

SERVICIO 12

**GESTION DE PERSONAL
ADMINISTRATIVO, DE RECEP-
CIÓN / INFORMACIÓN Y DE
CENTRALITA TELEFÓNICA**

PROCOLO BASICO

Sociedades Concesionarias

Versión 1.0

15 de diciembre de 2006

INDICE

Título	Subtítulo	Página
INTRODUCCION		
	Objeto	4
	Metodología	5
	Protocolo básico	6
	DIAGRAMAS	9
01 PROCEDIMIENTOS GENERALES		
	01 Planificación y gestión del personal administrativo, sustituciones y refuerzos	11
	02 Control de presencia	22
	03 Formación	27
	04 Derechos de la Administración y de los usuarios del Hospital	32
02 APOYO ADMINISTRATIVO		
	01 Cartera de Servicios	37
03 RECEPCION / INFORMACION DE PACIENTES, FAMILIARES Y VISITANTES		
	01 Requerimientos de información	47
	02 Acompañamiento de pacientes y familiares	56
	03 Tarjeta de identificación de acceso	61
	04 Organización de actos y eventos en el Hospital	67
04 ATENCION TELEFONICA		
	01 Gestión de llamadas interiores y exteriores	72
	02 Tiempos de respuesta	78
	03 Llamadas de emergencia	84
	04 Localización del personal médico de guardia localizada	92

Título	Subtítulo	Página
	05 Elaboración de Informes	97
	06 Listín telefónico actualizado	102
05 CALIDAD		
	01 Uniformidad: Identificación	107
	02 Uniformidad	113
	03 Verificación de los puestos de trabajo	118

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)

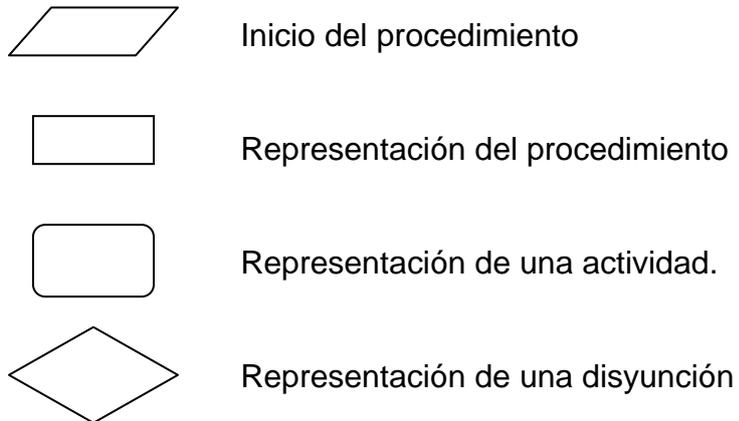
El objeto de los protocolos y manuales de procedimientos es garantizar las mejores prácticas y la calidad de los servicios de explotación, principal preocupación de ambas partes, junto a la necesidad de contar con un sistema homogéneo de seguimiento y control que garantice su cumplimiento.

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).

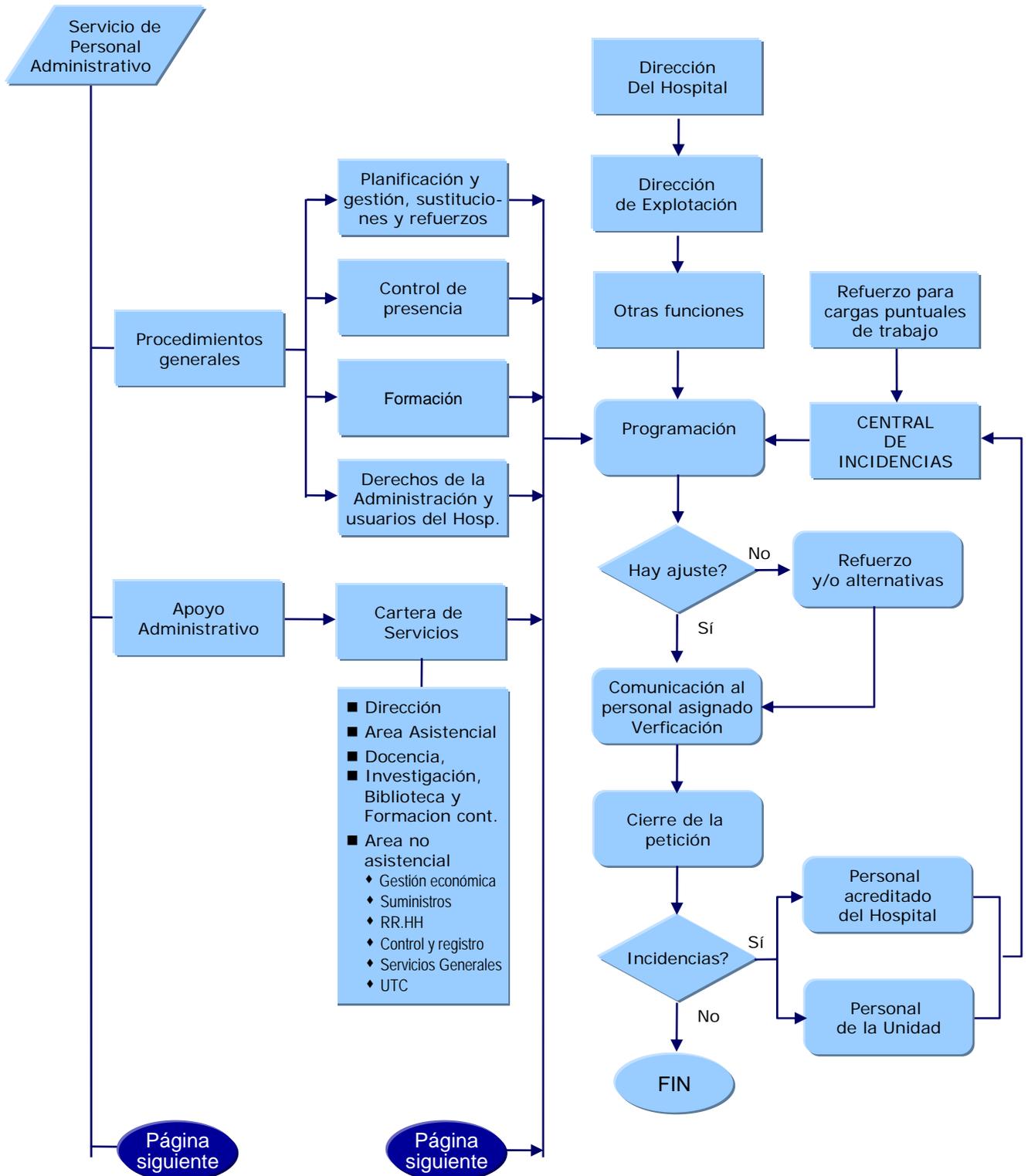
6. Otras indicaciones:

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

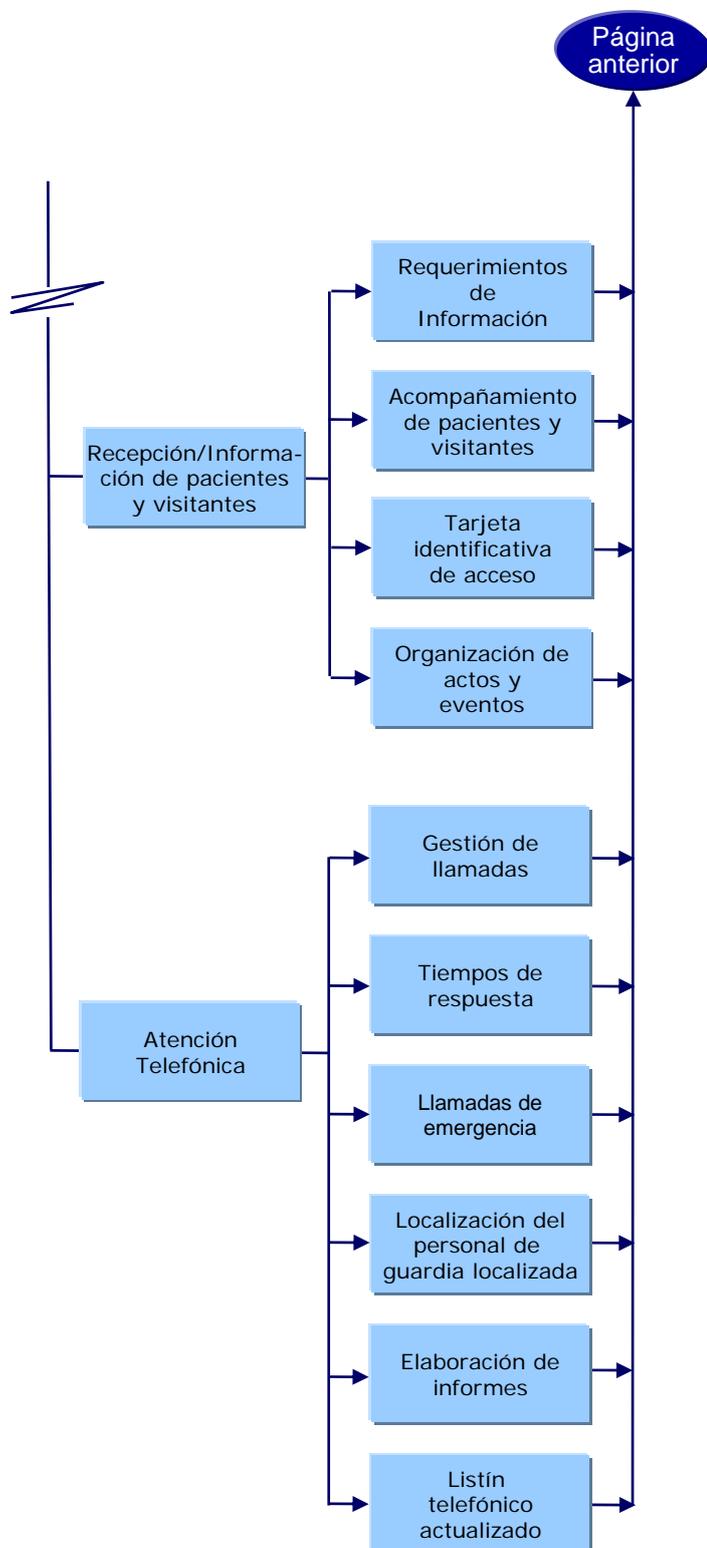
■ La palabra INCIDENCIA, que aparece frecuentemente en el protocolo, se utiliza en su significado de cualquier hecho que se considere anómalo o extraordinario, para que sea subsanado, corregido o simplemente conocido y advertido por quien corresponda (normalmente el responsable de la Unidad).

