

SERVICIO 09

DESINSECTACION Y DESRATIZACION

PROCOLO BASICO

Sociedades Concesionarias

Versión 1.0

15 de diciembre de 2006

INDICE

Título	Subtítulo	Página
INTRODUCCION		
	Objeto	3
	Metodología	4
	Protocolo básico	5
	DIAGRAMAS	7
01 PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL SERVICIO		
	01 Programa de lucha antivectorial integrada	9
	02 Informe de acciones y resultados	16
	03 Autorización previa y formal de los productos a utilizar	21
	04 Solicitudes de emergencia y urgencia	26
02 DESINSECTACION		
	01 Programa de actuación según niveles	33
03 DESRATIZACION		
	01 Programa de actuación por áreas	48
04 CALIDAD		
	01 Uniformidad - Identificación	68
	02 Uniformidad	74
	03 Verificación de los puestos de trabajo	79
00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO		
	01 Dejar inoperativo una parte o la totalidad de un área asistencial(Respuesta a las solicitudes de emergencia)	84
	02 Entorpecer la actividad de un área (Respuesta a las solicitudes de urgencia)	89
	03 Reclamación por parte de la Administración o de los Usuarios del Hospital	94

INTRODUCCION

Objeto

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

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

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

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

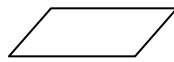
El objeto de los protocolos y manuales de procedimientos es garantizar las mejores prácticas y la calidad de los servicios de explotación, principal preocupación de ambas partes, junto a la necesidad de contar con un sistema homogéneo de seguimiento y control que garantice su cumplimiento.

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.

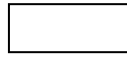
Metodología

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.



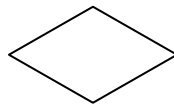
Inicio del procedimiento



Representación del procedimiento



Representación de una actividad.



Representación de una disyunción

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).

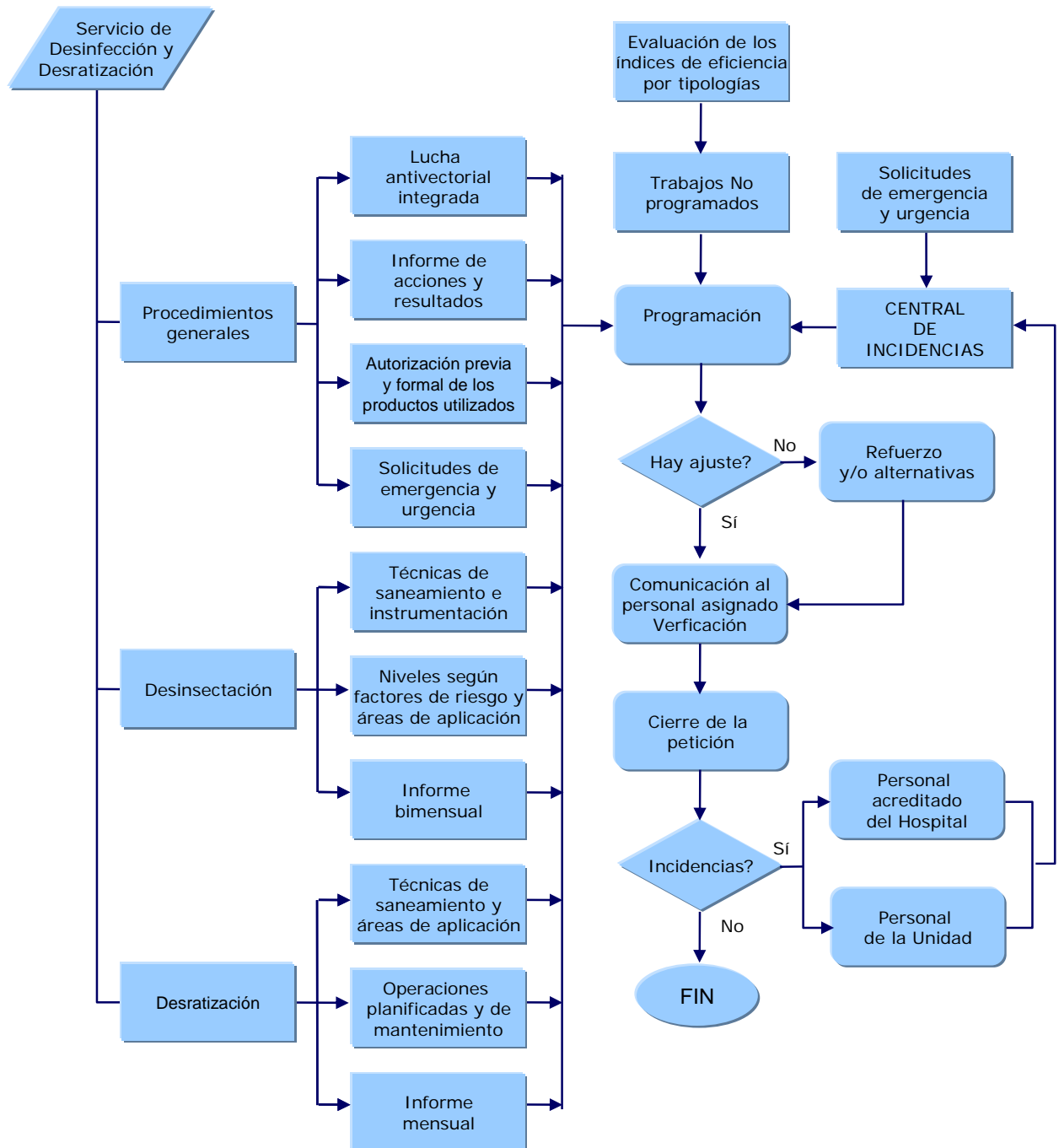
Cada documento finaliza por el título: 00 Situaciones Críticas del Servicio, que recoge aquellos procedimientos que su defectuosa realización puede generar perjuicios a la actividad asistencial e incluso al propio paciente. Se ha hecho así para destacar su importancia, priori-

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).
6. Resolución de incidencias (protocolo básico para solventar las incidencias que puedan producirse en este apartado, tanto en lo que se refiere a los tiempos de respuesta como a la corrección).
7. Procedimiento a desarrollar por el Hospital (incorpora sólo las pautas comunes de:)
 - a. ¿Qué se hace?
 - b. ¿Cuándo?
 - c. Materiales y equipos a utilizar.
8. Indicadores y valores de incumplimiento (identificación y cuantificación de errores o fallos significativos de servicio y cuantificación del valor o rango de corte, a partir del cual puede corresponder la sanción prevista en el sistema de control).
9. Sanciones prevista (control y seguimiento de la Administración para el cumplimiento del protocolo. Los valores unitarios establecidos y expresados en % sobre TAS, están ponderados por la categoría del servicio y según la zona donde se produzcan).

