




# INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN 2023

## Sistemas de gestión de la calidad revisados

- Colegio Ntra. Señora de Lourdes.
- Centro Ocupacional y Centro de Día Lamastelle.
- Residencias “Antonio Paz” \*, “La casa de Lamastelle” y “Martín Pou”.
- Centro “Ricardo Baró”.
- Servicio de ocio “Club Juvenil Finisterre”



 <p><b>ASPRONAGA</b> Servicios a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	Nombre del Documento
	<b>INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>
	Código del Documento <b>EST04-F-7</b>

Fecha	23 de febrero de 2024	Nº de reunión	13
Reuniones	Reunión del Gerente y Responsable de Calidad Envío del borrador de informe a las Direcciones Recepción de sugerencias al informe Reunión presencial del equipo para la revisión del informe y análisis de resultados de auditoría.	Lugar	Oficinas Lamastelle
Asistentes	Juan Fontela (Gerente Entidad) Antonio Naya (Dirección del Centro Ricardo Baró) Lisa Matos (Dirección del Centro Laboral y Centro de Día Lamastelle) Iago Graña (Dirección del Servicio de Ocio) Rubén Mateos (Dirección del Centro Educativo) Lucía Barral (responsable de Calidad)		
Ausencias	Ana Díaz (Dirección del Servicio de Residencias)		
Orden del día	<b>REVISIÓN DEL SGC, ANÁLISIS Y MEJORAS</b>		



## CONTENIDOS DEL INFORME.

<b>1. ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>1.1 ESTADO DE LAS ACCIONES DE LA REVISIÓN ANTERIOR</b>	<b>5</b>
1.1.1 SOBRE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS	5
1.1.2 SOBRE LAS NECESIDADES DE CAMBIO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DETECTADA.	8
1.1.3 SOBRE LAS NECESIDADES DE RECURSOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DETECTADAS	11
<b>1.2 CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS Y EXTERNAS PERTINENTES AL SISTEMA DE GESTIÓN.</b>	<b>11</b>
1.2.1 CAMBIOS EN LA REALIDAD DEL ENTORNO QUE HAN AFECTADO AL SGC.	11
1.2.2 CAMBIOS INTERNOS QUE HAN AFECTADO AL SGC.	14
<b>1.3 ANÁLISIS DEL CONTEXTO DE ASPRONAGA</b>	<b>15</b>
<b>1.4 INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO Y EFICACIA DEL SISTEMA.</b>	<b>16</b>
1.4.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE Y LA RETROALIMENTACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS PERTINENTES.	17
1.4.2 OBJETIVOS DE CALIDAD 2022	19
1.4.3 DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y RESULTADOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN.	23
<b>1.5 SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES</b>	<b>36</b>
1.5.1 NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS.	36
<b>1.6 RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS</b>	<b>45</b>
1.6.1 SEGUIMIENTO DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS	45
1.6.2 SEGUIMIENTO DE LAS AUDITORÍAS EXTERNAS (VER EN PÁG. 33).	46
<b>1.7 DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES</b>	<b>52</b>
<b>1.8 ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS.</b>	<b>52</b>
<b>1.9 PLANIFICACIÓN DE LAS ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES</b>	<b>55</b>
1.9.1 RIESGOS EN EL SGC DE LAS RESIDENCIAS M.POU, LA CASA, ANTONIO PAZ.	55
1.9.2 RIESGOS EN EL SGC DEL CENTRO RICARDO BARÓ	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
1.9.3 RIESGOS EN EL SGC EN EL CENTRO OCUPACIONAL Y DÍA LAMASTELLE.	56
1.9.4 RIESGOS EN EL SGC DEL SERVICIO DE OCIO	57
1.9.5 RIESGOS EN EL SGC DEL C.E.E NUESTRA SEÑORA DE LOURDES.	57
<b>2 SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN. PENDIENTE.</b>	<b>58</b>
<b>2.1 LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>	<b>58</b>
<b>2.2 CUALQUIER NECESIDAD DE CAMBIO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.</b>	<b>58</b>
<b>2.3 LAS NECESIDADES DE RECURSOS</b>	<b>58</b>



## Introducción

La revisión por la dirección forma parte de la mejora continua y constituye una herramienta eficaz para la toma de decisiones en nuestra entidad. De esta manera y a través del presente informe se presentan los resultados de la revisión por la dirección del Sistema de Gestión de la Calidad de ASPRONAGA,

Se ejecuta en base a la información y los resultados del sistema, los cuales se analizan con el propósito de identificar oportunidades de mejora, necesidades de recursos y cualquier necesidad de cambio en procura de la satisfacción de nuestras principales partes interesadas, éstas constituyen las Entradas que se tienen en cuenta para asegurarse de su conveniencia, adecuación y evaluar el desempeño y eficacia del SGC y tomar decisiones pertinentes para el mejoramiento continuo del sistema. Estas entradas están directamente relacionadas con los requisitos de otros apartados de la norma ISO 9001:2015.

El presente informe comprende el periodo 2023 y se realiza juntamente con los diferentes directores de los servicios. En el marco de esta reunión, son informados del sistema de gestión y su funcionamiento, a fin de establecer acciones de mejora posteriores determinadas por la alta dirección.

El alcance de este se corresponde con el referido en *el Portal de Calidad de ASPRONAGA*, que integra los documentos necesarios para la planificación, operación y control de los procesos dentro del contexto general de revisión del SGC implantado para los siguientes centros:

- Colegio Ntra. Señora de Lourdes.
- Centro Ocupacional y Centro de Día Lamastelle.
- Residencias “Antonio Paz” \*, “La casa de Lamastelle” y “Martín Pou”.
- Centro “Ricardo Baró”.
- Servicio de ocio “Club Juvenil Finisterre de ASPRONAGA”.



## 1. ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

A continuación, se desarrollan cada una de las entradas requeridas para la revisión por la dirección dispuestas en la **Norma de Calidad ISO 9001:2015**.

### 1.1 Estado de las acciones de la revisión anterior

En la revisión anterior por la dirección del sistema de gestión de la calidad n° 12, para la vigencia 2022 y realizada con fecha 23/02/2023, se establecieron los siguientes compromisos y decisiones por parte de la entidad y en referencia a su sistema de gestión, alcanzado de esta manera los siguientes resultados.

#### 1.1.1 Sobre las oportunidades de mejora detectadas

- **INTEGRACIÓN TRANSVERSAL DE LOS ODS EN LAS ACTIVIDADES Y PROCESOS**

En colaboración con la Cátedra de Inditex, entre los meses de febrero y marzo, se elabora un **Plan Estratégico de Sostenibilidad Ambiental** con el fin de contribuir a la agenda global 2030 y en el que se proponen medidas en materia ambiental.

En este plan se llevó a cabo un análisis de:

- El modelo de **creación de valor de ASPRONAGA**, en el que se resumen los aspectos más importantes que definen la creación de valor de la entidad.
- Los **grupos de interés** con más peso para la entidad. Objetivos, expectativas y demandas.
- **Análisis de doble materialidad**, en dónde se identifican los aspectos que son más relevantes para la entidad y sus grupos de interés.

Se establecieron 5 líneas estratégicas con objetivos a 5 años, se han iniciado acciones principalmente para las líneas estratégicas 1 y 2:



Acciones realizadas:

### **1. Energía y acción por el clima.**

Principales acciones llevadas a cabo:

Instalación de paneles fotovoltaicos en el CEEPR y CRB, reforma de los tejados del centro ocupacional la 1º fase está finalizada y la 2º está prevista para inicios del 2024; todas ellas a través de subvenciones.

