ejecución para evitar en lo sucesivo este tipo de incidencias.

### b. Corrección

Por los mismos conceptos:

(1) La corrección de una incidencia según protocolo no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

(2) Cuando la incidencia no pueda corregirse en ese plazo o del motivo que la origina se deriven otro tipo de medidas correctoras, la Dirección de Explotación pone en marcha el procedimiento señalado en el punto 7 del apartado anterior.

(3) En el nuevo plazo señalado se realizan las medidas acordadas.

## C. Procedimiento a desarrollar

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

### b. Qué se hace?:

(1) Poner en marcha los planes de contingencia para casos de emergencia y catástrofes.

(2) Garantizar que el personal está adecuadamente formado las 24 horas del día, todos los días al año para atender las peticiones derivadas de situaciones de emergencia o a las situaciones de desastre que se produzcan.

(3) Participar siguiendo el manual de procedimientos de la Unidad y conforme al plan de emergencia en los simulacros previstos.

(4) Garantizar que todo el personal de seguridad en acto de servicio atiende y presta la asistencia necesaria a todas las comunicaciones de incendio en cualquier área del Hospital.

(5) Formar e informar a los usuarios del hospital (cursos, folletos, carteles, etc.)

### c. Cuándo?:

(1) Con el inicio de la actividad.

(2) Siempre que esté previsto en el manual de procedimientos de la Unidad, en los planes de contingencia o en el plan de formación

(3) Cuando se requiera.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos de la Unidad: puesta en marcha de los planes de contingencia para casos de emergencia y catástrofe.

(2) Plan de formación.

(3) Plan de emergencia

(4) Registro de incidencias.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 02 SERVICIOS ESPECIFICOS

#### 02 Situaciones de emergencia y catástrofe

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*Las actuaciones de respuesta a las alarmas de incendio se cumplen en el tiempo acordado*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
16 / FS-5	Emergencia	T.D.	2, 5, ,	M
aqueellos fallos que sin ser directamente imputables a la actuación del prestatario del servicio, no han sido atendidos por éste en el tiempo de respuesta y, en su caso, en el tiempo de rectificación.	5 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  10 min.	Auditoria (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos	Mensual.

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>Las actuaciones de respuesta a las alarmas de incendio no se cumplen en el tiempo acordado</b>	Incidencia	Responsables de GFHs específicos	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Número de incumplimientos en la respuesta a alarmas de incendios atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,000%	0,125%	0,035%	0,1680%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0000%	0,1313%	0,0368%	0,1680%
<b>Ponderado por zona donde se produce el fallo</b>					
<b>Zona Muy Crítica:</b> Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófono. Paritorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0000%	0,1378%	0,0386%	0,1764%
<b>Zona Crítica.</b> Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0000%	0,1362%	0,0381%	0,1743%
<b>Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0000%	0,1345%	0,0377%	0,1722%
<b>Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0000%	0,1330%	0,0372%	0,1702%
<b>Resto:</b> Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0000%	0,1313%	0,0368%	0,1680%

Servicio

## **02 Servicio Integral de Seguridad**

---

Título

### **02 SERVICIOS ESPECIFICOS**

Subtítulo

#### **03 Control de accesos**

---

##### **A. Protocolo básico**

En el manual de la Unidad se establecen los procedimientos:

(1) de vigilancia de los distintos accesos al recinto, manteniendo el orden en los mismos y garantizando el acceso sólo al personal autorizado en cada caso.

(2) de gestión y mantenimiento de los sistemas de seguridad de acceso a las distintas áreas del Hospital,

En este sentido el personal de la Unidad:

(3) Revisa las tarjetas facilitadas por el Hospital en los accesos con esta condición y no admite a ninguna persona no autorizada en áreas restringidas al público.

(4) Gestiona y ejecuta las instrucciones de la Administración Sanitaria en relación con la emisión y retirada de tarjetas de acceso, pases de seguridad y llaves al personal autorizado.

(5) Gestiona y ejecuta las instrucciones de la Administración Sanitaria en relación con la entrega de llaves/tarjetas de entrada y su sustitución por instrumentos equivalentes.

(6) Lleva el registro de los pases de seguridad, llaves y tarjetas de acceso emitidas y recobradas.

(7) Comprueba el estado de funcionamiento de los medios activos.

(8) Exige y comprueba la autorización de la Administración Sanitaria para poder sacar de las instalaciones del centro todo tipo de material.



## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda detectarse alguna posible incidencia sobre la prestación de estos servicios

(1) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue, registra el aviso de la posible incidencia en la Central de Incidencias, indicando las medidas correctoras que se instrumenten y su plazo de ejecución.

(2) Con la realización de las medidas correctoras se registra el aviso como resuelto en la Central de Incidencias.

(3) Cualquier incidencia en este sentido puede comunicarse por el personal acreditado del hospital, registrándola lo antes posible en la Central de Incidencias.

(4) La Central de Incidencias se lo comunica inmediatamente al responsable de la Unidad y a la Dirección de Explotación.

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 15 minutos y toma las medidas oportunas para que se realice.

(6) La persona designada cierra la incidencia y registra la hora.

(7) La Dirección del Explotación contrasta la incidencia, recaba la documentación necesaria, valora el alcance y propone a la Administración las medidas correctoras y el plazo de ejecución para evitar en lo sucesivo este tipo de incidencias.

### b. Corrección

Por los mismos conceptos:

(1) La corrección de una incidencia según protocolo no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

(2) Cuando la incidencia no pueda corregirse en ese plazo o del motivo que la origina se deriven otro tipo de medidas correctoras, la Dirección de Explotación pone en marcha el procedimiento señalado en el punto 7 del apartado anterior.

(3) En el nuevo plazo señalado se realizan las medidas acordadas.

## C. Procedimiento a desarrollar

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

### b. Qué se hace?:

- (1) Vigilar los distintos accesos al recinto, manteniendo el orden en los mismos y garantizando el acceso sólo al personal autorizado en cada caso.
- (2) Gestionar y mantener los sistemas de seguridad de acceso a las distintas áreas del Hospital.
- (3) Revisar las tarjetas facilitadas por el Hospital en los accesos con esta condición y no admitir a ninguna persona no autorizada en áreas restringidas al público.
- (4) Gestionar y ejecutar las instrucciones de la Administración Sanitaria en relación con la emisión y retirada de tarjetas de acceso, pases de seguridad y llaves al personal autorizado.
- (5) Gestionar y ejecutar las instrucciones de la Administración Sanitaria en relación con la entrega de llaves/tarjetas de entrada y su sustitución por instrumentos equivalentes.
- (6) Llevar el registro de los pases de seguridad, llaves y tarjetas de acceso emitidas y recobradas.
- (7) Comprobar el estado de funcionamiento de los medios activos.
- (8) Exigir y comprobar la autorización de la Administración Sanitaria para poder sacar de las instalaciones del centro todo tipo de material.
- (9) Llevar el registro de incidencias.

