

SERVICIO 07

INTEGRAL DE LAVANDERIA

PROTOCOLO BASICO

Sociedades Concesionarias

Versión 1.0

15 de diciembre de 2006

INDICE

Título	Subtítulo	Página
INTRODUCCION		
	Objeto	3
	Metodología	4
	Protocolo básico	5
	DIAGRAMAS	8
01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES		
	01 Proceso general de Lavandería: Prestación continuada del Servicio	10
	02 Condiciones y horarios de entrega de ropa limpia	16
	03 Peticiones de emergencia	26
02 CALIDAD		
	01 Sistema de control de calidad total del proceso	31
	02 Sistema de desinfección y retirada de restos de materia orgánica	36
	03 Encuesta de Satisfacción	43
	04 Uniformidad: Identificación	50
	05 Uniformidad	56
00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO		
	01 Dejar inoperativa una parte o la totalidad de un área asistencial (Respuesta a las solicitudes de emergencia)	61
	02 Entorpecer la actividad de un área (Cumpli- miento de las Obligaciones de entrega de Ropa Limpia	66
	03 Reclamación por parte de la Administración o de los Usuarios del Hospital	71

INTRODUCCION

Objeto

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

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

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

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

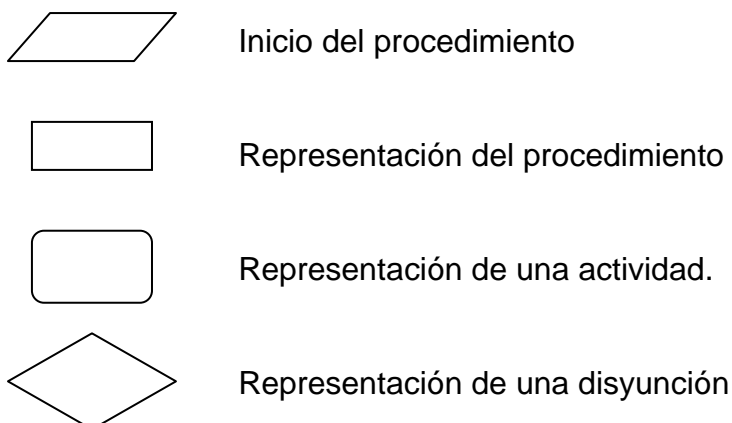
El objeto de los protocolos y manuales de procedimientos es garantizar las mejores prácticas y la calidad de los servicios de explotación, principal preocupación de ambas partes, junto a la necesidad de contar con un sistema homogéneo de seguimiento y control que garantice su cumplimiento.

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

Metodología

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

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



b. La identificación de:

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

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

Protocolo Básico

Finalmente el protocolo básico o común tiene la siguiente forma:

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

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

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

5. Apartado o subtítulo (Actividades)

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

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

a. Respuesta

b. Corrección

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

a. Responsable

b. ¿Qué se hace?

c. ¿Cuándo?

