



CALIDAD SANITARIA

ÍNDICE

1. Cuadrante del plan de formación 2026.....	1
2. Protocolo de atención al paciente.....	2
3. Protocolo de crisis y riesgo autolítico.....	7
4. Encuesta de satisfacción del usuario/a.....	11
5. Procedimiento de quejas, sugerencias e incidencias.....	12
6. Manual de calidad.....	14



CUADRANTE DEL PLAN DE FORMACIÓN 2026

· NICA 66032 CIF: G-11520079

Mes / Año	Acción Formativa	Objetivo Principal	Destinatarios	Evidencia (Registro)
Feb 2026	Inicio SGC y Protocolos Base	Presentar el Manual de Calidad (MC-BA-01) y los protocolos PR-AP-01 y PR-CS-01.	Todo el equipo	R-FOR-01
May 2026	Protección de Datos y Privacidad	Reforzar la seguridad con Allover Consultors y el uso correcto de WhatsApp (solo citas).	Todo el equipo	R-FOR-02
Ago 2026	Satisfacción y Gestión de Quejas	Manejo de la encuesta F-SAT-01 y del procedimiento/registro de incidencias PR-QS-01.	Administración / Trabajo Social y Psicólogos/as	R-FOR-03
Nov 2026	Riesgo Autolítico y Emergencias	Profundizar en el protocolo de crisis PR-CS-01 y la coordinación con 112/061.	Psicólogos/as	R-FOR-04

Nota: La evidencia documental se archivará en el registro de formación correspondiente (R-FOR-0X) junto con el acta, listado de asistencia y material impartido, según el SGC.



PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

· NICA 66032 CIF: G-11520079

Código	Versión	Fecha	Elabora	Revisa	Aprueba
PR-AP-01	1.0	24/02/2026	Presidenta/ Directora	Psicólogo/a	Presidenta/ Directora

1. Objeto

Establecer el procedimiento estándar para la acogida, información, asignación de profesional, atención asistencial, registro y seguimiento de las personas usuarias/pacientes, garantizando calidad, confidencialidad y trato digno.

2. Alcance

Aplicable a todas las sedes y modalidades de atención del Centro de Atención Psicológica B.A. (presencial y online), incluyendo procesos de primera toma de contacto, citación, intervención, derivación y cierre de caso.

- Sede Sanlúcar de Barrameda (Cádiz) – dirección: Plaza de las Infantas, Edificio Eulalia 9, Local 42A. 11540.
- Sede Jerez de la Frontera (Cádiz) – dirección: Calle Porvera 4, 4ª Planta. 11403.

3. Responsabilidades

Roles y funciones mínimas:

- Dirección: aprueba este protocolo, supervisa indicadores, gestiona incidencias relevantes.
- Administración/Trabajadora Social (admisión): recepción de solicitudes, información básica, reserva y confirmación de citas, recordatorios, registro inicial y coordinación.



- Profesionales sanitarios (psicología): evaluación, intervención, consentimiento informado, historia clínica/registro asistencial, derivaciones y alta.
- Responsable de protección de datos (si aplica): custodia documental, accesos y cumplimiento RGPD/LOPDGDD.

4. Principios de atención

- Respeto, empatía, cercanía y no discriminación.
- Confidencialidad y mínimo acceso necesario a la información.
- Información clara sobre el servicio, tarifas/bonos si aplica, y derechos/deberes.
- Seguridad del paciente: detección temprana de riesgos y derivación cuando proceda.

5. Procedimiento

5.1. Primera toma de contacto (teléfono/WhatsApp/email/web)

1. Recibir la solicitud y registrar datos mínimos (nombre, teléfono/email, motivo general, disponibilidad).
2. Informar de forma clara: modalidades, duración orientativa, política de citas/cancelaciones y confidencialidad.
3. Identificar si existen señales de urgencia (riesgo autolesivo, violencia, crisis aguda). Si hay sospecha: activar el Protocolo de Crisis/Suicidio (PR-CS-01).
4. Proponer profesional según motivo, edad, disponibilidad y sede. Confirmar cita.

