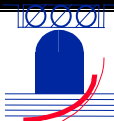


**MANUAL DE
LA CALIDAD
HOSPITAL PSIQUIATRICO Y
SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA
DE ALAVA**



REGISTRO DE REVISIONES		
MODIFICACION	FECHA	APROBADA POR
Se modifica el INDICE para adecuarlo a los nuevos contenidos	21/12/04	Comisión de Calidad
Se modifica la POLITICA DE CALIDAD DEL HOSPITAL (Cap.1) para adecuarla al nuevo Plan estratégico: 2004-2007Y Plan de Calidad 2004-2007	21/12/04	Comisión de Calidad
ANEXOS 1, 2 y 3: Se incluyen como anexos del MAC, el Plan estratégico 2004-2007, El Plan de Calidad 2004-2007 y el Plan de Gestión actualmente en vigor: 2005	21/12/04	Comisión de Calidad
ANEXO 4: Se modifica el Proceso de Planificación estratégica para incluir como entradas al mismo: El Plan de Calidad de la Organización central y el Plan estratégico de Salud Mental. Como salida se añade el Plan de Calidad del Hospital	21/12/04	Comisión de Calidad
Capítulo 2: Se modifica la denominación de los procesos en función del nuevo Mapa de procesos aprobado para el hospital	21/12/04	Comisión de Calidad
ANEXO 5: Se modifica el Mapa de procesos del hospital en su nivel 0, se añaden los mapas en sus niveles 1 y 2 y un cuadro con la definición básica de todos los procesos que componen el Mapa.	21/12/04	Comisión de Calidad
Capítulo 3, Se amplía el alcance del SGC sometido ala Norma ISO 9001:2000 a tres procesos asistenciales: UPR, Rehabilitación y CTT	21/12/04	Comisión de Calidad
ANEXOS se añaden como anexos: además de los citados 1,2 y 3. Los procedimientos generales citados en el capítulo 5:	21/12/04	Comisión de Calidad

PREÁMBULO

Este Manual es propiedad del Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava y tiene carácter confidencial, por lo cual no podrá ser reproducido por ningún medio, total o parcialmente, sin autorización expresa y por escrito de la Dirección del mismo.

Este documento proporciona una descripción básica del Sistema de Gestión de la Calidad vigente en este hospital.

El Sistema de Gestión de la Calidad que aquí se describe está de acuerdo con las exigencias de la norma ISO 9001: 2000 y cumple con los requisitos legales de aplicación y los requisitos internos establecidos en la propia Cartera de Servicios del Centro.

 <p>Hospital Psiquiátrico y SME de Álava</p>	<h1>MANUAL DE LA CALIDAD</h1>	ÍNDICE
		Revisión: 1
		Fecha: 21-dic-04
		Página 1 de 2

ÍNDICE

Capítulo 1: DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS SOBRE POLÍTICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS DE LA CALIDAD

Capítulo 2: IDENTIFICACIÓN, SECUENCIA E INTERACCIONES DE LOS PROCESOS DEL HOSPITAL

2.1 Mapa de procesos

2.2 Clasificación de los procesos e interacciones.

2.2.1 Procesos de Planificación y gestión

2.2.2 Procesos Específicos Asistenciales

2.2.3 Procesos de Apoyo

Capítulo 3: ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

3.1 Procesos sometidos al Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2000

3.2 Exclusiones del Sistema de Gestión de la Calidad

3.3 Revisión del Alcance del Sistema de Gestión de la Calidad

Capítulo 4: ORGANIZACIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES

4.1. Responsabilidades y delegación de autoridad

4.2. Comisión de Calidad

4.3. Responsables de proceso

4.4. Responsables de subproceso

Capítulo 5: ESTRUCTURA DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:

5.1. Procedimientos Generales

5.2. Manuales de Procesos

5.3. Procedimientos Operativos

5.4. Otros documentos del Sistema

Capítulo 6: EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS CLIENTES

Capítulo 7: REVISIÓN DEL SISTEMA POR PARTE DE LA DIRECCIÓN

ANEXOS:

1. PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL Y SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE ÁLAVA 2004-2007
2. PLAN DE CALIDAD DEL HOSPITAL Y SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE ÁLAVA 2004-2007
3. PLAN DE GESTIÓN DEL HOSPITAL Y SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE ÁLAVA 2005
4. PROCESO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y MEJORA CONTINUA: [PR-PEMC](#)
5. MAPA DE PROCESOS DEL HOSPITAL [NIVEL 0](#), [NIVEL 1](#), [NIVEL 2 ASISTENCIALES](#) Y [NIVEL 2 DE APOYO](#) Y [CUADRO](#) CON LA DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LOS PROCESOS
6. [MANUAL DE LOS PROCESOS](#) DEL HOSPITAL Y SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE ÁLAVA
7. PROCESO PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO: [PR-SACLI](#)
8. PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:
 - 8.1 Procedimiento para la elaboración y el control de documentos y registros del sistema de gestión de la calidad: [PG-01](#)
 - 8.1 Procedimiento para la gestión de no conformidades, acciones correctivas y acciones preventivas del sistema de gestión de la calidad: [PG-02](#)
 - 8.1 Procedimiento para la realización de auditorías internas del sistema de gestión de la calidad: [PG-03](#)

