

# JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA -LA MANCHA

## Consejería de Bienestar Social Viceconsejería de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia

### Informe de Auditoría

|  |   |  |
|--|---|--|
| Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN:<br><b>2006/0509/CDS/10</b>   | Nº INFORME: <b>13</b>   | TIPO DE AUDITORÍA: <b>2ª</b><br><b>Seguimiento</b> |
| NORMA DE APLICACIÓN: <b>UNE 93200:2008</b>   | Auditoría: Individual <input checked="" type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Integrada <input type="checkbox"/> |  |
| Requiere envío de Acciones Correctivas: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |   |  |

Fecha de realización de la Auditoría: 2022-01-17

## DATOS GENERALES

### A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

|  |   |
|--|---|
| <b>Nombre de la Organización</b>                         | JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA -LA MANCHA   |
| <b>Dirección</b>   | DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.<br>Avenida DE FRANCIA, 4<br>45071 - TOLEDO                            |
| <b>Representante de la Organización (nombre y cargo)</b> | Dña. Ana Rosa MUÑOZ RIO-PEREZ (Jefa de Servicio de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a la Dependencia) |

### 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"/> |                              |
| Video en tiempo real o no real   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                              |
| Grabación de video   | 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

Se ha realizado la Auditoría de Seguimiento de Certificación al Sistema de Gestión de la Carta de Servicios de Teleasistencia de la DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA de la CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL donde se ha comprobado la implantación del Sistema respecto a los requisitos especificados en la norma de referencia UNE 93200:2008.

#### Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado

Servicio de Teleasistencia

¿Es adecuado el alcance del certificado? SI  NO  Indicar si se han producido cambios o modificaciones, desde la anterior auditoría:

Alcance de la auditoría:

¿Se han auditado todas las actividades incluidas en el alcance del certificado (sólo para auditorías de seguimiento)?

SI  NO  En caso negativo incluir descripción del muestreo realizado (actividades, proyectos, líneas de producto, tipos de servicio, emplazamientos temporales, etc.)

**SE HA CUMPLIDO EL PLAN**

#### Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión

Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión:

##### 1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados

El Sistema de Gestión 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 se encuentra eficazmente implantado.

Se vuelve a comentar la OBSERVACION CRITICA, QUE EN ESTA OCASIÓN SE HA LLEGADO A CONCRETAR EN ASPECTOS NORMATIVOS.

Se comenta la necesidad de establecer este Documento y la posible colaboración de la INSPECCION GENERAL DE SERVICIOS.

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

NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS, PERO RELACIONADO CON LA OBSERVACION SE COMENTA LA NECESIDAD DE ESTABLECER UN DOCUMENTO INTERNO QUE FIJE EL SISTEMA DE EVALUACION CRUZADA CON LO APORTADO POR TUNSTALL, ASI COMO UNA EVALUACION INTERNA MINIMA ANUAL Y PREVIO A LA PUBLICACIÓN EN WEB DE LOS RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS.

VER OBSERVACION CRITICA.

**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 SE DETECTARON NO CONFORMIDADES EN EL INFORME ANTERIOR.**

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

*Al estar prestado dentro del Domicilio, durante la Pandemia, no se ha visto afectado, al tener que permanecer los usuarios en sus casas.*

*Cuando determinadas ciudades se cerraban por la Pandemia, se reforzaba el servicio.*

*Durante la Filomena también se actuó de una manera más profunda en las ciudades más afectadas.*

*Se ha firmado un Acuerdo con el 112 para coordinar las actuaciones en caso de emergencia.*

*Con resolución de 29 de Diciembre 2021, se ha publicado el 10 de Enero 2022 la Nueva Carta, es una prórroga de un año. No cambian los Compromisos.*

*Con Tunstall se tiene contrato hasta 31 de Marzo de 2022, con posibilidad de prórroga de 2 años más.*

*Se comenta que se tienen previstos unos fondos europeos para servicios sociales, y se está barajando el cómo se puede mejorar el servicio.*

*Se publicó el 15 de Enero de 2018 del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES las nuevas líneas de la TELEASISTENCIA AVANZADA, que tienen que ver con nuevas tecnologías, con elementos de sensores (caídas, movimiento cama sillón, humos, ...), de citación en agenda electrónica, en una línea de mayor acompañamiento, se le evalúa en una escala en función de su situación, cambian los parámetros del servicio.*

## 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 EL PLAN DE AUDITORIA**

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

### Comprensión del contexto de la organización

NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS.

