

SERVICIO 03

GESTION DE RESTAURACION

PROTOCOLO BASICO

Sociedades Concesionarias

Versión 1.0

15 de diciembre de 2006

INDICE

Título	Subtítulo	Página
INTRODUCCION		
	Objeto	4
	Metodología	5
	Protocolo básico	6
	DIAGRAMAS	11
01 PROCEDIMIENTOS GENERALES		
	01 Materiales fungibles, transporte y equipos	13
	02 Oferta de menús	18
	03 Plan y Petición de dietas	30
	05 Elaboración de Dietas	40
	06 Distribución de Dietas	48
02 SERVICIO DE RESTAURACIÓN PARA PERSONAL AUTORIZADO		
	01 Limpieza del autoservicio - Servicio y horario del personal	58
03 MANUAL DE HIGIENE		
	01 Control higiénico del proceso	68
	02 Cumplimiento de las normas establecidas por Medicina Preventiva	75
	03 Limpieza del equipamiento y mobiliario	77

04 CALIDAD

01 Manual de APPCC	79
02 Encuestas de satisfacción	107
03 Uniformidad - identificación	114
04 Uniformidad	120
05 Cobertura de puestos	125

00 SITUACIONES CRÍTICAS DEL SERVICIO

01 Dejar inoperativa una parte o la totalidad de un área asistencial	130
02 Entorpecer la actividad de un área asistencial	138
03 Reclamación por parte de la Administración o de los Usuarios del Hospital	144

INTRODUCCION

Objeto

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

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

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

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

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

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

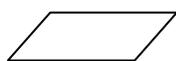
De ahí la necesidad, manifestada también por la Administración, de elaborar protocolos comunes para todos los hospitales, que sin llegar al detalle imposible de los procedimientos concretos, afectados por la distribución física, la organización, las dimensiones, etc. de cada hospital, establezcan claramente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

Metodología

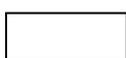
Cada Sociedad Concesionaria ha trabajado el “protocolo básico” de determinados Servicios para presentarlo al conjunto de las Sociedades. El esquema de trabajo ha sido el siguiente:

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

cuencia de actividades utilizando las siguientes convenciones gráficas



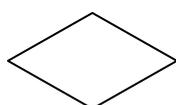
Inicio del procedimiento



Representación del procedimiento



Representación de una actividad.



Representación de una disyunción

b. La identificación de:

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

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

Protocolo Básico

Finalmente el protocolo básico o común tiene la siguiente forma:

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

Cada documento finaliza por el título: 00 Situaciones Críticas del Servicio, que recoge aquellos procedimientos que su defectuosa realización puede generar perjuicios a la actividad asistencial e incluso al propio paciente. Se ha hecho así para destacar su importancia, priorizar aún más la atención de los responsables y orientar el desarrollo posterior de los “manuales de procedimientos” en cada hospital.

5. Apartado o subtítulo (Actividades)

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

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

a. Respuesta

b. Corrección

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

a. Responsable

b. ¿Qué se hace?

c. ¿Cuándo?

d. Materiales y equipos a utilizar

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

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

2. Definición del indicador para su gestión:

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

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

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

■ Personal acreditado.

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

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

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

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

■ Localización:

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

■ Observaciones.

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

■ Verificación

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

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

■ Cierre de la incidencia

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

3. Cuantificación del indicador:

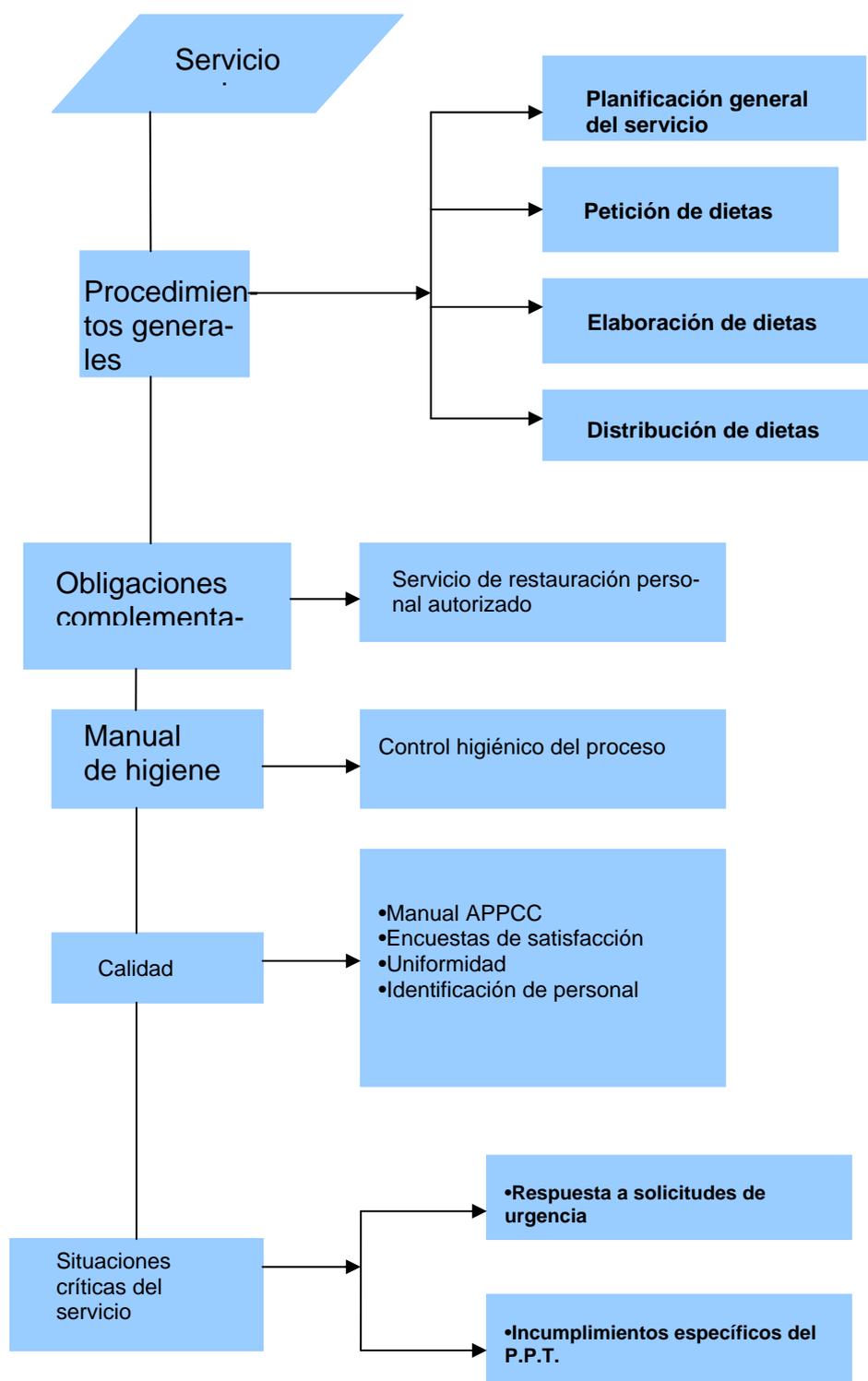
- a. de fallo
- b. de respuesta
- c. de corrección

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

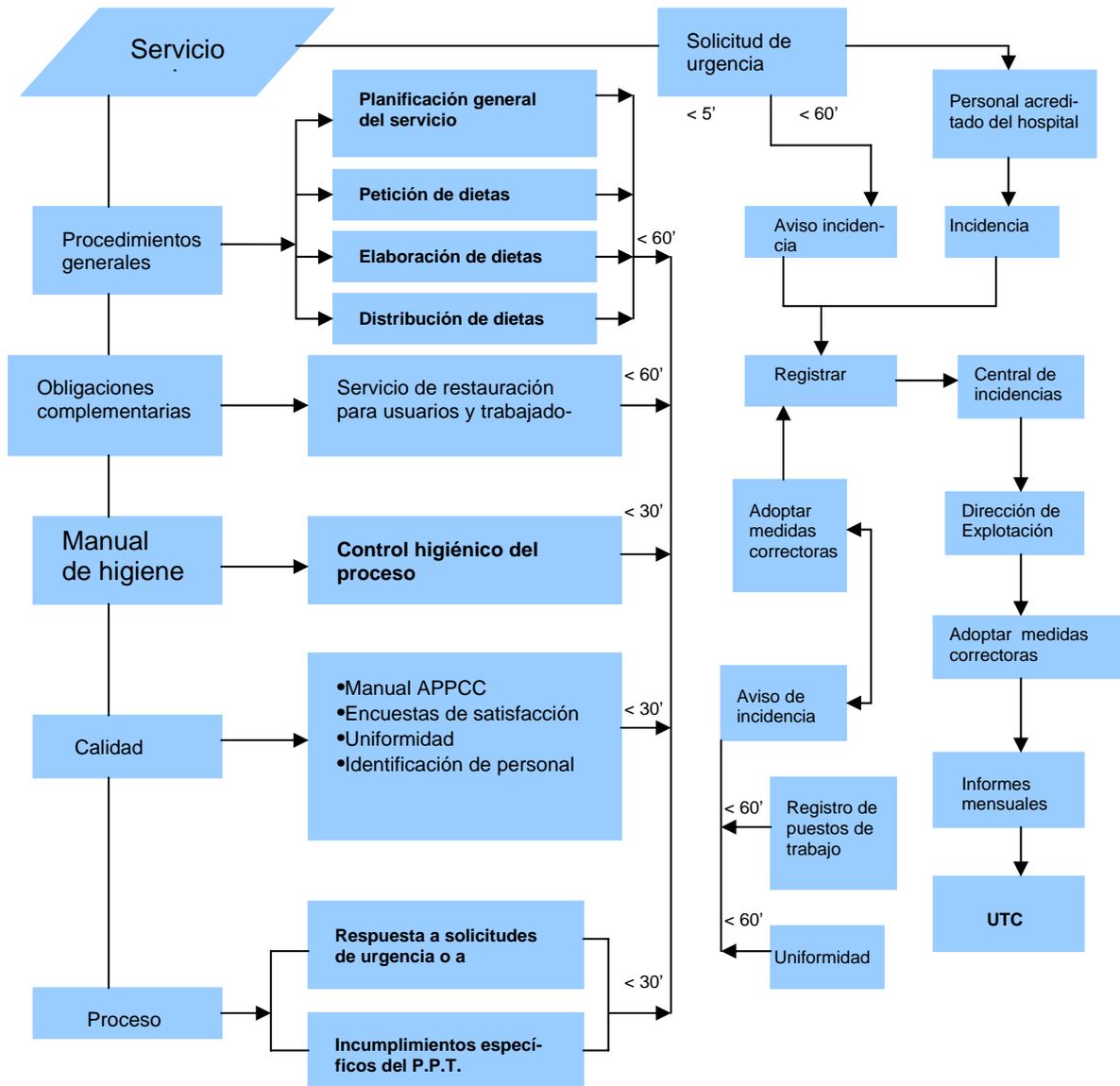
6. Otras indicaciones:

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

Servicio de Gestión de Restauración



Servicio de Gestión de Restauración B. INCIDENCIAS



Servicio

03 Servicio de Restauración

Título

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

Subtítulo

01 Materiales fungibles, transporte y equipos

A. Protocolo básico

- (1) El Servicio de Restauración aporta la dotación inicial y la reposición de
 - (a) vajilla,
 - (b) cristalería,
 - (c) menaje,
 - (d) bandejas,
 - (e) lencería y materiales desechables,
 - (f) carros de transporte y
 - (g) los equipos utilizados para mantener los alimentos a la temperatura adecuada necesarios para la prestación del servicio.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, se produzca alguna incidencia relacionada con la dotación, el mantenimiento y la reposición de los materiales fungibles, transporte y equipos:

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

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

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

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

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 60 minutos y prioriza la resolución de la incidencia en el planning de tareas.

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

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

b. Corrección

(1) La corrección de una incidencia en el cumplimiento de las políticas y procedimientos de petición, elaboración y/o distribución de dietas en el centro, no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

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

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad

b. Qué se hace?:

(1) Elaborar y actualizar el inventario de materiales fungibles.

(2) Definir los stocks mínimos y de seguridad.

(3) Elaborar y actualizar el inventario de equipos.

(4) Comunicar y resolver las incidencias.

c. Cuándo?:

(1) Al inicio de la actividad.

(2) Diariamente siempre que sea necesaria su actualización

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos del servicio

(2) Aplicación informática de gestión de compras y stocks

(3) Inventario de materiales y equipos

(3) Registro de incidencias.

