



SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

MG

Fecha: 13/11/2009 Ed. 5

MANUAL DE GESTIÓN

	Nombre y Cargo	Firma	Fecha
Elaborado	M ^a Carmen Cañavate González Ana Ortega Monfulleda M ^a Jesús González Callejas Unidad Técnica Asesora		13/11/2009
Revisado	M ^a Luisa Calero Gómez Unidad Técnica Asesora		13/11/2009
Aprobado	Martín Blanco García Director de Gestión y Servicios		13/11/2009

1. INDICE

1.	INDICE.....	2
2.	INTRODUCCIÓN.....	4
2.1	PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES.....	4
2.2	POLÍTICAS DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN:.....	5
2.3	DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA.....	5
2.4	DEFINICIONES Y ABREVIATURAS.....	6
2.4.1	Definiciones normalizadas.....	6
2.4.2	Definiciones específicas.....	7
2.4.3	Abreviaturas.....	8
3.	OBJETO Y ALCANCE DE ESTE MANUAL DE GESTIÓN.....	8
3.1	Objeto del Manual de Gestión.....	8
3.2	Alcance.....	8
3.3	Exclusiones permitidas.....	9
4.	SISTEMA DE GESTIÓN.....	9
4.1	- Requisitos Generales.....	9
4.2	Requisitos de la documentación.....	12
4.2.1	Control de la documentación.....	13
4.2.2	Control de los registros.....	13
5.	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN.....	13
5.1	Compromiso de la Dirección.....	13
5.2	Enfoque al cliente.....	13
5.3	Políticas.....	14
5.4	Planificación.....	15
5.4.1	Objetivos.....	15
5.4.2	Planificación de la Gestión.....	15
5.4.3	ASPECTOS AMBIENTALES.....	16
5.4.4	REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS.....	17
5.5	Responsabilidad, Autoridad y Comunicación.....	17
5.5.1	Responsabilidad y autoridad.....	17
5.5.2	Representante de la Dirección.....	17
5.5.3	Comunicación y Participación.....	18
5.6	Revisión por la Dirección.....	18
5.6.1	- Generalidades.....	18
6.	GESTIÓN DE LOS RECURSOS.....	19
6.1	Suministros de recursos.....	19
6.2.1	Asignación de personal.....	19
6.2.2	Competencia, toma de conciencia y formación.....	20
6.2	Infraestructura.....	20
6.3	Ambiente de trabajo.....	21

7.	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO Y CONTROL OPERACIONAL	21
7.1	CONTROL OPERACIONAL AMBIENTAL	21
7.1.1	PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS AMBIENTALES	23
8.	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	24
8.1	Generalidades	24
8.2	Medición y Seguimiento	24
8.2.1.	Satisfacción del cliente	24
8.2.2.	Auditoría interna	25
8.2.3.	Medición y seguimiento de los procesos y Comportamiento Ambiental	25
8.2.4	Evaluación del cumplimiento legal	26
8.2.5.	Medición y seguimiento del producto	26
8.3	Control de los productos no conformes y no conformidades	27
8.4	Análisis de datos	27
8.5	Mejora	28
8.5.1.	Mejora continua	28
8.5.2.	Acciones correctivas	28
8.5.3.	Acciones preventivas	29
9.	HISTÓRICO DE EDICIONES	30
POLÍTICA DE CALIDAD		31
DEL		31
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES		31
POLÍTICA AMBIENTAL		33

2. INTRODUCCIÓN

2.1 PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES.

El Hospital Universitario Virgen de las Nieves es un centro hospitalario de especialidades público, de referencia regional, perteneciente a la red asistencial del Servicio Andaluz de Salud.

Está constituido por siete edificios asistenciales, uno administrativo y dos industriales. Esta característica obliga a que existan distintas unidades que, haciendo las mismas funciones, se encuentran ubicadas en edificios diferentes.

En el año 1992 se inició un proceso encaminado a unificar criterios y procedimientos en el área de gestión (Servicios Generales y Económico Administrativa), así como aumentar el grado de eficacia y eficiencia de las distintas estructuras que la componen. De forma resumida, cabría indicar que se pretendió cambiar el funcionamiento clásico burocrático-administrativo para transformarlo en estructuras que permitan satisfacer las necesidades de los clientes internos y externos, estableciendo mecanismos de medición y procedimientos de corrección y prevención de errores, así como instrumentos de reingeniería de procesos que permitieran la adaptación a las cambiantes necesidades de los usuarios del sistema, y potenciaran en los mismos el sentimiento de utilidad del servicio sanitario público.

Junto con otros instrumentos y siempre dentro de esta orientación, la dirección del hospital consideró como válidas y potenciadoras de la dinámica de cambio las herramientas que las distintas teorías aportan, así como la obtención y mantenimiento de la certificación de calidad, realizada sobre la base de la norma ISO 9000.

Por cuestiones de oportunidad, nivel de desarrollo organizativo, implicación del personal, etc., se optó en una primera fase por obtener la certificación en

- Área de Hostelería:
 - Servicio de restauración
 - Distribución de alimentos
- Subdirección de Compras e Inversiones:
 - Gestión de pedidos
 - Facturación

- Almacén General

En la tercera edición se abordó por un lado la adaptación del Sistema ya certificado a los requerimientos de la versión 2000 de la ISO 9001, y ampliar el alcance a más áreas de Servicios Generales:

- . Registro
- . Electromedicina (HG)

En la cuarta edición, se incluyen las actividades y procesos de la Subdirección de Control de Gestión.

Esta quinta edición, pretende elaborar un Manual de Gestión capaz de cumplir con la totalidad de los requisitos de las normas de referencia de los distintos Sistemas de Gestión, al objeto de unificar criterios para su puesta en marcha y desarrollo, respetando los requisitos específicos de cada uno de ellos, disponiendo así de una herramienta útil.

2.2 POLÍTICAS DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN:

Anexo I Política de Calidad
Anexo II Política Ambiental

2.3 DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

Para la preparación de este Manual de Gestión se han tenido en cuenta los siguientes documentos.

- UNE-EN-ISO 9001 “Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.”
- UNE-EN-ISO 9000 “Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario.”
- UNE-EN-ISO 9004 “Sistemas de Gestión de la Calidad. Recomendaciones para llevar a cabo la mejora”.
- UNE-EN-ISO 14001 “SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL: REQUISITOS”.

- UNE-EN-ISO 22000 “Sistema de gestión de la inocuidad de los alimentos. Requisitos para cualquier organización en la cadena alimentaria”
- Sistema de Autocontrol Análisis de Peligros y Puntos de Control Critico (APPCC)

2.4 DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

2.4.1 Definiciones normalizadas

Se adoptan las contenidas en la norma UNE-EN-ISO 9000

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados

Producto: resultado de un proceso (de forma genérica, se consideran como categorías genéricas de producto los materiales procesados, servicios, hardware y software). Un producto puede ser la combinación de diferentes categorías genéricas de producto.

Proveedor: organización o persona que proporciona un producto.

Requisito: necesidad o expectativa establecida o habitualmente implícita u obligatoria.

No conformidad: Falta de cumplimiento de los requisitos especificados.

Meta: Requisito detallado de actuación, cuantificado cuando sea posible, aplicable a la organización o a parte de la misma, que proviene de los objetivos que debe establecerse y cumplirse en orden a alcanzar dichos objetivos.