5.2. Registro inicial y documentación

Antes de la primera sesión (o en la primera sesión si procede), se recopilará:

- Datos de identificación y contacto.
- Consentimiento informado para intervención psicológica.



- Autorizaciones en caso de menores y, cuando proceda, consentimiento para coordinación con terceros (médico, colegio, etc.).
- Información de facturación: persona pagadora, NIF/CIF si solicita factura.

Nota: La información clínica se registrará en la historia/registro asistencial del centro, con acceso restringido.

5.3. Asignación de profesional y planificación

5. Confirmar profesional asignado/a y sede/modalidad.
6. Explicar frecuencia estimada y objetivos iniciales (orientativo).
7. Registrar fecha/hora y enviar recordatorio (24-48h antes) por WhatsApp u otro canal autorizado.

5.4. Desarrollo de las sesiones

- Inicio: verificación de identidad (online/presencial) y recordatorio breve de confidencialidad.
- Evaluación: anamnesis, escalas/cuestionarios cuando proceda, y detección de riesgos.
- Intervención: técnicas basadas en evidencia y plan de trabajo acordado.
- Cierre: tareas sencillas, próxima cita, y registro clínico.

5.5. Gestión de citas, cambios y ausencias

- Cambios de cita: solicitar con al menos 24 h de antelación (salvo causa mayor).
- Cancelaciones fuera de plazo/no asistencia: se aplicará la política económica vigente del centro (anexo informativo).
- Retrasos: se atenderá dentro del tiempo disponible sin garantizar ampliación de sesión.



5.6. Derivación y coordinación con otros recursos

Cuando sea necesario, se coordinará (con autorización) o se derivará a recursos externos (salud mental pública, urgencias, servicios especializados), dejando constancia en el registro.

5.7. Cierre del proceso / alta

- Alta por objetivos alcanzados.
- Alta por derivación a otro recurso.
- Cierre por decisión del paciente o abandono.
- Entrega de recomendaciones de continuidad cuando proceda.

6. Atención a menores, adolescentes y familias

- Se verificará la patria potestad/representación y se documentarán autorizaciones.
- Se explicará confidencialidad adaptada a la edad, y límites por seguridad.
- Si se detectan indicios de riesgo grave, se actuará conforme al protocolo de crisis y normativa aplicable, priorizando la protección.

7. Confidencialidad, RGPD y custodia documental

- Custodia segura de historias/archivos. Acceso restringido por rol.
- No se compartirá información con terceros sin consentimiento, salvo obligación legal o riesgo grave e inminente.
- Uso de canales seguros y autorizados para comunicaciones (WhatsApp solo para citación/recordatorios si hay consentimiento).



8. Indicadores y registros asociados

Registros mínimos sugeridos:

- F-AP-01 Ficha de admisión/alta paciente (datos mínimos).
- F-AP-02 Consentimiento informado (adultos).
- F-AP-03 Autorización menores y consentimiento para coordinación.
- R-AP-01 Registro mensual de citas (atendidas/canceladas/no asistencia).
- R-AP-02 Registro de derivaciones (si aplica).
- R-QS-01 Registro de quejas/sugerencias (ver PR-QS-01).

Indicadores recomendados (mensual/trimestral): tasa de no asistencia, tiempo medio de espera para primera cita, satisfacción media, número de incidencias/quejas y tiempo de respuesta.

9. Revisión del protocolo

Este protocolo se revisará al menos 1 vez al año o cuando haya cambios organizativos, legales o incidencias relevantes.



PROTOCOLO DE CRISIS Y RIESGO AUTOLÍTICO

· NICA 66032 CIF: G-11520079

Código	Versión	Fecha	Elabora	Revisa	Aprueba
PR-CS-01	1.0	24/02/2026	Presidenta/ Directora	Psicólogo/a	Presidenta/ Directora

1. Objeto

Establecer una actuación homogénea ante situaciones de crisis psicológica y/o riesgo autolítico, priorizando la seguridad de la persona, la coordinación con recursos de urgencias y el registro adecuado de las actuaciones.

