# MANUAL DE CALIDAD

## Hospital Subzonal Especializado de Médanos
## Servicio de Limpieza

Autoras: Dra. Stefanazzi V. - Dra. Mian G.

Agosto 2004

---

**INTRODUCCION**

Este Manual de Calidad ha sido conceptualmente diseñado de modo de atender al proceso de desarrollo del trabajo en una organización, el cual debe formalizarse, es decir, estandarizarse de acuerdo a:

- procedimientos estrictos que indican la manera en que las actividades están descriptas, mediante manuales y registros;
- resultados o productos del trabajo;
- habilidades o capacidades del trabajador.

## POLÍTICA Y OBJETIVOS

Conscientes del impacto que tiene la actividad a desarrollar sobre el entorno en el cual se lleva a cabo, hacemos explícito nuestro compromiso por medio de la siguiente política:

- todo integrante de ésta organización, independientemente de su función, pondrá su mayor y sostenido empeño en alcanzar la máxima calidad en el resultado de la tarea, adhiriendo fielmente a nuestro sistema de calidad;
- la calidad de nuestros procedimientos técnicos no dejará de lado los aspectos humanos de nuestra actividad. Responderemos con espíritu solidario y cordial a las necesidades de nuestros pacientes, con ética y respeto a nuestros compañeros de equipo y trabajadores de la salud en general;
- nuestra respuesta será siempre rápida, eficiente y efectiva, urgente cuando así lo requieran las circunstancias;
- como miembros de la comunidad colaboraremos activa y comprometidamente con ella toda vez que sea posible;
- la capacitación de todos los integrantes de la organización será sostenida y dinámica, de modo de acompañar armónicamente los cambios a los que se ve expuesta la actividad en forma permanente.

Entendemos a nuestro SERVICIO DE LIMPIEZA como un SISTEMA ORGANIZADO, entonces como tal es una ORGANIZACIÓN, es decir, una construcción social, con diseño deliberado, no neutral y con una ideología propia como sistema de valores que se construye con los vínculos y relaciones entre los integrantes de la misma.
.
-La capacitación de todos los integrantes del Servicio será sostenida y dinámica, de modo de acompañar armónicamente los cambios a los que se ve expuesta nuestra actividad en forma permanente.

En toda organización es muy importante el TRABAJO EN EQUIPO, el cual se basa en ***complemento, compromiso y sinergia*** de todos y cada uno de los integrantes; las ***comunicaciones intrainstitucionales***; y ***el conocimiento de la tarea a realizar***. Cada integrante del Equipo de Trabajo debe aportar a la organización todo lo que esté a su alcance. En éste punto debemos dejar en claro que somos un **equipo de trabajo** y no un *grupo de trabajo* ya que en el primero lo que permanece es el **objetivo**, mientras que en el segundo *una cuestión sentimental no permite lograr los objetivos.*

Deben tratarse **HECHOS** y **NO PERSONAS**, porque no debe involucrarse el vínculo entre las personas que forman el equipo.

¿Qué cuestiones **no deben tenerse en cuenta** a la hora de formar un equipo de trabajo?

*posturas autoritarias

*falta de circulación de la información
*falta de capacitación
*inflexibilidad
*no compartir
*resistencia al cambio.

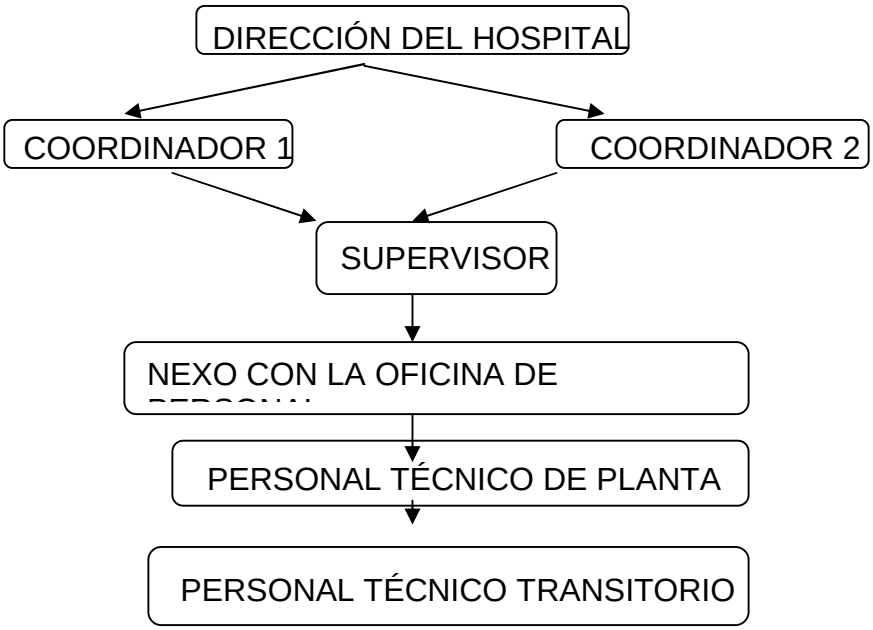
Por todo lo expuesto, se concluye que la **tarea** a realizar son los **objetivos** a cumplir. El PROCESO o PROCEDIMIENTO, es el camino para lograr los objetivos.

Tampoco podemos dejar de mencionar que la limpieza o higiene del establecimiento asistencial es uno de los aspectos básicos en el control de la infección hospitalaria. Debe incorporarse el concepto que todo aquello que se encuentre limpio y seco no permitirá el desarrollo de agentes patógenos y por lo tanto no constituirá un reservorio o una fuente de infección para las personas, siendo el objetivo final disminuir la cantidad de microorganismos contaminantes en el medio ambiente.

Debe haber finalmente un **control de gestión** que verifique que se cumplan los objetivos propuestos, a través de *indicadores*, por ejemplo.

Así planteado, queda claro que el propósito del presente Manual de Calidad tiene como uno de sus objetivos describir cada uno de los **Procedimientos Específicos** que permitirán el cumplimiento de todos y cada uno de los **objetivos propuestos** para el logro de la **calidad total** en la **tarea a realizar**.

**ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y ADMINISTRATIVA**




*LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA CONDUCCIÓN DEL EQUIPO*
**deben establecerse los métodos de trabajo;*
**el area organizativa debe suministrar las instrucciones de trabajo;*
**asignar los trabajos;*
**supervisar los trabajos;*
**ser responsable del mantenimiento de los elementos del servicio.*

*Todas éstas responsabilidades son piezas claves en la calidad y el rendimiento del trabajo.*
*Las instrucciones de trabajo deben ser claras, concisas y por escrito.*
*Cuando se asigne un trabajo, es importante para que el rendimiento sea adecuado, que el operario esté debidamente calificado y que* ***entienda el qué y el porqué*** *del procedimiento empleado. La supervisión debe ser continua; por lo general el trabajador tiende a simplificar sus tareas sin comunicárselo a sus superiores, atentando así contra la* ***calidad final*** *del servicio.*

Mientras que la conducción del equipo espera un trabajo óptimo del área técnica, son los técnicos en última instancia, quienes deciden si ellos mismos van a trabajar con calidad.

Un efectivo programa de servicios incluye entrenamiento y motivaciones que desarrollen **actitudes** positivas hacia los temas a ejecutar.
Pero además de la actitud, es decir, predisposición a la tarea bien realizada, se necesita **aptitud** para desarrollarla.

## DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL
Es la máxima representación del Hospital y aunque no esté en íntimo contacto con el *Servicio* es el máximo responsable ante cualquier eventualidad, ya que la delegación de la función de coordinación y supervisión, no implica delegar responsabilidad.
Tiene facultad para aprobar los documentos del Sistema de la Calidad que requieran tal aprobación y su reemplazante en el caso de ausentarse el director será quien designe mediante disposición el Jefe de la Región Sanitaria a la cual pertenece el hospital.

DE LOS COORDINADORES
Los coordinadores del *Servicio* estarán en más íntimo contacto con la Supervisión y con cada uno de los integrantes del equipo de trabajo, evacuando dudas, organizando el *Servicio,* capacitando e informando.
En el caso en particular de éste servicio, las coordinadoras son quienes han elaborado el presente Manual de Calidad, participan de las reuniones del servicio y realizan informes de no conformidad en caso de ser necesario.

DE LA SUPERVISIÓN

La supervisión será un interlocutor entre el área operativa del Servicio y los coordinadores.

Realiza el relevamiento de datos del estado de la limpieza del edificio y realiza informes de no conformidad en caso de ser necesario. También participa de las reuniones del servicio.

DEL NEXO CON LA OFICINA DE PERSONAL
Será la encargada de realizar el cuadro de distribución del personal técnico en los correspondientes días y horarios de trabajo. También estará dentro de sus incumbencias la realización de informes de no conformidad en el caso de ser necesario.

