

SERVICIO 01

LIMPIEZA

PROTOCOLO BASICO

Sociedades Concesionarias

Versión 1.0

15 de diciembre de 2006

INDICE

| Título | Subtítulo | Página |
|--|--|--------|
| INTRODUCCION | | |
| | Objeto | 4 |
| | Metodología | 5 |
| | Protocolo básico | 6 |
| | DIAGRAMAS | 11 |
| 01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES | | |
| | 01 Condiciones generales | 13 |
| | 02 Limpieza programada | 24 |
| | 03 Limpieza de urgencia | 42 |
| | 04 Limpieza correctiva | 50 |
| | 05 Limpieza planificada | 55 |
| | 06 Limpieza de protección | 60 |
| | 07 Materiales y equipos | 65 |
| | 08 Mantenimiento, limpieza y almacenado de los equipos | 75 |
| 02 OBLIGACIONES SOBRE PLAGAS Y RESIDUOS | | |
| | 01 Informes de plagas | 80 |
| | 02 Residuos sólidos urbanos o asimilables | 85 |
| 03 CALIDAD | | |
| | 01 Encuesta de satisfacción | 93 |
| | 02 Uniformidad - Identificación | 100 |
| | 03 Uniformidad | 106 |
| | 04 Verificación de los puestos de trabajo | 111 |

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

| | |
|---|------------|
| 01 Dejar inoperativa una parte o la totalidad de un área asistencial (Respuesta a las solicitudes de emergencia) | 116 |
| 02 Entorpecer la actividad de un área (Respuesta a las solicitudes de urgencia) | 122 |
| 03 Reclamación por parte de la Administración o de los Usuarios del Hospital | 128 |

INTRODUCCION

Objeto

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

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

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

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

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

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

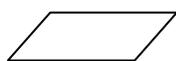
De ahí la necesidad, manifestada también por la Administración, de elaborar protocolos comunes para todos los hospitales, que sin llegar al detalle imposible de los procedimientos concretos, afectados por la distribución física, la organización, las dimensiones, etc. de cada hospital, establezcan claramente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

Metodología

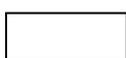
Cada Sociedad Concesionaria ha trabajado el “protocolo básico” de determinados Servicios para presentarlo al conjunto de las Sociedades. El esquema de trabajo ha sido el siguiente:

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

cuencia de actividades utilizando las siguientes convenciones gráficas



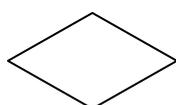
Inicio del procedimiento



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

5. Apartado o subtítulo (Actividades)

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

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

a. Respuesta

b. Corrección

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

a. Responsable

b. ¿Qué se hace?

c. ¿Cuándo?

d. Materiales y equipos a utilizar

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

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

2. Definición del indicador para su gestión:

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

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

- Incidencia. Cualquier hecho que se considere anómalo o extraordinario, para que sea subsanado, corregido o simplemente conocido y advertido por quien corresponda (normalmente el responsable de la Unidad).
- Fallo: Incumplimiento verificado del manual de procedimientos (o del protocolo básico en su defecto), atribuible a las Unidades gestionadas por la Sociedad Concesionaria que afecte a la prestación del servicio o a su calidad en los términos expresados en los indicadores del PPT. Una incidencia puede verificarse como fallo.

■ Personal acreditado.

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

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

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

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

■ Localización:

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

■ Observaciones.

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

■ Verificación

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

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

■ Cierre de la incidencia

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

3. Cuantificación del indicador:

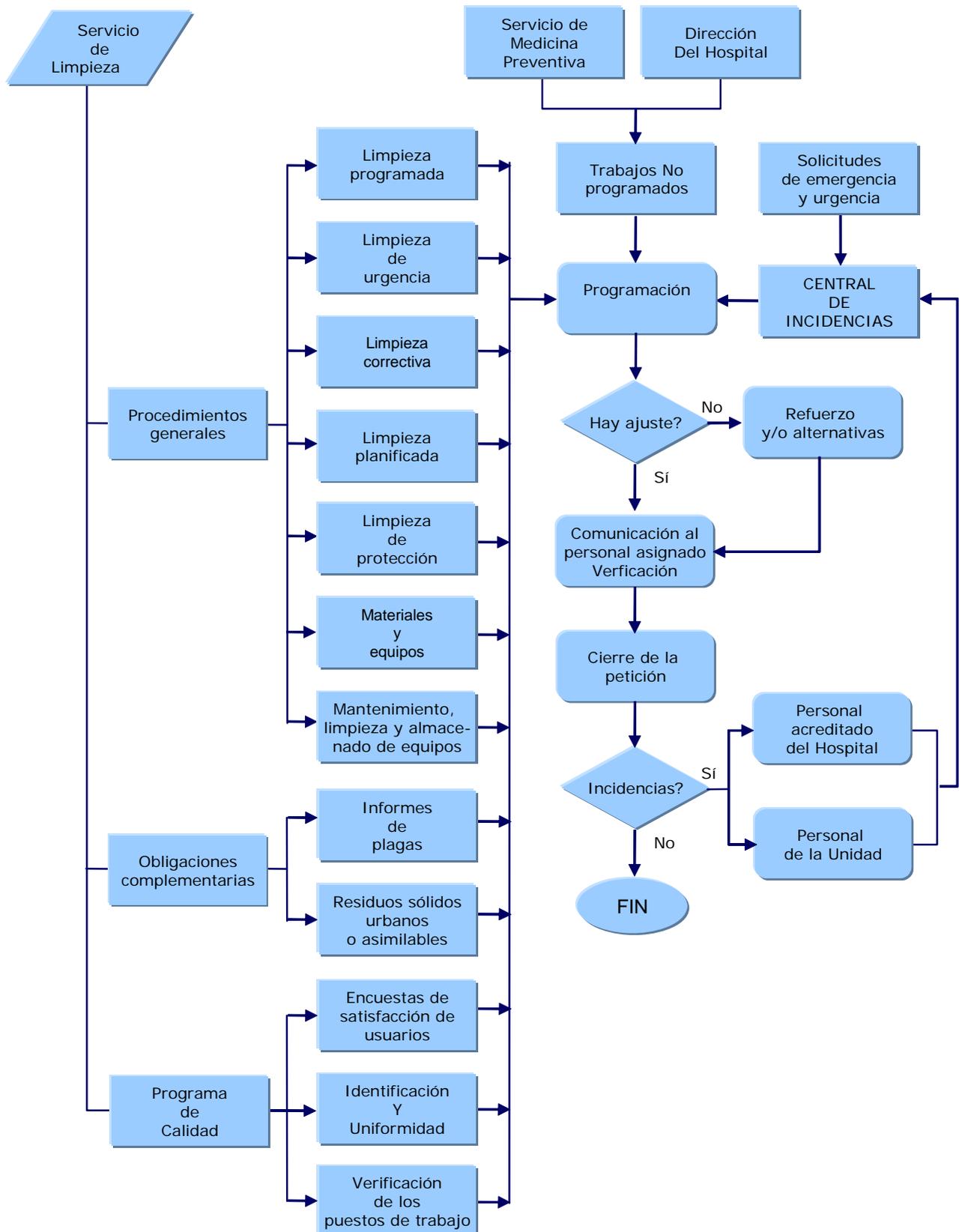
- a. de fallo
- b. de respuesta
- c. de corrección

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

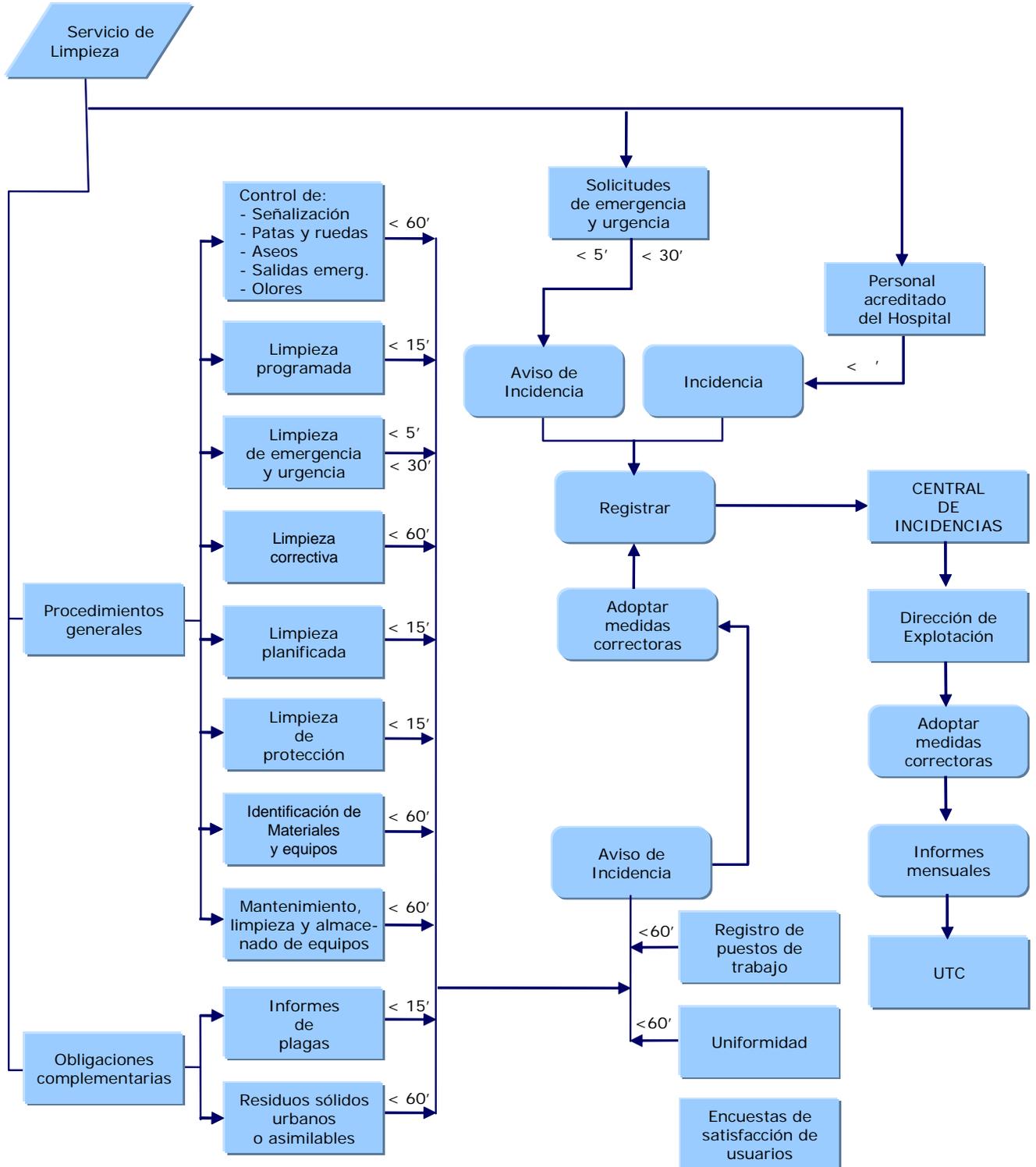
6. Otras indicaciones:

- En el texto se ha forzado la separación en párrafos, que se han numerado para facilitar su búsqueda y las posibles correcciones.
- El concepto posibilidad de incidencia, también usado frecuentemente en los protocolos, se utiliza consecuentemente como la previsión, por parte del personal de la Unidad, de que pueda suceder un hecho anómalo o extraordinario.