### c. Cuándo?:

En los tiempos y horario previsto en el manual de procedimientos de la Unidad.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

- (1) Inventario tipificado de accesos.
- (2) Manual de procedimientos de la Unidad: Procedimientos de control de accesos.

- (3) Inventario de los Sistemas de Seguridad, ficha - registro de mantenimiento.
- (4) Registro de Tarjetas, pases y llaves facilitados por el Hospital. Normas de emisión, utilización y retirada.
- (5) Procedimiento para poder sacar de las instalaciones del centro todo tipo de material.
- (6) Registro de incidencias.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 02 SERVICIOS ESPECIFICOS

#### 03 Control de accesos

### Indicador (1/3)

#### 1. definición y valores según PPT

*El personal de seguridad está en los puestos establecidos para el control de accesos*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
17 / FS-3	Urgencia	T.D.	2, 4, ,	S
aqueellos fallos de naturaleza grave que pueden o no afectar por si mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un Área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio..	30 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  30 min.	Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control.	Semanal

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>El personal de seguridad no está en los puestos establecidos para el control de accesos</b>	<b>Incidencia</b>	<b>UTC/GFH específico</b>	<b>Obligada</b>
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Número de incumplimientos en la presencia de personal de seguridad en el control de accesos atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,025%	0,050%	0,035%	0,1156%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0263%	0,0525%	0,0368%	0,1156%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
<b>Zona Muy Crítica:</b> Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0276%	0,0551%	0,0386%	0,1213%
<b>Zona Crítica.</b> Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0273%	0,0545%	0,0381%	0,1199%
<b>Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0270%	0,0538%	0,0377%	0,1185%
<b>Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0266%	0,0532%	0,0372%	0,1170%
<b>Resto:</b> Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0263%	0,0525%	0,0368%	0,1156%

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 02 SERVICIOS ESPECIFICOS

#### 03 Control de accesos

### Indicador (2/3)

#### 1. definición y valores según PPT

*Los pases de seguridad, llaves y tarjetas de acceso son emitidos de conformidad con las instrucciones/reglamentaciones establecidas por el Hospital. Se realizará la revisión de las tarjetas de acceso al Hospital*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
18 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 4, ,	M
fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  60 min.	Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control.	Mensual.

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>Los pases de seguridad, llaves y tarjetas de acceso no se revisan de conformidad con las instrucciones/reglamentaciones establecidas por el Hospital.</b>	Incidencia	UTC/GFH específico	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe indicarse la persona o alguna seña de identidad de la misma	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incumplimientos en la revisión de pases, llaves, tarjetas de acceso atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,043%	0,003%	0,019%	0,0683%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0452%	0,0032%	0,0200%	0,0683%

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 02 SERVICIOS ESPECIFICOS

#### 03 Control de accesos

### Indicador (3/3)

#### 1. definición y valores según PPT

*Ninguna persona no autorizada es admitida en las áreas de acceso restringido*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
19 / FS-3	Emergencia	T.D.	2, 4, ,	S
aquellos fallos de naturaleza grave que pueden o no afectar por si mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un Área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio..	5 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  10 min.	Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control.	Semanal

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>Se admiten personas no autorizadas en las áreas de acceso restringido</b>	Incidencia	Responsables de GFHs específicos	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe indicarse la persona o alguna señal de identidad de la misma	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	



### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Número de incumplimientos en la admisión de personas no autorizadas en áreas de acceso restringido atribuibles a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,025%	0,125%	0,035%	0,1943%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0263%	0,1313%	0,0368%	0,1943%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
<b>Zona Muy Crítica:</b> Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0276%	0,1378%	0,0386%	0,2040%
<b>Zona Crítica.</b> Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0273%	0,1362%	0,0381%	0,2016%
<b>Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0270%	0,1345%	0,0377%	0,1992%
<b>Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0266%	0,1330%	0,0372%	0,1968%
<b>Resto:</b> Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0263%	0,1313%	0,0368%	0,1943%

Servicio

## **02 Servicio Integral de Seguridad**

---

Título

### **02 SERVICIOS ESPECIFICOS**

Subtítulo

#### **04 Custodia de objetos**

---

##### **A. Protocolo básico**

El manual de la Unidad establece los procedimientos del sistema de custodia de objetos para:

- (1) Custodiar en caja de seguridad aquellas pertenencias que los usuarios no puedan tener bajo su tutela.
- (2) Disponer de un puesto de entrega y recogida de objetos en el horario que se determine.
- (3) Contactar con los propietarios de los objetos encontrados cuando sean conocidos.
- (4) Deshacerse de los objetos después de transcurrido el tiempo de almacenamiento determinado por la Administración Sanitaria.
- (5) Gestionar y custodiar las llaves de las puertas del centro, tanto de las puertas interiores como de las exteriores.
- (6) Apertura y cierre de puertas conforme al protocolo de actuación que establece la Administración Sanitaria.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda detectarse alguna posible incidencia sobre la apertura y cierre de las puertas del Hospital en el horario acordado:

(1) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue, registra el aviso de la posible incidencia en la Central de Incidencias, indicando las medidas correctoras que se instrumenten y su plazo de ejecución.

(2) Con la realización de las medidas correctoras se registra el aviso como resuelto en la Central de Incidencias.

(3) Cualquier incidencia en este sentido puede comunicarse por el personal acreditado del hospital, registrándola lo antes posible en la Central de Incidencias.

(4) La Central de Incidencias se lo comunica inmediatamente al responsable de la Unidad y a la Dirección de Explotación.

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 15 minutos y toma las medidas oportunas para que se realice.

(6) La persona designada cierra la incidencia y registra la hora.

(7) La Dirección de Explotación contrasta la incidencia, recaba la documentación necesaria, valora el alcance y propone a la Administración las medidas correctoras y el plazo de ejecución para evitar en lo sucesivo este tipo de incidencias.