### **2. Reducción y gestión circular de residuos.**

Acciones realizadas:

Recogida de material de escritura en el CEEPR y CLL. Instalación de fuentes de agua con conexión a la traída, eliminación de bidones, la eliminación del uso de botellines individuales en CEEPR. , trabajos de reciclado textil en el CLL, Insertega e Inditex. Colaboración con la Inmobiliaria S2M – confección de bolsas con lonas de construcciones-,

### **3. Cadena de suministro sostenible**

Acciones realizadas

Reciclaje de Lonas para la confección de bolsos y próximo inicio de la escuela de plásticos en el CEEPR, Invernadero terapéutico en el CRB y La Casa.

### **4. Educación y formación en sostenibilidad**

Acciones realizadas:

Realización de talleres medioambientales en el CRB, CEEPR y CLL. Creación de un equipo formado por usuarios del CLL para la recogida y selección de residuos que se generan en el centro y para formar a otros compañeros.

### **5. Transparencia y alianzas**

Se establecieron alianzas en materia de sostenibilidad con ECOEMBES Y TERRACYCLE, GATOCAN Y WE SUSTANBILITY (máquinas para el reciclado de plástico)

### **Acciones que se proponen para llevar a cabo durante el año 2024:**

- Algunas de las acciones del plan, sobre todo las relacionadas con la reducción de consumo energético, van a depender de subvenciones y/o contar con la financiación suficiente dado su elevado coste. Otras podrían llevarse a cabo con los recursos



propios de la entidad; como por ejemplo: *Acciones de formación y sensibilización a todos los grupos de interés, mayor aprovechamiento del invernadero para autoconsumo, elaboración de nuestro propio compostaje, plantación de árboles autóctonos, incluir criterios en la selección de proveedores relacionados con la sostenibilidad o iniciar acciones relacionadas con la reducción de consumo de agua y reducción del consumo en iluminación; p.e instalación de grifos monomando, detectores de presencia, LEDS etc. Fabricar hilos de impresión 3D a partir de botellas PET (CEEPR)filamento de impresora 3D a bajo coste. ESCUELA DE PLASTICO*

- Para la medición de los procesos del **Centro Ricardo Baró** se han incorporado **indicadores de Calidad de Vida**; las dimensiones de calidad de vida se han *correlacionado* a los siguientes **ODS: 3 salud y bienestar; 10 reducción de las desigualdades; 11 Ciudades y comunidades sostenibles; 16 Paz, justicia e instituciones sólidas**. Incluir en la memoria anual del centro la contribución de estos resultados a los ODS.

INDICADORES Y ODS	ODS	INDICADOR N°	OBJETIVO DEL ODS
<b>CONTRIBUCIÓN A</b> ..... <b>OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE</b>		1,2,3: AUTODETERMINACIÓN 4: DERECHOS 12: BIENESTAR FÍSICO	Garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades
		5: DESARROLLO PERSONAL 6, 7: BIENESTAR MATERIAL 10: RELACIONES INTERPERSONALES	Reducir las desigualdades ofreciendo a las PCDI que lo necesiten los recursos y medios técnicos necesarios para su desarrollo personal
		8,9: INCLUSIÓN SOCIAL 10:RELACIONES INTERPERSONALES	Proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, en particular para las personas con discapacidad
		11,12: SALUD Y BIENESTAR	Garantizar una vida sana y promover el bienestar en las PCDI

Fig.1 Correlación de los Objetivos de los ODS con los Indicadores para el CRB y POU

Ver Planificación Proyecto Sostenibilidad (propuesta): [Copia de PLAN ACCIÓN CATEDRA DE INDITEX V5.xlsx](#)



- **REVISIÓN DEL PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PLENA tras el pilotaje.**

Oportunidad de mejora; Se han implementado 3 de las acciones identificadas en el pilotaje del modelo: Edición trimestral del boletín de la entidad, reactivación del comité de ética y creación de un equipo de acogida. Para acreditarnos en el modelo tenemos que iniciar el proceso de autoevaluación y a través de una nueva herramienta que presenta plena. En el mes de marzo de 2023 se solicita acceso a la plataforma de Plena y se nos informa de que este acceso está supeditado a realizar la autoevaluación en el plazo de 1 mes y que además su uso no va a facilitar tanto la comprensión de las dimensiones como simplemente facilitar la priorización de las oportunidades de mejora; *la redacción es la misma a la que presentan en el Excel facilitado en el pilotaje*; mejora solicitada a plena por parte de las entidades que participamos en el pilotaje.

Con el objetivo de ofrecer un acompañamiento, desde Plena nos proponen participar en la realización de la **autoevaluación con un asesor externo**, estilo otras certificaciones como EFQM-, y que nos facilitaría la comprensión de las dimensiones de los ejes del modelo y su aplicabilidad en las BBPP.

Se envió solicitud para participar en el proyecto una vez aprobada iniciaremos el proceso en el primer semestre del año 2024, con el objetivo de tener elaborado el plan en octubre de 2024 y acreditarnos a finales de año.

*Se acuerda crear un equipo de autoevaluación transversal a todos los centros y que incluya a los principales grupos de interés. Los profesionales serán personas que ya estén participando en los equipos de calidad, con el objetivo de facilitar la integración de los dos modelos.*

### **1.1.2 Sobre las necesidades de cambio en el Sistema de Gestión detectadas.**

a) **Implantación de una Base de Datos que nos facilite el seguimiento de las actividades.**

Esta necesidad se aborda en el punto 1.4.2 como Objetivo de Calidad. Página 20.





**b) Valorar la fusión integración de los mapas de procesos para las residencias de personas con grandes necesidades de apoyo CRB/MPOU.**

En abril de 2023, se fusionan los equipos de calidad de ambas residencias; Se propone que cada propietario revise su proceso, -las entradas, salidas, misión, objetivos, procedimientos, protocolos, registros, indicadores...- Con el objetivo de ver las posibles correlaciones en ambas residencias o valorar en qué medida se pueden fusionar o qué aspectos mantendríamos como anexo ... Se trabaja sobre los mapas de procesos, fichas de procesos e información documentada asociada. Acceso al documento de trabajo: [Procesos Esenciales y de Apoyo CRB\\_POU\\_Correlaciones 2023.pdf](#)