d. Materiales y equipos a utilizar

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

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

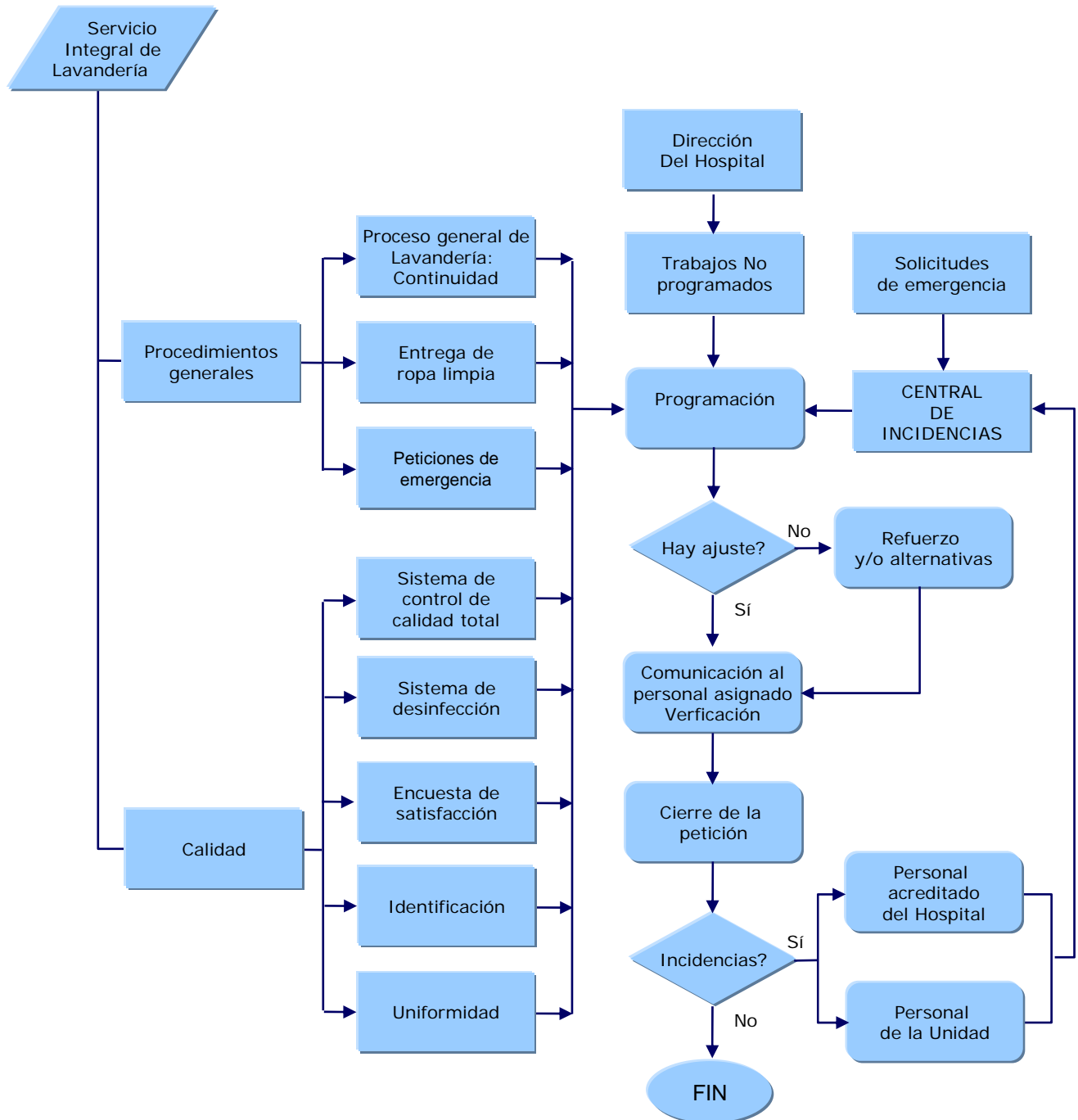
6. Otras indicaciones:

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

■ La palabra INCIDENCIA, que aparece frecuentemente en el protocolo, se utiliza en su significado de cualquier hecho que se considere anómalo o extraordinario, para que sea subsanado, corregido o simplemente conocido y advertido por quien corresponda (normalmente el responsable de la Unidad).

