

# JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA -LA MANCHA

**SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN A PACIENTES DEL  
HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS**

## Informe de Auditoría

<p>Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN: <b>2006/0509/CDS/38</b></p> <p>NORMA DE APLICACIÓN: <b>UNE 93200:2008</b></p>	<p>Nº INFORME: <b>2</b>      TIPO DE AUDITORÍA: <b>Inicial</b></p> <p>Auditoría: Individual <input checked="" type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Integrada <input type="checkbox"/></p> <p>Requiere envío de Acciones Correctivas: <b>SI</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/></p>
--	---

Fecha de realización de la Auditoría: 2021-12-02

## DATOS GENERALES

### A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

<b>Nombre de la Organización</b>	JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA -LA MANCHA
<b>Dirección</b>	Plaza DEL CONDE, 5. 45071 - TOLEDO
<b>Representante de la Organización (nombre y cargo)</b>	D./Dña. Ramona RAFAEL DE LA CRUZ TRITENCIO (Enfermera Jefa del SIAP y Responsable de Calidad y Seguridad del Paciente)

### B. EQUIPO AUDITOR

<b>Función</b>	<b>Nombre</b>	<b>Iniciales</b>
Auditor Jefe	D. Miguel DE LA FUENTE PASTRANA	MFP

### C. CRITERIOS DE AUDITORÍA

El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:

- Requisitos de la/s norma/s de sistema de gestión de referencia
- Los procesos definidos y la documentación del sistema de gestión desarrollada por el cliente
- Los requisitos legales y reglamentarios aplicables

### D. USO DE TÉCNICAS DE AUDITORÍA EN REMOTO

Si durante la auditoría se utilizan técnicas de auditoría en remoto en alguna medida, cumplimentar la siguiente tabla:

Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)	Herramientas y descripción
Herramienta(s) a utilizar	
Plataforma(s) IT del cliente	

Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)		Descripción (cuando proceda)
Revisión documental (no en tiempo real) (ej., revisión de documentos en web)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Videollamada (WebEx)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Captura de Pantallas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Vídeo en tiempo real o no real	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Grabación de vídeo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Intercambio de fotografías	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

COMENTARIOS: AUDITORIA PRESENCIAL

## RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

### Cuestiones generales para todos los Sistemas de Gestión

Confirmación de la realización de la auditoría
<p>Se ha realizado la Auditoría Inicial de Certificación al Sistema de Gestión de CARTAS DE SERVICIO de la empresa JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA -LA MANCHA en el SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN A PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS, donde se ha comprobado la implantación del Sistema respecto a los requisitos especificados en la norma de referencia UNE 93200:2008, salvo para lo reflejado como no conformidad en el presente informe.</p>
Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado
<p><b>Carta de Servicios del SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN A PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS</b></p> <p>¿Es adecuado el alcance del certificado? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indicar si se han producido cambios o modificaciones, desde la anterior auditoría:</p> <p>Alcance de la auditoría:</p> <p>¿Se han auditado todas las actividades incluidas en el alcance del certificado (sólo para auditorías de seguimiento)? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso negativo incluir descripción del muestreo realizado (actividades, proyectos, líneas de producto, tipos de servicio, emplazamientos temporales, etc.)</p> <p><b>SE HA CUMPLIDO CON EL PLAN DE AUDITORIA.</b></p>
Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión
<p><b>Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión:</b></p> <p><b>1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados</b></p> <p>El Sistema de Gestión de CARTAS DE SERVICIO cumple con los requisitos de la Norma y con el resto de criterios de auditoría (requisitos legales y reglamentarios, requisitos del cliente, requisitos propios del sistema de gestión interno) y se considera que presenta un nivel inicial de definición e implantación debido a la juventud misma de la decisión de Certificar con UNE 93200 2008 la misma, que había sido desarrollada en 2017.</p> <p>En general la evolución necesaria más importante es hacia la CONCRECIÓN DE EXPECTATIVAS para con estas llegar a los COMPROMISOS, que no han podido localizarse en la Documentación del 2017 rescatada de los archivos. Se ha catalogado como Observación al evaluar los propios Compromisos y poder deducir de estos, las posibles Expectativas iniciales de los mismos.</p> <p>Se valora como muy positiva la Certificación ISO 9001 acreditada como Servicio dentro del alcance de la Certificación del Hospital Nacional de Parapléjicos. Considerar la integración del Sistema de Cartas en el Sistema ISO 9001 con el desarrollo de un Procedimiento relativo a CARTAS DE SERVICIO.</p>

Para la No Conformidad la Organización deberá preparar un Plan de Acciones Correctivas (PAC) y enviarlo a la dirección [castillalamanca@aenor.com](mailto:castillalamanca@aenor.com) en un plazo inferior a 30 días naturales desde la finalización de la auditoría. Si la organización requiriese de más plazo para remitir el mismo, deberá ponerse en contacto con su TRE (Técnico Responsable del Expediente) y éste analizará si es posible la ampliación del citado plazo, en 15 días adicionales.