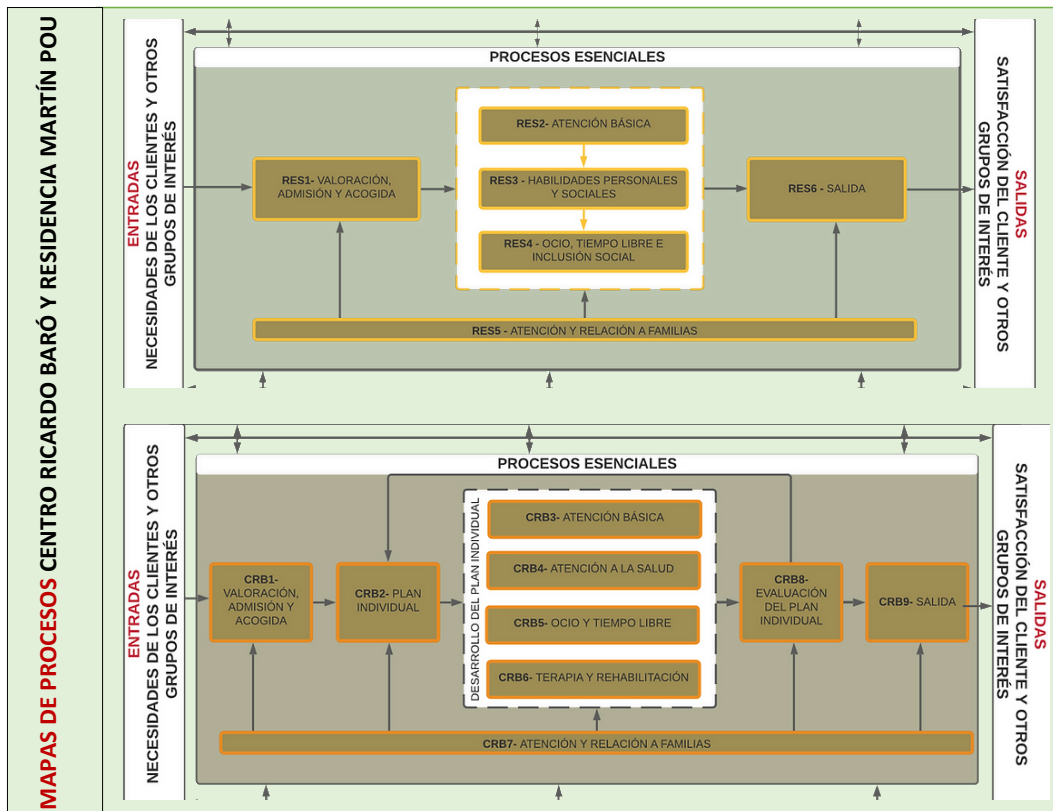


Fig. 2: Mapas de procesos para la Residencia Martín Pou y Centro Ricardo Baró.



	PROCESOS RICARDO BARÓ	PROCESOS RESIDENCIA M.POU	PROPIETARIOS
CORRELACIÓN " APROXIMADA" DE LOS PROCESOS DEL CRB Y M.POU	<b>VALORACIÓN ADMISIÓN Y ACOGIDA</b>		
	<a href="#">CRB1 VALORACIÓN ADMISIÓN Y ACOGIDA</a>	<a href="#">RES 1 VALORACIÓN ADMISIÓN Y ACOGIDA</a>	CRB Alexia Peteiro RES Laura Presedo
	<b>ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUAL</b>		
	<a href="https://www.calidad-aspronaga.net/copia-de-proceso-crb09">CRB2 PLAN INDIVIDUAL https://www.calidad-aspronaga.net/copia-de-proceso-crb09</a>	<a href="#">CLL2 PLAN INDIVIDUAL</a> <i>Plan individual de residencias es el del Centro Laboral.</i>	CRB Lúa Bretón/A. Naya CLL Cristina Díaz
	<b>ATENCIÓN BÁSICA</b>		
	<a href="#">CRB3 ATENCIÓN BÁSICA</a>	<a href="#">RES 2 ATENCIÓN BÁSICA</a>	CRB A. Naya/Lydia Abad RES Cuidadores
	<b>ATENCIÓN A LA SALUD</b>		
	<a href="#">CRB4 ATENCIÓN A LA SALUD</a>	<a href="#">RES 2 ATENCIÓN BÁSICA (prod. Atención a salud)</a>	CRB M. Muñoz/J. Méndez
	<b>TERAPIA Y REHABILITACIÓN CORRELACIÓN CON HABILIDADES PERSONALES SOCIALES</b>		
	<a href="#">CRB6 TERAPIA Y REHABILITACIÓN</a> <i>(diseño de procedimientos, protocolos y programas para el fomento de las habilidades personales y sociales en AVD)</i>	<a href="#">RES 3 HABILIDADES PERSONALES Y SOCIALES</a>	RES Cuidador CRB A. Naya
	<b>OCIO Y TIEMPO LIBRE (INCLUSIÓN SOCIAL)</b>		
	<a href="#">CRB5 OCIO Y TIEMPO LIBRE</a>	<a href="#">RES 4 OCIO, TIEMPO LIBRE E INCLUSIÓN SOCIAL</a>	CRB: Lydia Abad y Elena Cora
	<b>EVALUACIÓN DEL PLAN INDIVIDUAL</b>		
<a href="#">CRB8 EVALUACIÓN DEL PLAN INDIVIDUAL</a>	<a href="#">CLL 8 EVALUACIÓN DEL PLAN INDIVIDUAL</a>	CLL Cristina Díaz CRB Lúa Bretón/A. Naya	
<b>ATENCIÓN Y RELACIÓN A FAMILIAS</b>			
<a href="#">CRB 7 ATENCIÓN Y RELACIÓN A FAMILIAS</a>	<a href="#">RES 5 ATENCIÓN Y RELACIÓN A FAMILIAS</a>	RES Laura P./ CRB Alexia P.	
<b>SALIDA</b>			
<a href="#">CRB 9 SALIDA</a>	<a href="#">RES 6 SALIDA</a>	RES Laura P./ CRB Alexia P.	

Fig. 3 Correlación de los procesos Centro Ricardo Baró y Residencia Martín Pou.

- Con relación a los mapas de procesos, existen similitudes entre ambas residencias. Entradas y salidas, misión, objetivos etc., salvo en la información documentada y relativa a procedimientos establecidos y en especial para los procesos de *Atención Básica, Ocio y tiempo libre y HHSS*.
- Consideramos que es viable esta fusión manteniendo aquellos procedimientos necesarios dadas las diferencias en el funcionamiento de estas residencias.
- **En este año 2023 se integran** el Cuadro de Indicadores de ambas residencias y los planes individuales de apoyo y planes de cuidados.



### 1.1.3 Sobre las necesidades de recursos en el Sistema de Gestión detectadas.

#### a) Mejoras en el estado de las instalaciones, equipamientos, furgonetas.

A lo largo del ciclo 2023 se llevaron a cabo mejoras en todos los centros, cabe destacar;

**CEEPR:** Instalación de Paneles Fotovoltaicos, reforma integral de la cocina, y saneamiento de la torre.

**CRB:** Instalación de paneles fotovoltaicos, cambio de todas las sillas del comedor, sustitución de sillas de ruedas de los residentes por sillas posicionales, cambio de la estructura de la campana extractora por óxido.

**CLL:** 1ª fase para la reparación y cubierta de los tejados, pintado del suelo del centro de día, y cambio de todas las sillas del comedor.

**Residencia la casa Lamastelle:** renovación de mobiliario; reestructuración de la organización de la lavandería.

**Viviendas Antonio Paz:** renovación de mobiliario; recibidores, taquillas del personal, renovación mobiliaria del despacho, mueble del comedor, canapés y colchones residentes, adecuación de habitaciones para aquellos residentes que quieran tener un televisor.

**Todos los centros:** Adquisición de una nueva furgoneta:

## 1.2 Cambios en las cuestiones internas y externas pertinentes al sistema de gestión.

### 1.2.1 Cambios en la realidad del entorno que han afectado al SGC.

- La aprobación el 7 de diciembre de 2023 por parte de la Xunta de Galicia, de la convocatoria para el Concierto Social de Discapacidad Intelectual, con un presupuesto a 4 años de 358.254.382,64 y dirigido a 4.050 beneficiarios. El actual



contrato se ha prorrogado desde el 1 de noviembre de 2023 hasta el 29 de febrero de 2024. El nuevo contrato supondrá contar con más fondos para la financiación de las plazas, la Xunta prevé subir un 30% la inversión respecto al contrato actual; aumentará el importe del precio/plaza del servicio y garantizarán la continuidad de los servicios.

