

Entidad auditada 	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	Entidades auditoras: 
---	------------------------------	---

Organización auditada: **ASOCIACIÓN ASPRONAGA**

Alcance: PROCESOS ESTRATÉGICOS, APOYO Y ESENCIALES DEL CENTRO DE DÍA Y CENTRO OCUPACIONAL

Referencial: UNE EN ISO 9001:2015

Fechas: **20 de enero de 2026**

AUDITORIA INTERNA

Entidad auditada 	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	Entidades auditoras: 
---	------------------------------	---

Equipo Auditor: BLANCA ROIBÁS CASTIÑEIRAS (ASPNAIS)
BIBIANA SIEIRO IGLESIAS (FADEMGA Plena inclusión Galicia)
**Participa como observador Juan Pedro Barbadillo Echevarría*

Representante de la Dirección: LUCÍA BARRAL GÓMEZ

Emplazamientos: Avda. Rosalía de Castro, 12. 15173. Oleiros. A Coruña

Objeto: Informar sobre el grado de conformidad del sistema auditado con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, su implementación y mantenimiento eficaz, verificando si las actividades y los resultados relacionados, son conformes con las disposiciones escritas en los procedimientos e instrucciones de trabajo definidos en los diferentes procesos.

Reunión inicial (10:15 A 11:00): JUAN FONTELA (GERENCIA), ANTONIO NAYA (DIRECCIÓN CENTRO RICARDO BARÓ), LUCÍA BARRAL (RESPONSABLE CALIDAD), BLANCA ROIBÁS (RESPONSABLE CALIDAD ASPNAIS), ANDREA CARRERAS (OBSERVADORA ASPNAIS), JUAN PEDRO BARBADILLO (OBSERVADOR FADEMGA), BIBIANA SIEIRO (RESPONSABLE CALIDAD FADEMGA)

Desarrollo de 11:00 a 14:30: La auditoría se desarrolló de forma presencial conforme al Programa de Auditoria, con la flexibilidad propia del trabajo de campo sin que ello supusiese cambios relevantes con relación a lo planificado.

Personas entrevistadas: ALEXIA PETEIRO (Trabajadora Social)
LÚA CLARA BRETÓN (Psicóloga)
JUÁN MÉNDEZ (Enfermero)
M^a DOLORES FERNÁNDEZ (Enfermera)
CAROLINA AGUIAR (Cuidadora)
ELENA CORA RIVERA (Cuidadora)

Muestreo: Se han obtenido evidencias de la auditoria en base a un muestreo de las actividades de los procesos de varias personas elegidas al azar (S.S.N. Alta 16/01/26), (J.L.A.G. Alta 08/01/2024) y (I.S.B.).

Compromiso confidencialidad: Las auditoras han desarrollado su trabajo bajo compromiso de confidencialidad sobre toda la información a la que han tenido acceso.

Entidad auditada 	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	Entidades auditoras: 
---	------------------------------	---

REQUISITOS DEL SISTEMA		CONFORME		OBSERVACIONES
		SI	NO	
CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN				
4.1	Comprensión de la organización y su entorno	X		La organización ha evaluado su entorno utilizando metodologías DAFO contemplando amenazas y oportunidades e identificando necesidades y expectativas de sus grupos de interés
4.2	Comprensión necesidades y expectativas de las partes interesadas	X		
4.3	Determinación del alcance del sistema de la calidad	X		
4.4	Sistema de gestión de la calidad y su proceso	X		
LIDERAZGO				
5.1	Liderazgo y compromiso	X		La Alta Dirección y la Dirección demuestra su compromiso con la calidad estableciendo una Política de Calidad y asignando los roles, responsabilidades.
5.2	Política	X		
5.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	X		
PLANIFICACIÓN				
6.1	Acciones para abortar riesgos y oportunidades	X		El sistema de gestión está planificado, así como los objetivos de calidad, la identificación de riesgos para sus procesos y los controles necesarios para abordar cualquier cambio.
6.2	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	X		
6.3	Planificación de los cambios	X		
APOYO				
7.1	Recursos	X		La organización cuenta con un presupuesto de funcionamiento, una plantilla e infraestructuras necesarias para el desarrollo del sistema de calidad. Ha determinado una sistemática para la comunicaciones internas y externas.
7.2	Competencia	X		
7.3	Toma de conciencia	X		
7.4	Comunicación	X		
7.5	Información adecuada	X		
OPERACIÓN				
8.1	Planificación y control operacional	X		La organización dispone de procesos planificados a través de los cuales se diseña y desarrolla el servicio y se asegura de que son conformes con los requisitos establecidos
8.2	Requisitos para la producción y servicios	X		
8.4	Control procesos, productos y servicios suministrados externamente	X		
8.5	Producción y provisión del servicio	X		
8.6	Liberación de los productos y servicios	X		
8.7	Control de las salidas no conformes	X		
EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO				
9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación	X		La organización ha determinado lo que necesita, el seguimiento, el cómo, el cuándo y guardando evidencia documental de los resultados.
9.2	Auditoría interna	X		
9.3	Revisión por la dirección	X		
MEJORA				
10.1	Generalidades	X		La organización identifica las oportunidades de mejora y reacciona ante no conformidades mejorando permanentemente
10.2	No conformidad y acción correctiva	X		
10.3	Mejora continua	X		