Para cada no conformidad se deberán aportar:

- Un informe de acción correctiva con descripción de la no conformidad, análisis de causas y acciones planificada.
- Al menos una evidencia documental de la implementación de la(s) citada(s) acción(es) planificada(s)

La Organización también debería tener en cuenta las Observaciones anotadas a fin de evitar posibles no conformidades en futuras auditorías.

Se anima a trabajar sobre las Ideas aportadas en las Oportunidades de Mejora

## 2. Auditoría interna y el proceso de revisión del sistema por la Dirección

En cuanto al proceso de auditoría interna:

La última Auditoría Interna por SERVICIOS CENTRALES DEL SESCAM en ISO 9001 del Servicio fue el pasado 25 de Octubre 2021.

En cuanto al proceso de Revisión del sistema por la Dirección:

El último Informe de Revisión del Sistema en ISO 9001 fue el Hospital fue del 2019, en el 2020 no hubo y ya se detectó como No Conformidad en la Auditoría Interna de 25 de Octubre 2021 Está prevista para el 17 de Diciembre.

**3. Estado de implantación y cierre de No conformidades detectadas en la anterior auditoría** (en el caso de auditoría de renovación se revisarán todas las no conformidades del ciclo):

NO APLICA, AUDITORIA INICIAL

## Cambios significativos con respecto a la anterior visita y su impacto en el Sistema de Gestión

NO APLICA, AUDITORIA INICIAL

## Confirmación sobre el cumplimiento de los objetivos de auditoría

Los objetivos de la auditoría son:

- Determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización / empresa auditada, o partes de dicho sistema, con los criterios de auditoría.
- Determinar su capacidad para asegurar que la organización cumple con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables (teniendo siempre presente que una auditoría de certificación de un sistema de gestión no es una auditoría de cumplimiento legal).
- Determinar la eficacia del sistema de gestión, para asegurar que el cliente puede tener expectativas razonables en relación al cumplimiento de los objetivos especificados; y cuando corresponda, identificar posibles áreas de mejora.

(Si procede, añadir objetivos específicos de la presente auditoría)

¿Se han cumplido los objetivos de la auditoría? SI ■ NO □

Se indicará si se ha producido cualquier situación durante la auditoría que haya afectado a la consecución de sus objetivos (imposibilidad de evaluar una actividad, centro, requisito...), así como cualquier cuestión significativa que afecte al programa de auditoría y/o al **Plan** de auditoría, incluyendo las causas que las han generado.

¿Qué cuestiones han quedado por resolver a la finalización de esta auditoría?

**SE HA CUMPLIDO CON EL PLAN DE AUDITORIA.**

## Cuestiones para Sistema de Gestión adaptados a la Estructura de Alto Nivel

### Comprensión del contexto de la organización

Los Puntos 1 de DATOS IDENTIFICATIVOS ¿Quiénes SOMOS? y el punto 2 de OBJETIVOS FINES, desarrollan el CONTEXTO.

No es requisito de esta Norma las PARTES INTERESADAS, pero se identifica como Usuarios no sólo a los PACIENTE Y FAMILIARES, sino también a PROFESIONALES y COMUNIDAD EN GENERAL.

### Enfoque a riesgos y oportunidades

NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS

### Liderazgo

El liderazgo y el compromiso de la alta dirección se demuestra mediante la participación de la Gerente del Hospital en la Reunión Inicial y la Final

### Otras consideraciones del equipo auditor

#### **REUNIÓN INICIAL:**

Se revisan la Hoja de Datos.

Se comenta la diferencia del Ciclo de Certificación de 3 años y el Ciclo de Revisión de Carta de 2 años.

#### **INSPECCIÓN CLIENTE MISTERIOSO**

Se revisa el Informe de CLIENTE MISTERIOSO de fecha 22 de Noviembre de 2021, en el que para esta Carta 38.

Se evalúa el comentario de:

**“Mencionar la dificultad de realizar una inspección de este tipo en el Hospital, debido a que la gran mayoría de los compromisos de su Carta de Servicios, por no decir todos, están relacionados con los pacientes del Hospital, o sus familiares”**

Con la visita se han podido evaluar al menos los siguientes Compromisos:

1.4 Gestión de reclamaciones, quejas, iniciativas, sugerencias y agradecimientos.

1.5 Asesoramiento ante cualquier duda o consulta que deseen realizar

3.1 Se registrarán todos los documentos relativos al Registro de Declaración de Voluntades Anticipadas en el plazo de 5 días hábiles.

*Pero son solamente 3 de los 9 actuales de la Carta; y no se consideran los más representativos.*

*En realidad, de manera ejecutiva sólo se pudo realizar sobre el Compromiso 3.1 de Se registrarán todos los documentos relativos al Registro de Declaración de Voluntades Anticipadas en el plazo de 5 días hábiles, que es un Compromiso para la COMUNIDAD GENERAL, cuando los Usuarios más importantes del Servicio son los PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES.*

## **ORGANIZACIÓN Y ACTIVIDADES.**

*El Servicio de Información y Atención a Pacientes está integrado en el Hospital Nacional de Parapléjicos, perteneciente al SESCOAM. Es el órgano institucional de contacto directo con pacientes ingresados y sus familiares para dar respuesta tanto a clientes externos y externas, como a clientes internos e internas.*