Objetivo: Fin de carácter general, que tiene su origen en las diferentes Políticas de Gestión que una organización se marca a sí misma, y que está cuantificado siempre que sea posible.

Auditoria: Proceso de verificación sistemático y documentado para obtener y evaluar objetivamente evidencias para determinar si los sistemas de Gestión de una organización se ajustan a los criterios de auditoría del sistema marcados por la organización, y para la comunicación de los resultados de este proceso a la dirección.

Políticas de Gestión: Declaración por parte de la organización, de sus intenciones y principios en relación con su comportamiento en Calidad, Medio Ambiente e Inocuidad de los Alimentos general, que proporciona un marco para su actuación y para el establecimiento de sus objetivos y sus metas.

Registro: Documento que proporciona evidencia objetiva de actividades realizadas o de resultados obtenidos.

Revisión por la Dirección: Evaluación formal, por parte de la alta dirección, del estado y de la adecuación de los Sistemas de Gestión en relación con la política de gestión y sus objetivos.

2.4.2 Definiciones específicas

Cliente externo: Destinatario de los productos y los servicios de las distintas áreas de los del Hospital y que suele identificarse por lo general con el paciente.

Cliente interno: Profesionales y servicios del Hospital que intervienen en la definición y realización de los procedimientos y actuaciones que se aplican o deben seguirse con los pacientes, así como unidades administrativas de apoyo demandantes de servicios de las distintas áreas de la Dirección de Gestión y Servicios.

Usuario: Engloba los conceptos tanto de Cliente Externo como de Cliente Interno.

Manual de Gestión: Documento que establece las responsabilidades y criterios en las actuaciones particulares y específicas relacionadas con la aplicación del Sistema de Gestión requerido por sus normas de referencia

Al objeto de simplificar el Manual de Gestión, parte de las definiciones específicas se incluyen en los documentos específicos MO, PG, PO, etc.

2.4.3 Abreviaturas

- MG Manual de Gestión
- MC-X Manual Operativo de Calidad siendo X la inicial que identifica el

- PG área
 Procedimiento de Gestión
- PHG Plan General de Higiene
- PO Procedimiento Operativo
- IT Instrucción de Trabajo
- HUVN Hospital Universitario Virgen de las Nieves
- DSSGG Dirección de Servicios Generales
- DGS Dirección de Gestión y Servicios
- SCG Subdirección de Control de Gestión
- SRRHH Subdirección de Recursos Humanos
- UCIM Unidad Centralizada de Ingeniería y Mantenimiento

3. OBJETO Y ALCANCE DE ESTE MANUAL DE GESTIÓN

3.1 Objeto del Manual de Gestión

Este Manual de Gestión tiene por objeto el establecimiento de un Sistema de Gestión en aquellas áreas recogidas en el documento “Alcance de los Sistemas de Gestión” (ANEXO III).

En este documento se establecen concretamente aquellas herramientas de gestión contempladas en las Normas de referencia indicadas en el documento “Alcance de los sistemas de Gestión”.

3.2 Alcance

Los requisitos de este Manual de Gestión se aplican a aquellas áreas recogidas en el documento “Alcance de los Sistemas de Gestión” (ANEXO III), que se ubican en los siguientes ámbitos:

AMBITO CALETA	Edificio de Gobierno (Escuela Universitaria de Enfermería) Hospital Materno Infantil Hospital General (Médico-Quirúrgico) Centro Licinio de la Fuente (Animalario y Club de Diálisis) Diálisis de Guadix (C.P.E. de Guadix)
AMBITO CARTUJA	Hospital de Rehabilitación y Traumatología Centro de Especialidades Cartuja Lavandería Centralizada

AMBITO PERIFÉRICO	Hospital San Juan de Dios (Centro Hospitalario de Alta Precoz) Comunidad Terapéutica Almacén Centralizado
--------------------------	---

Las áreas afectadas y los alcances concretos dentro de cada proceso están claramente identificados en correspondientes Manuales Operativos, en los correspondientes Procedimientos de Gestión y Procedimientos Operativos.

3.3 Exclusiones permitidas

Las exclusiones permitidas y la justificación de las mismas se encuentran en el apartado “Exclusiones permitidas” de los correspondientes Manuales Operativos de las diferentes áreas.

4. SISTEMA DE GESTIÓN

4.1 - Requisitos Generales

La Dirección del Hospital Universitario Virgen de las Nieves ha determinado y definido los procesos principales relacionados con sus actividades incluidas dentro del Sistema de Gestión, así como la secuencia e interacción de los mismos.

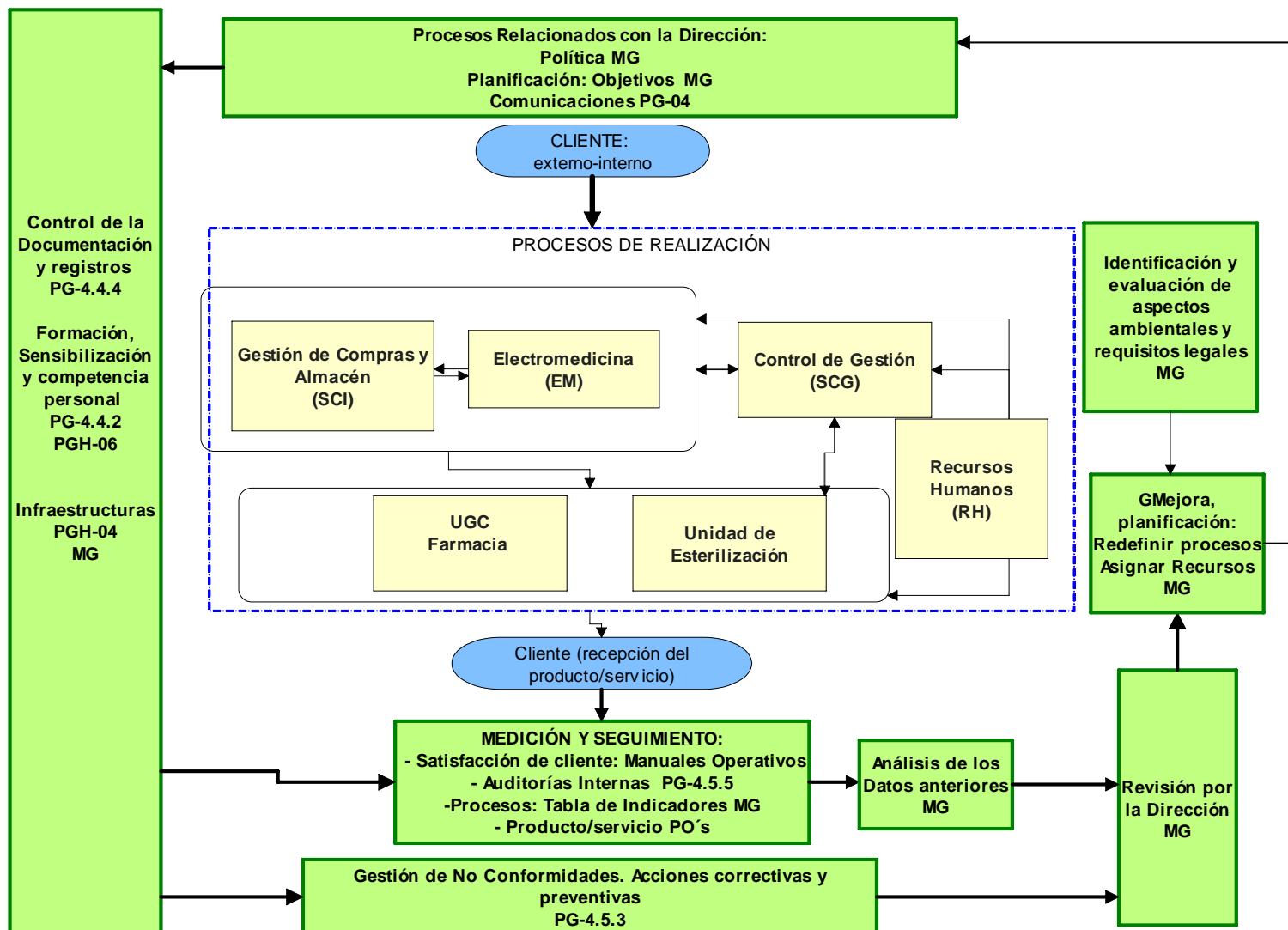
En el mapa de procesos que se muestra a continuación quedan identificados de forma gráfica los procesos para el sistema de gestión y de forma global las interacciones de los mismos.

