

SERVICIO 04

# **RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS**

**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	10
<b>01 REQUERIMIENTOS DE MATERIALES</b>		
	01 Recogida de Residuos Sanitarios Urbanos y Biosanitarios Asimilables a Urbanos (RSU y RBAU)	12
	02 Contenedores de recogida de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE)	17
	03 Contenedores de residuos punzantes	22
	04 Señalización de los contenedores	27
	05 Contenedores de residuos citotóxicos	32
<b>02 PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO DE RESIDUOS</b>		
	01 Frecuencia de retirada de las bolsas de recogida de Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos	37
	02 Traslado hasta el almacén final de residuos de todos los contenedores depositados en el almacén intermedio	42
	03 Traslado hasta el almacén final de residuos de todos los contenedores de Residuos Cito-tóxicos (RC) depositados en el almacén intermedio	47
	04 Traslado hasta el almacén intermedio de residuos de los contenedores de Residuos Cito-tóxicos (RC) al finalizar la jornada.	52
	05 Entrega de bidones de Residuos Químicos (RQ) cerrados en el día establecido para la retirada por el gestor autorizado	57
	06 Retirada de contenedores / compactadores de residuos Sanitarios Urbanos o Biosanitarios Asimilables a Urbanos (RSU y RBAU) del área de almacenamiento final de residuos	62
	07 Retirada de contenedores de residuos de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) y Resi-	67

Título	Subtítulo	Página
	Residuos Citotóxicos (RC) del área de almacenamiento final de residuos	
<b>03 LIMPIEZA DE MATERIALES</b>		
	01 Lavado de medios de transporte de contenedores de residuos	71
<b>04 SEÑALIZACION DEL AREA DE ALMACENAMIENTO</b>		
	01 Señalización del área de almacenamiento final de residuos	76
<b>05 REGISTROS DEL SERVICIO</b>		
	01 Informes mensuales de cantidades y destino de los residuos	82
	02 Informes mensuales de cantidades de los residuos producidas por Unidad Funcional	87
	03 Informes mensuales de Documentos de Control y Seguimiento de los residuos retirados	92
	04 Declaración del Gestor de Residuos Sanitarios Urbanos y Asimilables a Urbanos (RSU y RBAU) de depositar de los residuos retirados en vertedero autorizado	97
	05 Declaración del Gestor de residuos de depositar los residuos retirados en planta de reciclaje autorizada	102
	06 Declaración del Gestor de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) de depositar de los residuos retirados en planta de tratamiento autorizada	107
	07 Declaración del Gestor de Residuos Citotóxicos (RC) de depositar los residuos retirados en planta de tratamiento autorizada	112
	08 Autorización del Gestor de Residuos Químicos (RQ) de la CAM	117
<b>06 CALIDAD</b>		
	01 Uniformidad - identificación	122
	02 Uniformidad	128
	03 Cobertura de puestos	133

## 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)

Sin que esto signifique que, para mejorar la eficiencia de la explotación, cada Sociedad Concesionaria no pueda agrupar diferentes servicios para su gestión.

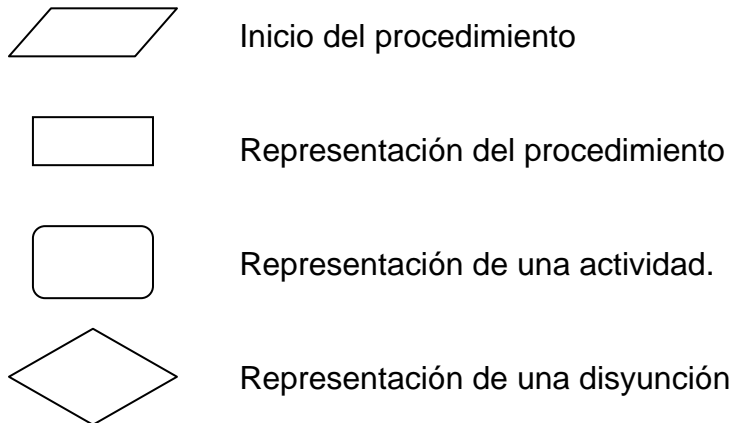
El objeto de los protocolos y manuales de procedimientos es garantizar las mejores prácticas y la calidad de los servicios de explotación, principal preocupación de ambas partes, junto a la necesidad de contar con un sistema homogéneo de seguimiento y control que garantice su cumplimiento.

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 (Literal de la descripción, 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), :

1. Definición del indicador y valores según PPT (número de indicador, categoría, tiempo de respuesta, tiempo de corrección, método de supervisión y frecuencia de supervisión).

2. Definición del indicador para su gestión:

■ Texto de registro: Descripción del indicador del PPT, tal y como se recoge en la aplicación de gestión de incidencias.

■ Tipo: Si el indicador está predeterminado como incidencia o como fallo:

- Incidencia. 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).

- Fallo: Incumplimiento verificado del manual de procedimientos (o del protocolo básico en su defecto), atribuible a las Unidades gestionadas por la Sociedad Concesionaria que afecte a la prestación del servicio o a su calidad en los términos expresados en los indicadores del PPT. Una incidencia puede verificarse como fallo.

■ Personal acreditado.

El personal del Hospital o de la Sociedad Concesionaria está acreditado para la gestión de incidencias cuando cumple las siguientes condiciones:

- Está identificado expresamente como responsable de GFH en los registros de Recursos Humanos (del Hospital y de la Concesionaria).
- Tiene firma y código de identificación personal reconocidos.
- Es conocido (comunicado) a las partes implicadas por los procedimientos que se hayan articulado en cada caso.
- Tiene registrada en recursos humanos la delegación de estas funciones para los caso de ausencia en otra persona de la Unidad

El GFH (Grupo Funcional Homogéneo definido en el PPT), como unidad básica de gestión de incidencias cumple con las tres condiciones siguientes (tanto para las Unidades del Hospital como de la Sociedad Concesionaria).

- Tiene una localización física (unívoca, continua y estable en el tiempo)
- Tiene una identificación lógica (código unívoco y estable en el tiempo)
- Tiene un Responsable acreditado expresamente por la Administración para la gestión habitual de la Unidad (tramita peticiones a compras, farmacia, gestión de recursos humanos, gestión de informes, etc.).

■ Localización:

Si el indicador requiere localización o no para facilitar la respuesta, la corrección y/o su verificación.

■ Observaciones.



Otros requisitos necesarios, a parte de la localización, para identificar adecuadamente el indicador y sus repercusiones.

■ Verificación

La verificación de la incidencia, fallo, respuesta o corrección se realiza cuando haya discrepancias entre el Hospital y la Sociedad Concesionaria. Se establecen tres procedimientos:

- Automáticamente por los registros de la aplicación de la Central de Incidencias.
- Comprobación física
- Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el manual de procedimientos del hospital o en su defecto, del Protocolo Básico.
- No procede (no existe posibilidad de discrepancia por la naturaleza del hecho registrado y por tanto no procede la verificación)

■ Cierre de la incidencia

Procedimiento por el cual un indicador activado / registrado se da por corregido.