Servicio de Limpieza



Servicio de Limpieza B. Incidencias



Servicio

01 Servicio de Limpieza

Título

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

Subtítulo

01 Condiciones generales

A. Protocolo básico

El Servicio de Limpieza tiene un manual de procedimientos de las distintas zonas y áreas funcionales del hospital, aprobado por el Servicio de Medicina Preventiva con el visto bueno de la Administración sanitaria, donde se contemplan para cada módulo unitario de limpieza del Hospital (MUL) que conforman el conjunto de sus espacios:

- (1) La ubicación geográfica según centro, edificio y planta.
- (2) La dimensión en metros cuadrados.
- (3) La pertenencia según Unidad, Servicio o GFH.
- (4) La clasificación de riesgo de transmisión patógena:
 - (a) Zona muy crítica.
 - Quirófanos.
 - Unidades de Reanimación y despertar postquirófano,
 - Paritorios,
 - Unidades especiales (a determinar en cada centro),
 - Habitaciones de aislamiento (cuando las haya),
 - Esterilización,
 - Unidades de Cuidados Intensivos,
 - Urgencias,
 - Banco de sangre,
 - Hemodinámica,
 - Diálisis.
 - (b) Zona crítica.
 - Servicio de 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.

(c) Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes.

- Cocinas,
- Cafetería Personal,
- Cafetería Pública,
- Almacenes de Productos alimenticios.

(d) Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes.

- Áreas Administrativas en general,
- Servicios de Suministros,
- Servicio de Admisión,
- Servicio de Atención al Paciente.

(e) Resto:

- Vestuarios.
- Aseos.
- Talleres,
- Almacenes,
- Locales Técnicos,
- Exteriores y Viales.

(5) La composición:

(a) Continente:

- Elementos externos, salidas de incendios y cajas de escaleras.
- Suelo: material, textura, tratamiento de su composición.

- Paredes: material, textura, tratamiento de su composición.
- Puertas, pomos, manillas, herrajes.
- Ventanas, cristales.
- Conductos de ventilación, rejillas, respiradores, filtros.

(b) Contenido:

- Equipamiento: material y composición.
- Mobiliario: material y composición (según anexo VI del PCAP y aquellos artículos que sin estar incluidos en él puedan ser equiparables por sus características)
- Aseos, baños, espejos.
- Iluminarias, plafones, lámparas.
- Persianas, cortinas, etc.

(6) Los elementos que quedan excluidos del servicio de Limpieza:

- (a) Instrumental quirúrgico
- (b) Máquinas de anestesia
- (c) Microscopios
- (d) Almacén de la Central de Esterilización
- (e) Equipos de monitorización fisiológica
- (f) Equipos médicos de los pacientes en uso (respiradores, tanques de aire, bombas de infusión, etc.)
- (g) Monitores, equipos de radiografías o consolas incluyendo cualquier aparato que emane radiación o que muestre símbolos de aviso de peligro
- (h) Equipos conectados para su recarga o para tratamientos
- (i) Y otros especificados y comunicados por la Administración Sanitaria

(7) Las normas generales de limpieza

- (a) No se barre nunca en seco en las zonas muy críticas, críticas y donde no se realizan procedimientos a pacientes (área administrativa en general) ya que con este tipo de barrido, los gérmenes que están en el

suelo vuelven a suspenderse en el aire. El único sistema adecuado y permitido es por lo tanto la limpieza húmeda.

(b) Previamente al fregado del suelo, en las zonas muy críticas y críticas se recoge la suciedad con un avión forrado con paño de microfibra humedecido o mopa siliconada, después se procede al fregado utilizando sistema de mopas de microfibra.

(c) El agua nunca se emplea sola, ya que puede convertirse en un cúmulo de gérmenes. Siempre se le añade detergente más desinfectante.

(d) Ya que el hipoclorito y otros germicidas son sustancialmente inactivados en presencia de sangre y otras materias orgánicas, las superficies a desinfectar siempre se limpian previamente con una solución detergente (aniónica no iónica).

(e) La limpieza de áreas críticas se realiza principalmente con lejía diluida al 1:10 a menos que decida lo contrario el Servicio de Medicina Preventiva, no empleándose amonios cuaternarios, de poca eficacia al producirse una adaptación de las bacterias a dichos agentes desinfectantes.

(f) Cuando se hagan soluciones desinfectantes, y para evitar su inestabilidad, se prepararán diariamente las cantidades a utilizar, nunca se guardarán más de 12 horas.

(g) La lejía esta envasada en frasco opaco, con el pictograma correspondiente (Cruz de S. Andrés) y no se mezcla con ningún otro producto a fin de evitar el riesgo de reacciones tóxicas.

(h) El fregado del suelo, con fregona convencional, se realiza en zig – zag y se deja lo más seco posible.

(i) Nunca se utiliza la misma mopa de micro fibra para dos habitaciones distintas

(j) En pasillos y vestíbulos, de las zonas Administrativas y Técnicas se friegan la mitad, en sentido longitudinal, dejando paso para circular por la otra mitad seca.

(k) En las zonas de tránsito se coloca un cartel con la leyenda “SUELO MOJADO” o similar con el fin de evitar resbalones.

(l) Los útiles de limpieza se transportan en la bandeja de los carros, nunca se dejan por el suelo ni dentro de los cubos. El carro es autónomo para transportar todo lo necesario.

(m) El mobiliario lavable (puertas, marcos, pasamanos, etc.), se limpia con bayeta de color diferenciado impregnada en solución de detergente desinfectante.

(n) En las Zonas críticas y muy críticas el mobiliario lavable se limpia con las bayetas de micro fibra, diferenciadas en color.

(ñ) El mobiliario no lavable se limpia con paño impregnado en producto capta polvo que no deteriora la superficie.

(o) Para la limpieza de los servicios se utiliza una bayeta diferente a la usada para la limpieza del mobiliario mediante un código de colores (que es el mismo para todo el hospital).

(p) Las superficies metálicas y pomos de las puertas se friegan con agua y jabón o bien con producto limpia metales exento de amoniaco y se aclaran dejándolos bien secos. Los aluminios se limpian con detergente neutro para no alterar los anodizados.

(q) Para la limpieza de cristales se usan los útiles adecuados: mojadador, rastrillo, rascador de vidrios, palo telescópico, codo articulado, gamuza para secar, bayetas de micro fibra, escaleras, escalas, etc. Se utiliza detergente neutro, salvo para limpiezas especiales en las que se usan otros productos más específicos. El personal encargado de ésta tarea esta provisto de las medidas de seguridad necesarias para la limpieza de cristales interiores y exteriores.

(r) Las fachadas y acabados exteriores, su limpieza integral es al menos una vez al año y siempre que estan obviamente sucios.

(s) Todas las maniobras se hacen con guantes para uso doméstico preferiblemente sin látex. Nunca se utiliza el mismo par de guantes para los cuartos de baño y para las habitaciones de enfermos u otras dependencias.

(t) Las camas de los enfermos, (incluido el colchón) se limpian cada vez que un enfermo es dado de alta y cuantas veces sea necesario a requerimiento del

personal acreditado del Hospital, y como mínimo una vez al día. Las camas de los pacientes programados para pasar al bloque quirúrgico, se limpian y desinfectan al menos dentro de la hora previa a la prevista.

(8) La relación detallada y codificada de los materiales y útiles a emplear en cada uno de los servicios, con la definición de sus características técnicas, su utilización y su adaptación a cada elemento

(9) La gestión de la formación del personal para que esté formado en el desempeño de la funciones y en la utilización de los materiales y productos específicos.

(10) La programación de sus actividades en base a Planes de Actuación de Limpieza (PAL) de cada módulo unitario (MUL) de forma que se proporcione un alto nivel de limpieza ambiental de las instaciones, centros y espacios del hospital para permitir un óptimo funcionamiento asistencial en términos de higiene y estética, proyectando una imagen positiva y un ambiente clínica y socialmente aceptado para los pacientes, visitantes y personal, 24 horas al día y todos los días del año.

(a) Actividades principales:

- Limpieza programada
- Limpieza correctiva y de urgencia
- Limpieza planificada
- Limpieza protectora

(b) Actividades complementarias

- Plan de reposición de material general y de aseo
- Dotación de equipamiento y plan de mantenimiento
- Dotación de materiales (toallas de papel, papel higiénico, jabón líquido y sus correspondientes dispensadores, bolsas de basura,...)

(c) Los Planes de Actuación de Limpieza (PAL) incluyen tanto las actividades principales como las complementarias identificando para cada modulo unitario (MUL) las acciones y procedimientos a realizar y su frecuencia:

- Diaria
- General semanal
- General mensual
- Específica o de refuerzo (Cuidados intensivos, salas de autópsias, mortuorios, habitaciones de pacientes, cuartos de medicación de hospitalización, laboratorios, escaleras, entronques y ascensores, salas de espera, cocina y almacenes, viales y jardines)
- Diaria al inicio y finalización de actividades específicas y entre actividades (quirófanos, partitorios, bocos de urgencias, salas de curas, etc.)

(11) Se registran al menos las actuaciones realizadas en áreas muy críticas y críticas.

(12) La Unidad colabora con el Hospital en la implantación de un sistema de control de calidad. El personal de la Unidad recibe formación con el objetivo de desarrollar tareas de calidad y participar en procesos de cambio y mejoras de calidad.

(13) El manual de procedimientos establece la frecuencia de realización de un recorrido por el recinto, dentro del programa de calidad, de forma que se compruebe que los trabajos realizados se ajustan al protocolo y a los resultados esperados. Concretamente:

- (a) Inspección visual.
- (b) Registro de incidencias.
- (c) Valoración de la incidencia.
- (d) Realización de las medidas correctoras en el momento o programación de las mismas dentro de los programas de actuación.
- (e) Sistema de registro (manual o digital) que garantice que se ha realizado el recorrido fijado y se hace el seguimiento cualquier incidencia hasta su corrección.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, las prácticas de limpieza puedan no cumplir con las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital establecidos por el Servicio de Medicina Preventiva,

(1) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue, comunica la incidencia al Servicio de Medicina Preventiva y 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 60 minutos 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) La corrección de una incidencia en el cumplimiento de las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital, no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta..

(2) Cuando la incidencia no pueda corregirse en ese plazo o del motivo que la origina se deriven otro tipo de medidas correctoras, la Dirección de Explotación pone en marcha el procedimiento señalado en el punto 7 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) Elaborar y actualizar el manual de procedimientos de las distintas zonas y áreas funcionales del hospital, aprobado por el Servicio de Medicina Preventiva con el visto bueno de la Administración sanitaria.

(2) Realización de los trabajos identificados en el manual de procedimientos.

(3) Comunicación de incidencias

c. Cuándo?:

(1) Al inicio de la actividad y siempre que sea necesaria su actualización

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos del servicio

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

(3) Registro de incidencias.