Para aquellos procesos relativos a “Realización del Producto”, se identificarán dentro de cada uno de los Manuales Operativos de cada una de las Unidades los Subprocesos que las componen y las interrelaciones de los mismos.

Igualmente tiene determinados los métodos y criterios para asegurar el funcionamiento efectivo y el control de los procesos, así como la disponibilidad de la información necesaria para apoyar el funcionamiento efectivo y el control de los mismos.

Estos procesos son gestionados de acuerdo a los requisitos de las Normas de referencia. Para ello los procesos se miden, siguen y analizan, implantándose las acciones necesarias para lograr los resultados planificados y la mejora continua.

Como forma de implementar y hacer visible los procesos definidos, la organización ha establecido e implantado un sistema de gestión que cubre los requisitos de las normas de referencia.



4.2 Requisitos de la documentación

Para desarrollar este sistema de gestión, la Dirección del HUVN, dispone de una estructura documental compuesta por:

El presente MANUAL DE GESTIÓN: Es el documento básico de los Sistemas de Gestión del HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES en el que se incluye:

- Una descripción de la secuencia e interacción de los procesos incluidos en el sistema de gestión (ver Apdo. 4.1 del presente Manual).
- El alcance del sistema de gestión, incluyendo los detalles y especificaciones para cada uno de los sistemas que lo integran y justificación para cualquier exclusión (ver Apartado 3.2 y 3.3 del presente Manual).
- La referencia a los procedimientos e instrucciones aplicables, en los lugares adecuados del presente Manual. No obstante, para facilitar la visión de conjunto, existe un documento con la configuración del sistema a nivel documental

Los documentos que dan respuesta a los requisitos de las normas de referencia se identifican en los diferentes "Listados de documentos en vigor", controlados según se establece en el PG 4.4.4. "Elaboración y Control de la Documentación y los Registros".

Todas las personas con responsabilidades de decisión definidas en este Manual y en la documentación que lo desarrolla, tienen la obligación de conocerlo y cumplirlo.

Los diferentes documentos tienen la extensión adecuada para asegurar el funcionamiento efectivo del Sistema y de la organización y el control de los procesos, en función de la complejidad de los mismos, su interacción y la competencia del personal que intervenga.

4.2.1 Control de la documentación

El HUVN tiene establecido, y mantiene al día, el procedimiento PG-4.4.4 “Elaboración y Control de la Documentación y los Registros”, en donde se describen los criterios y responsabilidades asociadas al control de los documentos necesarios para el funcionamiento del sistema de gestión.

4.2.2 Control de los registros

Los registros de gestión de HUVN son conservados para demostrar la conformidad con los requisitos y el funcionamiento efectivo del sistema de gestión.

El HUVN tiene establecido, y mantiene al día, el procedimiento PG-4.4.4 “Elaboración y Control de la Documentación y los Registros” en donde se describen los criterios y responsabilidades asociadas a su control.

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1 Compromiso de la Dirección.

La Dirección, está comprometida en la implantación, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión, por lo que:

- Se implica en comunicar a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes, legales y reglamentarios, de los diferentes sistemas.
- Establece las Políticas y Objetivos, así como la planificación.
- Lleva a cabo revisiones del sistema de gestión, según se describe en el capítulo 5.6 del presente Manual de Gestión.
- Se asegura la disponibilidad de los recursos según lo indicado en el capítulo 6.

5.2 Enfoque al cliente.

La Dirección del HUVN se asegura de:

- que cada uno de los Servicios implicados identifica su cliente (interno-externo) y gestiona el modo en que se mide la satisfacción de los mismos.

- que las necesidades y expectativas de los clientes están determinadas (incluyendo las obligaciones y requisitos legales y reglamentarios referidos a los servicios), que son convertidas en requisitos y
- que los requisitos son satisfechos con el propósito de aumentar la satisfacción de los clientes, tal y como se describe en los siguientes capítulos del presente Manual.

5.3 Políticas.

Las Políticas del HUVN se definen en los ANEXOS I Y II, asegurando entre ambas que:

- Son adecuadas al propósito de la organización,
- Incluyen un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia de los Sistema de Gestión.
- Incluyen de manera expresa un compromiso de cumplimiento con la legislación, y otros requisitos que la organización suscriba.
- Proporcionan un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos;
- Son comunicadas y entendidas por los niveles apropiados de la organización;
- Son revisadas para conseguir una continua adecuación.
- Son apropiadas a la magnitud, naturaleza e impactos ambientales de sus actividades.
- Incluyen un compromiso de mejora y prevención de la contaminación.
- Son apropiadas para la función que cumple la organización dentro de la cadena alimentaria.
- Son conformes con los requisitos legales y reglamentarios y con los requisitos acordados mutuamente con los clientes sobre la inocuidad de los alimentos
- Está respaldada por objetivos medibles.

Dicha revisión se realizará de forma periódica, al menos en la Revisión por la Dirección del Sistema, y de forma extraordinaria, siempre que la Dirección lo considere necesario.

Las diferentes Políticas de la organización estarán documentadas y a disposición del público que las solicite. La Dirección se asegura que son entendidas, implantadas y mantenidas al día en la organización.

5.4 Planificación

5.4.1 Objetivos

Los Objetivos de Gestión son establecidos anualmente por cada Unidad basándose en las Políticas de referencia y su compromiso con la mejora continua. Alcanzan a todas las funciones y niveles relevantes dentro de la organización, son medibles, e incluyen aquellos necesarios para satisfacer los requisitos.

Dichos Objetivos se recogen en los documentos correspondientes, aprobados por la Dirección, y son sometidos a un seguimiento periódico. Los criterios y responsabilidades acerca de la gestión y seguimiento de los Objetivos quedan establecidos en el propio documento. El resultado del seguimiento periódico queda registrado en el Módulo de Objetivos del aplicativo NORIA.

Para determinar el grado de eficacia del Sistema y el cumplimiento de los Objetivos, la Dirección del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, revisará su consecución mediante reuniones periódicas mantenidas con los responsables de las áreas implicadas en donde se llevará un seguimiento y control del grado de cumplimiento.