- **Entrada en vigor el 2 de enero de 2023, del Real Decreto 487/2022, para el control de la propagación de la legionelosis**, con un año de moratoria y que presenta con respecto a la anterior norma cambios importantes que nos obligan a implantar tanto un Plan de Control de la Legionela como un Plan Sanitario de Legionela. Estos cambios afectan principalmente a las frecuencias de mantenimiento de las instalaciones de agua, tanto fría como caliente, así como en el incremento de los controles analíticos. Desde el año 2020 estos controles se vienen aplicando y periódicamente son inspeccionados por Sanidad Pública en el Centro Ricardo Baró y en La casa Lamastelle. Estos controles todavía están pendientes de aplicar en todo el complejo de Lamastelle. Se han iniciado diversas acciones entre ellas realizar la desinfección anual de forma conjunta con hornos Lamastelle con el fin de abaratar costes. Prevista en el mes de Octubre del año 2024.
- **Actualización de los planes de autoprotección de los centros y según los cambios en la normativa vigente**

Tras firmar contrato con QUIRON Prevención para la revisión del Plan de Autoprotección del Complejo Lamastelle y Plan de Autoprotección de CEE Nuestra Señora de Lourdes el 7 de julio de 2023 se presentan los Informes de Revisión, pero se está pendiente a los cambios de normativa

tanto estatales como autonómicos para poder adaptar los Planes a los nuevos requerimientos. En enero de 2024, nos presentan los siguientes cambios a aplicar:

- Informe del Complejo Lamastelle: nombrar al nuevo equipo responsable del Sistema de Autoprotección, formar al nuevo equipo, adaptar los planes de las instalaciones a la normativa UNE23032 (pendiente presupuesto), solicitar a AUTECO un inventario de los medios de autoprotección (extintores,) y plano de ubicación, detallar las revisiones y su periodicidad de las calderas y medios de protección contra incendios.
- Informe del CEE Nuestra Sra. de Lourdes. Las observaciones del Informe se refieren a muchos cambios que han sufrido las instalaciones del centro por lo que se cree conveniente la realización de un nuevo PAU.



- QUIRON Prevención está pendiente de enviar presupuesto de la elaboración de los planos (del punto 6 al 9) además de los planos que deben tener las instalaciones cumpliendo la normativa UNE23032. Se solicita otro presupuesto a Previsor. [Actualización de la documentación a la normativa vigente\\_planes de autoprotección\\_Plan Igualdad\\_ manuales APPC.docx](#)
- Nueva elaboración y aprobación del Plan de Igualdad de ASPRONAGA** En la reunión de la Comisión de Igualdad del 29 de febrero de 2023, se rompe la negociación por no haber acuerdo entre las partes y presentando la dimisión una de las personas que conforma la parte social. Se comunica a la parte social la intención de presentar sin acuerdo el Plan de Igualdad o bien iniciar un nuevo el proceso de elaboración del Plan. Se solicita asesoramiento a la persona responsable de Planes de Igualdad de QUIRON Prevención para valoración de la situación de la Entidad. Revisan el Plan de Igualdad y toda la documentación elaborada a lo largo de los 2 años de negociación. Valoran que el Plan cumple con la normativa vigente, RD 901/2020.

Se decide el no presentar sin acuerdo el Plan ante el REGCON y contratar una empresa externa para que se encargue de la elaboración y así obtener un documento en el que estén de acuerdo tanto la parte social como la parte de la empresa. En Octubre del 2023 Se firma contrato con GRUPO ADAPTALIA LEGAL-FORMATIVO S.L. Grupo legal que se encarga de elaborar el Plan. Entre los meses de noviembre y diciembre de 2023.

Se presenta toda la documentación requerida. En enero de 2024 Se constituye la nueva Comisión Negociadora y se establece el cronograma de trabajo.
- Nuevos protocolos para servicios sociosanitarios.**

Se elaboran y en su caso se revisan, adaptándolos en caso necesario a cada centro los siguientes protocolos\_

Protocolo de Atragantamiento para RES, CLL

Protocolo Caídas para CRB, RES, CLL

Protocolo de detección e intervención ante malos tratos para TODOS LOS CENTROS

Protocolo de higiene personal para CRB, RES

Protocolo Medidas de Sujeción para TODOS LOS CENTROS.

Prevención úlceras por presión para RES; CRB



Transferencias y movilizaciones para TODOS LOS CENTROS

Fugas y control de errantes para CLL, RES

Emergencia sanitaria para CRB; RES; CLL

Pendiente la finalización del protocolo de Preingreso y cuidados al final de la vida.

### 1.2.2 Cambios internos que han afectado al SGC.

- Prácticamente durante todo este ciclo, **las direcciones del Servicio de Ocio y Residencias Viviendas Antonio Paz y La casa de Lamastelle continuaron de baja laboral,** iniciada ya a mediados del ciclo anterior: En el servicio de ocio el director está un año de baja hasta su reciente incorporación; sustituido por un Ayudante técnico educativo del CEEPR de ASPRONAGA; la directora de las Residencias es sustituida durante año y medio por la Responsable de Calidad hasta mediados del mes de Noviembre; y relevada por una profesional del Centro de Día de Lamastelle.
- Durante **este ciclo continuamos con numerosas bajas, 36,60% de procesos de IT, tanto de personal de atención directa como de servicios domésticos.** Y con grandes dificultades a la hora de reclutar y mantener a profesionales sustitutos y sobre todo para el área de servicios domésticos. Esto ha afectado al correcto funcionamiento y seguimiento de algunos procesos, así como una sobrecarga para los profesionales que estaban en activo.
- **Incorporación de profesionales técnicos para las Residencias y CEEPR.** En **enero de 2023 se incorpora una nueva trabajadora social** para las residencias La casa de Lamastelle, Viviendas Antonio Paz, Martín Pou, CEEPR y Fundación tutelar. Las otras dos trabajadoras sociales ejercen sus funciones en el Centro Ocupacional-Día de Lamastelle y en el Centro Ricardo Baró, respectivamente. En **diciembre de 2023, ante las grandes necesidades que se venían detectando, se convoca un puesto de Psicóloga** para las residencias La casa de Lamastelle, Viviendas Antonio Paz y Martín Pou.
- **En otros centros se ha reforzado la plantilla en:** 1 profesional en las viviendas Antonio Paz, puesto de nueva creación para fines de semana y de apoyo en los festivos. La Casa de Lamastelle 1 profesional de apoyo en servicios domésticos. CEEPR 1 profesional docente y 1 logopeda.



- **El asesoramiento y orientación del Comité de Ética de ASPRONAGA; presentación de un caso que supone un punto de inflexión en el modelo de prestación de apoyos a las personas que viven en los entornos residenciales.**

### 1.3 Análisis del Contexto de ASPRONAGA

Se revisaron y actualizaron las matrices DAFO de los centros para la presente vigencia, y el DAFO general de la entidad, se ha tratado de realizar una “instantánea” lo más amplia posible con el fin de representar la realidad actual.

Se analizaron los factores internos y externos que afectan al contexto de nuestra entidad: *Estructura organizativa, capital humano, cultura organizativa, coordinación, política de la entidad, recursos materiales, económicos y la capacidad de innovación* para atender a las necesidades y demandas de nuestros principales clientes.

Se tiene en cuenta la información y conclusiones de los diferentes equipos de calidad, de las encuestas de satisfacción de profesionales, usuarios y familias, resultados de auditorías etc.

En cierta medida, este análisis nos ha permitido establecer algunas de las **estrategias para el plan de acción.**

- Consultar DAFO para cada uno de los CENTROS DE ASPRONAGA: <https://www.calidad-aspronaga.net/copia-de-contexto-de-la-organizacion>
- Consultar CONTEXTO GENERAL DE ASPRONAGA en PDF: <https://1drv.ms/b/s!AjdGodW7UOnJ3R4mtGr2fZ1WyIYP?e=D64tVe>

En el análisis del contexto se evidencia que **se siguen manteniendo** algunas cuestiones internas y externas, basadas en las siguientes situaciones:

#### a) **RECURSOS MATERIALES:**

- Continuar mejorando las instalaciones. Sobre todo, en CRB y CLL
- Continuar con renovación de furgonetas CRB, CLL, RES.



**b) RECURSOS ECONÓMICOS**

- Eficiente gestión económica ;nos permite tener recursos y liquidez. Financiaciones, subvenciones, concierto social.
- Impacto económico en la entidad derivado de crisis económica, energética, sanitaria.