(4) Personal acreditado del Hospital

D. Indicadores de incumplimiento

01 Servicio de Limpieza

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

01 Condiciones generales

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Todas las prácticas de limpieza cumplen con las políticas y procedimientos de control de infecciones del Hospital establecidos por Medicina Preventiva

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|---|---------------------|--|--|---------------------------|
| 4 / FC-A | Ordinario | T.D. | 2, 3, 4, 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. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 120 min | Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos. | Semanal |

2. definición del indicador para su gestión

| Texto de registro | Tipo | Personal acreditado | Localización |
|---|--------------|---|--------------|
| Las prácticas de limpieza no cumplen con las políticas y procedimientos de control de infecciones | fallo | Medicina Preventiva | No procede |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| Para orientar la respuesta y la corrección debe identificarse la práctica afectada en el campo de observaciones | No procede | Con la conformidad de Medicina Preventiva o automático a las 72 horas del cierre realizado por Limpieza | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de programas - MUL no realizados según protocolo de acuerdo con el control de infecciones del Hospital establecido por el Servicio de Medicina Preventiva en el periodo (mes)

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

Servicio

01 Servicio de Limpieza

Título

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

Subtítulo

02 Limpieza programada

A. Protocolo básico

El manual de procedimientos de la Unidad, tal y como se ha indicado en el apartado anterior, cuenta con un servicio programado 24 horas al día, todos los días del año, para satisfacer las necesidades del hospital en todas sus áreas. La programación comprende:

(1) Limpieza básica o de rutina, donde para cada MUL está definido el procedimiento y la frecuencia (en general diaria) a realizar sobre continente, contenido y entorno:

(a) Continente

- Elementos externos, salidas de incendios y cajas de escaleras:

(i) Retirada de basuras, Limpieza de mobiliario exterior (caso de suciedad), papeleras y barandillas

(ii) Limpieza de jardines y barrido de exteriores (se mantienen limpios de polvo, grava, suciedad, hojas, telarañas, basura, grafitis, colillas, etc.)

(iii) Barrido y baldeo de patios interiores

(iv) Barrido de fosos

- Paredes rodapiés y techos:

(i) Limpieza de paredes y techos internos y externos (para que estén libres de polvo, grava, tierra, grafitis y telarañas)

(ii) Interruptores (libres de marcas y manchas)

- Ascensores (limpieza de suelo, paredes y carriles de deslizamiento de puertas)

- Ventanas y cristales (superficies externas e internas del cristal, marcos, persianas,...)

- Puertas, pomos, manillas, herrajes (superficie de las puertas, pomos, marcos, rieles y jambas)

- Suelos (limpieza uniforme, sin acumulaciones en las esquinas y alrededor de los muebles, felpudos por ambos lados,...)

(i) Se lleva a cabo la señalización y las precauciones identificadas en el manual de procedimientos respecto a los viandantes en los suelos recién limpiados o húmedos

- Conductos de ventilación, rejillas y respiraderos (las salidas de ventilación se mantienen desbloqueadas, limpias y ordenadas)

(b) Contenido:

- Equipamiento (los equipos y aparatos eléctricos se mantienen limpios, sin marcas, sin residuos,...)

- Mobiliario e instalaciones (incluidas patas, ruedas, zonas inaccesibles como bordes, pliegues y hendiduras, exterior e interior cuando se identifique como practicable, se incluyen también los extintores y alarmas de incendios).

- Aseos, baños, espejos

(i) Sanitarios, barandillas de los cubículos, superficies de plástico, superficies de metal, cabinas de ducha, espejos, azulejos, instalaciones de las paredes, grifería, conducciones visibles, baños, superficies pulidas con brillo uniforme, se mantiene la suficiencia de los artículos consumibles...

(ii) Los residuos se recogen de acuerdo a la normativa vigente y a los estándares de calidad de la Unidad de Gestión de Residuos

- Luminarias, plafones, lámparas, pulsadores e interruptores

- Material

(i) La frecuencia de retirada de basuras es la adecuada para que las papeleras se mantengan por debajo del 75% de su capacidad

(ii) El material general y de aseo (toallas de papel, papel higiénico, jabón líquido y sus correspondientes dispensadores, bolsas de basura,...) se reponen con la frecuencia suficiente para evitar que se acaben.

(c) Entorno

- Apariencia global (orden de las zonas, suelo diáfano ocupado sólo por muebles destinados a estar sobre él, salidas de emergencia libres de obstáculos,...)
- Las salidas de emergencia disponen de señalización específica que advierte de la prohibición de obstaculizar el paso, adicionalmente el personal de limpieza comprueba con la frecuencia fijada en el manual de procedimientos y comunica cualquier incidencia.
- Control de olores (los ambientadores y otros sistemas de control de olores funcionan adecuadamente y están limpios).

(2) Limpieza específica determinada por casos o actuaciones: el procedimiento se encuentra igualmente definido en el manual de la Unidad, en general comprende:

(a) Actividad quirúrgica:

- Comienzo de la actividad:
 - (i) Limpieza de lámparas, mesa quirúrgica, mesas auxiliares vacías,
 - (ii) Limpieza de paredes (caso de salpicaduras)
 - (iii) Limpieza de puertas (caso de salpicaduras)
 - (iv) Limpieza parte horizontal mobiliario (caso ser necesario)
 - (v) Retirada de basuras (si las hubiere)
- entre intervenciones
 - (i) Mesa quirúrgica, colchoneta, lámpara, mesas auxiliares vacías
 - (ii) Limpieza paredes (caso salpicaduras)
 - (iii) Limpieza puertas (caso salpicaduras)
 - (iv) Limpieza de mobiliario
 - (v) Retirada de basuras
- Finalización de la actividad:
 - (i) Lámparas, mesa quirúrgica, mesas auxiliares
 - (ii) Limpieza de paredes (caso de salpicaduras)
 - (iii) Limpieza de puertas (caso de salpicaduras)
 - (iv) Limpieza mobiliario

(v) Retirada de basuras

(b) Alta o traslado de pacientes

- Limpieza de lavabos (repass)
- Limpieza de paredes (repass)
- Limpieza de puertas y pomos (repass)
- Limpieza de suelos (repass)
- Limpieza del mobiliario (mesillas, armario, cama-parte metálica, teléfono, etc.).
- Mostradores, pomos de puertas, mobiliario con salpicaduras, suelo.
- Retirada de basuras

(c) Otros (salas de curas, salas de autópsias, etc.)

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo se pueda producir una incidencia sobre la limpieza programada específica.

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

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

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

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

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 15 minutos y 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 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

(1) La corrección de una incidencia en el cumplimiento de las frecuencias acordadas para la limpieza programada específica, 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 7 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) Elaborar y actualizar el manual de procedimientos programados de limpieza básica o de rutina y de limpieza específica de las distintas zonas y áreas funcionales del hospital, aprobado por el Servicio de Medicina Preventiva con el visto bueno de la Administración sanitaria.

(2) Realización de los trabajos identificados en el manual de procedimientos según frecuencias acordadas y requeridas.

(3) Comunicación de incidencias.

c. Cuándo?:

(1) Al inicio de la actividad y siempre que sea necesaria su actualización.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos del servicio.

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

(3) Registro de incidencias.

(4) Personal acreditado del Hospital.

D. Indicadores de incumplimiento

01 Servicio de Limpieza

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

02 Limpieza programada

Indicador (1/6)

1. definición y valores según PPT

La limpieza programada específica se realiza en las frecuencias acordadas y/o requeridas

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|---|---------------------|--|---|---------------------------|
| 5 / FS-3 | Programado | T.D. | 2, 4, 5, | M |
| aquellos fallos de naturaleza grave que pueden o no afectar por si mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un Área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio.. | 15 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min. | Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. (->) 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 |
|--|--|---|-----------------|
| No se ha realizado la limpieza específica de la Unidad | Incidencia | Responsable de GFHs específicos | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| - Quirófanos - Alta de paciente - Sala de curas, autopsias, etc. | Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo | Automático: Pre-cierre del Servicio de Limpieza y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de programas específicos - MUL no realizados según frecuencia acordada, registrados por personal acreditado y verificados como fallo. en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

| Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento | | | | | |
|--|-------|-----------|-----------|------------|---------|
| Zonificación | | Por fallo | respuesta | corrección | Total |
| Por fallo (penalización base) | | 0,025% | 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% |

01 Servicio de Limpieza

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

02 Limpieza programada

Indicador (2/6)

1. definición y valores según PPT

Se lleva a cabo la señalización y las precauciones apropiadas respecto a los viandantes en los suelos recién limpiados o húmedos

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|---|---------------------|--|--|---------------------------|
| 6 / FS-4 | Ordinario | T.D. | 2, 4, 5, | S |
| aquellos fallos de naturaleza no grave que pueden o no afectar por si mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio. | 60 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 60 min. | Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos | Semanal |

2. definición del indicador para su gestión

| Texto de registro | Tipo | Personal acreditado | Localización |
|--|---------------------|--|--------------|
| No se toman las precauciones adecuadas en los suelos húmedos pudiendo existir peligro para los viandantes | fallo | Responsable Especifico | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| | Comprobacion fisica | Automático: Pre-cierre del Servicio de Limpieza y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de programas específicos - MUL no realizados según frecuencia acordada en el periodo (mes), registrados por personal acreditado y verificados como fallo.

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

| Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento | | | | | |
|--|-------|-----------|-----------|------------|---------|
| Zonificación | | Por fallo | respuesta | corrección | Total |
| Por fallo (penalización base) | | 0,007% | 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. Paritorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050) | | 0,0078% | 0,0209% | 0,0386% | 0,0673% |
| 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% |

01 Servicio de Limpieza

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

02 Limpieza programada

Indicador (3/6)

1. definición y valores según PPT

Las patas y ruedas de los muebles están limpios de hilos de estropajos o fregonas, tierra, polvo y telarañas

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|---|---------------------|--|--|---------------------------|
| 7 / FS-4 | Ordinario | T.D. | 2, 4, 5, | S |
| aquellos fallos de naturaleza no grave que pueden o no afectar por si mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio. | 60 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 60 min. | Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos | Semanal |

2. definición del indicador para su gestión

| Texto de registro | Tipo | Personal acreditado | Localización |
|---|---------------------|--|-----------------|
| Las patas y ruedas de los muebles no están limpios | Incidencia | Responsable de GFH | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| | Comprobacion fisica | Automático: Pre-cierre del Servicio de Limpieza y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias registradas por personal acreditado en cuanto a fallos de calidad del tipo "las patas de las ruedas de los muebles no están limpios de hilos de estropajos o fregonas, tierra polvo y telarañas" documentadas y verificadas en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

| Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento | | | | | |
|--|-------|-----------|-----------|------------|---------|
| Zonificación | | Por fallo | respuesta | corrección | Total |
| Por fallo (penalización base) | | 0,007% | 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 postquirófano. Paritorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050) | | 0,0078% | 0,0209% | 0,0386% | 0,0673% |
| 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% |

01 Servicio de Limpieza

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

02 Limpieza programada

Indicador (4/6)

1. definición y valores según PPT

En los aseos los sanitarios, las barandillas de los cubículos y las superficies de plástico están libres de manchas, fluidos corporales, acumulaciones de jabón y depósitos minerales