5.4.2 Planificación de la Gestión

La Dirección del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, a través de las disposiciones de los Sistemas de Gestión establecidos, identifica y planifica los recursos necesarios para:

- Alcanzar los Objetivos, y cumplir los requisitos generales establecidos en el Apdo 4.1
- Garantizar que los cambios organizativos se efectúan de modo controlado y que los Sistemas de Gestión mantienen su integridad durante estos cambios.
- Para la consecución de estos objetivos el HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGENDE LAS NIEVES establece y mantiene los diferentes Programas de

Gestión, los cuales nos indican: metas, medios, programa de consecución y responsabilidades.

La planificación se lleva a cabo, de forma ordinaria en la Reunión de Revisión de los Sistemas (según lo especificado en el apartado 5.6 del presente capítulo), y de forma extraordinaria siempre que la Dirección así lo decida, quedando documentada en cualquier caso, en las actas finales de dichas reuniones, archivadas por la Unidad Técnica Asesora (en adelante UTA).

Para determinar el grado de eficacia de la implantación y la adecuación del Sistema de Gestión Ambiental, los Responsables de Medio Ambiente de los ámbitos y los responsables que pudieran estar implicados, realizarán revisiones de objetivos con la siguiente periodicidad:

- dentro del primer semestre de cada año
- tercer trimestre y
- primer trimestre del año siguiente.

Y siempre y cuando la Dirección lo considere oportuno.

5.4.3 ASPECTOS AMBIENTALES

El Hospital Universitario Virgen de las Nieves tiene establecido el procedimiento PGA 4.3.1. "Aspectos Ambientales", para la identificación de los aspectos ambientales producidos en el desarrollo de los servicios y actividades que se llevan a cabo, que puedan ser controlados y sobre los que pueda influir. Así, se determinan aquéllos que tienen o pueden tener impactos significativos en el medio ambiente.

El procedimiento para la identificación de aspectos ambientales tiene en cuenta, entre otras, las siguientes posibles afecciones en el medio ambiente:

emisiones atmosféricas, vertidos, contaminación del suelo, gestión de los residuos, en especial y teniendo en cuenta su importancia, los peligrosos o el consumo de materias primas y recursos naturales

5.4.4 REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS

Consisten en el conjunto de normativa, reglamentación y otros requisitos, legales y reglamentarios que son de aplicación al Hospital y a las actividades y servicios que realiza.

El Hospital identifica y accede a los requisitos legales y reglamentarios que le son de aplicación en el ámbito europeo, nacional, autonómico, provincial y local. Para ello se tiene establecido el procedimiento PGA 4.3.2 "Requisitos legales y otros requisitos" en el que se especifican los medios y métodos utilizados para recoger esta información.

5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación

5.5.1 Responsabilidad y autoridad

A continuación aparecen las funciones, responsabilidades y autoridad de las personas que componen la organización. Estas funciones son debidamente difundidas entre todas las Áreas implicadas. La interrelación de los diferentes puestos se describe en los diferentes organigramas (ANEXO IV)

Los organigramas de las Unidades y las responsabilidades específicas para cada puesto, se incluyen en sus propios manuales operativos

5.5.2 Representante de la Dirección.

En cada ámbito y/o unidad en que se proceda a establecer un procedimiento de aseguramiento de la gestión, la Dirección del HUVN nombrará a un Responsable que servirá de comunicador y coordinador y que formará parte de la Dirección.

Los representantes de la Dirección en asuntos de Gestión, serán por tanto los responsables de gestión de cada área, que tienen concedida la autoridad suficiente para:

- asegurar que se identifican, establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión.

- informar a la Dirección sobre el desempeño del sistema de gestión y cualquier necesidad de mejora, y
- asegurarse de que se promueve la toma de conciencia de los requisitos en todos los niveles de la organización.

5.5.3 Comunicación y Participación

La Dirección del HUVN tiene definidas e implantadas metodologías para asegurar la comunicación entre las diferentes funciones y niveles, en lo referente a los procesos del sistema de gestión y su eficacia. Dichas metodologías se encuentran definidas en el Procedimiento de Gestión PG 4.4.3. "Procedimientos de Comunicación y Participación", el cual establece:

- los canales de comunicación externa tales como quejas, consultas, contactos con la organización y demás partes interesadas, incluyendo los criterios para poner a disposición de las partes interesadas tanto las Políticas de Gestión como los criterios de valoración de los aspectos ambientales y la Declaración Ambiental validada, de acuerdo a los requisitos establecidos en el Reglamento Europeo (CE) N° 761/2001.
- Los canales de comunicación interna entre los diferentes niveles y áreas del Hospital.

5.6 Revisión por la Dirección

5.6.1.- Generalidades

Los Sistemas de Gestión serán revisados como mínimo **anualmente** en reunión de los Comités de Gestión. La Dirección podrá solicitar la colaboración del resto de los responsables de áreas. La revisión tiene como objetivo el asegurar su continua conveniencia, adecuación y eficacia. La revisión efectuada evalúa la necesidad de realizar cambios en los diferentes sistemas de gestión de la organización, incluyendo política, objetivos, así como la evaluación de oportunidades de mejora.

La información relativa a las entradas y salidas de la Revisión por Dirección, según cada uno de los sistemas, se encuentra identificada en el Procedimiento de Revisión por la Dirección (PG 4.6).

Los resultados y acciones a tomar derivados de la revisión se documentarán, registrarán y archivarán en las actas correspondientes, y en caso de que pasen a modificar o ampliar los objetivos se incluirán objetivos específicos asociado a las conclusiones de la revisión con indicadores que faciliten el seguimiento de los mismos.

6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS

6.1 Suministros de recursos

La Dirección determina y proporciona, en el momento adecuado, los recursos necesarios para implantar y mejorar la eficacia de los procesos de sus Sistemas de Gestión, y para aumentar la satisfacción de sus usuarios mediante el cumplimiento de sus requisitos y los legales y reglamentarios.

6.2.1. Asignación de personal

Se establece como criterio general que todo el personal de las áreas implicadas en el alcance, está en posesión de la titulación necesaria para ocupar su puesto de trabajo en función de lo especificado en las correspondientes convocatorias de ingreso.

6.2.2. Competencia, toma de conciencia y formación

La Dirección del Hospital Virgen de las Nieves mantiene el procedimiento PG 4.4.2 "Procedimiento de Competencia, Formación y toma de Conciencia", donde se establece de qué forma:

a) se determinan las necesidades de competencia para el personal que realiza actividades que afectan a los sistemas, utilizando para ello fuentes de información internas o externas.

b) se satisfacen dichas necesidades de competencia a través de Planes de formación

c) se evalúa la eficacia de las mismas, para aquellas acciones formativas **necesarias** para el desempeño de un puesto o función.

Dicho procedimiento establece los registros de formación

En relación a la gestión de los recursos, en el Servicio de Hostelería se ha desarrollado el PGH-06 "Formación de manipuladores y de buenas prácticas de manipulación".

6.2 Infraestructura

La Dirección está comprometida en la implantación, mantenimiento y mejora de los Sistemas de Gestión, por lo que identifica, proporciona y mantiene las instalaciones necesarias para lograr la conformidad del producto/servicio, incluyendo:

- espacio de trabajo e instalaciones asociadas
- equipos, hardware y software
- servicios de apoyo

Cada una de las áreas implicadas en el alcance, identifica en su Manual Operativo de qué forma tiene establecido un mantenimiento preventivo y correctivo, de manera que se garantice la continuidad de cada uno de los procesos.