### b. Corrección

Por el mismo concepto:

(1) La corrección de una incidencia según protocolo no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

(2) Cuando la incidencia no pueda corregirse en ese plazo o del motivo que la origina se deriven otro tipo de medidas correctoras, la Dirección de Explotación pone en marcha el procedimiento señalado en el punto 7 del apartado anterior.

(3) En el nuevo plazo señalado se realizan las medidas acordadas.

## C. Procedimiento a desarrollar

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

### b. Qué se hace?:

(1) Custodiar en la caja de seguridad aquellas pertenencias que los usuarios no puedan tener bajo su tutela.

(2) Disponer de un puesto de entrega y recogida de objetos en el horario que se determine.

(3) Contactar con los propietarios de los objetos encontrados cuando sean conocidos.

(4) Deshacerse de los objetos después de transcurrido el tiempo de almacenamiento determinado por la Administración Sanitaria.

(5) Gestionar y custodiar las llaves de las puertas del centro, tanto de las puertas interiores como de las exteriores.

(6) Apertura y cierre de puertas conforme al protocolo de actuación que establece la Administración Sanitaria.

### c. Cuándo?:

(1) Desde el inicio de la actividad y cada vez que se requiera o que lo establezca el manual de procedimientos.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Relación genérica o por naturaleza de los elementos susceptibles de custodia.

(2) Caja de seguridad.

(3) Puesto para la entrega y recogida de objetos.

(4) Procedimiento de custodia de objetos incluido el deshacerse de los mismos una vez transcurrido el tiempo determinado por la Administración Sanitaria.

(5) Registro de entrega y recogida de objetos.

(6) Inventario de puertas del Hospital y horarios respectivos.

(7) Sistema de amestramiento de llaves.

(8) Registro de llaves por puertas y áreas.

(9) Registro de incidencias.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 02 SERVICIOS ESPECIFICOS

#### 04 Custodia de objetos

### Indicador (1/3)

#### 1. definición y valores según PPT

*Se ha establecido un sistema de custodia de pertenencias de usuarios*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
23 / FC-M	N.P.	N.P.	2, 4, ,	M
fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza	No procede	No procede.  <b>No procede.</b>	Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control.	Mensual.

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>No se ha establecido un sistema de custodia de todas las llaves del centro</b>	<b>Incidencia</b>	<b>UTC</b>	<b>Obligada</b>
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incumplimientos en el establecimiento de un sistema de custodia de llaves atribuible a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

b. De fallo en el tiempo de respuesta

No procede

c. De fallo en el tiempo de corrección

No procede

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,014%	0,000%	0,000%	0,0147%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0147%	0,0000%	0,0000%	0,0147%

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 02 SERVICIOS ESPECIFICOS

#### 04 Custodia de objetos

### Indicador (2/3)

#### 1. definición y valores según PPT

*Realizará la gestión y custodia de todas las llaves del centro*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
24 / FC-M	N.P.	N.P.	2, 4, ,	M
fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza	No procede	No procede.  <b>No procede.</b>	Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control.	Mensual.

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>No se realiza la gestión y custodia de todas las llaves del centro</b>	<b>Incidencia</b>	<b>UTC</b>	<b>Obligada</b>
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incumplimientos en la testión y custodia de las llaves del centro atribuible a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

b. De fallo en el tiempo de respuesta

No procede.

c. De fallo en el tiempo de corrección

No procede.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,014%	0,000%	0,000%	0,0147%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0147%	0,0000%	0,0000%	0,0147%



## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 02 SERVICIOS ESPECIFICOS

#### 04 Custodia de objetos

### Indicador (3/3)

#### 1. definición y valores según PPT

*Realizará la apertura y cierre de las puertas del Hospital en el horario acordado*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
25 / FS-3	Programado	T.D.	2, 4, ,	M
aquellos fallos de naturaleza grave que pueden o no afectar por si mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un Área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio..	15 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  30 min.	Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control.	Mensual.

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>No se realiza la apertura y cierre de las puertas en el hospital en el horario acordado</b>	Incidencia	Responsable de GFH	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe identificarse la fecha y hora	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Automático: Pre-cierre del Servicio de Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada	

### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Número de incumplimientos en la apertura y cierre de puertas en el horario acordado atribuible a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo y/o Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,025%	0,005%	0,035%	0,0683%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0263%	0,0053%	0,0368%	0,0683%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
<b>Zona Muy Crítica:</b> Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0276%	0,0055%	0,0386%	0,0717%
<b>Zona Crítica.</b> Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0273%	0,0054%	0,0381%	0,0708%
<b>Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0270%	0,0054%	0,0377%	0,0701%
<b>Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0266%	0,0053%	0,0372%	0,0691%
<b>Resto:</b> Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0263%	0,0053%	0,0368%	0,0683%

Servicio

## **02 Servicio Integral de Seguridad**

---

Título

### **03 CALIDAD**

Subtítulo

#### **01 Uniformidad - identificación**

---

##### **A. Protocolo básico**

La Sociedad Concesionaria entrega a cada trabajador una tarjeta identificativa y pinza o similar que se coloca en la parte superior delantera del cuerpo con:

- (1) El logo de la Sociedad Concesionaria.
- (2) La foto del empleado.
- (3) La unidad de servicio.
- (4) El nombre y los apellidos.
- (5) La ocupación o la categoría profesional.
- (6) Todos los conceptos de identificación son visibles a una distancia superior a un metro.
- (7) El personal de la Unidad está obligado según manual de procedimientos a estar identificado durante el ejercicio de su función.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

- (1) En caso de pérdida o deterioro, el trabajador se lo comunica inmediatamente al responsable de la Unidad que registra el aviso de posible incidencia en la Central de Incidencias.
- (2) La Dirección de Explotación le facilita una nueva tarjeta provisional o definitiva en un plazo máximo de una hora.
- (3) Con la realización de las medidas correctoras se registra el aviso como resuelto en la Central de Incidencias.
- (4) Cuando por algún motivo esto no sea posible, la Dirección de Explotación registra la incidencia en el mismo plazo y propone a la UTC las medidas correctoras.
- (5) Mensualmente la Dirección de Explotación notifica a la UTC la relación de incidencias, las medidas correctoras adoptadas y los tiempos correspondientes.
- (6) Si la incidencia es identificada por personal externo al Servicio se notifica por personal sanitario acreditado a la Central de Incidencias que lo registra y comunica a la Dirección de Explotación. En caso de inexistencia de respuesta previa ésta valora el alcance y propone, en caso necesario, las medidas correctoras y el plazo de ejecución.