(4) Personal acreditado del Hospital

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

01 Materiales fungibles, transporte y equipos

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Disponibilidad de material necesario para el servicio

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
4 / FC-M	Ordinario	T.D.	2, 6, ,	M
fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 120 min.	Auditoria (->) 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 Servicio de Restauración no dispone del material necesario para la prestación del servicio	Fallo	Dirección del Hospital	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe indicarse el tipo de material (vajilla, cristalería, menaje, transporte, etc.) y el GFH afectado	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de reclamaciones por falta de material para la prestación del servicio, registradas y verificadas por la Administración atribuible a la Unidad 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)		0,014%	0,003%	0,019%	0,0378%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0147%	0,0032%	0,0200%	0,0378%

Servicio

03 Servicio de Restauración

Título

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

Subtítulo

02 Oferta de menús

A. Protocolo básico

- (1) El Servicio de Restauración suministra una amplia variedad de productos, que reúnen las condiciones organolépticas necesarias para hacerlos apetitosos, cubriendo sus necesidades nutricionales durante las 24 horas del día, todos los días del año.
- (2) Las operaciones que se realizan desde cocina para ofertar este servicio son las siguientes:
 - (a) La confección y planificación de los menús y dietas según el Manual de Dietas aprobado por el Servicio de Nutrición
 - (b) La gestión del aprovisionamiento (definición de productos: calidad y cantidad, adquisición y reposición, almacenamiento y conservación).
 - (c) La compra y mantenimiento de equipamiento y menaje necesario para la gestión del servicio.
 - (d) La reposición de menaje y útiles que se soliciten por las unidades de hospitalización, de conformidad con los pactos previos aprobados por la Administración Sanitaria.
 - (e) La contratación de los recursos humanos que dan cobertura a este servicio.
 - (f) La manipulación y cocinado de las materias necesarias para la elaboración del menú y dietas.
 - (g) El emplatado centralizado de las comidas en bandejas individuales y el cuidado de su presentación (a excepción de la cadena fría)
 - (h) El traslado de los servicios y alimentos extras desde la cocina hasta office de planta y la retirada posterior de bandejas y carros.
 - (i) El lavado centralizado en la cocina de menaje, bandejas, carros y cualesquiera utensilios empleados, para dietas de enfermo, cocina y autoservicio.
 - (j) La limpieza general de maquinaria e instalaciones.

(3) La pensión alimenticia básica para las dietas basales o asimilables, se compone de desayuno, comida, merienda y cena. En este tipo de dietas el paciente tiene la opción de elegir entre diferentes platos del menú.

(4) Se incluye en la oferta el concepto de “merienda reforzada” compuesta por un bocadillo de embutido variado, queso o tortilla, preparado con pan reciente o pan de molde, además de la merienda que habitualmente se oferta (café con leche, infusiones, yogur o zumo, con galletas o bollo). Este servicio se prestará previa solicitud expresa y habitualmente en horario de meriendas, para aquellas situaciones en que se solicite alguna comida con posterioridad a la finalización de la cinta de emplatado.

(5) Se ha diseñado un menú de ingreso de contenido polivalente para varias dietas, que se servirá para enfermos del área de urgencias y cenas de enfermos de ingreso programado, en los que no se conozca previamente la dieta desde planta antes de las 16 horas.

(6) También se contempla en la oferta, el “refuerzo especial” para ciertos enfermos diabéticos consistente en un bocadillo de pan con embutido (jamón york o fiambre de pavo o jamón serrano) o queso fresco. Dicho servicio también se prestará previa solicitud expresa.

(7) Los menús son quincenales y distintos para cada una de las estaciones del año, con oferta de elección de menú para todas las dietas basales o blandas. Dicha elección en el caso de los pacientes, consiste en la elección entre tres primeros platos, tres segundos platos y tres postres.

(8) Se ofrecen menús especiales:

(a) Para determinadas festividades:

- Día de Navidad,
- Noche Vieja,
- Año Nuevo,
- Reyes
- Fiesta Patronal local.

(b) Dicha oferta incluye el personal que coma por cuenta del hospital.

(c) Menús étnicos/culturales:

(d) Menús infantiles: para las dietas basales y/o blandas pediátricas, que se adaptan a los gustos de la población infantil, manteniendo sus características de equilibrio nutricional.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, se produzca alguna incidencia relacionada con la planificación general del servicio de restauración a enfermos en el centro:

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

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

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

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

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 60 minutos y prioriza la resolución de la incidencia en el planning de tareas.

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

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

b. Corrección

(1) La corrección de una incidencia en el cumplimiento de las políticas y procedimientos de petición, elaboración y/o distribución de dietas en el centro, no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

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

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Elaborar y actualizar el manual de procedimientos de petición, elaboración y distribución de dietas, aprobado por la Administración sanitaria.

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

(3) Comunicación de incidencias

(4) Las incidencias urgentes ser resolveran en menos de una hora

c. Cuándo?:

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

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos del servicio

(2) Protocolo de petición, elaboración y distribución de dietas

(3) Registro de incidencias.

(4) Personal acreditado del Hospital.

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

02 Oferta de menús

Indicador (1/4)

1. definición y valores según PPT

Oferta variada de menús, ciclos y alternativas de elección

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
15 / FS-3	Programado	T.D.	2, 6, ,	M
aquellos fallos de naturaleza grave que pueden o no afectar por sí mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un Área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio..	15 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min.	Auditoria (->) 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 Servicio de Restauración no dispone de oferta de menús cíclicos y alternativas de elección	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 incidencias relacionadas con la falta de menús cíclicos según protocolo, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto:

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto:

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

02 Oferta de menús

Indicador (2/4)

1. definición y valores según PPT

Menús específicos en festividades

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
17 / FC-M	N.P.	N.P.	2, 6, ,	A
fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza	No procede	No procede. No procede.	Auditoria (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas.	Anual

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
El Servicio de Restauración no dispone de menús específicos para festivos especiales	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 incidencias relacionadas con la falta de menús para festivos especiales según protocolo, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (año).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

No procede

c. De fallo en el tiempo de corrección

No procede

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

02 Oferta de menús

Indicador (3/4)

1. definición y valores según PPT

Dietas específicas infantiles

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
18 / FS-3	Programado	T.D.	2, 6, ,	M
aqueellos fallos de naturaleza grave que pueden o no afectar por si mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un Área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio..	15 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min.	Auditoria (->) 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 Servicio de Restauración no dispone de dietas destinadas a niños	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 incidencias relacionadas con la falta de menús infantiles según protocolo, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto:

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto:

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

02 Oferta de menús

Indicador (4/4)

1. definición y valores según PPT

Dietas especiales por religión o hábitos generalizados

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
19 / FS-4	Programado	T.D.	2, 6, ,	M
aqueellos fallos de naturaleza no grave que pueden o no afectar por sí mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio.	15 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min.	Auditoria (->) 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 Servicio de Restauración no dispone de dietas especiales por razón de religión y/o hábitos alimentarios generalizados	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 incidencias relacionadas con la falta de menús étnicos-culturales según protocolo, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto:

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto:

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

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,007%	0,005%	0,035%	0,0494%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0074%	0,0053%	0,0368%	0,0494%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
Zona Muy Crítica: Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófono. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0078%	0,0055%	0,0386%	0,0519%
Zona Crítica. Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0077%	0,0054%	0,0381%	0,0512%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0076%	0,0054%	0,0377%	0,0507%
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0075%	0,0053%	0,0372%	0,0500%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0074%	0,0053%	0,0368%	0,0494%

Servicio

03 Servicio de Restauración

Título

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

Subtítulo

03 Plan de dietas

A. Protocolo básico

- (1) En el Manual de Dietas se describen las especificaciones técnicas, requerimientos nutricionales y limitaciones de cada dieta y sirve de referencia para la petición y elaboración de las diferentes dietas que se prepararán en cocina, asociadas a un código que servirá como referencia para realizar la petición de dietas.
- (2) Desde las unidades de hospitalización se solicitan las dietas que deben servirse en cocina, especificando el código de dietas y los servicios solicitados (desayuno, comida, merienda, cena).
- (3) Estas peticiones de dietas llegan diariamente a planta desde las unidades de hospitalización; el personal de cocina procede a la introducción de datos en su programa informático y a partir de esa información se elaboran los servicios solicitados.
- (4) En el programa informático de cocina, se introducen las modificaciones correspondientes a las dietas solicitadas desde las distintas unidades, y a partir de él, se generan las planillas con el contenido de los menús a preparar en cocina y se listan las etiquetas con los datos del paciente, para evitar errores de servicio en cinta de emplatado.
- (5) La información referente al cambio de dietas debe llegar a cocina con anterioridad a la preparación de los diferentes servicios:
 - (a) Desayuno: antes de las 20:00 horas del día anterior.
 - (b) Comida: antes de las 9:00 horas.
 - (c) Merienda: antes de las 15:00 horas.
 - (d) Cena: antes de las 16:00 horas.
- (6) Cuando se trabaja con el sistema de elaboración convencional en línea caliente, las peticiones de dietas que se realicen una vez iniciado el proceso de emplatado, se preparan y distribuyen a la finalización del servicio, para no interrumpir la cinta de emplatado.

(7) En ningún caso el número de dietas solicitadas por unidad es superior al número de enfermos ingresados en la unidad en el momento de consumo del servicio.

(8) Sólo se sirven dietas a enfermos registrados en el sistema.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, se produzca alguna incidencia relacionada con la petición de dietas en el centro:

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

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

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

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

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 60 minutos y prioriza la resolución de la incidencia en el planning de tareas.

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

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

b. Corrección

(1) La corrección de una incidencia en el cumplimiento de las políticas y procedimientos de petición, elaboración y/o distribución de dietas en el centro, no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

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

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Elaborar y actualizar el manual de procedimientos de petición, elaboración y distribución de dietas, aprobado por la Administración sanitaria.

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

(3) Comunicación de incidencias.

(4) Las incidencias urgentes ser resolveran en menos de una hora.

c. Cuándo?:

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

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos del servicio.

(2) Protocolo de petición de dietas.

(3) Manual de Dietas.

(4) Plan de Dietas.

(5) Registro de incidencias.

(6) Personal acreditado del Hospital.

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

03 Plan de dietas

Indicador (1/3)

1. definición y valores según PPT

Plan de gestión de Dietas actualizado

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
20 / FC-M	N.P.	T.D.	2, 6, ,	T
fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza	No procede	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el).	Auditoria (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas.	Trimestral.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
El Servicio de Restauración no dispone de un Plan de Gestión de Dietas actualizado	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 incidencias relacionadas con la falta de Plan de Gestión de Dietas actualizado según protocolo, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (trimestre).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

No procede.

c. De fallo en el tiempo de corrección

No procede.

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

03 Plan de dietas

Indicador (2/3)

1. definición y valores según PPT

Verificación de concordancia de dietas suministradas

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
10 / FC-A	Ordinario	T.D.	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). 60 min.	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
Las dietas que se sirven a los enfermos no son las autorizadas por la Dirección del Hospital	Incidencia	Responsables de GFHs específicos	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe señalarse la dieta inadecuada	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Automático: Pre-cierre del Servicio de Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con dietas servidas que no se corresponden con solicitadas según protocolo, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto:

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

No procede.

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,043%	0,003%	0,000%	0,0484%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0452%	0,0032%	0,0000%	0,0484%

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

03 Plan de dietas

Indicador (3/3)

1. definición y valores según PPT

Cumplimiento horario de suministro de extras

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

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Los extras no se facilitan en los horarios acordados	Incidencia	Responsables de GFHs específicos	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Automático: Pre-cierre del Servicio de Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay reincidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con incumplimiento de horario de suministro de extras según protocolo, registradas por personal acreditado y verificadas 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)		0,007%	0,050%	0,035%	0,0967%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0074%	0,0525%	0,0368%	0,0967%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
Zona Muy Crítica: Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0078%	0,0551%	0,0386%	0,1015%
Zona Crítica. Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0077%	0,0545%	0,0381%	0,1003%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0076%	0,0538%	0,0377%	0,0991%
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0075%	0,0532%	0,0372%	0,0979%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0074%	0,0525%	0,0368%	0,0967%

Servicio

03 Servicio de Restauración

Título

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

Subtítulo

04 Elaboración de Dietas

A. Protocolo básico

- (1) A partir del Manual de Dietas se confeccionan los distintos menús que forman parte del Plan de Dietas, teniendo en consideración las necesidades nutritivas, hábitos alimenticios regionales, nacionales o internacionales y recursos disponibles.
- (2) En los criterios de elaboración se tiene en cuenta que las dietas sean equilibradas y apetitosas, siempre y cuando lo permitan las indicaciones terapéuticas, y que cumplan con los requerimientos nutricionales específicos de cada situación, ajustándose a las recomendaciones terapéuticas de cada caso.
- (3) En el Manual de Procedimientos se detallan las pautas a seguir en todo el proceso de adquisición de materias primas, elaboración y distribución de alimentos; con el fin de cumplir con el objetivo de prestación de servicio en Cocina y Comedor de personal autorizado.
- (4) La preparación de alimentos se realiza mediante cualquiera de las dos opciones existentes en el mercado:
 - (a) Sistema de elaboración tradicional.
 - (b) Línea fría.
- (5) La elaboración y el emplatado son centralizados, el servicio esta individualizado para cada paciente según su elección, teniendo en cuenta las restricciones alimenticias terapéuticas y los hábitos culturales.
- (6) Se cuida especialmente la presentación del producto para que sea atractiva para el usuario, al igual que la limpieza de la vajilla, cubertería y bandeja, garantizando una buena imagen del servicio.
- (7) En todas las fases que componen el proceso de recepción, almacenamiento, elaboración, distribución de alimentos y limpieza, se trabaja con la metodología APPCC (Sistema de Análisis de Puntos Potencialmente Críticos que identifica los riesgos específicos y las medidas preventivas para su control), con el propósito de identificar, evaluar y mantener bajo control mediante procedimientos predeterminados, los peligros que pueden afectar a las diferentes

fases de la cadena alimentaria y evitando especialmente la ruptura de la cadena fría.

