

# Informe de auditoría de la Carta de Servicios Hospital Nacional de Parapléjicos



## 1. DATOS GENERALES

<b>NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN:</b>	HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLEJICOS (Servicio de Información y Atención a Pacientes)		
<b>Dirección</b>	Finca de la Peraleda s/n 45071 Toledo		
<b>Persona de contacto Responsable del SIG</b>	Piedad Alarcón Gascueña	<b>Cargo</b>	Responsable de Calidad y Seguridad del paciente
	<b>Teléfono</b>	925 24 77 00	<b>Email</b>

<b>ALCANCE DEL CERTIFICADO: (Centros y actividades a incluir en el certificado)</b>	Servicio de Información y Atención a Pacientes del Hospital Nacional de Paraplégicos	
		<b>Dirección</b>
<b>Para</b>	SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN A PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS	Finca de la Peraleda s/n 45071 Toledo
<b>Servicio prestado por:</b>	SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN A PACIENTES	

<b>Criterios de la auditoria</b>	Normas UNE 93200:2008 Procesos y la documentación/información documentada del sistema de gestión definida por la empresa.
<b>Objetivos de la auditoria</b>	Evaluar la adecuación de la base documental del sistema definido por la empresa para la gestión de la calidad del servicio Evaluar la idoneidad de la definición de la calidad del servicio, planificación de las medidas a realizar, métodos de medida disponibles de la calidad del servicio y sus resultados Evaluar el grado de cumplimiento con respecto a la norma UNE 93200 de cartas de servicios

<b>Fechas de la auditoria:</b>	11 de diciembre de 2023		
<b>Fechas de la auditoria cliente misterioso:</b>			
<b>Actividad realizada:</b>	Seguimiento	<b>Norma/s de Referencia:</b>	UNE 93200:2008

Fecha de aprobación: julio de 2017  
 Fecha de certificación: 08.03.2022  
 Fecha de última evaluación:

<b>EQUIPO AUDITOR:</b>	<b>Pertenece a la organización</b>	<b>Nº jornadas/auditor</b>
<b>Auditor</b>	Ángel Vela	ICDQ
		1

<b>COORDINADOR/TECNICO DEL SERVICIO</b>	<b>Cargo</b>
<b>Nombre:</b>	Piedad Alarcón Gascueña
	RESPONSABLE DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

## 2. INFORME CLIENTE MISTERIOSO

EN LA PRESENTE AUDITORIA NO SE HA REALIZADO UN CLIENTE MISTERIOSO AL USO DE ESTA CARTA DE SERVICIOS, YA QUE TODOS LOS COMPROMISOS ESTÁN ENFOCADOS AL SERVICIO A FAMILIARES Y PACIENTES, LO QUE NO SE PUEDE VERIFICAR CON LA METODOLOGIA DEL MISTERY.

Durante la visita del auditor se ha podido verificar la planificación con familiares de un usuario para mantener una entrevista en la que se ha realizado la bienvenida de los familiares, entrevista donde se explica el funcionamiento del centro y los recursos que el centro pone a disposición de los familiares, para su acompañamiento y el del usuario.

En esta visita también se ha podido verificar como se atienden las preguntas de un usuario para aclarar una dudas que le han surgido, terminado el proceso de atención el personal explica, que en la recepción de los usuarios se da toda la información de funcionamiento del centro, pero que es habitual que según pasa el tiempo los usuarios y familiares soliciten nuevas reuniones para aclarar ciertas informaciones, ya que en esta primera entrevista los familiares y el usuario suelen estar en una situación que no les permite interiorizar toda la información que se les suministra.

## 3. CONCLUSIONES SOBRE LA CARTA DE SERVICIOS

### EVALUACIÓN DE LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA CARTA DE SERVICIOS

**Adecuación de estructura y Contenido:** (corresponde a la carta publicada actualmente con fecha de resolución 11.08.2022 y que es corrección de errores de la publicada con fecha 13.07.2022 y valida por dos años)

Se prestan los siguientes servicios:

#### 1. A pacientes y a sus familias.

Primer ingreso:

- 1.1 Acogida personal, información verbal y entrega de documentación a pacientes y a sus familias.
- 1.2 Gestión de la primera entrevista con el personal perteneciente al área de Trabajo Social y con la Unidad de Salud Mental.
- 1.3 Acompañamiento a la familia a la unidad de Hospitalización. Presentación del médico responsable y al supervisor/a de la unidad.

Durante su estancia:

- 1.4 Gestión de reclamaciones, quejas, iniciativas, sugerencias y agradecimientos.
- 1.5 Asesoramiento ante cualquier duda o consulta que deseen realizar.
- 1.6 Coordinación del Programa "Educación para la Salud" dirigido a pacientes, familias y cuidadores.