DEL AREA OPERATIVA
El área operativa estará integrado por las personas que realizan la tarea de limpieza propiamente dicha, trabajando como un verdadero EQUIPO tal cual se describe en la política establecida para la organización; y en cierta medida tendrán a su cargo, el personal operativo de planta permanente, introducir en la tarea y en el concepto de equipo al personal operativo de planta transitoria (entiéndase personal golondrina de Planes Trabajar o similares).
El personal técnico del servicio en caso de ser necesario puede realizar un informe de no conformidad.
Debe participar de las reuniones que realice el servicio en las cuales se conversarán todos los temas que se planteen y su tratamiento haga al mejor funcionamiento del servicio.
El personal deberá estar capacitado en el procedimiento de cada una de las tareas a realizar y será coordinado y supervisado de manera continua.

**REGISTRO DE FIRMAS**

A continuación se deja constancia de quienes son los integrantes del Servicio de limpieza del Hospital Subzonal Especializado de Médanos.

FIRMAS

Director del Hospital
Dr. Julio C. Asmat.....

Responsable del Sistema de Calidad y Coordinadora del Servicio
Dra. Gabriela Mian. Médica.....

Responsable del Sistema de Calidad y Coordinadora del Servicio
Dra. Vanesa A. Stefanazzi. Bioquímica.....

Supervisora del Servicio
Cra. Silvia Opazo. Administradora.....

Nexo del Servicio con la Oficina de Personal del Hospital
Sra. Ziede Sofía.....

Personal Técnico del Servicio
Sra. María Lamas.....

Sra. Susana Alvarez.....

Sra. Carmen Stambecker.....

Sra. Rosa Elosegui.....

Sra. Azucena Masson.....

Sra. Margarita Cifuentes.....

Sra. Karina Macedo.....

Sra. Sonia Zúñiga.....

Sra. Pilar Herrera.....

Sra. Mirta Gregori.....

Sra. Natalia Gallardo ( Plan trabajar ).....

Sra. Natalia Macedo ( Plan Trabajar ).....

Sra. Carrasco Alejandra ( Plan Trabajar ).....

El comité asesor de los responsables del Sistema de Calidad estará formado por la Supervisora y el Personal Técnico del Servicio.

## PRINCIPALES ELEMENTOS A UTILIZAR

Baldes plásticos, trapos de piso, trapos rejilla, secadores, escobas, detergente, hipoclorito de sodio al 1%,agua tibia, agua fría y demás elementos necesarios para llevar adelante la tarea en la forma tal como se describe en cada uno de los procedimientos.
EQUIPO DE LIMPIEZA: guantes, calzado de goma, guardapolvo. Barbijo y camisolín en los casos que así lo requieran.

## CAMPOS Y ACTIVIDADES

La limpieza se desarrollará en todos y cada uno de los ámbitos del Hospital, interior y exterior, pisos, paredes, puertas, ventanas, mesadas, armarios, repisas, canillas, baños, etc.

.

## REFERENCIA A PROCEDIMIENTOS

**El presente manual consta de procedimientos escritos para cada uno de los procesos que se llevan a cabo en el servicio.**
A continuación se enumeran los Procedimientos a los que se hace referencia en el presente Manual:

- GENERALES DE BIOSEGURIDAD.
- PARA EL LAVADO DE MANOS.
- PARA EL GUARDADO Y ALMACENAMIENTO DE INSUMOS.
- GENERAL PARA EL LAVADO DE PISOS.
- PARA LA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS.
- GENERAL PARA EL LAVADO DE PAREDES, PUERTAS, VIDRIOS, VENTANAS, PERSIANAS, MESADAS Y PILETAS.
- GENERAL PARA LA LIMPIEZA DE LOS BAÑOS.
- PARA LA LIMPIEZA DEL AREA DE LABORATORIO.
- PARA LA LIMPIEZA DEL AREA SALA DE GUARDIA.
- PARA LA LIMPIEZA DEL AREA DE CONSULTORIOS EXTERNOS.
- PARA LA LIMPIEZA DEL AREA SALA DE ESPERA Y CIRCULACIÓN PACIENTES EXTERNOS.
- PARA LA LIMPIEZA DEL AREA DE SALA DE PARTOS.
- DE LIMPIEZA TERMINAL.
- PARA SERVIR EL DESAYUNO, EL ALMUERZO, LA MERIENDA Y LA CENA.
- PARA EL RECAMBIO DE AGUA DE BEBER DE LOS PACIENTES Y LA LIMPIEZA DE JARRAS Y VASOS.
- PARA REGISTRAR LAS NO CONFORMIDADES Y SU TRATAMIENTO.
- PARA LA EVALUACIÓN INTERNA DEL SISTEMA DE LA CALIDAD.
- PARA LA REALIZACION DEL RELEVAMIENTO DE DATOS DEL ESTADO DE LA LIMPIEZA DEL EDIFICIO.

## PROCEDIMIENTOS GENERALES DE BIOSEGURIDAD

### INTRODUCCION

Las reglas de BIOSEGURIDAD no son represivas, surgen como una forma de conservar la vida en plenitud.

Este es el símbolo internacional de Seguridad Biológica

Quienes lo identifiquen deberán cumplir con su significado, pero más importante aún, deberán educar a los que no conocen su mensaje.
Recordemos y divulguemos que éste símbolo indica en una puerta, paquete u otro elemento, que solo personal autorizado puede transponerla, abrir el paquete y/o utilizar el elemento. Esta simple conducta es la base de la aplicación racional de la BIOSEGURIDAD.

Los trabajadores de salud comprendiendo la situación referida a los riesgos inherentes al trabajo contribuyeron a crear un cuerpo de conocimientos destinado a la protección del agente de salud, de los pacientes y del entorno: **bioseguridad**.

**Bioseguridad es el conjunto de medidas preventivas destinadas a proteger la salud de los trabajadores frente a riesgos determinados por la manipulación de agentes biológicos (o químicos o radiactivos) en las áreas de trabajo y evitar la contaminación ambiental y la extensión del problema a otros.**

Desde el punto de vista de las actividades de salud esto significa la adopción de técnicas de procedimientos capaces de minimizar el riesgo de adquirir / transmitir un agente infeccioso.

**La bioseguridad es por lo tanto una METODOLOGÍA DE TRABAJO**.

*LAS NORMAS DE PRECAUCION SON DE APLICACIÓN UNIVERSAL; ESTO ES, CON TODOS LOS PACIENTES.*

USO DE ROPA PROTECTORA: el uso de un guardapolvo impide daños mayores, por ejemplo salpicaduras con material infeccioso o sangre. Esta ropa debe ser higienizada periódicamente y permenecer dentro del área del hospital evitando el contacto con ropa de calle.

**OBJETIVO**

**Normas universales de precauciones**

***Precauciones normalizadas ( estándar* )**

Aplicar las medidas de bioseguridad **universales** para la prevención de la exposición a sangre, fluidos biológicos y otras sustancias y tejidos corporales.

Deben emplearse con todos los pacientes sin considerar otros determinantes como naturaleza de la enfermedad actual o presencia de enfermedades infecciosas crónicas.

Se aplicarán en todas las situaciones en las que puede ocurrir contacto con:

*sangre;
*líquidos corporales;
*secreciones ( excepto sudor );
*excreciones;
*pérdida de continuidad de la piel;
*examen de mucosas;
*objetos contaminados con cualquiera de estos elementos.

Las precauciones estándar son:

- lavado de manos ( en todos los casos descriptos anteriormente)
- uso de guantes ( al realizar el trabajo de rutina o cuando se trabaje con líquidos biológicos en especial sangre, elementos contaminados con ellos, secreciones, excreciones, heridas y mucosas; si se utilizan guantes de látex, se descartarán al concluir el procedimiento o de inmediato si se produce su rotura, para incineración en recipiente ad hoc.No se deben tocar superficies no contaminadas ni otros pacientes hasta deshechar los guantes. El uso de guantes no exime al operador del lavado de manos posterior, pues los guantes pueden tener defectos o romperse durante la práctica, por lo que el lavado de manos es imprescindible.
- Cubreboca (barbijo), bata y protectores oculares: deberán emplearse cuando exista la posibilidad de salpicadura de sangre o líquidos corporales en la piel y mucosas.-
- las agujas utilizadas no deben reencapucharse

**ALCANCE**

Todo el personal del Hospital.

**AREAS AFECTADAS**

Todos los servicios del Hospital.

**REFERENCIAS**

Bibliografía mencionada en la última página del presente Manual.

**OBSERVACIONES**

Estándar nº 1: se cumplirá con las precauciones estándar.