(8) Nuestro objetivo es conseguir que los alimentos lleguen a los offices de planta a la temperatura apropiada. En el caso de cadena fría, las comidas se servirán en carros de regeneración; en el caso de elaboración tradicional se seguirán las siguientes actuaciones:

(a) Toma y registro de temperatura en el centro del producto antes del inicio de cinta de emplatado, para asegurar que los alimentos calientes se sirven a más de 65 grados y los refrigerados a menos de 5 grados, con el fin de evitar rupturas en cadena fría.

(b) Utilización de carros calientes platos y calienta boles, para que el menaje alcance la temperatura apropiada.

(c) Utilización de carros baño maría para que el producto elaborado, no pierda temperatura durante el emplatado.

(d) Muestreo diario de toma y registro de temperatura en cocina de los alimentos servidos en bandeja isotérmica (una bandeja de cada 50), una vez emplatado el producto, para garantizar que los alimentos servidos a los pacientes están a la temperatura adecuada.

(e) Distribución del servicio en bandeja isotérmica dentro del horario previsto, hasta office de planta.

(9) Se presta especial atención a los productos seleccionados para la elaboración de las diferentes dietas, ajustándose a los requisitos que marca la normativa vigente, en especial el Código Alimentario Español. La calidad de estos artículos es fundamental, para garantizar que el alimento elaborado sea además de nutritivo, apetecible.

(10) En previsión de eventuales fallos de suministro y otros incidentes, se dispone en el propio centro de una reserva de productos, listos para suministrar de al menos 2 días, pudiendo a su vez estos productos emplearse de forma rotatoria, como alternativas en la elección de menú por parte de los usuarios.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, se produzca alguna incidencia relacionada con la petición, elaboración y/o distribución de dietas en el centro:

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

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

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

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

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 60 minutos y prioriza la resolución de la incidencia en el planning de tareas.

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

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

b. Corrección

(1) La corrección de una incidencia en el cumplimiento de las políticas y procedimientos de petición, elaboración y/o distribución de dietas en el centro, no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

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

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Elaborar y actualizar el manual de procedimientos de petición, elaboración y distribución de dietas, aprobado por la Administración sanitaria.

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

(3) Comunicación de incidencias.

(4) Las incidencias urgentes ser resolveran en menos de una hora.

c. Cuándo?:

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

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos del servicio.

(2) Protocolo de petición de dietas.

(3) Protocolo de elaboración de dietas.

(4) Manual de APPCC.

(5) Programa informático.

(6) Registro de incidencias.

(7) Personal acreditado del Hospital.

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

04 Elaboración de Dietas

Indicador (1/2)

1. definición y valores según PPT

Reserva de 2 días en productos

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

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
El Servicio de Restauración no dispone de stock de seguridad para dos días	Fallo	Unidad Técnica de Control (UTC)	No procede
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de 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 incidencias relacionadas con falta de stock de alimentos para dos días según protocolo, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto:

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto:

Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo

y/o

Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,007%	0,005%	0,035%	0,0494%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0074%	0,0053%	0,0368%	0,0494%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
Zona Muy Crítica: Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Paritorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0078%	0,0055%	0,0386%	0,0519%
Zona Crítica. Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0077%	0,0054%	0,0381%	0,0512%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0076%	0,0054%	0,0377%	0,0507%
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0075%	0,0053%	0,0372%	0,0500%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0074%	0,0053%	0,0368%	0,0494%

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

04 Elaboración de Dietas

Indicador (2/2)

1. definición y valores según PPT

Mantenimiento constante de cadena fría

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
14 / FS-2	Urgencia	T.D.	2, , ,	S
aquellos que afectan a la operatividad pero no impiden el uso de una parte o la totalidad de un Área funcional del Hospital	30 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min.	Auditoría	Semanal

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Se ha producido una ruptura de la cadena del frío	Incidencia	Medicina Preventiva	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de Medicina Preventiva o automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

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

Servicio

03 Servicio de Restauración

Título

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

Subtítulo

05 Distribución de Dietas

A. Protocolo básico

- (1) El comienzo de distribución de bandejas para los distintos servicios es el siguiente:
 - (a) DESAYUNOS a partir de: 8:00 horas.
 - (b) COMIDAS a partir de: 13 horas.
 - (c) MERIENDAS a partir de: 16.30 horas.
 - (d) CENAS a partir de: 20 horas.
- (2) Las bandejas van identificadas con tarjetas en las que se refleja: número de cama, planta y tipo de dieta que el paciente debe recibir.
- (3) El emplatado se realiza por plantas, unidades, habitaciones y pacientes.
- (4) Todas las planillas son revisadas antes de la distribución de alimentos para contrastar la información recogida, con la información enviada a cocina desde las unidades, respecto a movimientos internos: altas, bajas o cambios de dieta, y así reducir el número de errores.
- (5) El Manual de Procedimientos del servicio cuenta con un protocolo de revisión de dietas para evitar errores en su envío a pacientes, que toma como base:
 - (a) Plan de Dietas con las diferentes opciones de menús.
 - (b) Fichas técnicas de platos.
 - (c) Manual de Dietas aprobado por el Servicio de Nutrición y que sirve de base para la elaboración del Plan de Dietas.
 - (d) Programa informático de cocina en el que se incluyen los datos de la dieta asociada a cada enfermo y que permite listar etiquetas individuales con número de habitación y código de dieta.
 - (e) Supervisión por parte del área de dietética del Servicio de Restauración, de los alimentos servidos en cinta de emplatado.
 - (f) Visto bueno en las unidades de las dietas enviadas desde cocina hasta office de planta.

- (6) En la distribución de dietas a unidades se seguirá el orden de reparto pactado con la Administración Sanitaria, con un margen de llegada de las dietas al office de más o menos 30 minutos sobre el horario previsto (excepto en los casos en que se utilice el sistema de línea fría).
- (7) A la entrega del servicio en los office de planta o controles de unidades, el personal de cocina lleva una hoja impresa con las dietas que se envían desde cocina a cada enfermo, para que el responsable de la unidad de su visto bueno.
- (8) En el horario pactado con la Administración Sanitaria, las bandejas que se han utilizado para los distintos servicios, son recogidas desde los office de planta por el personal asignado al servicio, para proceder a su limpieza en la zona de lavado de cocina.
- (9) Los alimentos extras son los productos alimenticios pactados con el hospital, para ofrecer a los enfermos ingresados en las distintas unidades como el "resopón" del turno de noche. Se entregan por la Sociedad Concesionaria a las 11 horas, con un margen de variación de más o menos una hora. Dentro de esta oferta se incluyen productos habituales de consumo para este servicio: zumo, leche, galletas, azúcar e infusiones, el importe económico global no superará el 4% del presupuesto máximo destinado a restauración de enfermos.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, se produzca alguna incidencia relacionada con la petición, elaboración y/o distribución de dietas en el centro:

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

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

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

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

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 60 minutos y prioriza la resolución de la incidencia en el planning de tareas.

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

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

b. Corrección

(1) La corrección de una incidencia en el cumplimiento de las políticas y procedimientos de petición, elaboración y/o distribución de dietas en el centro, no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

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

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Elaborar y actualizar el manual de procedimientos de petición, elaboración y distribución de dietas, aprobado por la Administración sanitaria.

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

(3) Comunicación de incidencias.

(4) Las incidencias urgentes ser resolveran en menos de una hora.

c. Cuándo?:

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

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos del servicio

(2) Protocolo de petición, elaboración y distribución de dietas

(3) Registro de incidencias.

(4) Personal acreditado del Hospital.

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

05 Distribución de Dietas

Indicador (1/2)

1. definición y valores según PPT

Alimentos a temperatura adecuada para ingesta

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
11 / FS-3	Urgencia	T.D.	2, 3, ,	S
aquellos fallos de naturaleza grave que pueden o no afectar por si mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un Área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio..	30 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas	Semanal

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Los alimentos para los pacientes están fríos	Incidencia	Responsables de GFHs específicos	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Automático: Pre-cierre del Servicio de Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con temperatura inadecuada de alimentos atribuibles al Servicio de Restauración según protocolo, registradas por personal acreditado y verificadas 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)		0,025%	0,050%	0,035%	0,1156%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0263%	0,0525%	0,0368%	0,1156%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
Zona Muy Crítica: Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0276%	0,0551%	0,0386%	0,1213%
Zona Crítica: Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0273%	0,0545%	0,0381%	0,1199%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0270%	0,0538%	0,0377%	0,1185%
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0266%	0,0532%	0,0372%	0,1170%

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento				
Zonificación	Por fallo	respuesta	corrección	Total
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)	0,0263%	0,0525%	0,0368%	0,1156%

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

01 PROCEDIMIENTOS GENERALES

05 Distribución de Dietas

Indicador (2/2)

1. definición y valores según PPT

Suministro de productos a las unidades de enfermería

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

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Los alimentos para los pacientes no se facilitan dentro del horario previsto	Incidencia	Responsables de GFHs específicos	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe identificarse si se trata de comida, cena,...	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Automático: Pre-cierre del Servicio de Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con incumplimiento en el horario de suministro de productos atribuibles al Servicio de Restauración según protocolo, registradas por personal acreditado y verificadas 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)		0,066%	0,050%	0,035%	0,1586%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0693%	0,0525%	0,0368%	0,1586%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
Zona Muy Crítica: Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0728%	0,0551%	0,0386%	0,1665%
Zona Crítica. Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0719%	0,0545%	0,0381%	0,1645%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0710%	0,0538%	0,0377%	0,1625%

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento				
Zonificación	Por fallo	respuesta	corrección	Total
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)	0,0702%	0,0532%	0,0372%	0,1606%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)	0,0693%	0,0525%	0,0368%	0,1586%

Servicio

03 Servicio de Restauración

Título

02 SERVICIO DE RESTAURACION PARA PERSONAL AUTORIZADO

Subtítulo

01 Limpieza del autoservicio

A. Protocolo básico

- (1) El Servicio de Gestión de Restauración se responsabiliza de la gestión del servicio de cafetería a público y a trabajadores del hospital, existiendo zonas diferenciadas para cada uno de ellos.
- (2) El horario de atención es de 8 a 22,30 horas.
- (3) En nuestra carta de servicio se dan diferentes alternativas para los des-ayunos, comidas y cenas.
- (4) Los menús se confeccionan siguiendo el procedimiento descrito para la elaboración de dietas de enfermo en este protocolo, presentándose de forma que resulten apetitosos y variados.
- (5) Además de esto se ofrecen los artículos propios de consumo en cafetería: café, refrescos, bocadillos, bollería,..., etc.
- (6) No se dispensa tabaco, ni bebida de graduación superior a la recogida en la legislación vigente, en materia de venta y de prohibición de consumo a menores de edad.
- (7) Se oferta una alternativa de menús especiales, para las mismas fechas que el ofertado para dietas de enfermos.
- (8) El personal de guardia habitualmente comerá en las instalaciones de cafetería de personal. En el caso de que alguno de estos trabajadores no haya podido utilizar el servicio de comedor en el horario establecido, por obligaciones urgentes de asistencia sanitaria, se le proporcionará alimento adecuado para ser ingerido cuando le sea posible; este se preparará en bandeja isotérmica, para facilitar la mejor conservación del producto.
- (9) Los trabajadores que comen con cargo al hospital, deben presentar un justificante que acredite su autorización, para que les sea dispensado el menú en cafetería.
- (10) En el área de cafetería, se dispone de zonas específicas para que los usuarios del servicio depositen las bandejas y su contenido, al finalizar el consumo del producto. Los avisos informativos al

respecto, están colocados en lugares visibles, para ayudar al mantenimiento del orden y limpieza

(11) Dos veces en turno de mañana y dos en turno de tarde, se limpian las mesas de cafetería para eliminar los restos de suciedad o menaje que hayan podido quedar en ellas.

(12) Las instalaciones se limpian al cierre del servicio, atendiendo a las incidencias que puedan surgir cuando están abiertas al público.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, se produzca alguna incidencia relacionada con la gestión de restauración en comedor de personal:

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

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

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

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

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

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

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

b. Corrección

(1) La corrección de una incidencia en el cumplimiento de aspectos relacionados con el servicio de comedor de personal, no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

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

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Elaborar y actualizar el manual de procedimientos aprobado por la Administración sanitaria.