Con respecto a la calidad del Servicio de Hostelería, el HUVN tiene establecido un Plan General de Higiene para el Mantenimiento preventivo y correctivo (PGH-04), de manera que se supervisen y controlen la maquinaria y equipos involucrados en los procesos de producción y distribución de comidas, contribuyendo de esta forma a la elaboración y servicio de alimentos inocuos.

6.3 Ambiente de trabajo.

La Dirección está comprometida en la implantación, mantenimiento y mejora de los Sistemas de Gestión, por lo que se definen e implementan aquellos factores físicos y humanos del entorno de trabajo necesarios para lograr la conformidad de los requisitos de los Sistemas y del producto y el servicio prestado.

Cada uno de los Manuales Operativos identifica en función de la naturaleza del Servicio los factores ambientales que requiera la actividad del servicio a que se refiera.

7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO Y CONTROL OPERACIONAL

El modo en que las actividades incluidas en el alcance de los Sistemas de Gestión relativas a "Realización del Producto", se encuentra especificado en cada uno de los Manuales Operativos. En dichos Manuales se determinan cada uno de los procesos que lo componen, las interacciones que se dan y la documentación relativa existente. No obstante, en el mapa de procesos incluido en el punto 4.1 se identifica la relación entre las diferentes áreas implicadas en el alcance de los sistemas de Gestión, y los procesos que son comunes.

7.1 CONTROL OPERACIONAL AMBIENTAL

Las operaciones y actividades asociadas con los aspectos ambientales significativos del Hospital, incluidos consumos, emisiones, residuos y vertidos, que deben ser controladas, son identificadas según los siguientes procedimientos:

- PGA 4.3.1 "Gestión de los Aspectos Ambientales"
- PGA 4.4.6.1 "Control de Aspectos Ambientales"
- PGA 4.4.6.2 "Relación con Proveedores y Contratistas"
- PO-MA-01 "Gestión de Residuos"

- PO-MA-02 “Control Operacional y Seguimiento de Consumos, Emisiones y Vertidos”
- PO-MA 04 “Control y seguimiento de Ruidos”
PO-MA 05 “Control de la legionella”

El control incluye:

- a) la existencia de procedimientos documentados para cubrir situaciones en las que su ausencia podría llevar a desviaciones de la política, los objetivos y metas relacionados con el comportamiento ambiental;
- b) los criterios de ejecución de trabajo, definidos en los procedimientos y protocolos, instrucciones de trabajo, etc.
- c) la existencia de condiciones relativas a los aspectos ambientales significativos identificables de los bienes y servicios adquiridos por el Hospital, y su comunicación a los proveedores y subcontratistas correspondientes conforme a lo establecido en el PGA 4.4.6.2. En los contratos con proveedores de servicios y productos, el Hospital Universitario Virgen de las Nieves incluye cláusulas de tipo ambiental, siempre que considere que dicha actividad o producto pueda ocasionar real o potencialmente un impacto ambiental significativo.
- d) el mantenimiento adecuado de los equipos e instalaciones que puedan provocar un impacto ambiental significativo;

En los distintos procedimientos quedan definidas las tareas a realizar en estos procesos, junto con los equipos a usar, los criterios de ejecución de dichas tareas, la documentación de referencia (normas, planes, procedimientos, y otros), así como los registros asociados

7.1.1 PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS AMBIENTALES

El objeto de este apartado es describir los medios y procedimientos para identificar y responder a accidentes potenciales y situaciones de emergencia, y para prevenir y reducir los impactos ambientales que puedan estar asociados con ellos.

Para dar respuesta a las posibles situaciones de emergencia identificadas en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves se ha establecido el PEA "Plan de Emergencias Ambientales" que contiene:

- la organización y responsabilidades en estos casos;
- los requisitos de notificación y comunicación interna y a terceras partes y los datos pertinentes de los servicios de emergencia (servicios de limpieza, gestores de residuos, bomberos, etc.);
- la naturaleza y alcance de los riesgos asociados;
- las medidas a adoptar en las diferentes situaciones;

Los documentos relacionados con los accidentes y situaciones de emergencia ambientales se examinan y revisan, cuando es necesario y en particular después de que se hayan producido, así como después de haber realizado simulacros, pruebas, etc. La periodicidad de dichas pruebas la marcará el Comité de Gestión Ambiental.

7.2. Propiedad del Cliente

El Hospital cuenta con los mecanismos necesarios para el cumplimiento de la LOPD para la protección la propiedad del cliente de sus datos personales. Para ello el Hospital se encuentra dado de alta por medio del SAS en la Agencia Española de Protección de Datos, siendo el propio SAS el responsable de mantener los datos actualizados. Internamente, la organización ha establecido mecanismos de protección, a través de:

- Políticas de contraseñas
- Trazabilidad de los datos
- Sistemas de Copia de Seguridad
- Campañas de sensibilización

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1 Generalidades

La Dirección del Hospital Universitario Virgen de las Nieves tiene definidos, planificados -a través del presente manual- e implantadas las actividades de medición y seguimiento necesarias para asegurar que su sistema de gestión, los procesos y productos y servicios son conformes a los requisitos especificados, y la consecución de la mejora continua de sus procesos y productos.

El tipo, localización, y frecuencia de las mediciones y los requisitos para los registros están debidamente identificados para los distintos procesos del sistema de gestión, evaluándose periódicamente la eficiencia de las medidas implementadas.

8.2 Medición y Seguimiento

8.2.1. Satisfacción del cliente

La Dirección del Hospital Universitario Virgen de las Nieves es consciente de la importancia de la medida y el seguimiento de la percepción que tienen los clientes de sus productos/servicios con el objeto de iniciar planes de mejora encaminados a incrementarla. Para ello establece las sistemáticas de medición de la satisfacción en cada uno de los Manuales Operativos de los servicios incluidos en el alcance.

8.2.2. Auditoría interna

La Dirección del Hospital Universitario Virgen de las Nieves lleva a cabo auditorías internas para determinar si el sistema de gestión se ha implementado de forma efectiva, se mantiene actualizado y es conforme con los requisitos de los modelos de referencia.

Para ello tiene establecido, y mantiene al día, el procedimiento PG 4.5.5 "Procedimiento de auditorías internas", en donde se describen los criterios y responsabilidades asociados al alcance de la auditoría, la frecuencia y metodología, así como las responsabilidades y requisitos para realizar las auditorías, asegurar su independencia, registrar los resultados e informar de los mismos a la Dirección, quien adopta las acciones correctivas oportunas en función

de las deficiencias encontradas. Las actividades de seguimiento en este caso incluyen la verificación de la implantación de las acciones correctivas, así como el informar de los resultados de la verificación.

El proceso de auditoría, incluyendo la planificación, está basado en el estado e importancia de las actividades y áreas a auditar, y en los resultados de las auditorías previas y es llevado a cabo por personal diferente de aquel que realiza el trabajo que se audita.

8.2.3. Medición y seguimiento de los procesos y del Comportamiento Ambiental

Cada Unidad establece para la medición de sus procesos sus propios indicadores, y designa la persona responsable de su medición y seguimiento.

Los indicadores del Sistema de Gestión Ambiental están identificados y son descritos en los procedimientos correspondientes, y de manera concreta en el procedimiento PGA 4.4.6.1. Control de Aspectos Ambientales y en el documento "Listado de indicadores ambientales"

Cuando un indicador se desvíe de sus valores límites, las fuentes de información (INC's asociados) serán analizadas en primera instancia por el responsable de cada Unidad y/o Ámbito en el momento en que éstos se produzcan, determinando las oportunidades de mejora y acciones preventivas que en cada momento estime oportunas.