	MANUAL DE LA CALIDAD	CAPÍTULO 1
		Revisión: 1 Fecha: 21-dic-04
		Página 1 de 6

CAPÍTULO 1

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS SOBRE POLÍTICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS DE LA CALIDAD

MISIÓN DE OSAKIDETZA:

Osakidetza tiene como misión proveer servicios sanitarios públicos a los ciudadanos de la Comunidad Autónoma para satisfacer sus necesidades de salud bajo los principios de equidad, eficiencia y calidad, mediante el desarrollo de actividades de promoción, prevención, cuidado y mejora de la salud.

OBJETIVOS DE CALIDAD DE OSAKIDETZA:

Con el fin de desplegar los objetivos corporativos relacionados con la calidad que se recogen en el plan estratégico de Osakidetza, se ha desarrollado un Plan de calidad con dos objetivos generales y sus correspondientes objetivos específicos:

- **MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO SANITARIO**
 1. Mejora de la eficiencia y efectividad de las prestaciones sanitarias
 2. Mejora de la continuidad en la atención
 3. Mejora de la adecuación en el uso de las prestaciones sanitarias
 4. Mejora de la seguridad de los pacientes en la asistencia sanitaria
 5. Mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias
 6. Mejora del trato y de las condiciones hoteleras
 7. Mejora de la información

- **MEJORA DE LA CALIDAD DE LA GESTIÓN**
 1. Liderazgo
 2. Política y estrategia
 3. Personas
 4. Alianzas y Recursos
 5. Procesos

POLÍTICA DE CALIDAD DEL HOSPITAL

En línea con la política y objetivos de Osakidetza, la política de calidad del hospital psiquiátrico y Salud Mental extrahospitalaria de Álava se concreta en su MISIÓN, VISIÓN y VALORES.

MISIÓN DEL HOSPITAL:

El Hospital Psiquiátrico y la Salud Mental Extrahospitalaria de Álava es una organización sanitaria pública cuya principal razón de ser es prestar una atención integral en Salud Mental. Esta atención estará orientada a proporcionar a nuestros clientes la restitución de su salud mental o las capacidades psíquicas suficientes para conseguir la mejor adaptación personal, familiar, social y laboral en cada momento de la evolución de su proceso.

Nuestra organización asume un modelo asistencial comunitario basado en una asistencia psiquiátrica integrada, normalizada y accesible, atendiendo a las personas con trastornos mentales en su entorno social y procurando su máxima autonomía.

Un aspecto básico de este modelo es la continuidad de cuidados de nuestros pacientes que se garantizará al establecer líneas de coordinación y pautas de actuación comunes entre nuestros propios dispositivos de Salud Mental y otros, como Atención Primaria y Especializada de Salud y dispositivos Sociales y Socio-sanitarios.

Un segundo aspecto básico de este modelo es la participación en la promoción de programas de prevención y educación para la población, así como la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas afectadas por trastornos mentales.

El Hospital Psiquiátrico y la Salud Mental Extrahospitalaria de Álava dispondrá de una oferta de servicios integral, y actuará con la mejor calidad técnica posible, de acuerdo con los conocimientos contrastados y los recursos disponibles para ser reconocida como modelo de atención psiquiátrica avanzada.

Nuestra organización estructurará sus dispositivos intra y extrahospitalarios de forma integral, flexible y coordinada. Articulará su funcionamiento mediante unidades de gestión clínica dotadas de responsabilidad y autonomía.

Para la consecución de estos objetivos nuestras actividades se centrarán en el logro de la máxima satisfacción de nuestros pacientes y sus familiares mediante un cuidadoso trato humano y profesional, basado primordialmente en una atención cercana y personalizada, siempre en consonancia con los objetivos terapéuticos individualizados.

Factores determinantes del éxito de nuestra empresa son la responsabilidad y el compromiso de cada uno de los trabajadores con la calidad y la eficiencia. Este éxito se apoyará en una dinámica organizativa basada en el logro de la satisfacción de nuestros trabajadores mediante la motivación personal y profesional y el establecimiento de medios, recursos y canales de participación, formación e información.

Nuestra organización está comprometida con la gestión eficaz y eficiente de los recursos públicos asignados y disponibles en cada momento, así como con la gestión de la calidad total para lo que establecerá los mecanismos de evaluación adecuados teniendo como objetivo permanente la mejora continua.

VISIÓN:

Queremos ser una organización sanitaria excelente orientada al paciente, sus familiares y la sociedad.

Queremos conseguir la máxima satisfacción de nuestros pacientes y sus familiares.

Queremos lograr la mayor eficacia y eficiencia posibles en la gestión de nuestro centro, con la máxima satisfacción de nuestras personas.