### Enfoque a riesgos y oportunidades

NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS.

### Liderazgo

NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS.

### Otras consideraciones del equipo auditor

VER CONSIDERACIONES ESPECIFICAS DE NORMA.

### Puntos fuertes

Encuesta pregunta SG 01 para elegir 2 de los siguientes aspectos como más importantes:

1. PARA TENER AYUDA EN CASO DE EMERGENCIA
2. PARA MAYOR TRANQUILIDAD DE USTED Y SU FAMILIA
3. PARA PODER SEGUIR VIVIENDO EN SU CASA DE FORMA INDEPENDIENTE
4. PARA SENTIRSE MÁS ACOMPAÑADO (MENOS SOLO/A)

Los dos primeros son los más considerados por los Usuarios.

### Oportunidades de mejora

Asegurar línea de definición de:

- PROCESO
- SERVICIO
- CARACTERÍSTICA / PARÁMETRO DEL SERVICIO
- EXPECTATIVA
- INDICADOR
- COMPROMISO

Considerar separar:

- SERVICIO DE TELEASISTENCIA
- SERVICIO DE TELEASISTENCIA AVANZADA

Incorporar en las encuestas además de la referencia de la pregunta SG 01 de

1. PARA TENER AYUDA EN CASO DE EMERGENCIA
2. PARA MAYOR TRANQUILIDAD DE USTED Y SU FAMILIA
3. PARA PODER SEGUIR VIVIENDO EN SU CASA DE FORMA INDEPENDIENTE
4. PARA SENTIRSE MÁS ACOMPAÑADO (MENOS SOLO/A)

Todas las EXPECTATIVAS que se puedan inducir de los COMPROMISOS.

Considerar solicitar a TUNSTALL el resultado de sus Indicadores asociados a UNE 158401 en vigor.

Considerar como nuevo COMPROMISO de cara a la próxima Carta LAS ADECUACIONES DEL PAP A LOS CAMBIOS SUSTANCIALES EN LA VIDA DE LOS USUARIOS, EVALUANDO CAMBIOS EN LOS CONTENIDOS / OBJETIVOS.

Considerar mantener el COMPROMISO 5 cuando se lleguen a valores muy pequeños de ERRORES DE FIABILIDAD.

| Nº | Observaciones  | Norma/s   |
|----|--|-----------|
| 1  | <p>SE VUELVE A COMENTAR LA OBSERVACION CRITICA</p> <p>Es necesario disponer de un documento interno o Protocolo que determine la metodología de seguimiento y publicación de resultado de COMPROMISOS de la CARTA DE SERVICIOS, marcando Responsables, plazos temporales, criterios.</p> <p><u>Por ejemplo que llegue a concretar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución del Equipo de Trabajo, designación, miembros, frecuencias mínimas, registros realizados, ....</li> <li>• Identificación de Expectativas, vinculación con Indicadores y resultados obtenidos.</li> <li>• Identificación de Procesos ligados a los servicios, al menos si sólo es TUNSTALL o interviene otra Entidad.</li> <li>• Comparación / Evaluación de Nivel de Servicio, responsabilidades, frecuencias, registros, ...</li> <li>• Herramienta de Acciones Correctivas para responder a No Conformidades detectadas en Auditorías de Cartas de Servicios.</li> </ul> | UNE 93200 |
| 2  | <p>Con respecto al COMPROMISO 11 Seguimiento domiciliario anual de Visitas domiciliarias realizadas en plazo, para este ejercicio se planificó la realización de 3.079 visitas domiciliarias, pero se ha bajado de 13.052 visitas por el incumplimiento detectado en 2020.</p>   | UNE 93200 |

**Documentos adjuntos al informe de auditoría:**

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

## ANEXO

### Cuestiones particulares del Sistema de Gestión

#### a. CARTA DE SERVICIOS UNE 93200 2008

##### REUNIÓN INICIAL CARTA:

Se comenta el aplazamiento de última hora por indisposición del Auditor, se agradece la posibilidad de cambio.