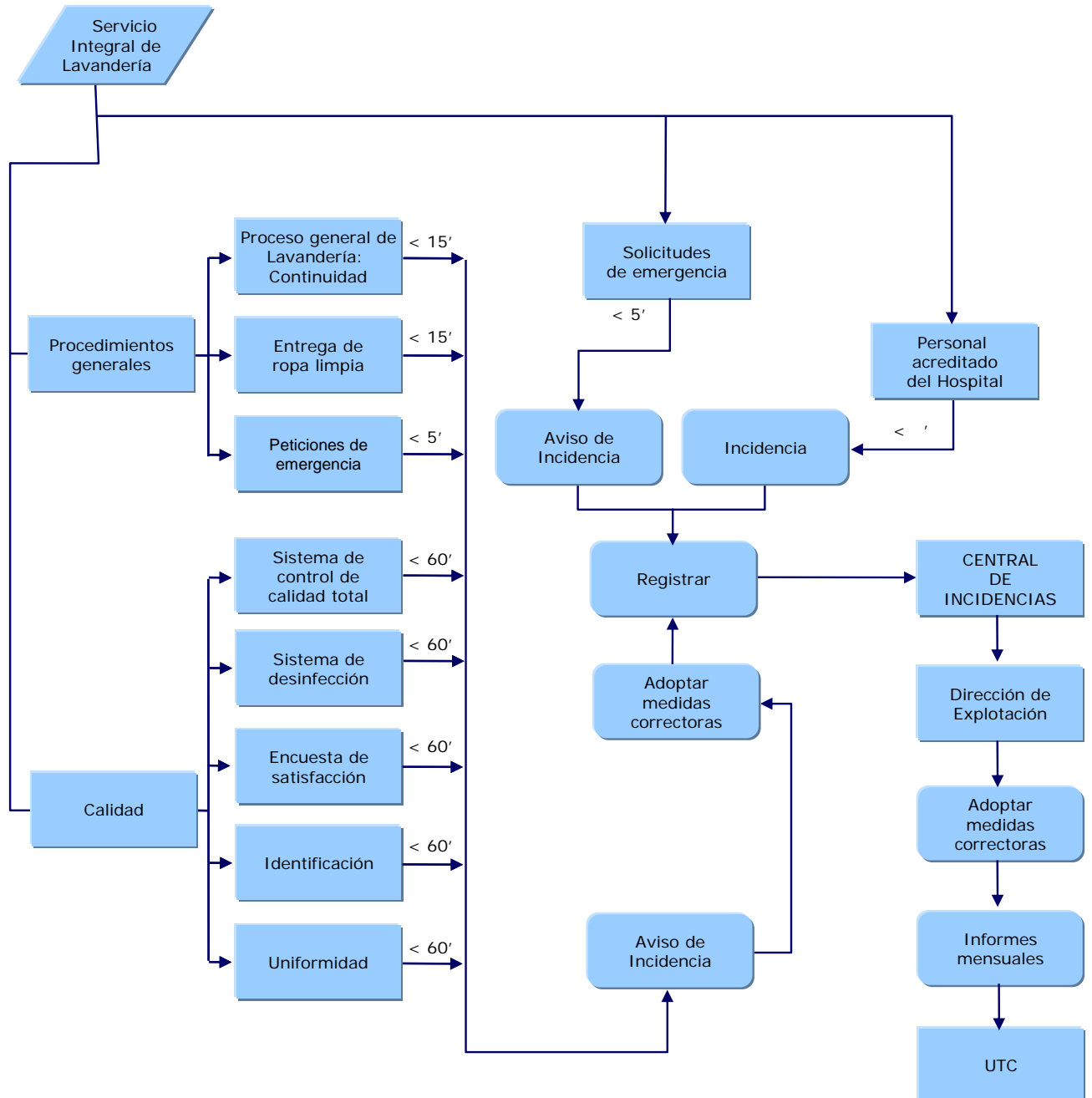
- El concepto posibilidad de incidencia, también usado frecuentemente en los protocolos, se utiliza consecuentemente como la previsión, por parte del personal de la Unidad, de que pueda suceder ese hecho anómalo o extraordinario.
- El presente protocolo es redactado y aplicado sobre la base de que cada Hospital dispone de una dotación permanente de seis dotaciones de ropa. La comprobación del número de dotaciones disponibles se realiza con carácter semanal.

Servicio integral de Lavandería



Servicio integral de Lavandería

B. Incidencias



Servicio

07 Lavandería

Título

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

Subtítulo

01 Proceso general de Lavandería: Prestación continuada del Servicio

A. Protocolo básico

La Unidad de Lavandería presta el servicio de lavado, desinfección, repaso de costura, planchado, doblado, empaquetado y transporte interior y exterior de ropa y lencería del Hospital. Esto supone:

- (1) El servicio se realiza los días laborables del año, aunque en ningún caso se interrumpe por más de un día cuando existe concatenación de festivos.
- (2) La recogida de la ropa sucia se realiza en las dependencias del Hospital utilizando los medios de transporte internos y externos de la Unidad para trasladarlo a sus instalaciones.
- (3) En las instalaciones de la Unidad de Lavandería se clasifica por tipo de ropa para llevar a cabo su correspondiente proceso de higienización, lavado, repaso de costura y planchado.
- (4) El proceso de lavado se realiza en instalaciones que dispone de barrera sanitaria que separa zonas sucias y limpia.
- (5) Está normalizado el empaquetado de la ropa tratada y la preparación para su expedición y transporte al Hospital.
- (6) La Unidad informa a la Dirección de Explotación sobre problemas detectados que puedan afectar a la prestación del servicio en los términos que se establecen en este protocolo.
- (7) La Unidad cumple además con:
 - (a) La normativa vigente, general o específica, autonómica, estatal y comunitaria, y la adaptación de los cambios normativos que se produzcan.
 - (b) El Plan de Formación Continuada.
 - (c) La elaboración y mantenimiento de un "Mapa de Riesgos" en colaboración con la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria y en la acreditación con la norma UNE 81900, de prevención de riesgos laborales.
 - (d) El Plan de Emergencia / contingencia.

(e) El compromiso de certificación en la Norma ISO-9001-2000 o equivalente.

(8) La Unidad tiene a disposición de la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria:

(a) Memoria descriptiva de la planta de producción, con sus planos.

(b) Certificados de la capacidad productiva total disponible y de transporte.