2. Alcance

Aplicable a toda la atención del centro (presencial/online) cuando se detecten ideación autolítica, autolesiones, desesperanza intensa, descompensación grave u otras situaciones de urgencia clínica.

3. Principios y límites de actuación

- La seguridad es prioritaria. Ante riesgo inminente se activarán recursos de urgencias.
- Actuación calmada, empática, sin juicios, y centrada en contener y evaluar.
- Confidencialidad: puede limitarse si existe riesgo grave e inminente para la vida o terceros, conforme a la normativa aplicable.
- No se debe dejar sola a una persona en riesgo alto/inminente en sede.
- Registro clínico y trazabilidad de decisiones.



4. Detección (señales de alarma)

- Verbalizaciones directas o indirectas de querer morir / no poder más.
- Plan o intención referida, o aumento repentino de desesperanza.
- Aislamiento, agitación intensa, consumo agudo de sustancias, síntomas psicóticos/maniáticos.
- Autolesiones recientes, amenazas, o antecedentes de intentos previos.
- Cambios bruscos de conducta, despedidas, cesión de pertenencias (si se conoce).

5. Evaluación rápida del riesgo

En caso de sospecha, realizar una evaluación breve y directa, con preguntas claras y respetuosas.

Registrar:

- Ideación: presencia, frecuencia, intensidad, control.
- Intención y plan: grado de preparación y accesibilidad (sin entrar en detalles innecesarios).
- Factores de riesgo: intentos previos, consumo, trastorno mental grave, crisis vital aguda, violencia.
- Factores protectores: vínculos, responsabilidades, valores, apoyo, tratamiento previo.
- Capacidad de autocontrol y compromiso de seguridad inmediato.

5.1 Clasificación orientativa

Nivel	Descripción orientativa	Respuesta mínima
Bajo	Ideación pasiva sin plan/intención, buen control y apoyos.	Plan de seguridad básico + seguimiento programado.
Moderado	Ideación activa o ambivalencia, factores de riesgo presentes.	Plan de seguridad + contacto de apoyo + seguimiento 24–72 h; valorar derivación.
Alto/Inminente	Intención alta, plan cercano, control bajo o descompensación grave.	Activar urgencias (112/061) y no dejar sola a la persona; coordinación inmediata.



6. Actuación según escenario

6.1 En sede (presencial)

1. Mantener un entorno seguro y calmado. Permanecer con la persona si el riesgo es alto.
2. Valorar el nivel de riesgo (apartado 5) y solicitar apoyo interno (Dirección/segundo profesional) si es posible.
3. Si riesgo alto/inminente: llamar a 112 o 061 y seguir indicaciones. Si procede, contactar con familiar/persona de apoyo.
4. No permitir que la persona abandone el centro sola si hay riesgo inminente. Esperar a urgencias o acompañamiento seguro.
5. Documentar lo ocurrido y las decisiones tomadas (registro clínico + parte de incidencia si aplica).

6.2 Atención online

6. Confirmar ubicación actual de la persona (dirección aproximada) y teléfono de contacto.
7. Si riesgo alto/inminente: pedir que permanezca en videollamada/llamada mientras se activa 112/061 y/o persona de apoyo.
8. Si se corta la comunicación y hay riesgo: activar llamada de emergencia (112) facilitando datos disponibles y registrar.
9. Acordar un plan de seguridad y seguimiento en riesgo bajo/moderado.

6.3 Plan de seguridad (resumen)

En riesgo bajo/moderado, elaborar y registrar un plan de seguridad breve, que incluya:

- Señales personales de crisis (pensamientos, emociones, sensaciones).
- Estrategias de autocuidado inmediato (respiración, grounding, rutina segura).
- Personas de apoyo (nombres y teléfonos) y cómo pedir ayuda.
- Profesionales y recursos: centro, urgencias, teléfono 024, 112/061.
- Medidas de reducción de riesgos en el entorno (retirar o limitar acceso a elementos peligrosos de forma general).