## PROCEDIMIENTO PARA EL LAVADO DE MANOS

### INTRODUCCION

MANOS: nuestras manos en algunos aspectos son como las patas de las moscas, tocan la suciedad, las fuentes de infección y sin que tengamos una noción clara de sus movimientos las llevamos a la boca o a los ojos que son a su vez los portales de entrada de muchas infecciones. Por otro lado, las heridas, los pinchazos y abrasiones ocurren generalmente en las manos ya que el resto del cuerpo está protegido por la ropa.La costumbre de morder lápices que se dejan por cualquier lugar y el llevarse un cigarrillo a la boca, el que anteriormente se apoyó sobre cualquier superficie debe también eliminarse.

En el trabajo diario se deben lavar las manos con jabón cuantas veces sea necesario, y si la tarea lo requiere , utilizar guantes. Hay una resistencia al uso de guantes basada en el argumento de que el trabajo resulta más difícil.

La posibilidad de contaminarse o lastimarse se encuentra muy disminuída al usar guantes de modo que vale la pena el intento de adquirir experiencia con los guantes puestos.

Aquí conviene mencionar que si bien el uso del guante protege al usuario, éste deberá abstenerse de tocar otros elementos de uso común con la mano enguantada, así por ejemplo es bastante habitual observar como se levanta el tubo del teléfono con la mano enguantada luego de manipular elementos nocivos.

En el caso de ocurrir una herida punzante, cortante o abrasiva, se lavarán las manos y la zona afectada con abundante agua y jabón. Se desinfectará y se consultará al médico responsable sobre el procedimiento a seguir teniendo en cuenta la sustancia o el agente manipulado.

La prevención de accidentes se basa fundamentalmente en el conocimiento del peligro y el modo de evitarlo. Por el contrario, las causas que los precipitan son la ignorancia, la desaprensión, el falso coraje y la imprudencia.

El acostumbramiento a determinada situación, aceptándola como normal y cotidiana, es la causa de numerosos percances, así como la pereza en revisar y controlar el buen funcionamiento de los procedimientos montados con el fin de evitarlos.

Si bien cualquier actividad lleva implícita un riesgo, su conocimiento anticipado puede prevenirlo o controlarlo. Existe una marcada relación entre azar y ansiedad.

La ansiedad que provoca una situación desconocida, generalmente conduce a sobredimensionar los riesgos. La familiaridad, en cambio, puede resultar en una pérdida de objetividad al evaluar las limitaciones personales.

Las faltas de conocimiento, de atención o de concentración sobre una técnica o procedimiento, pueden convertirse en riesgos.Se consideran en igual forma, de inhabilidad para trabajar con otras personas, el mal carácter, miedo, exitación o acciones impulsivas o involuntarias.

La práctica del **lavado de manos** es el pilar fundamental para la prevención y el controlde la infección hospitalaria.
Los microorganismos que se encuentran en la piel de las manos son: residentes (habituales), transitorios (contaminantes) y patógenos (pueden producir infección).
La infección hospitalaria es producida principalmente por la flora transitoria.
Se ha demostrado que el lavado de manos con agua y jabón elimina prácticamente los bacilos Gram negativos en 10 segundos.Sin embargo, sólo el 10-50% del personal del equipo de salud tiene el hábito del lavado de manos según normas.
El lavado de manos es de tres tipos: higiénico o fricción, antiséptico y quirúrgico.
El impacto de esta medida simple ejecutada de rutina es muy elevado al igual que el resultado de la razón costo (muy bajo) 7 efectividad (dinero ahorrado en antibióticos, días estada, lucro cesante, costos indirectos, etc.).

**OBJETIVO**
Lavado higiénico: tiene como objetivo remover la suciedad y eliminar/matar la flora transitoria.
Las manos deben lavarse:
*al tomar servicio;
*antes y después de la atención a cada paciente;
*antes y después de realizar cualquier práctica;
*antes y después de la administración de medicación;
*después del uso personal del baño;
*después de haber tocado materiales contaminados (sondas, catéteres, vendajes, apósitos, drenajes, chatas, orinales, salivaderas, etc.);
*al pasar del contacto con una parte contaminada del paciente (por ejemplo vendaje) a una parte limpia del mismo paciente;
*después de estornudar, toser, tocarse el cabello o la cara;
*antes de comer;
*al finalizar las tareas del día.

EL LAVADO DE MANOS DEBE REALIZARSE EN TODOS LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD Y EN LAS SITUACIONES CITADAS PRECEDENTEMENTE.

**ALCANCE**
Todo el personal del Hospital.

**AREAS AFECTADAS**
Todos los servicios con los que cuenta el Hospital.

**REFERENCIAS**
Bibliografía mencionada en la última página del presente Manual.

**RESPONSABILIDADES**
El responsable de cada servicio del Hospital debe velar por el buen cumplimiento de ésta norma.

**DESARROLLO**

Procedimiento para el lavado higiénico de manos:

*quitarse anillo, reloj, pulseras, etc.;

*recogerse las mangas (cuando se trabaja con recién nacidos o pacientes críticos el lavado debe ser hasta el codo);

*verificar los elementos a utilizar;

*manteniéndose alejado, abrir la canilla;

*mojarse las manos y las muñecas;

*tomar el jabón(puede ser jabón de bocha suspendido o jabón líquido o jabón rallado o jabón que se encuentre en una jabonera enrejada o de dispenser) y hacer abundante espuma;

*frotándose las manos entre sí, insistiendo en los espacios interdigitales, en especial índice-pulgar y frotar las yemas de los dedos en la mano contraria con las manos hacia arriba; el lavado de manos debe durar 10-15 segundos (contar hasta 20-25). Cuando se trabaja con pacientes infectados o críticos o se realizarán procedimientos el lavado debe durar alrededor de dos minutos, seguido de enjuague y debe reiterarse el lavado. No usar cepillo;

*enjuagar las manos con abundante agua, con las manos hacia arriba de manera tal que el agua corra hacia los codos;

*ahuecar las manos, recoger agua y enjuagar la canilla (si no es de pie o rodilla o codo);

*secarse con toalla de papel descartable;

*cerrar la canilla con la misma toalla de papel si no es de los modelos de pie, rodilla o codo;

*descartar la toalla con cuidado de no contaminar las manos.

Una alternativa para la antisepsia de las manos es la fricción con **alcohol** ( etanol o isopropanol) en concentración 60 – 95 %. La concentración empleada habitualmente es 70 % por peso que es equivalente a 76,8 % por volumen. **Puede utilizarse si no hay suciedad visible**. Actúa por desnaturalización de las proteínas; tiene actividad bactericida para las bacterias Gram positivas, M. Tuberculosis, hongos, y además es viricida. Su actividad es poco afectada por la presencia de materia orgánica.

Sería una medida más simple de adoptar debido a la fácil accesibilidad (evita desplazamientos, buscar la pileta con el dispensador de jabón y toallas descartables) y la rapidez de la práctica.

Las lociones de alcohol reducen el daño de la piel y la descamación ulterior por lo que son las recomendadas.

**OBSERVACIONES**

Estándar nº 2: se observará lavado de manos en las situaciones que corresponda de acuerdo a las tareas desarrolladas en el servicio.

**ANEXO**

El siguiente cuadro reseña diferentes aspectos referidos al lavado higiénico de las manos con jabón comun y al lavado con antisépticos

| VARIABLE | JABON COMUN | ALCOHOL 70 º |
|---|---|---|
| Eliminación de suciedad | Sí | No |
| Destrucción flora transitoria | Bueno | Excelente |
| Eliminación de bacterias | Bueno | Excelente |
| Tiempo que demanda | 1 – 2 minutos | 30 segundos |
| Costo | Muy bajo | Muy bajo |
| Procedencia | Nacional | Nacional |
| Accesibilidad | Pileta | Todo lugar |
| Ubicación | Pileta | Todo lugar |
| Riesgo de contaminación | Sí | No |
| Riesgo de uso de agua contaminada | Sí | No |
| Toalla | Sí | No |
| Adherencia | Limitada | Facilitada |
| Intolerancia | Excepcional | Muy raro |

## PROCEDIMIENTO PARA EL GUARDADO Y ALMACENAMIENTO DE LOS INSUMOS DEL SERVICIO DE LIMPIEZA

### INTRODUCCION
Estos insumos serán guardados y almacenados en un placard de una de las habitaciones del área de Pabellón acondicionado para tal fin, contando éste con candados y siendo las portadoras de las llaves las dos personas destinadas por La Coordinación del Servicio como las encargadas de los insumos.