*El ámbito de actuación es directo con pacientes, familiares y profesionales. Igualmente se gestiona la información telefónica y correos electrónicos a nivel nacional e internacional dando respuesta a la información y al asesoramiento solicitado.*

*El Servicio de Información y Atención a Pacientes del Hospital Nacional de Parapléjicos tiene entre sus fines principales poner a disposición de pacientes y de las familias una atención sanitaria de calidad, vinculada a un trato cálido, amable y cercano, propiciando dentro del hospital la humanización de las relaciones entre profesionales, pacientes y sus familiares.*

*Tiene la misión de servir de apoyo en la práctica diaria de los y las profesionales, creando una cultura de trabajo compartido cuyo eje principal sea la persona enferma. La atención a las personas usuarias se entiende como todas las acciones encaminadas a facilitar el recorrido de pacientes y sus familiares a lo largo del proceso asistencial, dando respuesta a las demandas que nos plantean, tanto asistenciales como administrativas.*

*La atención a las personas usuarias es lo que acompaña a la actividad asistencial, añadiendo valor a la asistencia, al servicio y a la propia organización y comporta satisfacción a las mismas.*

*Sus fines son:*

- Dar a conocer a las personas usuarias la oferta de servicios que hay en nuestro hospital.*
- Servir de referencia a pacientes y familiares para resolver sus dudas e inquietudes en el inicio de su hospitalización.*
- Facilitar a la ciudadanía que contacta con nosotros el acceso al Sistema Sanitario.*
- Garantizar una atención de calidad a las personas a quienes se atiende a través del teléfono y del correo electrónico*

## **REUNIÓN FINAL**

Se agradece la colaboración de todos los participantes.

### **Puntos fuertes**

- El Servicio está incluido en el alcance de la Certificación ISO 9001 del HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLEJICOS.*
- No es requisito de esta Norma las PARTES INTERESADAS, pero se identifica como Usuarios no sólo a los PACIENTE Y FAMILIARES, sino también a PROFESIONALES y COMUNIDAD EN GENERAL.*

### **Oportunidades de mejora**

- Considerar incluir expresamente en la Carta que la Oficina de ATENCION A PACIENTES se encuentra enfrente de la ENTRADA PRINCIPAL del HOSPITAL, como método de identificación del lugar de atención al público.
- Considerar estructurar el Punto 3 de MARCO LEGAL en función de los Usuarios de la Carta reconocidos en la misma, es decir:
  - PACIENTES Y FAMILIAS
  - PROFESIONALES
  - COMUNIDAD EN GENERAL
- Incluir referencia expresa a la UNE 93200 2008 en el Sistema ISO 9001, al menos en el INFORME DE AUDITORIA INTERNA y en el INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.
- Considerar evolucionar las Encuestas para que los Usuarios valoren la IMPORTANCIA RELATIVA que le dan a cada elemento, y con esto identificar EXPECTATIVAS.

Nº	Observaciones	Norma/s
01	<p>Se han encontrado dificultades para reconstruir los 4. ASPECTOS METODOLOGICOS DE DESARROLLO DE LA CARTA, que se elaboró inicialmente en 2017.</p> <p>No se dispone de un Procedimiento para dar cumplimiento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 4. ASPECTOS METODOLOGICOS DE DESARROLLO DE LA CARTA, en concreto al 4.3 REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA CARTA DE SERVICIOS, no está definido quienes deben constituir el Grupo de Trabajo.</li> <li>b) 5 COMUNICACIONES DE LA CARTA DE SERVICIOS (Internas y Externas).</li> <li>c) Ni referencia de Procedimiento ISO 9001 en cuanto a la RESPUESTA A LAS NO CONFORMIDADES establecidas en las Auditorías de Cartas de Servicio UNE 93200 2008.</li> </ul>	UNE 93200 2008
02	<p>Se han encontrado dificultades para reconstruir los 4. ASPECTOS METODOLOGICOS DE DESARROLLO DE LA CARTA, que se elaboró inicialmente en 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) No se localizan las TABLAS DE EXPECTATIVAS (las que aparecen están en blanco) por Servicios en la Documentación de 2017.</li> <li>b) No se localiza el Documento de 2017 en el que se apruebe formalmente la Carta de Servicios por la Dirección del Hospital, Nacional de Parapléjicos, previa a su publicación por el Diario Oficial de Castilla La Mancha</li> </ul>	UNE 93200 2008
03	<p>En la Carta de Servicios de fecha 23 de Julio de 2021, no se ha incluido de manera expresa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Medios de transporte, cuando existe parada de la línea 81 y 82 del Servicio Municipal de Autobuses.</li> <li>b) Indicadores asociados a cada compromiso, se deriva al Anexo de la primera publicación de 14 de Julio de 2017 y la referencia a la página web donde se localizan los mismos.</li> </ul>	UNE 93200 2008

**Documentos adjuntos al informe de auditoría:**

- Matriz de actividades de auditoría
- Hoja de Datos
- Otros:



## ANEXO

### Cuestiones particulares del Sistema de Gestión CARTAS DE SERVICIO UNE 93200 2008

#### a. CARTAS DE SERVICIO UNE 93200 2008

La Carta auditada es la de fecha de 23 de Julio 2021, que es una renovación de una carta anterior. La vigencia es hasta 24 de Julio 2022.