Adicionalmente esta información será analizada por Dirección en las correspondientes revisiones del sistema según se detalla en el apartado 5.6.

En el caso de detectarse alguna no conformidad como consecuencia del seguimiento y medición, se aplica lo dispuesto en el PG 4.5.3. "No Conformidades, Acciones Correctivas y Preventivas".

Todas las labores de seguimiento, medición e inspección en Gestión Ambiental, son subcontratadas a OCA's, a los que se requerirá los certificados de los equipos utilizados en cada momento.

8.2.4 Evaluación del cumplimiento legal

La sistemática para la evaluación del cumplimiento legal queda definida en el procedimiento PGA 4.3.2 "Requisitos legales y otros requisitos".

8.2.5. Medición y seguimiento del producto

La Dirección tiene establecido, y mantiene al día los Procedimientos e Instrucciones de Trabajo, en donde se describen los métodos, criterios y responsabilidades apropiados para medir y hacer un seguimiento de las características del producto/servicio para verificar que se cumplen sus requisitos especificados, en las etapas adecuadas de realización del mismo.

En dichos procedimientos se especifica el modo de registrarse las evidencias de la implantación de la medición y seguimiento y la conformidad con los criterios de aceptación utilizados.

El análisis de esta información así como la identificación de oportunidades de mejora asociadas, se producirá durante la propia realización de las actividades por las distintas funciones que intervienen en las etapas de desarrollo del producto/servicio, utilizando para ello las diferentes herramientas de gestión proporcionadas por el Sistema (levantamiento de incidencias y planteamiento de acciones correctivas, detección de oportunidades de mejora y planteamiento de acciones preventivas, etc.).

Para la identificación de estos procedimientos en cada una de las áreas atenderemos a las indicaciones encontradas en cada uno de los Manuales específicos.

8.3 Control de los productos no conformes y no conformidades

A través del P.G. 4.5.3 se asegura que el producto/servicio que no es conforme con los requisitos, es identificado y controlado para prevenir una utilización o entrega no intencionada.

En dicho procedimiento están establecidas las disposiciones para identificar, registrar y revisar la naturaleza y extensión de las no conformidades encontradas, así como la responsabilidad y autoridad para la revisión y resolución de las mismas.

Una vez identificada la No Conformidad es revisada de manera que se determinan las acciones a emprender para que dicho servicio/producto sea corregido y sometido a una nueva verificación después de su corrección para demostrar su conformidad.

8.4 Análisis de datos

La Dirección del Hospital Universitario Virgen de las Nieves tiene establecido, y mantiene al día mecanismos para identificar, recopilar y analizar los datos apropiados con el fin de determinar la adecuación y eficiencia del sistema de gestión y para establecer dónde pueden realizarse mejoras.

Los distintos responsables del Hospital Universitario Virgen de las Nieves analizan los datos generados por las actividades de medición y seguimiento y por cualquier otra fuente relevante que sea aplicable para obtener información sobre:

- a) La conformidad con los requisitos del producto/servicio
- b) Desempeño ambiental
- c) Satisfacción de los usuarios
- d) Características de los procesos y sus tendencias, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo las acciones preventivas
- e) El análisis de la información sobre los proveedores se realizará de acuerdo a los requisitos especificados en los procesos de Compras.

Toda esta información se analiza en las reuniones del Comité de Gestión, evidenciables a través de las actas de reunión y las correspondientes a la revisión del sistema, según lo descrito en el Apdo. 5.6 del presente Manual.

8.5 Mejora

8.5.1. Mejora continua

La Dirección del Hospital Universitario Virgen de las Nieves está comprometida con la mejora continua de los Sistemas de Gestión. Para ello tiene establecido, y mantiene al día las disposiciones y criterios desplegados en sus Sistemas de Gestión y referenciados en los capítulos correspondientes del presente Manual, en donde se describen la utilización de las políticas, objetivos, resultados de las auditorías internas, análisis de datos, acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección para facilitar la mejora continua.

Las reuniones de los diferentes Comités mencionadas en el apartado 8.4 para el análisis de los datos y el seguimiento de los objetivos, evalúan la mejora de la eficacia de los Sistemas de Gestión y en caso de identificarse nuevas oportunidades de mejora se establecen medidas, responsables, fechas y recursos en la propia acta de reunión.

8.5.2. Acciones correctivas

Con el fin de establecer un proceso para reducir o eliminar las causas de no conformidad al objeto de prevenir su reaparición, la Dirección tiene establecido, y mantiene al día el P.G. 4.5.3:

- a) La identificación de las no conformidades (incluyendo las reclamaciones de los clientes).
- b) La determinación de las causas de no conformidad.
- c) La evaluación de la necesidad de adoptar acciones para asegurar que las no conformidades no vuelven a aparecer.
- d) La implantación de cualquier acción que se considere necesaria para asegurar que las no conformidades no vuelven a aparecer.
- e) El registro de los resultados de las acciones adoptadas.
- f) La revisión de que la acción correctiva adoptada es eficaz.

8.5.3. Acciones preventivas

En dicho procedimiento (P.G. 4.5.3), se establece el proceso seguido en la organización para eliminar las causas potenciales de no conformidades para prevenir su aparición. Las acciones preventivas adoptadas son apropiadas al impacto de los problemas potenciales detectados.

Dicho procedimiento especifica los requisitos para:

- a) La identificación de las no conformidades potenciales, y sus causas.
- b) Determinar y asegurar la implantación de las acciones preventivas adoptadas para eliminar las causas de las no conformidades potenciales.
- c) El registro de los resultados de las acciones adoptadas.
- d) La revisión de la eficacia de las acciones preventivas adoptadas.

9. HISTÓRICO DE EDICIONES

HOJA DE CONTROL DE EDICIONES		HOJA 1 DE 1
Edición	Modificaciones	
00 08/09/00	Emisión inicial, todas las hojas en ed. 0	
01 08/01/01	1.1.1. Política de Calidad establecida en la DSSGG del HUVN	
02 12/03/01	0.1.; 0.5.; 0.5.; 1.2.; 1.2.1.2.; 1.2.1.3.; 2.3.	
03 09/10/03	Se modifica el Manual adecuando su estructura a la de la Norma ISO 9001:2000, con el nuevo enfoque (a procesos), los nuevos requisitos y la ampliación del alcance	
04 01/10/04	Se modifica el alcance del Manual de Gestión al incorporarse los procesos relativos a la Subdirección de Control de Gestión. Se eleva la responsabilidad de establecer la Política y la aprobación del Manual a la Dirección Gerencia	
05 13/11/09	Se modifica el alcance del Manual de Gestión, (ANEXO III) Se adapta la Política de Calidad al nuevo organigrama. Se integran en un solo Manual de Gestión todos los sistemas aplicados en el Hospital, incluyendo los requisitos que son comunes a todas las Normas, y también aquellos específicos.	

ANEXO I

POLÍTICA DE CALIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

La aplicación en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (en adelante HUVN) de la Política de Calidad se concreta en un Sistema de Calidad de acuerdo con las Normas UNE-EN-ISO 9001 y UNE-EN-ISO 22000, y en la emisión periódica y cumplimiento de unos Objetivos de Calidad.

La Política de Calidad es explicada, difundida e implantada a través de todas las áreas implicadas por los responsables de las mismas.