### OBJETIVOS
Estas encargadas tendrán la función de entregar los insumos requeridos para la realización de la limpieza llevando un registro del tipo de insumo solicitado, fecha y duración del anterior, de ésta manera se podrá saber estadísticamente la cantidad de insumos requeridos para un determinado lapso de tiempo.

### ALCANCE
Portadoras de las llaves del placard donde se guardan los insumos.

### AREAS AFECTADAS
Lugar físico del Pabellón donde se encuentra el placard.

### REFERENCIAS
Bibliografía mencionada en la última página del presente Manual.

### DEFINICIONES
A granel: se refiere a pilas de materiales sin empacar en condiciones libres.
Apilamiento compacto: está conformado por contenedores de cartón, cajas y bolsas entremezcladas entre sí. Se torna peligroso cuando es demasiado alto y presenta peligro de derrumbe. De esa forma, es un riesgo potencial para los trabajadores y el producto mismo.
Estibas o pallets: consiste en unidades de carga montadas sobre estibas o pallets.
Estantes: hace mención a aquel almacenamiento que se ubica en una armazón estructural, dentro del cual están localizadas las mercaderías.

### RESPONSABILIDADES
Idem **ALCANCE.**

### DESARROLLO
Los materiales deben estar en orden. Un descuido o, tal vez, la falta misma de precaución puede generar pérdidas significativas o hasta accidentes lamentables.
Los depósitos o almacenes en donde se acumulan mercaderías son lugares en donde el orden, la limpieza y el estricto control de lo que allí sucede minimizan los riesgos que allí se pueden presentar (daños a mercaderías, derrumbamientos, accidentes personales, derrames, etc.). Para ello, una forma práctica y efectiva de lograrlo es mediante distintas maneras de guardar los

productos. Se los puede clasificar de cuatro modos distintos: a granel, compacto, en estibas o pallets o en estanterías.
El mayor riesgo en cuanto a almacenamiento de mercaderías se refiere, recae en posibles derrumbamientos o accidentes de atrapamientos a personas.

NORMAS DE ALMACENAMIENTO:
Los materiales se deben depositar en los lugares destinados a tal fin;
Para recoger materiales no se debe trepar por las estanterías;
Siempre que se pueda, hay que utilizar medios mecánicos para el transporte de mercaderías;
El piso debe estar uniforme para no comprometer la estabilidad de los materiales;
No hay que acumular pilas de mercaderías muy altas;
Las cajas de cartón deben estar sobre plataformas para evitarles la humedad.

**DOCUMENTACIÓN GENERADA**
Registro del tipo de insumo solicitado, fecha y duración del anterior en caso de ser necesario especificar éste último punto.

**CONCLUSIONES / OBSERVACIONES**
El transporte manual de las mercaderías por parte del personal, también tiene sus consecuencias.
Cuando un empleado manipula cargas puede ser víctima de una lesión lumbar, de acuerdo al modo en el que lo realice. Para evitarlo es aconsejable manipular la carga cerca del cuerpo, a una altura comprendida entre los codos y los nudillos. Además se debe separar los pies con el fin de proporcionarle al cuerpo una postura más estable y equilibrada. Las piernas se las debe doblar aún manteniendo la espalda recta, con el mentón a la altura del pecho. Todos los ejercicios se deben efectuar con movimientos suaves.

Estándar nº 3: se observará el almacenamiento y entrega de insumos de la manera estipulada en el presente procedimiento.

**ANEXOS**
Planilla de entrega de insumos que se incluye a continuación.
Estas planillas conformarán el registro de control interno de entrega de insumos.

HOSPITAL SUBZONAL ESPECIALIZADO DE MEDANOS

PLANILLA DE CONTROL INTERNO DE ENTREGA DE INSUMOS

SERVICIO DE LIMPIEZA

| FECHA ENTREGA | SECTOR | RETIRO | TIPO INSUMO | DURACION |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL LAVADO DE PISOS

**OBJETIVO**
Lograr la efectiva limpieza de los pisos del establecimiento.

**ALCANCE**
Personal técnico del servicio.

**AREAS AFECTADAS**
Toda la planta física del edificio del Hospital.

**REFERENCIAS**
Bibliografía mencionada en la última página del presente Manual.

**RESPONSABILIDADES**
Personal técnico del servicio.

**DESARROLLO**
**Procedimiento paso a paso**
*Colocarse los guantes;
*Llenar el balde con agua tibia y agregarle detergente en una proporción suficienete para que haga espuma. El trapo, que debe estar limpio y seco al comenzar las tareas, se moja en esta solución;se desplazarán del ambiente a limpiar todos los muebles móviles;
*Limpiar vigorosamente (fregado) toda la superficie del piso con el fin de arrastrar la suciedad por acción mecánica sacando el trapo del secador en cada rincón y con la mano limpiar bien los ángulos para sacar restos acumulados. Así se eliminan gran parte de los microorganismos transitorios.
Si en algún caso hubiera derramamiento de material potencialmente infeccioso, debe como primera medida " reducirse el inóculo " colocando sobre el mismo algodones o gasa o papel absorbente, descartar en bolsa roja y luego proceder a la descontaminación con hipoclorito al 1% dejando actuar 30 minutos por lo menos y luego limpiar de la manera descripta anteriormente.
*Enjuagar con otro balde con agua fría y lavandina al 1%, la cual se prepara con 100ml de hipoclorito al 100% en un balde de 10 litros de agua; debe tenerse en cuenta que al agregar al agua el hipoclorito el trapo no debe hallarse dentro del balde pues el hipoclorito al 100% agregado directamente sobre el trapo produce deterioro del mismo en un período muy corto de tiempo.
El trapo deberá estar empapado de manera tal que la superficie quede húmeda durante unos 5 minutos, tiempo que requiere la lavandina para desinfectar.
*Los trapos utilizados deben ser lavados con lavandina, siempre al 1%, enjuagados y secados al terminar la terminar la limpieza del área.

**OBSERVACIONES**

**No deben** utilizarse escobillón o escoba.
Regularidad del procedimiento:
Pasillos y comedores: serán limpiados una vez por turno y cuando se encuentren visiblemente sucios.
Habitaciones: serán limpiados de mañana y cuando se encuentren visiblemente sucios cualquiera sea la hora del día.

Estándar nº 4: se observará que el lavado de pisos se realice tal y como se indica en el procedimiento descripto.

## PROCEDIMIENTO PARA LA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS

### INTRODUCCION

**Es fundamental la separación de los residuos infecciosos y no infecciosos en el área donde son generados para lo cual se utilizan recipientes con color distintivo.**

### OBJETIVO

Esta separación de residuos tiene como objetivo realizar un adecuado procesamiento terminal para la prevención de la exposición, disminución y control de la infección hospitalaria relacionada con el paciente, el personal y el medio ambiente.

### ALCANCE

Personal técnico del servicio.

### AREAS AFECTADAS

Areas donde se generan los distintos tipos de residuos y son eliminados.

### REFERENCIAS

Bibliografía mencionada en la última página del presente Manual.

### RESPONSABILIDADES

Personal técnico del servicio.

**DESARROLLO**

*El recipiente que contiene la bolsa de residuos será limpiado con agua tibia y detergente y enjuagado con agua fría y lavandina cada vez que se retira la bolsa. La bolsa descartable se colocará de tal manera que los extremos de la abertura caigan sobre los bordes del recipiente y puedan retirarse sin tocar los residuos.

*Se dispondrá de: bolsas de un color (residuos contaminados, usualmente rojo) y bolsas de otro color (residuos comunes).

*La bolsa debe llenarse hasta las ¾ partes de su capacidad para permitir el adecuado cierre de la misma.

*No debe manipularse el contenido de la bolsa.

*Las bolsas serán retiradas por lo menos una vez por turno y cada vez que sea necesario.

*La basura debe ser recogida del sitio donde se elimina por lo menos dos veces al día.

*La basura común está constituída por las sobras de alimentos, cajas, sachets, envases, papeles, etc. que se colocan en la bolsa de basura con color preestablecido.

*La basura que resulta del cuidado y tratamiento de un paciente con aislamiento (excepto el aislamiento protector) y diálisis se colocará en las bolsas con color preestablecido de material contaminado y se depositarán en un lugar ya fijado fuera del área de internación hasta que sean retirados para incinerar.

*Todo elemento líquido se descartará en una chata y en el inodoro. NO DEBEN introducirse líquidos en las bolsas.

*Las agujas, lancetas, mariposas, hojas de bisturí y todo material punzante o cortante deben ser colocados en un recipiente de paredes semirrígidas e irrompible y descontaminado previo a su eliminación. El recipiente debe tener tapa. Si no se descontaminan deben ser incinerados en cuyo caso el recipiente tapado será colocado en la bolsa del color preestablecido para material contaminado: incinerar.