(c) Inventario de los equipos productivos, indicando capacidad, ubicación; esta enumeración se realiza teniendo en cuenta zonas (sucia, limpia).

(d) Definición de programas de lavados, indicando tiempo, temperatura y características de detergentes y productos químicos utilizados.

(e) Descripción del sistema de empaquetado, materiales, etc.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, la entrega de ropa limpia pueda superar el plazo de 24 horas o pueda producirse alguna incidencia que afecte a este apartado del protocolo;

(1) El responsable de la Unidad 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) Con la realización de las medidas correctoras el responsable de la Unidad o persona en quien delegue 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 este tipo de fallos no debe superar en general las 24 horas.

(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) Garantizar el suministro ininterrumpido de ropa limpia al hospital.

(2) Definir stocks de seguridad de ropa limpia en las unidades críticas de acuerdo con la Administración Sanitaria.

(3) Coordinarse con Compras y Almacén.

(4) Poner en marcha las alternativas previstas para solicitudes de emergencia si es preciso.

(5) Resgistrar las incidencias.

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos de la Unidad.

(2) Plannig de trabajo.

(3) Registro de incidencias.

(4) Contratos, acuerdos, etc. sobre dispositivos alternativos (si están previstos para situaciones de emergencia).

D. Indicadores de incumplimiento

07 Lavandería

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

01 Proceso general de Lavandería: Prestación continuada del Servicio

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Incumplimiento en la obligación de entrega de ropa limpia en un plazo no superior a 24 horas.

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
4 / FS-3	Programado	T.D.	3, 5, ,	S
fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	15 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 24 h.	Inspecciones físicas (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos	Semanal

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
La ropa limpia no se entrega en 24 horas	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 Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias registradas por personal acreditado y validadas como fallo por incumplimiento del protocolo en la entrega de ropa limpia (en un plazo superior a 24 horas) en el periodo (semana).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,025%	0,005%	0,035%	0,000683
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0263%	0,0000525	0,0003675	0,000683
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)		0,0276%	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%	0,0000525	0,0003675	0,000683

Servicio

07 Lavandería

Título

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

Subtítulo

02 Condiciones y horarios de entrega de ropa limpia

A. Protocolo básico

(1) El tipo de ropa a procesar es la habitualmente utilizada en el Hospital: ropa verde quirúrgica, ropa blanca de consultas, sábanas, fundas de almohada, mantas, colchas, pijamas de paciente, toallas, batas y uniformes de empleados.

- La ropa de quirófano se entrega en condiciones adecuada para ser esterilizada sin ningún tipo de manipulación.

- La ropa se entrega debidamente repasada, efectuando los trabajos de costura que se precisen.

- El grado máximo de humedad en la entrega de ropa limpia no es mayor de un 2 %.

(2) El volumen total de ropa enviada a procesar se ajusta a las necesidades del Hospital, que puede variar en función de la demanda existente en cada momento.

- La entrega de ropa limpia va acompañada del correspondiente albarán en el que figura:

(i) Número de albarán.

(ii) Cantidades entregadas distinguiendo por tipos de ropa y dentro de cada uno de ellos por tipos de prenda.

- La ropa rota, que no tenga posibilidad de arreglo, se separa y entrega diariamente en bolsas diferenciada.

- La entrega de la ropa limpia cuenta con la conformidad de la persona que determine la Administración, su firma, sello y fecha de entrega.

(3) Los carros de ropa limpia y sucia son de materiales susceptibles de limpieza como desinfección y resistentes a la corrosión. La estructura del carro está adecuada a las necesidades de transporte dentro del Hospital, las ruedas son de material que amortigua el ruido.

(4) Los carros y las bolsas de tela del empaquetado se limpian adecuadamente y están siempre en condiciones idóneas.

- (5) El suministro de ropa limpia se efectúa en el horario y lugar pactado con la Administración Sanitaria.
- (6) La entrega del material se realiza en presencia del personal que tenga asignada la tarea de recepción del mismo.
- (7) Se efectúa en carros con ruedas de la Unidad y en paquetes cerrados, identificados y con número homogéneo de prendas para facilitar su recuento.
- (8) La ropa de forma se entrega colgada en perchas y en carros adecuados de la Unidad.
- (9) Bajo ningún concepto, la ropa limpia se transporta en un compartimiento que haya transportado ropa sucia, sin una desinfección previa.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda incumplirse el horario de recogida y entrega de ropa:

(1) El responsable de la Unidad 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) Con la realización de las medidas correctoras el responsable de la Unidad o persona en quien delegue 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 este tipo de fallos no debe superar 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) Garantizar el suministro ininterrumpido de ropa limpia al hospital.

