

| | | | |
|---|---|-----------------------------|---|
|  | ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual | INFORME DE AUDITORIA | Pagina número 1 de 6 |
| | Perez Lugin, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org | | Código del Documento EST4-F-4 |

Organización auditada: **Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia "ASPRONAGA"**
Servicio de RESIDENCIAS de ASPRONAGA

Alcance:

Referencial: **UNE EN ISO 9001:2008**

Fechas: **26/2/2015**

AUDITORIA INTERNA

| | |
|---|---|
| OBJETO | |
| Informar sobre el grado de conformidad del sistema auditado así como de los puntos fuertes y áreas de mejora | |
| EQUIPO AUDITOR | |
| Audidores | JUAN MENDEZ LOPEZ |
| Observadores | MARIA JOSE MUÑOZ |
| ORGANIZACIÓN | EMPLAZAMIENTOS |
| Representante | Lamastelle – Oleiros (A Coruña) |

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Los auditores han desarrollado su trabajo bajo compromiso de confidencialidad sobre toda la información a la que han tenido acceso



| | | | |
|---|---|-----------------------------|---------------|
|  | ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual | INFORME DE AUDITORIA | Página número |
| | | | 2 de 6 |
| Perez Lugin, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org | | Código del Documento | Edición |
| | | EST4-F-4 | 02 |

REUNION INICIAL

| | |
|------------------------|---------------------------|
| Hora inicio: 15,30 | Hora terminación: 20,00 |
| ASISTENTES | |
| CENTRO AUDITADO | Residencia Lamastelle |
| | Residencias Pla y Cancela |
| | |
| | |
| | |

El auditor principal realizó la presentación de los auditores observadores y el contexto en el que estaban de forma que el proceso de auditoria se enmarcaba dentro de la práctica de formación necesaria para la acreditación como auditores internos de calidad.

El Auditor explicó el contenido del plan de trabajo en cuanto a los horarios y reuniones con los responsables de las distintas actividades de forma que no se produjeran trastornos en el normal desarrollo de las actividades del centro.

También se explicó el propósito y objetivos de la auditoría a realizar, consistente en los siguientes objetivos:

- **Demostrar la conformidad del Sistema de Gestión auditado**
- **Identificar fortalezas del Sistema de Gestión**
- **Dar recomendaciones que propicien la mejora del Sistema de Gestión**
- **Levantar, si es del caso, en última instancia no conformidades del Sistema**

DESARROLLO DE AUDITORIA

La auditoria se desarrolló conforme al Programa de Auditoria, con la flexibilidad propia del trabajo de campo y ello supuso los siguientes cambios con relación a lo planificado:

PERSONAS ENTREVISTADAS

Fernanda Perez
Sandra Espada
Rosario Rodriguez Barón
Diego Bellón
Manuel Fabeiro
Reyes Pan
Saray Perez
Regina Gonzalez Collazo
Beatriz Garcia Naya
Carmela Riadigos
Jesus Garcia Valiño
Vicente Fernandez
Juan Otero
Ana Dorta
M^a del Mar Insua
M^a Luisa Meijide
Amparo Diaz

Se han obtenido evidencias de la auditoria en base a un muestreo de las actividades de los procesos de los siguientes usuarios:
Elvira de la Iglesia
Carlos Pedreira

| | | |
|--|---|-------------------------|
|  ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual | INFORME DE AUDITORIA | Página número 3 de 6 |
| | | Edición 02 |
| Perez Lugin, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org | Código del Documento EST4-F-4 | |

CONFORMIDAD DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

El SGC muestra conformidad con los requisitos establecidos en la norma de referencia.