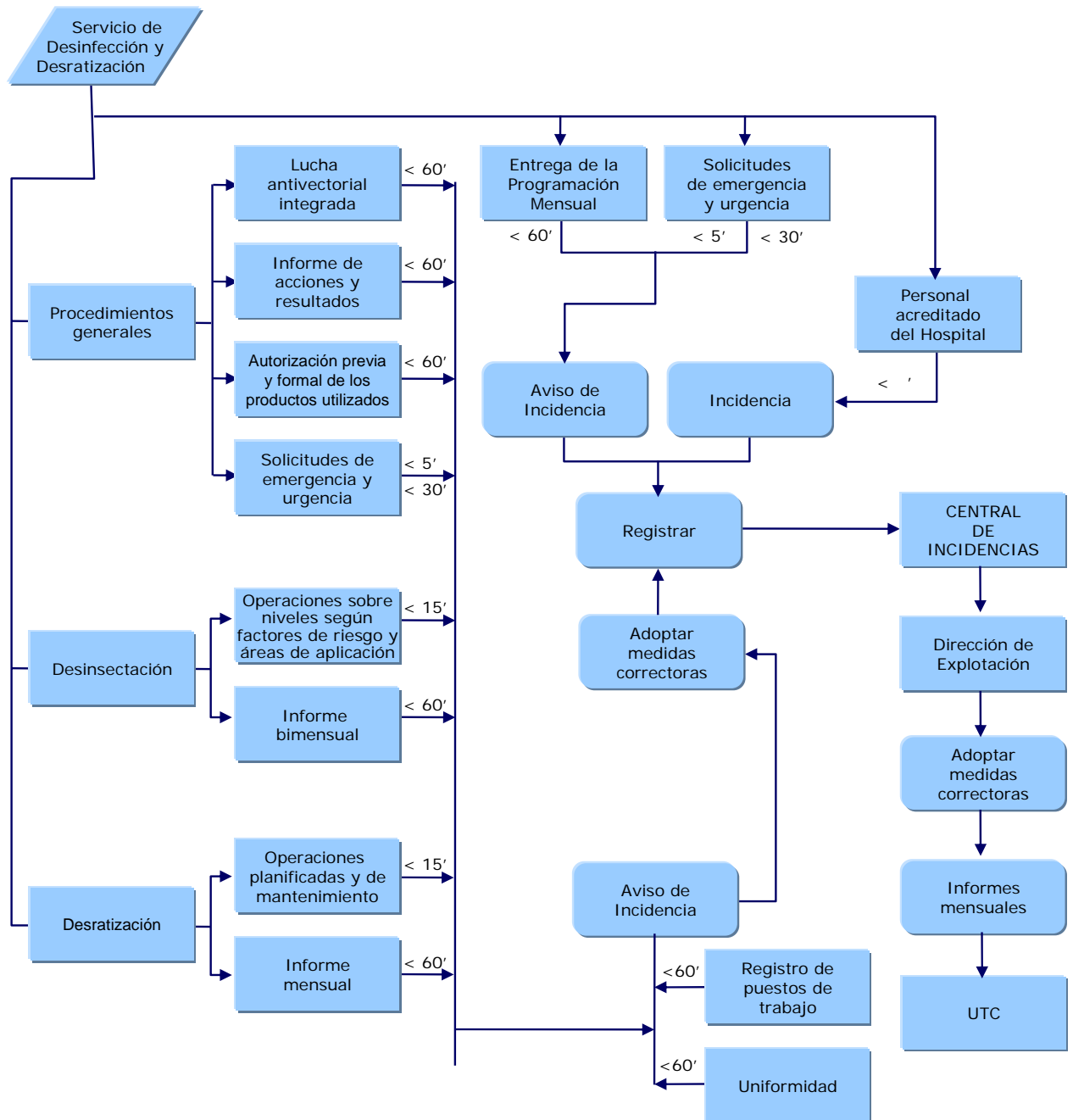
En el texto se ha forzado la separación en párrafos, que se han numerado para facilitar su búsqueda y las posibles correcciones.

Servicio de Desinfección y Desratización



Servicio de Desinfección y Desratización

B. Incidencias



Servicio

09 Desinsectación y Desratización

Título

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL SERVICIO

Subtítulo

01 Programa de lucha antivectorial integrada

A. Protocolo básico

(1) La Unidad de Desinsectación y Desratización tiene en su manual de procedimientos un programa, autorizado previamente por la Autoridad competente y por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital, de lucha antivectorial integrada y permanente contra:

(a) Roedores comensales:

- Rata común o rata de cloaca (*Rattus norvegicus*).
- Rata negra o rata de barco (*Rattus rattus*).
- Ratón común (*Mus domesticus*).
- Etc.

(b) Artrópodos nocivos para la salud pública:

- Insectos vectores voladores, moscas y mosquitos.
- Artrópodos vectores caminadores: cucarachas, hormigas.
- Artrópodos hematofagos: chinches, pulgas, piojos, ácaros, garrapatas.
- Artrópodos plagas molestas: arañas, tijeretas, milpiés, ciempiés, cochinillas de la humedad, lepismas, avispas, procesionarias del pino.
- Artrópodos de los productos almacenados: gorgojos, ácaros, polillas.
- Etc.

(c) Pájaros:

- Palomas, etc.

En el programa se detallan:

(2) Los métodos químicos, biológicos y de ordenamiento del medio que se utilizan en base a una metodología científica, con métodos de captura y eliminación de las plagas humanitarias y de máximo respeto al medio ambiente.

(3) Las acciones a realizar en cada una de las zonas internas del hospital y zonas exteriores (garajes, jardines, desagües y en general todo el perímetro de protección alrededor del hospital), así como la frecuencia de los tratamientos.

(4) Los índices aceptables por tipología de plagas para cada una de las zonas y niveles para verificar la eficiencia de los tratamientos, acordados con el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.

(5) El procedimiento para establecer con el Servicio de Medicina Preventiva medidas correctivas puntuales o correcciones del programa general cuando los índices de eficiencia señalados no ofrezcan los resultados esperados por ambas partes.

(6) Los estudios a realizar para recomendar a la Administración Sanitaria la adopción de metodologías pasivas o técnicas de ordenamiento del medio tanto en el aspecto de modificación como en el de manipulación ambiental.

(7) El horario acordado con el Hospital para evitar disfunciones en el área a actuar.

(8) La cualificación y preparación sobre manipulación y aplicación de plagicidas, así como bionomía y conocimiento de las especies objetos de control del personal responsable de llevar a cabo el programa.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, los índices aceptables por tipología de plagas para cada una de las zonas y niveles puedan no ser los adecuados,

(1) El responsable de la Unidad, registra el aviso de la posible incidencia en la Central de Incidencias, indicando la propuesta de medidas correctoras a instrumentar y su plazo de ejecución que se envía en ese momento al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.

(2) Con la realización de las medidas correctoras, previa autorización del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital, se registra el aviso como resuelto en la Central de Incidencias.

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

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

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en los términos señalados en el punto (1) anterior.

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

b. Corrección

En el plazo acordado con el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital, en función del motivo que ocasione la incidencia, se realizan las medidas acordadas.

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Ejecutar y actualizar el programa, autorizado previamente por la Autoridad competente y por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital. de lucha antivectorial integrada y permanente.

(2) Comprobar que las acciones a realizar en cada una de las zonas internas del hospital y zonas exteriores se realizan con arreglo al programa.

(3) Verificar que los índices por tipología de plagas para cada una de las zonas y niveles son los adecuados.

(4) Establecer con el Servicio de Medicina Preventiva las medidas correctivas puntuales o correcciones del programa general cuando los índices de eficiencia señalados no ofrezcan los resultados esperados.

(5) Realizar los estudios para recomendar a la Administración Sanitaria la adopción de metodologías pasivas o técnicas de ordenamiento del medio tanto en el aspecto de modificación como en el de manipulación ambiental.