*Los algodones, gasa, apósitos, vendas con sangre y/o secreciones y/o excreciones al igual que los pañales descartables deben ser colocados en la bolsa de material contaminado: incinerar.

Este tipo de residuo no se considera necesario tratarlo como infeccioso en las Normas internacionales,

sin embargo están incluidos como tales en la Ley 24.051.

*Los tejidos humanos serán incinerados en el incinerador patológico, o en su defecto descartados en la bolsa para material contaminado.

**OBSERVACIONES**

Estándar nº 5: se observará la correcta eliminación de residuos, según procedimiento

**ANEXOS**

En los baños donde se encuentren los tarros para la eliminación de residuos, se observarán los siguientes carteles:

| TURNO MAÑANA | TURNO TARDE |
| --- | --- |
| LA BOLSA ROJA DE PAÑALES SE DEBERA CAMBIAR | LA BOLSA ROJA DE PAÑALES SE DEBERA CAMBIAR |
| * ANTES DE SERVIR EL DESAYUNO | *ANTES DE SERVIR LA MERIENDA |
| * ANTES DE SERVIR EL ALMUERZO | *ANTES DE SERVIR LA CENA |
| * ANTES DE LAS 14 HORAS | *ANTES DE LAS 22 HORAS |

**PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL LAVADO DE PAREDES, PUERTAS, VIDRIOS, VENTANAS , PERSIANAS, MESADAS Y PILETAS.**

**OBJETIVO**
Eliminar la contaminación de las distintas superficies.

**ALCANCE**
Personal técnico del servicio.

**AREAS AFECTADAS**
Toda la planta física del Hospital.

**REFERENCIAS**
Bibliografía mencionada en la última página del presente Manual.

**RESPONSABILIDADES**
Personal técnico del servicio.

**DESARROLLO**

PAREDES: se lavarán tal cual se describe en el procedimiento para los pisos hasta la altura que se encuentren azulejadas o pintadas con pintura sintética repitiendo el procedimiento de secado, al menos dos veces.
Si encontrasen manchas rebeldes sobre cualquiera de las superficies tratadas, deberá insistirse "a fuerza de puño" para retirar dichas manchas..
Debe repasarse sobre el borde del zócalo, ya que al estar sobresalido del plano de la pared, es un sitio sobre el cual se deposita material indeseable.
Regularidad: 1 vez cada 15 días y cuando se encuentren visiblemente sucias.

PUERTAS: ídem para los pisos, pero de ambos lados, repasando la zona de las bisagras y los 3 cantos accesibles que tiene la puerta; insistir en la zona de los picaportes y los picaportes propiamente dichos;
Regularidad: 1 vez por semana y cuando se encuentren visiblemente sucias.

VIDRIOS: se lavarán con un trapo embebido en hipoclorito al 1% con abundante agua y luego se secará tantas veces hasta que haya quedado perfectamente limpio.
Regularidad: 1 vez cada quince días y cuando se encuentren visiblemente sucios.

VENTANAS: se limpiarán con un trapo embebido en hipoclorito al 1% repasando todos los lados, bordes y cantos, ranuras y bisagras si las tuvieran, repasando las veces que sean necesarias para lograr una perfecta higiene.
Regularidad: 1 vez por mes y cuando se encuentren visiblemente sucias.

PERSIANAS: se repasarán con un trapo embebido en hipoclorito al 1% para eliminar por arrastre todos los restos de tierra y suciedad que sobre las mismas podría estar adherida, repitiendo éste proceso de ambos lados de la persiana y secando luego con un trapo enjuagado y escurrido en hipoclorito al 1%.
Regularidad: 1 vez por mes y cuando estén visiblemente sucias.

MESADAS: ídem para los pisos pero con una rejilla repasando con el trapo con hipoclorito al 1% sucesivas veces hasta secarla.
Si en algún caso hubiese derramamiento de material potencialmente infeccioso, debe "reducirse el inóculo" tal como se indica en el procedimiento para los pisos.
Regularidad: una vez por turno y cuando se encuentren visiblemente sucias.

PILETAS: ídem para los pisos, y si fuese necesario se fregará con puloil, virulana o suavemente con lija al agua en los lugares donde se encuente suciedad rebelde adherida.
Regularidad: una vez por turno y cuando se encuentren visiblemente sucias.

**OBSERVACIONES**

Estándar nº 6: se observará in situ el modo y el estado de la limpieza de cada uno de los sitios descriptos en este procedimiento.

## PROCEDIMIENTO GENERAL PARA LA LIMPIEZA DE LOS BAÑOS

**OBJETIVO**
Eliminar suciedad y contaminación y posterior desinfección.

**ALCANCE**
Personal técnico del servicio.

**AREAS AFECTADAS**
Todos los baños del edificio.

**REFERENCIAS**
Bibliografía mencionada en la última página del presente Manual.

**RESPONSABILIDADES**
Personal técnico del servicio.

**DESARROLLO**
**Procedimiento paso a paso.**
Colocarse los guantes.
Revisar los techos y eliminar las posibles telas de araña que puedan haberse formado.
Limpiar el piso con abundante agua y detergente para eliminar los derrames de orina que pudiera haber y luego con agua y lavandina tal y como se describe en el Procedimiento de lavado de pisos.
Luego se limpia el inodoro de la siguiente manera: primero se aprieta el botón y se coloca puloil y detergente y se frega con la escobilla, se aprieta el boton nuevamente y si quedase suciedad, manchas o sarro colocar nuevamente puloil y fregar con el puño y un trapo, virulana o lija al agua según el caso; en este mismo paso, repasar la tabla, adaptadores, pie, tornillos del pie y el caño de atrás del inodoro. Luego enjuagar todo lo antes repasado con abundante agua y lavandina y repasar con rejilla para secar.
Limpiar piletas, mesadas, paredes, puertas, espejos y bañeras (para las cuales se empleará el mismo procedimiento que para la limpieza de las piletas) tal y como se describe en el Procedimiento General enunciado para la limpieza de cada uno de ellos.
Finalmente volver a repasar el piso con agua y lavandina.

**OBSERVACIONES.**
Regularidad: dos veces por turno y cuando esté visiblemente sucio.

Estándar nº 7: se observará que la limpieza de los baños se realice de la forma estipulada en el presente procedimiento.

## PROCEDIMIENTO PARA LA LIMPIEZA DEL AREA DE LABORATORIO

**OBJETIVO**
Eliminar suciedad y contaminación y posterior desinfección.

**ALCANCE**
Personal técnico del servicio

**AREAS AFECTADAS**
Area del laboratorio**.**

**REFERENCIAS**
Bibliografía mencionada en la última página del presente Manual.

**RESPONSABILIDADES**
Personal técnico del servicio**.**

**DESARROLLO**
MESADAS: se limpiarán tal como se describe en el procedimiento general enunciado para tal fin.
Se repasará sobre la heladera, la estufa de esterilización y la centrífuga, no así sobre la estufa de cultivo, pues sobre ella suele haber material infectivo.
PAREDES: se lavarán tal cual y como se describe en el procedimiento para tal fin.Se repasarán todas las saliencias del plano de la pared(entiéndase plantillas de enchufes, etc.)
VIDRIOS Y VENTANAS: tal cual y como se describe en el procedimiento correspondiente.
PILETA: se sacarán los recipientes de plástico destinados a descartar material contaminado durante el trabajo diario de laboratorio y se procederá a su limpieza tal cual se describe en el procedimiento general.
PISO: se lavará tal cual se describió en el procedimiento para tal fin enunciado.
BOLSAS DE RESIDUOS:se cambiarán tal y como se indica en el procedimiento descripto para la eliminación de residuos.

Antes de iniciar la limpieza del sector lo mismo que para cualquier otro, deben revisarse los ángulos de las paredes y los techos a fin de retirar las telas de araña que puedan haberse formado.

**OBSERVACIONES**
Regularidad: al finalizar el trabajo diario y en cualquier momento en el caso de que halla derramamiento de material potencialmente infeccioso.
Estándar nº 8: se verificará in situ el cumplimiento de este procedimiento.

## PROCEDIMIENTO PARA LA LIMPIEZA DEL AREA SALA DE GUARDIA

**OBJETIVO**
Eliminar suciedad y contaminación y posterior desinfección.

**ALCANCE**
Personal técnico.

**AREAS AFECTADAS**
Sala de guardia del Hospital.

**REFERENCIAS**
Bibliografía mencionada en la última página del presente Manual.

**RESPONSABILIDADES**
Personal técnico del servicio.

**DESARROLLO**
.Se lavarán puertas, paredes, pisos, piletas, persianas, ventanas y vidrios de la manera tal y como se hace referencia en los procedimientos generales descriptos para cada uno de ellos.
En cuanto a la limpieza de las mesadas se realizará tal cual se describe en el procedimiento correspondiente pero una vez secas se repasarán con una rejilla con alcohol una vez por turno.
Las paredes se limpiarán a diario y al igual que las mesadas se repasarán con una rejilla con alcohol una vez por turno.