### b. Corrección

- (1) Una incidencia en la identificación del personal de la Unidad genera automáticamente la entrada del protocolo establecido en el apartado a. Respuesta y no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.
- (2) Cuando la incidencia no pueda corregirse en ese plazo o del motivo que la origina se deriven otro tipo de medidas correctoras, la Dirección de Explotación pone en marcha el procedimiento señalado en el punto 5 y 6 del apartado anterior.
- (3) En el plazo acordado con la Administración se ponen en marcha las medidas correctoras. El manual de procedimientos especifica las medidas disciplinarias de aplicación para el personal que no cumpla con este requisito.

## C. Procedimiento a desarrollar

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

### b. Qué se hace?:

- (1) Cada trabajador antes de iniciar el primer día de trabajo recoge su tarjeta identificativa.
- (2) En caso de pérdida o deterioro el trabajador lo comunica al responsable de la Unidad, que registra el "aviso de incidencia" en la Central de Incidencias.
- (3) El trabajador acude, en el plazo máximo de una hora, donde la Dirección de Explotación haya establecido el lugar de reposición de tarjetas identificativas y recoge una nueva (provisional o definitiva).
- (4) Con la entrega de la tarjeta se registra el aviso como resuelto en la Central de Incidencias y se informa del momento en que tendrá disponible la tarjeta definitiva, en el caso en que se le entregue una provisional.
- (5) Cuando la Sociedad Concesionaria no pueda entregar la tarjeta (provisional o definitiva) se registra como incidencia en la Central de Incidencias, que lo comunica a la Dirección de Explotación.
- (6) En el manual de procedimientos se establecen las medidas disciplinarias para el personal que no cumpla este requisito.
- (7) Informe resumen mensual de incidencias para la Dirección de Explotación y la UTC, que, valora el alcance y propone, en caso necesario, las medidas correctoras y el plazo de ejecución.

### c. Cuándo?:

Al inicio del contrato de cada trabajador y cada vez que se produzca una aviso o una incidencia.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

- (1) Tarjeta identificativa con lectura electrónica.
- (2) Datos básicos del trabajador.
- (3) DNI o documento identificativo del trabajador.
- (4) Lugar o Unidad donde se reponen las tarjetas deterioradas o perdidas.

- (5) Tarjetas de repuesto (provisionales y/o definitivas) en blanco y sistema para completarlas.
- (6) Registro de entrega de identificaciones (iniciales, respuestos, provisionales y definitivas).
- (7) Manual de procedimientos del Servicio.
- (8) Medidas disciplinarias previstas.
- (9) Registro de incidencias.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 03 CALIDAD

#### 01 Uniformidad - identificación

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*Identificación visible del personal que presta el servicio*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
G1 / FC-M	Ordinario	T.D.	2, 3, 5,	D
fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  <b>120 min.</b>	Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos.	Diario

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>Personal del Servicio de Seguridad no lleva su identificación visible.</b>	<b>Incidencia</b>	<b>Responsable de GFH</b>	<b>Obligada</b>
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe indicarse la persona o alguna seña de identidad de la misma	Comprobación física	AUTOMATICO: Pre-cierre del Servicio de Seguridad y cierre definitivo automático si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

### 3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incumplimientos de protocolo de identificación del personal de la Unidad comunicados por personal acreditado y contrastados por la Dirección de Explotación en el periodo (día)

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: incidencias no respondidas según protocolo en el periodo (día)

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: correcciones no realizadas según protocolo dentro del tiempo previsto

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,014%	0,003%	0,019%	0,0378%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0147%	0,0032%	0,0200%	0,0378%



Servicio

## **02 Servicio Integral de Seguridad**

---

Título

### **03 CALIDAD**

Subtítulo

#### **02 Uniformidad**

---

##### **A. Protocolo básico**

(1) La Sociedad Concesionaria entrega a cada trabajador el uniforme y el equipo auxiliar de Seguridad adecuado y homologado necesario para las labores a realizar en el servicio.

(2) El personal de la Unidad está obligado según manual de procedimientos a estar permanentemente uniformado única y exclusivamente durante el desempeño de sus funciones siguiendo el manual de uniformidad de la Sociedad Concesionaria aprobado por la Administración Sanitaria.

(3) En el manual de la Unidad se contempla el procedimiento de la entrega y recogida de ropa para lavar para que ésta esté siempre en perfectas condiciones de limpieza e higiene, realizando el cambio de ropa cuantas veces sea necesario.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

- (1) En caso de pérdida o deterioro del uniforme el trabajador lo comunica al responsable de la Unidad, que registra el aviso de posible incidencia” en la Central de Incidencias.
- (2) El trabajador acude, en el plazo máximo de una hora, a donde la Dirección de Explotación haya establecido el lugar de reposición de uniformes y le facilita un nuevo uniforme.
- (3) Con la entrega del uniforme se registra el aviso como resuelto en la Central de Incidencias.
- (4) Cuando por algún motivo esto no sea posible, la Dirección de Explotación comunica a la Central de Incidencias la incidencia en el mismo plazo y las medidas correctoras adoptadas.
- (5) En el manual de procedimientos se establecen las medidas disciplinarias para el personal que no cumpla este requisito.
- (6) Mensualmente la Dirección de Explotación notifica a la UTC la relación de incidencias, las medidas correctoras adoptadas y los tiempos correspondientes.
- (7) Si la incidencia es identificada por personal externo al Servicio se notifica por personal sanitario acreditado a la Central de Incidencias que lo registra y comunica a la Dirección de Explotación. En caso de inexistencia de respuesta previa ésta valora el alcance y propone, en caso necesario, las medidas correctoras y el plazo de ejecución.

### b. Corrección

- (1) Una incidencia en la uniformidad del personal de la Unidad genera automáticamente la entrada del protocolo establecido en el apartado: a. Respuesta, anterior y no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.
- (2) Cuando la incidencia no pueda corregirse en ese plazo o del motivo que la origina se deriven otro tipo de medidas correctoras, la Dirección de Explotación pone en marcha el procedimiento señalado en el punto 4 a 7 del apartado anterior.
- (3) En el plazo acordado con la Administración se ponen en marcha las medidas correctoras. En el manual de procedimientos se establecen las medidas disciplinarias de aplicación para el personal que no cumpla con este requisito.