(6) Acordar con el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital el horario de actuación para evitar disfunciones en el área a actuar.

(7) Cumplir el horario acordado con el Hospital.

(8) Garantizar que la cualificación del personal responsable de llevar a cabo el programa es la adecuada para la manipulación y aplicación de plagicidas, así como en bionomía y conocimiento de las especies objetos de control.

c. Cuándo?:

Al inicio de la actividad con actualización mensual y verificación diaria.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Programa de lucha antivectorial integrada.

(2) Zonas y tipología de zonas.

- (3) Autorizaciones del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.
- (4) Indices por tipología de plagas.
- (5) Registros de verificación de trabajos e indices.
- (6) Normativa vigente.
- (7) Registro de incidencias.
- (8) Fichas de personal con registro de la formación acreditada.
- (9) Horario y registro de recomendaciones de horario según zonas emitidas por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL SERVICIO

01 Programa de lucha antivectorial integrada

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Los métodos de captura y eliminación de plagas son eficientes

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
1 / FS-2	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
Los métodos de captura y eliminación de plagas no son eficientes.	Incendencia.	Responsable de GFH	Obligada.
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe registrarse tipo de plaga	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	AUTOMATICO: Pre-cierre del Servicio de DDD y cierre definitivo automático si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con la no realización de trabajos según protocolo atribuibles a la Unidad, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

Por 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)		0,066%	0,019%	0,035%	0,1260%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0693%	0,0200%	0,0368%	0,1260%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
Zona Muy Crítica: Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0728%	0,0209%	0,0386%	0,1323%
Zona Crítica. Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0719%	0,0207%	0,0381%	0,1307%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0710%	0,0204%	0,0377%	0,1291%
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0702%	0,0202%	0,0372%	0,1276%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0693%	0,0200%	0,0368%	0,1260%

Servicio

09 Desinsectación y Desratización

Título

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL SERVICIO

Subtítulo

02 Informe de acciones y resultados

A. Protocolo básico

- (1) Con carácter bimensual se presenta un informe detallado de las acciones realizadas en base a la planificación previamente aceptada por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.
- (2) Como mínimo dicho informe contiene la siguiente información:
 - (a) Artrópodos: actuación realizada en cada una de las áreas, productos utilizados, fecha de aplicación, verificación de la eficacia del tratamiento anterior.
 - (b) Roedores: actuación realizada en cada una de las áreas, productos aplicados, fecha de aplicación, verificación de la eficacia del tratamiento con distinción entre ratas y ratones en el informe, así como, si el tratamiento del punto en concreto ha sido de mantenimiento o de tratamiento intensivo (reposición del cebo).
- (3) Bimensualmente, conjuntamente con el informe se presenta el certificado del tratamiento realizado para que esté expuesto en aquellos locales que por ley sea de obligado cumplimiento.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, la presentación de la documentación fijada en el manual de procedimientos de la Unidad pueda retrasarse más de 60 minutos respecto a la programación establecida:

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

(2) Igualmente y en el mismo plazo, se comunican esas medidas al destinatario.

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

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

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

(6) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 60 minutos.

(7) Con la entrega del informe se cierra la petición y se registra la hora de entrega.

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

b. Corrección

En el plazo acordado con la Administración en función del motivo que ocasione la incidencia se realizan las medidas acordadas.

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Registrar los trabajos realizados y los resultados de la verificación de los índices acordados.

(2) Presentar bimensualmente un informe detallado de las acciones realizadas en base a la planificación previamente aceptada por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.

(3) Como mínimo con la información señalada en el protocolo básico.

(4) Bimensualmente, conjuntamente con el informe, presentar el certificado del tratamiento realizado para que esté expuesto en aquellos locales que por ley sea de obligado cumplimiento.

(5) Registrar y resolver las incidencias en los tiempos establecidos o acordados.

c. Cuándo?:

(1) Registrar diariamente los trabajos y, en los tiempos programados, la verificación de índices.

(2) Presentar los informes bimensualmente.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Programa de lucha antivectorial integrada.

(2) Registros de verificación de trabajos e índices.

(3) Formato del informe acordado con el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.

(4) Registro de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL SERVICIO

02 Informe de acciones y resultados

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Se presenta el estudio pormenorizado de las acciones realizadas con la periodicidad establecida

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
2 / FC-A	Ordinario	T.D.	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.	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
No se presenta el estudio pormenorizado de las acciones realizadas con la periodicidad establecida.	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 UTC (hasta 72 horas del cierre realizado por Restauración)	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con la no realización de informes sobre acciones realizadas según protocolo atribuibles a la Unidad, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

Por 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

09 Desinsectación y Desratización

Título

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL SERVICIO

Subtítulo

03 Autorización previa y formal de los productos a utilizar

A. Protocolo básico

(1) Los productos que se utilizan están previamente autorizados por la Autoridad competente y por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.

(2) El listado contienea como mínimo la siguiente información:

- Nombre.
- Fabricante.
- Número de registro.
- Composición.
- Uso.
- Medidas preventivas de utilizacion.
- Precauciones de almacenaje.

(3) Cuando la Unidad tiene la necesidad de utilizar algún producto distinto al acordado previamente cuenta con la autorización formal pertinente. El manual de procedimientos recoge la forma para solicitar la incorporación de un nuevo producto:

- Comunicación de la propuesta.
- Información a aportar por parte de la Unidad (como mínimo los mismos datos que se señalan en el punto 2).
- Plazos previsto para la sustitucion o incorporación.

(4) En ningún caso se utilizan productos químicos que puedan entrar en contacto con humanos directa o indirectamente.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, pueda producirse alguna incidencia sobre este apartado del protocolo,

(1) El responsable de la Unidad, registra el aviso de la posible incidencia en la Central de Incidencias, indicando la propuesta de medidas correctoras a instrumentar y su plazo de ejecución que se envía en ese momento al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.

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

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

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

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en los términos señalados en el punto (1) anterior y en un plazo máximo de una hora.

(6) La Dirección del Explotación contrasta la incidencia, recaba la documentación necesaria, valora el alcance y propone a la Administración las medidas correctoras y el plazo de ejecución para evitar en lo sucesivo este tipo de incidencias. Cualquier incidencia se registra y notifica la Sociedad Concesionaria y en un plazo máximo de 1 hora se comunica a la UTC las medidas correctoras que se adopten y su plazo de ejecución.

b. Corrección

(1) La corrección de una incidencia en la autorización de los productos utilizados no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta dentro del horario establecido para la Unidad.

(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 nuevo plazo señalado se procede a la sustitución del producto.

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Requerir la autorización previa de Medicina Preventiva del Hospital, de los productos que se utilizan del Servicio .

(2) Mantener actualizado el listado de productos con la información que se señala en el protocolo.

(3) Garantizar que en ningún caso se utilizan productos químicos que puedan entrar en contacto con humanos directa o indirectamente.

c. Cuándo?:

(1) Al inicio de la actividad de la Unidad.

(2) Actualizar con cada cambio o nuevo producto.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Autorizaciones de cada producto por la Autoridad competente y por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.

(2) El listado de productos con como mínimo la siguiente información (Nombre, Fabricante, Número de registro, Composición, Uso, Medidas preventivas de utilización, Precauciones de almacenaje).

(3) Registro de incidencias.

(4) Manual de procedimientos del servicio.