Queremos ser una organización reconocida interna y externamente como modelo avanzado de atención psiquiátrica (Psiquiatría Comunitaria) y referente en la Gestión de la calidad Total (E.F.Q.M.), y utilizar las más avanzadas metodologías y herramientas de mejora.

VALORES:

- Respeto hacia los pacientes y entre los profesionales.
- Trato cercano y personalizado.
- Honestidad y ética profesional.
- Responsabilidad y profesionalidad en el trabajo.
- Transparencia y veracidad en la transmisión de la información.
- Actitud de escucha activa.
- Búsqueda de nuevas ideas, conocimientos, mejores prácticas y desarrollo de proyectos de investigación.
- Compromiso personal y social con los pacientes y la salud mental.

OBJETIVOS DE CALIDAD DEL HOSPITAL

Con el fin de cumplir con la Misión anteriormente definida y poder alcanzar la Visión, cada cuatro años se realiza una reflexión estratégica mediante la que se establece un **PLAN ESTRATÉGICO** (Anexo 1), en éste se definen los objetivos del hospital para dicho periodo. Partiendo de este Plan estratégico, y con el fin de desplegar hasta sus últimas consecuencias las líneas estratégicas relacionadas con la calidad, se establece un **PLAN DE CALIDAD** (Anexo 2), que es el documento que recoge, integra y define los objetivos de la calidad del hospital.

Las líneas estratégicas adoptadas en el Plan estratégico (2004-2007) son tres:

1. Satisfacción de los pacientes y usuarios
2. Satisfacción de los profesionales
3. Gestión eficiente de los recursos

Los objetivos específicos correspondientes a cada una de las líneas estratégicas:

LÍNEA ESTRATÉGICA I:

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES Y USUARIOS

1. Disponer de una oferta de servicios integral y accesible.
2. Luchar contra el estigma y la discriminación de los enfermos mentales.
3. Favorecer la corresponsabilidad del paciente en su proceso asistencial y articular la participación de los usuarios en el desarrollo de los servicios.

LÍNEA ESTRATÉGICA II:

SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES

1. Procurar a los profesionales el acceso a las técnicas diagnósticas y terapéuticas más efectivas.
2. Contar con unos profesionales cuyo número y perfil se adapte a las demandas y necesidades del servicio a prestar.
3. Liderar la formación continua potenciando el desarrollo profesional, docente e investigador.
4. Procurar la mayor satisfacción de los profesionales fomentando su sentido de pertenencia al HP y SME de Álava, y favoreciendo su participación en la planificación y el desarrollo de los servicios.

LÍNEA ESTRATÉGICA III:

GESTIÓN EFICIENTE LOS RECURSOS

1. Remodelar las Unidades en función de criterios rehabilitadores, para convertir el Hospital Psiquiátrico en un centro integral, flexible y coordinado, de forma que se garantice la accesibilidad y la continuidad de cuidados.
2. Mejorar las estructuras de los dispositivos del Hospital y de la Salud Mental Extrahospitalaria.
3. Consolidar el modelo asistencial comunitario, basado en una asistencia psiquiátrica integrada, normalizada y accesible, cuya base esté en la continuidad de cuidados de nuestros pacientes y en la participación en programas de prevención y educación a la población.
4. Ser reconocida como organización modelo de asistencia sanitaria
5. Mejora de la calidad

Por su parte, en el Plan de Calidad del Hospital Psiquiátrico y salud Mental Extrahospitalaria de Álava (2004-2007) (Anexo 2), se contemplan los siguientes objetivos específicos:

En relación con el objetivo general de Mejora de la calidad del servicio sanitario:

1. Mejora de la eficiencia y efectividad de las prestaciones sanitarias
2. Mejora de la continuidad en la atención
3. Mejora de la adecuación de las prestaciones sanitarias
4. Mejora de la seguridad de los pacientes en la asistencia hospitalaria y extrahospitalaria
5. Mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias
6. Mejora del trato y de las condiciones hosteleras
7. Mejora de la información

En relación con el objetivo general de Mejora de la calidad en la gestión:

1. Liderazgo
2. Política y estrategia
3. Personas
4. Alianzas y recursos
5. Procesos

 <p>Hospital Psiquiátrico y SME de Álava</p>	<h1>MANUAL DE LA CALIDAD</h1>	<p>CAPÍTULO 1</p> <p>Revisión: 1 Fecha: 21-dic-04</p> <hr/> <p>Página 6 de 6</p>
---	-------------------------------	---

Con el fin de concretar el cumplimiento de dichos objetivos, junto con los pactados con la Dirección territorial en el Contrato-Programa, cada año se establece un **PLAN DE GESTIÓN** en el que se concretan las acciones encaminadas a la consecución de todos los objetivos. El Plan de Gestión actualmente en vigor se recoge en el Anexo 3 de este Manual de la Calidad.