## C. Procedimiento a desarrollar

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad

### b. Qué se hace?:

1) Cada trabajador antes de iniciar el primer día de trabajo recoge su uniforme.

(2) En caso de pérdida o deterioro el trabajador lo comunica al responsable de la Unidad, que lo registra como "aviso de incidencia" en la Central de Incidencias.

(3) El trabajador acude a donde la Dirección de Explotación haya establecido el lugar de reposición de uniformes y recoge uno nuevo.

(4) Con la entrega del uniforme se cierra el aviso de incidencia en la Central de Incidencias.

(5) En el manual de procedimientos se establece las medidas disciplinarias para el personal que no cumpla este requisito.

(6) Informe resumen mensual de incidencias para la Dirección de Explotación y la UTC

### c. Cuándo?:

Al inicio del contrato de cada trabajador y cada vez que se produzca una incidencia

### d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Uniformes iniciales en sus diferentes modalidades y tallas.

(2) Registro de entrega de uniformes.

(3) Lugar o Unidad donde se reponen los uniformes deteriorados o perdidos.

(4) Stock mínimo de dos uniformes por talla y modalidad.

(5) Manual de procedimientos del Servicio.

(6) Medidas disciplinarias previstas.

(7) Registro de incidencias.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 03 CALIDAD

#### 02 Uniformidad

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*El personal está correctamente uniformado*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
G2 / FC-M	Ordinario	T.D.	2, 3, 5,	D
fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  <b>120 min.</b>	Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos.	Diario

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>Personal del Servicio de Seguridad no está correctamente uniformado.</b>	Incidencia	Responsable de GFH	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debería indicarse la persona o alguna seña de identidad de la misma	Comprobación física	AUTOMATICO: Pre-cierre del Servicio de Seguridad y cierre definitivo automático si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

### 3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incumplimientos de protocolo de uniformidad del personal de la Unidad comunicados por personal acreditado y contrastados por la Dirección de Explotación en el periodo (día)

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: incidencias no respondidas según protocolo en el periodo (mes)

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: correcciones no realizadas según protocolo dentro del tiempo previsto

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,014%	0,003%	0,019%	0,0378%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0147%	0,0032%	0,0200%	0,0378%

Servicio

## **02 Servicio Integral de Seguridad**

---

Título

### **03 CALIDAD**

Subtítulo

#### **03 Verificación de los puestos de trabajo**

---

##### **A. Protocolo básico**

El responsable de la Unidad garantiza diariamente el registro mediante firma (analógica o digital) de la entrada y salida de cada trabajador en la plantilla configurada con los puestos de trabajo por zona, así como las sustituciones y suplencias. El registro diario se encuentra a disposición de la Sociedad Concesionaria y de la Administración Sanitaria.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo no pueda realizarse el protocolo:

(1) El responsable de la Unidad comunica en un plazo máximo de 60 minutos a la Central de Incidencias, registrando el aviso de posible incidencia con los motivos, las medidas correctoras propuestas y sus plazos de ejecución.

(2) Con la realización de las medidas correctoras se registra el aviso como resuelto en la Central de Incidencias.

(3) Si la incidencia es identificada por personal del Hospital, se registra por el personal sanitario acreditado en la Central de Incidencias.

(4) La Central de Incidencias se lo comunica inmediatamente a la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria.

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de Transporte Interno registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de sesenta minutos.

(6) La Dirección de Explotación contrasta la incidencia, valora el alcance y propone a la Administración las medidas correctoras, así como, el plazo de ejecución, recabando la documentación necesaria.

### b. Corrección

(1) La corrección de una incidencia en la verificación de puestos de trabajo no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

(2) Cuando la incidencia no pueda corregirse en ese plazo o del motivo que la origina se deriven otro tipo de medidas correctoras, la Dirección de Explotación pone en marcha el procedimiento señalado en el punto 6 del apartado anterior.

(3) En caso necesario y dentro del plazo acordado con la Administración se resuelve la incidencia.

## **C. Procedimiento a desarrollar**

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad

### b. Qué se hace?:

- (1) Registrar mediante firma analógica o digital el inicio y fin de jornada de cada trabajador del Servicio.
- (2) Mantener el registro de incidencias.
- (3) Comunicar el aviso de posible incidencia y las incidencias a la Central de Incidencias y Dirección de Explotación.
- (4) Proponer y tomar las medidas correctoras establecidas o aprobadas por la Dirección de Explotación.

### c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

- (1) Plantilla del Servicio.
- (2) Sistema de registro de presencias.
- (3) Manual de procedimientos del Servicio.
- (4) Registro de Incidencias



## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 03 CALIDAD

#### 03 Verificación de los puestos de trabajo

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*Comprobación de la cobertura de los puestos de trabajo por zona facilitados por la empresa concesionaria*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
G3 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 3, 5,	M
fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  120 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos.	Mensual.

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>Fallo de comprobación del personal que presta servicios en Limpieza</b>	fallo	Unidad Técnica de Control (UTC)	No procede
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	No procede	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de fallos del registro diario de trabajadores configurado con los puestos de trabajo por zona, documentados y verificados en el periodo (mes)

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: incidencias no respondidas según protocolo en el periodo (mes)

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: correcciones no realizadas según protocolo dentro del tiempo previsto

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,043%	0,003%	0,019%	0,0683%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0452%	0,0032%	0,0200%	0,0683%

Servicio

## 02 Servicio Integral de Seguridad

---

Título

### 00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

Subtítulo

#### 01 Dejar inoperativa una parte o la totalidad de un área asistencial (respuesta a solicitudes de emergencia, alarmas de incendio e intrusión en áreas restringidas)

---

##### A. Protocolo básico

La unidad de seguridad prioriza el cumplimiento de:

- (a) los tiempos fijados para atender las solicitudes de emergencia,
- (b) los tiempos fijados para actuar en respuesta a las alarmas de incendio,
- (c) y evitar el acceso a las áreas restringidas de personal no autorizado,

puesto que un fallo en este sentido puede dejar inoperativa un área asistencial y provocar perjuicios a la actividad del Hospital.