7. Recursos de urgencia (España)

- Emergencias: 112.
- Urgencias sanitarias (Andalucía/ES): 061 (según territorio).
- Línea 024 de atención a la conducta suicida (24 h).
- En caso de riesgo inmediato: acudir al servicio de urgencias hospitalarias más cercano.

Nota: Este documento es un protocolo interno. En caso de urgencia vital, siempre se prioriza la activación de emergencias.

8. Registro, comunicación y seguimiento

- Registrar en historia clínica: valoración, decisiones, contactos realizados, derivación, plan de seguridad.
- Programar seguimiento: en riesgo moderado, contacto de comprobación en 24–72 h y sesión preferente.
- Si hubo activación de urgencias: registrar el recurso activado y la información trasladada.
- Notificar a Dirección las incidencias críticas para aprendizaje y mejora (sin vulnerar confidencialidad).

9. Revisión y formación

Este protocolo se revisará anualmente y se reforzará mediante formación específica del equipo (evaluación del riesgo, contención verbal, coordinación con emergencias).



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO/A

· NICA 66032 CIF: G-11520079

Código	Versión	Fecha	Elabora	Revisa	Aprueba
F-SAT-01	1.0	24/02/2026	Presidenta/ Directora	Psicólogo/a	Presidenta/ Directora

Gracias por dedicar 1 minuto. Sus respuestas nos ayudan a mejorar. Marque una opción (1 = Muy en desacuerdo / 5 = Muy de acuerdo).

Pregunta	1	2	3	4	5
1. He recibido un trato respetuoso y empático por parte del personal.					
2. La información recibida (citas, normas, confidencialidad) ha sido clara.					
3. La atención recibida me ha resultado útil para mi situación.					
4. Me he sentido seguro/a y cómodo/a en el espacio/modalidad de atención (presencial/online)					
5. Recomendaría el centro a una persona cercana si lo necesita.					

Observaciones (opcional):

Nota: Los datos se tratan de forma anónima o pseudonimizada para fines de mejora de calidad. Si aporta datos personales, serán tratados conforme a RGPD/LOPDGDD.



PROCEDIMIENTO DE QUEJAS, SUGERENCIAS E INCIDENCIAS

· NICA 66032 CIF: G-11520079

Código	Versión	Fecha	Elabora	Revisa	Aprueba
PR-QS-01	1.0	24/02/2026	Presidenta/ Directora	Psicólogo/a	Presidenta/ Directora

1. Objeto

Definir el método para recibir, registrar, analizar y responder quejas, sugerencias e incidencias, asegurando plazos razonables, confidencialidad y acciones de mejora.

2. Alcance

Aplica a todas las actividades del centro (atención clínica, talleres, atención telefónica/online, instalaciones y facturación).

3. Definiciones

- Queja: manifestación de insatisfacción por el servicio recibido.
- Sugerencia: propuesta de mejora.
- Incidencia: evento no deseado que afecta al servicio (retrasos graves, fallos de agenda, problemas de privacidad, etc.).

4. Canales de recepción

- Presencial: hoja en recepción / buzón.
- Email: contacto@belloamanecer.es.
- WhatsApp (solo si autorizado): 613050577
- Teléfono: se registrará por el personal en el formulario PR-QS-01.



5. Registro y clasificación

1. Registrar en R-QS-01: fecha, canal, descripción, sede, profesional implicado (si aplica), datos de contacto (si desea respuesta).
2. Clasificar: queja/sugerencia/incidencia; y severidad: leve / moderada / crítica.
3. Confirmar recepción si el usuario facilita contacto (en 48 h laborables).

6. Análisis y respuesta

- Responsable: Dirección/Calidad (o persona designada).
- Plazo orientativo de respuesta: hasta 10 días laborables (críticas: respuesta preliminar en 48-72 h).
- Recabar información interna mínima necesaria respetando confidencialidad.
- Proponer medidas: corrección inmediata, acciones preventivas/correctivas, formación, ajustes de proceso.

7. Acciones correctivas y mejora

- Documentar acción: qué se hace, responsable, fecha, evidencia.
- Verificar eficacia (ej.: reducción de incidencias similares, encuesta satisfacción).
- Incorporar aprendizajes a la revisión anual del Manual de Calidad.