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

(3) Comunicación de incidencias.

c. Cuándo?:

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

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos del servicio.

(2) Manual de higiene.

(3) Manual de APPCC.

(4) Protocolo de elaboración de dietas.

(5) Plan de Dietas.

(6) Registro de incidencias.

(7) Personal acreditado del Hospital.

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

02 SERVICIO DE RESTAURACION PARA PERSONAL AUTORIZADO

01 Limpieza del autoservicio

Indicador (1/2)

1. definición y valores según PPT

Mesas de autoservicio, limpias y sin vajilla sucia

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
8 / FS-4	Ordinario	T.D.	2, 6, ,	S
aquellos fallos de naturaleza no grave que pueden o no afectar por sí mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio.	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 60 min.	Auditoria (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas.	Semanal

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Las mesas del autoservicio no se mantienen limpias y con vajilla limpia	Incendencia	Unidad Técnica de Control (UTC)	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Se considerará fallo si la incidencia es atribuible al Servicio de Restauración por no actuar conforme a protocolo	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Automático: Pre-cierre del Servicio de Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con incumplimiento del protocolo de limpieza de mesas de autoservicio atribuibles al Servicio de Restauración según protocolo, registradas por personal acreditado y verificadas 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)		0,007%	0,019%	0,035%	0,0641%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0074%	0,0200%	0,0368%	0,0641%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
Zona Muy Crítica: Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0078%	0,0209%	0,0386%	0,0673%
Zona Crítica: Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0077%	0,0207%	0,0381%	0,0665%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0076%	0,0204%	0,0377%	0,0657%
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0075%	0,0202%	0,0372%	0,0649%

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento				
Zonificación	Por fallo	respuesta	corrección	Total
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)	0,0074%	0,0200%	0,0368%	0,0641%

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

02 SERVICIO DE RESTAURACION PARA PERSONAL AUTORIZADO

02 Servicio y horario para el personal de guardia

Indicador (2/2)

1. definición y valores según PPT

Suministro de alimento al personal de servicio fuera del horario previsto

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
22 / FS-4	Programado	T.D.	2, 6, ,	M
aquellos fallos de naturaleza no grave que pueden o no afectar por sí mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio.	15 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min.	Auditoria (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas.	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se proporciona alimento adecuado para el personal de guardia que, por obligaciones urgentes de asistencia sanitaria, no ha podido acudir al comedor en el horario establecido	Incendencia	Unidad Técnica de Control (UTC)	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Automático: Pre-cierre del Servicio de Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con falta de suministro de alimentos adecuados fuera de horario al personal de servicio atribuibles al Servicio de Restauración según protocolo, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto:

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto:

Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo

y/o

Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,007%	0,005%	0,035%	0,0494%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0074%	0,0053%	0,0368%	0,0494%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
Zona Muy Crítica: Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0078%	0,0055%	0,0386%	0,0519%
Zona Crítica: Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0077%	0,0054%	0,0381%	0,0512%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0076%	0,0054%	0,0377%	0,0507%
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0075%	0,0053%	0,0372%	0,0500%

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento				
Zonificación	Por fallo	respuesta	corrección	Total
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)	0,0074%	0,0053%	0,0368%	0,0494%

Servicio

03 Servicio de Restauración

Título

03 MANUAL DE HIGIENE

Subtítulo

01 Control higiénico del proceso

A. Protocolo básico

- (1) Se dispone de un Manual de Higiene en el que se contemplan los siguientes aspectos: procedimientos, metodología, medios técnicos y materiales.
- (2) Se garantiza la higiene de los productos durante todo el servicio, cuidando, no sólo que los artículos recibidos sean conforme a los estándares contratados, sino que el almacenamiento, manipulación y procesado de los mismos sea el correcto.
- (3) Exigimos a los proveedores de los distintos productos, que sean empresas que cumplan con las normativas higiénicas en cuanto a almacenamiento y distribución de los productos perecederos.
- (4) El personal que participa en el proceso, debe cumplir con las normas higiénicas, en cuanto a la manipulación de los alimentos (materias primas), así como todas aquellas que establezca el Servicio de Medicina Preventiva.
- (5) Los manipuladores de alimentos deben lavarse las manos:
 - (a) Al inicio de la jornada.
 - (b) Después de ir al servicio.
 - (c) Después de tocar objetos contaminados.
 - (d) Después de tocarse el pelo, nariz y/o boca.
- (6) La desinfección y limpieza de útiles se realiza en lavavajillas industrial que permiten alcanzar temperaturas de 82°C.
- (7) El programa de limpieza diseñado cumple con la normativa vigente en esta materia; en el se incluye la periodicidad de limpieza y forma de actuación según zonas, equipamientos e instalaciones.
- (8) Se presta especial atención a la limpieza de los equipos y mobiliario ubicados en todas las zonas de recepción, almacenes, cámaras, zona de preparación, zona de condimentación, lavado y residuos, ajustándose en todo momento a las indicaciones del Servicio de Medicina Preventiva.

(9) La periodicidad de limpieza viene determinada por la zona, diariamente se limpiaran todas las instalaciones y en la ficha de control de limpieza se de-tallan las limpiezas generales a realizar en:

- (a) ZONAS DE ALMACENAJE.
- (b) CÁMARAS.
- (c) CUARTOS DE PREPARACIÓN.
- (d) ZONA DE ELABORACIÓN.
- (e) ZONA DE EMPLATADO.
- (f) ZONA DE LAVADO.
- (g) ZONA DE RESIDUOS.
- (h) EQUIPOS.

(10) Se dispone de fichas técnicas de limpieza en las que se refleja la periodicidad y el día en que se ha efectuado.

(11) Los productos de limpieza adquiridos para el servicio se emplean según las recomendaciones incluidas en sus fichas técnicas y se almacenan en zonas específicas, separadas de los alimentos.

(12) La limpieza se compone de dos fases:

- (a) Eliminación de la suciedad y restos de materia orgánica con agua, detergente y posterior aclarado.
- (b) Desinfección con agua a temperatura superior a 80 grados. En general se emplean productos clorados (lejía alimentaria) y agua fría, aunque pueden sustituirse por otros desinfectantes químicos, que no produzcan toxicidad en la cadena alimenticia.

(13) A la finalización del servicio, se procede a la limpieza de todos los materiales a través del lavado, tanto de los carros, como de la vajilla, menaje, cubiertos y bandejas, en la zona de lavado.

(14) El proceso de lavado se efectúa de forma rápida, con el fin de evitar la proliferación bacteriana y que los residuos, especialmente almidones, tengan tiempo de adherirse a la superficie por la desecación de los mismos.

(15) Se desinsecta la zona de forma programada y se atiende a los avisos de urgencia. Tenemos en cuenta el tipo de productos químicos a emplear, su modo de aplicación y los riesgos que pueden llevar asociados para personas y posibles contaminaciones alimentarias, por lo que se ponen en marcha medidas de seguridad antes y después de los tratamientos.

(16) Cada dos meses a través de un Centro de Control de Calidad Homologado se realiza un estudio de determinación microbiológica referido a los componentes del menú y utensilios de uso común en los locales, así como estudio de placas de contaminación superficial.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, se produzca alguna incidencia relacionada con la higiene en la gestión de restauración:

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

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

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

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

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

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

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

b. Corrección

(1) La corrección de una incidencia en el cumplimiento de las políticas y procedimientos de higiene, no debe superar en general el doble del tiempo establecido como tiempo de respuesta.

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

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Elaborar y actualizar el manual de procedimientos aprobado por la Administración sanitaria.

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

(3) Comunicación de incidencias.

c. Cuándo?:

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

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos del servicio.

(2) Manual de higiene.

(3) Registro de incidencias.

(4) Personal acreditado del Hospital.

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

03 MANUAL DE HIGIENE

01 Control higiénico del proceso

Indicador (1/3)

1. definición y valores según PPT

Realización de Control Higienico de los productos en la adquisición, almacenamiento y proceso

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
5 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 5, 6,	M
fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	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. (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas. (->)	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se realiza el proceso de control higiénico de los productos en la adquisición, almacenamiento y proceso	Fallo	Medicina Preventiva	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe registrarse el grupo de productos y la fase afectada	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de Medicina Preventiva o automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con falta de control higiénico de los productos atribuibles al Servicio de Restauración según protocolo, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto:

Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo 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%	0,0683%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0452%	0,0032%	0,0200%	0,0683%

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

03 MANUAL DE HIGIENE

02 Cumplimiento de las normas establecidas por Medicina Preventiva

Indicador (2/3)

1. definición y valores según PPT

Cumplimiento normas higiénicas , s/Medicina Preventiva

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
6 / FC-A	Ordinario	N.P.	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.	No procede. No procede.	Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos.	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Se están Incumplimiento las normas higiénicas	Fallo	Medicina Preventiva	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe registrarse la norma incumplida y la persona/s que la incumplen	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de Medicina Preventiva o automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con incumplimiento de normas higiénicas establecidas por Medicina Preventiva atribuibles al Servicio de Restauración según protocolo, registradas por personal acreditado y verificadas 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%	0,003%	0,000%	0,0484%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0452%	0,0032%	0,0000%	0,0484%

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

03 MANUAL DE HIGIENE

03 Limpieza del equipamiento y mobiliario

Indicador (3/3)

1. definición y valores según PPT

Limpieza de equipamiento y mobiliario según Med. Preventiva

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
7 / FS-3	Programado	T.D.	2, 6, ,	S
aquellos fallos de naturaleza grave que pueden o no afectar por si mismos a la operatividad y uso de una parte o la totalidad de un Área funcional y que incumplen claramente algún aspecto determinado en el PPT de ese servicio..	15 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min.	Auditoria (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas.	Semanal

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Se están incumpliendo las normas de limpieza específica del equipamiento y mobiliario de la zona de cocina y almacenes	Fallo	Medicina Preventiva	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe registrarse el grupo de productos	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de Medicina Preventiva o automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con incumplimiento de normas de limpieza de equipamiento y mobiliario establecidas por Medicina Preventiva atribuibles al Servicio de Restauración según protocolo, registradas por personal acreditado y verificadas 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)		0,025%	0,005%	0,035%	0,0683%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0263%	0,0053%	0,0368%	0,0683%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
Zona Muy Crítica: Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0276%	0,0055%	0,0386%	0,0717%
Zona Crítica. Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0273%	0,0054%	0,0381%	0,0708%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0270%	0,0054%	0,0377%	0,0701%
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0266%	0,0053%	0,0372%	0,0691%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0263%	0,0053%	0,0368%	0,0683%

Servicio

03 Servicio de Restauración

Título

04 CALIDAD

Subtítulo

01 Manual de APPCC

A. Protocolo básico

(1) Con el sistema de análisis de peligros y puntos de control crítico (APPCC) se dispone de una herramienta que sistemáticamente identifica, evalúa y controla los peligros (potenciales) que son significativos para la seguridad de los alimentos, durante los procesos de preparación, transformación, elaboración, manipulación, suministro y consumo de los productos alimenticios, con un enfoque preventivo, con el fin de elaborar alimentos seguros para el consumidor.

(2) Con el APPCC seguimos la trazabilidad de los alimentos a lo largo de toda la cadena que compone el proceso de elaboración de dietas, hasta el suministro final; gestionando documentalmente todos los puntos que componen la cadena de producción, estableciendo medidas para su control.

(3) Se presta especial atención a los manipuladores de alimentos, es decir, todas aquellas personas que por su actividad laboral, tienen contacto directo con los alimentos durante su preparación, fabricación, transformación, elaboración, transporte y distribución.

(4) Dentro de las actividades relacionadas con la gestión del Servicio de Restauración, se incluyen programas de formación dirigida a manipuladores de alimentos, en materia de higiene y seguridad alimentaria.

(5) En todos los procesos que componen el servicio de restauración se sigue la metodología APPCC:

- (a) Compras de materias primas.
- (b) Control y gestión de almacenes y cámaras de conservación.
- (c) Especificaciones técnicas de materias primas.
- (d) Control zona de preparaciones.
- (e) Condimentación.
- (f) Control de emplatado.
- (g) Distribución de alimentos.

- (h) Control de calidad.
- (i) Higiene y limpieza (controles bacteriológicos)
- (j) Medidas correctoras.

1.Compras de materias primas

(1) Se realizan las compras de todos los productos alimenticios que sean precisos para cubrir las necesidades del servicio de restauración.

(2) Se garantiza que el abastecimiento de todos los productos necesarios que componen la dieta alimenticia del paciente, serán de primera calidad.

(3) Existe un programa de compras para el suministro de productos, donde se indican las características generales de los mismos (formatos, tamaños, calidad, peso, caducidad, etc...) en base a las siguientes consideraciones:

- Tipo de menú (normal, blando, diabético, ...)
- Aporte nutricional (calorías, proteínas, vitaminas,...)
- Época estacional del año.
- Costumbres o gustos alimenticios de la zona.