- 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.

Servicio de Gestión de Personal Administrativo



Servicio de Gestión de Personal Administrativo continuación



Servicio

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

Título

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

Subtítulo

01 Planificación y gestión del personal administrativo, sustituciones y refuerzos

A. Protocolo básico

- (1) La Unidad de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica desarrollar las actuaciones administrativas necesarias para que el personal de la Administración Sanitaria (personal directivo, personal asistencial, personal de gestión), pueda realizar su trabajo.
- (2) Asimismo proporciona el servicio de Recepción / Información de pacientes y visitantes y el funcionamiento de la Centralita Telefónica.
- (3) Los servicios se prestan todos los días al año en los turnos y con las condiciones que se concretan en el Manual de Procedimientos de la Unidad de común acuerdo con la Dirección del Hospital antes de su entrada en funcionamiento.
- (4) La Unidad colabora con la Dirección de Explotación en la elaboración de un Mapa de Riesgos Laborales y en la acreditación con la norma UNE 81900, de prevención de riesgos laborales.
- (5) La Unidad desarrolla un Plan de Calidad específico del Servicio, de conformidad con la metodología acordada con la Administración Sanitaria y la Dirección del Hospital.
- (6) La Unidad cuenta con una gestión técnica informatizada compatible e integrada con los aplicativos de la CAM.
- (7) El manual de procedimientos de la Unidad también contempla dentro de sus procedimientos generales:
 - (a) La planificación y gestión del personal administrativo que presta sus servicios en las áreas funcionales y en relación a las necesidades que en éste ámbito tenga el hospital establecidas en el catálogo de servicios por Unidad y definición de puestos de trabajo previamente acordado con la Administración Sanitaria dentro de un planing de actuaciones, incluyendo los procedimientos para:
 - Instrumentar los “refuerzos” necesarios para atender de forma urgente sobrecargas puntuales de trabajo.

- (i) Personal acreditado y procedimiento para declarar la urgencia de una sobrecarga puntual de trabajo.
- (ii) Procedimiento para reorganizar el plannig de trabajo y atender la urgencia
- (iii) Condiciones y procedimiento para convocar personal de otros turnos, ampliar jornada, etc. en caso de urgencia.
- (iv) Procedimiento para establecer recursos alternativos (acuerdos con otras entidades, contratos de teleasistencia cuando sean posibles, etc.)
 - Sustituir por personal con igual grado de conocimiento en caso de enfermedad, permisos, licencias, etc.
 - Sustituir a las personas que tengan un desempeño deficiente del puesto de trabajo, cuando la Administración Sanitaria lo solicite o directamente mediante los propios mecanismos de control. La sustitución se realiza a la mayor brevedad posible y dentro de los plazos acordados.
 - Controlar el cumplimiento de la jornada laboral establecida por parte del personal de la Unidad.
 - Antes de la entrada en funcionamiento del hospital, se ha establecido con la Dirección los plazos máximos de sustitución en función del puesto de trabajo y en general:
 - (i) Los puestos considerados "muy críticos" se refuerzan / sustituyen como máximo en un plazo no superior a 60 minutos.
 - (ii) Los puestos considerados "críticos" se refuerzan / sustituyen como máximo cuando la ausencia supera las 72 horas.
 - (iii) Los puestos consiciderados "no críticos" se refuerzan / sustituyen como máximo cuando la ausencia supera los 15 días
 - (iv) La Unidad tiene establecido el procedimiento de gestión de una bolsa de trabajo propia o en acuerdo con otras instituciones.
- (b) La formación continuada necesaria para que todo el personal que presta servicios en las distintas áreas, conozca de forma polivalente las tareas y procedimientos a realizar en relación al catálogo de servicios.
- (c) Los procedimientos para que el personal de la Unidad informe a la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria de forma inmediata sobre problemas detectados que puedan afectar a la prestación de servicios sanitarios.

(d) El organigrama y líneas de funcionamiento interno de la Unidad, atribuciones y obligaciones del responsable o responsables, funciones y líneas de comunicación / coordinación con la Dirección de Explotación.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por cualquier motivo pueda producirse alguna incidencia el cumplimiento del protocolo:

(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) De la misma forma, 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 programa la incidencia según el planning de tareas-disponibilidad.

(6) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue cierra la incidencia y registra la hora en que se ha solventado.

(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) El tiempo de corrección de un fallo verificado en este apartado del protocolo no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

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

(3) En el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Organizar el servicio para que pueda prestarse todos los días al año en los turnos y con las condiciones que se concretan en el Manual de Procedimientos de la Unidad de común acuerdo con la Dirección del Hospital antes de su entrada en funcionamiento.

(2) Colaborar con la Dirección de Explotación en la elaboración de un Mapa de Riesgos Laborales y en la acreditación con la norma UNE 81900, de prevención de riesgos laborales.

(3) Desarrollar un Plan de Calidad específico del Servicio, de conformidad con la metodología acordada con la Administración Sanitaria y la Dirección del Hospital.

(4) Desarrollar y mantener una gestión técnica informatizada compatible e integrada con los aplicativos de la CAM.

(5) Desarrollar y mantener el manual de procedimientos de la Unidad considerando:

(a) La planificación y gestión del personal administrativo que presta sus servicios en las áreas funcionales y en relación a las necesidades que en éste ámbito tenga el hospital establecidas en el catálogo de servicios por Unidad y definición de puestos de trabajo previamente acordado con la Administración Sanitaria dentro de un planing de actuaciones, incluyendo los procedimientos para:

- Instrumentar los “refuerzos” necesarios para atender de forma urgente sobrecargas puntuales de trabajo.

(i) Tener identificado al personal acreditado y el procedimiento para declarar la urgencia de una sobrecarga puntual de trabajo.

(ii) Poner en marcha el procedimiento para reorganizar el planing de trabajo y atender la urgencia.

(iii) Establecer las condiciones y poner en marcha el procedimiento para convocar personal de otros turnos, ampliar jornada, etc. en caso de urgencia.

(iv) Establecer las condiciones y poner en marcha el procedimiento para establecer recursos alternativos (acuerdos con otras entidades, contratos de teleasistencia cuando sean posibles, etc.)

- Sustituir por personal con igual grado de conocimiento en caso de enfermedad, permisos, licencias, etc.
 - Sustituir a las personas que tengan un desempeño deficiente del puesto de trabajo, cuando la Administración Sanitaria lo solicite o directamente mediante los propios mecanismos de control. La sustitución se realiza a la mayor brevedad posible y dentro de los plazos acordados.
 - Controlar el cumplimiento de la jornada laboral establecida por parte del personal de la Unidad.
 - Antes de la entrada en funcionamiento del hospital, establecer con la Dirección los plazos máximos de sustitución en función del puesto de trabajo.
- (b) Gestionar la formación continuada necesaria para que todo el personal que presta servicios en las distintas áreas, conozca de forma polivalente las tareas y procedimientos a realizar en relación al catálogo de servicios.
- (c) Ejecutar y verificar los procedimientos para que el personal de la Unidad informe a la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria de forma inmediata sobre problemas detectados que puedan afectar a la prestación de servicios sanitarios.
- (6) Crear, alimentar y actualizar la base de datos de personal desglosado por funciones y por disponibilidad con información proveniente de:
- (a) CV recibidos directamente.
 - (b) Bolsa de trabajo de escuelas especializadas .
 - (c) Personal suplente de otros hospitales compartido mediante acuerdos de colaboración.

c. Cuándo?:

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

d. Materiales y equipos a utilizar:

- (1) Plan de trabajo.
- (2) Mapa de Riesgos Laborales y norma UNE 81900, de prevención de riesgos laborales.
- (3) Plan de Calidad específico del Servicio.
- (4) Gestión técnica informatizada compatible e integrada con los aplicativos de la CAM.
- (5) Manual de procedimientos de la Unidad.

- (6) Catálogo de servicios por Unidad y definición de puestos de trabajo.
- (7) Listado de personal acreditado.
- (8) Sistema de control de presencia del personal de la Unidad.
- (9) Plan de formación.
- (10) Bolsa de trabajo.
- (11) Registro de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

01 Planificación y gestión del personal administrativo, sustituciones y refuerzos

Indicador (1/2)

1. definición y valores según PPT

Sustitución en caso de enfermedad

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
1 / FC-A	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). 120 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	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se ha sustituido a personal de baja por enfermedad.	Incidencia	Responsable de GFH específico	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debería registrarse persona y puesto	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 fallos por incumplimientos de protocolo en la sustitución de personal en caso de enfermedad atribuible a la Unidad, comunicados por personal acreditado y contrastados por la Dirección de Explotación 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 no respondidas según protocolo

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto:

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,043%	0,003%	0,019%	0,0667%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0441%	0,0031%	0,0195%	0,0667%

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

01 Planificación y gestión del personal administrativo, sustituciones y refuerzos

Indicador (2/2)

1. definición y valores según PPT

Refuerzo del personal en sobrecargas de trabajo

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
5 / FC-A	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). 120 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	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se ha reforzado personal ante sobrecargas puntuales de trabajo.	Incidencia	Responsable de GFH específico	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debería registrarse función	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de fallos por incumplimientos del protocolo en cuanto a refuerzo del personal en sobrecargas puntuales de trabajo atribuible a la Unidad, comunicados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto:

Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto:

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,043%	0,003%	0,019%	0,0667%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0441%	0,0031%	0,0195%	0,0667%

Servicio

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

Título

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

Subtítulo

02 Control de presencia

A. Protocolo básico

El manual de procedimientos de la Unidad establece los sistemas de control de presencia a fin de garantizar el cumplimiento de la jornada laboral establecida:

(1) El control de presencia general se garantiza por registro (analógico o digital) de la entrada y la salida del trabajador o por registro de incidencias realizado por el responsable asistencial o de gestión de la Administración Sanitaria de cada Servicio o Unidad Funcional del Hospital.