El manual de procedimientos se establece (además de lo señalado en los correspondientes apartados):

- (1) El procedimiento de actuación para las solicitudes de emergencia, alarmas contra incendio e intrusión en áreas restringidas coordinado con el plan de emergencia del Hospital.
- (2) Las funciones y la coordinación fijadas en el Plan de Emergencia del Hospital.
- (3) El sistema de registro, revisión y validación de incidencias, donde se incluye específicamente estos tipos de llamada.
- (4) El procedimiento para la ejecución en los tres turnos horarios del Hospital.
- (5) El procedimiento para que el responsable de la Unidad ponga en marcha sistemas alternativos previstos para garantizar el servicio (policia, etc.)
- (6) El sistema y la periodicidad en la que el responsable de la unidad valida su adecuado funcionamiento.
- (7) El orden de prioridad de las diferentes áreas del hospital en coherencia con la zonificación de riesgo.
- (8) Procedimientos por área y tiempos de actuación por zonas de riesgo.

(9) Seguimiento del procedimiento de emergencia.

(10) Declaración de incidencia solventada.

(11) El registro de las actuaciones realizadas.

(12) Análisis del cumplimiento del proceso y propuesta de mejora en su caso.

Específicamente se contempla como fallo que puede dejar inoperativa e impedir el uso de una parte o la totalidad de un área asistencial el retraso en más de media hora, causado especialmente por fallos de respuesta a solicitudes de emergencia, en las alarmas de incendio y/o provocados por la intrusión en áreas restringidas.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo se produzca una demora en los tiempos previstos para estos casos o cualquier otra incidencia:

(1) Las personas asignadas en la Unidad comunican cualquier incidencia inmediatamente al responsable de la Unidad.

(2) El responsable de la Unidad prioriza los recursos de la Unidad para dar solución o pone en marcha el sistema alternativo previsto para garantizar el servicio (policia, bomberos,...).

(3) Cualquier incidencia se registra y notifica a la Central de Incidencias en un plazo máximo de 5 minutos junto a las medidas que se pongan en marcha y su plazo de ejecución.

Si de alguna manera se afecta al uso de una parte o la totalidad de un Área Funcional, sin impedir su uso:

(4) personal acreditado del Hospital comunica la incidencia a la Central de Incidencias, vinculando esta situación crítica a la incidencia previamente registrada que la ha causado.

(5) La Central de Incidencias transmite inmediatamente el problema a la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria y a la UTC.

(6) La Dirección de Explotación contrasta y valora el alcance de la incidencia y propone las medidas correctoras a adoptar y su plazo de ejecución.

### b. Corrección

(1) En el manual de procedimientos de la Unidad se especifican los tiempos de corrección acordados teniendo en cuenta las características del Hospital, sin que en general pueda duplicar el tiempo de respuesta previsto.

(2) Cuando la incidencia no pueda corregirse en ese plazo o del motivo que la origina se deriven otro tipo de medidas correctoras, la Dirección de Explotación pone en marcha el procedimiento señalado en el punto 6 del apartado anterior.

(3) En el plazo acordado con la Administración en función del motivo que ocasione la incidencia, se ponen en marcha las medidas acordadas.

## C. Procedimiento a desarrollar

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad

### b. Qué se hace?:

(1) Actuar según procedimiento para las solicitudes de emergencia, alarmas contraincendio e intrusión en áreas restringidas.

(2) Registrar y validar la incidencias.

(3) Verificar periódicamente el buen funcionamiento de los elementos implicados en la respuesta ante este tipo de incidencias.

(4) Mantener actualizado el orden de prioridad de la diferentes áreas del hospital en coherencia con la zonificación de riesgo.

(5) Mantener actualizados los procedimientos por zonas de riesgo.

(6) Declaración de incidencia solventada.

(7) El registro de las actuaciones realizadas.

(8) Analizar del cumplimiento del proceso y proponer mejoras.

### c. Cuándo?:

(1) En casos de emergencia, alarma contraincendio o intrusión en zona restringida con o sin solicitud de emergencia.

(2) Cuando se solicite la colaboración de la unidad en simulacros y otras actuaciones previstas en el plan de emergencia del Hospital.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Procedimiento de actuación para las solicitudes de emergencia, alarmas contraincendio e intrusión en áreas restringidas.

(2) Sistema de registro, revisión y validación de incidencias para estos tipos de llamada.

(3) Procedimiento para la ejecución en los tres turnos horarios del Hospital.

(4) Sistema y la periodicidad en la que el responsable de la unidad valida su adecuado funcionamiento (sistema de comunicación con el personal asignado y dispositivos concretos).

- (5) El orden de prioridad de la diferentes áreas del hospital en coherencia con la zonificación de riesgo.
- (6) Procedimientos por área y tiempos de actuación por zonas de riesgo.
- (7) El registro de las actuaciones realizadas.
- (8) Plan de Emergencia del Hospital
- (9) Registro de incidencias.
- (10) Plannig de trabajos y registro de puestos de trabajo.
- (11) Material auxiliar de protección correspondiente.
- (12) Identificación del personal acreditado para comunicar solicitudes de urgencia.
- (13) Dispositivos alternativos (si están previstos).
- (14) Normativa vigente.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

01 Respuesta a solicitudes de emergencia, alarmas de incendio e intrusión en áreas restringidas

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*Fallo de servicio que deje inoperativa e impide el uso de una parte o la totalidad de un área funcional*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
1 / FS-1	Emergencia	T.D.	2, 3, 5,	S
aquellos que dejan inoperativa e impiden el uso de una parte o la totalidad de un Área funcional del Hospital	5 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  10 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos.	Semanal

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>Hemos tenido que cerrar parte de la Unidad por un fallo del Servicio de Seguridad</b>	Incidencia	Responsables de GFHs específicos	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Requiere la vinculación a: - algún otro indicador del Servicio, especialmente al 8, 16 o 19 (Respuesta a solicitudes de emergencia, alarmas de incendio e intrusión en áreas restringidas) - y con un tiempo superior a 30 minutos	Comprobación física	AUTOMATICO: Pre-cierre del Servicio de Seguridad y cierre definitivo automático si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	



### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Núm. de incumplimientos del protocolo de solicitudes de emergencia atribuible a la Unidad o de otras actuaciones (fallos de respuesta a solicitudes de emergencia, en las alarmas de incendio y/o provocados por la intrusión en áreas restringidas) que según protocolo hayan dejado inoperativa un Area Funcional por más de media hora.