#### **REQUISITOS UNE 93200 2008**

#### **3 ESTRUCTURA Y CONTENIDO**

##### **3.1 Requisitos mínimos de información a incluir:**

a) Objetivos y fines de la organización prestadora de los servicios objeto de la carta

Punto 2 de la Carta de OBJETIVOS Y FINES en el que se describe el Servicio de Información y Atención a Pacientes del Hospital Nacional de Parapléjicos.

b) Datos identificativos de la organización y del servicio objeto de la carta.

Punto 1 de DATOS IDENTIFICATIVOS ¿QUIÉNES SOMOS? en el que se describe a la Organización prestadora de Servicios.

c) Relación de servicios prestados

Punto 4 de SERVICIOS QUE SE OFRECEN se estructura los mismos, y esta estructura coincide literalmente con la estructura de compromisos.

d) Información de contacto con la organización prestadora del servicio.

Se ha incluido:

- Dirección postal
- Teléfono.
- Página web y correo electrónico
- Forma de acceso.
- No se indican los medios de transporte. VER OBSERVACIÓN.
- Horarios
- No se indica de manera expresa el lugar de atención al público. VER OPORTUNIDAD DE MEJORA

e) Derechos y obligaciones concretos de los usuarios en relación con los servicios.

En la Carta no se dispone de un punto específico para DERECHOS Y DEBERES DE USUARIOS. VER NO CONFORMIDAD.

f) Relación actualizada de las normas reguladoras de cada uno de los servicios (S/A).

Punto 3 de MARCO LEGAL donde se establecen la Legislación aplicable

g) Formas de participación.

Punto 8 de FORMAS DE PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS, INICIATIVAS, QUEJAS Y SUGERENCIAS donde se definen los canales de comunicación.

h) Fecha de entrada en vigor.

La Carta auditada es la de fecha de 23 de Julio 2021, que es una renovación de una carta anterior. La vigencia es hasta 24 de Julio 2022.

##### **3.2 Compromisos de calidad e indicadores.**

Punto 5 de COMPROMISOS DE CALIDAD con la inclusión expresa de los mismos y Punto 6 de INDICADORES con referencia al Anexo de la primera publicación de 14 de Julio de 2017 y la referencia a la página web donde se localizan los mismos. VER OBSERVACIÓN.

### **3.3 Mecanismos de comunicación externa e interna.**

VER APARTADO 5

### **3.4 Medidas de subsanación o compensación si incumplimiento de compromisos.**

Punto 7 de MEDIDAS DE SUBSANACIÓN. GARANTÍAS donde se establecen el método de comunicación de las disculpas y explicaciones que fuese necesario realizar.

### **3.5 Forma de presentación de sugerencias, quejas y reclamaciones**

Punto 8 de FORMAS DE PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS, INICIATIVAS, QUEJAS Y SUGERENCIAS donde se definen los canales de comunicación.

## **4 ASPECTOS METODOLOGICOS DE DESARROLLO DE LA CARTA**

Se han encontrado dificultades para reconstruir los 4. ASPECTOS METODOLOGICOS DE DESARROLLO DE LA CARTA, que se elaboró inicialmente en 2017.

### **4.1 Elaboración**

#### **4.1.1 Decisión de elaborar la Carta.**

Se revisa correo de Marzo 2017 con el cronograma de las actividades del Proyecto de Elaboración de la Carta de Servicios, con Objetivo hasta Mayo 2019.

#### **4.1.2. Constitución del equipo de trabajo.**

Se referencia como Equipo de Trabajo y la Constitución del Grupo por la Gerencia del Hospital, Inspector General de Servicios (Consejería de Administraciones Públicas), Direcciones y Responsables de Servicios del Hospital implicados y la Secretaria General del SESCAM como facilitadora.

#### **4.1.3. Identificación de Expectativas.**

No se localizan las TABLAS DE EXPECTATIVAS por Servicios en la Documentación, VER OBSERVACIÓN.

#### **4.1.4. Identificación de Procesos ligados a los servicios de la Carta**

Se entiende asociado a ISO 9001.

#### **4.1.5. Comparación nivel prestación con expectativas:**

Se dispone de un INFORME 2017 DE CARTAS DE SERVICIO de 3 de Enero de 2018 en el que se presentan gráficos de Cumplimiento.

#### **4.1.6. Establecimiento de compromisos de calidad e Indicadores.**

Se revisan las primeras Tablas de COMPROMISOS.

#### **4.1.7. Redacción de la Carta.**

Primer Borrador de 10 de Febrero de 2017,

#### **4.1.8. Aprobación por Dirección**

No se localiza el Documento de 2017 en el que se apruebe formalmente la Carta de Servicios por la Dirección del Hospital, previa a su publicación por el Diario Oficial de Castilla La Mancha. VER OBSERVACIÓN.

### **4.2 Seguimiento de la Carta de Servicios**

Se revisa la publicación en la web de los Resultado de Seguimiento.