(4) Una vez realizado el estudio y la programación de los distintos menús que componen el Plan de Dietas, que cuenta con el visto bueno de la Administración Sanitaria, se confeccionan los listados de las materias primas necesarias para realizar los pedidos a proveedores. Se tiene en cuenta el tipo de producto, la clase o la calidad, que vamos a necesitar para la confección de los menús y dietas.

(5) Se dispone de fichas técnicas de producto y se fija un stock mínimo de cada artículo, para conocer la cantidad a solicitar, cuando algún producto baje del nivel mínimo existencias, de forma automática.

(6) Nuestros proveedores deben cumplir las normativas higiénicas en cuanto a almacenamiento y distribución de los productos perecederos.

(7) Diariamente se controla que las características de cada producto sean las adecuadas:

- CARNES: consistencia firme, brillo de corte, color y olor propio de carne. La carne de vacuno debe tener coloración rojo/marrón, con presencia de grasa de cobertura e infiltrada, corte de aspecto no acuoso, fibras musculares al corte con aspecto compacto y marmóreo y no debe presentar líquidos exudados.
- PESCADO: consistencia firme, escamas adheridas a la piel, agallas rojas, ojos brillantes y no hundidos, así como otros caracteres de frescura.
- FRUTAS Y HORTALIZAS: ausencia de insectos y suciedad, enmohecimiento... y grado de maduración adecuado.

2.Control y gestión de almacenes y cámaras de conservación.

(1) Diariamente se controla la temperatura de las cámaras de refrigeración y congelación para asegurar que se encuentran en condiciones óptimas para el almacenaje de productos. Se recoge el registro de temperatura de las propias cámaras, y se controla también con termómetro auxiliar. Se vigila que no tengan hielo, y que las estanterías no estén deterioradas.

(2) La recepción de todos los productos alimenticios se realiza por la puerta de almacenes de la cocina; a su llegada se efectúa el control de temperatura, de peso y calidad, por el Jefe de Cocina y/o Responsable de Almacenes, antes de ser aceptados y almacenados.

(3) Se controlan los vehículos de transporte: condiciones higiénicas, temperatura, separación de alimentos.

(4) Debido a que las cajas de origen presentan serios problemas de higiene, se dispone de envases o recipientes de plástico distintos, para los diferentes productos, que permiten normalizar el almacenaje de las mercancías.

(5) Cuando el producto ha obtenido la aprobación de los diferentes controles, y se ha comprobado que la mercancía corresponde al pedido realizado, pasa a los almacenes. En caso de no superar los controles, se devuelve al proveedor correspondiente en el momento de su entrega.

(6) Contamos con proveedores homologados, esto nos permite escoger al más idóneo en un determinado momento.

(7) La frecuencia de pedidos se determina en función del Plan de Dietas y del stock fijado en nuestros almacenes, con el fin de que la

materia prima esté en perfecto estado de conservación y garantizar al mismo tiempo el stock de seguridad.

(8) Los productos y materias primas adquiridos para consumo, están libres de transformación genética.

(9) Todas las materias primas recibidas y almacenadas, disponen de sus fichas correspondientes, en las que se anotan entradas y salidas de artículos. Paralelamente se controla también su utilización y aprovechamiento.

(10) El sistema de trabajo permite encontrar el punto de equilibrio de stock, para cubrir las necesidades del Centro, calculando el índice de rotación del mismo y reduciendo al máximo el capítulo de inmovilizado en productos alimenticios, facilitando así su gestión.

(11) En la recepción de productos se observan todos los requisitos referentes a la Directiva 3000/13/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de marzo de 2000, de forma que todos los artículos recibidos en cocina deben ir identificados con:

- Código del producto (alfa numérico)
- Denominación del producto.
- Lista y cantidad de ingredientes (no se requiere este apartado en el caso de frutas y hortalizas frescas, aguas gasificadas, vinagres de fermentación, quesos, mantequilla, leche y nata fermentada y productos que contengan un solo ingrediente)
- Posibles alérgenos.
- Duración mínima del producto.
- Condiciones de conservación.
- Fecha de entrada, cantidad, precio y Proveedor.
- Fecha de salida a cocina y cantidad.
- Stock actual (Entradas - salidas)
- Índice de rotación mensual.
- Informe mensual de movimientos.

(12) De esta forma, obtenemos un control objetivo de productos inmovilizados y productos consumidos.

Una vez realizada la recepción de las materias primas por el Jefe de cocina o Encargado, los productos son clasificados según:

SU ORIGEN Y SU ESPECIE: Carnes, pescados, aves, frutas, verduras, lácteos, legumbres, coloniales, bollería, bebidas, etc.

SU ESTADO: Fresco ó congelado.

SUS CARACTERÍSTICAS: Categoría, calidad, tamaño.

TIPO DE ENVASES: Asépticos, al vacío, contaminantes (frutas y verduras), embotellados, etc.

(13) Para proceder de forma inmediata a su etiquetado (en el caso que con el cambio de recipiente el producto pierda su etiqueta original) y almacenaje para su conservación a la temperatura necesaria, dando prioridad a los productos congelados y perecederos.

- **PRODUCTOS CONGELADOS**: Pescados, verduras, carnes, etc. Estos productos por sus características de conservación -18° C, son los primeros en ser introducidos en su respectiva cámara, manteniendo siempre el orden de especie, calidad y caducidad.
- **PESCADOS FRESCOS**: Dependiendo mucho de la especie, pasan a ser eviscerados y a continuación se ponen en sus respectivos envases, para su introducción a su respectiva cámara.
- **CARNES FRESCAS**: Se traspasarán a sus respectivos envases, separándolas por su variedad.
- **FRUTAS Y VERDURAS**: Se seleccionan y retiran las piezas en mal estado, pasando el resto a la cámara.
- **LÁCTEOS**: Se introducirán en la cámara controlando las fechas de caducidad. Se utilizan ovo-lácteos pasteurizados
- **NO PERECEDEROS**: Conservas enlatadas, arroz, legumbres, azúcar, solubles, galletas, etc... Una vez controlados, se almacenan por grupos de familias.

(14) Una correcta y adecuada manipulación permite realizar una buena elaboración, y la presentación de un producto en óptimas condiciones.

3.-Especificaciones técnicas de materias primas

- **Grupo de carnes**

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CALIDAD</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
1	Chuletas de cerdo	Primera	
2	Filetes de cerdo	Primera	50 % delantero, 50 % trasero
3	Filetes de ternera	Primera	

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CALIDAD</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
4	Filetes de añojo	Primera	Tapa y babilla
5	Cinta de lomo adobado	Extra	
6	Carne picada	Primera	No se podrán mezclar vísceras, sangre, etc.
7	Morcillo y falda	Primera	
8	Chuletas de lechal	Primera	
9	Costillas de cerdo	Primera	
10	Codillos de jamón	Primera	
11	Hueso de caña		No se incluye
12	Huevos frescos	Primera	
13	Sesos de ternera	Primera	Unidades
14	Carne de Ragout	Primera	Máximo 3 % de grasa
15	Tocino salado	Primera	
16	Panceta fresca	Primera	
17	Bacon	Primera	
18	Piezas de choto	Primera	Piernas y contra
19	Mazas de cerdo	Primera	
20	Otros productos de cerdo		Se necesitará propuesta.
21	Hígado	Primera	Con autorización.
22	Riñones	Primera	Con autorización.
23	Salchichas	Primera	Máximo 20 % grasa
24	Magro de cerdo	Primera	
25	Poulardas		1,5 Kg pieza eviscerada.

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CALIDAD</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
26	Morcillas	Primera	
27	Chorizo de guisar	Primera	
28	Orejas y rabos	Primera	Máximo 25 % grasa
29	Chorizo	Primera	Máximo 25 % grasa
30	Salchichón	Primera	Máximo 25 % grasa
31	Jamón de York dulce	Primera	30% humedad máx.
32	Jamón de York salado	Pal-Extra	20% humedad máx.
33	Jamón tipo París	Pal-Extra	20% humedad máx.
34	Gallina	A-tipo 1	
35	Pollo	A-tipo 1	
36	Filetes de pollo	A-tipo 1	
37	Traseros de pollo	A-tipo 1	
38	Jamón serrano	Primera	20% humedad máx.
39	Pavo trufado	Primera	30% humedad máx.
40	Sevillana	Primera	30% humedad máx.
41	Chopped	Primera	30% humedad máx.
42	Huevos	A-2	65-70 grs. Unidad
43	Bolonia	Primera	30% humedad máx.
44	Galantina de pollo	Primera	30% humedad máx.
45	Cabeza de cerdo	Primera	30% humedad máx.
46	Foi gras		20% máx. de grasa.
47	Pavo deshuesado Roti.		20% de grasas
48	Cordero recental	Primera	

- **Grupo de pescados**

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CALIDAD</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
1	Calamares	Primera	
2	Sardinas	Primera	
3	Bonito fresco	Primera	
4	Boquerones	Primera	
5	Congrio	Primera	
6	Chirlas	Primera	
7	Gallos	Primera	
8	Mejillones	Primera	
9	Pescadilla ración	Primera	
10	Pescadilla gorda	Primera	
11	Trucha	Primera	
12	Cangrejo	Primera	
13	Salmón	Primera	
14	Pez espada	Primera	

- **Grupo de congelados**

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CALIDAD</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
1	Platija	Primera	
2	Merluza filetes	Extra	
3	Merluza rodaja	Extra	
4	Langostinos	Primera	
5	Gamba pelada	Primera	
6	Anillas de calamar	Primera	

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CALIDAD</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
7	Bacalao congelado	Extra	

Notas: El glaseado no será superior al 15% y se indicará la procedencia.

- **Grupo de líquidos**

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CALIDAD</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
1	Aceite de oliva	1 grado	
2	Aceite de girasol		
3	Aceite de maíz		
4	Vinagre		
5	Aguas minerales		
6	Cerveza		
7	Coca		
8	Vino común de mesa		
9	Zumo de limón		
10	Zumo de naranja		
11	Zumo de mostelle		
12	Zumo de melocotón		
13	Zumo de pera		
14	Zumo de tomate		
15	Sidra		

- Grupo de varios

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CALIDAD</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
1	Espicias de cocina		Pimienta negra, blanca, colorante, cominos, etc.
2	Azafrán		
3	Bicarbonato		
4	Caramelo líquido		
5	Crema marisco		
6	Mostaza		
7	Pimentón		
8	Crema champiñón		
9	Crema espárragos		
10	Fideos		
11	Garbanzos	Extra	56-58
12	Harina de maíz tipo Maizena®		Caja 350 g
13	Harina de trigo		
14	Judías blancas	Primera nacional	
15	Judías pintas	Primera	
16	Lentejas	Primera	
17	Macarrones	Primera	Sémola de trigo
18	Puré de patatas	Primera	
19	Sémola	Primera	
20	Sopa de ave con arroz	Primera	
21	Sopa de estrellas	Primera	
22	Sopa de lluvia	Primera	
23	Sopa sin sal	Primera	
24	Tapioca	Primera	

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CALIDAD</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
25	Bacalao		
26	Caldo concentrado carne		
28	Caldo concentrado ave		
29	Café descafeinado		
30	Café natural		100% natural
31	Chocolate polvo		75% cacao
32	Manzanilla		
33	Tila		
34	Té		
35	Galletas		
36	Pan tostado sin sal		
37	Ajos	Primera	
38	Crema de arroz	Primera	L/250 g
39	Arroz	Extra	
40	Pan barrita 60 g		Unidad
41	Pan pistola 250 g		Unidad
42	Pan sin sal 60 g		Unidad
43	Suizos		60 grs. Sin grasas de cerdo
44	Bovril		
45	Chocolate con leche		75% cacao
46	Petit sabores		Unidad
47	Potitos		130 g
48	Azúcar	Primera	blanca
49	Azúcar sobres		8 a 10 g
50	Sal	Marina	Kg
51	Sal sobre		1,5 grs.

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CALIDAD</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
52	Mayonesa sobres		12 g
53	Pan rallado	Primera	No reciclado
54	Roscón de reyes		Individuales

• Grupo de lácteos

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CALIDAD</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
1	Queso de Burgos	Primera	Unid. 125 grs.
2	Yogurt de sabores	Primera	Unid. 125 grs.
3	Arroz con leche	Primera	Unid. 125 grs.
4	Helado	Primera	125 grs.
5	Leche en polvo	Primera	
6	Leche Molico®		Bote 250 g
7	Leche desnatada		Litro
8	Margarina bloque		
9	Margarina porción		15 g
10	Queso en porciones		Caja 8 unidades
11	Queso manchego	Primera	Semi curado
12	Flan de vainilla	Primera	Unidad 125 grs.
13	Natillas	Primera	Unidad 125 grs.
14	Leche esterilizada	Fresca	
15	Bombón helado		Unidad
16	Tarta helada		Unidad

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CALIDAD</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
17	Queso rallado	Primera	
18	Queso barra	80% leche	
19	Cuajada	Primera	Unidad 125 grs.
20	Yogurt desnatado	Primera	Unidad 125 grs.