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL SERVICIO

03 Autorización previa y formal de los productos a utilizar

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Se utilizan productos que estén formalmente autorizados

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
3 / FS-4	Ordinario	T.D.	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.	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
No se utilizan productos que estén formalmente autorizados.	Fallo.	Unidad Técnica de Control (UTC)	Obligada.
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe registrarse el producto	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la UTC (hasta 72 horas del cierre realizado por Restauración)	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con la no utilización de productos formalmente autorizados según protocolo atribuibles a la Unidad, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

Por 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					
Zona Muy Crítica: 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%	0,0209%	0,0386%	0,0673%
Zona Crítica. 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%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0076%	0,0204%	0,0377%	0,0657%
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: 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%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0074%	0,0200%	0,0368%	0,0641%

Servicio

09 Desinsectación y Desratización

Título

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL SERVICIO

Subtítulo

04 Solicitudes de emergencia y urgencia

A. Protocolo básico

Antes de la puesta en marcha de la Unidad, la Dirección de Explotación fija con la Administración Sanitaria las funciones y actuaciones de la Unidad de Desinsectación y Desratización para solicitudes de emergencia y de urgencia:

- (1) Forma de comunicación.
- (2) Designación de persona acreditada para la comunicación.
- (3) Procedimiento para activar el procedimiento de emergencia y de urgencia.
- (4) Procedimientos y tiempos de actuación.
- (5) Seguimiento del procedimiento de emergencia y de urgencia.
- (6) Declaración de incidencia solventada.
- (7) Análisis del cumplimiento del proceso y propuesta de mejora en su caso.

También en concordancia con el Plan de Emergencia del Hospital, el personal de la Unidad:

- (8) Participa en los simulacros marcados por el plan de emergencia del hospital en las funciones que les compete según la emergencia a evaluar. En la ficha de cada persona del Servicio consta también la información acreditada recibida en este ámbito.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

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

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

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

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

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

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 5 minutos (30 minutos para las urgencias) y prioriza la resolución de la incidencia en el planning de tareas.

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

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

b. Corrección

(1) Una incidencia en la actividad necesaria para responder a una solicitud de emergencia (o de urgencia), puede generar la entrada de los recursos alternativos previstos, el caso en que estos estén previstos en el manual de procedimientos de la Unidad, en todo caso el tiempo de corrección no debe superar en general los sesenta 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 8 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.

b. Qué se hace?:

(1) Realización de los trabajos originados por la solicitud de emergencia (y de urgencia) incluida la puesta en marcha de recursos alternativos cuando estén previstos.

(2) Comunicación de incidencias.

(3) Colaborar integradamente con el plan de emergencia del hospital.

c. Cuándo?:

(1) En casos de emergencia con o sin solicitud de emergencia.

(2) En los casos de solicitud de urgencia.

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

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Procedimiento para solicitudes de emergencia y de urgencia.

(2) Plannig de trabajos y registro de puestos de trabajo.

(3) Registro de incidencias.

(4) Material auxiliar de protección correspondiente.

(5) Plan de emergencia del Hospital.

(6) Manual de procedimientos del servicio.

(7) Dispositivos alternativos (si están previstos para situaciones de emergencia).

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL SERVICIO

04 Solicitudes de emergencia y urgencia

Indicador (1/2)

1. definición y valores según PPT

Las solicitudes de emergencia del servicio de mantenimiento de desinsectación y desratización son atendidas dentro de los tiempos de respuesta y rectificación establecidos

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
7 / FS-5	Emergencia	T.D.	2, 5, ,	S.P.
Fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable.	5 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 10 min.	Auditoria (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos	Según protocolo (incluye a requerimiento, periódico y aleatorio)

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Las solicitudes de emergencia del servicio de mantenimiento de desinsectación y desratización no se atienden dentro de los tiempos de respuesta y rectificación establecidos.	Incendencia.	Responsable de GFH	Obligada.
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe registrarse tipo de plaga	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	AUTOMATICO: Pre-cierre del Servicio de DDD y cierre definitivo automático si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con la atención a solicitudes de emergencia según protocolo atribuibles a la Unidad, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL SERVICIO

04 Solicitudes de emergencia y urgencia

Indicador (2/2)

1. definición y valores según PPT

Las solicitudes de urgencia del servicio de mantenimiento de desinsectación y desratización son atendidas dentro de los tiempos de respuesta y rectificación establecidos

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
8 / FS-5	Urgencia	T.D.	2, 5, ,	S.P.
Fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable.	30 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min.	Auditoria (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos	Según protocolo (incluye a requerimiento, periódico y aleatorio)

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Las solicitudes de urgencia del servicio de mantenimiento de desinsectación y desratización no se atienden dentro de los tiempos de respuesta y rectificación establecidos.	Incidencia.	Responsable de GFH	Obligada.
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe registrarse tipo de plaga	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	AUTOMATICO: Pre-cierre del Servicio de DDD y cierre definitivo automático si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con la atención a solicitudes de urgencia según protocolo atribuibles a la Unidad, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

Servicio

09 Desinsectación y Desratización

Título

02 DESINSECTACION

Subtítulo

01 Programa de actuación según niveles

A. Protocolo básico

En el manual de procedimientos de la unidad figuran:

(1) Las técnicas de saneamiento para la destrucción de los insectos, arácnidos y artrópodos en cualquier fase de evolución, se aplican sobre los grupos de artrópodos que figuran en el título 01 apartado (01).

(2) Las áreas donde se aplican específicamente:

(a) Totalidad de la superficie interior.

(b) Canalizaciones y redes de alcantarillado, alumbramiento y aire acondicionado.

(c) Cinturón de protección.

(3) La instrumentación adecuada para la aplicación de los tratamientos (como mínimo):

(a) Brocha o pincel.

(b) Espolvoreadores manuales o a motor.

(c) Nebulización.

(d) Termonebulización.

(4) La periodicidad de acuerdo con los factores de riesgo:

(a) Nivel 0. Periodicidad diaria: zonas de salida de ropa sucia, cubos de basura, contenedores, lavandería cuartos de salida de sucio y las que haya determinado en su caso la Autoridad Sanitaria. También figura en el manual si se cuenta en estas zonas con sistemas automáticos.

(b) Nivel I. Periodicidad semanal (para vectores voladores). Zonas en que proliferen insectos actuando como nichos ecológicos: cocinas, comedores, lavandería, almacenes de alimentos, etc. También figura en el manual si se cuenta en estas zonas con sistemas automáticos.

(c) Nivel II. Periodicidad quincenal. Zonas en que se actúen como nichos ecológicos en insectos no voladores (cucarachas, lepismas,

cochinillas de la humedad, etc.): cuartos de baño, aseos, duchas, laboratorios, etc.

(d) Nivel III. Periodicidad mensual. Dependencias y zonas comunes de paseo como cafeterías, cocinas, halls, offices, consultas externas, sótano, mortuorio, administración, servicios comedores, áreas quirúrgicas, etc.

(e) Nivel IV. Operaciones planificadas. Se realizan dos al año con el fin de maximizar los tratamientos de mantenimiento en las épocas de mayor riesgo de artrópodos.

(5) Con carácter bimensual se presenta un informe detallado de las acciones realizadas en base a la planificación previamente aceptada por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.

(6) Como mínimo dicho informe contiene las actuaciones realizadas en cada nivel, productos utilizados, fecha de aplicación y verificación de la eficacia del tratamiento.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, pueda producirse alguna incidencia sobre este apartado del protocolo,

(1) El responsable de la Unidad, registra el aviso de la posible incidencia en la Central de Incidencias, indicando la propuesta de medidas correctoras a instrumentar y su plazo de ejecución que se envía en ese momento al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.