Con resolución de 29 de Diciembre 2021, se ha publicado el 10 de Enero 2022 la Nueva Carta, es una prórroga de un año. No cambian los Compromisos.

Se comenta que este año no se ha realizado Cliente Misterioso.

Se revisa la Hoja de Datos.

Se comentan las observaciones y oportunidades de mejora de la auditoría anterior.

##### REUNIONES DEL EQUIPO DE TRABAJO DE LA CDS

Se han realizado varias reuniones de seguimiento, la última de fecha 23/11/2021, en la que además de la Jefa de Servicio y el Jefe de Sección, participa la Coordinadora Regional de la empresa adjudicataria del servicio.

##### ENCUESTA

Se sigue realizando medición de satisfacción de usuarios del servicio anualmente, por organización externa seleccionada por la empresa adjudicataria, este año 2021 ha sido FEMCET (Asoc. Cat. Esclerosis Múltiple J.M. Charcot).

Se han obtenido en todas superior a 4,5 sobre 5.

Lo más valorado con un 5 son las actividades complementarias.

Lo menos valorado con un 4,65 la satisfacción global, y el siguiente la tecnología con un 4,68.

De la PREGUNTA SG 01 DOS ASPECTOS MÁS IMPORTANTES, se han destacado como lo más importante para los USUARIOS:

1. PARA TENER AYUDA EN CASO DE EMERGENCIA
2. PARA MAYOR TRANQUILIDAD DE USTED Y SU FAMILIA

##### RECLAMACIONES y FELICITACIONES

Se ha pasado en 2020 de 51 consultas a 128 en el 2021 entre agradecimientos y propiamente dudas y consultas. Ninguna de estas ha llegado a niveles de Reclamación o Denuncia.

De las Consultas se repiten que aunque sea un servicio gratuito aparecen en las facturas de las Cías llamadas a número 900 (las llamadas de Control que aparece en el Documento de Adhesión al Servicio), además de dudas como darse de alta en el servicio,....

La Organización declara que no ha habido Reclamaciones como tal en el Servicio.

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

Otros:

Se revisa el Informe de TUNSTALL TELEVIDA con datos de Enero a Diciembre 2021.

| Nº | COMPROMISO   | INDICADOR   | ESTÁNDAR  | FORMA DE CÁLCULO  | PERIODO   | COMENTARIOS   |
|----|--|---|---|---|-----------|---|
| 1  | Instalación ordinaria del terminal en el domicilio en un plazo máximo de 10 días desde la notificación de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales a la entidad prestataria del servicio. | 1.- Instalaciones ordinarias realizadas en plazo.                                 | 1.- El <b>98%</b> , mínimo, de las instalaciones ordinarias se realiza en plazo.                                      | 1.-Porcentaje instalaciones realizadas en plazo respecto al total de instalaciones ordinarias realizadas en el periodo.   | Semestral | <b>DIAS NATURALES.</b><br><br><b>EL VALOR MEDIO HA SIDO 4,98 DÍAS, SE HA SUBIDO CON RESPECTO AL 2020 QUE FUERON 4,41 DIAS.</b>  |
| 2  | Visita domiciliaria y elaboración del Plan de Atención Personalizada (PAP) en el plazo máximo de 10 días desde la notificación de la Consejería de BS a la entidad prestataria del servicio. | Nuevas personas usuarias con PAP en plazo   | El 98% de las personas recién incorporadas al servicio disponen de PAP antes de 10 días desde la derivación del alta. | Porcentaje de personas usuarias de nueva incorporación con PAP en 10 días, respecto al total de nuevas personas usuarias. | Semestral | <b>A LO LARGO DEL 2021 SE HA CONSEGUIDO EL 100%.</b><br><br><b>EN VIVIENDAS PARA MAYORES, NO SE LLEGA A PAP, ES OTRO PERFIL QUE EL USUARIO DOMÉSTICO.</b>   |
| 3  | Actualización del PAP de cada persona usuaria mediante su revisión periódica, como mínimo anual.   | Personas usuarias valoradas con PAP en visita de CZ a lo largo del periodo        | El 95% de las personas previstas disponen de PAP actualizado.   | Porcentaje de personas con PAP actualizado sobre el total de personas usuarias que había previsto visitar en el periodo.  | Semestral | <b>SE HA CONSEGUIDO 100 % DE LAS REVISIONES ANUALES DEL PAP.</b>  |
| 4  | Satisfacción de los usuarios del servicio en la enseñanza del uso y funcionamiento del equipo instalado en el domicilio.   | Usuarios satisfechos en cuanto a la enseñanza de uso y funcionamiento del equipo. | El <b>95%</b> , mínimo, de los nuevos usuarios expresan su satisfacción en encuesta a los 5 días de la instalación.   | Porcentaje de encuestas con una puntuación igual o superior a 3 sobre 5, respecto al total de encuestas realizadas.       | Anual     | <b>DE LAS 7.557 ENCUESTAS REALIZADAS, EN EL 99,76% DE LOS CASOS DEL PRIMER SEMESTRE Y EN EL 99,70% DE LOS CASOS DEL AÑO COMPLETO, SE HA SUPERADO EL RESULTADO DE 4 SOBRE 5 DE SATISFACCIÓN CON EL PROCESO DE INSTALACIÓN.</b> |