8. Confidencialidad y protección de datos

El tratamiento de datos se realizará conforme a RGPD/LOPDGDD. Se limitará el acceso a la información al personal estrictamente necesario.

9. Registros asociados

- R-QS-01 Registro de quejas/sugerencias/incidencias.
- F-QS-01 Hoja de quejas/sugerencias para usuario/a.
- Actas de revisión y planes de mejora.

10. Revisión del procedimiento

Revisión anual o tras incidencias críticas.



MANUAL DE CALIDAD

1. Control de Documento y Versiones

El presente Manual de Calidad (MC) constituye el eje vertebrador del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) del Centro de Atención Psicológica Bello Amanecer. Su aplicación es imperativa para todo el personal vinculado a la organización, garantizando la homogeneidad en la prestación de servicios y el cumplimiento de los estándares de acreditación sanitaria.

Código	Versión	Fecha	Elabora	Revisa	Aprueba
MC-BA-01	1.0	24/02/2026	Presidenta/ Directora	Psicólogo/a	Presidenta/ Directora

Histórico de Cambios:

- **Versión 1.0 (24/02/2026):** Emisión inicial y formalización del SGC bajo estándares ISO 9001 y criterios de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

2. Presentación y Alcance del Centro

El Centro de Atención Psicológica B.A es una entidad **sin ánimo de lucro con 25 años de experiencia** consolidada en el sector sanitario. Como institución autorizada (**NICA 66032**), nuestra misión trasciende lo clínico para enfocarse en una **labor social** profunda, dedicada a la excelencia en la evaluación y acompañamiento psicológico. Proporcionamos soluciones personalizadas para el bienestar emocional en población infantil, adolescente y adulta, garantizando que el rigor científico y la **responsabilidad social** caminen de la mano en nuestras sedes.

2.1. Sedes y Contacto

La operatividad del centro se despliega en dos centros de atención especializada:

- **Sede Sanlúcar de Barrameda:** Plaza las Infantas, Edf. Eulalia 9, 42A, Sanlúcar de Barrameda (Cádiz).



Centro de Atención Psicológica B.A

- **Sede Jerez de la Frontera:** C/ Porvera 4, 4ª planta, Jerez de la Frontera (Cádiz).

Horario de Atención: Lunes a viernes: 09:30 – 14:30 h y 16:00 – 21:00 h (sujeto a disponibilidad de agenda por sede).

Canales de comunicación oficiales:

- Teléfonos, Correo electrónico y Portal Web.
- **WhatsApp:** Uso restringido exclusivamente a la gestión administrativa de citas y recordatorios, previa autorización expresa del usuario.

2.2. Alcance del SGC

El Sistema de Gestión de la Calidad abarca de forma integral los siguientes procesos:

1. **Atención clínica:** Ciclo completo del paciente (admisión, evaluación, intervención, seguimiento, alta y derivación).
2. **Atención psicoeducativa:** Programas grupales, talleres especializados y escuela de familias.
3. **Soporte Técnico-Administrativo:** Gestión documental, formación continua, mantenimiento de infraestructura, protección de datos y coordinación sociosanitaria.

Exclusiones: De acuerdo con los requisitos de las normas de calidad, se hace constar que **no se establecen exclusiones al SGC** para las actividades desarrolladas en los centros mencionados.

3. Identidad Estratégica: Misión, Visión y Valores

Misión: Proporcionar una atención psicológica y psicosocial fundamentada en la empatía, la accesibilidad y el máximo rigor profesional, orientada a transformar positivamente la salud mental de nuestra comunidad.

Visión: Consolidarnos como el centro de referencia en atención psicológica sanitaria de la provincia, distinguiéndonos por la excelencia clínica, la calidez en el trato humano y la robustez de nuestros procesos de mejora continua.

Valores Corporativos:

- **Rigor Profesional:** Actuación basada en la evidencia científica.