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|---|---------------------|--|--|---------------------------|
| 8 / FS-4 | Ordinario | T.D. | 2, 4, 5, | S |
| aquellos fallos de naturaleza no grave que pueden o no afectar por si mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio. | 60 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 60 min. | Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos | Semanal |

2. definición del indicador para su gestión

| Texto de registro | Tipo | Personal acreditado | Localización |
|--|--|---|-----------------|
| Los aseos de la Unidad no están limpios | Incidencia | Responsable de GFH | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| | Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo | Automático: Pre-cierre del Servicio de Limpieza y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias registradas por personal acreditado en cuanto a fallos de calidad del tipo "En los aseos los sanitarios, las barandillas de los cubículos y las superficies de plástico no están libres de manchas, fluidos corporales, acumulaciones de jabón y depósitos minerales", documentadas y verificadas en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

| Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento | | | | | |
|--|-------|-----------|-----------|------------|---------|
| Zonificación | | Por fallo | respuesta | corrección | Total |
| Por fallo (penalización base) | | 0,007% | 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 postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050) | | 0,0078% | 0,0209% | 0,0386% | 0,0673% |
| 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% |

01 Servicio de Limpieza

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

02 Limpieza programada

Indicador (5/6)

1. definición y valores según PPT

Las salidas de incendios y emergencia están claras y ordenadas

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|---|---------------------|--|---|---------------------------|
| 9 / FC-A | Ordinario | T.D. | 2, 4, 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. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 60 min. | Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos. | Semanal |

2. definición del indicador para su gestión

| Texto de registro | Tipo | Personal acreditado | Localización |
|--|---------------------|--|-----------------|
| El servicio de limpieza obstruye o dificulta la señalización de las salidas de emergencia | Incidencia | Responsable de GFH | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| | Comprobacion fisica | Automático: Pre-cierre del Servicio de Limpieza y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias atribuibles al Servicio de Limpieza registradas por personal acreditado en cuanto a fallos de calidad del tipo "Las salidas de incendios y emergencia están claras y ordenadas" documentadas y verificadas en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

01 Servicio de Limpieza

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

02 Limpieza programada

Indicador (6/6)

1. definición y valores según PPT

No se perciben olores desagradables

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|--|---------------------|--|--|---------------------------|
| 10 / FC-M | Ordinario | T.D. | 2, 4, 5, | S |
| fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza | 60 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 60 min. | Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos | Semanal |

2. definición del indicador para su gestión

| Texto de registro | Tipo | Personal acreditado | Localización |
|---|---------------------|---|--------------|
| Se perciben olores desagradables | Incidencia | Responsable de GFH | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| | Comprobacion física | Automático: Pre-cierre del Servicio de Limpieza y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de Incidencias registradas por personal acreditado en cuanto a fallos de calidad del tipo "se perciben olores desagradables", documentadas, verificadas y atribuibles a la Unidad de Limpieza en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

Servicio

01 Servicio de Limpieza

Título

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

Subtítulo

03 Limpieza de urgencia

A. Protocolo básico

El manual de procedimientos de la Unidad contempla los procedimientos de actuación para facilitar un servicio de limpieza de urgencia 24 horas al día, todos los días del año:

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

(2) Forma de comunicación.

(3) Designación de persona acreditada para la comunicación.

(4) Procedimiento para activar el procedimiento de emergencia y de urgencia

(5) Orden de prioridad de los diferentes MUL en coherencia con la zonificación de riesgo de transmisión patógena.

(6) Procedimientos por MUL y tiempos de actuación por zonas de riesgo de transmisión patógena.

(7) Seguimiento del procedimiento de emergencia y de urgencia

(8) Declaración de incidencia solventada.

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

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

(a) Tiene la formación adecuada y

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

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

(11) Las tareas de limpieza correctiva y de urgencia incluyen entre otras:

- (a) Vertido (interno y externo) de sustancias.
- (b) Reposición de materiales / desechables.
- (c) Limpieza de terminales.
- (d) Limpiezas asociadas con los trabajos en los edificios.
- (e) Incidentes adversos
- (f) Siempre que sea requerido el servicio por la Administración.

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 (30 minutos para situaciones de urgencia) 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, 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 30 minutos (emergencia) o los 60 minutos (urgencia).

(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).

(8) Personal acreditado del Hospital.

D. Indicadores de incumplimiento

01 Servicio de Limpieza

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

03 Limpieza de urgencia

Indicador (1/2)

1. definición y valores según PPT

Las peticiones de limpieza de emergencia son atendidas dentro del tiempo de respuesta y rectificación asignado

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|--|---------------------|--|--|---------------------------|
| 11 / FS-5 | Emergencia | T.D. | 2, 4, 5, | S |
| aqueellos fallos que sin ser directamente imputables a la actuación del prestatario del servicio, no han sido atendidos por éste en el tiempo de respuesta y, en su caso, en el tiempo de rectificación. | 5 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 15 min. | Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos | Semanal |

2. definición del indicador para su gestión

| Texto de registro | Tipo | Personal acreditado | Localización |
|---|--|---|--------------|
| El Servicio de Limpieza no ha contestado o no ha actuado en los tiempos establecidos ante una petición de limpieza de emergencia | Incidencia | Responsable de GFH | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| Para identificar mejor la incidencia debe recogerse si se refiere a respuesta o a corrección. | Automáticamente por los registros de la aplicación | Automático: Pre-cierre del Servicio de Limpieza y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de solicitudes de emergencia no resueltas según protocolo, documentadas, verificadas y atribuibles al Servicio de Limpieza en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

| Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento | | | | | |
|--|-------|-----------|-----------|------------|---------|
| Zonificación | | Por fallo | respuesta | corrección | Total |
| Por fallo (penalización base) | | 0,000% | 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. Paritorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050) | | 0,0000% | 0,1378% | 0,0386% | 0,1764% |
| 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% |

01 Servicio de Limpieza

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

03 Limpieza de urgencia

Indicador (2/2)

1. definición y valores según PPT

Las peticiones de limpieza urgentes son atendidas en el tiempo de respuesta y rectificación asignado

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|---|---------------------|--|---|---------------------------|
| 12 / FS-5 | Urgencia | T.D. | 2, 4, 5, | M |
| aquellos fallos que sin ser directamente imputables a la actuación del prestatario del servicio, no han sido atendidos por éste en el tiempo de respuesta y, en su caso, en el tiempo de rectificación. | 30 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min. | Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos. | Mensual. |

2. definición del indicador para su gestión

| Texto de registro | Tipo | Personal acreditado | Localización |
|---|--|---|-----------------|
| El Servicio de Limpieza no ha contestado o no ha actuado en los tiempos establecidos ante una petición de limpieza de urgencia | Incidencia | Responsable de GFH | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| Para identificar mejor la incidencia debe recogerse si se refiere a respuesta o a corrección. | Automáticamente por los registros de la aplicación | Automático: Pre-cierre del Servicio de Limpieza y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de solicitudes de urgencia no resueltas según protocolo, documentadas, verificadas y atribuibles al Servicio de Limpieza en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

| Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento | | | | | |
|--|-------|-----------|-----------|------------|---------|
| Zonificación | | Por fallo | respuesta | corrección | Total |
| Por fallo (penalización base) | | 0,000% | 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. Paritorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050) | | 0,0000% | 0,0551% | 0,0386% | 0,0937% |
| 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

01 Servicio de Limpieza

Título

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

Subtítulo

04 Limpieza correctiva

A. Protocolo básico

El manual de procedimientos de la Unidad contempla los procedimientos de actuación para facilitar un servicio de limpieza correctiva 24 horas al día, todos los días del año para dar respuesta a las necesidades rutinarias de limpieza.

- (1) Forma de comunicación.
- (2) Designación de persona acreditada para la comunicación.
- (3) Orden de prioridad de los diferentes MUL en coherencia con la zonificación de riesgo de transmisión patógena.
- (4) Procedimientos por MUL y tiempos de actuación por zonas de riesgo de transmisión patógena.
- (5) Seguimiento del procedimiento.
- (6) Declaración de incidencia solventada.
- (7) Análisis del cumplimiento del proceso y propuesta de mejora en su caso.
- (8) Las tareas de limpieza correctiva incluyen entre otras:
 - (a) Vertido (interno y externo) de sustancias.
 - (b) Reposición de materiales / desechables.
 - (c) Limpieza de terminales.
 - (d) Limpiezas asociadas con los trabajos en los edificios.
 - (e) Siempre que sea requerido el servicio por la Administración.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, las acciones fijadas en el manual de procedimientos para solicitudes de limpieza rutinaria puedan retrasarse más de 30 minutos,

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

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

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

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

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 30 minutos y 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 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

(1) La corrección de una incidencia en la actividad necesaria para responder a una solicitud de limpieza correctiva rutinaria, no debe superar en general el doble del tiempo establecido para respuesta.

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

(3) En el 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 limpieza correctiva.

(2) Comunicación de incidencias

(3) Cierre de la petición

c. Cuándo?:

(1) En casos de solicitud de limpieza correctiva rutinaria.

(2) Siempre que sea requerido el servicio por la Administración Sanitaria.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Procedimiento para solicitud de limpieza correctiva rutinaria.

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

(3) Registro de incidencias.

(4) Manual de procedimientos del servicio.

(5) Personal acreditado del Hospital.

D. Indicadores de incumplimiento

01 Servicio de Limpieza

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

04 Limpieza correctiva

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Las peticiones de limpieza rutinaria son atendidas en el tiempo de respuesta y rectificación asignado

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|---|---------------------|--|--|---------------------------|
| 13 / FS-5 | Ordinario | T.D. | 2, 4, 5, | M |
| aquellos fallos que sin ser directamente imputables a la actuación del prestatario del servicio, no han sido atendidos por éste en el tiempo de respuesta y, en su caso, en el tiempo de rectificación. | 60 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 60 min. | Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. (->) 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 |
|---|--|---|-----------------|
| El Servicio de Limpieza no ha contestado o no ha actuado en los tiempos establecidos ante una petición de limpieza rutinaria | Incidencia | Responsable de GFH | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| Para identificar mejor la incidencia debe recogerse si se refiere a respuesta o a corrección. | Automáticamente por los registros de la aplicación | Automático: Pre-cierre del Servicio de Limpieza y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de solicitudes de limpieza rutinaria correctiva no resueltas según protocolo en el periodo, documentadas, verificadas y atribuibles al Servicio de Limpieza en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

| Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento | | | | | |
|--|-------|-----------|-----------|------------|---------|
| Zonificación | | Por fallo | respuesta | corrección | Total |
| Por fallo (penalización base) | | 0,000% | 0,019% | 0,035% | 0,0567% |
| Por Servicio, ponderación de la base por: | 1,050 | 0,0000% | 0,0200% | 0,0368% | 0,0567% |
| 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) | | 0,0000% | 0,0209% | 0,0386% | 0,0595% |
| 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% | 0,0207% | 0,0381% | 0,0588% |
| Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025) | | 0,0000% | 0,0204% | 0,0377% | 0,0581% |
| 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% | 0,0202% | 0,0372% | 0,0574% |
| Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000) | | 0,0000% | 0,0200% | 0,0368% | 0,0567% |

Servicio

01 Servicio de Limpieza

Título

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

Subtítulo

05 Limpieza planificada

A. Protocolo básico

El manual de la Unidad contempla los procedimientos para proporcionar las limpiezas a fondo, tanto de la estructura como del contenido de los MUL. Se han fijado con la Administración Sanitaria en función de las necesidades de cada servicio y con el objetivo claro de obtener una buena calidad de la limpieza y del estado higiénico-sanitario:

- (1) Limpieza de refuerzo.
- (2) Limpieza semanal.
- (3) Limpieza mensual (bimensual, trimestral,....)
- (4) A requerimiento de la Administración.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, las acciones fijadas en el manual de procedimientos para solicitudes de limpieza planificada puedan retrasarse más de 15 minutos,

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

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

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

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

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 15 minutos y 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) La corrección de una incidencia sobre la limpieza planificada, no debe superar en general los 60 minutos.