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

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

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

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en los términos señalados en el punto (1) anterior y en un plazo máximo de una hora.

(6) La Dirección del Explotación contrasta la incidencia, recaba la documentación necesaria, valora el alcance y propone a la Administración las medidas correctoras y el plazo de ejecución para evitar en lo sucesivo este tipo de incidencias. Cualquier incidencia se registra y notifica la Sociedad Concesionaria y en un plazo máximo de 1 hora se comunica a la UTC las medidas correctoras que se adopten y su plazo de ejecución.

b. Corrección

(1) La corrección de una incidencia en cualquiera de los distintos niveles establecidos según los factores de riesgo no debe superar, en general, el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta dentro del horario acordado para la Unidad.

(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 nuevo plazo señalado se reestablece el servicio habitual.

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Ejecutar y actualizar el programa autorizado previamente por la Autoridad competente y por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital, de lucha antivectorial integrada y permanente.

(2) Comprobar que las acciones a realizar en el mantenimiento de los diferentes Niveles de factores de riesgo se realizan con arreglo al programa.

(3) Verificar que los índices por tipología para cada una de las zonas y niveles son los adecuados.

(4) Establecer con el Servicio de Medicina Preventiva las medidas correctivas puntuales o correcciones del programa general cuando los índices de eficiencia señalados no ofrezcan los resultados esperados.

(5) Realizar los estudios para recomendar a la Administración Sanitaria la adopción de metodologías pasivas o técnicas de ordenamiento del medio tanto en el aspecto de modificación como en el de manipulación ambiental.

(6) Acordar con el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital el horario de actuación para evitar disfunciones en el área a actuar.

(7) Cumplir el horario acordado con el Hospital.

(8) Garantizar que la cualificación del personal responsable de llevar a cabo el programa es la adecuada para la manipulación y aplicación de plagicidas, así como en bionomía y conocimiento de las especies objetos de control.

(9) Registrar los trabajos realizados y los resultados de la verificación de los índices acordados.

(10) Presentar bimensualmente un informe detallado de las acciones realizadas en base a la planificación previamente aceptada por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.

(11) Como mínimo con la información señalada en el protocolo básico.

(12) Bimensualmente conjuntamente con el informe presentar el certificado del tratamiento realizado para que esté expuesto en aquellos locales que por ley sea de obligado cumplimiento.

(13) Registrar y resolver las incidencias en los tiempos establecidos o acordados.

c. **Cuándo?:**

Cuando lo indica el programa de actuación.

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

- (1) Programa de lucha antivectorial integrada.
- (2) Registros de verificación de trabajos e índices.
- (3) Registro de áreas por factores de riesgo.
- (4) Registro de incidencias.
- (5) Formatos acordados para los informes.

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

02 DESINSECTACION

01 Programa de actuación según niveles

Indicador (1/5)

1. definición y valores según PPT

De acuerdo con los factores de riesgo, el mantenimiento del Nivel 0 se presenta en la fecha convenida y con el contenido acordado

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
9 / 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
No se presenta el acuerdo de mantenimiento del Nivel 0 en la fecha convenida y con el contenido acordado.	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 UTC (hasta 72 horas del cierre realizado por Restauración)	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con la no presentación del acuerdo de mantenimiento de Nivel 0 según protocolo atribuibles a la Unidad, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

02 DESINSECTACION

01 Programa de actuación según niveles

Indicador (2/5)

1. definición y valores según PPT

De acuerdo con los factores de riesgo, el mantenimiento del Nivel I se presenta en la fecha convenida y con el contenido acordado

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
10 / 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
No se presenta el acuerdo de mantenimiento del Nivel I en la fecha convenida y con el contenido acordado.	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 UTC (hasta 72 horas del cierre realizado por Restauración)	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con la no presentación del acuerdo de mantenimiento de Nivel I según protocolo atribuibles a la Unidad, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

02 DESINSECTACION

01 Programa de actuación según niveles

Indicador (3/5)

1. definición y valores según PPT

De acuerdo con los factores de riesgo, el mantenimiento del Nivel II se presenta en la fecha convenida y con el contenido acordado

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
11 / FC-A	Ordinario	T.D.		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.		Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se presenta el acuerdo de mantenimiento del Nivel II en la fecha convenida y con el contenido acordado.	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 UTC (hasta 72 horas del cierre realizado por Restauración)	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con la no presentación del acuerdo de mantenimiento de Nivel II según protocolo atribuibles a la Unidad, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

02 DESINSECTACION

01 Programa de actuación según niveles

Indicador (4/5)

1. definición y valores según PPT

De acuerdo con los factores de riesgo, el mantenimiento del Nivel III se presenta en la fecha convenida y con el contenido acordado

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
12 / FC-A	Ordinario	N.P.		M
Fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable.	60 min.	No procede. No procede.		Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se presenta el acuerdo de mantenimiento del Nivel III en la fecha convenida y con el contenido acordado.	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 UTC (hasta 72 horas del cierre realizado por Restauración)	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con la no presentación del acuerdo de mantenimiento de Nivel III según protocolo atribuibles a la Unidad, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

Por 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%	0,000%	0,0484%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0452%	0,0032%	0,0000%	0,0484%

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

02 DESINSECTACION

01 Programa de actuación según niveles

Indicador (5/5)

1. definición y valores según PPT

Las operaciones planificadas del servicio de desinsectación se cumplen con la periodicidad establecida

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
13 / FS-3	Programado	T.D.		M
Fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable.	15 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min.		Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Las operaciones planificadas del servicio de desinsectación no cumplen con la periodicidad establecida.	Incendencia.	Responsable de GFH	Obligada.
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe registrarse tipo de plaga	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	AUTOMATICO: Pre-cierre del Servicio de DDD y cierre definitivo automático si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con el incumplimiento de planificación de operaciones del servicio de desinsectación según protocolo atribuibles a la unidad, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

Por 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					
Zona Muy Crítica: 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)		0,0276%	0,0055%	0,0386%	0,0717%
Zona Crítica. 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%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0270%	0,0054%	0,0377%	0,0701%
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: 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%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0263%	0,0053%	0,0368%	0,0683%

Servicio

09 Desinsectación y Desratización

Título

03 DESRATIZACION

Subtítulo

01 Programa de actuación

A. Protocolo básico

En el manual de procedimientos de la Unidad figuran:

(1) Las técnicas de saneamiento para la exterminación de roedores, ratas y ratones (título01, apartado 01).

(2) Las áreas donde se aplican específicamente y las técnicas aplicadas:

(a) Cinturón de protección: cebos rodenticidas parafinados y no percederos distribuidos en las rutas o sendas de los roedores, que se reconocen por la presencia de signos como deyecciones, roeduras, madrigueras en actividad, etc.

(b) Subsuelo: redes de alcantarillado y alumbrado. Localización del punto de muestreo. Aplicación de desinsectantes para evitar la infestación de la superficie por ectoparasitários que abandonen al roedor muerto. Colocación de cebos rodenticidas parafinados no percederos a un adecuado nivel de altura. Cierre del punto de muestreo y marcado para su más fácil reconocimiento.

(c) Superficies de interiores edificadas y no edificadas. Reconocimiento del punto de muestreo, Colocación de rodenticidas no parafinados y principalmente ratonicidas.