(2) Definir stocks de seguridad de ropa limpia en las unidades críticas de acuerdo con la Administración Sanitaria.

(3) Coordinarse con Compras y Almacén.

(4) Poner en marcha las alternativas previstas para solicitudes de emergencia si es preciso.

(5) Registrar las incidencias.

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos de la Unidad.

(2) Planing de trabajo.

(3) Registro de incidencias.

(4) Contratos, acuerdos, etc. sobre dispositivos alternativos (si están previstos para situaciones de emergencia).

D. Indicadores de incumplimiento

07 Lavandería

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

02 Condiciones y horarios de entrega de ropa limpia

Indicador (1/3)

1. definición y valores según PPT

Incumplimiento en la recogida y entrega de ropa en las horas acordadas.

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
5 / FS-4	Programado	T.D.	3, 5, ,	S
fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	15 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 120 min.	Inspecciones físicas (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos	Semanal

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se entrega la ropa en las horas acordadas	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 Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias registradas por personal acreditado y validadas como fallo por incumplimiento del protocolo en el horario de recogida y entrega de ropa en el periodo (semana)

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,007%	0,005%	0,035%	0,0494%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0074%	0,0053%	0,0368%	0,0494%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
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%

D. Indicadores de incumplimiento

07 Lavandería

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

02 Condiciones y horarios de entrega de ropa limpia

Indicador (2/3)

1. definición y valores según PPT

Cantidad y calidad de ropa suministrada se ajusta a los controles establecidos.

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
6 / FS-3	Programado	T.D.	2, 5, ,	M
fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	15 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 24 h.	Auditoria (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
La cantidad y calidad de ropa no se ajusta a los controles establecidos	Incidencia	Responsable específico	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 Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias registradas por personal acreditado y validadas como fallo por incumplimiento del protocolo control sobre cantidad y calidad de la ropa en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

D. Indicadores de incumplimiento

07 Lavandería

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

02 Condiciones y horarios de entrega de ropa limpia

Indicador (3/3)

1. definición y valores según PPT

El grado de humedad máximo permitido es igual o inferior a 2 %

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
8 / FC-M	Ordinario	T.D.	2, 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). 24 h.	Auditoria (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
El grado de humedad no es inferior al 2%.	Incidencia	Responsable específico	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 Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias registradas por personal acreditado y validadas como fallo por incumplimiento del grado de humedad de la ropa en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

Servicio

07 Lavandería

Título

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

Subtítulo

03 Peticiones de emergencia

A. Protocolo básico

El manual de procedimientos de la Unidad contempla los procedimientos de actuación para facilitar un servicio de lavandería de emergencia.

(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.

(5) Orden de prioridad de los diferentes GFHs / tipos de prendas.

(6) Procedimientos por MUL y tiempos de actuación por zonas de riesgo de transmisión patógena.(7) Seguimiento del procedimiento de emergencia y de urgencia.

(7) Declaración de incidencia solventada.

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

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

(a) Tiene la formación adecuada.

(b) Participa cuando así se requiera 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.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

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

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

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

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

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

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

(6) Con la realización de las medidas correctoras el responsable de la Unidad 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, 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.

(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 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 trabajo.

(3) Registro de incidencias.

(4) Plan de emergencia del Hospital.

(5) Manual de procedimientos de la Unidad.

(6) Contratos, acuerdos, etc. sobre dispositivos alternativos (si están previstos para situaciones de emergencia).

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

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

(9) Normativa vigente.

D. Indicadores de incumplimiento

07 Lavandería

01 PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

03 Peticiones de emergencia

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Atenderá las peticiones con carácter de emergencia de reposición de ropa.

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
13 / FS-5	Emergencia	T.D.	2, 5, 6,	M
fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	5 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min.	Auditoria (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos. (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas. (->)	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se atienden las peticiones de emergencia de reposición de ropa.	Incidencia	Responsable específico	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 Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número solicitudes de emergencia no resueltas según protocolo en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,000%	0,125%	0,035%	0,1680%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0000%	0,1313%	0,0368%	0,1680%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
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%

Servicio

07 Lavandería

Título

02 CALIDAD

Subtítulo

01 Sistema de control de calidad total del proceso

A. Protocolo básico

La Unidad de limpieza dispone de un sistema de control de calidad total del procesado de la ropa (lavado, planchado, repaso, recogida y entrega) con el que evalúa las incrustaciones orgánicas e inorgánicas.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse una incidencia en la aplicación del sistema de control de calidad total del procesado de la ropa:

(1) El responsable de la Unidad 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) Con la realización de las medidas correctoras el responsable de la Unidad o persona en quien delegue 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 este tipo de fallos no debe superar el doble de lo previsto 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) Desarrollar y mantener el sistema de control de calidad total del procesado de la ropa (lavado, planchado, repaso, recogida y entrega)

(2) Verificar y alimentar sus resultados corrigiendo las desviaciones que se detecten.