| Nº | COMPROMISO   | INDICADOR   | ESTÁNDAR   | FORMA DE CÁLCULO   | PERIODO   | COMENTARIOS   |
|----|--|---|--|--|-----------|---|
|    |  |   |  |  |           | <b>HA HABIDO MÁS ALTAS DE NUEVOS TERMINALES.</b>  |
| 5  | Se garantiza la fiabilidad de la tecnología y el buen funcionamiento de los terminales.  | Terminales con problemas de conexión con el Centro de Atención                                | Igual o inferior al 2% de los terminales.  | Porcentaje de terminales con avería por desconexión respecto al total de terminales activos.         | Anual     | <p><b>EL PORCENTAJE DE TERMINALES QUE SE AVERÍAN IMPIDIENDO LA COMUNICACIÓN CON EL CENTRO DE ATENCIÓN SUPONE EL 0,79% DEL TOTAL DE TERMINALES.</b></p> <p><b>SE DETECTA CON LAS LLAMADAS DE AUTO CHEQUEO.</b></p> <p><b>TUNSTALL TIENE EL COMPROMISO DE CAMBIAR LOS TERMINALES 6570 AL AÑO DE MODELOS ANTIGUOS A NUEVOS.</b></p> <p><b>LA FIABILIDAD VA AUMENTANDO.</b></p> |
| 6  | Reparación o sustitución gratuita, en su caso, en un plazo no superior a 48 horas de los terminales averiados que afectan a la continuidad del servicio por desconexión. | Restablecimiento del servicio antes de 48 horas, en el supuesto de averías de los terminales. | En el 98% de los casos, se restablecerá el servicio en tiempo igual o inferior a 48 horas. | Porcentaje de averías subsanadas en plazo, respecto al total de averías por desconexión.             | Anual     | <p><b>SE CONSIGUE EN EL 100%</b></p> <p><b>EL TIEMPO MEDIO DE RESTABLECIMIENTO ES DE 21 HORAS 28 MINUTOS</b></p>  |
| 7  | Prestación ininterrumpida del servicio aún en caso de avería, mediante la coordinación y respaldo entre las distintas centrales.   | Realización de al menos una comprobación semestral con otras centrales                        | El 100% de comprobaciones realizadas   | Número de pruebas preventivas positivas realizadas con otras centrales, de los dos mínimas previstas | Semestral | <p><b>SE REALIZAN 2 DESVIOS PROGRAMADOS ESTE AÑO (SE HICIERON 4 EN EL 2020), AL SERVICIO DE LA COMUNIDAD DE MURCIA.</b></p> <p><b>CON RESULTADO SATISFACTORIO.</b></p>  |
| 8  | Atención directa a la persona usuaria del servicio con   | Tiempo medio entre llamada de   | En el 98 % de los casos se emite   | Porcentaje de respuestas emitidas  | Semestral | <b>LA DERIVACIÓN A RECURSOS EN EL 100% DE LAS EMERGENCIAS QUE LO HAN</b>  |