REVISIÓN DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD:

La revisión de la política y los objetivos de calidad del hospital así como la asignación de responsabilidades para las distintas actividades se realiza según se describe en el subproceso de Evaluación, control y ajuste del sistema, que forma parte del Proceso de Planificación Estratégica y Mejora Continua del Sistema de Gestión de la Calidad, ([PR-PEMC](#)) que se incluye como Anexo 4 de este Manual.

	MANUAL DE LA CALIDAD	CAPÍTULO 2
		Revisión: 1
		Fecha: 21-dic-04
		Página 1 de 2

CAPÍTULO 2

IDENTIFICACIÓN, SECUENCIA E INTERACCIONES DE LOS PROCESOS DEL HOSPITAL

2.1. Mapa de procesos

El Hospital Psiquiátrico de Álava, en línea con el objetivo estratégico de desarrollo de la Calidad total, ha optado por un sistema de gestión de sus actividades basado en procesos.

La secuencia de los procesos se recoge en el Anexo 5 de este Manual donde se establece el [Mapa de procesos del Hospital en su nivel 0](#). Asimismo y para cada uno de los procesos se recoge en un [cuadro anexo al Mapa](#): El responsable o gestor, la Misión, las actividades principales y/o subprocesos de que consta, y los procesos con los que mantiene interacciones.

2.2 Clasificación de los procesos e interacciones

Los tipos de procesos que forman el Sistema de gestión del Hospital se clasifican en tres grupos que se describen a continuación:

2.2.1 Procesos de Planificación y Gestión

Son aquellos procesos responsabilidad de la Dirección del hospital necesarios para la Planificación, Mantenimiento y Progreso de la Organización. Entre ellos se destaca particularmente el:

- **Proceso de Planificación Estratégica y Mejora Continua.**

Este proceso descrito en su correspondiente ficha ([PR-PEMC](#)) se incluye como Anexo 4 de este Manual.

Este proceso mantiene interacciones con todos los procesos del Mapa tal y como se especifica en su correspondiente ficha. Esta interacción se concreta en que el ([PR-PEMC](#)) desarrolla anualmente un plan de gestión para todo el hospital con objetivos y acciones concretas que se despliegan hacia todos los procesos. Por su parte, los diferentes procesos retornan al ([PR-PEMC](#)) un informe de conclusiones sobre el cumplimiento de dicho plan, así como propuestas para el ajuste o adición de nuevos objetivos.

El resto de los procesos de Planificación y gestión se describen en sus correspondientes fichas de proceso, que se incluyen en el [Manual de procesos](#) del hospital Psiquiátrico y Salud Mental extrahospitalaria de Álava (Anexo 6).

	MANUAL DE LA CALIDAD	CAPÍTULO 2
		Revisión: 1
		Fecha: 21-dic-04
		Página 2 de 2

2.2.2 Procesos específicos asistenciales

Son los procesos a través de los que se desarrolla la actividad asistencial. En ellos, partiendo de las necesidades y expectativas de nuestros clientes (pacientes y sus familiares o tutores) y cualquier otra (legales e internas) de aplicación, se consideran todas las actividades que conducen a la prestación de la atención sanitaria, desde la solicitud realizada por el cliente, hasta la realización del servicio solicitado.

En el HP y SME de Álava se han considerado dos procesos específicos asistenciales en un [Nivel 1](#):

- **Proceso para la asistencia psiquiátrica en estructuras hospitalarias**
- **Proceso para la asistencia psiquiátrica en estructuras extrahospitalarias**

Los procesos específicos asistenciales se despliegan en un [Nivel 2](#) en subprocesos. La descripción, tanto de los procesos como de los subprocesos se realiza en sus correspondientes fichas de proceso. Para cada uno de los procesos específicos sometidos al Sistema de Gestión de la Calidad, se describen, en sus correspondientes fichas de proceso, además de las interacciones con otros procesos específicos y de planificación, las correspondientes a aquellos procesos de apoyo que son críticos para el desarrollo de su misión.

El conjunto de las fichas de todos los procesos y subprocesos del hospital, constituye el documento denominado [Manual de procesos](#) del hospital Psiquiátrico y Salud Mental extrahospitalaria de Álava.

2.2.3 Procesos de apoyo

Son aquellos que dan soporte a los procesos específicos asistenciales para que estos cumplan adecuadamente con su misión.

En general, y para todo el hospital, los procesos de apoyo que se ha descrito son de dos tipos:

- **Procesos de apoyo técnico**
- **Procesos de gestión de recursos**

La descripción completa de los procesos de apoyo se encuentra en sus correspondientes fichas recogidas en el [Manual de procesos](#) del hospital Psiquiátrico y Salud Mental extrahospitalaria de Álava. Asimismo, la descripción gráfica de las principales actividades e interacciones con el resto de procesos descritos en el Manual de procesos se recoge en sus correspondientes Mapas de [Nivel 2](#)

	MANUAL DE LA CALIDAD	CAPITULO 3
		Revisión: 1 Fecha: 21-dic-04
		Página 1 de 2

CAPÍTULO 3

ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

3.1 Procesos sometidos al Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2000

Siguiendo una política de implantación por etapas, el Hospital ha decidido que el Sistema de Gestión de la Calidad, basado en la norma ISO 9001:2000 y descrito en este manual sea de aplicación a todas las actividades directa o indirectamente relacionadas con los procesos descritos a continuación:

- Proceso de gestión farmacoterapéutica: [PR-GFT](#)
- Proceso de gestión administrativa de personal: [PR-GAP](#)
- Subproceso para la asistencia del paciente con psicosis refractaria en estructuras hospitalarias: [SPR-UPR](#)
- Subproceso para la rehabilitación del paciente con trastorno mental severo de larga evolución, en estructuras hospitalarias: [SPR-REHAB](#)
- Proceso para el tratamiento del paciente toxicómano no alcohólico en estructuras extrahospitalarias: [SPR-TOXI](#)

3.2 Exclusiones del Sistema de Gestión de la Calidad

Teniendo en cuenta las actividades desarrolladas en este hospital y los objetivos del Sistema de Gestión de la Calidad descritos en este Manual, los siguientes elementos de la norma no son de aplicación a las actividades consideradas en ninguno de los procesos sometidos a nuestro sistema de Gestión de la Calidad:

Punto 7.3 : Diseño y desarrollo

El concepto de diseño no tiene aplicación en la prestación del servicio cubierto por el sistema de gestión de la calidad.

Punto 7.5.2 : Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio

Consideramos que en la parte operativa relacionada con las actividades propias del servicio, no existen procesos especiales que requieran una validación formal.

 <p>Hospital Psiquiátrico y SME de Álava</p>	<h1>MANUAL DE LA CALIDAD</h1>	<p>CAPITULO 3</p> <p>Revisión: 1 Fecha: 21-dic-04</p> <hr/> <p>Página 2 de 2</p>
---	-------------------------------	---

3.3 Revisión del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad

La aprobación del mapa de procesos del hospital y la identificación de aquellos procesos que vayan a ser sometidos al Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma ISO 9001:2000 descrito en este Manual, se realizará en el proceso de Planificación Estratégica y Mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad ([PR-PEMC](#)) que se recoge en el Anexo 4 de este Manual.

CAPÍTULO 4

ORGANIZACIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES

4.1 Responsabilidades y delegación de autoridad

El **Director gerente**, con la colaboración del Equipo directivo, es en última instancia el responsable de la planificación, desarrollo e implantación del sistema de gestión de la calidad, así como de la mejora continua de su eficacia.

Para ello, entre sus funciones se encuentran las siguientes:

- Establecer la política de calidad.
- Aprobar los objetivos de la calidad, garantizando su coherencia con la política del centro. Estos se recogerán en el Plan de Calidad.
- Desplegar el Plan de Calidad hacia los procesos de la organización.
- Poner en marcha los equipos de objetivos y proyectos necesarios para el despliegue del Plan.
- Evaluar regularmente el progreso del Plan.
- Aprobar anualmente un informe de progreso del Plan.
- Establecer las medidas que considere oportunas para el avance del Plan, así como los ajustes necesarios en las líneas de actuación y los objetivos planteados. esto se traducirá en la aprobación de las acciones encaminadas a la consecución de los objetivos de la calidad y asignación de los recursos necesarios para llevarlos a cabo
- Establecer los mecanismos de comunicación en el hospital que permitan la implantación eficaz del sistema de gestión de la calidad a través del Plan de la Calidad, así como sus modificaciones como consecuencia de la mejora del sistema.
- Promover la evaluación regular de la satisfacción de los clientes externos.
- Promover la evaluación regular de la satisfacción de las personas de la organización.

- Diseñar aprobar e implantar el sistema de gestión de la calidad para los procesos de la organización, lo que implica:
 - Aprobar el Mapa de procesos de la organización y designar a los responsables de proceso, a los que se instará para que establezcan un sistema de gestión de la calidad de su proceso.
 - Promover la realización de auditorías internas de los procesos con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad y detectar oportunidades de mejora.
 - Promover la realización de autoevaluaciones siguiendo el modelo EFQM, a nivel de los procesos y de toda la organización como mínimo cada dos años con el fin de detectar las posibles áreas de mejora
 - Analizar los resultados de la satisfacción de los clientes externos, así como de las auditorías internas y externas de los procesos, y efectuar con una periodicidad mínima anual la revisión del sistema de gestión de la calidad y el planteamiento de objetivos de mejora.
 - Analizar, priorizar y establecer los recursos necesarios para implantar los objetivos de mejora acordados tras la Revisión del sistema y las evaluaciones EFQM
- Aprobar el desarrollo e implantación de cualquier otra herramienta que contribuya al objetivo estratégico de calidad total y, más concretamente a los objetivos del Plan de Calidad.