Centro de Atención Psicológica B.A

- **Ética y Confidencialidad:** Respeto absoluto a la privacidad y derechos del paciente.
- **Cercanía:** Acompañamiento humano y empático durante todo el proceso terapéutico.
- **Responsabilidad Social:** Compromiso con la salud pública y el bienestar colectivo.

Política de Calidad La Dirección del Centro de Atención Psicológica Bello Amanecer asume el compromiso de liderar una organización orientada al cumplimiento estricto de la normativa sanitaria vigente y los estándares de protección de datos (RGPD/LOPDGDD). Nuestra política se centra en garantizar la seguridad del paciente mediante la gestión proactiva de riesgos, la formación permanente del equipo clínico y la evaluación sistemática de la satisfacción del usuario para alcanzar la excelencia asistencial.

4. Organización y Estructura Humana

La estructura organizativa garantiza la segregación de funciones y la rendición de cuentas en todos los niveles del centro.

4.1. Junta Directiva

Cargo	Titular
Presidenta / Directora	Caridad Cañas Torres
Tesorero / Secretario	Peer Fink
Vocal	Mercedes Santos Plá

4.2. Definición de Roles y Responsabilidades

- **Dirección:** Autoridad máxima en la aprobación documental y asignación presupuestaria. Lidera la revisión anual del sistema y la definición de planes de mejora.
- **Dirección Técnica:** Responsable de la supervisión de protocolos clínicos y de asegurar la seguridad del paciente. Valida las derivaciones críticas y supervisa la praxis profesional.
- **Responsable de Calidad:** Custodio del Listado Maestro de Documentos. Coordina las auditorías internas y la recopilación de indicadores.
- **Administración / Trabajo Social (TS):** Gestión de la admisión, agendas, custodia de registros administrativos y canalización de quejas/sugerencias (PR-QS-01).
- **Equipo Asistencial:** Aplicación técnica de los protocolos, mantenimiento de historias clínicas y



obtención de consentimientos informados.

Continuidad Operativa (Sustituciones): Para asegurar la continuidad asistencial ante ausencias previstas o imprevistas, la Dirección designará formalmente a un sustituto con las competencias adecuadas, garantizando que los procesos operativos no se vean interrumpidos.

5. Gestión por Procesos

La actividad del centro se estructura en un mapa de procesos que interactúan para maximizar el valor entregado al paciente:

Estratégicos	Operativos / Asistenciales	Soporte
Planificación y Revisión	Admisión y citación	Gestión documental (MC/PR/F/R)
Política y Objetivos de Calidad	Evaluación e Intervención	Formación y Onboarding (F-CV-PSI-01)
Gestión de Riesgos	Seguimiento, Alta y Derivación	Protección de Datos (Allover Consultors)
Relación con Entidades	Atención Online (Privacidad)	Infraestructura, Limpieza y Compras
Gestión Económica	Talleres y Escuela de Familias	Gestión de Agenda y Comunicación

Ficha de Proceso: Admisión y Citación

- **Objetivo:** Asegurar una acogida profesional y una gestión de agenda eficiente y segura.
- **Entradas:** Solicitud del usuario (Multicanal).
- **Salidas:** Cita confirmada, apertura de ficha técnica y **Consentimiento Informado entregado y firmado.**
- **Responsable:** Administración / TS.
- **Registros:** Formulario de alta (F-AP-01), Registro de citas (R-AP-01).



6. Sistema Documental y Control de Registros

El centro garantiza que la información clínica y administrativa es veraz, trazable y actualizada mediante el uso de la siguiente codificación:

- **MC:** Manual de Calidad.
- **PR:** Procedimientos y Protocolos (ej. PR-CS-01 para Gestión de Crisis).
- **F:** Formularios y Plantillas (ej. F-CV-PSI-01 para currículums).
- **R:** Registros y evidencias (ej. R-QS-01 para Quejas y Sugerencias).

Protocolo de Control:

1. **Aprobación:** Todo documento debe ser validado por Dirección antes de su implementación.
2. **Vigencia:** Solo los documentos listados como "Vigentes" en el Listado Maestro son válidos. Los obsoletos se retiran de los puntos de uso y se archivan bajo marca de "NO VIGENTE".
3. **Conservación:** Las Historias Clínicas y documentos de consentimiento se custodian bajo los plazos legales establecidos en la Ley de Autonomía del Paciente.