**c) RECURSOS HUMANOS**

- Compromiso de los profesionales con las personas con discapacidad y sus familias.
- Alta demanda de profesionales por la competencia: pérdida de profesionales con experiencia vs. escasez de profesionales.
- Necesidad de contar con voluntarios participación comunidad

**d) ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS/CULTURA ORGANIZATIVA**

- Dificultades en la coordinación entre departamento, otros servicios entidad.
- Trabajo en equipo orientado a la calidad de vida de usuarios/ y sus familias.
- Poca implicación de las familias en vida asociativa.
- Formación no adaptada a todas las demandas.

**e) POLÍTICA DE LA ENTIDAD**

- Sinergias para mantener el reconocimiento social de la entidad.: nivel sociosanitario como educativo-formación
- Participación a nivel asociativo: UDS de Familias; UDS de Residencias y viviendas tuteladas; UDS de Educación; UDS de Empleo; UDS Centros Ocupacionales; UDS Hermanos y Cuñados; Comisión Calidad; Responsables de Autogestores; y Bolsa de Auditores Internos
- Convenios y sinergias de colaboración con la administración, centros de formación, empresas.

**1.4 Información sobre el desempeño y eficacia del sistema.**

En nuestro *Sistema de Gestión de la Calidad* se establecen métodos para la obtención de información relativa a la percepción de los usuarios, familias y profesionales con el objetivo de conocer su nivel de satisfacción en relación con los procesos y actividades del SGC.

*Esta información se recoge a través de cuestionarios de satisfacción, tras su participación en actividades, en contacto diario que mantenemos con nuestros principales clientes. Esta información es recogida en la base de datos y es analizada para la toma de decisiones que deriven en acciones de mejora.*





### 1.4.1 Satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes.

Para la vigencia de 2023, se realizan encuestas de satisfacción a los siguientes grupos de interés:

#### A) Encuestas de satisfacción a las familias.

Se envían encuestas a todas las familias de la entidad; vía tookapp, edvoice, y/o WhatsApp, se obtiene un índice de participación muy bajo del 10%, no podemos considerarlo representativo. - Con anterioridad y como sugerencia en auditoría externa, se espacia la frecuencia de realización de las encuestas pasando a realizarlas cada dos años; aun así, no estamos obteniendo la respuesta deseada, no obstante, creemos que esta información es muy útil por lo que:

- Seguiremos con este método de recogida de información ofreciendo, en su caso, los apoyos necesarios a las familias para que cubran la encuesta. Si es necesario se les facilitará en formato papel.

**Encuestas a todas las Familias de ASPRONAGA:** La participación por centros fue: CRB: 9%; CD:6%; CO: 6%; RES: 16%; COL: 22%.

#### **Encuesta a familias del Centro Ocupacional y Centro de Día.**

- Responden a la encuesta 85 familias. Se obtiene un 45% de participación. Es una encuesta que consta de 4 ítems para la medición de los indicadores del CLL.
- Ver el Análisis de los *resultados en seguimiento de los procesos*.

#### b) Encuestas de satisfacción a usuarios del CLL, CRB y RMP.

#### **Encuesta a usuarios del Centro Ocupacional y Centro de Día para medición de indicadores.**

- Responden a la encuesta 63 usuarios; de un total de 220; consiguiendo una **participación general del 28,6%**. La participación por centros fue: **Centro Ocupacional 63,5%; Centro de Día 36,5%**.

En base a los resultados hay que decir que desciende el nivel de satisfacción con las actividades grupales y con el servicio del comedor. No cumplimiento de meta del indicador. Se abre acción correctiva para analizar las causas de esta desviación.



## **Encuestas a usuarios en la Residencia Martín Pou y Centro Ricardo Baró:**

Representación del CRB: 27% RMP: 33,3%

Se incorpora este año 2023 para recoger la satisfacción de las personas con mayores necesidades de apoyo, y con el objetivo de conocer el grado de participación y toma de decisiones y poder tomar decisiones para incorporar y/o afianzar BBPP basadas en los derechos y valores de las personas que viven en las residencias.

### **Ítems de la encuesta:**

1. Cuando quieres, ¿participas en las tareas del hogar? Por ejemplo, ir a lavandería.
2. ¿Puedes decidir dónde estás? Por ejemplo, ir a otra sala de visita, salir al jardín, quedarte viendo la tele.
3. ¿Puedes decidir que ropa te quieres poner?
4. ¿Puedes decidir a dónde ir? Por ejemplo, a un concierto, a la playa, etc.
5. Cuando quieres, ¿puedes usar la Tablet/ordenador?
6. Si quieres algo diferente en tu dieta cuando estoy en casa ¿Puedes cambiarlo?

En base a los resultados se puede decir que:

- En ambas residencias las personas sienten que tienen total autonomía y libertad para moverse.
- Existen diferencias en la toma de decisiones según la residencia en dónde vivan. En la residencia Martín Pou las personas suelen tomar más decisiones en cuanto a la elección de la ropa que quieren poner, o para elegir a dónde quieren salir. En el Centro Ricardo Baró la mayoría dice que lo hacen por ellos. Cabe intuir que la distribución de las residencias y/o las ratios podrían influir.
- En el CRB dicen usar la Tablet cuando quieren, en la RMP comentan que dependen de otros para hacer uso de las tecnologías, en esta residencia algunas de las personas encuestadas tienen pautas o contratos para regular su uso.



- Todos están de acuerdo en decir que no tienen capacidad de decisión sobre lo que comen en su casa... Los menús son cerrados.
- Este 1º año hemos obtenido una medición cuantitativa (encuesta); el 2º año se realizará una medición más cualitativa sobre el impacto de esta toma de decisiones y usar herramientas más de tipo observacional. p.e test de protocolos para las AVD;

**Encuesta de satisfacción a profesionales de toda la Entidad:** Se envía una encuesta de clima laboral al total de la plantilla actual ,228. Se obtiene un 24% de participación un 4% más respecto al año 2021.

Ver resultados en <https://www.calidad-aspronaga.net/practiceareas>

Se analizan las tendencias en la satisfacción en base a los resultados obtenidos en el año 2021; el líneas generales el nivel de satisfacción de los profesionales *crece en todos los centros* y servicios de la entidad y en especial en el CLL y en las Residencias;

- Los profesionales **se sienten más satisfechos con:** Ser trabajador de ASPRONAGA, contribución de su trabajo y la autonomía que tienen al desempeñar sus tareas.
- Los profesionales se **sienten menos satisfechos con:** Las instalaciones y materiales, la formación recibida.

#### 1.4.2 Objetivos de Calidad 2023

**OBJETIVO CALIDAD 1: Construcción de un módulo de menores en el Centro Ricardo Baró independientemente del centro actual con capacidad para 8 plazas.**

Con la incorporación progresiva desde el año 2009 de menores al centro se detecta la necesidad de contar con un espacio diferenciado de los adultos para prestarles apoyos adecuados a sus necesidades y al tiempo desmasificar las actuales instalaciones del Centro Ricardo Baró



**Desde el año 2022** uno de los mayores esfuerzos han sido el buscar financiación que nos permitiese llevar a cabo una ampliación de las instalaciones actuales y bajar las ratios de las salas. Al final la financiación la asumirá la entidad ASPRONAGA con fondos propios.