Con el fin de dar apoyo al Equipo directivo en todas las tareas relacionadas con el sistema de gestión de la calidad de la organización, se designa como **Coordinador del sistema de gestión de la calidad** al Responsable de la Unidad de Gestión sanitaria, el cual tendrá las siguientes funciones:

- Apoyar al Equipo directivo en la planificación, desarrollo e implantación del Plan de Calidad.
- Elaborar anualmente un informe de progreso del Plan de Calidad
- Desarrollar la estructura del sistema de gestión de la calidad para los procesos de la organización, y custodiar la documentación del mismo.
- Diseñar y coordinar la realización de auditorías internas de los procesos.
- Coordinar la realización de las encuestas de satisfacción de clientes y colaborar en la difusión de sus resultados.
- Apoyar a los equipos de proceso en la implantación del sistema de gestión de la calidad de los procesos.
- Apoyar a las Unidades para la realización de autoevaluaciones EFQM y para la elaboración, implantación y evaluación de planes de gestión.

- Identificar, analizar e informar a la Dirección sobre aquellos problemas secundarios a las interacciones entre procesos detectados, y que pudieran afectar al cumplimiento de los requisitos de calidad, proponiendo en su caso posibles mejoras.
- Promover y colaborar en el desarrollo de herramientas que contribuyan a la mejora del sistema de gestión de la calidad y a la consecución de los objetivos del Plan de Calidad.

Dada la organización del trabajo en el centro y, con el fin de facilitar el despliegue del Plan de Calidad y la implantación en toda la organización del sistema de gestión de la calidad diseñado, la Dirección del hospital crea la **Comisión de Calidad**.

4.2 Comisión de Calidad

La **Comisión de Calidad** del Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava está formada como mínimo por los siguientes miembros:

- Los cinco miembros del equipo directivo
- Los tres miembros de la Unidad de Gestión sanitaria
- Tres supervisores de enfermería
- Tres representantes de procesos sometidos al SGC

Además de las personas descritas, en las reuniones de la comisión podrá participar cualquier otra persona implicada según los temas recogidos en el orden del día.

La comisión se reunirá al menos con una periodicidad cuatrimestral y se realizará un acta de cada una de las sesiones. Las actas serán archivadas como mínimo durante un año bajo la responsabilidad del Coordinador del sistema de gestión de la calidad, quién actuará como secretario de la misma, siendo el responsable de realizar la convocatoria y elaborar el acta, que será leída y aprobada en la sesión inmediatamente posterior a la que refiera.

Las funciones asignadas a la comisión de calidad son:

- Revisar y Aprobar la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad
- Colaborar con el Comité de Dirección en la implantación del Plan de Calidad.
- Colaborar en el diseño del sistema de gestión de la calidad de los procesos.
- Asegurarse de que se establecen, implantan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.
- Identificar y analizar aquellos problemas detectados, secundarios a las interacciones entre procesos, y que pudieran afectar al cumplimiento de los requisitos de calidad, proponiendo en su caso posibles mejoras.
- Analizar la evolución de los indicadores del Plan de Calidad, así como el desempeño del sistema de gestión de la calidad en su conjunto y proponer en su caso líneas de actuación mediante informes periódicos al Comité de Dirección..
- Colaborar en la elaboración y actualización del mapa de procesos del centro.
- Detectar necesidades de formación y colaborar en el desarrollo del programa de formación necesario para la implantación del Plan de Calidad y, más concretamente, del sistema de gestión de la calidad para los procesos.
- Promover el desarrollo e implantación de sistemas de información de los procesos para la realización, entre otras, de las siguientes actividades: valoración de la eficacia y adecuación de los procedimientos sanitarios, y monitorización de las complicaciones.
- Establecer pautas para la elaboración y difusión de “guías de información para el paciente” sobre procedimientos y/o enfermedades que, por sus características de complejidad o carácter invasivo, sean consideradas útiles para la mejora de la comunicación con el paciente.
- Promover y proponer la realización de proyectos de investigación sobre evaluación y resultados en los servicios de salud.
- Promover la identificación y difusión de mejores prácticas de las unidades y procesos de la organización.
- Promover el desarrollo y utilización de otras herramientas que contribuyan al objetivo estratégico de calidad total y, más concretamente, a los objetivos del Plan de Calidad.

Las tareas asignadas a la comisión de calidad se realizarán siempre que sea posible de forma colegiada en las reuniones cuatrimestrales. La aprobación de las decisiones o resoluciones se manifestará por la firma en el acta de todos los participantes.

Para aquellas tareas que requieran la intervención de personas individuales, éstas serán designadas en una de las reuniones de la comisión, quedando dicha designación registrada en el acta mediante el nombre de la persona, la tarea asignada y el tiempo de realización.

En el caso de los procesos, la Dirección delegará la responsabilidad en los correspondientes **responsables** de cada uno de los procesos con el fin de que cumplan con los objetivos de calidad recogidos en este Manual. Dichos responsables aparecen designados en las correspondientes fichas de procesos y subprocesos.