| Nº | COMPROMISO  | INDICADOR   | ESTÁNDAR   | FORMA DE CÁLCULO   | PERIODO   | COMENTARIOS  |
|----|---|---|--|--|-----------|--|
|    | derivación inmediata a los recursos adecuados según la necesidad presentada.  | emergencia y respuesta emitida, según necesidad.                        | respuesta antes de 10 minutos.                                       | que no superan los 10 minutos, con respecto del total de llamadas de emergencia.                                     |           | REQUERIDO, SE HA GESTIONADO EN UN TIEMPO MEDIO DE 03:33 MINUTOS.<br><br>CON RECURSOS PROPIOS EN 01:37 MINUTOS Y 05:29 CON RECURSOS ESPECIALIZADOS.   |
| 9  | Gestión de la agenda personalizada de la persona usuaria del servicio, recordando citas o gestiones, periódica o esporádicamente. | 7.- Llamadas telefónicas realizadas a los usuarios con agenda.          | 7.- 98% de llamadas a usuarios con agenda.                           | 7. Porcentaje de avisos realizados con respecto al total de llamadas a realizar.                                     | Semestral | <b>SERVICIO COMPLEMENTARIO</b><br><br>DE MÁS DE 47 MIL USUARIOS, SE HAN REALIZADO UN TOTAL DE 7.121 AGENDAS PERSONALIZADAS, QUE HAN ACEPTADO, CON LA FINALIDAD DE RECORDAR CITAS O GESTIONES A LAS PERSONAS USUARIAS CON ESTE TIPO DE AGENDAS, LO QUE HA SUPUESTO ALCANZAR EL 99,76% DE LAS LLAMADAS PROGRAMADAS CON ESTA TIPIFICACIÓN |
| 10 | Seguimiento telefónico, según el nivel personalizado del servicio (básico, medio, alto o alto riesgo)                             | Llamadas telefónicas de seguimiento realizadas a cada nivel de servicio | El 98% de llamadas de seguimiento realizadas cada mes en cada nivel. | Porcentaje de llamadas de seguimiento realizadas con respecto al total de llamadas mensuales a realizar a cada nivel | Semestral | EN LA NUEVA CARTA DE SERVICIO S ESTABLECE UNA PERSONALIZACION EN FUNCIÓN DE UNA EVALUACIÓN DE RIESGO (BASICO, MEDIO, ALTO Y ALTO RIESGO)<br><br>LA FRECUENCIA ES MAYOR CUANTO MAYOR ES EL RIESGO.<br><br>SE HA CUMPLIDO UN 99,95 % DE LO PLANIFICADO.<br><br>SON LLAMADAS EFECTIVAS.   |
| 11 | Seguimiento domiciliario anual  | Visitas domiciliarias realizadas en                                     | El 95% de visitas realizadas en plazo sobre el                       | Porcentaje de visitas realizadas sobre el total  | Semestral | PARA ESTE EJERCICIO SE PLANIFICÓ LA REALIZACIÓN DE 3.079 VISITAS   |