**En el ciclo 2023**, se han llevado a cabo las siguientes actuaciones:

- Estudio de necesidades y planificación de espacios
- Realización del proyecto básico de ejecución
- Solicitada la autorización de modificación substancial de centros y programas de servicios sociales
- Solicitud de licencia municipal
- Licitación e inicio de las obras (solicitados hasta 3 presupuestos)

Previsto **para 2024**

- Adjudicación obras y formalización de contrato (marzo y abril 2024)
- Ejecución de obras (de 15/05/2024 a 30/03/2025)
- Solicitud de permiso de inicio de actividad 30/04/2025
- Traslado de menores al nuevo módulo 15/05/2025

Consultar despliegue en: <https://www.calidad-aspronaga.net/firm>

**OBJETIVO CALIDAD 2: Implantación NORMA LIBERA CARE en las residencias de personas con grandes necesidades de apoyo**, con alcance al Centro Ricardo Baró y Residencia Martín Pou.

La implantación de esta Norma supone un paso en la transformación organizacional y hacia un **modelo de gestión de Vida y Persona**;

Alineado a nuestro Mapa de valores, obligará a centrar la mirada en la dignidad de las personas con la eliminación de las prácticas restrictivas *tanto físicas, químicas y/o psicológicas*.

La norma nos presente 4 pilares básicos y sus herramientas prácticas, que se incorporarán de forma transversal a nuestros procesos y BBPP.

**Acciones realizadas en el ciclo 2023:**

1. Definición del equipo Líder “Equipo LiberaCare”
2. Jornada de presentación de la Norma a familias, organización, usuarios y equipo líder.
3. Formación presencial de sensibilización al equipo líder.



4. Tele formación al resto de profesionales en cultura de No Sujetar5.

#### **Acciones Previstas para el ciclo 2024:**

5. Realización del diagnóstico: Recogida y entrega datos. (enero-febrero)
6. Entrega de Informe Diagnóstico (marzo)
7. Charla a Familias. (marzo)
8. Formación al equipo “Alto Rendimiento” (mayo)
9. Asesorar al equipo líder (mayo)
10. Inicio Proceso Evaluación: Pre y auditoría;

Consultar despliegue y matriz de seguimiento en: <https://www.calidad-aspronaga.net/firm> [PLANIFICACIÓN O\\_CALIDAD LIBERACARE 2024.xlsx](#)

#### **OBJETIVO DE CALIDAD 3: Implantación del Modelo de Calidad Plena**

Ver en página 7

[Objetivo Calidad Implantación Modelo Calidad Plena.pdf](#)

#### **OBJETIVO DE CALIDAD 4: Implantar un software de gestión adaptado a las actividades de los centros de la entidad. ResiPlus-**

Durante los últimos años se detecta la necesidad de contar con una herramienta que nos permita integrar todas las actividades y gestiones que realizamos en el día a día, mejorar los seguimientos de los planes individuales, así como

la coordinación entre distintas las áreas de trabajo y/o departamentos.

En el ciclo 2023 se inicia su implantación, hasta las fechas se realizaron las siguientes acciones:

- Instalación del servidor y del aplicativo en los puestos de trabajo en, se renovaron algunos ordenadores en los que no funcionaba el aplicativo.
- Creación de los accesos para todos los profesionales.
- 2 formaciones para sobre el manejo y uso de todas las funcionalidades, y para las que se organizaron diferentes grupos, por departamentos y centros. Entre mayo y noviembre de 2023.



- Esta nueva base de datos es única para toda la entidad por lo que se han establecido reglas y permisos de acceso según la categoría.
- En este momento se ha creado un equipo formado por técnicos de los distintos centros para configurar la aplicación según las necesidades de cada centro migración de datos de los

Consultar planificación de la implantación y actas de reuniones del equipo creado para la configuración:

[NOTAS\\_REUNION1.docx](#)

[NOTAS\\_REUNION2.docx](#)

[NOTAS\\_REUNION3.docx](#)

[NOTAS\\_REUNION4.docx](#)

[NOTAS\\_REUNION5.docx](#)

[RESIPLUS FORMACION.docx](#)

[Planificación RESIPLUS.xlsx](#)

<https://www.calidad->

[aspronaga.net/firm](https://www.calidad-)

**OBJETIVO DE CALIDAD 5: Revisar y adecuar los mapas de procesos facilitando la orientación a las personas, la incorporación de la mejora continua y la transformación de los servicios de la entidad hacia nuevos modelos de intervención centrados en las personas.**

Desde que en el año 2021 se elaborara un borrador del mapa de procesos y se iniciara la identificación para algunos de los valores identificados en la entidad. - *Valores organizativos, Valores de las personas que reciben apoyos y Valores “virtudes” de los profesionales-*. No se ha avanzado mucho más en ese sentido; el equipo de conceptualización de valores sopesa la posibilidad de delegar esta

tarea al equipo de profesionales formados en la materia del Comité de Ética de la entidad.

*Paralelamente, a medida que se revisan y actualizan los procesos se van incorporando buenas prácticas, formas de intervención orientadas a las personas de esta manera:*

- Se elaboran mapas de procesos orientados a las personas en cada uno de los centros CRB, CLL, COL.
- Se elaboran baterías de indicadores de calidad de vida en CRB.
- Se elaboran y revisan todos los protocolos asistenciales en la CLL, RES, CRB, POU , buscando un enfoque centrado en la persona y en la aplicación



de buenas prácticas, así como en el establecimiento de las medidas preventivas.

- Consideramos que este objetivo de calidad es transversal a los objetivos de calidad 2 y 3.

### 1.4.3 Desempeño de los procesos y resultados de seguimiento y medición.

A través del Sistema de Gestión de ASPRONAGA, consideramos importante mantener nuestro enfoque a procesos como base metodológica de la UNE-ISO 9001-2015, así como la sistematización de su seguimiento a través del establecimiento de indicadores de medición en cada uno de los procesos y actividades planificadas. Durante este ciclo, tal como se explica en el apartado 1.2 del presente informe, se ha dado una respuesta lo más eficaz posible a los elementos de entrada al sistema de nuestras principales partes interesadas y a través de los procesos definidos mejorando con gran esfuerzo de todos los profesionales los resultados del ciclo anterior.

Durante el 2023 se realiza seguimiento a los indicadores establecidos en nuestro SGC, alcanzado la mayor parte de las metas establecidas.

En las siguientes páginas del informe se detallan los resultados de los indicadores por centros y se analizan las causas de aquellos para los que no se consiguen las metas:

- **Resultados Indicadores del CEEPR Ntra. Sra. de Lourdes.**

#### INDICADORES ASOCIADOS A LOS OBJETIVOS PXA DEL CURSO 2022-2023

				MEDICIÓN
1	Potenciar a relación coa administración educativa (agás a inspección)	a) Realizar 4 reunións de traballo co EOE	4	2 2
		b) Realizar 2 reunións de traballo coa Dirección Xeral	100%	100%
				100%



	Educativa por ser habitual).	c) Renovar as 11 unidades concertadas actuais.	100%	100%
2	Potenciar a relación con centros educativos de diferentes etapas e entidades do coñecemento da nosa realidade.	a) Realizar 4 reunións de traballo con departamentos de orientación	4	2 febrero, 2 Junio
		b) Recepción de visitas baixo demanda para orientar, ensinar recursos, etc a outros profesionáis	8	21
		c) Número de proxectos conxuntos con outros centros educativo	5	8*
		d) Número de alumnado que participa en proxectos conxuntos con outros centros	25	30*
		e) Número de empresas con accións conxuntas de formación laboral	4	5*
		f) Número de alumnos que participan en formación laboral en empresas	8	4
		g) Número de accións divulgativas con outros centros e entidades	8	12
3	Realizar un plan de comunicación específico do noso centro	a) Ter unha nova web operativa con documentación e recursos, al finalizar curso	6	No abordado
		b) Ter financiado un documental e rodado o mesmo , al finalizar el curso.	15	Pendiente financiación
4	Mellorar os procesos de ensino	a) Participación do persoal docente na formación voluntaria proposta polo centro	100%	92%
		b) Formación de un equipo de 4 persoas para a súa implantación no curso 23-24	4	4
		c) Existencia da ferramenta estándar de avaliación para aprobar no claustro de xuño de 2023.	1	1
		d) Presentacións do traballo feito nas aulas en reunións periódicas.	2	2
5	Consolidar e mellorar os	a) Participación de alumnado en itinerarios FPA CIFP Paseo das Pontes	6	6





itinerarios de FPAe TVA	b) Participación de alumnado itinerario FPA con CIFP Someso	4	4
	c Participación de alumnado en enseñanzas propias con certificados de profesionalidad	4	4
	d Participación de alumnado en APS	4	4
	e) Participación de alumnado en acciones formativas parciales certificables (Inserta)	10	No espacio para su realización
	f) Participación de alumnado en realizaciones de prácticas no laborables	6	6

### Indicadores para los que no se cumple la meta establecida

- **Número de alumnos que participan en formación laboral en empresas**

No se realizó formación laboral pero sí se están llevando a cabo colaboraciones con este fin; como con APPlus, Hoteles y Bimba y Lola.