(2) Cuando la incidencia no pueda corregirse en ese plazo o del motivo que la origina se deriven otro tipo de medidas correctoras, la Dirección de Explotación pone en marcha el procedimiento señalado en el punto 7 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) Programación de la limpieza planificada por MUL.
- (2) Realización de los trabajos programados o a requerimiento.
- (3) Comunicación de incidencias.
- (4) Cierre de la petición.

c. Cuándo?:

- (1) Cuando esté programado en el manual de procedimientos de la Unidad.
- (2) Siempre que sea requerido el servicio por la Administración Sanitaria (personal acreditado).

d. Materiales y equipos a utilizar:

- (1) Plannig de trabajos y registro de puestos de trabajo.
- (2) Registro de incidencias.
- (3) Manual de procedimientos del servicio.
- (4) Personal acreditado del Hospital.

D. Indicadores de incumplimiento

01 Servicio de Limpieza

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

05 Limpieza planificada

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

La limpieza planificada se lleva a cabo en las frecuencias acordadas y/o requeridas

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|---|---------------------|--|--|---------------------------|
| 14 / FS-3 | Programado | T.D. | 2, 4, 5, | M |
| aquellos fallos de naturaleza grave que pueden o no afectar por si mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un Área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio.. | 15 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min. | Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. (->) 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 |
|--|--|---|-----------------|
| El Servicio de Limpieza no ha realizado la limpieza planificada (de refuerzo y a fondo: semanal, mensual, etc.) | Incidencia | Responsable de GFH | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| | Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo | Automático: Pre-cierre del Servicio de Limpieza y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de trabajos no realizados de limpieza planificada según protocolo, documentadas, verificadas y atribuibles al Servicio de Limpieza en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

| Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento | | | | | |
|--|-------|-----------|-----------|------------|---------|
| Zonificación | | Por fallo | respuesta | corrección | Total |
| Por fallo (penalización base) | | 0,025% | 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% |

Servicio

01 Servicio de Limpieza

Título

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

Subtítulo

06 Limpieza de protección

A. Protocolo básico

- (1) Cuando se notifique por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital, la Unidad lleva a cabo los procedimientos especiales de limpieza (incluida la limpieza MRSA, staphilococcus aureus meticilin - resistente).
 - (2) Los procedimientos a adoptar son previamente acordados con el Servicio de Medicina Interna del Hospital.
- .

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, las acciones acordada con el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital para llevar a cabo procedimientos especiales de limpieza puedan retrasarse más de 15 minutos,

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

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

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

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

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 15 minutos y 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) La corrección de una incidencia sobre la limpieza de protección, no debe superar en general los 60 minutos.

(2) Cuando la incidencia no pueda corregirse en ese plazo o del motivo que la origina se deriven otro tipo de medidas correctoras, la Dirección de Explotación pone en marcha el procedimiento señalado en el punto 7 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) Procedimientos especiales definidos por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.

(2) Realización de los trabajos programados o a requerimiento.

(3) Comunicación de incidencias.

(4) Cierre de la petición.

c. Cuándo?:

(1) Cuando sea determinado por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.

d. Materiales y equipos a utilizar:

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

(2) Registro de incidencias.

(3) Manual de procedimientos del servicio.

(4) Personal acreditado del Servicio de Medicina Preventiva.

D. Indicadores de incumplimiento

01 Servicio de Limpieza

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

06 Limpieza de protección

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

La limpieza de protección, alcanza el estándar acordado y se lleva a cabo dentro del tiempo acordado

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

2. definición del indicador para su gestión

| Texto de registro | Tipo | Personal acreditado | Localización |
|--|--------------|---|--------------|
| No se han realizado correctamente los procedimientos especiales de limpieza de protección notificados por el Servicio de Medicina Preventiva (incluida la limpieza MRSA, staphilococcus aureus meticilin - resistente). | fallo | Medicina Preventiva | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| Debe registrarse la petición de Medicina Preventiva en la Central de Incidencias | No procede | Con la conformidad de Medicina Preventiva o automático a las 72 horas del cierre realizado por Limpieza | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de trabajos no realizados de limpieza de protección según protocolo acordado con el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital, documentadas, verificadas y atribuibles al Servicio de Limpieza en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

| Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento | | | | | |
|--|-------|-----------|-----------|------------|---------|
| Zonificación | | Por fallo | respuesta | corrección | Total |
| Por fallo (penalización base) | | 0,007% | 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. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050) | | 0,0078% | 0,0055% | 0,0386% | 0,0519% |
| 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

01 Servicio de Limpieza

Título

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

Subtítulo

07 Materiales y equipos

A. Protocolo básico

(1) El manual de procedimientos cuenta con una relación detallada, codificada y actualizada de los materiales y útiles a emplear para cada uno de los MUL, identificando sus características técnicas, su utilidad y su adaptación al programa de limpieza a los que se destina.

(2) Todos los productos desinfectantes utilizados, deben contar con la aprobación del Servicio Medicina Preventiva y disponen del marcado CE correspondiente y la Ficha Técnica de Datos de Seguridad, especificando marca, composición, dilución recomendada y zonas para su utilización. Cumplen con lo establecido por la Normativa Vigente sobre clasificación, envasado y etiquetado para preparados y sustancias peligrosas, en cumplimiento del R.D. 374/2001 sobre protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo, cumpliendo además con el Reglamento Técnico –Sanitario de Detergentes y la Legislación vigente sobre Biodegradabilidad.

(3) Todos y cada uno de los productos de limpieza y desinfección, así como todos los utensilios y artículos que se emplean son suministrados por la Unidad de Limpieza.

(4) Los instrumentos empleados en las áreas calificadas como muy críticas, son exclusivos de las mismas.

(5) Todos los materiales y útiles están de acuerdo a la normativa actualmente vigente en materia de Salud Laboral y específicamente se siguen las prescripciones del artículo 41 (Obligaciones de los fabricantes, importadores y suministradores) de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

(6) El material aportado en cantidad suficiente para lograr el servicio adecuado son entre otros los siguientes;

- Desinfectante de alto espectro.
- Complejo trialdehídico sinérgico al 0.25 %.

- Los detergentes son compatibles con las formulaciones desinfectantes, por lo que son no iónicos o aniónicos.
- Lejía al 40%.
- Abrillantador para mobiliario de oficinas.
- Guantes de uso doméstico.
- Guantes de protección antipinchazos para recogida de residuos. (Directiva 89/686/CEE y Norma EN 388).
- Equipos de protección individual (EPIs), para realizar tareas de manipulación de residuos, zonas de alto riesgo, etc.
- Estropajos.
- Limpia cristales atóxico.
- Productos desengrasante y desoxidante.
- Captador de polvo.
- Productos antihuella.
- Quitapintadas.
- Despega chicles.
- Productos para limpieza y desinfección de falsos techos-
porosos- escayola.
- Carro con doble cubo, soporte para bolsas de residuos y bandeja para útiles.
- Carro con mopa de cubo sencillo.
- Abrillantador mecánico.
- Aspirador de uso hospitalario debidamente homologado.
- Mopa siliconada.
- Avión para recogida de residuos.
- Bayetas de tela sin tejer de tres colores, bien diferenciados.
- Bolsas negras y/o grises según norma UNE 53 – 147 – 85, adecuadas al tamaño de papeleras y contenedores existentes.
- Contenedores para la recogida de estos residuos que deberán cumplir las normas municipales correspondientes.
- Rastrillos de suelos de 90 cm. (cocina).
- Para las áreas críticas y muy críticas, será obligatorio el sistema de limpieza con mopas de micro fibra en sustitución del sistema convencional de fregona y cubo (en aquellas superficies que lo permitan).

- Lavadoras y secadoras suficientes para el número de mopas y bayetas, disponiendo de la documentación técnica que define exactamente sus características y certificado CE de las mismas.

- En las zonas indicadas por el Servicio de Medicina Interna se utilizan dos equipos completos de carro, uno para zona limpia y otro para sucia, Los carros están identificados según la zona a la que pertenecen.

(7) El equipamiento:

- designado para uso específico en zonas específicas está marcado claramente de acuerdo con las políticas del hospital y se utilizan exclusivamente en dichas áreas restringidas.

- cumple con la restricción al ruido y con filtros de polvo de alta calidad para reducir las molestias ambientales, especialmente en áreas sensibles del Hospital.

- cumple con la legislación aplicable y cualquier otra regulación.

- se mantiene, limpia, almacena y repone siguiendo la política de control de infecciones del hospital.

(8) El personal de limpieza esta formado para la utilización del material utilizado.

(9) Se facilita el seguimiento del Servicio de Medicina Preventiva.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, pueda producirse alguna incidencia en relación al protocolo de materiales y equipos,

(1) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue comunica la incidencia al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital y 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 60 minutos 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 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

(1) La corrección de una incidencia sobre materiales y equipos, no debe superar el doble de lo previsto en cuanto a tiempo de respuesta.

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

(3) En el 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) Relación detallada, codificada y actualizada de los materiales y útiles a emplear para cada uno de los MUL, identificando sus características técnicas, su utilidad y su adaptación a los programas de limpieza a los que se destina.

(2) Verificar que los productos desinfectantes tienen el marcado CE correspondiente (Ficha Técnica de Datos de Seguridad, especificando marca, composición, dilución recomendada y zonas para su utilización y cumplen con lo establecido por la Normativa Vigente sobre clasificación, envasado y etiquetado para preparados y sustancias peligrosas, en cumplimiento del R.D. 374/2001 sobre protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo, cumpliendo además con el Reglamento Técnico –Sanitario de Detergentes y la Legislación vigente sobre Biodegradabilidad.

(3) Gestionar la aprobación de todos los productos y equipos por el Servicio Medicina Preventiva del Hospital.

(4) Garantizar que los productos de limpieza y desinfección, así como todos los utensilios y artículos que se emplean se suministran por la Unidad de Limpieza.

(5) Garantizar que los instrumentos empleados en las áreas calificadas como muy críticas, son exclusivos de las mismas.

(6) Verificar que los materiales y útiles están de acuerdo a la normativa actualmente vigente en materia de Salud Laboral y específicamente siguen las prescripciones del artículo 41 (Obligaciones de los fabricantes, importadores y suministradores) de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

(7) Verificar que el equipamiento:

- designado para uso específico en zonas específicas está marcado claramente de acuerdo con las políticas del hospital y se utilizan exclusivamente en dichas áreas restringidas.