<https://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad/estructura/sescam/cartasdeservicio/servicio-de-informaci%C3%B3n-y-atenci%C3%B3n-pacientes-del-hospital-nacional-de-parapl%C3%A9jicos>

Se revisa el fichero de 2º Cuatrimestre de 2021. VER TABLA DE COMPROMISOS.

### **4.3 Revisión y actualización de la Carta de Servicios**

No se dispone de Procedimiento relativo. VER OBSERVACIÓN.

## **5 COMUNICACIONES DE LA CARTA DE SERVICIOS**

## **5.1 Comunicación Interna**

Se revisa la Intranet en la web de ATENCION AL PACIENTE, se dispone de un enlace para poder acceder a la Carta de Servicios. Se comprueba y está la actualizada.

## **5.2 Comunicación externa**

Se revisa la publicación en la web de los Resultado de Seguimiento.

<https://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad/estructura/sescam/cartasdeservicio/servicio-de-informaci%C3%B3n-y-atenci%C3%B3n-pacientes-del-hospital-nacional-de-parapl%C3%A9jicos>

Se revisa el fichero de 2º Cuatrimestre de 2021. VER TABLA DE COMPROMISOS.

Información específica del sistema de gestión a adjuntar al informe, cuando aplique:

Otros:

Nº	COMPROMISO	INDICADOR	ESTÁNDAR	FORMA DE CÁLCULO	PERIODO	COMENTARIOS
<b>1. A pacientes y a sus familias</b>						
<b>- Primer ingreso</b>						
1.1	Prestaremos una atención individualizada a todas las personas, pacientes y familias en el momento del ingreso.	Número de quejas presentadas por falta de atención individualizada en el momento del ingreso.	0	Programa informático / Número de personas usuarias	Cuatrimestral	<b>Segundo Cuatrimestre 2021:</b> "NO EXISTEN RECLAMACIONES EN ESTE PERIODO (100%)."
1.2	Gestionaremos la primera entrevista con el personal perteneciente a la unidad de Trabajo Social y con la Unidad de Salud Mental	Porcentaje de entrevistas gestionadas con el personal de la Unidad de Trabajo Social y con la Unidad de Psicología.	100%	Registro personas usuarias / Porcentaje	Cuatrimestral	<b>Segundo Cuatrimestre 2021:</b> "100%"
1.3	Nos comprometemos a acompañar a las familias a la unidad de hospitalización una vez terminada la información del ingreso y a presentar al profesional responsable de la unidad	Porcentaje de acompañamientos realizados y presentación ante el profesional responsable, en relación con los ingresos.	100%	Registro personas usuarias / Porcentaje	Cuatrimestral	<b>Segundo Cuatrimestre 2021:</b> "100%"
<b>- Durante su estancia.</b>						
1.4	Contestaremos todas las reclamaciones, quejas, iniciativas, sugerencias que se reciban en el plazo máximo de 30 días y tramitaremos todos los agradecimientos que se reciban.	Porcentaje de reclamaciones, quejas, iniciativas y sugerencias contestadas en el plazo máximo de 30 días, respecto del total que se reciban. Tramitación del	100%	Registro número de reclamaciones, quejas, iniciativas, sugerencias y agradecimientos	Cuatrimestral	<b>Segundo Cuatrimestre 2021:</b> "100%"

Nº	COMPROMISO	INDICADOR	ESTÁNDAR	FORMA DE CÁLCULO	PERIODO	COMENTARIOS
		100% de los agradecimientos recibidos.				
1.5	Asesoraremos a pacientes y a sus familias ante cualquier duda o consulta que deseen realizar, comprometiéndonos a obtener en el 80% de las encuestas realizadas una valoración de satisfacción con la información recibida.	Porcentaje de pacientes que reconocen estar satisfechos o muy satisfechos	80%	Encuestas intra hospitalarias realizadas a personas usuarias / Número de personas usuarias	Anual	<p><b>Segundo Cuatrimestre 2021: "FAMILIARES PACIENTES"</b></p> <p>"En periodo de Covid-19 no se han entregado encuestas al ingreso, al no venir los pacientes acompañados de familiar."</p> <p>Se hace al ALTA una Encuesta al 100% de los PACIENTES, y una vez al año, en Junio 2021 se hace la Anual INTRAHOSPITALARIA a los FAMILIARES y PACIENTES. Se ha podido hacer solamente a PACIENTES.</p>
1.6	Elaboraremos y coordinaremos tres ediciones al año de un programa de educación para la salud dirigido a pacientes, familias y personas cuidadoras.	Número de ediciones realizadas al año en relación con el programa de educación para la salud.	3 ediciones	Número de personas usuarias y de ediciones realizadas	Cuatrimestral	<p><b>Segundo Cuatrimestre 2021:</b></p> <p>Se realiza para FAMILIARES para otorgarles un Título como CUIDADOR PRINCIPAL de cara a los PAIS de SERVICIOS SOCIALES.</p> <p>El último fue de Marzo de 2020, y el 13 no se pudo ni acabar por el Estado de Alerta del Gobierno.</p>
<b>2. A profesionales</b>						
2.1	Nos comprometemos a tramitar y mediar en todos los episodios violentos ocurridos entre las personas usuarias y profesionales que se notifiquen	Porcentaje de tramitaciones y mediaciones realizadas en	100%	Programa informático del SESCAM /Número de	Anual y Cuatrimestral	<p><b>Segundo Cuatrimestre 2021:</b></p> <p>Se controlan a través de PLAN PERSEO y los lleva SALUD</p>