**OBSERVACIONES**
Estándar nº 9: se verificará in situ el cumplimiento de este procedimiento**.**

**PROCEDIMIENTO PARA LA LIMPIEZA DEL AREA DE CONSULTORIOS EXTERNOS: MEDICOS, KINESIOLOGICO, ODONTOLÓGICO Y SALA DE RAYOS X.**

**OBJETIVO**
Eliminar la contaminación de las distintas superficies de los mencionados recintos.

**ALCANCE**
Personal técnico del servicio.

**AREAS AFECTADAS**
Consultorios externos mencionados y sala de rayos X

**REFERENCIAS.**
Bibliografía mencionada en la última página del presente Manual.

**RESPONSABILIDADES**
Personal técnico del servicio.

**DESARROLLO**
Se tendrán las mismas precauciones que para el Laboratorio, limpiando paredes, ventanas, persianas, vidrios, piletas, pisos, muebles. Se cambiarán las bolsas de residuos y se constatará en cada turno la presencia o no de telas de araña.

**OBSERVACIONES**
Estándar nº 10: se verificará in situ el cumplimiento de este procedimiento.

**PROCEDIMIENTO PARA LA LIMPIEZA DEL AREA SALA DE ESPERA Y CIRCULACIÓN PACIENTES EXTERNOS**

**OBJETIVO**
Eliminar la contaminación de las distintas superficies.

**ALCANCE**
Personal técnico del servicio.

**AREAS AFECTADAS**
Sala de espera y pasillos de circulación de pacientes externos.

**REFERENCIAS**
Bibliografía mencionada en la última página del presente Manual.

**RESPONSABILIDADES**
Personal técnico del servicio.

**DESARROLLO**
Se lavarán puertas, paredes, pisos y bancos de la manera tal y como se hace referencia en los procedimientos generales descriptos.

**CONCLUSIONES / OBSERVACIONES**
Regularidad: una vez por turno.
Estándar nº 11: se verificará in situ el cumplimiento de este procedimiento**.**

## PROCEDIMIENTO PARA LA LIMPIEZA DEL AREA DE SALA DE PARTOS

### OBJETIVO
Eliminar la contaminación de las distintas superficies del recinto.

### ALCANCE
Personal técnico del servicio.

### AREAS AFECTADAS
Recinto de sala de partos.

### REFERENCIAS
Bibliografía mencionada en la última página del presente Manual.

### RESPONSABILIDADES
Personal técnico del servicio.

### DESARROLLO
Paredes, puertas, vidrios, ventanas, persianas se limpiarán tal como se describe en el Procedimiento descripto para tal fin.
La vitrina se limpiará en su parte externa ídem a los vidrios, pero dando un repaso final con una rejilla embebida en alcohol.
La camilla, escalera y calefactor se limpiarán con una rejilla con detergente y luego enjuagando y secando sucesivas veces con una rejilla embebida en hipoclorito al 1% y dando un repaso final con una rejilla embebida en alcohol.
Los pisos se lavarán tal y como se describe en el Procedimiento ya enunciado.

### CONCLUSIONES / OBSERVACIONES
Regularidad: una vez por turno.
Estándar nº 12: se verificará in situ el cumplimiento de este procedimiento.

## PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA TERMINAL

### INTRODUCCION
Limpieza terminal es la que se realiza al egreso o alta del paciente o cuando éste ha dejado de
constituir una fuente de infección o cuando se ha suspendido el aislamiento o cuando se ha producido su deceso
Está dirigida a todos los objetos que hayan estado en contacto directo con el paciente o con material infectante (secreciones, sangre, etc.).

### OBJETIVO
Eliminar todos los focos posibles de infección.

### ALCANCE
Personal técnico del servicio.

### AREAS AFECTADAS
Lugar físico donde ha concluído el aislamiento o se ha producido el deceso.

### REFERENCIAS
Bibliografía mencionada en la última página del presente Manual.

### RESPONSABILIDADES
Personal técnico del servicio.

### DESARROLLO
- Los elementos no descartables (frascos de aspiración, chatas, orinales, etc.) deberán ser lavados (agua con detergante) y descontaminados (hipoclorito al 1%) en la habitación
- El material descartable será desechado previa descontaminación si es eliminado con los residuos. Es importante cumplir con la descontaminación con el fin de evitar accidentes en el personal que los manipula
- Toda superficie horizontal, muebles, cubierta plástica del colchón y la almohada, pisos, etc. serán limpiados como se describió precedentemente en Procedimiento. Se agrega un tercer paso que es la desinfección.
- La desinfección se realiza con hipoclorito al 1%. Se utiliza trapo limpio y seco que se pasa por las superficies dejando para el final el piso y el baño.

### OBSERVACIONES
Estándar nº 13: se verificará in situ el cumplimiento de este procedimiento en caso de que en el momento de realización de la auditoría hubiere ocurrido un deceso o la finalización de un aislamiento.

**PROCEDIMIENTO PARA SERVIR EL DESAYUNO, EL ALMUERZO, LA MERIENDA Y LA CENA.**

**OBJETIVO**
El objetivo de ésta medida de higiene es preservar los alimentos y la salud de las personas que vayan a ingerirlos.

**ALCANCE**
Personal técnico del servicio.

**AREAS AFECTADAS**
Lugares físicos del edificio donde es servida la comida.

**REFERENCIAS**
Bibliografía mencionada en la última página del presente Manual.

**RESPONSABILIDADES**
Personal técnico del servicio.

**DESARROLLO**
**P**ara servir las comidas, el personal afectado a tales tareas, antes de comenzar las mismas deberá realizarse como primera medida un exhaustivo lavado de sus manos, tal y como se describe en el procedimiento enunciado para tal fin, y luego colocarse un delantal sobre el guardapolvo y un pañuelo en la cabeza, ambos provistos por el hospital.

**OBSERVACIONES**
Estándar nº 14: se observará el cumplimiento in situ del procedimiento.

**PROCEDIMIENTO PARA EL RECAMBIO DE AGUA DE BEBER DE LOS PACIENTES Y LIMPIEZA DE JARRAS Y VASOS**

**OBJETIVO**
Asegurarnos que los pacientes internados en el Hospital tengan a su disposición 3 litros de agua fresca diarios.

**ALCANCE**
Personal técnico del servicio.

**AREAS AFECTADAS**
Mesas de cama o mesas de luz de cada paciente según cada caso en particular (teniendo en cuenta la situación de cada paciente).

**REFERENCIAS**
Bibliografía mencionada en la última página del presente Manual.

**RESPONSABILIDADES**
Personal técnico del servicio bajo la supervisión de la nutricionista del Hospital siendo el personal técnico el encargado de brindar a los pacientes agua fresca y segura a lo largo de todo el día.

**DESARROLLO**
UTENSILLOS
Cada paciente poseerá:

- 1 jarra de acero inoxidable de 1 litro
- 1 vaso cónico de acero inoxidable

RECAMBIO DEL AGUA
Se hará tres veces al día en los siguientes horarios:

- 7.00 hs.
- 15.00 hs.
- 21.00 hs.

LIMPIEZA DE JARRAS Y VASOS
Se hará 1 vez al día, en el turno mañana.

- 6.30 hs. (posteriormente se hará el recambio del agua de la noche por agua fresca).
- Se limpiará con agua potable con detergente o con 1 gotita de lavandina. Se secará
  con repasador limpio e higiénico.

**OBSERVACIONES**
Estándar nº 15: se observará el cumplimiento in situ del procedimiento.

**PROCEDIMIENTO PARA REGISTRAR LAS NO CONFORMIDADES Y SU TRATAMIENTO**

**OBJETIVOS**

Controlar la gestión de no conformidades, estableciendoy manteniendo procedimientos documentados para:

-Identificar la no conformidad, es decir, la falta de cumplimiento de los procedimientos documentados.

-Tomar medidas para subsanar sus efectos inmediatos, esto sería implementar la corrección a la no conformidad al momento de su detección.

-Registrar y comunicar, entiéndase por esto completar el formulario de no conformidad y comunicarlo luego al/los responsables del sistema de la calidad.

-Notificar a los que pueda afectar esta no conformidad.

**ALCANCE**

Todo el recurso humano del servicio

**AREAS AFECTADAS**

Toda la planta física del hospital.

**REFERENCIAS**

Ver bibliografía en la última página de éste manual.