- cumple con la restricción al ruido y con filtros de polvo de alta calidad para reducir las molestias ambientales, especialmente en áreas sensibles del Hospital.

- cumple con la legislación aplicable y cualquier otra regulación.

- se mantiene, limpia, almacena y repone siguiendo la política de control de infecciones del hospital.

(8) Garantizar que el personal de limpieza esta formado para la utilización del material utilizado.

(9) Facilitar el seguimiento del Servicio de Medicina Preventiva.

(10) Registrar y solventar las incidencias en este apartado.

c. Cuándo?:

(1) Al inicio de la actividad y siempre que sea necesaria su actualización.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Relación detallada, codificada y actualizada de los materiales y útiles a emplear para cada uno de los MUL.

(2) Fichas Técnicas de Datos de Seguridad de productos desinfectantes.

(3) Aprobaciones del Servicio Medicina Preventiva del Hospital.

(3) Stock necesario acordado de materiales y útiles.

(4) Zonificación del Hospital.

(5) Normativa vigente en materia de Salud Laboral.

(7) Inventario de equipamiento para uso específico con características adecuadas de reducción de molestias ambientales.

(8) Procedimientos de mantenimiento, limpieza, almacenaje y reposición de material siguiendo la política de control de infecciones del hospital.

(8) Registro de formación del personal de limpieza.

(9) Registro de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

01 Servicio de Limpieza

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

07 Materiales y equipos

Indicador (1/2)

1. definición y valores según PPT

Todos los materiales y equipos a utilizar están codificados y descritas expresamente sus características, utilizad

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|--|---------------------|---|--|---------------------------|
| 16 / FC-M | Ordinario | T.D. | 2, 3, 5, | M |
| fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza | 60 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 120 min. | Auditoria (->) 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 |
|---|--------------|---|--------------|
| El Servicio de Limpieza está utilizando materiales o equipos que no tienen identificadas correctamente sus características técnicas, su utilidad o su adaptación | fallo | Medicina Preventiva | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| Debe registrarse el grupo de material | No procede | Con la conformidad de Medicina Preventiva o automático a las 72 horas del cierre realizado por Limpieza | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de materiales o equipos utilizados que no están codificados y descritas expresamente sus características de acuerdo al protocolo (documentado, verificado y atribuible al Servicio de Limpieza) en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

01 Servicio de Limpieza

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

07 Materiales y equipos

Indicador (2/2)

1. definición y valores según PPT

Todos los productos a utilizar en la prestación del servicio se encuentran codificados con indicación de su composición, compatibilidad y adaptación al uso y medio referido, así como los porcentajes de mezcla y dilución para aquellos productos resultantes, según las instrucciones del Servicio de Medicina Preventiva

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|---|---------------------|---|--|---------------------------|
| 18 / FC-A | Ordinario | T.D. | 2, 3, 5, | T |
| 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. | Trimestral. |

2. definición del indicador para su gestión

| Texto de registro | Tipo | Personal acreditado | Localización |
|--|--------------|---|--------------|
| El Servicio de Limpieza está utilizando productos no identificados, no autorizados o que incumplen el protocolo y normas de uso | fallo | Medicina Preventiva | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| Debe registrarse el grupo de productos | No procede | Con la conformidad de Medicina Preventiva o automático a las 72 horas del cierre realizado por Limpieza | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de productos desinfectantes (o similares) utilizados que no están codificados con indicación de su composición, compatibilidad, adaptación al medio referido y porcentajes de mezcla y dilución de acuerdo al protocolo (documentado, verificado y atribuible al Servicio de Limpieza en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

Servicio

01 Servicio de Limpieza

Título

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

Subtítulo

07 Mantenimiento, limpieza y almacenado de los equipos

A. Protocolo básico

El manual de la Unidad tiene establecido el procedimiento para que todos los equipos usados se mantengan, limpien y almacenen de acuerdo con la política de control de infecciones del Hospital:

(1) Elementos textiles.

(a) Una vez finalizada la jornada, todos los elementos textiles que se utilizan en la limpieza, incluidos los de micro fibra (excepto aquellos que sean de "uso desechable"), se lavan a máquina a unos 85°C, luego se procede al secado mediante máquina secadora y se guardan completamente secos.

(2) Elementos no textiles.

(a) El resto del material (cubos, escobillas, etc.), se lavan al final de cada jornada con agua caliente y detergente, guardándose a continuación completamente secos.

(b) El material utilizado en áreas quirúrgicas tiene, además del ordinario, un mantenimiento especial:

- Después de realizar la limpieza de un quirófano, se somete el material a un proceso de lavado y desinfección con detergente desinfectante antes de iniciar la limpieza del siguiente.

- Se realiza la limpieza diaria de cubos de basura y sus correspondientes carros de transporte limpiándolos con detergente, aclarándolos a continuación y aplicando finalmente una solución desinfectante, quedando almacenados en los cuartos de limpieza.

(3) El vertedero se friega al término de la jornada laboral.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, pueda producirse alguna incidencia en relación al protocolo de mantenimiento de los equipos de limpieza,

(1) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue comunica la incidencia al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital y 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 60 minutos 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) La corrección de una incidencia sobre el mantenimiento, limpieza o almacenado de los equipos de limpieza, no debe superar en general el doble del tiempo de respuesta.

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

(3) En el 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) Aprobar el protocolo de mantenimiento, limpieza y almacenaje por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital.

(2) Verificar que los elementos textiles, no textiles y el vertedero cumplen con el protocolo de mantenimiento, limpieza y almacenaje.

(3) Verificar que el equipamiento designado para uso específico en zonas específicas está marcado claramente de acuerdo con las políticas del hospital.

c. Cuándo?:

(1) Al inicio de la actividad.

(2) Diariamente y siempre que la actividad lo requiera.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Inventario de equipos.

(2) Planning de tareas.

(3) Manual de procedimientos.

(4) Normativa vigente.

D. Indicadores de incumplimiento

01 Servicio de Limpieza

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

07 Mantenimiento, limpieza y almacenado de los equipos

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Todo el equipo usado en la provisión del servicio de limpieza es mantenido, limpiado y almacenado de acuerdo con la política de control de infecciones del Hospital

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|--|---------------------|---|--|---------------------------|
| 17 / FC-M | Ordinario | T.D. | 2, 3, 5, | M |
| fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza | 60 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 120 min. | Auditoria (->) 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 |
|--|--------------|---|--------------|
| El Servicio de Limpieza no está limpiando o manteniendo su equipo conforme a la política de control de infecciones del Hospital | fallo | Medicina Preventiva | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| Debe indicarse el equipo | No procede | Con la conformidad de Medicina Preventiva o automático a las 72 horas del cierre realizado por Limpieza | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de equipos utilizados que no están mantenidos de acuerdo al protocolo (documentado, verificado y atribuible al Servicio de Limpieza) en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

Servicio

01 Servicio de Limpieza

Título

02 OBLIGACIONES SOBRE PLAGAS Y RESIDUOS

Subtítulo

01 Informes de plagas

A. Protocolo básico

- (1) La Unidad de Limpieza informa a la Central de Incidencias de todas las evidencias que indiquen la presencia de bichos o plagas, identificados mientras se realiza el servicio de limpieza.
- (2) La Unidad de Limpieza despeja, limpia y desinfecta las áreas contaminadas por plagas (incluyendo excrementos y cadáveres), especialmente una vez se hayan aplicado las medidas o procedimientos previstos e instrumentados por la Unidad de Desinsectación y Desratización.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cualquier incidencia se registra y notifica la Sociedad Concesionaria y en un plazo máximo de 15 minutos se comunica a la UTC las medidas correctoras que se adopten y su plazo de ejecución.

b. Corrección

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Informar a la Central de Incidencias de todas las evidencias que indiquen la presencia de bichos o plagas, identificados mientras se realiza el servicio de limpieza.

(2) Despejar, limpiar y desinfectar las áreas contaminadas por plagas (incluyendo excrementos y cadáveres), especialmente una vez se hayan aplicado las medidas o procedimientos previstos e instrumentados por la Unidad de Desinsectación y Desratización.

c. Cuándo?:

Cada vez que se detecte mientras se realiza el servicio de limpieza.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Procedimiento de comunicación por parte del personal de la Unidad a su responsable.

(2) Información sobre identificación de bichos y plagas.

(3) Formación del personal de la Unidad sobre la identificación de bichos y plagas.

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

(5) Registro de incidencias.

(6) Manual de procedimientos del servicio: Limpieza y desinfección de las áreas contaminadas por plagas.

(7) Aprobación del procedimiento por el Servicio de Medicina Preventiva.

(8) Personal acreditado del Hospital.

D. Indicadores de incumplimiento

01 Servicio de Limpieza

02 OBLIGACIONES SOBRE PLAGAS Y RESIDUOS

01 Informes de plagas

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Todas las evidencias de plagas y excrementos son inmediatamente comunicadas a la Unidad de Control, y todas las áreas contaminadas son limpiadas y desinfectadas según se acuerde

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|---|---------------------|--|---|--|
| 19 / FS-3 | Programado | T.D. | 2, 4, 5, | S.P. |
| aquellos fallos de naturaleza grave que pueden o no afectar por si mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un Área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio.. | 15 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min. | Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. (->) 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 |
|---|-------------------|--|-----------------|
| El Servicio de Limpieza no ha cumplido con el protocolo de control de plagas | Incidencia | Medicina Preventiva | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| Debe indicarse el tipo de plaga | No procede | Automático: Pre-cierre del Servicio de Limpieza y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incumplimientos de protocolo de comunicación de evidencias de plagas 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: incidencias no respondidas según protocolo en el periodo (mes).

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

| Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento | | | | | |
|--|-------|-----------|-----------|------------|---------|
| Zonificación | | Por fallo | respuesta | corrección | Total |
| Por fallo (penalización base) | | 0,025% | 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% |

Servicio

01 Servicio de Limpieza

Título

02 OBLIGACIONES SOBRE PLAGAS Y RESIDUOS

Subtítulo

02 Residuos solidos urbanos o asimilables

A. Protocolo básico

(1) La Unidad de limpieza tiene establecido en su manual, los procedimientos de recogida, retirada y depósito de los residuos sólidos urbanos producidos por la actividad normal del Hospital, cualquiera que sea la ubicación del productor, en los contenedores ubicados en los lugares fijados en el señalado manual.

(a) Materia orgánica.

- Procedente de los restos de la preparación de los alimentos (restos de comida)
- Se depositan en bolsas de color negro en medidas adecuadas para papeleras y contenedores (aproximadamente de 50 a 55 cm. en papeleras y galga de 150 y de 86 a 110 cm. en contenedores y galga de 200).
- Los contenedores son grises y con tapa naranja
- Los contenedores de cocina disponen de pedal para la apertura de la tapa sin manipulación con las manos.

(b) Papel y cartón

- Procedente de las áreas administrativas, de las habitaciones, salas de espera, zonas de descanso del personal sanitario, almacenes, etc.
- Los cubos y papeleras se forran con bolsas de aproximadamente 125 galgas de color gris o negro.
- Contenedores de color azul
- Se retiran en contenedores adecuados con bolsas de color negro o gris (medidas y galga señaladas)

(c) Plásticos

- Procedente sobre todo de los almacenes y en zonas asistenciales.