(2) Cuando el puesto de trabajo se defina para más de un turno dentro de la jornada laboral, el control de presencia se complementa también con la obligatoriedad del personal de la Unidad de no abandonar el puesto hasta que no llegue su remplazo, especialmente en los puestos de trabajo "muy críticos" y "críticos" previamente establecidos con la Administración sanitaria.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por cualquier motivo pueda producirse alguna incidencia el cumplimiento del protocolo:

(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) De la misma forma, 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 programa la incidencia según el planning de tareas-disponibilidad.

(6) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue cierra la incidencia y registra la hora en que se ha solventado.

(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) El tiempo de corrección de un fallo verificado en este apartado del protocolo no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

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

(3) En el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctora.

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Gestionar el sistema de control de presencia.

(2) Registrar y solucionar las incidencias.

(3) Verificar los cambios de turno en los puestos de trabajo muy críticos y críticos.

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Sistema de control de presencia.

(2) Registrar de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

02 Control de presencia

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Control de presencia de los trabajadores

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
3 / FC-A	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). 120 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	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se ha establecido el control de presencia de trabajadores a su cargo.	Incidencia	Responsable de GFH específico	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debería registrarse persona y puesto	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 fallos por incumplimientos del protocolo en el control de presencia de los trabajadores a su cargo atribuible a la Unidad, comunicados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto:

Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto:

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,043%	0,003%	0,019%	0,0667%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0441%	0,0031%	0,0195%	0,0667%

Servicio

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

Título

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

Subtítulo

03 Formación

A. Protocolo básico

(1) El manual de procedimientos de la Unidad contempla dentro de sus procedimientos generales:

(2) La formación continuada necesaria para que todo el personal que presta servicios en las distintas áreas, conozca de forma polivalente las tareas y procedimientos a realizar en relación al catálogo de servicios, incluyendo:

- La formación para que el personal conozca las aplicaciones informáticas que funcionan en el hospital, así como para estar al día de las modificaciones e innovaciones que en dichas aplicaciones pudieran realizarse, orientando a la gestión eficiente del hospital y en este sentido incorporando, entre otras, la tecnología y conocimiento del "hospital sin papel",

- La formación necesaria para facilitar el cumplimiento:

- (i) del deber de confidencialidad del personal de la Unidad y con relación a cuantos datos e informaciones conoce por la participación en la prestación del servicio

- (ii) de la normativa vigente, general o específica, autonómica, estatal y comunitaria y

- (iii) de las adaptaciones a los cambios normativos que se produzcan.

- La formación y los procedimientos para que el personal de la Unidad informe a la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria de forma inmediata sobre problemas detectados que puedan afectar a la prestación de servicios sanitarios.

(3) Los cursos, frecuencias y horarios así como otras formas de formación programada están establecidos en el Plan de Formación Continuada que se proyecta en tres dimensiones:

- Formación técnica específica

- Formación en conocimiento del medio

- Desarrollo del conocimiento y del talento.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por cualquier motivo pueda producirse alguna incidencia el cumplimiento del protocolo:

(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) De la misma forma, 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 programa la incidencia según el planning de tareas-disponibilidad.

(6) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue cierra la incidencia y registra la hora en que se ha solventado.

(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) El tiempo de corrección de un fallo verificado en este apartado del protocolo no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

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

(3) En el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Gestionar la formación continuada y el cumplimiento del plan de formación en sus tres dimensiones: técnica, de conocimiento del medio y de desarrollo del conocimiento y del talento.

(2) Con especial mención a la diseñada para que el personal conozca las aplicaciones informáticas que funcionan en el hospital y sus actualizaciones.

(3) Registrar las incidencias.

c. Cuándo?:

En cada nueva incorporación y cuando lo fije el plan de actualización y reciclaje.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Plan de formación continuada.

(2) Manuales actualizados de las aplicaciones informáticas que funcionan en el hospital.

(3) Ley de protección de datos.

(4) Normativa vigente.

(5) Registro de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

03 Formación

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Formación específica para las diferentes tareas a realizar

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
2 / FC-A	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). 120 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	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
El personal no tiene la formación específica para las tareas a realizar.	Incidencia	Responsable de GFH	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debería registrarse persona y puesto	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 fallos por incumplimientos de protocolo en la formación específica para las diferentes áreas atribuible a la Unidad comunicados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo (SP).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto:

Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo.

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto:

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,043%	0,003%	0,019%	0,0667%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0441%	0,0031%	0,0195%	0,0667%

Servicio

**12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción /
Información y de Centralita Telefónica**

Título

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

Subtítulo

04 Derechos de la Administración y de los usuarios del Hospital

A. Protocolo básico

- (1) La Unidad colabora en los contoles, 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 y la confidencialidad del personal a su cargo y con relación a cuantos datos e informaciones conozca por la participación en la prestación del servicio.
- (3) Realiza sus tareas de forma segura para evitar cualquier tío de saño 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) En el contrato de cada trabajador existe una cláusula en este sentido y las medidas disciplinarias y de todo tipo previstas para su incumplimiento con las máximas penalidades que permita la legislación vigente.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por cualquier motivo pueda producirse alguna incidencia el cumplimiento del protocolo:

(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) De la misma forma, 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 programa la incidencia según el planning de tareas-disponibilidad.

(6) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue cierra la incidencia y registra la hora en que se ha solventado.

(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) El tiempo de corrección de un fallo verificado en este apartado del protocolo no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

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

(3) En el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Colaborar con la Administración Sanitaria en los contoles, supervisiones y auditorías que considere oportunos y seguir diligentemente sus indicaciones.

(2) Promover y verificar el cumplimiento del deber de respetar lo derechos de los usuarios del Hospital y la confidencialidad del personal a su cargo y con relación a cuantos datos e informaciones conozca por la participación en la prestación del servicio.

(3) Verificar que las tareas se realizan 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) Verificar que en el contrato de cada trabajador existe una cláusula en este sentido y las medidas disciplinarias y de todo tipo previstas para su incumplimiento con las máximas penalidades que permita la legislación vigente.

c. Cuándo?:

En cada nueva incorporación y cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Programación de contoles, supervisiones y auditorías demandadas por la Administración Sanitaria.

(2) Registro de indicaciones y comunicaciones de la Administración Sanitaria.

(3) Derechos de los usuarios del Hospital.

(4) Ley de protección de datos.

(5) Normativa sobre confidencialidad.

(6) Contratos y/o contrato tipo de trabajo utilizado.

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

04 Derechos de la Administración y de los usuarios del Hospital

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Cumplimiento del deber de confidencialidad

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
4 / FC-A	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). 120 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	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se ha cumplido el deber de confidencialidad.	Incidencia	Unidad Técnica de Control (UTC)	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debería registrarse persona y hecho.	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 fallos por incumplimientos del deber de confidencialidad atribuible a la Unidad, comunicados por personal acreditado y verificados como fallo 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 no respondidas según protocolo.

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto:

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,043%	0,003%	0,019%	0,0667%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0441%	0,0031%	0,0195%	0,0667%

Servicio

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

Título

02 APOYO ADMINISTRATIVO

Subtítulo

01 Cartera de Servicios

A. Protocolo básico

La Unidad de Gestión de Personal Administrativo cuenta con personal capacitado y especializado para desarrollar las funciones que se explicitan en el manual de procedimientos acordado con la Administración para los siguientes servicios:

(1) Dirección: Staff de personas que realizan funciones propias de la Administración y otros soportes como:

- (a) gestión de agendas del personal directivo.
- (b) gestión multipuesto del directorio de direcciones y datos de contacto de personas de interés.
- (c) gestión del archivo de dirección (unificado o distribuido).
- (d) Registro centralizado de entradas y salidas de Dirección.
- (e) Todas otras aquellas actividades que se han definido en el catálogo de servicios de la Unidad por parte del equipo directivo del Hospital.
- (f) Registro y protocolización de los apartados anteriores y elaboración de una encuesta de satisfacción anual con definición de proyectos de mejora anuales.

(2) Área Asistencial:

- (a) Registro de entrada de pacientes y su identificación completa (incluyendo garante o financiador: beneficiario de la Seguridad Social, etc.) en las distintas áreas asistenciales de entrada al hospital: Admisión de Urgencias, Admisión de Hospitalización y Consultas Externas.
- (b) Realizar los informes médicos de alta en las áreas de urgencias, consultas y hospitalización, a partir del dictado del facultativo correspondiente, directamente o a través de equipos de grabación.
- (c) Estandarizar y capturar automáticamente, cuando sea posible y previa aprobación del Servicio correspondiente y ratificación de la Dirección del Hospital, de datos del paciente y otras partes del

informe, que permitan reducir el tiempo dedicado por los facultativos a esta tarea, desarrollando el concepto de “hospital sin papel”.