(3) La periodicidad:

(a) Operaciones planificadas: Dos al año, al inicio de la prestación del servicio y otra coincidiendo con el periodo de mayor actividad de los roedores comensales. Estas operaciones consisten en la colocación y revisión de todos y cada uno de los puntos de tratamiento, así como en la recogida de datos y seguimiento.

(b) Operaciones de mantenimiento:

- Trimestrales en todo el recinto hospitalario

- Mensuales en cafeterías, cocinas, halls, consultas externas, sótanos, mortuorio, administración, servicios de comedores y área quirúrgica.

- Diarios: En salida de ropa sucia, contenedores, lavandería cuarto de salida de sucio y aquellos servicios que soliciten un tratamiento puntial mediante comunicación a la Central de Incidencias.

(4) La Unidad de Desinsectación y Desratización presentará mensualmente las fechas de aplicación de estos programas al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital y a la Dirección de Explotación, como mínimo cinco días antes a su puesta en marcha.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, pueda producirse alguna incidencia sobre este apartado del protocolo,

(1) El responsable de la Unidad, registra el aviso de la posible incidencia en la Central de Incidencias, indicando la propuesta de medidas correctoras a instrumentar y su plazo de ejecución que se envía en ese momento al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.

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

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

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

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en los términos señalados en el punto (1) anterior y en un plazo máximo de una hora, cuando afecte a la evaluación de los métodos y procedimientos, y de 15 minutos, cuando se refieran al cumplimiento periódico de las operaciones de mantenimiento.

(6) La Dirección del Explotación contrasta la incidencia, recaba la documentación necesaria, valora el alcance y propone a la Administración las medidas correctoras y el plazo de ejecución para evitar en lo sucesivo este tipo de incidencias. Cualquier incidencia se registra y notifica la Sociedad Concesionaria y en un plazo máximo de 1 hora se comunica a la UTC las medidas correctoras que se adopten y su plazo de ejecución.

b. Corrección

(1) La corrección de un fallo en la evaluación de los métodos y procedimientos de mantenimiento de desratización en cualquiera de las distintas áreas establecidas no debe superar, en general, el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta dentro del horario acordado para la Unidad.

(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 nuevo plazo señalado se reestablece el servicio habitual.

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Ejecutar y actualizar el programa, autorizado previamente por la Autoridad competente y por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital. de mantenimiento del servicio de desratización.

(2) Comprobar que las acciones a realizar en el mantenimiento de los diferentes áreas se realizan con arreglo al programa.

(3) Verificar que los índices por tipología para cada una de las zonas son los adecuados.

(4) Establecer con el Servicio de Medicina Preventiva las medidas correctivas puntuales o correcciones del programa general cuando los índices de eficiencia señalados no ofrezcan los resultados esperados.

(5) Realizar los estudios para recomendar a la Administración Sanitaria la adopción de metodologías pasivas o técnicas de ordenamiento del medio tanto en el aspecto de modificación como en el de manipulación ambiental.

(6) Acordar con el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital el horario de actuación para evitar disfunciones en el área a actuar.

(7) Cumplir el horario acordado con el Hospital.

(8) Garantizar que la cualificación del personal responsable de llevar a cabo el programa es la adecuada para la manipulación y aplicación de plagicidas, así como en bionomía y conocimiento de las especies objetos de control.

(9) Registrar los trabajos realizados y los resultados de la verificación de los índices acordados.

(10) Presentar bimensualmente un informe detallado en este apartado de las acciones realizadas en base a la planificación previamente aceptada por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.

(11) Como mínimo con la información señalada en el protocolo básico.

(12) Bimensualmente conjuntamente con el informe presentar el certificado del tratamiento realizado para que esté expuesto en aquellos locales que por ley sea de obligado cumplimiento.

(13) Registrar y resolver las incidencias en los tiempos establecidos o acordados.

c. **Cuándo?:**

Cuando lo indica el programa de actuación.

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

- (1) Programa de lucha antivectorial integrada.
- (2) Registros de verificación de trabajos e índices.
- (3) Registro de áreas por factores de riesgo.
- (4) Registro de incidencias.
- (5) Formatos acordados para los informes.

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

03 DESRATIZACION

01 Programa de actuación

Indicador (1/7)

1. definición y valores según PPT

La evaluación de los métodos y procedimientos de mantenimiento del servicio de desratización en el área del cinturón de protección, se lleva a cabo con la frecuencia y el tiempo acordado

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
14 / FC-A	Ordinario	T.D.		S.P.
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.		Según protocolo (incluye a requerimiento, periódico y aleatorio)

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
La evaluación de los métodos y procedimientos de mantenimiento del servicio de desratización en el área del cinturón de protección, no se lleva a cabo con la frecuencia y el tiempo acordado.	Incidencia.	Responsable de GFH	Obligada.
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe registrarse tipo de plaga	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	AUTOMATICO: Pre-cierre del Servicio de DDD y cierre definitivo automático si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con el incumplimiento de aplicación de tratamientos de desinsectación en área del cinturón de protección según protocolo atribuibles a la Unidad, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

Por 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%

CD. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

03 DESRATIZACION

01 Programa de actuación

Indicador (2/7)

1. definición y valores según PPT

La evaluación de los métodos y procedimientos de mantenimiento del servicio de desratización en el área de subsuelo, se lleva a cabo con la frecuencia y el tiempo acordado

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
15 / FC-A	Ordinario	T.D.		S.P.
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.		Según protocolo (incluye a requerimiento, periódico y aleatorio)

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
La evaluación de los métodos y procedimientos de mantenimiento del servicio de desratización en el área de subsuelo, no se lleva a cabo con la frecuencia y el tiempo acordado.	Incidencia.	Responsable de GFH	Obligada.
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe registrarse tipo de plaga	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	AUTOMATICO: Pre-cierre del Servicio de DDD y cierre definitivo automático si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con el incumplimiento de los métodos y procedimientos del servicio de desratización en el área de subsuelo según protocolo atribuibles a la Unidad, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

Por 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%

CD. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

03 DESRATIZACION

01 Programa de actuación

Indicador (3/7)

1. definición y valores según PPT

La evaluación de los métodos y procedimientos de mantenimiento del servicio de desratización en superficies de interiores edificadas y no edificadas, se lleva a cabo con la frecuencia y el tiempo acordado

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
16 / FC-M	Ordinario	T.D.		S.P.
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.		Según protocolo (incluye a requerimiento, periódico y aleatorio)

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
La evaluación de los métodos y procedimientos de mantenimiento del servicio de desratización en superficies de interiores edificadas y no edificadas, no se lleva a cabo con la frecuencia y el tiempo acordado.	Incidencia.	Responsable de GFH	Obligada.
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe registrarse tipo de plaga	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	AUTOMATICO: Pre-cierre del Servicio de DDD y cierre definitivo automático si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con el incumplimiento de los métodos y procedimientos del servicio de desratización en superficies de interiores según protocolo atribuibles a la Unidad, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

03 DESRATIZACION

01 Programa de actuación

Indicador (4/7)

1. definición y valores según PPT

Las operaciones planificadas del servicio de desratización se cumplen con la periodicidad establecida

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
17 / FS-3	Programado	T.D.		M
Fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable.	15 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min.		Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Las operaciones planificadas del servicio de desratización no cumplen con la periodicidad establecida.	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 UTC (hasta 72 horas del cierre realizado por Restauración)	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con el incumplimiento de la periodicidad establecida en operaciones planificadas de desratización según protocolo atribuibles a la Unidad, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

Por 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					
Zona Muy Crítica: 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)		0,0276%	0,0055%	0,0386%	0,0717%
Zona Crítica: 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%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0270%	0,0054%	0,0377%	0,0701%
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: 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%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0263%	0,0053%	0,0368%	0,0683%

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

03 DESRATIZACION

01 Programa de actuación

Indicador (5/7)

1. definición y valores según PPT

Las operaciones de mantenimiento trimestral del servicio de desratización se cumplen en las áreas y con la periodicidad establecida.