- Se depositan en bolsas de color negro o gris en medidas y galga señaladas.

- Contenedores de color amarillo

(d) Vidrio

- Procedente principalmente de comedores, cafeterías,... de los envases de bebidas y en algunos servicios sanitarios

- Se depositan en contenedores de plástico rígido dotados con ruedas para facilitar su traslado al almacenamiento final.

- Contenedores de color verde

(e) Metales

- Férricos (acero, latón) o no férricos (aluminio, etc.) procedentes de latas de bebidas, alimentos, etc.

- Se depositan en bolsas de color negro o gris en medidas y galga señaladas.

- Contenedores de color amarillo

(2) Las bolsas de basura se cierran previamente antes de evacuarse, no reutilizándose. El personal de la Unidad de Limpieza retira las bolsas, las traslada adecuadamente hasta al almacén final y coloca las bolsas nuevas en papeleras y contenedores

(3) Cada zona cuenta con contenedores suficientes, que permitan la clasificación de los residuos urbanos o asimilables a urbanos, remolcables, de gran capacidad con tapadera, evitando con ello el arrastre de las bolsas.

(4) En ningún caso se transportan las bolsas de basura por arrastre en el pavimento.

(5) En la ubicación señalada para su almacenamiento final existe un contenedor o cubo homologado.

(6) Se cuida extremadamente que en el traslado de las bolsas, estas o su contenido no caigan en los viales, retirándose inmediatamente los vertidos por el personal que lo transporta o lo manipula.

(7) Se mantienen en perfecto estado de limpieza los contenedores, así como la zona circundante donde estos se encuentren ubicados.

(8) El personal de la Unidad de limpieza pasa al comienzo de su jornada por todos los puntos, comprobando si existen envases (bolsas o contenedores) de residuos y trasladándolos al almacenamiento final cuando sea preciso. De la misma forma se

realizará una segunda comprobación por la tarde de forma que al acabar la jornada diurna no queden encases por retirar.

(9) Si a pesar de esta recogida rutinaria se producen acumulaciones de basuras o por parte de la Dirección del Hospital se establecen otros horarios o necesidades), se planifica la recogida de acuerdo con las directrices establecidas.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, pueda producirse alguna incidencia en relación al protocolo de retirada, traslado y colocación de bolsas para residuos urbanos o asimilables.

(1) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue comunica 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 60 minutos 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 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

(1) La corrección de una incidencia sobre el protocolo de recogida y retirada de residuos urbanos o asimilables, no debe superar el doble de lo previsto en cuanto a tiempo de respuesta.

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

(3) En el 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) Gestionar las actividades, materiales y equipos fijados en el manual de la Unidad para los procedimientos de recogida, retirada y depósito de los residuos sólidos urbanos y asimilados producidos por la actividad normal del Hospital.

(2) Inventariar ubicando los contenedores garantizando que permiten la clasificación de los residuos urbanos o asimilables a urbanos.

(3) Verificar que las bolsas de basura se cierran previamente antes de evacuarse, no reutilizándose y que se retiran las bolsas, se traslada adecuadamente hasta al almacén final y se colocan bolsas nuevas en papeleras y contenedores.

(4) Verificar que en ningún caso se transportan las bolsas de basura por arrastre en el pavimento.

(5) Verificar que en el traslado de las bolsas, estas o su contenido no caigan en los viales, retirándose inmediatamente los vertidos por el personal que lo transporta o lo manipula.

(6) Verificar que en la ubicación señalada para su almacenamiento final existe un contenedor o cubo homologado.

(7) Verificar que se mantienen en perfecto estado de limpieza los contenedores, así como la zona circundante donde estos se encuentren ubicados.

(8) Verificar que se cumple la recogida rutinaria (en horario y frecuencia) y que no se producen acumulaciones de basuras.

(9) Planificar la retirada de basuras cuando no sea suficiente la recogida rutinaria.

c. Cuándo?:

(1) Diariamente.

(2) Cuando se acumulen basuras.

(3) Cuando lo solicite la Dirección del Hospital.

d. Materiales y equipos a utilizar:

- (1) Manual de la Unidad para los procedimientos de recogida, retirada y depósito de los residuos sólidos urbanos y asimilados producidos por la actividad normal del Hospital.
- (2) Inventario de contenedores.
- (3) Procedimientos de control de calidad.
- (3) Registro de incidencias.
- (4) Horarios y frecuencias de recogida de basuras.
- (5) Normativa vigente de gestión de residuos sólidos urbanos o asimilados.
- (6) Decreto 83/1999 de la Comunidad de Madrid por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de los residuos biosanitarios y citotóxicos en la Comunidad de Madrid.
- (7) Comunicaciones de la Dirección del Hospital.
- (8) Personal acreditado del Hospital.

D. Indicadores de incumplimiento

01 Servicio de Limpieza

02 OBLIGACIONES SOBRE PLAGAS Y RESIDUOS

02 Residuos solidos urbanos o asimilables

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

El personal del servicio retira las bolsas, las traslada al almacén final y coloca las bolsas nuevas

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|---|---------------------|--|--|---------------------------|
| 20 / FS-4 | Ordinario | T.D. | 2, 3, 4, | M |
| aquellos fallos de naturaleza no grave que pueden o no afectar por si mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio. | 60 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 60 min. | Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. | Mensual. |

2. definición del indicador para su gestión

| Texto de registro | Tipo | Personal acreditado | Localización |
|---|--|--|-----------------|
| El Servicio de Limpieza está incumpliendo el protocolo y no está retirando las bolsas de residuos urbanos o no está colocando las bolsas nuevas. | Incidencia | Responsable de GFH | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| | Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo | Automático: Pre-cierre del Servicio de Limpieza y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incumplimientos de protocolo de retirada y traslado de residuos urbanos o asimilados 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: incidencias no respondidas según protocolo en el periodo (mes).

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

| Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento | | | | | |
|--|-------|-----------|-----------|------------|---------|
| Zonificación | | Por fallo | respuesta | corrección | Total |
| Por fallo (penalización base) | | 0,007% | 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 postquirófano. Paritorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050) | | 0,0078% | 0,0209% | 0,0386% | 0,0673% |
| 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

01 Servicio de Limpieza

Título

03 CALIDAD

Subtítulo

01 Encuesta de satisfacción

A. Protocolo básico

(1) En el manual de la Unidad se especifica el procedimiento para realizar una encuesta de satisfacción a los clientes del Hospital que ha sido consensuada previamente con la Administración Sanitaria.

(2) La encuesta se realiza mensualmente atendiendo a las técnicas de muestreo aleatorio:

(a) La muestra corresponde aproximadamente al 2% de la suma del personal del hospital y de pacientes hospitalizados o un mínimo de 20 encuestas sin considerar aquellas que en las preguntas del punto (d) se tabulen como "no sabe / no contesta".

(b) Cada MUL tiene un número asignado y se seleccionan los MUL que configuran la muestra con la utilización de tablas de números aleatorios.

(c) En cada MUL la distribución de la muestra es aproximadamente: 35% pacientes (hospitalizados y ambulantes), 35% personal del Hospital y 30% familiares y visitantes.

(d) La encuesta es breve para no molestar a pacientes y visitantes o interferir en el trabajo del personal del Hospital, pero recoge al menos dos cuestiones:

- ¿Qué mejoraría de la limpieza?: La frecuencia. La intensidad. Los tiempos de respuesta ante imponderables. El trato del personal. Nada

- ¿Que opinión le merece la limpieza del Hospital?: Muy buena. Buena. Mala. Muy Mala.

B. Resolución de incidencias

- a. Respuesta
No procede.
- b. Corrección
No procede.

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Realizar la encuesta de satisfacción a los clientes según la metodología acordada con la Administración Sanitaria.

(2) Tabular los resultados

(3) Empezar las actuaciones que se consideren oportunas para mejorar el servicio

c. Cuándo?:

Mensualmente.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Metodología de la encuesta.

(2) Archivo de encuestas realizadas identificando MUL y tipo de usuario.

(3) Registro de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

01 Servicio de Limpieza

03 CALIDAD

01 Encuesta de satisfacción

Indicador (1/2)

1. definición y valores según PPT

El resultado de la encuesta de satisfacción a los clientes se encuentra entre el 75 y el 85%

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|--|---------------------|----------------------|--|---------------------------|
| 21 / FC-M | N.P. | N.P. | 2, 3, 4, | S |
| fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza | No procede | No procede | Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. | Semanal |

2. definición del indicador para su gestión

| Texto de registro | Tipo | Personal acreditado | Localización |
|--|--------------|-------------------------|--------------|
| Sin modificación: El resultado de la encuesta de satisfacción a los clientes se encuentra entre el 75 y el 85% | fallo | UTC | No procede |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| | No procede | NO PROCEDE | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

El resultado de la encuesta de satisfacción se encuentra entre el 75% y el 85%.

b. De fallo en el tiempo de respuesta

No procede.

c. De fallo en el tiempo de corrección

No procede.

4. sanciones previstas por incumplimiento

| Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento | | | | | |
|---|-------|-----------|-----------|------------|---------|
| Zonificación | | Por fallo | respuesta | corrección | Total |
| Por fallo (penalización base) | | 0,014% | 0,000% | 0,019% | 0,0347% |
| Por Servicio, ponderación de la base por: | 1,050 | 0,0147% | 0,0000% | 0,0200% | 0,0347% |

01 Servicio de Limpieza
03 CALIDAD
01 Encuesta de satisfacción

Indicador (2/2)

1. definición y valores según PPT

El resultado de la encuesta de satisfacción a los clientes se encuentra entre el 60 y el 75%

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|---|---------------------|----------------------|--|---------------------------|
| 22 / FC-A | N.P. | N.P. | 2, 3, 4, | S |
| fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable | No procede | No procede | Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. | Semanal |

2. definición del indicador para su gestión

| Texto de registro | Tipo | Personal acreditado | Localización |
|--|--------------|-------------------------|--------------|
| Sin modificación: El resultado de la encuesta de satisfacción a los clientes se encuentra entre el 60 y el 75% | fallo | UTC | No procede |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| | No procede | NO PROCEDE | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

El resultado de la encuesta de satisfacción se encuentra entre el 60% y el 75%.

b. De fallo en el tiempo de respuesta

No procede.

c. De fallo en el tiempo de corrección

No procede.

4. sanciones previstas por incumplimiento

| Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento | | | | | |
|---|-------|-----------|-----------|------------|---------|
| Zonificación | | Por fallo | respuesta | corrección | Total |
| Por fallo (penalización base) | | 0,043% | 0,000% | 0,019% | 0,0652% |
| Por Servicio, ponderación de la base por: | 1,050 | 0,0452% | 0,0000% | 0,0200% | 0,0652% |

Servicio

01 Servicio de Limpieza

Título

03 CALIDAD

Subtítulo

02 Uniformidad - Identificación

A. Protocolo básico

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

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

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

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

b. Corrección

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Cada trabajador antes de iniciar el primer día de trabajo recoge su tarjeta identificativa.

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

(3) El trabajador acude, en el plazo máximo de una hora, donde la Dirección de Explotación haya establecido el lugar de reposición de tarjetas identificativas y recoge una nueva (provisional o definitiva).