#### 2. A profesionales.

- 2.1 Tramitación y mediación junto con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en los episodios violentos (Plan Director de Seguridad Corporativa y de Protección del Patrimonio del Sescam - Plan Perseo).

#### 3. A la comunidad en general.

- 3.1 Registro del documento de Declaración de Voluntades Anticipadas (Diario Oficial de Castilla la Mancha de 5 de marzo de 2012).
- 3.2. Colaboración con otras instituciones públicas, especialmente con la Administración de Justicia en aquellos casos en los que el motivo del ingreso ha requerido la presencia de dicha autoridad judicial. Así como colaborar con la realización de trabajos en beneficio de la Comunidad.

Las medidas de subsanación, el seguimiento y la evaluación, así como la normativa descrita en la carta de servicios, es adecuada al objetivo de la carta de servicios.

Los datos de comunicación, tanto interna y externa es adecuada, se llama a la participación ciudadana y la descripción de las gestiones y trámites, son correctos y adecuados. La descripción de los derechos y responsabilidades, son correctos, están bien definidos y aclarados.

La carta de servicios del Servicio de Información y Atención a Pacientes del Hospital Nacional de Parapléjicos se ajusta a la estructura marcada, incluyendo información sobre:

- El objeto de la carta de servicios
- Identifica claramente la organización y área, así como los datos de contacto
- Relación clara sobre los servicios prestados
- Relación sobre los derechos y deberes
- Los diferentes medios de participación ciudadana
- Los compromisos adquiridos
- Los mecanismos de comunicación comunes a todos las áreas y departamentos
- Mecanismos para presentar quejas, felicitaciones, sugerencias o reclamaciones
- Se incluye una cláusula estándar en la carta de servicios sobre las medidas de subsanación.

*Medidas de subsanación: quienes consideren que se ha incumplido alguno de los compromisos anteriormente recogidos, podrán comunicarlo a través de la sede electrónica de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (<https://www.jccm.es>), por correo electrónico [atinfo@sescam.org](mailto:atinfo@sescam.org), en el Teléfono Único de Información-012. En caso de incumplimiento, de alguno o algunos de los compromisos asumidos, la contestación será en un plazo máximo de 30 días, por el medio que se haya señalado como preferente para solicitar disculpas y darle explicaciones de las causas del incumplimiento y las medidas adoptadas para subsanarlo. Seguimiento y evaluación: los resultados de los indicadores establecidos para medir el cumplimiento de los compromisos de esta Carta de Servicios se pueden consultar a través de la sede electrónica de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (<https://www.jccm.es/>). Estos resultados son evaluados anualmente.*

**Adecuación de los compromisos definidos** (corresponden a los datos publicados de la carta aprobada en julio de 2017, prorrogada en 2019, 2020 y 2021 y actualizada en agosto del 2022 si bien los compromisos de los indicadores se ha mantenido con los publicados)

Los compromisos adquiridos por el Jurado Regional de Valoraciones son 9 en total.

La definición de estos compromisos incluye objetivos e indicadores para su medición perfectamente cuantificables.

Se evidencia un adecuado seguimiento de todos ellos, con periodicidad, cuatrimestral y anual.

Los resultados del 2022 y los dos primeros cuatrimestres del 2023 se encuentran expuestos en la página web, accesible a través de la sede electrónica de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (<https://www.jccm.es/>). En este seguimiento se incluye el compromiso adquirido y el resultado, a continuación, se describen algunos ejemplos:

- Compromiso 1.1 Prestaremos una atención individualizada a todas las personas, pacientes y familias en el momento del ingreso.
- Compromiso 1.2 Gestionaremos la primera entrevista con el personal perteneciente a la unidad de Trabajo Social y con la Unidad de Salud Mental.
- Compromiso 2.1 Nos comprometemos a tramitar y mediar en todos los episodios violentos ocurridos entre las personas usuarias y profesionales que se notifiquen.
- Compromiso 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

Se considera que los compromisos, que recogen en esta carta de servicios, toman en cuenta el sentimiento de la población, son adecuados al servicio definido por el Servicio de Información y Atención a Pacientes del Hospital Nacional de Parapléjicos, dicho servicio es prestado, seguido y tratado de manera adecuada.

## ASPECTOS POSITIVOS RELEVANTES

- Carta muy bien descrita.
- Implicación del equipo.
- Normativa muy bien descrita.
- Descripción de la comunicación externa.
- Control adecuado a través de distintas herramientas.
- Trato muy amable, colectivo muy colaborador que facilitaba mucho la auditoría.
- La claridad de los datos presentados y el conocimiento del proceso.
- El seguimiento de los datos de los indicadores de los compromisos, en los que se han establecidos valores de alarma con distintos colores en los valores.