Nº	COMPROMISO	INDICADOR	ESTÁNDAR	FORMA DE CÁLCULO	PERIODO	COMENTARIOS
		episodios violentos.		personas que presentan episodios		<p><b>LABORAL; se encarga cuando en el conflicto participa un PACIENTE o FAMILIAR.</b></p> <p><b>Se han desarrollado, pero está pendiente de análisis anual.</b></p> <p><b>El último análisis es de 2020 es del 100%.</b></p>
<b>3. A la comunidad en general.</b>						
3.1	Se registrarán todos los documentos relativos al Registro de Declaración de Voluntades Anticipadas en el plazo de 5 días hábiles	Porcentaje de documentos relativos al Registro de Declaración de Voluntades Anticipadas registrados en plazo.	100%	Programa informático y registro propio /Porcentaje de cumplimiento de plazo y número de registros	Cuatrimestral	Segundo Cuatrimestre 2021: <b>"100%"</b>
3.2	Nos comprometemos a facilitar la actuación de la Administración de Justicia en el plazo que nos soliciten, así como facilitar la realización de trabajos en beneficio de la comunidad	3.2 Porcentaje de colaboraciones con la Administración de Justicia realizados en plazo. Porcentaje de actuaciones en relación con los trabajos en beneficio de la comunidad.	100%	Registro / Número de personas citadas	Cuatrimestral	Segundo Cuatrimestre 2021: <b>"100%"</b>

## ANEXO - MATRIZ ACTIVIDADES DE AUDITORÍA

UNE 93200 2008					3. Estructura y contenido: 3.1 Información	3. Estructura y contenido: 3.2 Compromisos de calidad e Indicadores	3. Estructura y contenido: 3.3 Mecanismos de comunicación externa e interna	3. Estructura y contenido: 3.4 Medidas de Subsanación o compensación en el caso de incumplimiento de los compromisos	3. Estructura y contenido: 3.5 Formas de Presentación de sugerencias, quejas y reclamaciones sobre el servicio prestado	4. Aspectos Metodológicos en el Desarrollo de la Carta. 4.1 Elaboración	4. Aspectos Metodológicos en el Desarrollo de la Carta. 4.2 Seguimiento de la carta	4. Aspectos Metodológicos en el Desarrollo de la Carta. 4.3 Revisión y actualización de la Carta de Servicios	5. Comunicación de la Carta de Servicios. 5.1 Comunicación Interna	5. Comunicación de la Carta de Servicios. 5.1 Comunicación Externa
DIA	CENTRO	HORA	AUDITOR	PROCESO/ DPTO/ DOCUMENTO/ ACTIVIDAD										
1	1	08:00 - 08:30	MFP	<b>Reunión inicial</b>										
1	1	08:30 -14:00	MFP	Carta de Servicios del SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN A PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1	1	14:00 – 15:00	MFP	<b>Elaboración del informe de auditoría por el equipo auditor y Reunión final</b>										

## CUADRO DE NO CONFORMIDADES

Ref. NC	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma	Categoría N. C.
01	<p><u>Estructura y Contenido.</u></p> <p>No se presenta evidencia en la Carta auditada de 23 de Julio 2021 de haber recogido expresamente los derechos y obligaciones de los usuarios por la organización y reconocidos expresamente por el ordenamiento jurídico vigente. Por ejemplo no existe apartado específico de DERECHOS Y DEBERES DE USUARIOS, y a la vez en el Documento de GUIA DE INFORMACIÓN Y ACOGIDA PARA PACIENTES Y FAMILIARES de fecha (aproximada 2020) si dispone del apartado 8 de DERECHOS Y DEBERES DEL USUARIO.</p>	3.1 e)	menor

**Nota 1:** Para todas las NC descritas en esta tabla, será necesario que la Organización establezca y documente las acciones correctivas pertinentes.

**Nota 2:** Aunque puedan existir apartados / subapartados que se auditen conjuntamente (cuando así lo indique la Matriz de Actividades), las NC se asignarán al subapartado específico en el que se detectan.



## DISPOSICIONES FINALES

- Las observaciones y no conformidades han sido aclaradas y entendidas.
- A la vista de los resultados de la auditoría, el Auditor Jefe realiza la siguiente propuesta sobre la certificación:

Elija un elemento.