| Nº | COMPROMISO  | INDICADOR  | ESTÁNDAR   | FORMA DE CÁLCULO  | PERIODO   | COMENTARIOS  |
|----|---|--|--|---|-----------|--|
|    |   | plazo, según la periodicidad prevista (12 meses)   | total de las previstas   | previsto según planificación  |           | <p><b>DOMICILIARIAS, DE LAS CUALES SE HA CONSEGUIDO LLEGAR AL 98,34 %.</b></p> <p><b>OBSERVACION: Se ha bajado de 13052 a sólo 3079 visitas por el incumplimiento detectado en 2020.</b></p>                     |
| 12 | Accesibilidad del servicio: adaptaciones realizadas a personas con discapacidad o con importantes limitaciones  | Personas usuarias que disponen de adaptaciones para el uso de la tecnología, para el acceso a información o para la comunicación | El 90% de las personas que requieren adaptaciones reciben propuesta de medidas de accesibilidad para ser usuarias del servicio | Porcentaje de personas con discapacidad o limitaciones con propuesta de medidas de accesibilidad, respecto al total de personas con discapacidad o limitaciones | Semestral | <p><b>EL 100% DE LAS PERSONAS VALORADAS QUE PRESENTAN LIMITACIONES O DISCAPACIDAD HAN OBTENIDO PROPUESTA DE INCORPORAR MEDIDAS DE ACCESIBILIDAD. DE ESTAS, EL 92,07%% HAN ACEPTADO LA MEDIDA PROPUESTA</b></p>   |
| 13 | Información a la persona usuaria, al menos trimestralmente, sobre recursos sociales o sanitarios, eventos, campañas o cualquier otra información general de interés | Personas usuarias que reciben información al menos 4 veces al año  | El 95% de las personas usuarias reciben, al menos, 4 informaciones al año.   | Porcentaje de personas usuarias que reciben 4 informaciones anuales sobre el total de personas usuarias del servicio  | Semestral | <p><b>SE HAN CONTACTADO EN 4 O MÁS CONTACTOS CON 57.155, UN 97,68 %</b></p> <p><b>SE TIENEN 4 CAMPAÑOS POR DEFECTO (OLA FRIO, OLA CALOR, VACUNACIÓN GRIPE y ALERGIAS).</b></p> <p><b>Y OTRAS EN ABIERTO.</b></p> |
| 14 | Satisfacción de las personas participantes en actividades presenciales grupales de envejecimiento activo  | Personas encuestadas que muestran su satisfacción con la actividad desarrollada  | El 95% de las personas participantes muestran su satisfacción con la actividad en la   | Porcentaje de participación que puntúan la actividad igual o superior a 4, sobre un total de 5.   | Semestral | <p><b>POR EL ESTADO DE ALARMA, LAS ACTIVIDADES DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO QUEDAN SUSPENDIDAS DESDE EL PASADO 16 DE MARZO.</b></p>  |

| Nº | COMPROMISO  | INDICADOR   | ESTÁNDAR   | FORMA DE CÁLCULO   | PERIODO | COMENTARIOS   |
|----|---|---|--|--|---------|---|
|    |   |   | que han participado  |  |         | <p>Y NO SE HAN LEVANTADO NI EN 2020 NI EN 2021.</p> <p>SE REvisa EL INFORME DE ENEVEJECIMIENTO ACTIVO 2021 EN EL QUE SE CENTRA EN LA ENTREGA DE GUIAS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS, CON UN LISTADO DE CONTENIDOS DE LAS LLAMADAS, EL PRIMERO EL USO DEL TERMINAL Y EL SEGUNDO LA PROPIA PANDEMIA COVID Y LA TECNOLOGIA.</p> |
| 15 | Satisfacción general de las personas usuarias con el servicio de teleasistencia que se les presta | Personas encuestadas que muestran su satisfacción con el servicio de teleasistencia | El 95% de las personas usuarias expresan su satisfacción en la encuesta de satisfacción externa anual. | Porcentaje de personas usuarias encuestadas que dan al servicio una puntuación igual o superior a 4, sobre un total de 5 | Anual   | <p>SE PASA DE 381 A 500 LAS ENTREVISTAS CONSEGUIDAS.</p> <p>SE HAN OBTENIDO EN TODAS SUPERIOR A 4,5 SOBRE 5.</p> <p>LO MÁS VALORADO CON UN 5 SON LAS ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS.</p> <p>LO MENOS VALORADO CON UN 4,65 LA SATISFACCIÓN GLOBAL, Y EL SIGUIENTE LA TECNOLOGÍA CON UN 4,68.</p>                          |