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: incidencias no respondidas según protocolo en el periodo (mes).

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: correcciones no realizadas según protocolo dentro del tiempo previsto

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,166%	0,125%	0,035%	0,3423%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,1743%	0,1313%	0,0368%	0,3423%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
<b>Zona Muy Crítica:</b> Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,1830%	0,1378%	0,0386%	0,3594%
<b>Zona Crítica.</b> Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,1809%	0,1362%	0,0381%	0,3552%
<b>Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,1787%	0,1345%	0,0377%	0,3509%
<b>Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,1766%	0,1330%	0,0372%	0,3468%
<b>Resto:</b> Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,1743%	0,1313%	0,0368%	0,3423%

Servicio

## 02 Servicio Integral de Seguridad

---

Título

### 00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

Subtítulo

**02 Entorpecer la actividad de un área (respuesta a peticiones urgentes, control de accesos, sistemas específicos departamentales de seguridad e inoperatividad del sistema de vigilancia y de control remoto)**

---

#### A. Protocolo básico

La unidad de seguridad garantiza que:

- (a) Los elementos del sistema de vigilancia y de control remoto están operativos,
- (b) las peticiones urgentes son atendidas en el tiempo acordado,
- (c) el recinto del hospital se mantiene libre de intrusos,
- (d) el personal de seguridad de conocimientos específicos presta servicio en los departamentos asignados durante los periodos acordados,
- (e) el personal de seguridad está en los puestos establecidos para el control de accesos,

de forma que no se afecte a la operatividad de una parte o la totalidad de un Área Funcional.

Con tal fin establece en su manual de procedimientos (además de lo señalado anteriormente en cada uno de estos apartados):

- (1) El sistema de registro, revisión y validación de incidencias, donde se prioriza específicamente el servicio de llamada de urgencia, control de accesos y asignación de personal a áreas de alto riesgo.
- (2) El procedimiento para que el responsable de la Unidad ponga en marcha sistemas alternativos previstos en el manual de la Unidad para garantizar el servicio.
- (3) Las funciones y la coordinación con otras Unidades y Servicios de Explotación fijadas en el manual de la Unidad (Transporte Interno, etc.).
- (4) El sistema y la periodicidad en la que el responsable de la unidad valida su adecuado funcionamiento.

Específicamente se contempla como incidencia que puede afectar a la operativa pero no impida el uso de una parte o la totalidad de un área asistencial, consecuencia de la inoperatividad del sistema de

vigilancia automatizado, del control remoto, del control de accesos o de la falta de respuesta a solicitudes de emergencia, por más de 60 minutos y especialmente en localizaciones establecidas como críticas desde el ámbito de la seguridad.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una demora en los tiempos previstos para estos casos o cualquier otra incidencia:

(1) Las personas asignadas de la Unidad comunican cualquier incidencia inmediatamente al responsable de la Unidad.

(2) El responsable de la Unidad pone en marcha el sistema alternativo previsto para garantizar el servicio.

(3) La posible incidencia se registra y notifica a la Central de Incidencias en el plazo máximo de 30 minutos, junto con las medidas correctoras que se pongan en marcha y su plazo de ejecución.

Si de alguna manera se afecta al uso de una parte o la totalidad de un Área Funcional, sin impedir su uso:

(4) personal acreditado del Hospital comunica la incidencia a la Central de Incidencias, vinculando esta situación crítica a la incidencia previamente registrada que la ha causado.

(5) La Central de Incidencias transmite inmediatamente el problema a la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria

(6) La Dirección de Explotación contrasta y valora el alcance de la incidencia y propone las medidas correctoras y su plazo de ejecución a la UTC, recabando la documentación necesaria.

### b. Corrección

(1) En el manual de procedimientos de la Unidad se especifican los tiempos de corrección acordados teniendo en cuenta las características del Hospital, sin que en general pueda duplicar el tiempo de respuesta previsto.

(2) Cuando la incidencia no pueda corregirse en ese plazo o del motivo que la origina se deriven otro tipo de medidas correctoras, la Dirección de Explotación pone en marcha el procedimiento señalado en el punto 6 del apartado anterior.

(3) En el plazo acordado con la Administración en función del motivo que ocasione la incidencia, se ponen en marcha las medidas acordadas.

## C. Procedimiento a desarrollar

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

### b. Qué se hace?:

(1) Comprobar que los elementos del sistema de vigilancia y de control remoto están operativos.

(2) Gestionar las peticiones urgentes para que sean atendidas en el tiempo acordado.

(3) Verificar que el recinto del hospital se mantiene libre de intrusos.

(4) Gestionar y comprobar que el personal de seguridad de conocimientos específicos presta servicio en los departamentos asignados durante los periodos acordados.

(5) Verificar que el personal de seguridad está en los puestos establecidos para el control de accesos.

(6) Verificar que el sistema de registro, revisión y validación de incidencias, donde se prioriza específicamente el servicio de llamada de urgencia. control de accesos y asignación de personal a áreas de alto riesgo, funciona correctamente.

(7) Poner en marcha sistemas alternativos previstos en el manual de la Unidad para garantizar el servicio.

(8) Coordinar las actuaciones con otras Unidades y Servicios de Explotación en los términos fijados en el manual de la Unidad (Transporte Interno, etc.).

(9) Registrar las incidencias.

### c. Cuándo?:

(1) En casos de peticiones urgentes, incidencias en control de accesos, incidencias en los sistemas específicos departamentales de seguridad e inoperatividad del sistema de vigilancia y de control remoto.