3. Cuantificación del indicador:

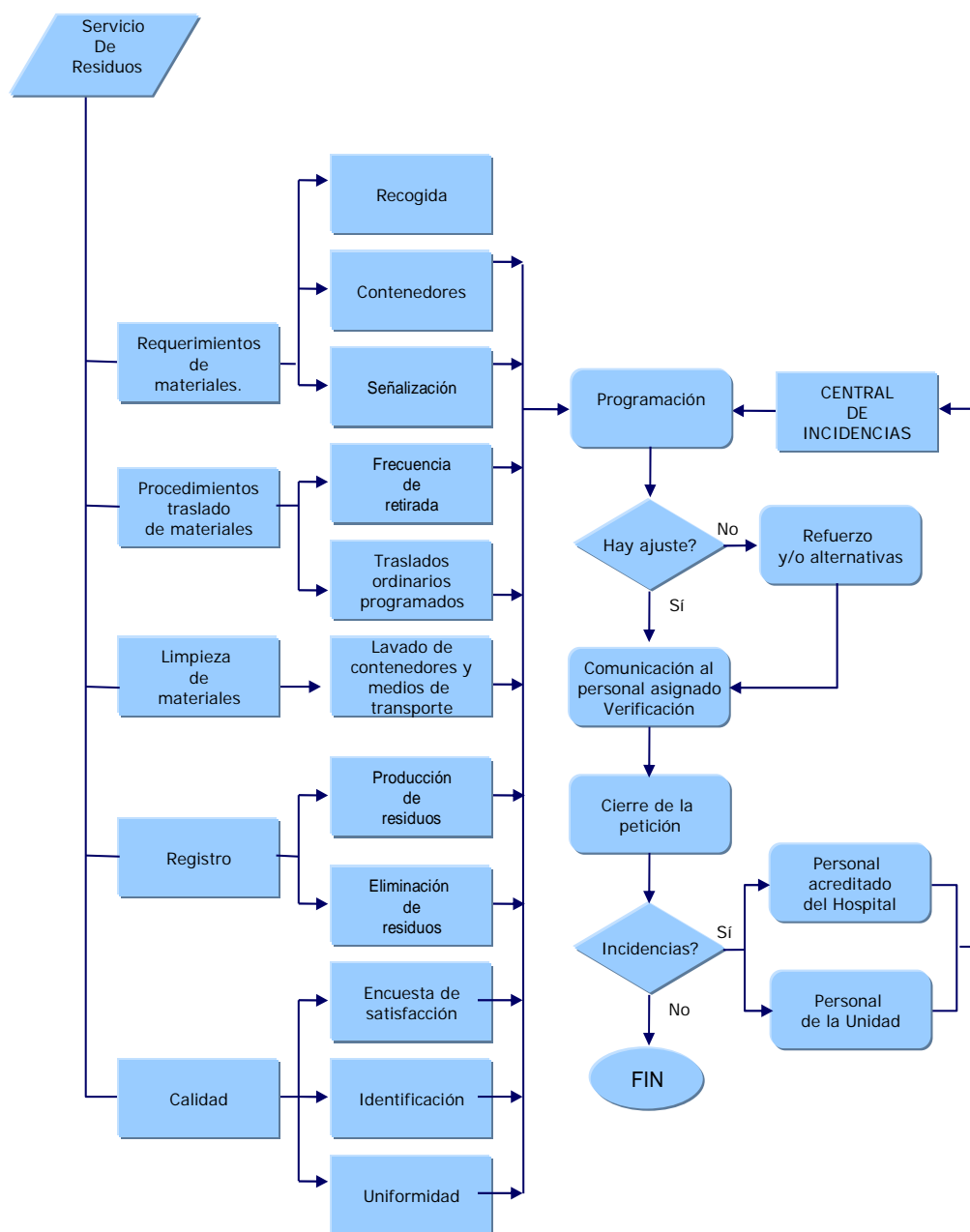
- a. de fallo
- b. de respuesta
- c. de corrección

4. Sanciones previstas para cada indicador (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).

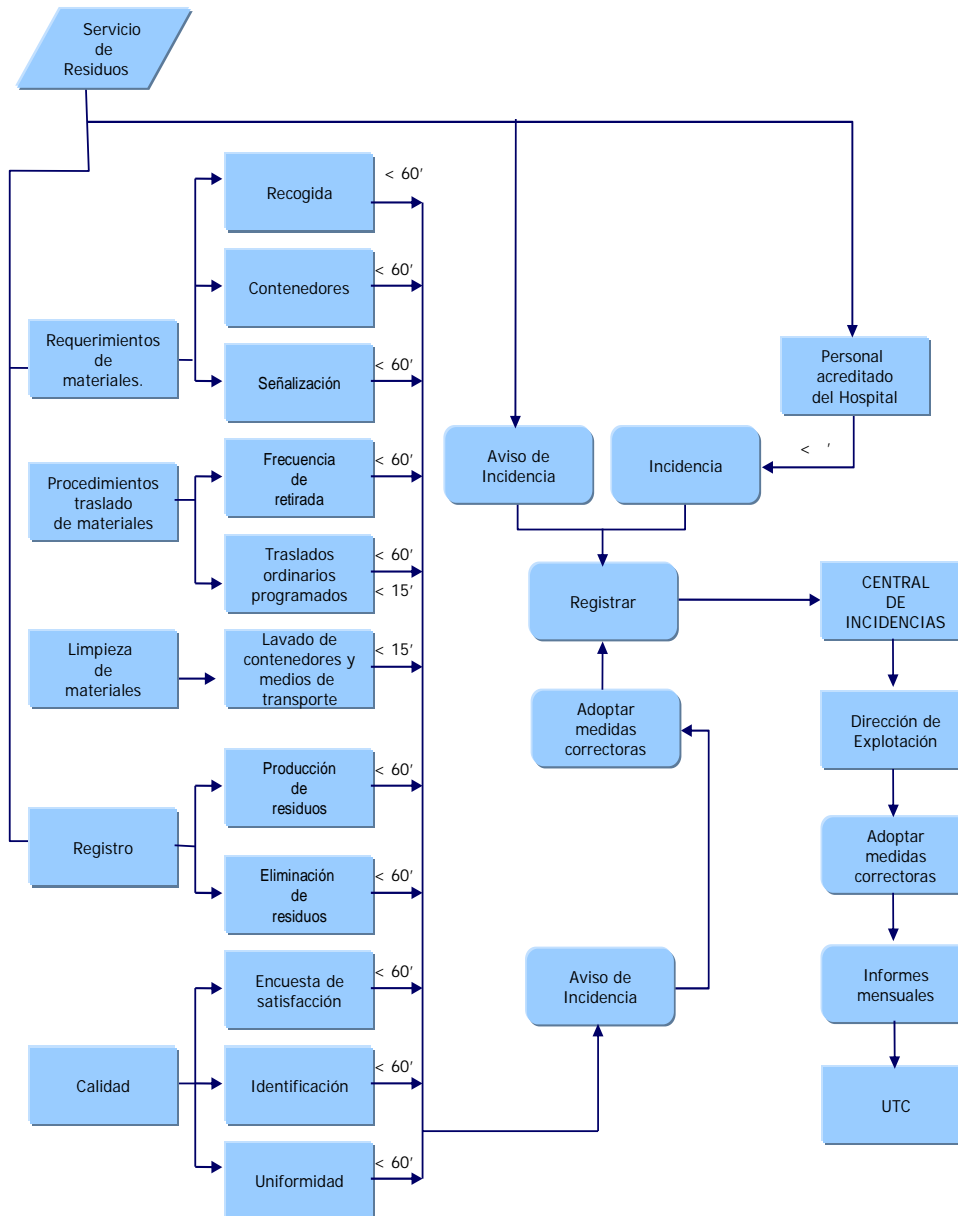
6. Otras indicaciones:

- En el texto se ha forzado la separación en párrafos, que se han numerado para facilitar su búsqueda y las posibles correcciones.
- 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 un hecho anómalo o extraordinario.