(3) Evaluar específicamente y registrar las inscrustaciones orgánicas e inorgánica detectadas.

(4) Registrar las incidencias.

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos de la Unidad.

(2) Sistema de control de calidad total del proceso de lavandería.

(3) Registro de mediciones y resultados.

(4) Registro de actuaciones y medidas correctoras.

(5) Registro de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

07 Lavandería

02 CALIDAD

01 Sistema de control de calidad total del proceso

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Se aprecia la existencia de incrustaciones orgánicas o inorgánicas

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
9 / FC-M	Ordinario	T.D.	1, 6, ,	M
fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 120 min.	Encuestas de satisfacción y seguimiento (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas.	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
La ropa no está libre de incrustaciones orgánicas/inorgánicas.	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 Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias registradas por personal acreditado y validadas como fallo en el sistema de control de calidad de procesado de la ropa en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

Servicio

07 Lavandería

Título

02 CALIDAD

Subtítulo

02 Sistema de desinfección y retirada de restos de materia orgánica

A. Protocolo básico

La Unidad de lavandería garantiza:

- (1) La retirada todo resto de materia orgánica de la ropa por su sistema de prelavado.
- (2) La termodesinfección a alta temperatura para aquellas prendas que sean de algodón 100% y en las de poliéster mediante cloro.
- (3) El rechazo es inferior al 5%.
- (4) Las exigencias técnicas de asepsia (barrera sanitaria), porcentaje de oxidante (lejía o agua oxigenada) a emplear en el lavado, garantía de enjuagues (eliminación de vestigios de oxidantes), forma de planchado y doblado, higiene en el transporte, etc.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo pueda producirse alguna incidencia en el sistema de desinfección:

(1) El responsable de la Unidad 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) Con la realización de las medidas correctoras el responsable de la Unidad o persona en quien delegue 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

No procede.

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Verificar la retirada todo resto de mareria orgánica de la ropa por su sistema de prelavado.

(2) Verificar los sistemas de desinfección.

(3) Registrar y evaluar los valores de rechazo y sus índices.

(4) Garantizar las exigencias técnicas de asepsia (barrera sanitaria), porcentaje de oxidante (lejía o agua oxigenada) a emplear en el lavado, garantía de enjuagues (eliminación de vestigios de oxidantes), forma de planchado y doblado, higiene en el transporte, etc.

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos de la Unidad.

(2) Sistema de control de calidad total del proceso de lavandería.

(3) Sistemas de desinfección.

(4) Sistemas de asepsia.

(5) Registro de mediciones y resultados.

(6) Registro de actuaciones y medidas correctoras.

(7) Registro de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

07 Lavandería

02 CALIDAD

02 Sistema de desinfección y retirada de restos de materia orgánica

Indicador (1/2)

1. definición y valores según PPT

El porcentaje de rechazo debe ser inferior al 5 %

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
7 / FC-A	Ordinario	N.P.	2, 5, ,	S
fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	60 min.	No procede.	Auditoria (->) 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 porcentaje de rechazo es superior al 5%.	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 Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de entregas con % de rechazo en el periodo (semana) > 5% atribuible a la Unidad por incumplimiento del protocolo, registrados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo.

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

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%	0,003%	0,000%	0,0484%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0452%	0,0032%	0,0000%	0,0484%

D. Indicadores de incumplimiento

07 Lavandería

02 CALIDAD

02 Sistema de desinfección y retirada de restos de materia orgánica

Indicador (2/2)

1. definición y valores según PPT

El repaso de costura no se realiza de forma adecuada .