- **Grupo de verduras y hortalizas**

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CALIDAD</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
1	Acelgas	1ª categoría	
2	Alcachofas	1ª categoría	
3	Apios	1ª categoría	
4	Berenjenas	1ª categoría	
5	Calabacines	1ª categoría	
6	Cebollas	1ª categoría	
7	Coliflor	1ª categoría	
8	Champiñón natural	1ª categoría	
9	Escarolas	1ª categoría	
10	Espinacas	1ª categoría	
11	Judías verdes	1ª categoría	
12	Lechugas	1ª categoría	
13	Limonas	1ª categoría	
14	Patatas	1ª categoría	

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CALIDAD</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
15	Pimientos	1ª categoría	
16	Puerros	1ª categoría	
17	Repollo	1ª categoría	
18	Tomates	1ª categoría	
19	Zanahorias	1ª categoría	
20	Pepinos	1ª categoría	
21	Tomate de freír	Natural	60% pulpa

- **Grupo de frutas**

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CALIDAD</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
1	Naranjas de mesa	1ª	Calibre nº4
1	Mandarina clementina	1ª	Calibre 1-X (63-75 mm)
1	Manzana	1ª	Golden, Starky Calibre (80-85 mm)
4	Pera	1ª	"De agua" Calibre (60-65 mm) Pasacrana (80-85 mm)
5	Albaricoque	1ª	Calibre (49-54 mm)
6	Cerezas	1ª	Calibre mínimo (17 mm)
7	Ciruelas	1ª	Calibre mínimo más de (35 mm)
8	Fresón	1ª	Tamaño mínimo 18 mm
9	Melocotón	1ª	Calibre AA (73-80 mm)

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CALIDAD</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
10	Fresquillas	1ª	Calibre AA en una sola capa 24 piezas
11	Nectarinas	1ª	Calibre AA
12	Melones	1ª	Peso medio aproximado (1,8 – 2,2 Kg)
13	Sandías	1ª	Peso medio aproximado (3 Kg)
14	Nísperos	1ª	Calibre GG
15	Plátanos	Extra	Con una longitud mínima de 18 cm y calibre central mínimo de 36 mm
16	Uvas blancas	1ª	Moscatel español e italiano
17	Naranjas de zumo	1ª	Calibre nº6

- **Grupo de conservas**

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CARACTERÍSTICAS</u>
1	Confitura	Calidad extra en porciones individuales de un peso mínimo de 30 g con un contenido en azúcares aproximado del 63% y de fruta del 50%
2	Dulce membrillo	Categoría 1ª en envases individuales de 170 g de 8 porciones. Contenido en fruta mínimo del 45%
3	Melocotón en almíbar	Categoría extra. Almíbar de 17 a 20% Brix un peso medio de la ½ del fruto de 55 a 60 grs.
4	Peras en almíbar	Categoría extra. Almíbar de 17 a 20% Brix un peso medio de la ½ del fruto de 60 g. Variedad Williams limonera
5	Alcachofas	Natural
6	Espárragos enteros	Categoría 16-22 unidades kilo.
7	Tallos de espárragos	Categoría comercial 2ª,

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CARACTERÍSTICAS</u>
8	Tomate natural	65% pulpa
9	Tomate frito	65% Pulpa
10	Guisantes	Al natural , 1ª, calibre fino
11	Pimiento morrón	Pimientos rojos, 65% producto.
12	Judías verdes	Cortadas en trozos, en variedad plana y calibre fino
13	Champiñón	Calidad comercial 1ª. Al natural calibre fino. Entero
14	Champiñón	Calidad comercial 1ª. En rodajas .
15	Espinacas	Categoría 1ª.
16	Aceitunas	Categoría 1ª. Verdes y negras de calibre 200/260 .
17	Zanahoria	Categoría 1ª.
18	Pepinillos	Categoría extra. Ácidos en envase de cristal. Calibre medio de 20/30 .
19	Bonito	Atún blanco, en aceite de oliva y sal. Tronco y rueda grande. Peso escurrido de 1.600 Kg aproximado. En envases de R:O: pandereta de 1800 a 2140
20	Sardinas	En aceite vegetal. Talla 3
21	Miel	Miel de Azahar. En envases individuales de 30 g

- **Grupo de verdura congelada**

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CARACTERÍSTICAS</u>
1	Alcachofas	Troceadas con una altura máxima de 3,5 cm (tomándose como eje desde la unión de las bracetitas hasta las puntas).
2	Espinacas	Hojas en color y textura uniforme y típica. Ausencia de hojas secas, troncos o filamentos. El contenido de arena será como máximo de 0,1%.

<u>Nº</u>	<u>GÉNERO</u>	<u>CARACTERÍSTICAS</u>
3	Judías verdes	Variedad redondas. Cortadas en trozos de una longitud mínima de 2,6 cm y máxima de 6,5 cm. El calibre será de 8,5 a 10 mm. Exentas de pedúnculos, rabillos y materias extrañas, hilos co-reosos y otras unidades fibrosas.
4	Menestra	Composición: guisantes, alcachofas, espárragos, judías verdes, habas y zanahoria. La proporción mínima de cada uno de estos componentes sería: guisantes mínimo del 20% al 40%. Espárragos mínimo del 10% al 20%. Judías mínimo del 10% al 20%. Habas mínimo del 10% al 25%. Zanahoria mínimo del 12% al 25%
5	Guisantes	Calidad grande. Será de consistencia excelente. Para ello deberá reunir los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none">• El nº de guisantes que se hunde en 10" en una salmuera del 11% será como máximo del 20% de las unidades• El nº de guisantes que se hunde en 10" en una salmuera del 13,5% será como máximo del 2% de las unidades• El nº de guisantes que se hunde en 10" en una salmuera del 16% será 0% unidades Serán uniformes, de color verde enteros, limpios y exentos de materias extrañas y daños causados por insectos y enfermedades

En el caso de modificaciones en los requisitos higiénicos para los productos anteriormente relacionados, el proveedor habrá de adaptarse a las nuevas exigencias legales y cumplir con sus equivalentes a los requisitos aquí expuestos.

4.Control zona de preparaciones

(1) Para la manipulación de alimentos existen zonas bien diferenciadas, con circuitos distintos de entradas y salidas.

(2) La temperatura en estas zonas no supera los 18°C.

(3) No se permite realizar labores de limpieza de superficies en la zona durante la preparación, para evitar contaminación cruzada.

(4) Los manipuladores de alimentos no deben fumar, ni estornudar cuando estén en contacto con los alimentos.

(5) Deben proceder a lavado de manos previo a la manipulación.

(6) Se imparten a los trabajadores cursos sobre la correcta manipulación de alimentos, haciendo hincapié en las siguientes reglas básicas:

- Limpieza correcta de las instalaciones (lugar donde manipulan los alimentos)
- Limpieza adecuada de los utensilios (cuchillos, puntillas, cazos, picadoras, cortadoras, lavadoras de vegetales, etc.)
- Temperatura de los alimentos, evitando romper la cadena fría.
- Higiene y hábitos correctos en la manipulación de alimentos.

(7) Se presta especial importancia a la limpieza de productos alimenticios antes de la preparación: limpieza al chorro de agua de pescados, limpieza de verduras y hortalizas eliminando tierra y parásitos bajo el chorro de agua, desinfección posterior con dilución de lejía alimentaria en agua durante 5 minutos y aclarado posterior.

(8) Una vez finalizado el proceso de preparación de alimentos en esas zonas, se introducen en cámaras específicas, para evitar el riesgo que supone su conservación a temperatura ambiente.

(9) Los procedimientos de trabajo van dirigidos al mantenimiento de la cadena de frío, para que no sea rota en ningún momento, y así cumplir la normativa de no ruptura de la cadena hasta la regeneración de los productos.

(10) Se cuida especialmente el mantenimiento de la temperatura en los productos de mayor riesgo: alimentos frescos y congelados.

(11) Los productos refrigerados se mantienen a menos de 5° C y los congelados a menos de -18° C.

5. Condimentación

(1) No sólo se dispone de un producto adecuado, contamos con profesionales en la restauración, que garantizan la máxima eficacia en el proceso de condimentación.

(2) Se cuida especialmente la manipulación de alimentos, para evitar que el producto elaborado esté sometido a las temperaturas de riesgo que favorecen las toxoinfecciones, las comidas refrigeradas se mantienen a menos de 18°C.

(3) Los productos congelados, una vez descongelados se elaboran de inmediato.

(4) Los alimentos preparados para servir en frío se conservan a menos de 5° C y los productos elaborados alcanzan en su preparación un mínimo de 65° C en el centro del producto y se mantienen como mínimo a esta temperatura, si el consumo es inmediato, o bien se refrigeran y conservan en las cámaras de elaborados hasta el momento de su regeneración, bajando la temperatura a 10° C en 2 horas.

(5) Los trabajadores de cocina respetan las normas higiénicas establecidas, para evitar contaminaciones por manipulación de alimentos, para ello, disponemos de fichas técnicas, en las que se reflejan las instrucciones específicas a seguir para evitar contaminaciones por malas prácticas higiénicas: lavado de manos, uso de mascarilla en cinta de emplatado, limpieza de utensilios antes de un nuevo uso,...

(6) La oferta de menú está adaptada al Manual de Dietas aprobado por la Administración Sanitaria, con variaciones quincenales y estacionales, cuidando especialmente tanto la presentación como la condimentación, para conseguir que el alimento resulte apetitoso.

6. Emplatado

A. Si las dietas se elaboran en el sistema tradicional de línea caliente:

- Los preparativos de la cinta de emplatado comienzan a primera hora de la mañana. El encargado, una vez revisado el planning de situación correspondiente, dispone que sean preparados los carros dispensadores necesarios, según el menú del día. Igualmente se alinearán a lo largo de la cinta,

los carros Baño María y Calienta Platos/Boles que hayan de ser utilizados, enchufándose a media mañana. También se selecciona el menaje y la vajilla a emplear.

- El personal que se sitúe en la cinta de emplatado ha de permanecer perfectamente uniformado, con el pelo cubierto con gorro desechable, guantes y mascarillas también desechables. Se dispone de guantes de protección para aquellos trabajadores que tengan contacto manual con los platos calientes, bases o tapas.
- La ordenación del personal en la cinta de emplatado y la función de cada pinche, es diferente cada día, ya que está supeditada a la composición de los menús, no obstante existen movimientos que pueden definirse como genéricos:
 - ❖ **Inicio de la cinta:** lectura del menú y dieta. Deposito de la base de la bandeja y ficha del enfermo sobre la cinta.
 - ❖ Colocación de **primeros platos, segundos platos, postres, pan, cubiertos**
 - ❖ **Revisión dietética** de adecuación de dieta servida en cada bandeja con respecto a la dieta solicitada.
 - ❖ **Retirada y deposito** de la bandeja en el carro

La cantidad de menús que hay que preparar de cada dieta, parte de la información suministrada por las distintas unidades.

B. Si los alimentos se preparan en línea fría el sistema empleado permitirá una conservación de la temperatura adecuada de los alimentos, durante todo el proceso, hasta su regeneración en carros específicos para tal fin.

7. Distribución de alimentos.

El procedimiento de distribución es el descrito en el procedimiento general 01, apartado 05 “*Distribución de dietas*” de este protocolo.

8. Calidad:

(1) Para garantizar un servicio de calidad, se pone especial énfasis en las características técnicas del producto ofertado, que debe cumplir con la normativa vigente.

- (2) Se ajustará en cuanto a su clasificación, calidad y marcaje a lo establecido por el Código Alimentario Español y a la normativa que lo desarrolla.
- (3) Deben cumplir los requisitos de etiquetado de acuerdo con la Norma General de Etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimentarios envasados.
- (4) Si son carnes congeladas llevarán una envoltura donde conste: marca o nombre, razón social del matadero y el número de registro sanitario.
- (5) Cuando así se requiera, el producto irá acompañado de las guías y certificados sanitarios correspondientes.
- (6) Se adquieren productos de primera calidad con el calibre solicitado al proveedor.
- (7) En los congelados debe constar la denominación de “congelado en alta mar”, así como la temperatura de conservación (-18 °C).
- (8) Las piezas enteras de pescado, se servirán sin cabezas y sin vísceras, en filetes o en rodajas según sea solicitado.

9. Higiene y limpieza (controles bacteriológicos):

- (1) En este documento, en concreto en el procedimiento 03 “Manual de Higiene”, se describe de forma pormenorizada, todo lo referente a este apartado.
- (2) Se ha diseñado una ficha técnica de limpieza en la que está reflejada la programación de limpiezas en cada zona de las instalaciones y la fecha de ejecución.
- (3) Disponemos de un registro escrito de todos los controles realizados de trazabilidad de alimentos conforme al A.P.P.C.C.