### Servicio de Residuos Urbanos y Sanitarios.



## Servicio de Residuos Urbanos y Sanitarios B. Incidencias



Servicio

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **01 REQUERIMIENTOS DE MATERIALES**

Subtítulo

#### **01 Recogida de Residuos Sanitarios Urbanos y Biosanitarios Asimilables a Urbanos (RSU y RBAU)**

---

##### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad garantiza que los Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos procedentes de zonas de asistencia sanitaria

- 1) Se recogen en:
  - a) Bolsas opacas, impermeables y resistentes a la humedad.
  - b) Galga mínima 200, de color verde.
  - c) Volumen no superior a 70 litros.
- 2) Se recogen de los soportes.
- 3) Cierra las bolsas.
- 4) Deposita las bolsas en medios adecuados para su traslado.
- 5) Traslada las bolsas hasta el almacén final siguiendo el recorrido previsto.
- 6) Coloca bolsas vacías en los soportes en caso necesario.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, 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 el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

## C. Procedimiento a desarrollar

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

### b. Qué se hace?:

- 1) Comprueba las existencias de bolsas homologadas.
- 2) Realiza los pedidos de bolsas homologadas.
- 3) Fija el recorrido a realizar junto con la Administración Sanitaria.
- 4) Realiza el recorrido fijado.
- 5) Comprueba la necesidad de ser sustituidas.
- 6) Cierra las bolsas.
- 7) Deposita las bolsas en los medios de transporte fijados.
- 8) Coloca bolsas nuevas.
- 9) Traslada las bolsas utilizadas al almacén final.

### c. Cuándo?:

(1) Revisión mensual con el responsable de limpieza de los materiales utilizados. (2) Revisión mensual de materiales que se llevan en el carro de limpieza previo a la inspección de la UTC.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

- 1) Listado de existencias.
- 2) Formularios de petición de material.
- 3) Relación de puntos de control.
- 4) Manual de procedimientos.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 01 REQUERIMIENTOS DE MATERIALES

#### 01 Recogida de Residuos Sanitarios Urbanos y Biosanitarios Asimilables a Urbanos (RSU y RBAU)

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*Las RBAU son recogidos en bolsas opacas impermeables resistentes a la humedad*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
1 / FS-3	Ordinario	T.D.	2, 3, ,	M
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..	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  60 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas	Mensual.

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

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>Los Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (RBAU) no se recogen en las bolsas homologadas acordadas.</b>	<b>Incidencia.</b>	<b>Responsable de GFH</b>	<b>Obligada</b>
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	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

Nº de incumplimientos en la obligación de recogida de residuos en bolsas específicas 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%	0,019%	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%



Servicio

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **01 REQUERIMIENTOS DE MATERIALES**

Subtítulo

#### **02 Contenedores de recogida de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE)**

---

##### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad garantiza:

- 1) Utiliza para la recogida de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) envases homologados:
  - a) Rígidos.
  - b) Opacos.
  - c) Resistentes a la humedad y a la perforación.
  - d) Con cierre hermético.
  - e) Volumen no superior a 60 litros.
- 2) La unidad dispone en su almacén de envases de reserva para poder ser utilizados de forma inmediata en casos de emergencia.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, 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 el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

## **C. Procedimiento a desarrollar**

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

### b. Qué se hace?:

- 1) Comprueba las existencias de envases homologados.
- 2) Realiza los pedidos de envases homologados.
- 3) Mantiene stock de seguridad de envases homologados.

### c. Cuándo?:

(1) Revisión mensual con el responsable de Gestión de residuos de los contenedores utilizados. (2) Certificados de homologación de los contenedores.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

- 1) Listado de existencias.
- 2) Formularios de petición de material.
- 3) Relación de puntos de control.
- 4) Manual de procedimientos.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 01 REQUERIMIENTOS DE MATERIALES

#### 02 Contenedores de recogida de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE)

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

Los envases para RBE están homologados y de volumen no superior a 60 litros

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
3 / FS-3	Ordinario	T.D.	2, 3, 6,	M
aquellos fallos de naturaleza 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 (->) Inspecciones físicas (->) 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 envases de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) no están homologados.</b>	<b>Incidencia.</b>	<b>Responsable de GFH</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

Nº de incumplimientos por uso de envases de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) que no reúnen los requisitos 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%	0,019%	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%

Servicio

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **01 REQUERIMIENTOS DE MATERIALES**

Subtítulo

#### **03 Contenedores de residuos punzantes**

---

##### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad:

1) Facilita en los puntos acordados con la Administración Sanitaria envases homologados para depositar objetos punzantes dentro de los Residuos Biosanitarios Especiales (RBE), que deberán ser:

- a) Opacos.
- b) Resistentes a la humedad
- c) No perforables.
- d) Impermeables

2) La unidad dispone en su almacén de envases de reserva para poder ser utilizados de forma inmediata en casos de emergencia.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, 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 el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

### **C. Procedimiento a desarrollar**

a. Responsable:

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

b. Qué se hace?:

- 1) Comprueba las existencias de envases homologados.
- 2) Realiza los pedidos de envases homologados.
- 3) Mantiene stock de seguridad de envases homologados.

c. Cuándo?:

(1) Revisión mensual con el responsable de Gestión de residuos de los contenedores utilizados. (2) Certificados de homologación de los contenedores.

d. Materiales y equipos a utilizar:

- 1) Listado de existencias.
- 2) Formularios de petición de material.
- 3) Relación de puntos de control.
- 4) Manual de procedimientos.



## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 01 REQUERIMIENTOS DE MATERIALES

#### 03 Contenedores de residuos punzantes

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*Se facilitan envases homologados para objetos punzantes*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
4 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 3, 6,	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 (->) Inspecciones físicas (->) 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 se facilitan envases homologados para objetos punzantes.</b>	<b>Incidencia.</b>	<b>Responsable de GFH</b>	<b>Obligada</b>
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	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

Nº de incumplimientos por no proporcionar envases homologaos para objetos punzantes según 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

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **01 REQUERIMIENTOS DE MATERIALES**

Subtítulo

#### **04 Señalización de los contenedores**

---

##### **A. Protocolo básico**

- 1) El personal de la unidad garantiza que los envases destinados a Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) van señalizados con el pictograma de bioriesgo.
- 2) La unidad dispone de señalizaciones de bioriesgo para ser utilizadas de forma inmediata, en el caso de que sea necesario sustituir el que tenga el envase por deterioro.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, 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 el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

## **C. Procedimiento a desarrollar**

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

### b. Qué se hace?:

- 1) Comprueba que los envases vayan señalados con el pictograma de biorriesgo.
- 2) Realiza los pedidos de pictogramas de biorriesgo.
- 3) Sustituye el pictograma de biorriesgo en los envases en los que está poco visible.

### c. Cuándo?:

(1) Revisión mensual con el responsable de Gestión de residuos de los contenedores utilizados. (2) Certificados de homologación de los contenedores.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

- 1) Listado de existencias.
- 2) Formularios de petición de material.
- 3) Relación de puntos de control.
- 4) Manual de procedimientos.
- 5) Stock de pictogramas.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 01 REQUERIMIENTOS DE MATERIALES

#### 04 Señalización de los contenedores

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

Los contenedores van señalizados con el pictograma de bioriesgo

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
5 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 3, ,	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 (->) Inspecciones físicas	Mensual.

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

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Los contenedores de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) no van señalizados con el pictograma de bioriesgo.	Incidencia.	Responsable de GFH específico	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

Nº de incumplimientos en la señalización de los contenedores con el pictograma de bioriesgo 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

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **01 REQUERIMIENTOS DE MATERIALES**

Subtítulo

#### **05 Contenedores de residuos citotóxicos**

---

##### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad utiliza contenedores homologados para Residuos Citotóxicos (RC):

- a) Contenedores rígidos.
- b) Opacos.
- c) Resistentes a la humedad.
- d) Resistentes a la perforación.
- e) Disponen de cierre hermético.
- f) Volumen no superior a 60 litros.
- g) Disponen del pictograma de citotóxico.



## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, 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 el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

## C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

b. Qué se hace?:

- 1) Comprueba las existencias de envases homologados.
- 2) Realiza los pedidos de envases homologados.
- 3) Mantiene stock de seguridad de envases homologados.
- 4) Comprueba que los envases vayan señalados con el pictograma de citotóxico.
- 5) Realiza los pedidos de pictogramas de citotóxico.
- 6) Sustituye el pictograma de citotóxico en los envases en los que está poco visible.

c. Cuándo?:

(1) Revisión mensual con el responsable de Gestión de residuos de los contenedores utilizados. (2) Certificados de homologación de los contenedores.

d. Materiales y equipos a utilizar:

- 1) Listado de existencias.
- 2) Formularios de petición de material.
- 3) Relación de puntos de control.
- 4) Manual de procedimientos.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 01 REQUERIMIENTOS DE MATERIALES

#### 05 Contenedores de residuos citotóxicos

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

Los envases para RC están homologados, de volumen no superior a 60 litros y diferente color

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
8 / FS-3	Ordinario	T.D.	2, 3, ,	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..	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  60 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas	Mensual.

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

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Los envases para Residuos Citotóxicos (RC) no están homologados, son de volumen superior a sesenta litros y no son de diferente color.	Incidencia.	Unidad técnica de control (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

Nº de incumplimientos en las características de los envases de Residuos Citotóxicos (RC) 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%	0,019%	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%

Servicio

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **02 PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO DE RESIDUOS**

Subtítulo

#### **01 Frecuencia de retirada de las bolsas de recogida de Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos**

---

##### **A. Protocolo básico**

El manual de procedimientos establece:

1) El personal de la unidad realiza al comienzo de su jornada laboral garantiza la existencia de bolsas Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos en los puntos establecidos. Para ello:

- a) Se establecen rutas de comprobación.
- b) Se determinan los puntos establecidos para la comprobación.
- c) Se fijan los horarios de comprobación, acordados con la Administración Sanitaria.

2) Al finalizar su jornada, la Unidad garantiza la retirada y traslado al almacén final. Para ello:

- a) Se establecen rutas de retirada.
- b) Se fijan los horarios de retirada, acordados con la Administración Sanitaria.

3) Se retiran las bolsas en casos de emergencia.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, 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 el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

### **C. Procedimiento a desarrollar**

a. Responsable:

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

b. Qué se hace?:

1) Fijar las horas y plazos de recogida de Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos con la Administración Sanitaria.

2) Fijación de los puntos de comprobación.

3) Revisión y recogida de los Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos.

c. Cuándo?:

(1) Revisión mensual con el responsable de limpieza de los materiales utilizados. (2) Revisión mensual de materiales que se llevan en el carro de limpieza previo a la inspección de la UTC.

d. Materiales y equipos a utilizar:

Bolsas Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 02 PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO DE RESIDUOS

#### 01 Frecuencia de retirada de las bolsas de recogida de Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*La frecuencia de retirada de RBAU se realiza dentro del tiempo establecido*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
2 / FS-4	Ordinario	T.D.	2, 3, 4,	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.	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).  60 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) 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 frecuencia de retirada de Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (RBAU) no se realiza dentro del tiempo establecido.</b>	<b>Incidencia.</b>	<b>Responsable de GFH</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

Nº de incumplimientos en la frecuencia de retirada de Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos 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)		0,007%	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%

Servicio

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **02 PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO DE RESIDUOS**

Subtítulo

#### **02 Traslado hasta el almacén final de residuos de todos los contenedores depositados en el almacén intermedio**

---

##### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad, respecto a los Residuos Biosanitarios Especiales (RBE):

- 1) Recorre al comienzo de su jornada por los puntos acordados.
- 2) Comprueba si existen contenedores de residuos.
- 3) Si los hubiera y siempre que estén cerrados por personal sanitario, los traslada al almacén intermedio.
- 4) Deposita los contenedores en los medios adecuados.
- 5) Coloca contenedores vacíos en cada uno de los puntos donde haya retirado un contenedor.
- 6) Al finalizar la jornada no quedan contenedores en los almacenes intermedios que retirar.
- 7) El traslado de los contenedores del almacén intermedio al final se realiza por los itinerarios marcados.
- 8) Adicionalmente al procedimiento de retirada de contenedores de RBE, la unidad retira los contenedores en casos de emergencia.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(1) El responsable de la Unidad comunica en un plazo máximo de 15 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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, no debe superar en general los 60 minutos.

(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 de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

## C. Procedimiento a desarrollar

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

### b. Qué se hace?:

- 1) Fijación del recorrido a seguir.
- 2) Fijación de los puntos de comprobación.
- 3) Realizar el recorrido de comprobación.
- 4) Retirada de los envases cerrados por personal sanitario.
- 5) Depósito de los contenedores en los medios determinados.
- 6) Colocación de contenedores vacío en los puntos donde se hayan retirado.
- 7) Comprobación de que al finalizar la jornada no quedan contenedores llenos en los almacenes intermedios.
- 8) Traslado de los contenedores llenos al almacén final.
- 9) Recepción de solicitudes de retirada de contenedores en casos de emergencia.
- 10) Retirada de contenedores en casos de emergencia.

### c. Cuándo?:

(1) Revisión mensual con el responsable de Gestión de residuos de los almacenes intermedios. (2) Revisión con los trabajadores del conocimiento del protocolo de recogida de residuos.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

- (1) Protocolo de recogida de residuos.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 02 PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO DE RESIDUOS

02 Traslado hasta el almacén final de residuos de todos los contenedores depositados en el almacén intermedio

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*El traslado hasta el almacén final se realiza en cada uno de los turnos*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
6 / FS-4	Programado	T.D.	2, 3, ,	M
aquellos fallos de naturaleza no 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).  60 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas	Mensual.

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

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>El traslado hasta el almacén final de los Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) no se realiza en cada uno de los turnos.</b>	<b>Incidencia.</b>	<b>Responsable de GFH</b>	<b>Obligada</b>
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	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

Nº de incumplimientos por no trasladar residuos en cada turno hasta la zona de almacenamiento final debidos a incumplimientos 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%

Servicio

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **02 PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO DE RESIDUOS**

Subtítulo

#### **03 Traslado hasta el almacén final de residuos de todos los contenedores de Residuos Citóxicos (RC) depositados en el almacén intermedio**

---

##### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad:

- 1) Recoge los contenedores, siempre que estén cerrados por personal sanitario.
- 2) Traslada los contenedores a los almacenes intermedios.
- 3) Deposita los contenedores en medios adecuados para su traslado al almacén final.
- 4) Traslada los contenedores al almacén final siguiendo el itinerario marcado.
- 5) Coloca contenedores vacíos en cada uno de los puntos donde haya retirado un contenedor.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(1) El responsable de la Unidad comunica en un plazo máximo de 15 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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, no debe superar en general los 60 minutos.

(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 de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.



## C. Procedimiento a desarrollar

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

### b. Qué se hace?:

- 1) Fijación del recorrido a seguir.
- 2) Fijación de los puntos de comprobación.
- 3) Realizar el recorrido de comprobación.
- 4) Retirada de los envases cerrados por personal sanitario.
- 5) Depósito de los contenedores en los medios determinados.
- 6) Colocación de contenedores vacío en los puntos donde se hayan retirado.
- 7) Comprobación de que al finalizar la jornada no quedan contenedores llenos en los almacenes intermedios.
- 8) Traslado de los contenedores llenos al almacén final.
- 9) Recepción de solicitudes de retirada de contenedores en casos de emergencia.
- 10) Retirada de contenedores en casos de emergencia.

### c. Cuándo?:

(1) Revisión mensual con el responsable de Gestión de residuos de los almacenes intermedios. (2) Revisión con los trabajadores del conocimiento del protocolo de recogida de residuos citotóxicos.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

- (1) Protocolo de recogida de residuos citotóxicos.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 02 PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO DE RESIDUOS

03 Traslado hasta el almacén final de residuos de todos los contenedores de Residuos Citotóxicos (RC) depositados en el almacén intermedio

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*El personal del servicio recoge los contenedores de RC cerrados por el personal sanitario y los traslada hasta el almacén final*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
9 / FS-4	Programado	T.D.	2, 3, ,	M
aquellos fallos de naturaleza no 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).  60 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas	Mensual.