(2) Cuando se solicite la colaboración de la unidad en simulacros y otras actuaciones previstas en el plan de emergencia del Hospital.

d. Materiales y equipos a utilizar:

- (1) Inventario de elementos del sistema de vigilancia y de control remoto.
- (2) Procedimiento de respuesta a peticiones urgentes, intrusión en el recinto del hospital, seguridad específica - departamental y control de accesos.
- (3) Sistema de registro, revisión y validación para estos tipos de incidencias.
- (4) Sistemas alternativos previstos en el manual de la Unidad para garantizar el servicio.
- (5) Funciones y coordinación con otras Unidades y Servicios de Explotación (Transporte Interno, etc.).
- (6) Registro de incidencias.
- (7) Orden de prioridad de la diferentes áreas del hospital en coherencia con la zonificación de riesgo.
- (8) Procedimientos por área y tiempos de actuación por zonas de riesgo.
- (9) Registro de las actuaciones realizadas.
- (8) Plan de Emergencia del Hospital.
- (9) Plannig de trabajos y registro de puestos de trabajo.
- (10) Identificación del personal acreditado para comunicar solicitudes de urgencia.
- (11) Dispositivos alternativos (si están previstos).
- (12) Normativa vigente.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

02 Respuesta a peticiones urgentes, control de accesos, sistemas específicos departamentales de seguridad e inoperatividad del sistema de vigilancia y de control remoto

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*Fallo de servicio que afecta a la operativa pero no impide el uso de una parte o la totalidad de un área funcional*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
2 / FS-2	Urgencia	T.D.	2, 3, 5,	S
aquellos que afectan a la operatividad pero no impiden el uso de una parte o la totalidad de un Área funcional del Hospital	30 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  30 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos.	Semanal

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>El Servicio de Seguridad está entorpeciendo la actividad de la Unidad</b>	Incidencia	Responsables de GFHs específicos	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Requiere la vinculación a: - algún otro indicador del Servicio, especialmente al 6, 7, 17 o 9 (Operatividad del sistema de vigilancia automatizado, control remoto, control de accesos y respuesta a solicitudes de emergencia), - a localizaciones establecidas como críticas desde el ámbito de la seguridad - y con un tiempo superior a 60 minutos	Comprobación física	AUTOMATICO: Pre-cierre del Servicio de Seguridad y cierre definitivo automático si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Núm. de incumplimientos del protocolo de solicitudes de urgencia u otras actuaciones atribuibles a la Unidad (Operatividad del sistema de vigilancia automatizado, control remoto, control de accesos y respuesta a solicitudes de emergencia) que según protocolo hayan afectado a la operatividad pero no impiden el uso de una parte o la totalidad de un Area Funcional un tiempo superior a 60 minutos.

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: incidencias no respondidas según protocolo en el periodo (semana).

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: correcciones no realizadas según protocolo dentro del tiempo previsto

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,066%	0,050%	0,035%	0,1586%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0693%	0,0525%	0,0368%	0,1586%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
<b>Zona Muy Crítica:</b> Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0728%	0,0551%	0,0386%	0,1665%
<b>Zona Crítica:</b> Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0719%	0,0545%	0,0381%	0,1645%
<b>Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0710%	0,0538%	0,0377%	0,1625%
<b>Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0702%	0,0532%	0,0372%	0,1606%
<b>Resto:</b> Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0693%	0,0525%	0,0368%	0,1586%



Servicio

## **02 Servicio Integral de Seguridad**

---

Título

### **00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO**

Subtítulo

#### **03 Reclamación por parte de la Dirección o de los Usuarios del Hospital**

---

##### **A. Protocolo básico**

- (1) La Unidad de Seguridad colabora en los contoles, supervisiones y auditorías que la Administración Sanitaria considere oportunos y sigue diligentemente sus indicaciones.
- (2) Cumple el deber de respetar lo derechos de los usuarios del Hospital.
- (3) Realiza sus tareas de forma segura para evitar cualquier tipo de daño a pacientes, personal, visitantes, estropear las características de los productos utilizados, bloquear el flujo de circulación en las instalaciones, dañar el mobiliario y enseres urbanos, puertas y paredes de las instalaciones del Hospital.
- (4) Asegura que el servicio se realiza con las debidas precauciones tanto para las personas que realicen las actuaciones, como para los pacientes, visitantes y empleados.
- (5) Cumple el deber de respetar la confidencialidad del personal a su cargo y con relación a cuantos datos e informaciones conozca por la participación en la prestación del servicio (en el contrato de cada trabajador existe una cláusula en este sentido y las medidas disciplinarias y de todo tipo previstas en caso de incumplimiento).

## **B. Resolución de incidencias**

### **a. Respuesta**

Cualquier incidencia se registra y notifica la Central de Incidencias, por personal acreditado. La Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria valora el alcance y comunica y propone a la Administración, en un plazo máximo de 1 hora, las medidas correctoras que se adopten y su plazo de ejecución.

### **b. Corrección**

En el plazo acordado con la Administración se ejecutan las medidas pactadas.

## **C. Procedimiento a desarrollar**

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

### b. Qué se hace?:

(1) Verificación del cumplimiento de las tareas y obligaciones asignadas.

(2) Elevar la incidencia y las medidas correctoras a la Dirección de Explotación.

### c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Registro de incidencias.

(2) Plan de formación – atención al cliente.

(3) Medidas disciplinarias.

(4) Identificación del personal acreditado para comunicar incidencias

(5) Normativa vigente.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 02 Servicio Integral de Seguridad

#### 00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

#### 03 Reclamación por parte de la Dirección o de los Usuarios del Hospital

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*Fallo de servicio de naturaleza grave que incumple algún aspecto del PPT y que no está incluido en los apartados 1 y 2*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
3 / FS-3	Ordinario	T.D.	2, 3, 5,	S
aquellos fallos de naturaleza grave que pueden o no afectar por si mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un Área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio..	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  <b>Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).</b>	Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos.	Semanal

#### 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>El Servicio de Seguridad no está colaborando con los controles, supervisiones y auditorias o no respeta los derechos de los usuarios o no realiza sus tareas de forma segura.</b>	fallo	Dirección del Hospital	No procede
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Especificar el tipo de fallo	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

### 3. cuantificación del indicador

#### a. De fallo

Número de reclamaciones registradas y verificadas de la Administración atribuible a la Unidad en el periodo (semana).

#### b. De fallo en el tiempo de respuesta

En el mismo concepto: % Incidencias contestadas según protocolo en menos de una hora en el periodo (semana) / total incidencias en el periodo (semana) .

#### c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto: % actuaciones realizadas en el periodo acordado / Total actuaciones acordadas para el mismo periodo .

### 4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,025%	0,019%	0,035%	0,0830%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0263%	0,0200%	0,0368%	0,0830%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
<b>Zona Muy Crítica:</b> Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0276%	0,0209%	0,0386%	0,0871%
<b>Zona Crítica.</b> Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0273%	0,0207%	0,0381%	0,0861%
<b>Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0270%	0,0204%	0,0377%	0,0851%
<b>Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes:</b> Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0266%	0,0202%	0,0372%	0,0840%
<b>Resto:</b> Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0263%	0,0200%	0,0368%	0,0830%