(d) En la Unidad de Farmacia se realizan las funciones administrativas propias, incluyendo la gestión administrativa del almacén de productos farmacéuticos, el traspaso de la información económica al Servicio de Gestión Económica del Hospital y a la contabilidad analítica con el detalle que se determine (por Unidad, por paciente, ...) y todos aquellos informes vinculados que el Servicio de Farmacia o la Dirección del Hospital determinan.

(e) En su conjunto, el apoyo administrativo a las áreas asistenciales realiza las labores administrativas que la Administración Sanitaria determine según el catálogo de servicios acordado con la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria.

(f) Registro y protocolización de los apartados anteriores y elaboración de una encuesta de satisfacción anual con definición de proyectos de mejora anuales.

(3) Área de Docencia, Investigación, Biblioteca y Formación Continuada:

(a) Realizar los trabajos de secretaría de la Unidad y de seguimiento administrativo de los contratos para “ensayos clínicos”, becas “FIS”.

(b) Garantiza el traspaso de la información puntual y verazmente a la Unidad de Gestión Económica del Hospital.

(c) Realizar funciones de clasificación y control en Biblioteca y las labores administrativas a los programas de formación que se desarrollen.

(d) Registro y protocolización de los apartados anteriores y elaboración de una encuesta de satisfacción anual con definición de proyectos de mejora anuales.

(e) Cualquier otra función o tarea que la Administración Sanitaria determine según el catálogo de servicios acordado con la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria.

(4) Área no Asistencial

(a) Unidad de Gestión Económica

- Registro y conciliación de albaranes y facturas, garantizando la veracidad y puntualidad de los traspasos de los diferentes “gestores de gasto” (compras, farmacia, etc.)

- Tramitación, seguimiento y control de las obligaciones de pago contraídas por el Hospital.

- Tramitación de los ingresos que reciba la Administración Sanitaria debido a “Ensayos Clínicos”, “Proyectos de Investigación”, “Cobros a Terceros” (estableciendo en su caso la vía judicial correspondiente por incobrables), “Ingresos Varios”, etc.
- Elaboración de la documentación necesaria para tramitar los pagos e ingresos referidos utilizando los documentos presupuestarios recogidos en la legislación vigente, tramitándolos a través del Sistema de Información Económico Financiero de la Tesorería de la Comunidad de Madrid.
- Control y seguimiento efectivo a través de Caja y Bancos.
- Participación en la elaboración del Anteproyecto de Presupuesto del Hospital para su inclusión en los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid.
- Seguimiento y control de la contabilidad financiera y presupuestaria y elaboración de la contabilidad analítica llevada por los hospital de la red pública (GECLIF).
- Centralización de la información asistencial y económica para su análisis y elaboración de informes y cuadros de mando que se soliciten por la Dirección.
- Protocolización de los apartados anteriores y elaboración de una encuesta de satisfacción anual con definición de proyectos de mejora anuales.
- Cualquier otra función o tarea que la Administración Sanitaria determine según el catálogo de servicios acordado con la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria.

(b) Unidad de Suministros - Compras

- Realizar las tareas administrativas para la confección de los expedientes de contratación para la adquisición de material, con arreglo a la normativa estatal y autonómica.
- Las personas asignadas tienen conocimientos suficientes en cuanto al funcionamiento de la Unidad de Compras, legislación vigente aplicable y conocimientos específicos de los diferentes productos, especialmente sanitarios, para dar un soporte adecuado al personal del hospital en:
 - (i) la realización de especificaciones técnicas de los productos,
 - (ii) conocimiento de empresas y productos, negociación y análisis del mercado que permita contar con los mejores productos en relación calidad / precio,

(iii) conocimiento de logística, mejora de plazos de entrega, ajuste de stocks a necesidades, gestión de caducidades, condiciones de almacenaje, reducción de los costes administrativos de las transacciones, etc.

(iv) Recopilación de la información para la realización y mantenimiento de un catálogo de productos del hospital.

- Coordinar las actuaciones entre la Unidad de Compras y la de Gestión de Almacén.

- Cualquier otra función o tarea que la Administración Sanitaria determine según el catálogo de servicios acordado con la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria.

- Registro y protocolización de los apartados anteriores y elaboración de una encuesta de satisfacción anual con definición de proyectos de mejora anuales.

(c) Unidad Recursos Humanos: Realiza las tareas administrativas para garantizar la realización eficiente de:

- Confección de las retribuciones del personal del Hospital.

- Cobertura de ausencias que se produzcan por enfermedad, permisos legalmente establecidos, vacaciones, etc.

- Control de presencias.

- Gestión y seguimiento de la Plantilla de personal, lo que incluirá, el registro "on line" de altas y bajas del personal, así como de las situaciones administrativas del mismo, planificación del personal por áreas.

- Las personas asignadas a esta Unidad tienen los conocimientos suficientes, para dar un soporte adecuado al personal del hospital, en cuanto al funcionamiento de la Unidad, legislación vigente aplicable (especialmente en lo que se refiere a seguridad del trabajo y prevención de riesgos laborales) y conocimientos específicos de las situaciones administrativas y su tramitación correspondientes.

- Registro y protocolización de los apartados anteriores y elaboración de una encuesta de satisfacción anual con definición de proyectos de mejora anuales.

(d) Control y Registro de entradas y salidas de documentos y paquetes:

- Realiza funciones encomendadas al control de paquetería, documentos, etc. de entrada y salida del Centro, registrando todos los movimientos.

(e) Unidad de servicios generales

- Realiza los trabajos de secretaría de las Unidades encomendadas, especialmente Hostelería e Ingeniería, de seguimiento administrativo de los contratos que en ellas se enmarcan y la elaboración de informes vinculados.

(f) Unidad Técnica de Control

- Realiza los trabajos de secretaría de las Unidades encomendadas, especialmente el registro, seguimiento y gestión de peticiones / incidencias detectadas por el personal asistencial del hospital a / en los distintos servicios de explotación de la obra (call-center).

- Registro y protocolización de los apartados anteriores y elaboración de una encuesta de satisfacción anual con definición de proyectos de mejora anuales.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por cualquier motivo pueda producirse alguna incidencia el cumplimiento 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) De la misma forma, cualquier incidencia en este sentido puede comunicarse por el personal acreditado del hospital (responsable del Servicio afectado), 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 programa la incidencia según el planning de tareas-disponibilidad.

(6) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue cierra la incidencia y registra la hora en que se ha solventado.

(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) El tiempo de corrección de un fallo verificado en este apartado del protocolo no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

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

(3) En el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Gestionar el personal y su capacitación para los siguientes servicios:

(a) Dirección.

(b) Área Asistencial.

(c) Área de Docencia, Investigación, Biblioteca y Formación Continuada.

(d) Área no Asistencial:

- Unidad de Gestión Económica.

- Unidad de Suministros - Compras.

- Unidad Recursos Humanos: Realiza las tareas administrativas para garantizar la realización eficiente de:

- Control y Registro de entradas y salidas de documentos y paquetes.

- Unidad de servicios generales.

- Unidad Técnica de Control.

(2) Gestionar el catálogo de servicios de la Unidad.

(3) Verificar el registro y protocolización de las funciones.

(4) Registrar y contrastar las incidencias.

(5) Elaborar una encuesta de satisfacción anual con definición de proyectos de mejora anuales.

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Planing de asignación y funciones.

(2) Registro de personal con identificación de capacitación, especialización y experiencia profesional.

(3) Manual de procedimiento de cada Unidad:

(a) Dirección.

- (b) Área Asistencial.
- (c) Área de Docencia, Investigación, Biblioteca y Formación Continuada.
- (d) Área no Asistencial:
 - Unidad de Gestión Económica.
 - Unidad de Suministros - Compras.
 - Unidad Recursos Humanos: Realiza las tareas administrativas para garantizar la realización eficiente de:
 - Control y Registro de entradas y salidas de documentos y paquetes:
 - Unidad de servicios generales
 - Unidad Técnica de Control
- (2) Catálogo de servicios de la Unidad y procedimientos asociados.
- (3) Registro de actividades.
- (4) Registro de incidencias.
- (5) Formato de encuesta de satisfacción anual y resultados anteriores.
- (6) Archivo de proyectos de mejora anuales.

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

02 APOYO ADMINISTRATIVO

01 Cartera de Servicios

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
NUEVO /				

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	

3. cuantificación del indicador

- a. De fallo
 - No procede
- 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)				
Por Servicio, ponderación de la base por:				
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)				
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)				
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)				
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)				
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)				

Servicio

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

Título

03 RECEPCION / INFORMACION DE PACIENTES, FAMILIARES Y VISITANTES

Subtítulo

01 Requerimientos de información

A. Protocolo básico

La Unidad de recepción / información de pacientes, familiares y visitantes es el primer contacto entre el paciente o visitante con el Hospital, por lo que es muy importante que su personal cuente con conocimientos extensos de comunicación:

(1) El servicio se presta en turno de mañana, tarde y noche según las indicaciones marcadas por la Administración Sanitaria que constan en el manual de procedimientos de la Unidad

(2) El personal de la Unidad atiende todos los requerimientos de información de las personas que lo soliciten

(3) El personal tiene un conocimiento exhaustivo:

- de la ubicación de todas las dependencias del Hospital
- de los medios que dispone el Hospital para facilitar la comunicación a personas discapacitadas entre las distintas áreas del mismo
- del nombre, apellidos, lugar de ubicación y teléfono de las personas relevantes del Hospital, tanto de la Dirección, como mandos intermedios ya sean de la Administración Sanitaria como de la Sociedad Concesionaria.

(4) Tanto en la contratación, como en la formación continuada del personal de la Unidad se priorizan los conocimientos básicos de las lenguas más habituales utilizadas en el área de influencia del Hospital.

(5) En el manual de procedimientos de la Unidad consta también los cargos considerados relevantes y sus nombres y ubicaciones.