7. Estándares de Atención al Paciente

La atención se rige por el protocolo **PR-AP-01**, asegurando los siguientes niveles de servicio:

1. **Accesibilidad:** Compromiso de respuesta inicial en un plazo de **24 a 72 horas laborables**. Las demandas identificadas como urgentes se priorizan según el protocolo de crisis.
2. **Consentimiento Informado:** Requisito indispensable antes de iniciar cualquier intervención. En menores, se requiere la firma de ambos progenitores/tutores legales. Se garantiza la explicación de los límites de confidencialidad (riesgo para sí mismo o terceros).
3. **Continuidad Asistencial:** Cada sesión debe quedar registrada en la historia clínica del paciente, detallando objetivos, evolución y tareas.
4. **Atención Online:** Realizada a través de plataformas seguras, garantizando la privacidad del entorno y la verificación de ubicación del paciente por motivos de seguridad.
5. **Talleres Grupales:** Requieren la firma de un compromiso de confidencialidad grupal específico por



parte de todos los asistentes.

8. Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos

La organización adopta un enfoque preventivo mediante la aplicación sistemática del protocolo **PR-CS-01 (Gestión de Crisis y Riesgo Autolítico)**.

8.2. Matriz de Riesgos

Riesgo	Prob.	Impacto	Controles	Evidencias
Fuga de información	Media	Alto	Accesos restringidos, formación LOPD	Registro de permisos, Acta formación
Crisis autolítica no detectada	Baja/Media	Alto	Cribado preventivo, PR-CS-01	Anotaciones clínicas, Registro PR-CS-01
No asistencia elevada	Media	Medio	Recordatorios, política de cancelación	Reporte mensual R-AP-01
Error en agenda (Duplicidad)	Media	Medio	Agenda centralizada en la nube	Registro de citas verificado
Accidente en instalaciones	Baja	Medio	Checklist mantenimiento mensual	Checklist Anexo C firmado
Riesgos psicosociales (Equipo)	Media	Medio	Supervisión clínica y carga equitativa	Actas de reuniones de equipo

9. Protección de Datos y Seguridad de la Información

Para asegurar el cumplimiento del RGPD y la LOPDGDD, el centro cuenta con el asesoramiento externo permanente de **Allover Consultors S.L.**

- **Confidencialidad:** El equipo firma un compromiso de confidencialidad al ingreso. El acceso a datos clínicos es exclusivo del profesional asignado al caso.
- **Custodia:** Los expedientes físicos se almacenan en armarios ignífugos bajo llave. Los datos digitales residen en servidores seguros con cifrado y contraseñas robustas.
- **Limitación de Canales:** Queda prohibido el intercambio de informes, diagnósticos o datos sensibles



10. Medición y Mejora Continua

El desempeño del SGC se monitoriza mediante indicadores clave (KPIs):

Indicador	Definición	Frecuencia	Meta	Fuente
Tasa de no asistencia	Citas fallidas / Citas programadas	Mensual	< 15%	R-AP-01
Tiempo de espera	Días hasta la 1ª sesión de evaluación	Mensual	< 15 días	Agenda
Satisfacción global	Media obtenida en encuestas F-SAT-01	Trimestral	≥ 4/5	Encuestas
Quejas e incidencias	Nº de registros presentados	Mensual	Tendencia ↓	R-QS-01
Formación ejecutada	% del Plan de Formación cumplido	Semestral	≥ 80%	Plan Formación
Derivaciones a urgencias	Nº de activaciones de protocolos crisis	Trimestral	Monitorización	Registro clínico

10.1. Auditoría y Revisión por Dirección

Anualmente se realizará una auditoría interna para evaluar la eficacia del sistema. Los resultados, junto con el análisis de indicadores, se documentarán en el **Acta de Revisión por Dirección**, donde se definirán los objetivos de calidad para el ejercicio siguiente.