## ÁREAS DE MEJORA

## COMENTARIOS/INCIDENCIAS

- Nota 1: En las auditorías, se incluirá en este apartado los cambios y motivos que han originado modificación en la duración de las auditorías.  
Nota 2: Se incluirían comunicaciones relevantes realizadas a ICDQ sobre problemas surgidos en la auditoría.

## 4. ASISTENTES:

NOMBRE	ORGANIZACIÓN	CARGO	Reunión inicial	Reunión final	Entrevistados
Piedad Alarcón Gascuña	HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS	Responsable de Calidad y Seguridad del paciente	X	X	X
María Angustias Torres Alaminos	SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN A PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS	Enfermera Jefe	X	X	X
Rosa María Domínguez Gaona	SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN A PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS	Enfermera	X	X	X
Ángel Mora Martín	SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN A PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS	Administrativo	X	X	X
Ángel Vela Comino	ICDQ	Auditor Jefe	X	X	

#### 4. CONTINUACIÓN DEL PROCESO INICIALES, SEGUIMIENTOS, RENOVACIONES

La información que se incluye a continuación se encuentra recogida en el DOCUMENTO PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS, que se ha facilitado a su organización disponible en la web [www.icdq.es](http://www.icdq.es)

1. La organización recibirá copia de este informe, habiéndose aclarado en la reunión final los hallazgos detectados.
2. Las No Conformidades incluidas en el informe son resultado de una investigación de carácter muestral por lo que no se descarta la aparición de otras no conformidades o desviaciones en futuras auditorías.
3. Una vez recibido el presente informe la Organización deberá enviar el plan de acciones correctivas (PAC) en el plazo máximo de **15 DIAS**, a la dirección de ICDQ siguiente:

e-mail: [operaciones@icdq.es](mailto:operaciones@icdq.es)

4. **EL INCUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS DE ENVÍO Y/O RESOLUCIÓN, SIN AUTORIZACIÓN EXPRESA DE ICDQ, PUEDEN DAR LUGAR A LA NO CONCESIÓN DEL CERTIFICADO O RETIRADA DEL MISMO, DEBIÉNDOSE REALIZAR UNA AUDITORÍA ESPECIAL PARA SU RECUPERACIÓN.**
5. Para las **no conformidades** que se hayan identificado en el informe de auditoría se deberán plantear en todos los casos el **análisis de las causas** y la **acción propuesta** de las mismas. En el caso de **Observaciones** se deberá de proponer acciones de subsanación.
6. Si la organización disiente del contenido de alguna de las no conformidades u observación planteada por el Equipo auditor, podrá presentar las alegaciones que estime oportunas.
7. Tras la recepción del correspondiente Plan de Acciones o alegaciones, el Comité de Certificación de ICDQ procederá al análisis de este, pudiendo solicitar nuevas evidencias si así lo considera necesario y a la correspondiente toma de decisiones, comunicando la decisión adoptada a la organización.

#### CICLO DE CERTIFICACIÓN

**AUDITORIA DE PRIMER SEGUIMIENTO DESPUÉS DE CERTIFICACIÓN INICIAL:** Una vez certificada la organización, la auditoría correspondiente al PRIMER SEGUIMIENTO, después de la certificación inicial, en ningún caso excederá los 12 meses desde la fecha de emisión del certificado.

La no realización de la auditoría en este plazo conllevará automáticamente la suspensión temporal de la certificación.

**OTRAS AUDITORIAS DE SEGUIMIENTO ANUALES:** Para el resto de las auditorías de seguimiento anuales no podrá aplazarse más de 2 meses, tomando como referencia la fecha emisión del certificado y, en su caso en ciclos sucesivos, la fecha de renovación del certificado.

**AUDITORIAS DE RENOVACIÓN:** En el caso de auditorías de RENOVACIÓN se recomienda realizarla **2 meses antes de la expiración del certificado.**

	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	RENOVACIÓN
<b>Fechas acordadas:</b>	NOVIEMBRE 2024	NOVIEMBRE 2025	NOVIEMBRE 2026

La firma del informe supone el compromiso por parte de la organización de aceptar estas condiciones.

6. INFORME DE HALLAZGOS DE LA AUDITORIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN Y SU SITUACIÓN DURANTE EL CICLO DE CERTIFICACIÓN (a)

Nº NC	Apto 93200	Descripción de los hallazgos (Desviación y evidencias que la soportan)	Análisis de causas	Acciones para resolver las causas
		No se han detectado		

OBS	Descripción de los hallazgos	Acciones a desarrollar
	No se han detectado	

---

<sup>a</sup> Obs. Observación: Incumplimientos que suceden solamente en ocasiones puntuales o específicos de una de las cartas de servicios. Requieren propuesta de resolución  
NC No Conformidades. Incumplimientos relevantes sistemáticos o que se producen en varias de las cartas de servicios. Requieren de análisis y propuesta de resolución en el PAC en todos los casos.