(6) Los nombres y ubicaciones de los cargos relevantes o cualquier otra información sobre cambios en la funcionalidad de las dependencias del Hospital o de los medios que dispone para facilitar la comunicación a personas discapacitadas se actualizan inmediatamente una vez comunicados formalmente por la Dirección de Explotación, si es posible con 48 horas de antelación al cambio.

- (7) La Unidad dispone de un manual con la información requerida en el punto (3) en soporte digital y/o físico. El soporte digital está disponible en los puntos del Sistema de Información del Hospital para las personas que en su perfil tengan este permiso de acceso.
- (8) Las actualizaciones se comunican también vía digital y se incluyen simultáneamente en el manual de información.
- (9) El personal de la Unidad dispone de medios de comunicación adecuados y de un punto de información central donde referenciar cualquier consulta sobre informaciones que no se hayan incluido en el manual de información.
- (10) Las incidencias sobre información se registran en el punto de información central para después evaluar la necesidad de incorporarlas en el manual de información.
- (11) Periódicamente el responsable de la Unidad realiza un muestreo aleatorio para verificar los conocimientos y actualizaciones de su personal.

B. Resolución de incidencias

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Gestionar la continuidad del servicio a lo largo del día (turno de mañana, tarde y noche)

(2) Verificar que el personal de la Unidad atiende todos los requerimientos de información de las personas que lo soliciten.

(3) Formar y verificar que el personal de la Unidad tiene un conocimiento exhaustivo de las materias señaladas

(4) Priorizar en la contratación y en la formación del personal de la Unidad los conocimientos básicos de las lenguas más habituales utilizadas en el área de influencia del Hospital.

(5) Desarrollar y actualizar el manual de procedimientos de la Unidad.

(6) Mantener y mejorar el manual de información.

(7) Distribuir el manual de información por el Sistema de Información del Hospital verificando el buen funcionamiento de los perfiles o permisos de acceso.

(8) Hacer el seguimiento de las actualizaciones y su distribución.

(9) Dotar al personal de la Unidad de medios de comunicación adecuados.

(10) Gestionar que el punto de información central pueda hacer frente a cualquier consulta.

(11) Registrar las incidencias sobre información y evaluar la necesidad de incorporarlas en el manual de información.

(12) Realizar periódicamente un muestreo aleatorio para verificar los conocimientos y actualizaciones de su personal.

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Planificación de turnos.

(2) Registro del personal de la Unidad y sus conocimientos de información (idiomas, cursos, documentación aportada,

experiencia, resultados del muestro de verificación de conocimientos, etc.)

(3) Manual de procedimientos de la Unidad.

(4) Mantener y mejorar el manual de información.

(5) Perfiles o permisos de acceso.

(6) Registro de versiones del manual de información (actualizaciones).

(7) Inventario de medios de comunicación de la Unidad.

(8) Procedimientos del punto de información central.

(9) Registro de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

03 RECEPCION / INFORMACION DE PACIENTES, FAMILIARES Y VISITANTES

01 Requerimientos de información

Indicador (1/2)

1. definición y valores según PPT

Demostrar el conocimiento actualizado de las dependencias del Centro

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
8 / FC-A	N.P.	N.P.	1, 6, ,	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.	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
El personal no conoce las dependencias del Centro.	Incidencia	Responsable de GFH	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debería registrarse persona y hecho.	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de fallos por incumplimiento del protocolo en el grado de conocimiento actualizado de las dependencias del Centro atribuible a la Unidad, comunicados por personal acreditado y verificados como fallo 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%	0,0441%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0441%	0,0000%	0,0000%	0,0441%

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

03 RECEPCION / INFORMACION DE PACIENTES, FAMILIARES Y VISITANTES

01 Requerimientos de información

Indicador (2/2)

1. definición y valores según PPT

Conocer la identificación de personas relevantes del Centro

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
9 / 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 personal no tiene identificadas a las personas relevantes del Centro.	Incidencia	Responsable de GFH	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debería registrarse persona y hecho.	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de fallos por incumplimiento del protocolo en el grado de conocimiento de la identificación de las personas relevantes del Centro atribuible a la Unidad, comunicados por personal acreditado y verificados como fallo 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%	0,0441%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0441%	0,0000%	0,0000%	0,0441%

Servicio

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

Título

03 RECEPCION / INFORMACION DE PACIENTES, FAMILIARES Y VISITANTES

Subtítulo

02 Acompañamiento de pacientes y acompañantes

A. Protocolo básico

El personal de la Unidad acompaña a enfermos, familiares o visitantes al lugar donde vayan del Hospital.

(1) En coordinación con Admisión de Hospitalización se programa el acompañamiento de pacientes y acompañantes desde ésta a la habitación asignada, cuando este servicio por especiales características del paciente no pueda realizarse por la Unidad de Transporte Interno (desconocimiento de la lengua española, etc.)

(2) También en coordinación con la Programación de Visitas o a requerimiento del propio paciente, cuando este lo necesite, se le acompaña a Consultas Externas, Gabinetes, CMA, Rehabilitación, etc. y en el tránsito interno a la realización de pruebas complementarias que puedan necesitar (Radiodiagnóstico, Extracciones, etc.).

(3) En los casos de visitas múltiples o de acompañamiento a la realización de pruebas derivadas se coordina el servicio con el personal sanitario del Hospital para no restar innecesariamente recursos a la unidad.

(4) Las rutas utilizadas siempre discurren por las vías asignadas a pacientes y acompañantes, sin interferir, por su seguridad, con la circulación técnica o de mercancías.

(5) El personal tiene localizados los almacenes de sillas de ruedas para el caso en que sea preciso utilizarlas.

B. Resolución de incidencias

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad

b. Qué se hace?:

(1) Verificar que el personal de la Unidad se encuentra en los lugares adecuados para acompañar a pacientes y visitantes que lo requieran.

(2) Coordinarse con Admisiones, Transporte Interno, etc. para prestar el servicio.

(3) Verificar que las rutas utilizadas siempre son las adecuadas.

(4) Formar al personal de la unidad siguiendo el manual de procedimientos.

(5) Registrar y comunicar las incidencias.

(6) Verificar los dispositivos de comunicación del personal de la Unidad para facilitar el servicio.

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Procedimiento de coordinación con Admisión de Hospitalización, programación de consultas, gabinetes, CMA, Transporte interno y gestión auxiliar, etc.

(2) Identificación de los circuitos a utilizar y situación de los almacenes de sillas de ruedas y otros dispositivos de interés.

(3) Registro de incidencias.

(4) Manual de información.

(5) Manual de procedimientos de la Unidad.

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

03 RECEPCION / INFORMACION DE PACIENTES, FAMILIARES Y VISITANTES

02 Acompañamiento de pacientes y acompañantes

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Acompañamiento a las personas establecidos según protocolo

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
6 / FC-M	N.P.	N.P.	2, 5, ,	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 (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se acompaña a las personas establecidas según protocolo.	Incidencia	Responsable de GFH	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debería registrarse persona y hecho.	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 fallos por incumplimiento del protocolo en el acompañamiento de personas atribuible a la Unidad, comunicados por personal acreditado y verificados como fallo 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%	0,0144%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0144%	0,0000%	0,0000%	0,0144%

Servicio

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

Título

03 RECEPCION / INFORMACION DE PACIENTES, FAMILIARES Y VISITANTES

Subtítulo

03 Tarjeta de identificación de acceso

A. Protocolo básico

El personal de la Unidad facilita la tarjeta de identificación de acceso para que en todo momento todas las personas que deambulen por el Hospital estén debidamente identificadas. En el manual de procedimientos se determina:

- (1) Características y manera de obtener la tarjeta identificativa
- (2) Lugar o lugares donde entregarla a las visitas
- (3) Procedimiento de entrega y recogida o anulación de la tarjeta
- (4) Clasificación de zonas y circuitos según se consideren:
 - Zonas públicas (sin tarjeta)
 - Zonas para pacientes y visitas (cualquier restricción se realiza en coordinación con Admisiones)
 - Zonas técnicas (cualquier restricción se realiza en coordinación con la Dirección de Explotación y/o servicio de explotación afectado).
 - Zonas restringidas
- (5) Criterios del Hospital a la hora de establecer los tipos de acceso a visitas de pacientes:
 - Hospital de puertas abiertas con acceso libre para visitantes y familiares (sin tarjeta) a las zonas previstas para ellos que se consideran públicas
 - Horario restringido de visitas (sin tarjeta)
 - Horario restringido y visitas restringidas (con tarjeta)
- (6) Las visitas de la Sociedad Concesionaria van identificados bien como "visita", bien con una tarjeta de identificación "provisional" cuando su frecuencia sea mayor (personal de servicios contratados por la Sociedad Concesionaria y que supongan más de un día seguido de acceso al Hospital), en los horarios y zonas que la Administración Sanitaria señale.

B. Resolución de incidencias

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad

b. Qué se hace?:

(1) Garantizar que el personal de la Unidad facilita la tarjeta de identificación de acceso.

(2) Seguir el procedimiento de entrega y recogida o anulación de la tarjeta.

(3) Conocer y utilizar la clasificación de zonas y circuitos según se consideren:

- Zonas públicas (sin tarjeta)

- Zonas para pacientes y visitas (cualquier restricción se realiza en coordinación con Admisiones)

- Zonas técnicas (cualquier restricción se realiza en coordinación con la Dirección de Explotación y/o servicio de explotación afectado)

- Zonas restringidas.

(4) Conocer y utilizar los criterios del Hospital a la hora de establecer los tipos de acceso a visitas de pacientes:

- Hospital de puertas abiertas con acceso libre para visitantes y familiares (sin tarjeta) a las zonas previstas para ellos que se consideran públicas.