## ANEXO - MATRIZ ACTIVIDADES DE AUDITORÍA

|     |        |               |         | UNE 93200 2008  |  |  |   |  |   |   |   |   |  |  |
|-----|--------|---------------|---------|---|--|--|---|--|---|---|---|---|--|--|
| DIA | CENTRO | HORA          | AUDITOR | PROCESO/ DPTO/<br>DOCUMENTO/<br>ACTIVIDAD   | 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 |
| -   | -      | 20:00 – 22:00 | MFP     | <b>Estudio Previo de Documentación Entregada y preparación de Borrador de Informe</b> |  |  |   |  |   |   |   |   |  |  |
| 1   | 1      | 08:00 - 08:30 | MFP     | <b>Reunión inicial</b>  |  |  |   |  |   |   |   |   |  |  |
| 1   | 1      | 08:30 -14:00  | MFP     | Carta de Servicios de Servicio de Teleasistencia                                      | 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 | Apdo. Norma | Categoría N. C. |
|---------|----------------------------------|-------------|-------------|-----------------|
|         | NO SE DETECTAN.                  |             |             |                 |

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. **MANTENIMIENTO**

- 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:   | 1 de Diciembre 2022 |
| Fecha expiración del actual certificado:<br><i>(no cumplimentar en Fase I / Fase II)</i> | <b>2022-12-19</b>   |

- 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 17 de ENERO de 2022

## ANEXO A CENTROS VISITADOS

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

**CENTROS FIJOS**

**CENTRO 1:**

**DIRECCIÓN:** DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. Avenida DE FRANCIA, 4. 45071 - TOLEDO

**ACTIVIDADES DEL ALCANCE:**

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

| Nombre y apellidos             | Departamento o cargo   | Reunión inicial | Desarrollo Auditoría | Reunión final |
|--------------------------------|--|-----------------|----------------------|---------------|
| DÑA. ANA ROSA MUÑOZ RIO-PÉREZ  | JEFA DE SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA | X               | X                    | X             |
| D. RODRIGO DEL CERRO FERNÁNDEZ | JEFE DE SECCIÓN  | X               | X                    | X             |

## ANEXO - HOJA DE DATOS CDS

| 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 Teleasistencia  |   |
| <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>             | JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA LA MANCHA  |   |
| <b>Correo electrónico</b>            | <EMAIL_EMPRESA>   | teleasistencia@jccm.es  |
| <b>Representante de la Dirección</b> |   |   |
| <b>Nombre</b>                        | Dña. Ana Rosa MUÑOZ RIO-PEREZ   |   |
| <b>Cargo</b>                         | Jefa de Servicio de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a la Dependencia |   |
| <b>Teléfono</b>                      | 925268999   |   |
| <b>Correo electrónico</b>            | armunoz@jccm.es   |   |
| <b>Director General</b>              |   |   |
| <b>Nombre</b>                        | S/A, S/N  | Dña Ana SAAVEDRA REVENGA  |
| <b>Cargo</b>                         | <CARGO_DIRECTOR>  | VICECONSEJERA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCION A LA DEPENDENCIA    |
| <b>Contacto de Facturación</b>       |   |   |
| <b>Nombre</b>                        | DE SERVICIOS, INSPECCIÓN GENERAL  |   |
| <b>Cargo</b>                         | Otro  |   |
| <b>Teléfono</b>                      | <TELEFONO_CONTACTO_FACTURACION>   |   |
| <b>Correo electrónico</b>            | igs@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<br>(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>   | Servicio de Teleasistencia |   |
| <b>Alcance Inglés</b>  | Tele-assistance service    |   |
| <b>Procesos subcontratados</b><br>(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><br>(añadir tantas filas como sean necesarias) | Pers Prop | Pers Subc | Colectivo     | Nº | <b>Indicar posibles modificaciones en los centros</b><br>(añadir tantas filas como sean necesarias) | Pers Prop | Pers Subc | Colectivo     | Nº |
| DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. Avenida DE FRANCIA, 4. 45071 - TOLEDO                       | 2         | 0         | ELIJA..       |    |   |           |           | 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:       |  | 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) |
|---------------------------------------|---|---|
| Sistema de Gestión integrado          | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |   |
| Grado de integración (en %)           |   |   |

|  |
|--|
|  |
|--|