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

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>El personal del servicio no recoge los contenedores de Residuos Citotóxicos (RC) cerrados por el personal sanitario y no los traslada hasta el almacén final.</b>	Fallo.	Responsable de GFH específico	No procede
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

Nº de incumplimientos en el traslado de contenedores de Residuos Citotóxicos (RC) 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%
<b>Ponderado por zona donde se produce el fallo</b>					
<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%

Servicio

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **02 PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO DE RESIDUOS**

Subtítulo

**04 Traslado hasta el almacén intermedio de residuos de los contenedores de Residuos Citotóxicos (RC) al finalizar la jornada.**

---

#### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad, respecto a los RC:

- 1) Recorre al comienzo de su jornada por los puntos acordados.
- 2) Al finalizar la jornada no quedan contenedores en los almacenes intermedios que retirar.
- 3) Adicionalmente al procedimiento de retirada de contenedores de RC, la unidad retira los contenedores en casos de emergencia.
- 4) En cada uno de los turnos se precede al traslado de los contenedores en medios adecuados hasta el almacén final.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(1) El responsable de la Unidad comunica en un plazo máximo de 15 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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, no debe superar en general los 60 minutos.

(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 de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

## **C. Procedimiento a desarrollar**

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

### b. Qué se hace?:

- 1) Fijar las horas y plazos de recogida de Residuos Citotóxicos (RC) con la Administración Sanitaria.
- 2) Fijación de los puntos de comprobación.
- 3) Revisión y recogida de los RC.

### c. Cuándo?:

(1) Revisión mensual con el responsable de Gestión de residuos de los almacenes intermedios. (2) Revisión con los trabajadores del conocimiento del protocolo de recogida de residuos citotóxicos.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

- (1) Protocolo de recogida de residuos citotóxicos.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 02 PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO DE RESIDUOS

04 Traslado hasta el almacén intermedio de residuos de los contenedores de Residuos Citotóxicos (RC) al finalizar la jornada.

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

La frecuencia de retirada de RC se realiza dentro del tiempo establecido dentro del centro

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
10 / FS-4	Programado	T.D.	2, 3, ,	M
aquellos fallos de naturaleza no 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).  60 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas	Mensual.

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

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
La frecuencia de retirada de Residuos Citotóxicos (RC) en el interior del centro no se realiza dentro del tiempo establecido.	Incidencia.	Medicina Preventiva	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

Nº de incumplimientos en la reposición de emergencia de ropa 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)		0,007%	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%



Servicio

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **02 PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO DE RESIDUOS**

Subtítulo

#### **05 Entrega de bidones de Residuos Químicos (RQ) cerrados en el día establecido para la retirada por el gestor autorizado**

---

##### **A. Protocolo básico**

- 1) Los Residuos Químicos (RQ) han de ser clasificados por personal sanitario.
- 2) El personal de la unidad facilita los envases homologados:
  - a) Garrafas de polietileno de un solo uso.
  - b) Disponen de cierre de seguridad.
  - c) Disponen de etiquetas que identifican el tipo de residuo y su peligrosidad.
  - d) No deben tener una capacidad superior a 25 litros.
- 3) Las garrafas han de ser colocadas por personal sanitario.
- 4) El personal de la unidad retira las garrafas cerradas por personal sanitario e identificadas cuando estén llenas.
- 5) Coloca las garrafas en la zona determinada dentro del laboratorio.
- 6) El día estipulado para la recogida, el personal de la unidad entrega las garrafas a la persona encargada del servicio externo.
- 7) Entrega los Documentos de Control y Seguimiento correspondientes a los distintos tipos de residuos retirados, a la persona encargada del servicio externo.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(1) El responsable de la Unidad comunica en un plazo máximo de 15 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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, no debe superar en general los 60 minutos.

(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 de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

## C. Procedimiento a desarrollar

### a. Responsable:

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

### b. Qué se hace?:

- 1) Fijación del día de recogida de garrafas de Residuos Químicos (RQ) por el servicio externo.
- 2) Fijación de los días de retirada por personal de la Unidad.
- 3) Retirada de las garrafas cerradas por personal sanitario.
- 4) Almacenamiento en la zona determinada dentro del laboratorio.
- 5) Entrega de las garrafas almacenadas en la zona determinada a la empresa externa.
- 6) Entrega de los documentos de Control y Seguimiento correspondiente a las garrafas entregadas a la persona encargada del servicio externo.
- 7) Entrega de garrafas vacías al personal sanitario para que las coloque.
- 8) Petición de suministro de garrafas para mantener el stock de seguridad.

### c. Cuándo?:

(1) Revisión mensual con el responsable de Gestión de residuos de los almacenes intermedios. (2) Revisión con los trabajadores del conocimiento del protocolo de recogida de residuos citotóxicos.

### d. Materiales y equipos a utilizar:

- (1) Protocolo de recogida de residuos químicos.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 02 PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO DE RESIDUOS

05 Entrega de bidones de Residuos Químicos (RQ) cerrados en el día establecido para la retirada por el gestor autorizado

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*El día establecido para el transporte a la planta de transferencia el personal de servicio entrega las garrafas de RQ a la persona encargada del servicio externo (gestor autorizado) y los documentos de control y seguimiento*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
11 / FS-4	Programado	T.D.	2, 3, 6,	M
aquellos fallos de naturaleza no 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).  <b>60 min.</b>	Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) 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>Las garrafas de Residuos Químicos (RQ) no se entregan a la empresa gestora según protocolo.</b>	<b>Incidencia.</b>	<b>Unidad Técnica de Control (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

Nº de incumplimientos en la entrega de Residuos Químicos (RQ) 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)		0,007%	0,005%	0,035%	0,0494%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0074%	0,0053%	0,0368%	0,0494%
<b>Ponderado por zona donde se produce el fallo</b>					
<b>Zona Muy Crítica:</b> Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófono. 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%

Servicio

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **02 PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO DE RESIDUOS**

Subtítulo

#### **06 Retirada de contenedores / compactadores de residuos Sanitarios Urbanos o Biosanitarios Asimilables a Urbanos (RSU y RBAU) del área de almacenamiento final de residuos**

---

##### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad respecto de los contenedores / compactadores de Residuos Sanitarios Urbanos y Asimilables a Urbanos (RSU y RBAU):

- 1) Retira del almacén final los contenedores cuando sea necesario.
- 2) Excepcionalmente retira los residuos peligros cuando las necesidades del control lo requieran.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, 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 el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

## **C. Procedimiento a desarrollar**

a. Responsable:

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

b. Qué se hace?:

- 1) Fijación de frecuencia de comprobación.
- 2) Comprobación de la necesidad de retirada de los contenedores / compactadores.
- 3) Retirada de contenedores / compactadores de Residuos Sanitarios Urbanos y Asimilables a Urbanos (RSU y RBAU).

c. Cuándo?:

(1) Revisión mensual con el responsable de Gestión de residuos del almacén final. (2) Revisión con el Gestos de Residuos autorizado del protocolo de recogida de residuos y sus tiempos.

d. Materiales y equipos a utilizar:

- (1) Protocolo de recogida de residuos.



## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 02 PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO DE RESIDUOS

06 Retirada de contenedores / compactadores de residuos Sanitarios Urbanos o Biosanitarios Asimilables a Urbanos (RSU y RBAU) del área de almacenamiento final de residuos

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

Los contenedores/compactadores de RSU y RBAU se retiran cuando están llenos

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
13 / FS-4	Ordinario	T.D.	4, , ,	M
aquellos fallos de naturaleza no 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).  120 min.	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 contenedores/compactadores de Residuos Sólidos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos no se retiran cuando están llenos.</b>	<b>Incidencia.</b>	<b>Unidad Técnica de Control (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

Nº de incumplimientos en la retirada de contenedores/compactadores de Residuos Sanitarios Urbanos y Asimilables a Urbanos (RSU y RBAU) 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)		0,007%	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. 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)		0,0078%	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%

Servicio

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **02 PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO DE RESIDUOS**

Subtítulo

#### **07 Retirada de contenedores de residuos de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) y Residuos Citotóxicos (RC) del área de almacenamiento final de residuos**

---

##### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad respecto de los contenedores / compactadores de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) y Residuos Citotóxicos (RC):

- 1) Retira los residuos peligrosos con la frecuencia determinada en la legislación vigente.
- 2) Excepcionalmente retira los residuos peligros cuando las necesidades del control lo requieran.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(1) El responsable de la Unidad comunica en un plazo máximo de 15 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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, no debe superar en general los 60 minutos.