11. Gestión de Recursos: Personal e Infraestructura

11.1. Onboarding y Competencia

La Dirección garantiza la competencia del personal mediante el procedimiento de acogida, que incluye la validación del currículum clínico (**F-CV-PSI-01**), la firma de acuerdos de confidencialidad y la formación en los protocolos del centro (PR-AP-01 y PR-CS-01).



11.2. Infraestructura y Ambiente Terapéutico

El mantenimiento de las instalaciones es clave para la seguridad y privacidad:

- Aislamiento acústico de gabinetes verificado.
- Orden y limpieza sistemática (Registro mensual).
- Control de accesos y gestión de llaves centralizada.
- Mantenimiento preventivo de sistemas de climatización e iluminación.

12. Comunicación, Información Pública y Transparencia

El centro garantiza una comunicación veraz y transparente hacia el público:

- **Información Identificativa:** En toda comunicación externa y en el centro físico se hará constar el número **NICA 66032**.
- **Transparencia de Servicios:** Los pacientes reciben información clara sobre honorarios, política de cancelación y derechos de protección de datos en la primera toma de contacto.
- **Canales de Quejas:** Se dispone de hojas de quejas y sugerencias físicas y del canal interno (PR-QS-01) para fomentar el feedback del usuario.

13. Continuación Asistencial y Coordinación

La organización se compromete a no dejar al paciente desatendido:

- **Coordinación Externa:** Con el consentimiento del paciente, se establecerán cauces de comunicación con médicos de familia, psiquiatras u otros especialistas.
- **Urgencias:** En caso de crisis aguda durante la atención, se activará de inmediato la coordinación con los servicios de emergencia (112/061), registrando pormenorizadamente la actuación en el historial clínico para asegurar la continuidad del cuidado en el recurso receptor.



14. Anexos (Modelos de Registro)

Anexo A: Plantilla de Listado Maestro de Documentos

Código	Título	Versión	Fecha	Ubicación	Estado
MC-BA-01	Manual de Calidad	1.0	24/02/2026	Drive/Físico	VIGENTE
PR-AP-01	Protocolo Atención Paciente	1.0	24/02/2026	Drive/Físico	VIGENTE
PR-CS-01	Protocolo de Crisis	1.0	24/02/2026	Drive/Físico	VIGENTE
F-CV-PSI-01	Plantilla Currículum	1.0	24/02/2026	Drive/Físico	VIGENTE

Anexo B: Plantilla Acta de Revisión por Dirección

Fecha de la Sesión: [//] / [_____] / [_____]

- 1. Análisis de KPIs:** (Resumen de cumplimiento de metas en el periodo).
- 2. Gestión de Incidencias:** (Análisis de quejas R-QS-01 y acciones correctivas aplicadas).
- 3. Necesidades de Recursos:**
 - Humanos:* (Necesidades de contratación/sustituciones).
 - Materiales / Infraestructura:* (Necesidades de equipamiento o mantenimiento).
- 4. Identificación de Nuevos Riesgos:** (Actualización de matriz de riesgos).
- 5. Objetivos de Mejora:** (Metas para el próximo año).

Anexo C: Checklist Mensual de Instalaciones

- Privacidad: ¿Es adecuado el aislamiento acústico y cierre de puertas?
- Limpieza: ¿El estado de orden y desinfección es óptimo?
- Climatización: ¿Funcionan correctamente los sistemas de temperatura?
- Seguridad: ¿Botiquín revisado y accesos controlados?
- Equipos: ¿Sistemas informáticos y conexión online operativos?



Anexo D: Registro Mensual de Indicadores

Indicador	Valor Mes	Meta	Observaciones
No asistencia		< 15%	
Espera 1ª cita		< 15 días	
Satisfacción		≥ 4/5	
Derivaciones Urg.		Monitorizar	

FIN DEL MANUAL DE CALIDAD

Presidenta/directora

52326753M Firmado digitalmente por
CARIDAD 52326753M
CAÑAS (R: CARIDAD CAÑAS (R:
G11520079)
G11520079) Fecha: 2026.03.11
14:11:36 +01'00'

Firma: Caridad Cañas Torres