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
18 / FS-4	Programado	T.D.		T
Fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable.	15 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min.		Trimestral.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Las operaciones de mantenimiento trimestral del servicio de desratización no se cumplen en las áreas y con la periodicidad establecida.	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 UTC (hasta 72 horas del cierre realizado por Restauración)	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con el incumplimiento de las operaciones de mantenimiento trimestral del servicio de desratización según protocolo atribuibles a la Unidad, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

Por 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					
Zona Muy Crítica: 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%	0,0055%	0,0386%	0,0519%
Zona Crítica. 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%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0076%	0,0054%	0,0377%	0,0507%
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: 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%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0074%	0,0053%	0,0368%	0,0494%

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

03 DESRATIZACION

01 Programa de actuación

Indicador (6/7)

1. definición y valores según PPT

Las operaciones de mantenimiento mensual del servicio de desratización se cumplen en las áreas y con la periodicidad establecida.

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
19 / FS-4	Programado	T.D.		M
Fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable.	15 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min.		Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Las operaciones de mantenimiento mensual del servicio de desratización no se cumplen en las áreas y con la periodicidad establecida.	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 UTC (hasta 72 horas del cierre realizado por Restauración)	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con el incumplimiento de las operaciones de mantenimiento mensual del servicio de desratización según protocolo atribuibles a la Unidad, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

Por 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					
Zona Muy Crítica: 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%	0,0055%	0,0386%	0,0519%
Zona Crítica: 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%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0076%	0,0054%	0,0377%	0,0507%
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: 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%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0074%	0,0053%	0,0368%	0,0494%

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

03 DESRATIZACION

01 Programa de actuación

Indicador (7/7)

1. definición y valores según PPT

Las operaciones de mantenimiento diario del servicio de desratización se cumplen en las áreas y con la periodicidad establecida.

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
20 / FS-4	Programado	T.D.		D
Fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable.	15 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min.		Diario

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Las operaciones de mantenimiento diario del servicio de desratización no se cumplen en las áreas y con la periodicidad establecida.	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 UTC (hasta 72 horas del cierre realizado por Restauración)	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con el incumplimiento de las operaciones de mantenimiento diario del servicio de desratización según protocolo atribuibles a la Unidad, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

Por 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					
Zona Muy Crítica: 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)		0,0078%	0,0055%	0,0386%	0,0519%
Zona Crítica: 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%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0076%	0,0054%	0,0377%	0,0507%
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: 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%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0074%	0,0053%	0,0368%	0,0494%

Servicio

09 Desinsectación y Desratización

Título

04 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.

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 un 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

09 Desinsectación y Desratización

04 CALIDAD

01 Uniformidad - Identificación

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Identificación visible del personal que presta el servicio

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
G1 / FC-M	Ordinario	T.D.	2, 3, 5,	D
Fallos 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.	Diario

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
El personal que presta servicio no lleva identificación visible.	Incendencia.	Responsable de GFH	Obligada.
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe indicarse la persona o alguna seña de identidad de la misma	Comprobacion física	AUTOMATICO: Pre-cierre del Servicio de Restauración y cierre definitivo automático si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

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

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

Por 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

09 Desinsectación y Desratización

Título

04 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.

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

09 Desinsectación y Desratización

04 CALIDAD

02 Uniformidad

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

El personal está correctamente uniformado

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
G2 / FC-M	Ordinario	T.D.	2, 3, 5,	D
Fallos 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.	Diario

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
El personal no está correctamente uniformado.	Incidencia.	Responsable de GFH	Obligada.
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe indicarse la persona o alguna seña de identidad de la misma	Comprobacion física	AUTOMATICO: Pre-cierre del Servicio de Restauración y cierre definitivo automático si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

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

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

Por 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

09 Desinsectación y Desratización

Título

04 CALIDAD

Subtítulo

03 Verificación de los puestos de trabajo

A. Protocolo básico

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

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo no pueda realizarse el protocolo:

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

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

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

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

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

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

b. Corrección

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

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

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Registrar mediante firma analógica o digital el inicio y fin de jornada de cada trabajador del Servicio.

(2) Mantener el registro de incidencias.

(3) Comunicar el aviso de posible incidencia y las incidencias a la Central de Incidencias y Dirección de Explotación.

(4) Proponer y tomar las medidas correctoras establecidas o aprobadas por la Dirección de Explotación.

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Plantilla del Servicio.

(2) Sistema de registro de presencias.

(3) Manual de procedimientos del Servicio.

(4) Registro de Incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

04 CALIDAD

03 Verificación de los puestos de trabajo

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
La Sociedad Concesionaria no comprueba la cobertura de puestos de trabajo por zona.	Incendencia.	Unidad Técnica de Control (UTC)	No procede.
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	NO	Con la conformidad de la UTC	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incumplimientos de comprobación de cobertura de puestos de trabajo comunicados por personal acreditado y contrastados por la Dirección de Explotación en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

Por 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

09 Desinsectación y Desratización

Título

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

Subtítulo

01 Dejar inoperativa una parte o la totalidad de un área asistencial (Respuesta a las solicitudes de emergencia)

A. Protocolo básico

La unidad de Desinsectación y Desratización prioriza el cumplimiento de los tiempos fijados para atender las solicitudes de emergencia, puesto que un fallo en este sentido puede dejar inoperativa un área asistencial y provocar perjuicios a la actividad del Hospital. El manual de procedimientos se establece:

- (1) El procedimiento de actuación para las solicitudes de emergencia.
- (2) El sistema de registro, revisión y validación de incidencias, donde se incluye específicamente el servicio de llamada de emergencia.
- (3) El procedimiento para la ejecución de actuaciones fuera del horario habitual de la Unidad.
- (4) El sistema y la periodicidad en la que el responsable de la unidad valida su adecuado funcionamiento.
- (5) Específicamente se contempla como incidencia que puede impedir el uso de una parte o la totalidad de un área asistencial, la inoperatividad en más de media hora causada por el retraso en las solicitudes de actuación de emergencia y especialmente en zonas críticas o muy críticas.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

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

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

(2) El responsable de la Unidad reajusta el programa de actuación para darle la mayor prioridad posible a la resolución y/o pone en marcha el sistema alternativo cuando así esté previsto para garantizar el servicio.

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

Si de alguna manera se impide el uso de una parte o la totalidad de un Área Funcional:

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

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

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

b. Corrección

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

(2) Cuando la incidencia no pueda corregirse en ese plazo o del motivo que la origina se deriven otro tipo de medidas correctoras, la Dirección de Explotación pone en marcha el procedimiento señalado en el punto 5 del apartado anterior.

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Realización de los trabajos originados por la solicitud de emergencia incluida la puesta en marcha de recursos alternativos cuando estén previstos y previamente acordados.