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
10 / FC-M	Ordinario	N.P.	2, , ,	M
fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	60 min.	No procede.	Auditoria	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
El repaso de costura no se realiza de forma adecuada.	Fallo	Responsable específico	No procede
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Automático: Pre-cierre del Servicio de Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias registradas por personal acreditado y validadas como fallo en el repaso de costura de la ropa (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

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%	0,003%	0,000%	0,0179%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0147%	0,0032%	0,0000%	0,0179%

Servicio

07 Lavandería

Título

02 CALIDAD

Subtítulo

03 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 usuarios del servicio 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 GFH usuario de la Unidad de Lavandería tiene un número asignado y se seleccionan los GFH que configuran la muestra con la utilización de tablas de números aleatorios.
 - (c) En cada GFH y/o en el conjunto de la muestra se mantendrá la proporción poblacional por estamentos.
 - (d) La encuesta es breve para no interferir en el trabajo del personal del Hospital, pero recoge al menos dos cuestiones:
 - ¿Que opinión le merece la limpieza del Hospital?: Excelente, Muy buena. Buena. Mala.
 - ¿Qué mejoraría de la Lavandería?.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo las encuestas ofrezcan unos resultados de satisfacción inferiores a los acordados:

(1) El responsable de la Unidad registra el fallo en la Central de Incidencias, indicando las medidas correctoras que se instrumenten y su plazo de ejecución.

(2) Este registro se cierra automáticamente en la Central de Incidencias hasta la realización de la próxima encuesta.

(3) 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

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 GFH y tipo de usuario.

(3) Registro de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

07 Lavandería

02 CALIDAD

03 Encuesta de Satisfacción

Indicador (1/2)

1. definición y valores según PPT

Se realiza encuestas de satisfacción a los usuarios. Grado de satisfacción entre el 75 y el 85 %.

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
11 / FC-M	N.P.	N.P.	2, , ,	M
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	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
El grado de satisfacción de la encuesta a usuarios no está entre el 75 y 85%.	Fallo	Responsable específico	No procede
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	No procede	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

El resultado de la encuesta de satisfacción se encuentra entre el 75% y el 85% en el periodo (mes)

b. De fallo en el tiempo de respuesta

No procede.

c. De fallo en el tiempo de corrección

No procede.

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

D. Indicadores de incumplimiento

07 Lavandería

02 CALIDAD

03 Encuesta de Satisfacción

Indicador (2/2)

1. definición y valores según PPT

Se realiza encuestas de satisfacción a los usuarios. Grado de satisfacción entre el 60 y el 75 %

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
12 / FC-A	N.P.	N.P.	2, , ,	M
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	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
El grado de satisfacción de la encuesta a usuarios no está entre el 60 y el 75%.	Incidencia	Responsable de GFH	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Automáticamente por los registros de la aplicación.	Automático: Pre-cierre del Servicio de Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

El resultado de la encuesta de satisfacción se encuentra entre el 75% y el 85% en el periodo (mes).

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

Servicio

07 Lavandería

Título

02 CALIDAD

Subtítulo

04 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 en el Hospital recoge su tarjeta identificativa.

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

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

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

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

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

(7) Informe resumen mensual de incidencias para la Dirección de Explotación y la UTC, que, valora el alcance y propone, en caso necesario, las medidas correctoras y el plazo de ejecución.

c. Cuándo?:

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

07 Lavandería

02 CALIDAD

04 Uniformidad: Identificación

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

identificador visible del personal del personal que presta el servicio.

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
G1 / FC-M	Ordinario	T.D.	2, 3, 5,	D
fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 120 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos.	Diario

2. definición del indicador para su gestión

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

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

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

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

Servicio

07 Lavandería

Título

02 CALIDAD

Subtítulo

05 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 en el Hospital 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

07 Lavandería

02 CALIDAD

05 Uniformidad

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Uniformidad

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
G2 / FC-M	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
Personal del Servicio de Lavandería no está correctamente uniformado.	Incidencia	Responsable de GFH	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debería indicarse la persona o alguna seña de identidad de la misma	Comprobación física	Automático: Pre-cierre del Servicio de Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

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

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

Servicio

07 Lavandería

Título

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

Subtítulo

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

A. Protocolo básico

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

- (1) El procedimiento de actuación para las solicitudes de emergencia.
- (2) El sistema de registro, revisión y validación de incidencias, donde se incluye específicamente el servicio de llamada de emergencia.
- (3) El sistema y la periodicidad en la que el responsable de la unidad valida su adecuado funcionamiento.
- (4) El orden de prioridad de los diferentes GFHs / Tipos de ropa.
- (5) Seguimiento del procedimiento de emergencia.
- (6) Declaración de incidencia solventada.
- (7) El registro de las actuaciones realizadas.
- (8) Análisis del cumplimiento del proceso y propuesta de mejora en su caso.
- (9) Coordinación con el Plan de Emergencia del Hospital en los términos que en él se establecen.
- (10) Personal acreditado por el Hospital para solicitudes de emergencia.
- (11) Específicamente se contempla como incidencia que puede dejar inoperativa e impedir el uso de una parte o la totalidad de un área asistencial, la inoperatividad por más de media hora ocasionada por la falta de respuesta a solicitudes de emergencia que afecte sobre todo a localizaciones muy críticas y críticas.