**DEFINICIONES**

Acción correctiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable

Corrección: acción tomada para eliminar una no conformidad

Gestión: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización

Organización: conjunto de personas e instalaciones con una disposición determinada de responsabilidades, autoridades y relaciones. La definición dada es válida en el contexto de un sistema de gestión de la calidad.

Sistema de gestión de la calidad: sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad

Sistema de gestión: sistema para establecer la política y los objetivos y para el logro de dichos objetivos

Sistema: conjunto de elementos mutuamente relacionados o que actúan entre sí

Calidad: grado en que un conjunto de características cumple con unos requisitos

Requisito: necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria

No conformidad: incumplimiento de un requisito

Procedimiento: forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso

Proceso: conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para alcanzar un

determinado fin. Generalmente los procesos de una organización son planificados y puestos en práctica bajo condiciones controladas.

Registro: documento que proporciona resultados conseguidos o evidencia de actividades efectuadas
Documento: información y su medio soporte
Información: datos que poseen significado

**RESPONSABILIDADES**
-Registro y disposiciones o correcciones: debe realizarlo el responsable del sector donde se produce la no conformidad.
-acciones correctivas: debe tomarlas el/los responsable/s de aseguramiento de la calidad junto con su comité asesor.

**DESARROLLO**
Procedimiento paso a paso**.**
-Si se presenta una no conformidad corresponde efectuar las disposiciones paliativas o correcciones que permitan resolver puntualmente la situación generada
-Registrar la no conformidad, para su posterior evaluación por el responsable del sistema de calidad y el comité asesor.
-En dicho registro se deben asentar todos los datos que permitan reconstruir las circunstancias y eventuales causas que generaron la no conformidad.
-El hecho de registrar no debe alterar las disposiciones paliativas o correcciones que se adopten en el momento para remediar la situación.

**DOCUMENTACIÓN GENERADA**
Es el registro donde queda asentada la no conformidad (planilla).

**CONCLUSIONES / OBSERVACIONES**
Quedan detalladas en el Desarrollo del procedimiento.
La emisión de informes de No Conformidad importa una orden directa a la línea; éste documento es de uso exclusivo del sector Control de Calidad, y su emisión se hace directamente al sector en el que se ha producido el apartamiento, sin conocimiento previo de la dirección.
Estándar nº 16: se verificará la existencia del Registro de No Conformidades.

**ANEXO**
Formulario de Registro de No conformidades que se incluye a continuación.

REGISTRO DE NO CONFORMIDADES

**SECTOR:** **FECHA: / /**

**OPERADOR:** **FIRMA:**

**1) TIPO Y FUENTE DE LA NO CONFORMIDAD**

**<u>TIPO</u> ( tachar lo que no corresponda )**

**INSUMO**
**RECURSO HUMANO**
**OTRO (especificar)**

**<u>PROBLEMA</u> ( descripción sumaria )**

**.....**
**.....**
**.....**
**.....**
**.....**
**.....**
**.....**

**2) DISPOSICIÓN O CORRECCION**

**.....**
**.....**
**.....**
**.....**

**3) ACCION CORRECTIVA INICIADA SI / NO (en caso afirmativo detallar)**

**.....**
**.....**
**.....**
**.....**
**.....**
**.....**

**Por Comité de Aseguramiento de la Calidad**

**Firma y aclaración:** **Fecha:**

**Regístrese y archívese en la Carpeta: Registro de no Conformidades**

**PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN INTERNA DEL SISTEMA DE LA CALIDAD**

**INTRODUCCION**

La evaluación interna del sistema de la calidad implementado se llevará a cabo con la realización de AUDITORIAS INTERNAS.

La AUDITORIA INTERNA es uno de los recursos útiles para evaluar el desempeño, la medida, el análisis y el mejoramiento de la calidad de un servicio en particular, junto con planillas de relevamiento de datos del estado de la limpieza y la gestión de no conformidades.

**OBJETIVOS**

-Evaluar evidencias objetivas sobre el cumplimiento de las normas establecidas en los PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS para cada uno de los ***procesos*** llevados a cabo en el servicio.

-Producir y utilizar listas de verificación para AUDITORIA INTERNA.

-Producir informes de AUDITORIA INTERNA.

**ALCANCE**

Coordinador del servicio.

**AREAS AFECTADAS**

Será auditada toda el área edilicia a la cual tiene acceso el servicio.

**REFERENCIAS**

Se citan al final en la BIBLIOGRAFÍA empleada para la confección del presente Manual.

**DEFINICIONES**

Los términos proceso/procedimiento/gestión/no conformidad/calidad/sistema de la calidad/registro/requisito/información/ ya han sido descriptos anteriormente en el Procedimiento para No Conformidades

Auditoria: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios acordados

Mejora de la calidad: parte de la gestión de la calidad enfocada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad

Evidencia objetiva de la auditoria: registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información pertinente para el criterio acordado y que pueden relacionarse entre sí

Criterios de la auditoría: conjunto de políticas, procedimientos o requisitos determinados como referencia

Auditor: persona que lleva a cabo una auditoría

Hallazgos de la auditoría: resultado de una auditoría

Producto: resultado de un proceso Los servicios, como es nuestro caso, encuadrarían dentro de las cuatro categorías genéricas existentes de productos. Un servicio es el resultado de llevar a cabo necesariamente al menos una actividad en la interfaz entre un estado y otro y generalmente es intangible.

La prestación de un servicio puede implicar, por ejemplo:

-la realización de una actividad sobre algo tangible

-la entrega de un producto intangible

-la creación de un ambiente en el cual crezca y se desarrolle el recurso humano del servicio en cuestión

.

**RESPONSABILIDADES**

El responsable de realizar la AUDITORIA INTERNA será el Coordinador del servicio tal y como se menciona en el Alcance del procedimiento.

**DESARROLLO**

*¿ Cómo se realiza una* AUDITORIA INTERNA

previamente a la realización de la misma, se deberá efectuar una reunión (reunión inicial) en la que deberán participar los auditores (coordinadores), el supervisor y el personal técnico. En el caso particular de éste servicio de limpieza consideramos que los responsables de la gestión auditada somos todos los integrantes del servicio tal como se detalla en el organigrama de recursos humanos del servicio, exceptuando al director del hospital, que figura en el organigrama por el sólo hecho de ser la autoridad máxima dentro del hospital y al cual debemos dar cuenta de nuestras acciones.

La razón de ésta reunión será informar respecto del objetivo de la AUDITORIA, su alcance, las expectativas y el método de realización de la misma.

Es importante aprovechar esta reunión para aclarar que ***el control que implica la AUDITORIA estará dirigido a una gestión y no a las personas que la desarrollan***; de ésta manera podrá lograrse un clima distendido y una buena disposición por parte de los responsables de las tareas diarias.

Durante la tarea de investigación *in situ*, o relevamiento, los auditores se guiarán y completarán la LISTA DE CHEQUEO, pero no se limitarán a ella exclusivamente, e indagarán todo aquello que resulte relevante.

En los documentos del sistema de calidad se indica qué se debe hacer y cómo, así pues, durante la AUDITORIA se podrá saber cómo se hizo cada procedimiento y qué resultados se han obtenido.

Por lo general éstos últimos documentos son conocidos como “registros” y para la AUDITORIA conformarán lo que se denomina “evidencias objetivas” (nótese que el “registro” mencionado se refiere a la planilla de relevamiento de datos).

Un atributo del **auditor** debe ser la **audición**; en función de esto, es importante dejar que las personas se explayen en las explicaciones que consideren necesarias, y se les debe prestar atención, demostrando interés e interiorizándose en sus “porque...”.

En muchas oportunidades salen a la luz cuestiones o puntos de vista que los auditores no habían descubierto o no se habían planteado, y esto por el solo hecho de dejar hablar a los demás. Esta actitud ayudará también a generar una atmósfera favorable para cuando el auditor deba inquirir respecto de un tema “espinoso”.

Posteriormente al relevamiento, el grupo auditor debe reunirse para analizar la información relevada, discutir los hallazgos y comparar toda la información con las normas, especificaciones o estándares.

El auditor debe “estudiar el proceso que ha llevado a determinado resultado”; aún cuando el proceso sea aceptable, es decir, no violatorio de normas o procedimientos, puede ser mejorado, al igual que sus resultados; éste es el objetivo final de toda auditoría técnica.

**DOCUMENTACIÓN GENERADA**

LISTAS DE VERIFICACIÓN PARA AUDITORIA INTERNA Y SUS RESPECTIVOS INFORMES.

Cabe aclarar en este punto que el informe es el principal “producto” de la auditoria.