(2) Comunicación de incidencias.

(3) Colaborar integradamente con el plan de emergencia del hospital.

c. Cuándo?:

(1) En casos de emergencia con o sin solicitud de emergencia.

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

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Procedimiento para solicitudes de emergencia.

(2) Plannig de trabajos y registro de puestos de trabajo.

(3) Registro de incidencias.

(4) Material auxiliar de protección correspondiente.

(5) Plan de emergencia del Hospital.

(6) Manual de procedimientos del servicio.

(7) Dispositivos alternativos (si están previstos para situaciones de emergencia).

(8) Identificación del personal acreditado para comunicar solicitudes de emergencia.

(9) Sistema de comunicación con el personal asignado y dispositivos concretos.

(10) Normativa vigente.

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

01 Respuesta a las solicitudes de emergencia

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Fallo de servicio que deja in operativa e impide el uso de una parte o la totalidad de un Área Funcional

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
4 / FS-1	Emergencia	T.D.	2, 3, 5,	S
Fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable.	5 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 10 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos.	Semanal

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Hemos tenido que cerrar parte de la Unidad por un fallo del Servicio de Desinsectación y Desratización.	Incendencia.	Unidad Técnica de Control (UTC)	Obligada.
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Requiere vinculación: - algún otro indicador del Servicio, especialmente al 7 (solicitudes de actuación de emergencia) - a localizaciones muy críticas y críticas - y con un tiempo superior a 30 minutos.	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la UTC	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Núm. de incumplimientos del protocolo de solicitudes de urgencia atribuible a la Unidad que según protocolo hayan dejado in operativa un Area Funcional, en el periodo (semana).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

Servicio

09 Desinsectación y Desratización

Título

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

Subtítulo

02 Entorpecer la actividad de un área (Respuesta a las solicitudes de urgencia)

A. Protocolo básico

La unidad de Desinsectación y Desratización garantiza la respuesta en el tiempo establecido para solicitudes de urgencia, de forma que no se afecte a la operatividad de una parte o la totalidad de un Área Funcional. Con tal fin establece en su manual de procedimientos:

- (1) El procedimiento de actuación coordinado con el programa mensual de actuación.
- (2) El sistema y periodicidad de supervisión.
- (3) El sistema de registro de incidencias.
- (4) Las funciones y la coordinación de estas actuaciones fuera del horario habitual de la Unidad.
- (5) Específicamente se contempla como incidencia que pueda afectar a la operativa pero no impida el uso de una parte o la totalidad de un área asistencial, la inoperatividad por más de 60 minutos por falta de respuesta ante solicitudes de actuación de urgencia y especialmente en zonas críticas o muy críticas.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda darse una demora en los tiempos previstos para estos casos:

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

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

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

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

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

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

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

b. Corrección

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

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

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Realización de los trabajos originados por la solicitud de urgencia.

(2) Comunicación de incidencias.

c. Cuándo?:

(1) En los casos de solicitud de urgencia.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Procedimiento para solicitudes de urgencia.

(2) Plannig de trabajos y registro de puestos de trabajo.

(3) Registro de incidencias.

(4) Material auxiliar de protección correspondiente.

(5) Plan de emergencia del Hospital.

(6) Manual de procedimientos del servicio.

(7) Dispositivos alternativos (si están previstos para situaciones de emergencia).

(8) Identificación del personal acreditado para comunicar solicitudes de urgencia.

(9) Sistema de comunicación con el personal asignado y dispositivos concretos.

(10) Normativa vigente.

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

02 Respuesta a las solicitudes de urgencia

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Fallo de servicio que afecta a la operatividad pero no impide el uso de una parte o la totalidad de un Área Funcional

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
5 / FS-2	Urgencia	T.D.	2, 3, 5,	S
Fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable.	30 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos.	Semanal

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
El Servicio de Desinfectación y Desratización está entorpeciendo la actividad de la Unidad.	Incidencia.	Unidad Técnica de Control (UTC)	Obligada.
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Requiere vinculación: - a algún otro indicador del Servicio, especialmente al 8 (solicitudes de actuación de urgencia) - a localizaciones establecidas como críticas desde este ámbito - y con un tiempo superior a 60 minutos	Comprobación física	AUTOMATICO: Pre-cierre del Servicio de Restauración y cierre definitivo automático si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Núm. de incumplimientos del protocolo de solicitudes de urgencia atribuible a la Unidad que según protocolo hayan afectado a la operativa sin impedir el uso de un Area Funcional, en el periodo (semana).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

Por 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)		0,066%	0,050%	0,035%	0,1586%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0693%	0,0525%	0,0368%	0,1586%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
Zona Muy Crítica: 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)		0,0728%	0,0551%	0,0386%	0,1665%
Zona Crítica. Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0719%	0,0545%	0,0381%	0,1645%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0710%	0,0538%	0,0377%	0,1625%
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0702%	0,0532%	0,0372%	0,1606%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0693%	0,0525%	0,0368%	0,1586%

Servicio

09 Desinsectación y Desratización

Título

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

Subtítulo

03 Reclamación por parte de la Administración o de los Usuarios del Hospital

A. Protocolo básico

- (1) La Unidad de Desinsectación y Desratización colabora en los controles, supervisiones y auditorías que la Administración Sanitaria considere oportunos y sigue diligentemente sus indicaciones.
- (2) Cumple el deber de respetar lo derechos de los usuarios del Hospital
- (3) Realiza sus tareas de forma segura para evitar cualquier tipo de daño a pacientes, personal, visitantes, estropear las características de los productos utilizados, bloquear el flujo de circulación en las instalaciones, dañar el mobiliario y enseres urbanos, puertas y paredes de las instalaciones del Hospital.
- (4) Asegura que el servicio se realiza con las debidas precauciones tanta para las personas que apliquen los tratamientos, como para los pacientes, visitantes y empleados.
- (5) Los productos utilizados no deterioran el medio ambiente.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

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

b. Corrección

En el plazo acordado con la Administración en función del motivo que ocasione la incidencia se realizan las medidas acordadas.

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Verificación del cumplimiento de las tareas asignadas.

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

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Registro de incidencias.

(2) Plan de formación – atención al cliente.

(3) Medidas disciplinarias.

(4) Identificación del personal acreditado para comunicar. Incidencias.

(5) Normativa vigente.

D. Indicadores de incumplimiento

09 Desinsectación y Desratización

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

03 Reclamación por parte de la Administración o de los Usuarios del Hospital

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Fallo de servicio de naturaleza grave que incumple el P.P.T. y que no se incluye en el apartado 1 y 2

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
6 / FS-3	Ordinario	N.P.	2, 3, 5,	S
Fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable.	60 min.	No procede.	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
El Servicio de Desinsectación y Desratización no está colaborando con los controles, supervisiones y auditorias o no respeta los derechos de los usuarios o no realiza sus tareas de forma segura.	Incidencia.	Dirección del Hospital	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 (hasta 72 horas del cierre realizado por Restauración)	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

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

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

Por 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%	0,000%	0,0463%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0263%	0,0200%	0,0000%	0,0463%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
Zona Muy Crítica: 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)		0,0276%	0,0209%	0,0000%	0,0485%
Zona Crítica. 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%	0,0000%	0,0480%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0270%	0,0204%	0,0000%	0,0474%
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0266%	0,0202%	0,0000%	0,0468%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0263%	0,0200%	0,0000%	0,0463%