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 GFH y tipología de ropa, 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 trabajo.

(3) Registro de incidencias.

(4) Plan de emergencia del Hospital.

(5) Manual de procedimientos de la Unidad.

(6) Contratos, acuerdos, etc. sobre dispositivos alternativos (si están previstos para situaciones de emergencia).

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

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

(9) Normativa vigente.

D. Indicadores de incumplimiento

07 Lavandería

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

01 Respuesta a solicitudes de emergencia

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

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

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

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 Lavandería	Incidencia	Responsables de GFHs específicos	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Requiere la vinculación a: - algún otro indicador del Servicio, especialmente al 13 (Reposición a solicitudes de emergencia), - a localizaciones muy críticas y críticas - y con un tiempo superior a 30 minutos	Comprobación física	Automático: Pre-cierre del Servicio de Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Núm. de incumplimientos del protocolo atribuibles a la Unidad que según protocolo hayan dejado inoperativa un Area Funcional.

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,166%	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

07 Lavandería

Título

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

Subtítulo

02 Entorpece la actividad de un área (Cumplimiento de las obligaciones de entrega de ropa limpia)

A. Protocolo básico

La Unidad de Lavandería garantiza la entrega de ropa limpia sin rupturas del servicio y atendiendo a los horarios establecidos, 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) La periodicidad y sistema de supervisión y de garantías de entrega.
- (2) El orden de prioridad de los diferentes GFHs / Tipos de ropa.
- (3) Coordinarse con las unidades críticas para el servicio con el propósito de acordar un stock de seguridad de ropa limpia que reduzca el riesgo de inoperatividad.
- (4) Coordinarse con Compras y Almacén, en caso de necesidad, para poner en circulación la ropa nueva que se mantenga en existencias en el hospital.
- (5) El sistema de registro de incidencias.
- (6) Activar el procedimiento de emergencia en caso necesario.
- (7) Específicamente se contempla como la incidencia que puede afectar a la actividad pero no impide el uso de una parte o la totalidad de un área asistencial, consecuencia de fallos en la recogida y entrega de ropa, o reducciones de la cantidad o la calidad de la ropa suministrada), por más de 60 minutos y especialmente en localizaciones establecidas como críticas desde este ámbito.

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 superar el doble del 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) Garantizar el suministro ininterrumpido de ropa limpia al hospital.

(2) Definir stocks de seguridad de ropa limpia en las unidades críticas.

(3) Coordinarse con Compras y Almacén.

(4) Poner en marcha las alternativas previstas para solicitudes de emergencia si es preciso.

(5) Resgistrar las incidencias.

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos de la Unidad.

(2) Plannig de trabajo.

(3) Registro de incidencias.

(4) Contratos, acuerdos, etc. sobre dispositivos alternativos (si están previstos para situaciones de emergencia).

D. Indicadores de incumplimiento

07 Lavandería

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

02 Cumplimiento de las obligaciones de entrega de ropa limpia

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

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

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

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
El Servicio de Lavandería está entorpeciendo la actividad de la Unidad	Incidencia	Responsables de GFHs específicos	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Requiere la vinculación a: - algún otro indicador del Servicio, especialmente al 5 o al 6 (recogida y entrega de ropa o cantidad y calidad de ropa suministrada), - a localizaciones establecidas como críticas desde este ámbito - y con un tiempo superior a 60 minutos	Comprobación física	Automático: Pre-cierre del Servicio de Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Núm. de incumplimientos del protocolo de solicitudes de urgencia atribuible a la Unidad que según protocolo hayan afectado a la operatividad pero no impidan el uso de una parte o la totalidad de un Area Funcional en el periodo (día)

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

Servicio

07 Lavandería

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 Lavandería colabora en los controles sobre los procesos físicos y químicos que se utilicen , 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).
- (7) Las roturas de ropa debidas a técnicas inadecuadas en el proceso de lavado se valoran por parte de la Administración y se descuentan del total de la facturación.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

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

b. Corrección

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

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

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

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Registro de incidencias.

(2) Plan de formación – atención al cliente.

(3) Medidas disciplinarias.

(4) Identificación del personal acreditado para comunicar incidencias.

(5) Normativa vigente.

D. Indicadores de incumplimiento

07 Lavandería

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

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

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

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

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

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
El Servicio de Lavandería 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	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

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

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,025%	0,019%	0,035%	0,00083
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0263%	0,0001995	0,0003675	0,00083
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)		0,0276%	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%	0,0001995	0,0003675	0,00083