10. Medidas correctoras:

Todas las actuaciones del APPCC van encaminadas a poner en marcha las medidas correctoras necesarias para que todo el proceso sea seguro:

FASE	PELIGRO / RIESGO	MEDIDAS DE CONTROL Y VIGILANCIA	MEDIDA CORRECTORA
RECEPCIÓN DE MATERIA PRIMA	<ul style="list-style-type: none">• Defectos: transporte y/o etiquetado• Carga microbiana• Alteración orgánoléptica	<ul style="list-style-type: none">• Control de temperaturas (5°C y -18°C)• Control envasado y etiquetados• Control periódico	<ul style="list-style-type: none">• Devolución de la partida y cambio al proveedor

FASE	PELIGRO / RIESGO	MEDIDAS DE CONTROL Y VIGILANCIA	MEDIDA CORRECTORA
		analítico y/o visual	
ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo excesivo desde la recepción hasta el almacenamiento • Estructura del almacén y cámaras inadecuadas • Temperaturas inadecuadas • Mezcla de productos 	<ul style="list-style-type: none"> • Control del tiempo entre recepción y almacenamiento • Observación visual • Control de temperatura visual/sensor • Control periódico de productos 	<ul style="list-style-type: none"> • Almacenamiento rápido • Reparación y acondicionamiento • Ajuste y/o reparación de la instalación • Almacenaje idóneo y rotación continua de materias primas
MANIPULACIÓN Y PREPARACIÓN DE MATERIAS PRIMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de contaminación (contaminación cruzada) • Manipulador 	<ul style="list-style-type: none"> • Delimitar zonas y evitar cruces • Descongelaciones correctas • Desinfección y limpieza de útiles • Desinfección y limpieza de productos • Instrucción correcta del manipulador y control periódico del personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria
ELABORACIÓN EN CALIENTE (PREPARACIÓN PREVIO COCINADO)	<ul style="list-style-type: none"> • Recontaminación microbiana del producto • No alcanzar temperaturas y tiempos adecuados 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen visual • 65° en el centro del producto 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar reutilizar productos • Adecuar temperaturas y tiempos a cada producto
ELABORACIÓN EN FRÍO	<ul style="list-style-type: none"> • Manipulador • Temperatura ambiente y tiempos de preparación inadecuados • Recontaminación cruzada 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción correcta del manipulador • Control periódico del personal • Vigilar tiempo y temperatura ambiental de preparación • Delimitar zonas y cruces 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria • Control de temperatura ambiental a 18°C
POST-PREPARADO: ENFRIAMIENTO O MANTENIMIENTO EN CALIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Enfriamiento inadecuado • Temperatura inadecuada • Recalentamiento insuficiente • Recontaminación del alimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de temperatura y tiempo (pasar de 65°C a 10°C en menos de 2 horas) • Mantener temperatura de 65°C • Recalentar a temperaturas superiores a 65°C • Instrucción correcta del manipulador 	<ul style="list-style-type: none"> • Alcanzar tiempo, temperatura y conservación • Mantener la temperatura • Educación sanitaria

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo, las acciones fijadas en el seguimiento del APPCC puedan retrasarse más de 60 minutos respecto de la programación establecida.

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

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

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

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

(5) En caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de la Unidad registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de 60 minutos y prioriza la resolución de la incidencia en el planning de tareas.

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

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

b. Corrección

(1) Una incidencia en la actividad necesaria para responder a aspectos relacionados con el seguimiento del APPCC, puede generar la entrada de los recursos alternativos, en el caso de que estos estén previstos en el manual de procedimientos de la Unidad, el tiempo de corrección no debe superar en general los 60 minutos.

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

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad

b. Qué se hace?:

(1) Revisión y actualización de Manual de Procedimientos, en caso necesario.

(2) Realización de los trabajos originados por la solicitud, incluida la puesta en marcha de recursos alternativos cuando estén previstos.

(3) Comunicación de incidencias.

c. Cuándo?:

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

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos del servicio.

(2) Manual de APPCC .

(4) Registro de incidencias.

(5) Personal acreditado del Hospital.

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

04 CALIDAD

01 Manual de APPCC

Indicador (1/2)

1. definición y valores según PPT

Supervisión de APPCc's

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
9 / FC-A	Ordinario	T.D.	2, 6, ,	M
fallos de naturaleza grave que afectan a la calidad de los servicios o implican un incumplimiento de la normativa vigente aplicable	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 60 min.	Auditoria (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas.	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
No se supervisa la ejecución de las medidas propuestas de análisis APPCC	Fallo	Medicina Preventiva	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe registrarse el grupo de productos, el riesgo específico o el procedimiento incumplido	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de Medicina Preventiva o automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con incumplimiento de supervisión de las medidas APPCC atribuibles al Servicio de Restauración según protocolo, registradas por personal acreditado y verificadas como fallo, en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto:

Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo 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%	0,0683%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0452%	0,0032%	0,0200%	0,0683%

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

04 CALIDAD

01 Manual de APPCC

Indicador (2/2)

1. definición y valores según PPT

Alimentos no transgénicos

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
12 / FC-A	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. 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
Los productos o materias primas no están libres de transformación genética	Fallo	Medicina Preventiva	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Debe registrarse el grupo de productos	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de Medicina Preventiva o automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incidencias relacionadas con la adquisición de productos que han sufrido transformación genética atribuibles al Servicio de Restauración según protocolo, registradas por personal acreditado y verificadas 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%	0,0452%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0452%	0,0000%	0,0000%	0,0452%

Servicio

03 Servicio de Restauración

Título

04 CALIDAD

Subtítulo

02 Encuestas de satisfacción

A. Protocolo básico

- (1) En el manual de la Unidad se especifica el procedimiento para realizar una encuesta de satisfacción a los clientes del Hospital que ha sido consensuada pre-viamente con la Administración Sanitaria.
- (2) La encuesta se realiza mensualmente atendiendo a las técnicas de muestreo aleatorio:
 - (a) La muestra corresponde aproximadamente al 2% de la suma del personal del hospital y de pacientes hospitalizados o un mínimo de 20 encuestas, sin considerar aquellas que las preguntas se tabulen como “no sabe / no contesta”.
 - (b) La distribución de la muestra es aproximadamente: 85% de pacientes hospitalizados, 15% personal del Hospital.
 - (c) La encuesta es breve para no molestar a pacientes y visitantes o interferir en el trabajo del personal del Hospital pero recoge al menos dos cues-tiones:
 - ¿Qué opinión le merece la comida del Hospital?: Muy buena. Buena. Aceptable. Mala
 - ¿Qué sugiere para mejorar el servicio?

B. Resolución de incidencias

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

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

(2) Tabular los resultados

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

c. Cuándo?:

Mensualmente.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Metodología de la encuesta.

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

(3) Registro de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

04 CALIDAD

02 Encuestas de satisfacción

Indicador (1/2)

1. definición y valores según PPT

Grado de satisfacción de pacientes 60% y 70%

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
23 / FC-A	N.P.	N.P.	2, 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. No procede.	Auditoria (->) Revisión de documentación (Proyecto, protocolos, soportes informáticos, etc.) exigidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas.	Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
El resultado de la encuesta de satisfacción se encuentra entre el 60% y el 70%	Fallo	Unidad Técnica de Control (UTC)	No procede
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	No procede	No procede	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

El resultado de la encuesta de satisfacción se encuentra entre el 60% y el 70%, 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%	0,000%	0,000%	0,0452%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0452%	0,0000%	0,0000%	0,0452%

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

04 CALIDAD

02 Encuestas de satisfacción

Indicador (2/2)

1. definición y valores según PPT

Grado de satisfacción de pacientes 70% - 85%

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
24 / FC-M	N.P.	N.P.		M
fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza	No procede	No procede. No procede.		Mensual.

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
El resultado de la encuesta de satisfacción se encuentra entre el 70% y el 85%	Fallo	Unidad Técnica de Control (UTC)	No procede
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
	No procede	No procede	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

El resultado de la encuesta de satisfacción se encuentra entre el 70% y el 85%, 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)		0,014%	0,000%	0,000%	0,0147%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0147%	0,0000%	0,0000%	0,0147%

Servicio

03 Servicio de Restauración

Título

04 CALIDAD

Subtítulo

03 Uniformidad - identificación

A. Protocolo básico

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

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

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

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

b. Corrección

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

- (1) Cada trabajador antes de iniciar el primer día de trabajo recoge su tarjeta identificativa.
- (2) En caso de pérdida o deterioro el trabajador lo comunica al responsable de la Unidad, que registra el "aviso de incidencia" en la Central de Incidencias.
- (3) El trabajador acude, en el plazo máximo de una hora, donde la Dirección de Explotación haya establecido el lugar de reposición de tarjetas identificativas y recoge una nueva (provisional o definitiva).
- (4) Con la entrega de la tarjeta se registra el aviso como resuelto en la Central de Incidencias y se informa del momento en que tendrá disponible la tarjeta definitiva, en el caso en que se le entregue una provisional.
- (5) Cuando la Sociedad Concesionaria no pueda entregar la tarjeta (provisional o definitiva) se registra como incidencia en la Central de Incidencias, que lo comunica a la Dirección de Explotación.
- (6) En el manual de procedimientos se establecen las medidas disciplinarias para el personal que no cumpla este requisito.
- (7) Informe resumen mensual de incidencias para la Dirección de Explotación y la UTC, que, valora el alcance y propone, en cas

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

03 Servicio de Restauración

04 CALIDAD

03 Uniformidad - identificación

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Identificación visible del personal

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
G1 / FC-M	Ordinario	T.D.	2, 3, 5,	D
fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 120 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos.	Diario

2. definición del indicador para su gestión

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

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

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

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto:

Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo 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 acordad.

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

Servicio

03 Servicio de Restauración

Título

04 CALIDAD

Subtítulo

04 Uniformidad

A. Protocolo básico

(1) La Sociedad Concesionaria entrega a cada trabajador el uniforme adecuado y homologado necesario para las labores a realizar en el servicio:

(a) Zapato de uso hospitalario antiestático y antideslizante que cumple la norma UNE 347.

(b) Uniforme específico del servicio de restauración.

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

(3) Cada trabajador es responsable de llevar su uniforme siempre en perfectas condiciones de limpieza e higiene.

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) 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 sanitaria acreditado a la Central de Explotación. En caso de inexistencia de respuesta previa esta valora el al-cance y propone, en caso necesario, las medidas correctoras y el plazo de ejecución.

b. Corrección

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

- (1) Cada trabajador antes de iniciar el primer día de trabajo recoge su uniforme.
- (2) En caso de pérdida o deterioro el trabajador lo comunica al responsable de la Unidad, que lo registra como "aviso de incidencia" en la Central de Incidencias.
- (3) El trabajador acude a donde la Dirección de Explotación haya establecido el lugar de reposición de uniformes y recoger uno nuevo.
- (4) Con la entrega del uniforme se cierra el aviso de incidencia en la Central de Incidencias.
- (5) En el manual de procedimientos se establece las medidas disciplinarias para el personal que no cumpla este requisito.
- (6) Informe resumen mensual de incidencias para la Dirección de Explotación y la UTC.

c. Cuándo?:

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

d. Materiales y equipos a utilizar:

- (1) Uniformes iniciales en sus diferentes modalidades y tallas.
- (2) Registro de entrega de uniformes.
- (3) Lugar o Unidad donde se reponen los uniformes deteriorados o perdidos.
- (4) Stock mínimo de dos uniformes por talla y modalidad.
- (5) Manual de procedimientos del Servicio.
- (6) Medidas disciplinarias previstas.
- (7) Registro de incidencias.

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

04 CALIDAD

04 Uniformidad

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Uniformación correcta del personal

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
G2 / FC-M	Ordinario	T.D.	2, 3, 5,	D
fallos naturaleza media o baja que afecten a la calidad de los servicios o que sin estar expresamente identificados puedan ser considerados de funcionamiento rutinario en su naturaleza	60 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 120 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos.	Diario

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Personal del Servicio de Restauración no está correctamente uniformado	Incidencia	Responsables de GFHs específicos	Obligada
Observaciones	Verificación		Cierre de la incidencia
Debe indicarse la persona o alguna seña de identidad de la misma	Comprobacion física		Automático: Pre-cierre del Servicio de Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incumplimientos de protocolo de 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 no respondidas según protocolo.

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto:

Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo

y/o

Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

Servicio

03 Servicio de Restauración

Título

04 CALIDAD

Subtítulo

05 Cobertura de puestos

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 el caso de inexistencia de respuesta previa, el responsable de Restauración registra las medidas correctoras adoptadas en el plazo máximo de sesenta minutos.
- (6) La Dirección de Explotación contrasta y valora el alcance de la incidencia y propone las medidas correctoras y su plazo de ejecución a la UTC, recabando la documentación necesaria.

b. Corrección

- (1) 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) Comunicación el aviso de posible incidencia y las incidencias a la Central de Incidencias y Dirección de Explotación.