| Requisitos del Sistema | Conforme | No Conforme |
|---|----------|-------------|
| 4.1. Requisitos generales | X | |
| 4.2. Requisitos de la documentación | x | |
| 5.1. Compromiso de la dirección | X | |
| 5.2. Enfoque al cliente | X | |
| 5.3. Política de calidad | X | |
| 5.4. Planificación | X | |
| 5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación | X | |
| 5.6. Revisión por la dirección | X | |
| 6.1. Provisión de recursos | X | |
| 6.2. Recursos humanos | x | |
| 6.3. Infraestructura | x | |
| 6.4 Ambiente de trabajo | X | |
| 7.1 Planificación de la realización del producto | | |
| 7.2. Procesos relacionados con el cliente | | |
| 7.3 Diseño y desarrollo | X | |
| 7.4. Compras | X | |
| 7.5. Producción y prestación del servicio | | |
| 7.6. Dispositivos de seguimiento y medición | EXCLUIDO | |
| 8.1 Generalidades | X | |
| 8.2. Seguimiento y Medición | | |
| 8.3. Control del producto no conforme | X | |
| 8.4. Análisis de datos | X | |
| 8.5. Mejora | X | |

| | | | |
|---|---|-----------------------------|---------------|
|  | ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual | INFORME DE AUDITORIA | Página número |
| | | | 4 de 6 |
| Perez Lugin, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org | | Código del Documento | Edición |
| | | EST4-F-4 | 02 |

FORTALEZAS IDENTIFICADAS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

RESUMEN AUDITORIA: Cumplimientos y buenas prácticas

PUNTOS FUERTES:

- El compromiso y la implicación de los trabajadores con la buena prestación del servicio , por encima incluso de las tareas recogidas en su perfil
- El grado de satisfacción de Usuarios
- La flexibilidad de elección en cuanto a actividades de ocio y salidas
- Las reuniones de Convivencia
- Se evidencia la sistematización del registro de los datos de los PI de los usuarios en el sistema informático
- Se evidencia seguimiento y cierre de acciones de proceso (las acciones 25 y 23)

RECOMENDACIONES QUE PROPICIEN LA MEJORA DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

RESUMEN AUDITORIA: Propuestas de mejora

1. Establecer criterios claros de adjudicación de plazas y si el criterio es estrictamente cronológico se debería comunicar por escrito el número de orden al solicitante .
2. Actualizar, con la mayor brevedad posible los documentos donde se reflejan las necesidades de apoyo a los usuarios.
3. Dado que el perfil de los usuarios de la Casa de Lamastelle ha incrementado su nivel de dependencia se debería tender a adaptar la carga de trabajo existente para cumplir los objetivos de los procesos a el nivel de dedicación horaria exigida al personal de atención directa , incrementando progresivamente el número de horas de dedicación (sobre todo turno de noche) .
4. Se debería elaborar un cuadro de temporalización de tareas domesticas dentro del turno a fin de limitar los riesgos de posibles contaminaciones.
5. En el Procedimiento de Valoración , Admisión y Acogida se solicitan documentos no obligatorios por ley (por ej solicitud de internamiento judicial) , por lo cual dada la dificultad de cumplir el protocolo seria mas útil eliminar este requisito.

INFRAESTRUCTURAS LA CASA LAMASTELLE

- 1.- Elaborar un programa de mantenimiento que permita las pequeñas reparaciones de humedades y orificios en el techo de algunas habitaciones.
- 2., Solventar el problema de la calefacción de habitaciones delanteras.

INFRAESTRUCTURAS RESIDENCIAS PLA Y CANCELA

- 1.- Elaborar un plan de mantenimiento que permita la renovación de las cocinas de los dos pisos adaptándolas a las necesidades existentes y dotándolas de equipamiento actualizado y

| | | |
|---|-----------------------------|---------------|
|  ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual | INFORME DE AUDITORIA | Página número |
| | | 5 de 6 |
| Perez Lugin, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org | Código del Documento | Edición |
| | EST4-F-4 | 02 |

funcional, que contribuya a mejorar la calidad de vida de los usuarios y a cumplir los objetivos propuestos dentro del proceso de Atención Domestica.

2.- Arreglar las humedades y defectos de la pintura en pasillos, dormitorios y sala de estar.