- Horario restringido de visitas (sin tarjeta)

- Horario restringido y visitas restringidas (con tarjeta)

(5) Ejecutar el procedimiento aplicable a las visitas de la Sociedad Concesionaria.

(6) Informar sobre la obligatoriedad de llevar las identificaciones dentro del Hospital siguiendo las indicaciones y criterios comunicados por la Administración Sanitaria.

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos de la Unidad: Gestión de tarjetas identificativas.

- (2) Clasificación de zonas en relación a la necesidad de tarjeta identificativa.
- (3) Criterios establecidos por la Administración Sanitaria sobre acceso de visitantes al hospital.
- (4) Conocer y utilizar los criterios del Hospital a la hora de establecer los tipos de acceso a visitas de pacientes:
- (5) Normativa o comunicación de la Administración Sanitaria sobre utilización de tarjetas identificativas.
- (6) Registro de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

03 RECEPCION / INFORMACION DE PACIENTES, FAMILIARES Y VISITANTES

03 Tarjeta de identificación de acceso

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Grado de cumplimiento en la identificación

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
10 / FC-M	N.P.	N.P.	2, 3, ,	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 (->) Inspecciones físicas	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se facilita la tarjeta de Identificación de acceso.	Incidencia	Responsable de GFH	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debería registrarse persona	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de fallos por incumplimiento del protocolo en el grado de cumplimiento de la identificación, comunicados por personal acreditado y verificados como fallo 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%	0,0144%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0144%	0,0000%	0,0000%	0,0144%

Servicio

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

Título

03 RECEPCION / INFORMACION DE PACIENTES, FAMILIARES Y VISITANTES

Subtítulo

04 Organización de actos y eventos en el Hospital

A. Protocolo básico

- (1) La Unidad organiza los actos que determine la Administración Sanitaria (Congresos, Mesas, Jornadas de difusión, etc.) y bajo sus directrices,
- (2) De forma que la Unidad garantiza el correcto funcionamiento del Salón de Actos o de las diferentes dependencias en que puedan realizarse dichos actos
- (3) Realizando las actuaciones necesarias respecto a otros servicios del Hospital:
 - (a) Procedimiento para la actuación del Servicio de Limpieza
 - (b) Procedimiento para la actuación del Servicio Integral de Mantenimiento
 - (c) Procedimiento para la actuación del Servicio de Transporte Interno (medios audiovisuales)
 - (d) Procedimiento para la actuación de la Unidad de Viales y Jardines (arreglos florales)
 - (e) Procedimiento para la actuación del Servicio de Restauración (avitallamiento establecido).
- (4) La comunicación del acto o evento por parte de la Administración Sanitaria se realizará formalmente con un plazo mínimo de cuatro días de antelación.

B. Resolución de incidencias

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Incluir en el planing de tareas los actos que determine la Administración Sanitaria.

(2) Coordinar las actuaciones necesarias para su correcto funcionamiento en el Salón de Actos o en las diferentes dependencias en que puedan realizarse dichos actos con los Servicios de Limpieza, Mantenimiento, Transporte Interno, Viales y Jardines y Restauración.

(3) Garantizar que todo se ha realizado conforme al manual de procedimientos.

(4) Registrar las incidencias e incorporarlas al proceso de mejora continua.

c. Cuándo?:

Cuando las circunstancias así lo requieren.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Programa de actos y eventos del Hospital con agenda para programar al menos los 12 meses siguientes.

(2) Manual de procedimientos de la Unidad y especialmente en lo que se refiere a la coordinación con los Servicios de Limpieza, Mantenimiento, Transporte Interno, Viales y Jardines y Restauración (identificación de responsables, etc.)

(3) Manual de procedimientos de la Unidad: Hoja de chequeo final anterior y posterior al evento.

(4) Registro de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

03 RECEPCION / INFORMACION DE PACIENTES, FAMILIARES Y VISITANTES

04 Organización de actos y eventos en el Hospital

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Organización de actos

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
7 / FC-M	N.P.	N.P.	3, , ,	S.P.
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.	Inspecciones físicas	Según protocolo (incluye a requerimiento, periódico y aleatorio)

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se colabora en la organización de actos.	Incidencia	Responsable de GFH	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debería registrarse persona y hecho.	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 fallos por incumplimiento del protocolo de organización de eventos atribuible a la Unidad, comunicados por personal acreditado y verificados como fallo 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%	0,0144%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0144%	0,0000%	0,0000%	0,0144%

Servicio

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

Título

04 ATENCION TELEFONICA

Subtítulo

01 Gestión de llamadas interiores y exteriores

A. Protocolo básico

- (1) El primer contacto con el Hospital puede ser por vía telefónica, por tanto este servicio puede ser también la "puerta de entrada" de los usuarios al Hospital.
- (2) La Unidad de Atención Telefónica atiende todas las llamadas que se realizan desde el exterior del Hospital y que necesiten información que no se facilite automáticamente por la centralita telefónica.
- (3) También atiende cualquier llamada del interior del Hospital, ya sea de pacientes, como de personal del Hospital.
- (4) Controla los diferentes niveles de acceso a llamadas exteriores y restricciones que define la Administración Sanitaria (llamadas al territorio nacional, llamadas a teléfonos móviles, extranjero, etc.) previa comunicación de la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria.
- (5) Tiene establecido en su manual de procedimientos el sistema de control informatizado de gestión de llamadas, incluyendo el gasto por extensión y por GFH.
- (6) El personal de la Unidad tiene un conocimiento exhaustivo de:
 - (a) Los teléfonos de todas las dependencias del Hospital y sus horarios de funcionamiento facilitados por la Dirección del Hospital, especialmente los relativos a vías de entrada de pacientes al hospital (Admisiones, Consultas, Urgencias, etc.)
 - (b) El nombre, apellidos, lugar de ubicación, teléfono y horarios de atención de las personas relevantes del Hospital, tanto de la Dirección, como mandos intermedios ya sean de la Administración Sanitaria como de la Sociedad Concesionaria.
 - (c) Los Teléfonos y horarios de atención de otros Centros de la Red Unica Sanitaria, especialmente los correspondientes al área de influencia del Hospital.

(d) Otros teléfonos de interés previamente identificados (Bombreros, policía, protección civil, etc.).

(7) Dispone de un manual de información telefónica con la información señalada en el apartado anterior en formato digital y/o físico. El soporte digital está disponible en los puntos del Sistema de Información del Hospital para las personas que en su perfil tengan este permiso de acceso.

(8) La información y su soporte digital se actualizan inmediatamente una vez que los cambios se comunican formalmente por la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria.

(9) Las incidencias sobre información se registran en el punto de información central para después evaluar la necesidad de incorporarlas en el manual de información.

(10) Periódicamente el responsable de la Unidad realiza un muestreo aleatorio para verificar los conocimientos y actualizaciones de su personal.

(11) Tanto en la contratación, como en la formación continuada del personal de la Unidad se priorizan los conocimientos básicos de las lenguas más habituales utilizadas en el área de influencia del Hospital.

(12) El porcentaje que significan las llamadas entrantes no atendidas personalmente en un tiempo de respuesta máximo de un minuto y según protocolo es inferior al 3 % del total del número de llamadas entrantes para atención personalizada.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por cualquier motivo pueda producirse alguna incidencia el cumplimiento del protocolo:

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

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

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 30 minutos y programa la incidencia según el planning de tareas-disponibilidad.

(6) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue cierra la incidencia y registra la hora en que se ha solventado.

(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) El tiempo de corrección de un fallo verificado en este apartado del protocolo no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

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

(3) En el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Atender todas las llamadas que se realizan desde el exterior del Hospital y que necesiten información que no se facilite automáticamente por la centralita telefónica.

(2) Atender cualquier llamada del interior del Hospital, ya sea de pacientes, como de personal del Hospital.

(3) Controlar los diferentes niveles de acceso a llamadas exteriores y restricciones.

(4) Verificar el buen funcionamiento del sistema de control informatizado de gestión de llamadas.

(5) Mantener actualizado y en conocimiento del personal de la Unidad el manual de información telefónica siguiendo los criterios identificados en el manual de procedimientos de la Unidad.

(6) Realizar los muestreos aleatorios previstos para verificar los conocimientos y actualizaciones del personal de la Unidad.

(7) Tener identificado al personal de la Unidad según sus competencias y experiencia.

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos de la Unidad.

(2) Manual de utilización de la Central Telefónica y demás equipos a gestionar.

(3) Contacto en caso de avería de cualquiera de los equipos.

(4) Comunicaciones formales de la Administración Sanitaria sobre niveles de acceso a llamadas y otras restricciones.

(5) Manual de información telefónica.

(6) Registro de muestreos aleatorios realizados.

(7) Registro de personal.

(8) Registro de incidencias.

(9) Plan de formación continuada.