- **Realizar un plan de comunicación específico.** Nueva página Web y financiación del documental. No se comienza con estos proyectos y todavía se está a la espera de lograr financiación para el documental. Se ha replanificado para este curso con acciones más concreta como la elaboración de los contenidos de la WEB y su difusión.

- **Participación del personal docente en la formación voluntaria para la mentorización de la LOMLOE.** Quizás la meta establecida del 100% era muy ambiciosa, se alcanza una participación del 92% del profesorado.

- **Participación del alumnado en acciones formativas parciales certificables.**

Este año no se realiza formación con Inserta, uno de los motivos es que no contamos con espacio suficiente para organizar estas formaciones, requiere un aula/taller a ras de suelo, La capacidad del CEEPR está al máximo.

Para el curso 23/24; se iniciará la medición de los indicadores diseñados para los nuevos procesos del SGC.

Ver en: <https://www.calidad-aspronaga.net/cuadro-de-mando-integral>



- **Resultados indicadores del Centro ocupacional y Centro de Día Lamastelle.**

Indicadores			Resulta	Result	Result
Código	Descripción	Meta	do 2021	ado 2022	ado 2023
0	Grado de satisfacción general de los usuarios con el servicio	≥85 %	82,9%	91,00%	89%
CLL-1.1	Grado de satisfacción de los usuarios al final del proceso de acogida	≥90 %	100%	100%	100%
CLL-2.1	Número de sugerencias a los PII realizadas por familias, usuarios o profesionales	≥70	No calculado	107	81
CLL-3.1	Nivel de inactividad laboral en los talleres del centro ocupacional	≤15 %	5,85%	1,77%	0,88%
CLL-4.1	Porcentaje de usuarios que participan en 3 o más actividades instrumentales distintas a lo largo del año	≥80 %	93%	95%	92%
CLL-5.1	Porcentaje de usuarios que participan en, al menos 3 actividades grupales o individuales de habilidades personales y sociales	≥90 %	86,49%	95,76%	92%
CLL-5.2	Grado de satisfacción de los usuarios con las actividades formativas grupales	≥85 %	83,05%	85,07%	75,70 %
CLL-5.3	Grado de satisfacción de los usuarios con el servicio de comedor	≥85 %	91,85%	89,04%	84,4%
CLL-6.1	Grado de satisfacción de los usuarios participantes en visitas/salidas y fiestas	≥85 %	91,58%	98,00%	94,7%
CLL-7.1	Grado de satisfacción de las familias con la información y asesoramiento que reciben en relación con su familiar	≥85 %	91,95%	89,00%	92,55 %
CLL-7.2	Grado de satisfacción de las familias con el servicio que se presta a su familiar	≥85 %	94,60%	94,8%	93,85 %
CLL-7.3	Porcentaje de familias que visitan el centro individualmente (acumulado)	≥5%	No calculado	11,96%	18%
CLL-7.4	Nº contactos con familias para seguimiento de los usuarios	≥150	208	417	286
CLL-7.5	Nº de reuniones generales con familias	1	No calculado	1	2



CLL-7.6	Porcentaje de familias de Lamastelle, que asisten a la fiesta anual de familias	≥50 %	No Calculado	21,00%	57%
CLL-7.7	Grado de satisfacción de las familias de Lamastelle, participantes en la fiesta anual de familias	≥85 %	No calculado	95,00%	93,5%
CLL-9.1	Porcentaje de familiares de usuarios que fueron baja, que se sintieron satisfechos con el proceso de baja, fuera por la causa que fuera	≥90 %	100%	100%	88%

### Indicadores para los que no se cumple la meta establecida

**Grado de satisfacción de los usuarios con las actividades formativas grupales** (meta  $\geq 85\%$ ), se obtiene un grado de satisfacción del 75,70%. Lo que supone una **caída de 9.3 puntos** por debajo de la meta establecida y sobre los resultados obtenidos en el ciclo 2022. También representa el grado de satisfacción con las actividades más bajo obtenido desde el inicio de su medición. *En otros ciclos la meta no ha llegado a cumplirse en 3 o 5 puntos máximo p.e 2021, 2018 con un resultado de 83,05% y 83,03% respectivamente.* Deberían analizarse las causas y establecer mejoras en las actividades de formación para que respondan a las necesidades y demandas de los usuarios.

### **Grado de satisfacción de los usuarios con el servicio de comedor**

Se obtiene un resultado de 84,4% para una meta del 85%. La tendencia respecto al ciclo anterior es de **4,6 puntos menos**. Los usuarios que menos están satisfechos con el comedor son los del centro ocupacional un 82% de satisfacción frente a un 89% del centro de día. Señalar que en las encuestas de satisfacción de los profesionales se solicitan mejoras relacionadas con este servicio.

Se abre acción correctiva en el SGC para analizar estas desviaciones.

### **Porcentaje de familiares de usuarios que fueron baja, que se sintieron satisfechos con el proceso de baja, fuera por la causa que fuera**

En el 1º trimestre un usuario es baja, sus intereses eran otros. No conseguimos retroalimentación por parte de la familia sobre el proceso de baja.



## RESULTADOS INDICADORES CENTRO RICARDO BARÓ y RESIDENCIA MARTÍN POU

En el ciclo 2023, damos un **paso más en la transformación del SGC** para alinear los Valores de las Personas con los de la Organización y los de los profesionales; Realizamos la primera medición para los indicadores propuestos en el Equipo de Calidad y adaptados a las dimensiones de calidad de vida. Su objetivo es *medir los **resultados “deseados” por las personas y relacionados a la forma en la que los profesionales prestan sus apoyos.***

INDICADOR				CRB	RMPOU
AUTODETERMINACIÓN	CRB5/ CRB3 TRANSVER	1	Elijo de forma activa en qué tareas quiero participar	> o = a 50%	70,60% 80%
		2	Decido los espacios de mi casa en los que más me apetece estar.	50%	76,50% 80%
		3	Elijo la ropa que necesito	> o = a 50%	41,20% 80%
		4	Tomo decisiones sobre mi ocio	> o = a 40%	11,80% 80%
DERE CHOS	CRB2/	5	Participo en el diseño de mi Plan Individual		
DESARROLLO	CRB6	6	Tengo los apoyos técnicos que necesito	70%	72,72%
BIENESTAR	CRB6	7	Tengo acceso a las nuevas tecnologías	> o = 50%	58,80% 20%
BIENESTAR EMOCIONAL	CRB5	8	Me siento satisfecho con las actividades de ocio en las que participo.	> o = 70%	80,28% 74,64% 63,38% 87,32% 76,4%
		9	Recibir buenos apoyos en las AVD	> o = 90%	96,95% 99,37% 98,16%
INCLUSIÓN SOCIAL	CRB5	10	Participo regularmente en actividades comunitarias	80% ; > o = 1	85,71% 77,40% 81,60% 83,09%