(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 de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

### **C. Procedimiento a desarrollar**

**a. Responsable:**

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

**b. Qué se hace?:**

- 1) Fijación de frecuencia de comprobación según legislación.
- 2) Comprobación de la necesidad de retirada de los contenedores / compactadores.
- 3) Retirada de contenedores / compactadores de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) y Residuos Citotóxicos (RC).

**c. Cuándo?:**

(1) Revisión mensual con el responsable de Gestión de residuos del cumplimiento del calendario revisto de recogida de contenedores de Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (RBAU) y Residuos Citotóxicos (RC).

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

(1) Protocolo de recogida externa de residuos por el Gestor autorizado.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 02 PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO DE RESIDUOS

07 Retirada de contenedores de residuos de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) y Residuos Citotóxicos (RC) del área de almacenamiento final de residuos

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

Los contenedores de RBE y RC se retiran con la frecuencia establecida por la legislación del almacén final a las plantas de tratamiento

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
14 / FS-3	Programado	T.D.	4, 6, ,	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).  <b>60 min.</b>	Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. (->) 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 contenedores de Residuos Biosanitarios Especiales y Residuos Citotóxicos no se retiran con la frecuencia establecida por la legislación del almacén final a las plantas de tratamiento.</b>	Incidencia.	Unidad Técnica de Control (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

Nº de incumplimientos en la retirada de contenedores de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) y Residuos Citotóxicos (RC) 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

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **03 LIMPIEZA DE MATERIALES**

Subtítulo

#### **01 Lavado de medios de transporte de contenedores de residuos**

---

##### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad al terminar el traslado de los contenedores de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) al almacén final:

- 1) Lavan los medios de transporte de los contenedores.
- 2) Desinfectan los medios de transporte de los contenedores.
- 3) Dejan los medios de transporte preparados para el siguiente turno.



## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(1) El responsable de la Unidad comunica en un plazo máximo de 15 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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, no debe superar en general los 60 minutos.

(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 de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

### **C. Procedimiento a desarrollar**

a. Responsable:

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

b. Qué se hace?:

1) Lavado de los medios de transporte de los contenedores.

2) Desinfección de los medios de transporte de los contenedores.

3) Acondicionamiento de los medios de transporte para que puedan ser utilizados.

c. Cuándo?:

(1) Revisión mensual con el responsable de Gestión de residuos de los medios de transporte. (2) Revisión con los trabajadores del conocimiento del protocolo de recogida de residuos.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Protocolo de recogida de residuos.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 03 LIMPIEZA DE MATERIALES

##### 01 Lavado de medios de transporte de contenedores de residuos

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

Los medios de transporte se lavan y se desinfectan después de cada traslado, cambio de turno

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
7 / FS-3	Programado	T.D.	2, 3, ,	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).  60 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas	Mensual.

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

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>Los medios de transporte de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) no se lavan y se desinfectan después de cada traslado, o cambio de turno.</b>	<b>Incendencia.</b>	<b>Unidad Técnica de Control (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

Nº de incumplimientos en el lavado y desinfección de los medios de transporte de residuos 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%
<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)		0,0276%	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

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **04 SEÑALIZACION DEL AREA DE ALMACENAMIENTO**

Subtítulo

#### **01 Señalización del área de almacenamiento final de residuos**

---

##### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad

1) Garantiza que el área destinada al almacenamiento final está claramente señalizada:

a) Cada vez que se depositan contenedores se comprueba que la señalización es correcto.

b) En caso de que haya deficiencias en la señalización, lo comunica inmediatamente al responsable de la unidad.

c) La unidad dispone de sistemas para facilitar señalización provisional en todo momento.

d) Coloca señalización provisional clara en el almacén final.

e) En cuanto recibe la señalización nueva sustituye la provisional por definitiva.

2) Coloca en el almacén final:

a) Contenedor compactador para Residuos Sanitarios Urbanos (RSU) y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (RBAU)

b) Contenedor para reciclado de papel y cartón.

c) Contendor para reciclado de vidrio.

d) Contendor para recilado de plásticos.

e) Contenedor para pilas.

f) Cámara frigorífica para Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) y Residuos Citoxicos (RC)

3) Mantiene y limpia los equipos.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, 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 el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

## **C. Procedimiento a desarrollar**

### **a. Responsable:**

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

### **b. Qué se hace?:**

- 1) Comprobación de la correcta señalización del almacenamiento final.
- 2) Colocación de señalización provisional en caso de que la actual sea poco visible.
- 3) Sustitución de la señalización provisional por definitiva.
- 4) Colocación en el almacén final de contenedores individualizados para cada tipo de residuo.
- 5) Fijación de frecuencia de limpieza de los equipos.
- 6) Limpieza de los equipos.

### **c. Cuándo?:**

(1) Revisión mensual con el responsable de Gestión de residuos del almacén final. (2) Revisión con los trabajadores del conocimiento del protocolo de recogida de residuos.

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

- (1) Protocolo de recogida de residuos.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 04 SEÑALIZACION DEL AREA DE ALMACENAMIENTO

##### 01 Señalización del área de almacenamiento final de residuos

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*El área destinada al almacenamiento final está claramente señalizada*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
12 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 3, ,	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	Mensual.

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

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>El área destinada al almacenamiento final no está claramente señalizada.</b>	Incidencia.	Unidad Técnica de Control (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

Nº de incumplimientos en la señalización del área de almacenamiento final 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)		0,043%	0,003%	0,019%	0,0683%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0452%	0,0032%	0,0200%	0,0683%

Servicio

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **05 REGISTROS DEL SERVICIO**

Subtítulo

#### **01 Informes mensuales de cantidades y destino de los residuos**

---

##### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad gestiona la obtención de las autorizaciones correspondientes a cada tipo de residuos

1) Dispone de un registro que refleja

a) La cantidad, en peso, de los Residuos Sanitarios Urbanos (RSU) que han entrado en el almacén final.

b) La cantidad, en peso, de los Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (RBAU) que han entrado en el almacén final.

c) La cantidad, en peso, de los Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) que han entrado en el almacén final.

d) La cantidad, en peso, de los Residuos Citotóxicos (RC) que han entrado en el almacén final.

e) La cantidad, en peso, de los Residuos Químicos (RQ) que han entrado en el almacén final.

2) Dispone de un registro de salida desglosado en los mismos conceptos que el apartado 1.

3) Dispone de un registro de destino desglosado en los mismos conceptos que el apartado 1.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, 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 el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

## **C. Procedimiento a desarrollar**

### **a. Responsable:**

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

### **b. Qué se hace?:**

- 1) Registro del número de envases / contenedores que se depositan en el almacén final desglosado por categoría de residuo.
- 2) Registro del peso de los envases / contenedores que se depositan en el almacén final desglosado por categoría de residuo.
- 3) Registro del número de envases y peso que retiran las empresas externas.
- 4) Registro del destino de los envases / contenedores que retira la empresa externa.
- 5) Facilitar la información recabada a la Administración Sanitaria.

### **c. Cuándo?:**

- (1) Revisión mensual con el Gestor Autorizado de los informes de cantidad y destino final de los residuos.