### CONCESIÓN

- No obstante, los Servicios Técnicos de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. son el órgano responsable de la decisión final sobre la certificación, una vez analizados los resultados reflejados en este informe de auditoría y en el plan de acciones correctivas (cuando proceda) enviado por la organización. En consecuencia, la propuesta del equipo auditor sobre la certificación podrá ser ratificada o no.
- Teniendo en cuenta las no conformidades indicadas en este informe, si fuese necesaria la presentación del Plan de Acciones Correctivas, la Organización se compromete a enviarlo a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. (a la dirección de correo electrónico facilitada por la Sede) en 30 días naturales a partir de la fecha de emisión del informe de auditoría, con la información requerida por la *Guía para la elaboración del plan de acciones correctivas*. En caso de que el Plan de Acciones Correctivas no fuera satisfactorio, la organización dispone de un plazo de 15 días naturales para el envío de la documentación adicional que le sea requerida por AENOR INTERNACIONAL S.A.U., a partir de la fecha de recepción dicho requerimiento.
- Indicar las no conformidades del presente informe a las cuales la organización tiene intención de presentar apelación. En este caso, la organización deberá enviar a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. en el plazo de 7 días naturales, a contar desde la fecha del último día de auditoría, la justificación y evidencias documentales necesarias para su valoración por los servicios de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. Asimismo, se informa a la organización que cualquier queja o reclamación sobre la actuación de AENOR INTERNACIONAL S.A.U., estas deben ser remitidas a la siguiente dirección: [calidad@aenor.com](mailto:calidad@aenor.com)
- El Equipo Auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe y hace entrega al Representante de la Organización del Informe de Auditoría.
- Durante la auditoría se ha comprobado el uso de la marca correspondiente a la/s Norma/s auditada/s, identificándose en el presente informe cualquier desviación que pudiera haberse detectado al respecto.
- Las no conformidades pueden referirse a incumplimientos de los requisitos de la norma de referencia aplicable, o de cualquier otro requisito establecido en el Sistema de Gestión de la Organización.
- Se acuerda con la Organización, las siguientes fechas para la realización de la próxima auditoría:

Fecha próxima auditoría:	Diciembre de 2022
Fecha expiración del actual certificado: <i>(no cumplimentar en Fase I / Fase II)</i>	

- Comentarios si procede, sobre la planificación de la próxima auditoría (a cumplimentar por el Auditor Jefe):
- Con antelación a la realización de la próxima auditoría, se determinarán en el Plan de Auditoría los centros a visitar y la planificación de actividades prevista.
- Una vez concedida la Certificación, la organización se compromete a poner a disposición de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. durante la realización de las auditorías la documentación vigente del Sistema de Gestión.
- Para cualquier aspecto relacionado con el proceso de certificación, la organización puede dirigirse al Técnico Responsable de su Expediente (TRE). **DE LA FUENTE PASTRANA, MIGUEL**

En TOLEDO, a 02 de DICIEMBRE de 2021

## ANEXO A CENTROS VISITADOS

**DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)**

**CENTROS FIJOS**

**CENTRO 1:**

**DIRECCIÓN:** SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN A PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS Finca de la Peraleda s/n  
45071 Toledo

**ACTIVIDADES DEL ALCANCE:** CARTA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN A PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS

## ANEXO B PROGRAMA DE AUDITORÍA

### Datos Generales de la Organización y Cuestiones a considerar

**Tamaño** de la organización y el **alcance**: ver Hoja de Datos anexa.

**Nº Turnos** (el número de turnos y su tipología se tendrán en cuenta en programación de actividades, considerando que si se trabaja a más de 1 turno, se debe justificar si procede o no auditar todos los turnos de trabajo)

**TURNO DE MAÑANA**

**Reflejar si ha habido alguna incidencia o cambios que deban ser tenidos en cuenta para programar las auditorías del ciclo** en cuanto al nivel de eficacia del sistema de gestión, su complejidad, sus productos o procesos, resultados de auditorías previas (NC mayores o resultados insatisfactorios), quejas recibidas sobre el cliente o comunicaciones relevantes de alguna parte interesada sobre el cliente, cambios en requisitos de certificación, cambios legislativos, cambios en requisitos de acreditación u otros.

**NO PROCEDE.**

## Tabla de Programación de actividades de auditoría del ciclo completo de certificación

	FASE I Y II / AINI		AS1		AS2		AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración)	
Fecha aproximada (mes/año)	Diciembre 2021		Diciembre 2022		Diciembre 2023		Diciembre 2024	
ALCANCE	TODO		TODO		TODO		TODO	
CENTROS	1		1		1		1	
NORMA	APARTADOS DE LA NORMA A AUDITAR							
UNE 93200 2008	TODOS		TODOS		TODOS		TODOS	
PROCESOS	Planificado	Realizado	Planificado	Realizado	Planificado	Realizado	Planificado	Realizado
CARTA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN A PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS	P	R	P		P		P	

**P: Programado R: Realizado**

**Nota 1:** Se incluirán en la tabla las columnas que procedan relativas a **auditorías extraordinarias** que hayan sido necesarias realizar a lo largo del ciclo, detallando los procesos y apartados de la norma que hayan sido auditados en cada caso.

**Nota 2:** La descripción de los procesos se realizará atendiendo a los requisitos de cada tipo de Sistema de Gestión. La información de la Tabla debe ser trazable con los datos (procesos, centros y apartados de Norma) identificados en la Matriz. Se incluyen en cursiva y corchetes los proceso generales de la Estructura de Alto Nivel. **Estos procesos deben particularizarse para cada organización y cada tipo de Sistema de Gestión.**

**Nota 3** En caso de tratarse de una transferencia el Programa deberá empezar con la auditoría del ciclo de certificación que corresponda.