A la vista de los hallazgos encontrados se presentan los siguientes comentarios:

RESUMEN AUDITORIA:

Entidad auditada 	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	Entidades auditoras: 
---	------------------------------	---

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría se desarrolló conforme a la norma ISO 9001:2015 y en base a la información documentada en el SGC que cuelga de la web de la ASOCIACIÓN ASPRONAGA

Tuvieron lugar entrevistas con profesionales en búsqueda de evidencias y en base al muestreo de varios expedientes (S.S.N.), (J.L.A.G.) y (I.S.B.), mediante los cuales se constató el registro de diferentes protocolos como plan de cuidados, preparación medicación y caídas. Asimismo, durante el progreso de la auditoría y en base a las pruebas que se iban detectando en las actividades auditadas se realizaron trazabilidad de los expedientes (documentación admisión, Planes de Intervención Individual, Plan de Cuidados, ...). Se muestrea la trazabilidad y caducidad aleatoria de la medicación. Se solicita el registro de caídas de G.B.V y T.M.P.

Se revisan los diferentes requisitos de la Norma: objetivos de calidad, grupos de interés, riesgos y oportunidades, últimos informes de auditorías interna y externa, indicadores, seguimiento de acciones y la Revisión por la Dirección del último año como referencia.

Cumplimientos y buenas prácticas PUNTOS FUERTES

1. Plan de Cuidados Resumen, claro, visual y fácilmente accesible, que sintetiza de forma eficaz los elementos clave del plan de cuidados completo.
2. Objetivo de calidad vinculado a la implementación del modelo Libera-Care, lo que demuestra un enfoque proactivo hacia la mejora continua, la reducción de sujeciones y la atención centrada en la persona. Este objetivo está alineado con las necesidades detectadas y refuerza el compromiso institucional con la ética asistencial, la seguridad y la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.
3. La ampliación de la residencia Ricardo Baró con un nuevo Centro así como las mejoras proyectadas para ejecutar, este mismo año, en la propia residencia va a redundar mucho en la prestación del servicio. Estas mejoras afectarán tanto a las personas atendidas como a los profesionales que trabajan en este servicio. Las personas menores de edad por fin van a contar con un espacio propio para así poder atender sus necesidades concretas y específicas que difieren mucho del resto de las personas atendidas.
4. La construcción de una residencia para personas con discapacidad intelectual, diseñada con equipamiento que facilita el cumplimiento del modelo Libera-Care se alinea con las necesidades detectadas en el servicio, y demuestra un firme compromiso con la mejora de la calidad de vida, la atención centrada en la

Entidad auditada 	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	Entidades auditoras: 
---	------------------------------	---

persona y el respeto ético hacia las personas usuarias, en coherencia con el enfoque de mejora continua de la ISO 9001.