Calidad significa en el HUVN mejorar continuamente la organización, los procesos y en general todo aquello que permita ofrecer productos y servicios que respondan a las necesidades y expectativas de los usuarios, persiguiendo los mayores grados de satisfacción de éstos.

La Política de Calidad y su aplicación se resume en conseguir y mantener de forma permanente la SATISFACCIÓN DEL USUARIO a través del cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios y la MEJORA CONTINUA DE LA EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, evidenciable a través del ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS.

La implantación del Sistema de Calidad, tiene por objeto el conseguir que los servicios prestados tanto a clientes internos como externos sean considerados como los mejores dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía, puesto que contamos con los recursos necesarios para conseguirlo.

Las directrices básicas de la POLITICA DE CALIDAD del HUVN se resumen en el siguiente principio:

La Dirección del HUVN se propone que sus trabajadores sean capaces de identificar aquellos aspectos que permitan mejorar la calidad de sus servicios y de sus productos desde la doble perspectiva:

*Técnica
Y de satisfacción del cliente*

Propiciando un cambio cultural que permita pasar de una cultura organizativa verbal en manos de unos pocos, a una cultura organizativa conocida por todos, todo lo cual redundará en mejorar la valoración del Sistema Sanitario Público por la población de referencia del Hospital

El HUVN manifiesta su compromiso para cumplir con los requisitos técnicos, legales y reglamentarios que se le aplican y con la Política de Calidad establecida, asegurar la evaluación periódica del Sistema de Calidad y vigilar que se respeten íntegramente las disposiciones descritas en el Manual Integrado de Sistemas de Gestión

Granada 25 de noviembre de 2009

Dirección:

ANEXO II

POLÍTICA AMBIENTAL

El Hospital Universitario Virgen de las Nieves establece su Política para asegurar la protección del medio ambiente y proporcionar el marco en el que deben desarrollarse sus actividades para garantizar a las partes interesadas el cumplimiento de los requisitos definidos en el Sistema de Gestión Ambiental.

Los fundamentos de su Política Ambiental son los siguientes:

1. El Hospital Universitario Virgen de las Nieves se compromete al cumplimiento de la legislación y reglamentación ambiental aplicable en los ámbitos europeo, nacional, autonómico y local, así como a otros requisitos a los que la Organización se someta, garantizando así un compromiso con todas las partes interesadas, especialmente con las distintas Administraciones.

2. El Hospital Universitario Virgen de las Nieves adquiere un compromiso de mejora continua en la segregación de los residuos, el reciclado, el consumo de recursos naturales, la contaminación del medio ambiente y en todas las actividades que lleva a cabo en el desarrollo de la actividad sanitaria y las actividades de apoyo. Para ello, establece, programa y revisa objetivos y metas ambientales.
3. Llevar a cabo sus actividades con el criterio del ahorro de los recursos naturales y la prevención y control de la contaminación atmosférica, de las aguas de la red de saneamiento y del suelo, estableciendo procedimientos documentados, tanto durante el desarrollo de la actividad normal del Hospital como en casos de incidentes, accidentes y situaciones de emergencia. Además el Hospital identifica y valora los efectos ambientales asociados a sus actividades, para prevenir y controlar aquéllos que sean perjudiciales para el medio ambiente y los estudia para disminuir su efecto perjudicial.
4. El Hospital, siendo consciente del volumen de residuos que se producen en sus instalaciones y a partir de los principios de su Sistema de Gestión Ambiental, establece los mecanismos necesarios para realizar una segregación adecuada y una disminución en el volumen y la peligrosidad de los mismos.
5. El Hospital se compromete a promover la eficacia energética en el desarrollo de sus actividades, así como promocionar el uso de productos y tecnologías ecológicas capaces de mejoras ambientales dentro de sus instalaciones y para los fines asistenciales que lo son propios.
6. El Hospital apoyará el trabajo con proveedores y contratistas que apliquen normas ambientales coherentes con la Política Ambiental, promoviendo de esta forma comportamientos respetuosos con el medio ambiente.
7. El Hospital forma y educa a los trabajadores del mismo en la sensibilización ambiental y en la importancia de su actuación con respecto al medio ambiente.
8. El Hospital pone esta Política Ambiental a disposición del público que la requiera: los empleados del Hospital, los usuarios y partes interesadas.

Sobre la base de esta Política y anualmente, la Dirección Gerencia del Hospital, a través de la Dirección de Servicios Generales, aprueba objetivos y metas ambientales exigibles y cuantificables, siempre que sea posible, de manera que se establezcan las líneas de mejora de la organización para ese período. Dichos objetivos y metas son revisados periódicamente.

Todas las personas que trabajamos en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves debemos actuar según estas premisas, que harán que sea reconocido por los servicios que proporciona y por hacerlo de una manera respetuosa con el medio ambiente.