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

04 ATENCION TELEFONICA

01 Gestión de llamadas interiores y exteriores

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

El porcentaje de llamadas perdidas no puede ser superior al 3%

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
14 / FS-4	Urgencia	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	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	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
El porcentaje de llamadas perdidas es superior al 3%.	Fallo	Unidad Técnica de Control (UTC)	No procede
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	No procede	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de fallos por incumplimiento del protocolo en el número máximo de llamadas perdidas atribuible a la Unidad, comunicados por personal acreditado y verificados como fall. 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 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%	0,050%	0,035%	0,0943%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0072%	0,0513%	0,0359%	0,0943%
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)		0,0076%	0,0538%	0,0377%	0,0991%
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)		0,0075%	0,0532%	0,0372%	0,0979%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0074%	0,0525%	0,0368%	0,0967%
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)		0,0073%	0,0519%	0,0363%	0,0955%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0072%	0,0513%	0,0359%	0,0943%

Servicio

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

Título

04 ATENCION TELEFONICA

Subtítulo

02 Tiempos de respuesta

A. Protocolo básico

El tiempo máximo que admite el manual de procedimientos de la Unidad a respuesta para llamadas de entrada, perdidas y de emergencia es:

- (1) Tiempo de respuesta en llamada de entradas: máximo 30 segundos.
- (2) Se considera llamada "perdida" su transcurre un minuto en espera. Como se ha señalado en el apartado anterior la Unidad está dimensionada para que las llamadas perdidas no superen el 3% de las llamadas entrantes para atención personalizada.
- (3) Tiempo de respuesta en llamada de emergencia: 10 segundos.
- (4) La Unidad está dimensionada para cumplir con los tiempos de respuesta.
- (5) Para sobrecargas puntuales la Unidad tiene definido en su manual el procedimiento para poner en funcionamiento sistemas complementarios y/o alternativos:
 - (a) Redireccionado las sobrecarga a una Unidad determinada por la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria (Unidad Permanente de Apoyo Administrativo, etc.).
 - (b) A empresas externas especializadas de call center cuando así esté previsto mediante acuerdo previo con el Hospital y con la empresa externa.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por cualquier motivo pueda producirse alguna incidencia el cumplimiento del protocolo:

(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) De la misma forma, 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 incidencia en el planning de tareas-disponibilidad o recurre a medios alternativos cuando así estén previstos.

(6) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue cierra la incidencia y registra la hora en que se ha solventado.

(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 los tiempos máximos que admite el manual de procedimientos de la Unidad a respuesta para llamadas de entrada, perdidas y de emergencia.

(2) Dimensionar la Unidad para cumplir con los tiempos de respuesta.

(3) Poner en marcha los sistemas alternativos internos y/o externos, cuando estén previstos, en el caso de sobrecargas puntuales .

(4) Registrar las incidencias.

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos: Tiempos máximos de respuesta para llamadas.

(2) Sistemas alternativos internos y/o externos y protocolo de puesta en marcha.

(3) Registro de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

04 ATENCION TELEFONICA

02 Tiempos de respuesta

Indicador (1/2)

1. definición y valores según PPT

Tiempo de atención a llamadas de entrada (máx. 30 seg.)

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
11 / FS-4	Emergencia	N.P.	2, 5, ,	M
Fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	5 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	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se cumple el tiempo de respuesta a las llamadas de entrada.	Incidencia	Responsable de GFH específico	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de fallos por incumplimiento del protocolo en el tiempo máximo de atención de llamadas de entrada atribuible a la Unidad, comunicados por personal acreditado y verificados como fall. 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 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%	0,125%	0,000%	0,1353%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0072%	0,1281%	0,0000%	0,1353%
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)		0,0076%	0,1345%	0,0000%	0,1421%
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)		0,0075%	0,1330%	0,0000%	0,1405%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0074%	0,1313%	0,0000%	0,1387%
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)		0,0073%	0,1298%	0,0000%	0,1371%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0072%	0,1281%	0,0000%	0,1353%

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

04 ATENCION TELEFONICA

02 Tiempos de respuesta

Indicador (2/2)

1. definición y valores según PPT

Tiempo de atención a llamada de espera (llamada perdida)

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
12 / FS-3	Emergencia	N.P.	2, 5, ,	M
Fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	5 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	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se cumple el tiempo de respuesta a las llamadas en espera.	Incidencia	Responsable de GFH específico	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobacion 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 fallos por incumplimiento del protocolo en el tiempo máximo de atención llamada en espera atribuible a la Unidad, comunicados por personal acreditado y verificados como fall. 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 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%	0,125%	0,000%	0,1537%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0256%	0,1281%	0,0000%	0,1537%
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)		0,0269%	0,1345%	0,0000%	0,1614%
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)		0,0266%	0,1330%	0,0000%	0,1596%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0262%	0,1313%	0,0000%	0,1575%
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)		0,0259%	0,1298%	0,0000%	0,1557%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0256%	0,1281%	0,0000%	0,1537%

Servicio

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

Título

04 ATENCION TELEFONICA

Subtítulo

03 Llamadas de emergencia

A. Protocolo básico

- (1) El procedimiento para llamadas de emergencia se determina en el plan de emergencia del Hospital.
- (2) La Unidad de atención telefónica dispone de una línea exclusiva para emergencias con:
 - (a) Aviso sonoro.
 - (b) Aviso luminoso.
- (3) El número de la línea figura en el plan de emergencia y en cualquiera de los folletos u otros soporte de información que se distribuyan a usuarios del Hospital.
- (4) El tiempo máximo de respuesta es de 10 segundos.
- (5) El manual de procedimientos de la Unidad recoge lo dispuesto en el plan de emergencia del Hospital en cuanto a:
 - (a) Prioridad absoluta de línea de emergencia sobre las demás.
 - (b) Secuencia de actuación en caso de llamada de emergencia.
- (6) La Unidad de atención telefónica dispone de:
 - (a) Los medios necesarios para la coordinación de todos los sistemas de comunicación de emergencias (incendios, bombas, alarmas de robo, etc.) y
 - (b) Sistemas de programación para el bloqueo de equipos.
 - (c) El procedimiento y la secuencia de actuación ante avisos de emergencia automatizados se recoge también en el manual de la Unidad.
- (6) Con la periodicidad definida en el manual, se realizan comprobaciones aleatorias del conocimiento del personal de la unidad sobre los procedimientos y/o se revisan las actuaciones realizadas en los simulacros de emergencia.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por cualquier motivo pueda producirse alguna incidencia el cumplimiento del protocolo:

(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) De la misma forma, 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 incidencia en el planning de tareas-disponibilidad o recurre a medios alternativos cuando así estén previstos.

(6) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue cierra la incidencia y registra la hora en que se ha solventado.

(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) Cumplir con las actuaciones previstas en el plan de emergencia del Hospital.
- (2) Garantizar un línea exclusiva para emergencias en los términos previstos en el manual.
- (3) Difundir el número de la línea de emergencia.
- (4) Priorizar absolutamente la línea de emergencia sobre las demás.
- (5) Verificar permanentemente las indicaciones de todos los sistemas de comunicación de emergencias (incendios, bombas, alarmas de robo, etc.) y coordinar los sistemas de programación para el bloqueo de equipos.
- (6) Realizar comprobaciones aleatorias del manual de procedimientos en este apartado.
- (7) Registrar las incidencias.

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

- (1) Plan de emergencia del Hospital.
- (2) Línea exclusiva para llamadas de emergencia.
- (3) Plan de difusión de la línea de emergencia.
- (4) Manual de procedimientos de la Unidad: Llamadas de emergencia.
- (5) Sistemas automatizados de comunicación de emergencia.
- (6) Sistemas de programación para el bloqueo de equipos.
- (7) Registro de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

04 ATENCION TELEFONICA

03 Llamadas de emergencia

Indicador (1/2)

1. definición y valores según PPT

Tiempo de atención a llamadas de emergencia (máx. 10 seg.)

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
13 / FS-3	Emergencia	N.P.	2, 5, ,	M
Fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	5 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	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se cumple el tiempo de respuesta a las llamadas de emergencia.	Incidencia	Responsable de GFH específico	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobacion 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 fallos por incumplimiento del protocolo en el tiempo máximo de atención llamadas de emergencia atribuible a la Unidad, comunicados por personal acreditado y verificados como fall. 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 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%	0,125%	0,000%	0,1537%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0256%	0,1281%	0,0000%	0,1537%
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)		0,0269%	0,1345%	0,0000%	0,1614%
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)		0,0266%	0,1330%	0,0000%	0,1596%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0262%	0,1313%	0,0000%	0,1575%
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)		0,0259%	0,1298%	0,0000%	0,1557%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0256%	0,1281%	0,0000%	0,1537%

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

04 ATENCION TELEFONICA

03 Llamadas de emergencia

Indicador (2/2)

1. definición y valores según PPT

Establecimiento de sistemas de programación para el bloqueo de equipos

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
17 / FC-M	N.P.	N.P.	2, 5, ,	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 (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se han establecido los sistemas de programación para bloqueo de llamadas salientes.	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 fallos por incumplimiento del protocolo en el establecimiento de sistemas de programación para el bloqueo de equipos atribuible a la Unidad, comunicados por personal acreditado y verificados como fallo 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%	0,0144%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0144%	0,0000%	0,0000%	0,0144%

Servicio

**12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción /
Información y de Centralita Telefónica**

Título

04 ATENCION TELEFONICA

Subtítulo

04 Localización del personal médico de guardia localizada

A. Protocolo básico

- (1) La Dirección del Hospital comunica puntualmente y con confirmación diaria la relación del personal médico de guardia identificando tipología de la guardia y especialidad.
- (2) La Unidad de Atención Telefónica localiza a las personas que están de guardia localizada en los sistemas de intercomunicación de larga distancia, cuando sean requeridas por el personal sanitario acreditado del Hospital.
- (3) La Unidad tiene a su cargo los sistema de intercomunicación que se utilizan, gestionando según manual de procedimientos, su entrega y recogida al personal sanitario, su mantenimiento necesario y su alta y baja del inventario.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por cualquier motivo pueda producirse alguna incidencia el cumplimiento del protocolo:

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

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

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 30 minutos y programa la incidencia según el planning de tareas-disponibilidad.

(6) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue cierra la incidencia y registra la hora en que se ha solventado.

(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) El tiempo de corrección de un fallo verificado en este apartado del protocolo no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

(2) Cuando esté previsto y acordado con la Administración puede ponerse en marcha el procedimiento alternativo dentro del tiempo de corrección mientras se subsana la incidencia,

(3) 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.

(4) 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) Recibir / reclamar la confirmación diaria de la relación del personal médico de guardia identificando tipología de la guardia y especialidad.

(2) Verificar que la Unidad de Atención Telefónica localiza a las personas que están de guardia localizada en los sistemas de intercomunicación de larga distancia, cuando sean requeridas por el personal sanitario acreditado del Hospital.