5. La dedicación de los y las profesionales al sistema de gestión, junto con su compromiso con la mejora continua, contribuyendo significativamente a la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias.
6. Implementación del Modelo de Gestión de Calidad Plena, integrando la mejora de la calidad de vida, refuerzo de los principios éticos y el enfoque integral de gestión, que alinea estrategia, procesos, personas y promueve cultura de mejora continua y responsabilidad.
7. La realización de auditorías internas cruzadas con otras ONGS del sector, (participación en la Bolsa de Auditores de FADEMGA Plena inclusión Galicia) mediante la cual se genera y comparte conocimiento.
8. Centralización de la información, automatización de registro y optimización de del trabajo mediante la solución informática Resiplus.
9. Orientación de los objetivos de intervención individualizada a las dimensiones de calidad de vida.
10. Resaltar la colaboración, el compromiso y la transparencia demostrados por todo el equipo de profesionales de la organización durante la auditoría.
11. Certificado de Fundación lealtad mediante el cual se acredita que ASPRONAGA cumple con los nueve Principios de Transparencia y Buenas Prácticas.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. Incluir la encuesta de valoración de la acogida en el informe de valoración de la acogida.
2. Redactar el Plan de Apoyos en primera persona facilitando la coherencia con los valores del ACP, ayudando a identificar mejor las funciones de la conducta, promoviendo intervenciones más positivas y menos coercitivas, favoreciendo una visión centrada en la persona, humanizando la conducta y mejorando la empatía del equipo de apoyo.
3. Unificar formatos de procedimientos para que reúnan la misma estética. Ejemplo. CRB1/1 Procedimiento VALORACIÓN, ADMISIÓN Y ACOGIDA y Procedimiento CRB3/3 ATENCION BÁSICA.

Entidad auditada	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	Entidades auditoras:
		 

4. Unificar procedimiento de control de codificación en la documentación. Ejemplo. (APO02-D-1) Procedimiento de gestión de la documentación y CRB1/1 Procedimiento VALORACIÓN, ADMISIÓN Y ACOGIDA. Los dos documentos son procedimientos y en el primero se utiliza XXX0-D-0 e en el segundo XXX0/0
5. Diseñar indicadores para todos los procesos del mapa. Ej CRB1 y CRB9
6. Introducir el uso del módulo de Plan de cuidados de Resiplus. Así estarían todos los controles de la persona usuaria en un mismo lugar, así como quedarían reflejadas todas las actividades que se realizan en cada sala. Facilita a la hora de registrar tanto los controles como las actividades, resulta más sencillo y práctico.

Observaciones

1. Se detecta que el contrato de prestación de servicio está firmado digitalmente por parte de la organización y manuscrito por la familia. El hecho de que el documento no sea firmado de igual modo por las dos partes rompe la integridad del documento, crea conflictos de validez y dificulta la verificación. Tampoco están firmadas todas las páginas por ambas partes.
2. En el espacio web de ASPRONAGA donde figura la documentación del Sistema de Gestión de Calidad se ubican formatos que no se mencionan en el procedimiento ni en protocolos vinculados (CRB1-F-12), (CRB1-F-13), (CRB1-F-14), (CRB1-F-15), (CRB1-F-16), (CRB1-F-17), (CRB1-F-18) y (CRB1-F-19). Por otro lado, en el protocolo ASP-D-1 Protocolo de protección jurídica se mencionan formatos que no figuran en la web (CRB1-F-11) Autorización para toma de decisiones.
3. Se detecta una pérdida de trazabilidad en el procedimiento vinculado a la medicación. Habiendo dos personas enfermeras no existe registro de quien prepara la medicación; tampoco se registra de quien, que y cuando se suministra la medicación.
4. La medicación de enfermería se guarda en cajetines después de separar las dosis individuales. El personal de enfermería indica que comprueba que no esté caducada antes de dividir las dosis para guardar en los cajetines, pero no se registra la caducidad, por lo que una vez guardada en los cajetines se pierde la trazabilidad.
5. Se detecta que el seguimiento diario del Plan de Cuidados de ISB figura vacío, la cuidadora indica que se debe a que es una persona muy autónoma.

Entidad auditada 	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	Entidades auditoras: 
---	------------------------------	---

6. El Plan de cuidados impreso de ISB que guardan las personas cuidadoras, figura obsoleto. La cuidadora nos enseña un plan con fecha 2022 cuando los planes de cuidados se renuevan de forma anual

NO CONFORMIDADES

Ref	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDADE	Apdo.	Categ.

Auditora 1



Fdo.: Bibiana Sieiro Iglesias

Auditora 2

Fdo.: Blanca Roibás Castiñeiras

Observador



Fdo.: Juan Pedro Barbadillo Echevarría

Observadora

Fdo.: Andrea Carreiras Mourin