Fecha: 24-10-2005

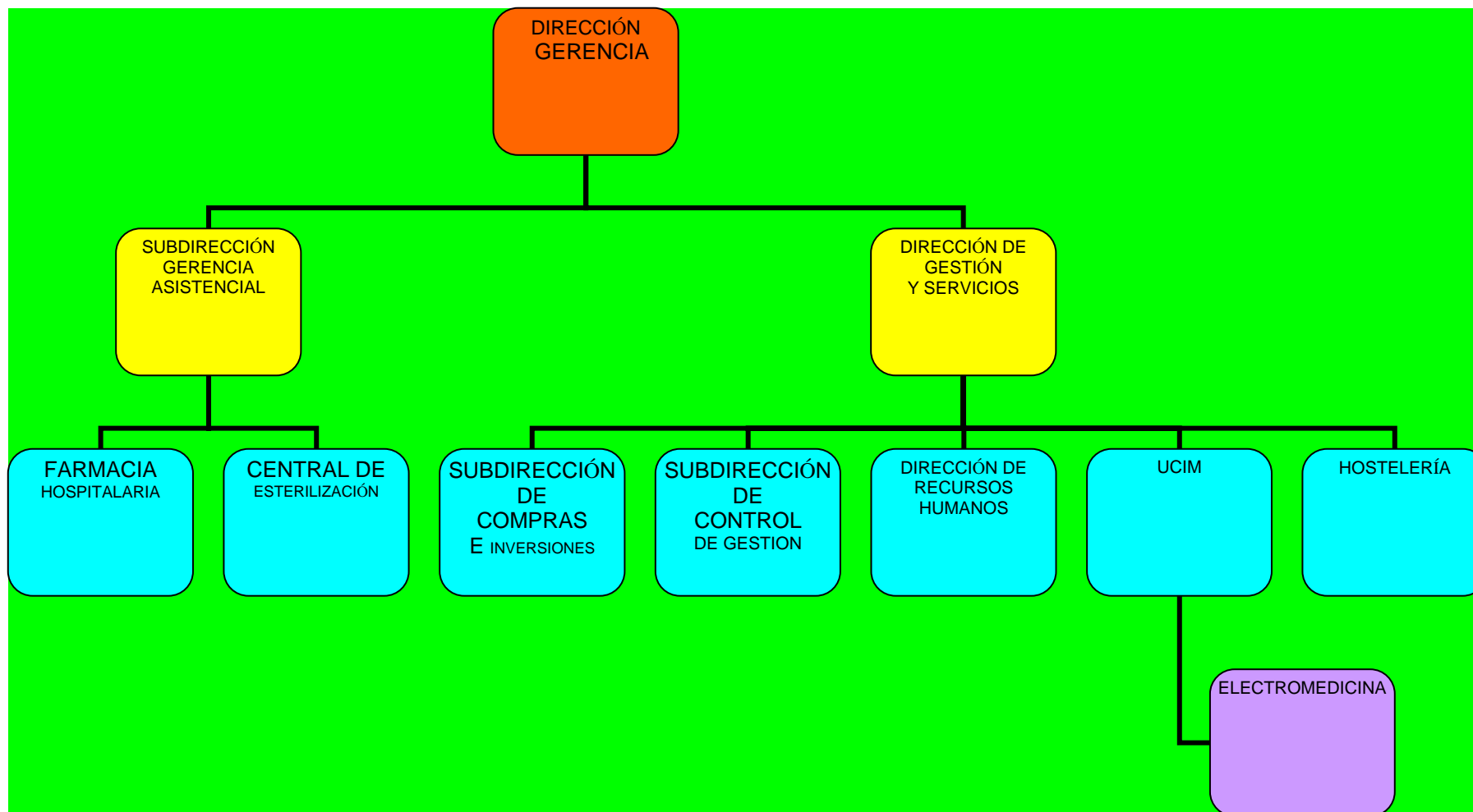
Firma: Director Gerente

ANEXO III ALCANCE DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN

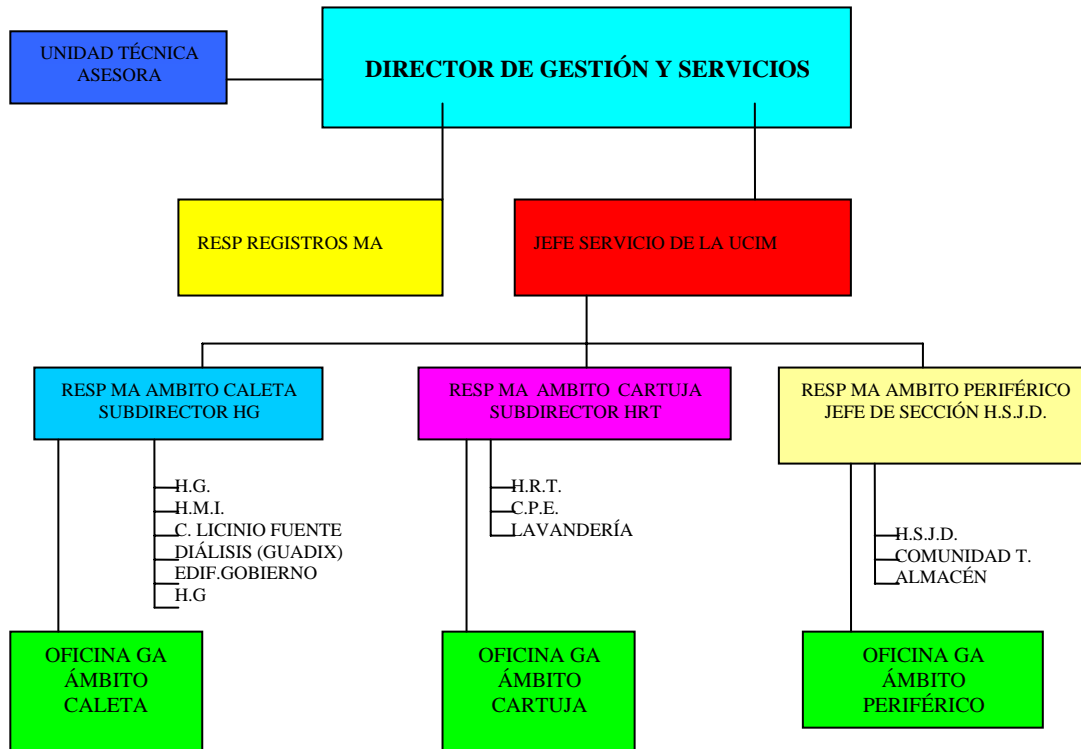
NORMA	ÁREA	ACTIVIDAD	DOCUMENTO
ISO 9001	SCI	Gestión de los procesos de Compras, Inversiones, Contratación.	MC SCI - MANUAL OPERATIVO DE CALIDAD SUBDIRECCION DE COMPRAS E INVERSIONES
ISO 9001	SCI	Gestión de proveedores.	MC SCI - MANUAL OPERATIVO DE CALIDAD SUBDIRECCION DE COMPRAS E INVERSIONES
ISO 9001	SCI	Gestión de necesidades y peticiones.	MC SCI - MANUAL OPERATIVO DE CALIDAD SUBDIRECCION DE COMPRAS E INVERSIONES
ISO 9001	SCI	Gestión de clientes internos y facturación	MC SCI - MANUAL OPERATIVO DE CALIDAD SUBDIRECCION DE COMPRAS E INVERSIONES
ISO 9001	SCI	Gestión de Almacén de producto (Excepto Farmacia)	MC SCI - MANUAL OPERATIVO DE CALIDAD SUBDIRECCION DE COMPRAS E INVERSIONES
ISO 9001	SCI	Gestión de Registro General de Documentos	MC SCI - MANUAL OPERATIVO DE CALIDAD SUBDIRECCION DE COMPRAS E INVERSIONES
ISO 9001	EM	Gestión del mantenimiento de los equipos Electromédicos para el Hospital Universitario Virgen de las Nieves	PO-UEM-01 - GESTIÓN DE LA ELECTROMEDICINA
ISO 9001	SCG	Control de Gestión del Contrato Programa y de sistemas de información.	MC SCG - MANUAL OPERATIVO DE CALIDAD SUBDIRECCIÓN DE CONTROL DE GESTIÓN

ISO 9001	SCG	Diseño de los programas de información.	MC SCG - MANUAL OPERATIVO DE CALIDAD SUBDIRECCIÓN DE CONTROL DE GESTIÓN
ISO 9001	SCG	Contabilidad presupuestaria y extrapresupuestaria de gastos e ingresos	MC SCG - MANUAL OPERATIVO DE CALIDAD SUBDIRECCIÓN DE CONTROL DE GESTIÓN
ISO 9001	SCG	Gestión del Anticipo de Caja Fija	MC SCG - MANUAL OPERATIVO DE CALIDAD SUBDIRECCIÓN DE CONTROL DE GESTIÓN
ISO 9001	SCG	Gestión de ingresos: liquidación de derechos económicos.	MC SCG - MANUAL OPERATIVO DE CALIDAD SUBDIRECCIÓN DE CONTROL DE GESTIÓN
ISO 9001	RH	RRHH: Selección, Negociación de asuntos laborales, gestión del absentismo y gestión de la formación	MC-RH - MANUAL OPERATIVO DE CALIDAD RECURSOS HUMANOS
ISO 9001	FA	Farmacia hospitalaria	MC-F MANUAL OPERATIVO DE CALIDAD FARMACIA
ISO 9001	ES	Central de Esterilización	MO-UE MANUAL OPERATIVO DE CALIDAD UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN
ISO 14000	MA	Todas las actividades del Hospital	MANUAL DE GESTIÓN
ISO 22000	HO	Recepción de materias primas, elaboración, emplatado y distribución de las dietas	PG-H-01 - PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS HOSTELEROS

ANEXO IV
ORGANIGRAMA
DE CALIDAD



**ORGANIGRAMA
AMBIENTAL.**



ORGANIGRAMA DE HOSTELERÍA