El contenido del informe debe ser tal que permita una rápida toma de conocimiento de la situación y una certera toma de decisiones. Para ello deben evitarse los extensos desarrollos literarios y adoptarse una estructura de uso permenente, es decir, que el mismo tipo de información se encuentre siempre en el mismo orden secuencial; esto facilitará la búsqueda de datos específicos, por el acostumbramiento que producen los informes ordenados siempre de la misma manera.

El informe debe contener la siguiente información:

-servicio auditado

-período de ejecución ( fecha y hora inicial y final )

-identificación del auditor

-identificación del personal técnico que asistió al auditor

-documentación de referencia

-hallazgos que constituyan un apartamiento de las normas o especificaciones establecidas para cada tarea

-hallazgos que, sin constituir una violación o apartamiento de las normas y especificaciones, indiquen la posibilidadde introducir mejoras en la gestión objeto de auditoria.

-Descripción de acciones correctivas indicadas.

-Recomendaciones.

**CONCLUSIONES / OBSERVACIONES**

Serán volcadas en en los informes y listas de auditoría interna respectivamente.

Estas auditorias tendrán una regularidad bimestral.

**ANEXOS**

Formularios de listas de verificación e informes de auditoria interna que se incluye modelo a continuación.

PLANILLA DE VERIFICACION E INFORME
AUDITORIA INTERNA
DOCUMENTO DE REFERENCIA: Manual de Calidad. Servicio de Limpieza. Versión 2

Auditor:
Fecha :

| Estándar nº | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |

Personal Técnico:
Firma :

Tiempo de Auditoría:
Inicio :
Cierre :

Auditor:
Firma :

## PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL RELEVAMIENTO DE DATOS DEL ESTADO DE LA LIMPIEZA DEL EDIFICIO

### OBJETIVO

Realización de un plan de mejoramiento de la calidad del servicio y optimización de la dinámica del trabajo.

El primer paso para alcanzar este objetivo es recoger datos que permitan establecer un diagnóstico del estado de funcionamiento del servicio de limpieza en las instalaciones del hospital.

El mecanismo que se estableció para la obtención de estos datos es confeccionar planillas de relevamiento de datos que permitirán conocer el estado de la limpieza de las instalaciones y de las actitudes de todos los integrantes de la comunidad hospitalaria respecto a este tema.

Es imprescindible que los datos obtenidos reflejen objetivamente el estado real de la limpieza del edificio, pues en caso contrario el diagnóstico será desacertado y las soluciones a plantear no se corresponderán con la realidad y cualquier plan de mejoras fracasará por partir de hipótesis falsas.

### ALCANCE

Toda la planta física del edificio y personal técnico especializado que conformarían el área operativa del servicio en cuestión.

### AREAS AFECTADAS

Toda la planta física del hospital.

### REFERENCIAS

Ver bibliografía empleada en la confección de este manual en la última página.

### DEFINICIONES

Mejora de la calidad: definido en el Procedimiento para la evaluación interna del sistema de la calidad

### RESPONSABILIDADES

El relevamiento de datos será realizado por el supervisor.

### DESARROLLO

Requisitos de la planilla de datos

1-lugar: si es una habitación se consignará el nº de habitación relevada y si es otra dependencia ya está claramente consignado en la planilla cada una de las dependencias del hospital.

2-fecha

3-horario

Como llenar la planilla de datos

1-consignar claramente todos los datos estipulados en el encabezamiento

2-recorrido o toma de muestra: NO SE RECORRE TODO EL EDIFICIO, sino una cantidad representativa de locales.

Se debe establecer el recorrido a ejecutar que puede contener algunos lugares comunes y variar otros cada vez. (Ej.: si hay 10 salas, la primera vez se recorren tres, la segunda otras tres distintas de las anteriores y así sucesivamente.

3-la planilla es de doble entrada donde en la primer columna se estipulan los **rubros** a relevar y en la primer fila se establecen los **locales** a recorrer.

La persona, se ubica en un local y verifica los rubros solicitados indicando el estado en que se encuentran señalando con una barrita (/) en el casilero intersección que corresponda.

SE COMPLETA UNA PLANILLA POR VEZ.

**DOCUMENTACIÓN GENERADA**

Planillas de relevamiento de datos.

**CONCLUSIONES / OBSERVACIONES**

Se rellenará la planilla de relevamiento de datos, comentándose la misma en la reunión semanal que realiza el servicio para hacer de este procedimiento una crítica constructiva e ir así subsanando las falencias observadas.

Este relevamiento de datos se hará semanalmente.

Estándar nº 17: se verificará la existencia del Registro de Relevamiento de Datos.

**ANEXO**

Formulario de relevamiento de datos del cual se incluye modelo a continuación.

PLANILLAS DE RELEVAMIENTO DE DATOS DEL ESTADO DE LA LIMPIEZA DE EDIFICIOS DEL HOSPITAL SUBZONAL DE MEDANOS

Fecha:
Horario:
Confecciona:
Observaciones:

| | Locales | Hall-Pasillos | Oficinas | Habit. Hombres Nº Nº Nº | Habit. Mujeres Nº Nº Nº | Placares | Comedor H.S | Comedor M.S. | Baños | | Laborat. Consult. Externo | Veredas-Patios- Jardines | Sala Partos | G |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | fem. | masc | | | | |
| Piso | Limpio | | | | | | | | | | | | | |
| | Reg.Limpio | | | | | | | | | | | | | |
| | Sucio | | | | | | | | | | | | | |
| Telas de | NO HAY | | | | | | | | | | | | | |
| arañas | SI HAY | | | | | | | | | | | | | |
| Muebles-PC y equipam. | Limpio | | | | | | | | | | | | | |
| | Reg.Limpio | | | | | | | | | | | | | |
| | Sucio | | | | | | | | | | | | | |
| Vidrios a menos de 2 | Limpio | | | | | | | | | | | | | |
| | Reg.Limpio | | | | | | | | | | | | | |
| | Sucio | | | | | | | | | | | | | |
| Vidrios a mas de 2mt Cestos | Limpio | | | | | | | | | | | | | |
| | Reg.Limpio | | | | | | | | | | | | | |
| | Sucio | | | | | | | | | | | | | |
| | Llenos | | | | | | | | | | | | | |
| | Mitad | | | | | | | | | | | | | |
| | Vacios | | | | | | | | | | | | | |
| Papeles en | NO HAY | | | | | | | | | | | | | |
| el suelo Ceniceros | SI HAY | | | | | | | | | | | | | |
| | Llenos | | | | | | | | | | | | | |
| | Mitad | | | | | | | | | | | | | |
| | Vacios | | | | | | | | | | | | | |
| Cigarrillos en el Suelo Yerba y res-os de comida | NO HAY | | | | | | | | | | | | | |
| | SI HAY | | | | | | | | | | | | | |
| | No Hay | | | | | | | | | | | | | |
| | Si hay | | | | | | | | | | | | | |

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

MANUAL DE BIOSEGURIDAD PARA TECNICOS DE LABORATORIO. Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana, Suplemento Nº 2, 1.992. Editado por la Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires con la colaboración de la Asociación Argentina de Microbiología.

MANUAL DE BIOSEGURIDAD. Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana, Suplemento Nº 4, 1.998. Editado por la Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires como participación en el Simposio sobre Bioseguridad organizado por la Asociación Argentina de Microbiología en el marco del V Congreso Argentino de Microbiología. Mar del Plata, 20-24 de Noviembre de 1.998.

INFECCIÓN HOSPITALARIA. Recomendaciones para su prevención y control. CIDCAM (Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica. Documento Técnico Nº1.Abril de 2.003).

CURSO: NORMATIZACION Y CALIDAD TOTAL EN EL LABORATORIO BIOQUIMICO. (Bahía Blanca. 14 al 16 de agosto de 2.002 dictado por el Licenciado Juan Pablo Grammatico) , dictado en el marco del 2ª CONGRESO DE LA SALUD.

DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE LA CALIDAD EN LABORATORIOS CLINICOS de la Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires.

SEMINARIO-TALLER: GESTION EN LAS ORGANIZACIONES PUBLICAS. Docentes: Gustavo Longo, Luis Cabello, Carlos Ciappina. Instituto Provincial de la Administración Pública (IPAP), La Plata, Abril-Mayo-Junio de 2.003

SEMINARIO-TALLER: ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS EN EL MARCO DE LA GESTION POR RESULTADOS. Docentes: Carlos Ciappina, Estela Camarota, Mónica Valledor. Instituto Provincial de la Administración Pública (IPAP). La Plata, Abril-Mayo-Junio de 2.003

I S O 9000. ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD. Oscar Francisco Folgar. Ediciones Macchi. 1996

Sistemas de Gestión de la Calidad – Fundamentos y vocabulario
ISO TC 176 – ISO/FDIS 9000:2000(E)