4.3 Responsables de proceso

Los responsables de proceso serán designados por el Director Gerente; entre sus tareas se encuentran:

- Designar el equipo del proceso y coordinar sus actividades
- Junto con el equipo del proceso, diseñar, definir, estabilizar y evaluar la gestión del proceso.
- Garantizar que se tienen en cuenta los requisitos marcados por los clientes, los legales, así como los internos si los hubiera.
- Establecer los recursos necesarios para la ejecución del proceso, solicitarlos, si fuera necesario, a la dirección y establecer los mecanismos que garanticen su eficacia.
- Supervisar las diferentes actividades con el fin de garantizar que el proceso se desarrolla según ha sido diseñado
- Evaluar los indicadores del proceso para garantizar el control y la mejora continua del mismo
- Revisar y aprobar los documentos del sistema de calidad relacionados con el proceso operativo, siempre que esta tarea haya sido delegada por parte del comité de calidad
- Realizar el análisis de causas y establecer las medidas correctivas que se requieran para corregir no conformidades relacionadas con el proceso, evaluando la eficacia de su implantación, según lo especificado en el procedimiento general [PG-02](#) (Procedimiento general para la gestión de las no conformidades, acciones preventivas y reclamaciones del sistema de gestión de la calidad)
- Realizar un análisis de riesgos en su proceso y establecer, si fuera necesario, medidas preventivas, evaluando su eficacia siguiendo lo especificado en el procedimiento general [PG-02](#)

- Evaluar las reclamaciones de los clientes, establecer si es necesario medidas correctoras y [PG-02](#)
- Implantar la sistemática establecida para la evaluación de la percepción del cliente en su proceso si esta no queda cubierta por el proceso general del hospital: [PR-SACLI](#)
- Colaborar en la Revisión del Sistema por la Dirección aportando los datos obtenidos en la revisión del sistema a nivel de su proceso, así como la propuesta de acciones de mejora y solicitud de recursos para su implantación, según lo especificado en el subproceso para la mejora continua de los procesos ([SPR-MCO](#))
- Colaborar en las autoevaluaciones según EFQM en todo lo que afecte a su proceso.
- Actuar como representante de su proceso con los equipos por los que sea requerido en razón de la interacción de su proceso con otros procesos del hospital

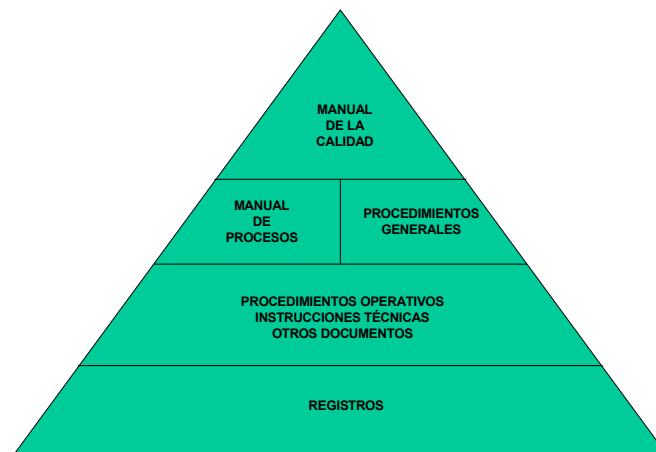
4.4 Responsables de subproceso

Los responsables de subproceso serán designados por el gestor del proceso. Sus tareas serán, actuando a nivel de subproceso, las mismas que el responsable de proceso.

CAPÍTULO 5

ESTRUCTURA DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Los documentos que forman el Sistema de Gestión de la Calidad se incluyen en la siguiente figura, expresión de su disposición jerárquica:



La trazabilidad documental se garantiza porque todos los documentos del sistema se encuentran ligados al nivel inmediatamente superior al ser referenciados en el mismo o incluidos en forma de Anexo. El acceso a ellos en su versión informatizada será mediante hipervínculos.

A continuación se proporciona una definición genérica y se especifica el contenido mínimo del resto de documentos que forman el sistema junto con este Manual de la calidad.

5.1. Procedimientos Generales

Los procedimientos generales que describen el control del Sistema de gestión de la Calidad son los siguientes:

- Procedimiento para la elaboración y control de los documentos y registros del sistema ([PG-01](#))
- Procedimiento para el control del producto/servicio no conforme y el tratamiento de las acciones correctivas y preventivas [PG-02](#)
- Procedimiento para la realización de auditorías internas ([PG-03](#))

5.2. Manual de Procesos: [MP](#)

Este documento recoge todas las de los procesos incluidos en el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad del centro, así como los mapas de procesos y sus fichas correspondientes.