(4) Con la entrega de la tarjeta se registra el aviso como resuelto en la Central de Incidencias y se informa del momento en que tendrá disponible la tarjeta definitiva, en el caso en que se le entregue una provisional.

(5) Cuando la Sociedad Concesionaria no pueda entregar la tarjeta (provisional o definitiva) se registra como incidencia en la Central de Incidencias, que lo comunica a la Dirección de Explotación.

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

(7) Informe resumen mensual de incidencias para la Dirección de Explotación y la UTC, que, valora el alcance y propone, en caso.

c. Cuándo?:

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

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Tarjeta identificativa con lectura electrónica.

(2) Datos básicos del trabajador.

(3) DNI o documento identificativo del trabajador.

(4) Lugar o Unidad donde se reponen las tarjetas deterioradas o perdidas.

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

D. Indicadores de incumplimiento

01 Servicio de Limpieza

03 CALIDAD

02 Uniformidad - Identificación

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Identificación visible del personal que presta el servicio

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|--|---------------------|---|--|---------------------------|
| G1 / FC-M | Ordinario | T.D. | 2, 3, 5, | D |
| fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza | 60 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 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 |
|--|---------------------|---|--------------|
| Personal del Servicio de Limpieza no lleva su tarjeta identificativa de forma 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 | Automático: Pre-cierre del Servicio de Limpieza y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incumplimientos de protocolo de identificación del personal de la Unidad 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: incidencias no respondidas según protocolo en el periodo (mes).

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

Servicio

01 Servicio de Limpieza

Título

03 CALIDAD

Subtítulo

03 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.

(a) Zapato de uso hospitalario (no zuecos) antiestático y antideslizante debiendo cumplir la norma UNE 347.

(b) Pijama, que para el personal de Quirófano, UCI y Esterilización será del color que se designe por la Dirección del Hospital, no pudiendo salir con él fuera de la zona a la que están destinados, de composición aproximada 67% poliéster y 33% algodón, en dos piezas.

(c) Vestuario de protección para exteriores y traje de agua en dos piezas, (para el personal que lo requiera) el cual deberá cumplir la norma EN 343, para temperaturas de menos de 5°C, resistencia al vapor de agua, resistencia térmica y resistencia a la penetración de agua.

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

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

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

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

b. Corrección

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

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

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

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

01 Servicio de Limpieza

03 CALIDAD

03 Uniformidad

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

El personal está correctamente uniformado

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|--|---------------------|---|--|---------------------------|
| G2 / FC-M | Ordinario | T.D. | 2, 3, 5, | D |
| fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza | 60 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 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 |
|---|---------------------|---|--------------|
| Personal del Servicio de Limpieza 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 | Automático: Pre-cierre del Servicio de Limpieza y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incumplimientos de protocolo de uniformidad del personal de la Unidad 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: incidencias no respondidas según protocolo en el periodo (mes).

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

Servicio

01 Servicio de Limpieza

Título

03 CALIDAD

Subtítulo

04 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

01 Servicio de Limpieza

03 CALIDAD

04 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 |
|--|--------------|---|--------------|
| Fallo de comprobación del personal que presta servicios en Limpieza | fallo | UTC | No procede |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| | No procede | Con la conformidad de la UTC o automáticamente a las 72 horas | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

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

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

Servicio

01 Servicio de Limpieza

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 Limpieza 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 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 en los tres turnos horarios del Hospital.
- (4) El sistema y la periodicidad en la que el responsable de la unidad valida su adecuado funcionamiento.
- (5) El orden de prioridad de los diferentes MUL en coherencia con la zonificación de riesgo de transmisión patógena.
- (6) Procedimientos por MUL y tiempos de actuación por zonas de riesgo de transmisión patógena.
- (7) Seguimiento del procedimiento de emergencia.
- (8) Declaración de incidencia solventada.
- (9) El registro de las actuaciones realizadas en área muy críticas y críticas.
- (10) Análisis del cumplimiento del proceso y propuesta de mejora en su caso.
- (11) Coordinación con el Plan de Emergencia del Hospital en los términos establecidos en el título 03 subtítulo 03 de este protocolo básico.

(12) Específicamente se contempla como fallo que puede dejar inoperativa e impedir el uso de una parte o la totalidad de un área asistencial el retraso en más de media hora en la limpieza de zonas muy críticas, concretamente quirófanos o asimilados

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo se pueda producir 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 y las prioridades acordadas para cada MUL en coherencia con la zonificación de riesgo de transmisión patógena, 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 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

01 Servicio de Limpieza

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 |
|--|---------------------|---|---|---------------------------|
| 1 / FS-1 | Emergencia | T.D. | 5, 6, , | S |
| aquellos que dejan in operativa e impiden el uso de una parte o la totalidad de un Área funcional del Hospital | 5 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 15min. | Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos. (-->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas. | 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 Limpieza | Incidencia | Responsable de GFHs específicos | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| Requiere vinculación: - a alguno otro indicador del Servicio, especialmente el 11 (respuesta a solicitudes de emergencia) - a localizaciones específicas con limpieza "específica": (B. Quirúrgico, Urgencias, Salas especiales...). - y con un tiempo superior a 30 minutos | Comprobacion física | Automático: Pre-cierre del Servicio de Limpieza y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Núm. de incumplimientos del protocolo de solicitudes de emergencia atribuible a la Unidad que según protocolo hayan dejado inoperativa un Area Funcional. Específicamente: Número de retrasos de más de media hora en áreas muy críticas (quirófanos o asimilados) que impidan la realización del programa.

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

| Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento | | | | | |
|--|-------|-----------|-----------|------------|---------|
| Zonificación | | Por fallo | respuesta | corrección | Total |
| Por fallo (penalización base) | | 0,166% | 0,125% | 0,035% | 0,3423% |
| Por Servicio, ponderación de la base por: | 1,050 | 0,1743% | 0,1313% | 0,0368% | 0,3423% |
| Ponderado por zona donde se produce el fallo | | | | | |
| 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) | | 0,1830% | 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

01 Servicio de Limpieza

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 Limpieza 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 en los tres turnos horarios de funcionamiento del Hospital.
- (5) El orden de prioridad de los diferentes MUL en coherencia con la zonificación de riesgo de transmisión patógena.
- (6) Procedimientos por MUL y tiempos de actuación por zonas de riesgo de transmisión patógena.
- (7) Seguimiento del procedimiento de urgencia.
- (8) Declaración de incidencia solventada.
- (9) El registro de las actuaciones realizadas en área muy críticas y críticas.
- (10) Específicamente se contempla como fallo que puede afectar a la operativa pero no impida el uso de una parte o la totalidad de un área asistencial, el retraso en más de una hora de la limpieza de zonas críticas, concretamente hospitalización, de forma que pueda afectar al cómputo de una estancia (imposibilitar el ingreso en cualquiera de las dos comidas principales o en la pernocta de un paciente).

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

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

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

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

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

(9) Normativa vigente.

D. Indicadores de incumplimiento

01 Servicio de Limpieza

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 operativa pero no impide el uso de una parte o la totalidad de un Área Funcional

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|---|---------------------|--|--|---------------------------|
| 2 / FS-2 | Urgencia | T.D. | 2, 3, 4, 5 | S |
| aquellos que afectan a la operatividad pero no impiden el uso de una parte o la totalidad de un Área funcional del Hospital | 30 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min. | Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos. | Semanal |

2. definición del indicador para su gestión

| Texto de registro | Tipo | Personal acreditado | Localización |
|---|---------------------|---|--------------|
| El Servicio de Limpieza está entorpeciendo la actividad de la Unidad | Incidencia | Responsables de GFHs específicos | Obligada |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| Requiere la vinculación a: - alguno otro indicador del Servicio, especialmente al 12 (respuesta a solicitudes de urgencia), - localizaciones específicas (especialmente zonas críticas como hospitalización) - y con un tiempo en que la demora pueda impedir el cómputo de una estancia o en su defecto superior a 60 minutos | Comprobacion física | Automático: Pre-cierre del Servicio de Limpieza y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia 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 operatividad pero no impiden el uso de una parte o la totalidad de un Area Funcional.

Específicamente: Número de retrasos de más de una hora en áreas críticas como hospitalización que impidan el computo de una estancia.

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

| Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento | | | | | |
|--|-------|-----------|-----------|------------|---------|
| Zonificación | | Por fallo | respuesta | corrección | Total |
| Por fallo (penalización base) | | 0,066% | 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. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050) | | 0,0728% | 0,0551% | 0,0386% | 0,1665% |
| 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% |

| Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento | | | | |
|--|-----------|-----------|------------|---------|
| Zonificación | Por fallo | respuesta | corrección | Total |
| Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000) | 0,0693% | 0,0525% | 0,0368% | 0,1586% |

Servicio

01 Servicio de Limpieza

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 Limpieza 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 tanto para las personas que apliquen los tratamientos, como para los pacientes, visitantes y empleados.
- (5) Los productos utilizados no deterioran el medio ambiente.
- (6) Cumple el deber de respetar la confidencialidad del personal a su cargo y con relación a cuantos datos e informaciones conozca por la participación en la prestación del servicio (en el contrato de cada trabajador existe una cláusula en este sentido y las medidas disciplinarias y de todo tipo previstas en caso de incumplimiento).

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

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

b. Corrección

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de Limpieza.

b. Qué se hace?:

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

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

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Registro de incidencias.

(2) Plan de formación – atención al cliente.

(3) Medidas disciplinarias.

(4) Identificación del personal acreditado para comunicar incidencias

(5) Normativa vigente.

D. Indicadores de incumplimiento

01 Servicio de Limpieza

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 algún aspecto del PPT, que no se incluya en los apartado 1,2

| Núm. Indicador / Categoría | Tiempo de respuesta | Tiempo de corrección | Método de supervisión | Frecuencia de supervisión |
|---|---------------------|---|--|---------------------------|
| 3 / FS-3 | Ordinario | T.D. | 2, 3, 4, 5 | S |
| aquellos fallos de naturaleza grave que pueden o no afectar por si mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un Área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio.. | 60 min. | Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). | Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos. | Semanal |

2. definición del indicador para su gestión

| Texto de registro | Tipo | Personal acreditado | Localización |
|---|--|---|--------------|
| La Unidad de Limpieza - 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 | fallo | Dirección del Hospital | No procede |
| Observaciones | Verificación | Cierre de la incidencia | |
| Especificar el tipo de fallo | Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo | Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o automático a las 72 horas del cierre realizado por Limpieza | |

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

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

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

| Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento | | | | | |
|--|-------|-----------|-----------|------------|---------|
| Zonificación | | Por fallo | respuesta | corrección | Total |
| Por fallo (penalización base) | | 0,025% | 0,019% | 0,035% | 0,0830% |
| Por Servicio, ponderación de la base por: | 1,050 | 0,0263% | 0,0200% | 0,0368% | 0,0830% |
| Ponderado por zona donde se produce el fallo | | | | | |
| 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% | 0,0386% | 0,0871% |
| 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% | 0,0381% | 0,0861% |
| 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% | 0,0377% | 0,0851% |
| 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% | 0,0372% | 0,0840% |
| Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000) | | 0,0263% | 0,0200% | 0,0368% | 0,0830% |