(4) Prooner 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

03 Servicio de Restauración

04 CALIDAD

05 Cobertura de puestos

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Comprobación de la cobertura de 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
Fallo de comprobación del personal que presta servicios en Restauración	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 incumplimientos de comprobación de cobertura de puestos de trabajo comunicados por personal acreditado y contrastados por la Dirección de Explotación en el periodo (mes).

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto:

Número de incidencias registradas y verificadas como fallos en el periodo 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%	0,0683%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0452%	0,0032%	0,0200%	0,0683%

Servicio

03 Servicio de Restauración

Título

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

Subtítulo

01 Dejar inoperativa una parte o la totalidad de un área asistencial

A. Protocolo básico

La unidad de Gestión de Restauración garantiza el control de calidad, de forma que se eviten los peligros que puedan afectar a las diferentes fases de la cadena alimentaria, para no dejar inoperativa o impedir la utilización de una parte o de la totalidad de un Área Funcional. Con tal fin establece en su manual de procedimientos:

(1) El sistema de análisis de peligros y puntos de control crítico (APPCC) se dispone de una herramienta que sistemáticamente identifica, evalúa y controla los peligros (potenciales) que son significativos para la seguridad de los alimentos, durante los procesos de preparación, transformación, elaboración, manipulación, suministro y consumo de los productos alimenticios, con un enfoque preventivo, con el fin de elaborar alimentos seguros para el consumidor. Además con el APPCC.

(2) La especial atención y la formación que se presta a los manipuladores de alimentos, es decir, todas aquellas personas que por su actividad laboral, tienen contacto directo con los alimentos durante su preparación, fabricación, transformación, elaboración, transporte y distribución.

(3) Procedimiento de planificación general del servicio.

(4) Procedimiento de petición de dietas.

(5) Procedimiento de distribución de dietas.

(6) Procedimiento de revisión de dietas.

(7) Procedimiento de resolución de incidencias y tiempos de respuesta.

(8) Seguimiento de procedimiento de urgencia.

(9) Declaración de incidencia solventada.

(10) Registro de actuaciones relacionadas con la recepción de dietas en unidades .

Específicamente se contempla como fallo que puede dejar inoperativa e impedir el uso de una parte o la totalidad de un área asistencial el retraso en más de media hora, causado especialmente por fallos en el Mantenimiento de la cadena fría o suministro a las Unidades de Enfermería.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo se produjera una intoxicación alimenticia, por ruptura de cadena fría, que afectara de forma extensa a enfermos ingresados, debida a incumplimiento de protocolos; confirmada por estudio epidemiológico que permitiera contrastar y verificar que esa ha sido la causa y que además obligara a prologar la estancia de los afectados en el hospital o a evitar nuevos ingresos.

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

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

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

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

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

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

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

b. Corrección

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

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

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Elaborar y actualizar el manual de procedimientos del servicio aprobado por la Administración sanitaria.

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

(3) Comunicación de incidencias.

c. Cuándo?:

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

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos del servicio.

(2) Procedimiento de petición, elaboración y distribución de dietas.

(3) Registro de incidencias.

(4) Personal acreditado del Hospital.

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

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

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

01 Dejar inoperativa una parte o la totalidad de un área asistencial

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Fallo del Servicio que deje in operativa a un Área Funcional

Núm. Indicador / Categoría	Tiempo de respuesta	Tiempo de corrección	Método de supervisión	Frecuencia de supervisión
1 / FS-1	Urgencia	T.D.	2, 3, 5,	S
aquellos que dejan in operativa e impiden el uso de una parte o la totalidad de un Área funcional del Hospital	30 min.	Tiempo Determinado (con Acuerdo Previo o sin el). 30 min.	Auditoria (->) Inspecciones físicas (->) Comparación de estándares o procedimientos de trabajo acordados y el tiempo que se determine (TD) para llevar a cabo la corrección de los fallos.	Semanal

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
Tenemos inoperativa una parte de la Unidad por un fallo del Servicio de Restauración	Fallo	Responsables de GFHs específicos	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Requiere la vinculación a - alguno otro indicador del Servicio, especialmente al 14 o al 16 (Mantenimiento de la cadena fría o suministro a las Unidades de Enfermería) - y con un tiempo superior a 30 minutos	Comprobación física	Automático: Pre-cierre del Servicio de Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incumplimientos verificados del protocolo atribuibles al Servicio de Restauración (especialmente los causados por fallos en el mantenimiento de la cadena fría o suministro a las Unidades de Enfermería), que supongan inoperatividad total o parcial de un Area Funcional (impidiendo, por ejemplo, nuevos ingresos o alargando las estancias de los ingresados) 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)		0,166%	0,050%	0,035%	0,2636%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,1743%	0,0525%	0,0368%	0,2636%

Ponderado por zona donde se produce el fallo

Zona Muy Crítica: Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Paritorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)	0,1830%	0,0551%	0,0386%	0,2767%
Zona Crítica. Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)	0,1809%	0,0545%	0,0381%	0,2735%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)	0,1787%	0,0538%	0,0377%	0,2702%

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento				
Zonificación	Por fallo	respuesta	corrección	Total
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)	0,1766%	0,0532%	0,0372%	0,2670%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)	0,1743%	0,0525%	0,0368%	0,2636%

Servicio

03 Servicio de Restauración

Título

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

Subtítulo

02 Entorpecer la actividad de un área asistencial

A. Protocolo básico

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

- (1) Procedimiento de planificación general del servicio.
- (2) Procedimiento de petición de dietas.
- (3) Procedimiento de distribución de dietas.
- (4) Procedimiento de revisión de dietas.
- (5) Procedimiento de resolución de incidencias y tiempos de respuesta.
- (6) Seguimiento de procedimiento de urgencia.
- (7) Declaración de incidencia solventada.
- (8) Registro de actuaciones relacionadas con la recepción de dietas en unidades.

Específicamente se contempla como incidencia que puede afectar a la operativa pero no impida el uso de una parte o la totalidad de un área asistencial, consecuencia de la temperatura adecuada de los alimentos o de la falta de suministro de extras, por más de 60 minutos y especialmente en localizaciones establecidas como críticas desde éste ámbito.

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

Cuando por algún motivo se produjeran tres o más registros verificados de incumplimientos de la entrega de alimentos en la Central de Incidencias, incluyendo los extras acordados, y/o de las condiciones de su entrega (temperatura inadecuada) en el periodo de una semana.

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

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

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

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

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

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

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

b. Corrección

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

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

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de la Unidad.

b. Qué se hace?:

(1) Elaborar y actualizar el manual de procedimientos del servicio aprobado por la Administración sanitaria.

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

(3) Comunicación de incidencias.

c. Cuándo?:

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

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Manual de procedimientos del servicio.

(2) Procedimiento de petición, elaboración y distribución de dietas.

(3) Registro de incidencias.

(4) Personal acreditado del Hospital.

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

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

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

02 Entorpecer la actividad de un área asistencial

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Fallo del Servicio, que afecta a la operativa, pero no impide el uso del Área Funcional

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

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
El Servicio de Limpieza está entorpeciendo la actividad de la Unidad	Fallo	Responsables de GFHs específicos	Obligada
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Requiere la vinculación a: - algún otro indicador del Servicio, especialmente al 11o al 21 (temperatura adecuada de los alimentos o suministro de extras), - a localizaciones establecidas como críticas desde el ámbito de la restauración (hospitalización) - y con un tiempo superior a 60 minutos	Comprobacion fisica	Automático: Pre-cierre del Servicio de Explotación y cierre definitivo automático generado por la aplicación si no hay re-incidencia del usuario durante su jornada	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

Número de incumplimientos del protocolo en cuanto a condiciones de entrega (especialmente horario y temperatura) verificadas en el periodo (semana) atribuibles a la Unidad y que según protocolo hayan afectado a la operativa sin impedir el uso de parte o la totalidad de un Area Funcional.

b. De fallo en el tiempo de respuesta

Por el mismo concepto:

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto:

Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo

y/o

Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

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

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

Servicio

03 Servicio de Restauración

Título

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

Subtítulo

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

A. Protocolo básico

- (1) La Unidad de Restauración colabora en los controles, supervisiones y auditorías que la Administración Sanitaria considere oportunos y sigue diligentemente sus indicaciones.
- (2) Cumple el deber de respetar lo derechos de los usuarios del Hospital
- (3) Realiza sus tareas de forma segura para evitar cualquier tipo de daño a pacientes, personal, visitantes, estropear las características de los productos utilizados, bloquear el flujo de circulación en las instalaciones, dañar el mobiliario y enseres urbanos, puertas y paredes de las instalaciones del Hospital.
- (4) Asegura que el servicio se realiza con las debidas precauciones tanto para las personas que apliquen los tratamientos, como para los pacientes, visitantes y empleados.
- (5) Los productos utilizados corresponden a las directrices y normas señaladas por la Administración Sanitaria.
- (6) Cumple el deber de respetar la confidencialidad del personal a su cargo y con relación a cuantos datos e informaciones conozca por la participación en la prestación del servicio (en el contrato de cada trabajador existe una cláusula en este sentido y las medidas disciplinarias y de todo tipo previstas en caso de incumplimiento).

B. Resolución de incidencias

a. Respuesta

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

b. Corrección

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

C. Procedimiento a desarrollar

a. Responsable:

Responsable de Restauración.

b. Qué se hace?:

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

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

c. Cuándo?:

Diariamente o cuando las circunstancias lo requieran.

d. Materiales y equipos a utilizar:

(1) Registro de incidencias.

(2) Plan de formación - atención al cliente.

(3) Plan de Dietas.

(3) Medidas disciplinarias.

(4) Personal acreditado del Hospital.

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

(6) Normativa vigente.

D. Indicadores de incumplimiento

03 Servicio de Restauración

00 SITUACIONES CRITICAS DEL SERVICIO

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

Indicador (1/1)

1. definición y valores según PPT

Fallo del Servicio, grave, que incumple el PPT, salvo aptdos. 1 y 2

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

2. definición del indicador para su gestión

Texto de registro	Tipo	Personal acreditado	Localización
La Unidad de Restauración - no está colaborando con los controles, supervisiones y auditorias o - no respeta los derechos de los usuarios o - no realiza sus tareas de forma segura	Fallo	Dirección del Hospital	No procede
Observaciones	Verificación	Cierre de la incidencia	
Especificar el tipo de fallo	Comprobación física y/o entrega de la documentación prevista en el protocolo	Con la conformidad de la Dirección del Hospital o de la UTC o Automático a las 72 horas del cierre realizado por el Servicio de Explotación	

3. cuantificación del indicador

a. De fallo

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

b. De fallo en el tiempo de respuesta

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

c. De fallo en el tiempo de corrección

En el mismo concepto:

Número de fallos verificados en el periodo no corregidos según protocolo

y/o

Número de actuaciones no ejecutadas en el periodo acordado.

4. sanciones previstas por incumplimiento

Penalizaciones en valores unitarios en % sobre el TAS en caso de incumplimiento					
Zonificación		Por fallo	respuesta	corrección	Total
Por fallo (penalización base)		0,025%	0,019%	0,035%	0,0830%
Por Servicio, ponderación de la base por:	1,050	0,0263%	0,0200%	0,0368%	0,0830%
Ponderado por zona donde se produce el fallo					
Zona Muy Crítica: Quirófanos. Unidades de Reanimación y despertar postquirófano. Partorios. Unidades especiales (a determinar por el centro). Habitaciones de aislamiento, cuando las haya. Esterilización. Unidades de cuidados intensivos. Urgencias. Banco de sangre. Hemodinámica. Diálisis. (Ponderación = 1,050)		0,0276%	0,0209%	0,0386%	0,0871%
Zona Crítica. Radiodiagnóstico. Laboratorios. Endoscopia Digestiva. Anatomía Patológica. Servicio de Rehabilitación. Áreas de Consultas Externas. Servicio de Medicina Preventiva, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, etc. Endoscopia Digestiva y Urológica. Resto de zonas de Hospitalización de enfermos (P. = 1,038)		0,0273%	0,0207%	0,0381%	0,0861%
Zonas protegidas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Cocinas. Cafetería Personal. Cafetería Pública. Almacenes de Productos alimenticios (Ponderación = 1,025)		0,0270%	0,0204%	0,0377%	0,0851%
Zonas donde no se realizan procedimientos a pacientes: Áreas Administrativas en general. Servicios de Suministros. Servicio de Admisión. Servicio de Atención al Paciente. (Ponderación = 1,013)		0,0266%	0,0202%	0,0372%	0,0840%
Resto: Vestuarios. Aseos. Talleres, Almacenes, Locales Técnicos, Exteriores y Viales. (P = 1,000)		0,0263%	0,0200%	0,0368%	0,0830%