3.- Redistribuir y optimizar el espacio de almacenamiento a fin de cumplir la normativa existente (no se puede almacenar alimentos y material de aseo ó menaje de cocina e instrumentos de limpieza)


4.- Renovar mobiliario y ajuar de los dormitorios de los usuarios personalizándolos según sus gustos. Una opción alineada con nuestra Política de Calidad seria hacer participes a los usuarios de la elección de su propio ajuar (ropa de cama, toallas , decoración de dormitorios ...etc) , implicándose incluso en el proceso de compra .

5.- Renovar el sistema de iluminación de todas las habitaciones de los usuarios,

6.- Procurar, que a la mayor brevedad posible, sea factible disponer de una oferta televisiva amplia .

Observaciones

| | <p>1.- No se ha podido evidenciar la trazabilidad de un usuario en todos los procesos ya que solo ha existido un ingreso (reciente) desde la implantación del sistema de calidad</p> <p>2.- Se evidencia que la Lista de espera del Proceso de Valoración , Admisión y Acogida no está actualizada , ya que figuran en ella usuarios con plazas ya concedidas , bien en Centros de ASPRONAGA ó en otras Instituciones , y no figura en la misma un criterio claro de adjudicación de las mismas</p> <p>3.- Existen documentos informativos sobre necesidades de apoyo de los usuarios no actualizados , lo que puede llevar a error al personal de Atención Directa</p> <p>4.- Se evidencia que la ratio de personal de Atención Directa existente y la tipología de los usuarios en el momento actual (envejecimiento , perdida de capacidades , problemas de salud etc) , dificulta de forma notable el cumplimiento de los procedimientos y los protocolos del Proceso de Atención Básica para alcanzar los objetivos propuestos.</p> <p>5.- En el panel de distribución de tareas domesticas , solamente se realiza una distribución de las mismas por día de la semana , no siendo posible saber si se asegura la correcta separación en tiempo de las mismas , a fin de eliminar posibles contaminaciones , dado de coinciden en el turno tareas de elaboración de alimentos y limpieza .</p> <p>6.- Se evidencia en la Residencia de Pla y Cancela la existencia de utensilios y menaje de cocina no permitidos</p> | | |
|--|---|--|--|

| | | |
|---|---|-------------------------|
|  ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual | INFORME DE AUDITORIA | Página número 6 de 6 |
| | | Edición 02 |
| Perez Lugin, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org | Código del Documento EST4-F-4 | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>7.- Se evidencia la existencia en el frigorífico de la Residencia de Pla y Cancela (2º y 3º Piso) de recipientes o paquetes de alimentos no identificados con su fecha de apertura.</p> <p>INFRAESTRUCTURAS RESIDENCIA LA CASA</p> <p>1.- Se han evidenciado humedades y desconchones en diversas zonas. Aparecen , sin reparar orificios en el techo de varias habitaciones</p> <p>2.- Se evidencia una notable diferencia de temperatura en habitaciones delanteras de la planta baja</p> <p>INFRAESTRUCTURAS RESIDENCIA PLA Y CANCELA</p> <p>1.- Se evidencia en los dos pisos grandes zonas de humedad, desconchando la pintura en distintas habitaciones y sala de estar. En esta última (3º Piso) incluso existe una gotera que hace necesario la colocación de un recipiente para recoger el agua</p> <p>2.- Se observa en distintos dormitorios escasa iluminación , evidenciándose la falta incluso de bombillas.</p> <p>3.- Se aprecia un notable deterioro en mobiliario , suelos y baños</p> <p>4.- En algún dormitorio se aprecian humedades en el interior de armarios roperos.</p> <p>5.-Se utilizan armarios en pasillos para alimentación y productos de aseo, así como para menaje de cocina y una aspiradora .</p> <p>6,. Se evidencia la imposibilidad de ver en las Televisiones de ambos pisos más del un canal , lo cual manifiestan como queja importante los usuarios.</p> | | |
|---|--|--|

Firma Auditor

Firma auditores observadores

Firma del Gerente de ASPRONAGA

Firma del responsable del Servicio