(3) Gestionar la entrega y recogida de los sistema de intercomunicación que se utilizan, su mantenimiento y su alta y baja del inventario.

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Relación diaria del personal médico de guardia.

(2) Personal acreditado del Hospital para llamada de localización.

(3) Inventario de equipos y sistemas.

(4) Registro de mantenimiento.

(5) Registro de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

04 ATENCION TELEFONICA

04 Localización del personal médico de guardia localizada

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Comunicación con las personas en guardia localizada

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
15 / FC-A	Urgencia	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	30 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 15 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	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se ha comunicado con las persona en guardia localizada.	Incidencia	Responsable de GFH específico	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debería registrarse persona	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de fallos por incumplimiento del protocolo en la comunicación con las personas de guardia atribuible a la Unidad, comunicados por personal acreditado y verificados como fall. 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 no respondidas según protocolo.

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto:

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,043%	0,013%	0,019%	0,0769%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0441%	0,0133%	0,0195%	0,0769%

Servicio

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

Título

04 ATENCION TELEFONICA

Subtítulo

05 Elaboración de Informes

A. Protocolo básico

El sistema de control informatizado de gestión de llamadas facilita los informes periódicos en cuanto a:

- (1) Gasto por extensión.
- (2) Gasto por sistemas (móviles, fijos, etc.)
- (3) Gasto por GFH.
- (4) Tráfico de entrada y salida por horarios y establecimiento de horas valle y punta.
- (5) Análisis de variación de consumos diferenciando al menos las variaciones causadas por:
 - (a) por variación estricta de tarifas.
 - (b) por variación en el horario de llamadas que se traduzca en variación de tarifas.
 - (c) por variación del número de llamadas.
 - (d) por variación del tiempo medio de llamada.
 - (e) por extensión y GFH.
- (6) Con esta información base se elaboran los informes mensuales que establece la Administración Sanitaria y cuyo contenido y formato se encuentra en el manual de procedimientos de la Unidad.
- (7) Anualmente y con los estudios realizados se desarrollan estudios comparativos con la información actualizada de las ofertas de los distintos operadores del mercado.

B. Resolución de incidencias

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Verificar la información generada automáticamente en el periodo.

(2) Realizar los informes mensuales siguiendo los contenidos y formato identificados en el manual de procedimientos de la Unidad.

(3) Mantener actualizado el registro de ofertas de los distintos operadores del mercado.

(4) Realizar estudios comparativos de mercado.

(5) Registrar y comunicar las incidencias.

c. Cuándo?:

Menusalmente o anualmente en el caso de los informes comparativos de mercado.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Sistema de control informatizado de gestión de llamadas.

(2) Registro de incidencias.

(3) Estudios comparativos realizados con anterioridad.

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

04 ATENCION TELEFONICA

05 Elaboración de Informes

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Elaboración de informes periódicos

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
16 / FC-M	N.P.	N.P.	2, 3, ,	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 (->) Inspecciones físicas	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se han elaborado los informes periódicos.	Fallo	Unidad Técnica de Control (UTC)	No procede
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	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 fallos por incumplimiento del protocolo en la elaboración de informes periódicos atribuible a la Unidad, comunicados por personal acreditado y verificados como fallo 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%	0,0144%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0144%	0,0000%	0,0000%	0,0144%

Servicio

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

Título

04 ATENCION TELEFONICA

Subtítulo

06 Listín telefónico actualizado

A. Protocolo básico

- (1) La Unidad de Atención Telefónica dispone de un listado telefónico digital actualizado.
- (2) Con información exhaustiva sobre:
 - (a) Tipo de telefono o tipo de dispositivo de comunicación.
 - (b) GFH.
 - (c) Ubicación.
 - (d) Titular.
- (3) El listín telefónico está disponible en los puntos del Sistema de Información del Hospital para las personas que en su perfil tengan este permiso de acceso.
- (4) La información visualizable también está definida por perfil de acceso al menos para dos niveles:
 - (a) General: Teléfono, GFH y ubicación
 - (b) Restringida: Todos los dispositivos con identificación del GFH, ubicación y titular.
 - (c) La asignación del perfil al personal del Hospital se acuerda con la Dirección del mismo.
- (5) La información y su soporte digital se actualizan inmediatamente una vez que los cambios se comunican formalmente por la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria, y como mínimo una vez al mes.
- (6) La Unidad de Atención Telefónica ejecuta las altas, bajas y cambios de líneas autorizados por la Dirección del Hospital y comunicados por la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria.
- (7) Mensualmente el responsable de la Unidad realiza un muestreo aleatorio para verificar la actualización de la información.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por cualquier motivo pueda producirse alguna incidencia el cumplimiento del protocolo:

(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) De la misma forma, 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 programa la incidencia según el planning de tareas-disponibilidad.

(6) El responsable de la Unidad o persona en quien delegue cierra la incidencia y registra la hora en que se ha solventado.

(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) El tiempo de corrección de un fallo verificado en este apartado del protocolo no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

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

(3) En el plazo acordado con la Administración, en función de la incidencia, se ponen en marcha las medidas correctoras.

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

- (1) Disponer de un listado telefónico digital actualizado.
- (2) Tenerlo a disposición de los usuarios en el Sistema de Información del Hospital para las personas que en su perfil tengan este permiso de acceso.
- (3) Garantizar las directrices de la Administración Sanitaria en cuanto a autorizaciones o perfil de acceso.
- (4) Actualizar el listín telefónico inmediatamente en cuanto se comunique formalmente por la Dirección de Explotación de la Sociedad Concesionaria, y como mínimo una vez al mes.
- (5) Realizar muestreos aleatorios para verificar la actualización de la información.
- (6) Registrar y comunicar las incidencias.

c. Cuándo?:

Con la periodicidad necesaria y al menos una vez al mes.

d. Materiales y equipos a utilizar:

- (1) Listín telefonico actualizado del Hospital.
- (2) Perfiles de acceso de los diferentes usuarios.
- (3) Registro de comunicaciones de cambios
- (4) Registro de control de versiones - actualizaciones.
- (5) Registro de muestreos aleatorios realizados.
- (6) Registro de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

04 ATENCION TELEFONICA

06 Listín telefónico actualizado

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Listado telefónico actualizado

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
18 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 4, 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). 12 h.	Auditoria (->) Análisis del sistema de registro de incidencias por la Unidad Técnica de Control. (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos. (->)	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se tiene el listado telefónico actualizado.	Incidencia	Unidad Técnica de Control (UTC)	No procede
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	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 fallos por incumplimiento del protocolo del mantenimiento actualizado del listado telefónico atribuible a la Unidad, comunicados por personal acreditado y verificados como fallo en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto:

Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo no respondidas según protocolo

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto:

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,043%	0,003%	0,019%	0,0667%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0441%	0,0031%	0,0195%	0,0667%

Servicio

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

Título

05 CALIDAD

Subtítulo

01 Uniformidad: Identificación

A. Protocolo básico

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

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

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

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

b. Corrección

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

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

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

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

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

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

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

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

c. Cuándo?:

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

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Tarjeta identificativa con lectura electrónica.

(2) Datos básicos del trabajador.

(3) DNI o documento identificativo del trabajador.

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

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

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

05 CALIDAD

01 Uniformidad: Identificación

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Identificación visible del personal que presta el servicio

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

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Personal del Servicio de Gestión Administrativa 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 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 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

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,014%	0,003%	0,019%	0,0370%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0144%	0,0031%	0,0195%	0,0370%

Servicio

**12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción /
Información y de Centralita Telefónica**

Título

05 CALIDAD

Subtítulo

02 Uniformidad

A. Protocolo básico

- (1) La Sociedad Concesionaria entrega a cada trabajador el uniforme adecuado y homologado necesario para las labores a realizar en el servicio.
- (2) El personal de la Unidad está obligado según manual de procedimientos a estar permanentemente uniformado única y exclusivamente durante el desempeño de sus funciones siguiendo el manual de uniformidad de la Sociedad Concesionaria aprobado por la Administración Sanitaria.
- (3) En el manual de la Unidad se contempla el procedimiento de la entrega y recogida de ropa para lavar.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

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

b. Corrección

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

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

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

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

(4) Con la entrega del uniforme se cierra el aviso de incidencia en la Central de Incidencias.

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

(6) Informe resumen mensual de incidencias para la Dirección de Explotación y la UTC.

c. Cuándo?:

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

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

05 CALIDAD

02 Uniformidad

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

El personal está correctamente uniformado

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
G2 / FC-M	Ordinario	T.D.	2, 3, 5,	D
Fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 120 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos.	Diario

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Personal del Servicio de Gestión Administrativa 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 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 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

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

y/o

actuaciones de corrección no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,014%	0,003%	0,019%	0,0370%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0144%	0,0031%	0,0195%	0,0370%

Servicio

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

Título

05 CALIDAD

Subtítulo

03 Verificación de los puestos de trabajo

A. Protocolo básico

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

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo no pueda realizarse el protocolo:

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

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

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

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

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

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

b. Corrección

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

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

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

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

(2) Mantener el registro de incidencias.

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

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

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias así lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Plantilla del Servicio.

(2) Sistema de registro de presencias.

(3) Manual de procedimientos del Servicio.

(4) Registro de Incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

12 Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción / Información y de Centralita Telefónica

05 CALIDAD

03 Verificación de los puestos de trabajo

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Puestos de trabajo por zona

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
G3 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 3, 5,	M
Fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 120 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos.	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se comprueba el personal que presta servicios en Gestión de Personal Administrativo	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 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 fallos del registro diario de trabajadores configurado con los puestos de trabajo por zona, documentados y verificados en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto: 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)		0,043%	0,003%	0,019%	0,0667%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,025	0,0441%	0,0031%	0,0195%	0,0667%