Mediante este documento se garantiza que:

- Se identifican los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad
- Se determina la secuencia e interacción de estos procesos
- Se determinan los criterios y métodos necesarios para asegurar que tanto la operación como el control de los procesos son eficaces

Cada uno de los procesos sometidos al sistema de gestión de la calidad se desarrolla en su correspondiente Ficha de Proceso. En dicho documento se recogen como mínimo los siguientes aspectos:

- Nombre y Código de identificación del Proceso
- Misión y Plan de gestión del proceso
- Alcance del proceso, marcado por su INICIO y FIN
- Responsable y equipo gestor del proceso
- Clientes y otros grupos de interés (si fueran requeridos)
- Interacciones del proceso describiendo:
 - las entradas y proveedores de las mismas
 - las salidas del proceso y receptores de las mismas
- Recursos del proceso y proveedores de los mismos
- Mapa del proceso y diagrama de flujo de actividades, estableciendo los responsables de las mismas, los procedimientos para su realización y los registros en los que quedará constancia de su realización.
- Requisitos de calidad del proceso: especificados por los clientes, exigencias legales o estándares técnicos de calidad.
- Indicadores: Descripción, Metodología de medición y registro y Responsable de su evaluación
- Lista de documentos relacionados con el proceso: Procedimientos y Registros relacionados con el proceso, así como cualquier otro documento que requiera ser controlado.

Las fichas de proceso y subproceso son elaboradas y mantenidas por los correspondientes gestores de proceso y se encuentran incluidas en el [Manual de procesos](#), el cual, como todo documento del Sistema de Gestión de la Calidad está sometido al Procedimiento general de elaboración y control de la documentación ([PG-01](#))

5.3. Procedimientos Operativos

Cada gestor de proceso decide, en el ámbito de su competencia, qué procedimientos operativos y/o instrucciones técnicas son requeridos por el proceso bajo su gestión. El título de los mismos se recoge en la correspondiente ficha de proceso y su control queda sometido a lo especificado en el Procedimiento General para la elaboración y control de los documentos y registros del sistema ([PG-01](#))

5.4. Otros documentos del Sistema

Además de los procedimientos antes citados, el Sistema de Gestión de la Calidad podrá disponer de cualquier otro documento necesario para su definición, planificación o implantación. Estos documentos se identificarán y estarán sujetos a lo especificado en el Procedimiento General para la elaboración y control de los documentos y registros del sistema ([PG-01](#))

 <p>Hospital Psiquiátrico y SME de Álava</p>	MANUAL DE LA CALIDAD	CAPÍTULO 6
		Revisión: 1 Fecha: 21-dic-04
		Página 1 de 1

CAPÍTULO 6

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS CLIENTES

La Dirección del centro considera un objetivo estratégico cumplir con las necesidades y expectativas de sus clientes, así como aumentar la satisfacción de los mismos.

Para alcanzar y cumplir este objetivo se establece el Proceso para la evaluación de la satisfacción del cliente externo [PR-SACLI](#) que se recoge en el Anexo 7 de este Manual.

 <p>Hospital Psiquiátrico y SME de Álava</p>	<p>MANUAL DE LA CALIDAD</p>	<p>CAPÍTULO 7</p> <p>Revisión: 1 Fecha: 21-dic-04</p> <hr/> <p>Página 1 de 1</p>
---	------------------------------------	---

CAPÍTULO 7

REVISIÓN DEL SISTEMA POR PARTE DE LA DIRECCIÓN

La Dirección realizará, con una periodicidad mínima anual, la revisión del sistema de gestión de la calidad, con el fin de asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas.

La revisión incluirá la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de calidad y los objetivos de calidad.

La revisión del sistema se realizará según el Proceso de Planificación Estratégica y Mejora Continua del Sistema de Gestión de la Calidad ([PR-PEMC](#)) que se recoge en el Anexo 4 de este Manual.

En cada una de las reuniones de revisión del sistema se redactará un acta que será el registro de la misma. Estas actas serán archivadas bajo la responsabilidad del Coordinador del sistema de gestión de la calidad.

 <p>Hospital Psiquiátrico y SME de Álava</p>	<h1>MANUAL DE LA CALIDAD</h1>	<p>ANEXOS</p> <p>Revisión: 1 Fecha: 21-dic-04</p> <hr/> <p>Página 1 de 1</p>
--	-------------------------------	---

ANEXOS CITADOS EN EL MANUAL DE LA CALIDAD

1. PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL Y SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE ÁLAVA 2004-2007
2. PLAN DE CALIDAD DEL HOSPITAL Y SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE ÁLAVA 2004-2007
3. PLAN DE GESTIÓN DEL HOSPITAL Y SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE ÁLAVA 2005
4. PROCESO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y MEJORA CONTINUA: [PR-PEMC](#)
5. MAPA DE PROCESOS DEL HOSPITAL [NIVEL 0](#), [NIVEL 1](#), [NIVEL 2 ASISTENCIALES](#) Y [NIVEL 2 DE APOYO](#) Y [CUADRO](#) CON LA DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LOS PROCESOS
6. [MANUAL DE LOS PROCESOS](#) DEL HOSPITAL Y SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE ÁLAVA
7. PROCESO PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO: [PR-SACLI](#)
8. PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:
 - 8.1 Procedimiento para la elaboración y el control de documentos y registros del sistema de gestión de la calidad: [PG-01](#)
 - 8.1 Procedimiento para la gestión de no conformidades, acciones correctivas y acciones preventivas del sistema de gestión de la calidad: [PG-02](#)
 - 8.1 Procedimiento para la realización de auditorías internas del sistema de gestión de la calidad: [PG-03](#)