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

- (1) Protocolo de recogida externa de residuos por el Gestor autorizado.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 05 REGISTROS DEL SERVICIO

#### 01 Informes manuales de cantidades y destino de los residuos

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*Dispone de registro de entrada, salida y destino de los distintos tipos de residuos disponible para que el representante de la institución los inspeccione*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
15 / FC-M	Ordinario	T.D.	2, 6, ,	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 (->) 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 se dispone de registro de entrada, salida y destino de los distintos tipos de residuos</b>	Incendencia.	Unidad Técnica de Control (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

Nº de incumplimientos en la disponibilidad de registro 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)		0,014%	0,003%	0,019%	0,0378%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0147%	0,0032%	0,0200%	0,0378%

Servicio

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **05 REGISTROS DEL SERVICIO**

Subtítulo

#### **02 Informes mensuales de cantidades de los residuos producidas por Unidad Funcional**

---

##### **A. Protocolo básico**

El responsable de la unidad:

- 1) Dispone de información individualizada de cada tipo de residuo.
- 2) Facilita a la Administración Sanitaria información obtenida de sus registros que al menos contiene:
  - a) Información de cantidad de residuos.
  - b) Tipo de residuo por GFH.
  - c) Tipo de residuo por Unidad Funcional.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, 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 el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.



### **C. Procedimiento a desarrollar**

**a. Responsable:**

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

**b. Qué se hace?:**

1) Registro del número de envases / contenedores que se depositan en el almacén final desglosado por categoría de residuo y Unidad Funcional.

2) Registro del peso de los envases / contenedores que se depositan en el almacén final desglosado por categoría de residuo y Unidad Funcional.

3) Facilitar la información recabada a la Administración Sanitaria.

**c. Cuándo?:**

(1) Revisión mensual con el Responsable de Residuos de los informes de cantidad de los residuos producidos por Unidad Funcional.

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

(1) Protocolo de Gestión de Residuos.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 05 REGISTROS DEL SERVICIO

02 Informes manuales de cantidades de los residuos producidas por Unidad Funcional

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*Facilitará al hospital información donde se refleje la cantidad y tipo de residuo por Unidad Funcional*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
16 / FC-M	Ordinario	T.D.	6, , ,	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.	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 se facilita al hospital información donde se refleje la cantidad y tipo de residuo por Unidad Funcional.</b>	Incidencia.	Unidad Técnica de Control (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

Nº de incumplimientos por no facilitar al hospital registro con cantidad y tipo de residuo por Unidad Funcional 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)		0,014%	0,003%	0,019%	0,0378%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0147%	0,0032%	0,0200%	0,0378%

Servicio

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **05 REGISTROS DEL SERVICIO**

Subtítulo

#### **03 Informes mensuales de Documentos de Control y Seguimiento de los residuos retirados**

---

##### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad garantiza que el transporte externo se cumple la normativa vigente, para ello:

- 1) El transporte de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE), Residuos Citotóxicos (RC) y Residuos Químicos (RQ) es realizado por empresas homologadas.
- 2) El transporte de RBE y RC establece que la persona encargada del transporte externo recibe junto con los envases, el Documento de Control y Seguimiento firmado por la persona designada por la Administración Sanitaria.
- 3) Dispone de autorización de mercancías peligrosas.
- 4) Las plantas de transferencia seleccionadas cumplen con la normativa vigente respecto del almacenamiento de los residuos correspondientes, tanto a nivel nacional como autonómico.
- 5) El personal y los vehículos destinados a este tipo de transporte cumplen la normativa de transporte de mercancías peligrosas por carretera.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, 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 el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

## **C. Procedimiento a desarrollar**

### **a. Responsable:**

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

### **b. Qué se hace?:**

- 1) Solicitud de homologación a las empresas de transporte externo.
- 2) Comprobación periódica de la vigencia del status de homologado.
- 3) Solicitud de firma del Documento de Control y Seguimiento a la persona designada por la Administración Sanitaria.
- 4) Entrega del Documento de Control y Seguimiento firmado a la persona responsable del transporte externo.
- 5) Solicitud de certificación a las plantas de transferencia seleccionadas.
- 6) Solicitud de certificación de cumplimiento de normativa de transporte de mercancías peligrosas por carretera, de los vehículos y personas que realizan el transporte externo

### **c. Cuándo?:**

- (1) Revisión mensual con el Responsable de Residuos de los informes de Control y Seguimiento.

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

- (1) Protocolo Externo de Gestión de Residuos.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 05 REGISTROS DEL SERVICIO

03 Informes manuales de Documentos de Control y Seguimiento de los residuos retirados

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*El transporte externo de RBE, RC y RQ cumple con la normativa vigente*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
17 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 3, ,	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	Mensual.

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

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>El transporte externo de Residuos Biosanitarios Especiales, Residuos Citotóxicos y Residuos Químicos no cumple con la normativa vigente.</b>	<b>Incidencia.</b>	<b>Unidad Técnica de Control (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

Nº de incumplimientos del transporte externo de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE), Residuos Citotóxicos (RC) y Residuos Químicos (RQ) 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)		0,043%	0,003%	0,019%	0,0683%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0452%	0,0032%	0,0200%	0,0683%



Servicio

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **05 REGISTROS DEL SERVICIO**

Subtítulo

**04 Declaración del Gestor de Residuos Sanitarios Urbanos y Asimilables a Urbanos (RSU y RBAU) de depositar de los residuos retirados en vertedero autorizado**

---

#### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad

- 1) Garantiza que los Residuos Sanitarios Urbanos (RSU) y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos (RBAU) se depositan en un vertedero controlado.
- 2) Acredita documentalmente el depósito de los residuos en el vertedero controlado.
- 3) Dispone de copia de la acreditación y homologación del vertedero elegido.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, 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 el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

### **C. Procedimiento a desarrollar**

a. Responsable:

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

b. Qué se hace?:

1) Selección de vertedero.

2) Obtención de copia de acreditación y homologación del vertedero elegido.

3) Comprobación periódica de la vigencia del status de homologado.

c. Cuándo?:

(1) Revisión anual con el Responsable de Residuos la existencia de la declaración.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Protocolo Externo de Gestión de Residuos.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 05 REGISTROS DEL SERVICIO

04 Declaración del Gestor de Residuos Sanitarios Urbanos y Asimilables a Urbanos (RSU y RBAU) de depositar de los residuos retirados en vertedero autorizado

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

Los RSU y RBAU se depositan en vertedero controlado

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
18 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 6, ,	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 (->) 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 Residuos Sólidos Urbanos y Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos no se depositan en vertedero controlado.</b>	Incidencia.	Unidad Técnica de Control (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

Nº de incumplimientos en el depósito de Residuos Sanitarios Urbanos (RSU) y Asimilables a Urbanos (RBAU) en vertedero 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)		0,043%	0,003%	0,019%	0,0683%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0452%	0,0032%	0,0200%	0,0683%

Servicio

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **05 REGISTROS DEL SERVICIO**

Subtítulo

#### **05 Declaración del Gestor de residuos de depositar los residuos retirados en planta de reciclaje autorizada**

---

##### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad

- 1) Garantiza que los residuos reciclables son tratados en plantas de reciclaje:
  - a) Papel.
  - b) Cartón.
  - c) Vidrio.
  - d) Plástico.
  - e) Pilas
- 2) Acredita documentalmente el depósito de los residuos en plantas de reciclaje adecuadas y autorizadas.
- 3) Dispone de copia de la acreditación y homologación de las plantas de reciclaje elegidas.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, 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 el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

### **C. Procedimiento a desarrollar**

a. Responsable:

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

b. Qué se hace?:

1) Selección de planta de reciclaje.

2) Obtención de copia de acreditación y homologación de la planta de reciclaje elegida.

3) Comprobación periódica de la vigencia del status de homologado.

c. Cuándo?:

(1) Revisión anual con el Responsable de Residuos la existencia de la declaración.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Protocolo Externo de Gestión de Residuos.



## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 05 REGISTROS DEL SERVICIO

05 Declaración del Gestor de residuos de depositar los residuos retirados en planta de reciclaje autorizada

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*Los residuos reciclables se tratan en plantas de reciclaje adecuadas y autorizadas*

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
19 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 6, ,	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 (->) 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
Los residuos de reciclaje no se tratan en plantas de reciclaje autorizadas.	Incidencia.	Unidad Técnica de Control (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

Nº de incumplimientos en el tratamiento de residuos de reciclaje en plantas especiales 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

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **05 REGISTROS DEL SERVICIO**

Subtítulo

#### **06 Declaración del Gestor de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) de depositar de los residuos retirados en planta de tratamiento autorizada**

---

##### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad

- 1) Garantiza que los Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) son tratados en plantas de tratamiento.
- 2) Acredita documentalmente el depósito de los residuos en plantas de tratamiento autorizadas.
- 3) Dispone de copia de la acreditación y homologación de las plantas de tratamiento elegidas.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, 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 el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

### **C. Procedimiento a desarrollar**

a. Responsable:

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

b. Qué se hace?:

- 1) Selección de planta de tratamiento para eliminación de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE).
- 2) Obtención de copia de acreditación y homologación de la planta de tratamiento elegida.
- 3) Comprobación periódica de la vigencia del status de homologado.

c. Cuándo?:

- (1) Revisión anual con el Responsable de Residuos la existencia de la declaración.

d. Materiales y equipos a utilizar:

- (1) Protocolo Externo de Gestión de Residuos.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 05 REGISTROS DEL SERVICIO

06 Declaración del Gestor de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) de depositar de los residuos retirados en planta de tratamiento autorizada

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

Los RBE se eliminan en plantas de tratamiento autorizadas

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
20 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 6, ,	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 (->) 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 Residuos Biosanitarios Especiales no se eliminan en plantas de tratamiento autorizadas.</b>	Incidencia.	Unidad Técnica de Control (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

Nº de incumplimientos en el tratamiento de Residuos Citotóxicos (RC) en plantas de tratamiento autorizadas 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

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **05 REGISTROS DEL SERVICIO**

Subtítulo

#### **07 Declaración del Gestor de Residuos Citotóxicos (RC) de depositar los residuos retirados en planta de tratamiento autorizada**

---

##### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad

- 1) Garantiza que los Residuos Citotóxicos (RC) son eliminados en plantas de tratamiento.
- 2) Acredita documentalmente el depósito de los residuos en plantas de tratamiento autorizadas.
- 3) Dispone de copia de la acreditación y homologación de las plantas de tratamiento elegidas.



## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, 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 el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

### **C. Procedimiento a desarrollar**

a. Responsable:

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

b. Qué se hace?:

- 1) Selección de planta de incineración para eliminación de RC.
- 2) Obtención de copia de acreditación y homologación de la planta de incineración elegida.
- 3) Comprobación periódica de la vigencia del status de homologado.

c. Cuándo?:

(1) Revisión anual con el Responsable de Residuos la existencia de la declaración.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Protocolo Externo de Gestión de Residuos.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 05 REGISTROS DEL SERVICIO

07 Declaración del Gestor de Residuos Citotóxicos (RC) de depositar los residuos retirados en planta de tratamiento autorizada

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

Los RC se eliminan mediante incineración en las condiciones que fija la normativa específica u otro sistema autorizado

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
21 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 6, ,	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 (->) 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
Los Residuos Citotóxicos no se eliminan en las condiciones que fija la normativa específica.	Incidencia.	Unidad Técnica de Control (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

Nº de incumplimientos en el tratamiento de Residuos Biosanitarios Especiales (RBE) en plantas de tratamiento autorizadas 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

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **05 REGISTROS DEL SERVICIO**

Subtítulo

#### **08 Autorización del Gestor de Residuos Químicos (RQ) de la CAM**

---

##### **A. Protocolo básico**

El personal de la unidad

- 1) Garantiza que los Residuos Químicos (RQ) son entregados a gestores para que procedan a su eliminación.
- 2) Acredita documentalmente que los gestores utilizan sistemas autorizados.
- 3) Dispone de copia de la acreditación y homologación de los gestores elegidos.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en este ámbito:

(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 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de cinco 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 el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, 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 el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

### **C. Procedimiento a desarrollar**

a. Responsable:

Responsable de la Unidad o persona en quien delegue.

b. Qué se hace?:

1) Selección de gestor para eliminación de Residuos Químicos (RQ).

2) Obtención de copia de acreditación y homologación del gestor de eliminación de RQ elegido.

3) Comprobación periódica de la vigencia del status de homologado.

c. Cuándo?:

(1) Revisión anual con el Responsable de Residuos la existencia de la declaración.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Protocolo Externo de Gestión de Residuos.

## D. Indicadores de incumplimiento

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

05 REGISTROS DEL SERVICIO

08 Autorización del Gestor de Residuos Químicos (RQ) de la CAM

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

Los RQ se entregan a gestores autorizados para que procedan a su eliminación

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
22 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 6, ,	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 (->) 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 Residuos Químicos no se entregan a gestores autorizados para que procedan a su eliminación.</b>	Incidencia.	Unidad Técnica de Control (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

Nº de incumplimientos en el tratamiento de Residuos Químicos (RQ) por gestores autorizados 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

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **06 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 3 y 4 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 o persona en quien delegue.

### 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

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

#### 06 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,	s
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.	Semanal

## 2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
<b>Personal del Servicio de Residuos no lleva su tarjeta identificativa de forma visible.</b>	<b>Incidencia.</b>	<b>Responsable de GFH</b>	<b>Obligada</b>
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
<b>Debería indicarse la persona o alguna seña de identidad de la misma</b>	Comprobacion fisica	Automático: Pre-cierre del Servicio de Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

### 3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Nº de incumplimientos del protocolo atribuibles a la Unidad, 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%

Servicio

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **06 CALIDAD**

Subtítulo

#### **02 Uniformidad**

---

##### **A. Protocolo básico**

- (1) La Sociedad Concesionaria entrega a cada trabajador el uniforme 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.



## 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 o persona en quien delegue.

### 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 recoger 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

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

06 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,	s
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 (->) 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>Personal del Servicio de Residuos no está correctamente uniformado.</b>	Incendencia.	Responsable de GFH	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debería indicarse la persona o alguna seña de identidad de la misma	Comprobacion física	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

Nº de incumplimiento del protocolo atribuibles a la Unidad, 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%

Servicio

## **04 Residuos urbanos y sanitarios**

---

Título

### **06 CALIDAD**

Subtítulo

#### **03 Cobertura de puestos**

---

#### **A. Protocolo básico**

- (1) El responsable del Servicio de Residuos Urbanos y Sanitarios 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.
- (2) El registro diario se encuentra a disposición de la Dirección de Explotación y de la Administración Sanitaria.

## B. Resolución de incidencias

### a. Respuesta

Cuando por algún motivo no pueda realizarse el protocolo:

(1) El responsable de Mantenimiento 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 Mantenimiento registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de sesenta minutos y asigna inmediatamente la incidencia al personal formado disponible según el planning de tareas – disponibilidad o pone en marcha los procedimientos alternativos.

(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) Una incidencia en la verificación de puestos de trabajo puede generar la entrada de los recursos alternativos previstos, de forma que el tiempo de corrección 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 o persona en quien delegue.

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.

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

### 04 Residuos urbanos y sanitarios

06 CALIDAD

03 Cobertura de puestos

### Indicador (1/1)

#### 1. definición y valores según PPT

*Comprobación de que el personal que presta servicios, corresponde al presentado 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 Residuos.</b>	Fallo.	Unidad Técnica de Control (UTC)	No procede
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 fallos del registro diario de trabajadores configurado con los puestos de trabajo por zona, documentados y verificados 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%