**ANEXO C RELACIÓN DE PARTICIPANTES (marcar con X el tipo de participación)**

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	Desarrollo Auditoría	Reunión final
Sagrario DE LA AZUELA	Gerente del HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLEJICOS	X		X
Ramona RAFAEL DE LA CRUZ TRITENCIO	Enfermera Jefa del SIAP y Responsable de Calidad y Seguridad del Paciente	X	X	X
Rosa María DOMINGUEZ GAONA	Enfermera del Servicio	X	X	
Angel MORA MARTÍN	Administrativo		X	

## ANEXO - HOJA DE DATOS

DATOS GENERALES		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
<b>Nombre de la Organización</b>	JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA -LA MANCHA	
<b>Factoría/Planta/Delegación</b>	Servicio de Información y Atención a Pacientes del Hospital Nacional de Parapléjicos	
<b>Domicilio Social</b>	Plaza DEL CONDE, 5, 45071 - TOLEDO	
<b>C.I.F.</b>	S1911001D	
<b>NACE</b>	<NACE>	
<b>Grupo (si aplica)</b>	<GRUPO>	
<b>Correo electrónico</b>	<EMAIL_EMPRESA>	
<b>Representante de la Dirección</b>		
<b>Nombre</b>	D./Dña. Ramona RAFAEL DE LA CRUZ TRITENCIO	
<b>Cargo</b>	Enfermera Jefa del SIAP y Responsable de Calidad y Seguridad del Paciente	
<b>Teléfono</b>	638226304	
<b>Correo electrónico</b>	rrafael@sescam.jccm.es	
<b>Director General</b>		
<b>Nombre</b>	S/A, S/N	Dña. Sagrario DE LA AZUELA
<b>Cargo</b>	<CARGO_DIRECTOR>	Gerente del HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLEJICOS
<b>Contacto de Facturación</b>		
<b>Nombre</b>	SEGURIDAD Y PROTECCIÓN DATOS, SERV.	
<b>Cargo</b>	Otro	
<b>Teléfono</b>	<TELEFONO_CONTACTO_FACTURACION>	
<b>Correo electrónico</b>	protecciondatos@jccm.es	
<b>Contacto de contabilidad</b>		
<b>Nombre</b>	<NOMBRE_CONTACTO_CONTABILIDAD>	
<b>Cargo</b>	<CARGO_CONTACTO_CONTABILIDAD>	
<b>Teléfono</b>	<TELEFONO_CONTACTO_CONTABILIDAD>	
<b>Correo electrónico</b>	<CORREO_CONTACTO_CONTABILIDAD>	

ALCANCE DEL CERTIFICADO (añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
<b>Norma de referencia</b>	UNE 93200:2008	
<b>Alcance Español</b>	Carta de Servicios del Servicio de Información y Atención a Pacientes del Hospital Nacional de Paraplégicos	
<b>Alcance Inglés</b>	<ALCANCE_IN>	
<b>Procesos subcontratados</b> (mencionar procesos)		
<b>Productos/Proyectos</b>		

CENTROS DE ACTIVIDAD Y Nº PERSONAS					Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)				
	Pers Prop	Pers Subc	Colectivo (*)	Nº		Pers Prop	Pers Subc	Colectivo (*)	Nº
<b>Total personas implicadas en el alcance del certificado:</b>			N.A.		<b>Total, personas implicadas en el alcance del certificado:</b>			ELIJA..	
<b>Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado</b> (añadir tantas filas como sean necesarias)	<b>Pers Prop</b>	<b>Pers Subc</b>	<b>Colectivo</b>	<b>Nº</b>	<b>Indicar posibles modificaciones en los centros</b> (añadir tantas filas como sean necesarias)	<b>Pers Prop</b>	<b>Pers Subc</b>	<b>Colectivo</b>	<b>Nº</b>
Plaza DEL CONDE, 5. 45071 - TOLEDO			ELIJA..		SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN A PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS Finca de la Peraleda s/n 45071 Toledo	3		N.A.	
			N.A.					ELIJA..	

<b>Emplazamientos temporales</b>	Nº Centros:		<b>Emplazamientos temporales</b>	Nº Centros:	
	Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):			Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):	

OTROS DATOS SOBRE EL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN				Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)			
<b>Personal estacional</b>	Nº Personas:		Periodo:		<b>Personal estacional</b>	Nº Personas:	Periodo:
<b>Personal a tiempo parcial</b>	Nº Personas:		Duración jornada:		<b>Personal a tiempo parcial</b>	Nº Personas:	Duración jornada:
<b>Personal en turnos</b>	Nº Personas:		Nº turnos:		<b>Personal en turnos</b>	Nº Personas:	Nº turnos:
<b>Distribución personal por área</b>				<b>Distribución personal por área</b>			
Dirección:		Producción:		Comercial:		Admón:	

ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL ESQUEMA AUDITADO		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)	
Indicar los apartados de la Norma en los que se realizan exclusiones			
Reglamentación aplicable al alcance del certificado			

OTROS ASPECTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)	
<b>Sistema de Gestión integrado</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<b>Grado de integración (en %)</b>			