				81,95%	100%	
RELACIONES	CRB7	11	Mantengo contacto con las personas a las que quiero	< 0 =	8,20%	0%
				al 15%	6,50%	6,60%
					7,4%	3%
BIENESTAR FÍSICO	CRB4	12	Tengo los controles médicos necesarios para garantizar mi salud	< 0 =	28,35%	
				30%	72,30%	
				> 0 =	71,20%	
				50%	71,75%	
		13	Tomo decisiones en relación a mi dieta	> 0 =	8,85%	20%%
				40%		

**Indicadores del CRB y RMP para los que no se cumple la meta establecida y/o para los que deben establecer mejoras.**

**Indicadores de Autodeterminación:** Se cumplen holgadamente las metas relacionadas con la **toma de decisiones para participar en las tareas del hogar, con** resultados de hasta 30 puntos por encima de la meta establecida del 50%. No obstante, deberíamos revisar estas metas o contrastar esta participación con otras herramientas más de tipo observacional.

**No se cumple la meta del 50% en relación con la elección de ropa** para el centro Ricardo Baró y en casi 9 puntos, existe una notable diferencia entre ambas residencias. Una de las causas es el contar con habitaciones individuales en la RMP en las que los residentes pueden tener a su alcance las pertenencias. De todas formas, se deberían aplicar mejoras como buscar un equilibrio entre demandas de familias y residentes, mejorar accesos, espacios a las pertenencias.

**Indicador sobre la elección del ocio. se desvía 28 puntos** de la meta establecida en el CRB. Una de las causas está en las dificultades para planificar todo el ocio y según las preferencias dado el número de ocupación del CRB en **dónde viven 71 personas vs. RMP en la que conviven 15 personas.** Residencias con menos plazas permiten a las personas contar con apoyos personalizados y mantener una convivencia de hogar.



**Indicadores sobre Derechos:** En cuanto a la participación de las personas en su plan de apoyo individual no se alcanza la meta ya que todavía las personas no participan de forma activa en la elaboración de sus planes; ligeramente su tendencia va en aumento; *este año cada persona tiene un objetivo vital en su plan*; se debería valorar el establecer un indicador de incremento anual con el fin de alcanzar la máxima participación.

**Indicador de Desarrollo personal. Apoyos técnicos.** se alcanza la meta tras la participación en el proyecto asistencial ambulanzación de la valoración de sillas posicionadoras para usuarios de residencias. 22 personas renovaron su silla. A inicios de 2024 comienzas las valoraciones en la RMP

**Indicador de Bienestar material. Acceso a las nuevas tecnologías.** En la RMP: El 20% decide cuándo usar la Tablet; no se alcanza la meta establecida del 50%. La causa puede ser que las personas que utilizan las tecnologías y disfrutan de ello tienen al tiempo en sus intervenciones pautas y contratos para regular un uso excesivo. el 40% dice que a veces lo elige; el otro 40% dice usarlas sólo cuando se lo dicen

**Indicador de Bienestar físico. Tomar decisiones sobre mi denta. Elección en el menú.** Para una meta del 40% los resultados en el CRB y RMP se desvían unos 30 y 20 puntos respectivamente. Se deben establecer acciones para que las personas aporten sugerencias a los menús incluyendo en cada elaboración (menú verano y menú invierno) p.e > ó = a 5 sugerencias.

• **RESULTADOS INDICADORES RESIDENCIAS: ANTONIO PAZ (PLA Y CANCELA), LA CASA.**

INDICADORES	META	2021	2022	2023	
				LCL	VAP
% De usuarios satisfechos con su estancia en la residencia al final del proceso de acogida	> o =90%	100%	100%	100%	-
Número de aportaciones de los usuarios al menú	> o = 30	Se elimina, los menús vienen cerrados			
Porcentaje de usuarios que han acudido al dentista a su revisión anual	80%		85,70%	52,3%	55,5%
Porcentaje de residentes que han requerido intervención específica	<15%		11,10%	18,0%	14,20%



% De usuarios que tienen dos o más objetivos operativos en su pii	> o = 30%	43%	32%	38%	-
Nº de salidas de ocio comunitarias.	LC >o =150 RA >o =110	LC MP RA	LC MP		
		175 140 130	236 147	184	169
% de usuarios cuyas familias acuden a la fiesta anual de residencias	> o = 70%	suspendida por la situación por COVID	48%	82%	85%
% De familiares de usuarios que fueron baja, que se sintieron satisfechos con el proceso de baja, fuera por la causa que fuera	> o = 90%	NO HUBO BAJAS	100%	-	

En general la medición de los indicadores para La Casa de Lamastelle (LCL), y Antonio Paz (VAP), arrojan buenos resultados cumpliendo con las metas establecidas. No obstante, con la incorporación de 1 profesional técnico en las residencias, cambia el mapa de procesos por lo que el equipo de calidad revisará y establecerá nuevos indicadores para el ciclo 2024.

**Indicador % de residentes que no han acudido a la revisión anual del dentista.** No se alcanza la meta establecida del 80% en ambas residencias todavía faltan por programarse las últimas citas, el año pasado se reanudaron tras la pandemia, se realizaron todas entre los meses de noviembre y diciembre. En el mes de marzo se le hará de nuevo seguimiento a este indicador. Se debería realizar dos mediciones y dividir las visitas en 2 momentos del año.

- **RESULTADOS DE LOS INDICADORES DEL SERVICIO DE OCIO**

Consultar resultados en: [INDICADORES OCIO 2023\\_v2.xlsx](#)

Indicadores para los que no se cumple la meta establecida:

**Indicador 2: Acciones de colaboración con recursos comunitarios.**

En 2023 hemos tenido colaboraciones con el Orillamar, viajes amarelle, Club Maristas, Escuela de tenis marineda, voluntariado concello coruña, ágora, Adcor, Jockey sala y hierba, Potenciamos. En el 1º semestre no se cumple la meta establecida de 20



acciones, se realizan 11. Con la baja del responsable del servicio y al contar con 1 profesional menos en plantilla que se dedicaba a esta colaboración.

**Indicador 5: Adaptación de un recurso comunitario.** Este año el servicio de ocio no pudo asumir la organización de ningún evento. Se asumió desde la entidad por parte del CRB.

**Indicador 7: Apoyos activos en las actividades de mediación.** Aunque bajamos la meta a 15 apoyos al año no la cumplimos; hoy en día contamos con 1 profesional menos, a pesar de integrar los apoyos de mediación dentro de nuestra colaboración con la comunidad. En 2023 entre otros destacar la colaboración con Equitación, Proyecto Máscaras, Kilomberos, Orillamar...

En 2023 se da de baja el indicador **nº 3 Comunicaciones del Servicio de ocio son en lectura fácil y con pictografía.** ; consideramos que esta sistemática está totalmente interiorizada en el día a día. En reunión con responsable de Calidad se propone establecer en 2024 un indicador para verificar el nivel de comprensión de las comunicaciones que se realizan.

p.e Validación de 1 documento al año por parte del equipo de validadores que son socios del club

▪ **RESULTADOS de los INDICADORES PARA LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS.**

Indicadores			Resu ltado 2021	Resultado 2022	Resultado 2023
	Descripción	Meta			
EST1	Valoración de las familias del nuevo formato de Plan de Acción una vez emitido durante dos años consecutivos	Compresible al 2º año de su edición >75%	Toca medi ción en 2022	92,7%	Toca medición en 2024
	Porcentaje de familias que se sienten informadas sobre la planificación estratégica de ASPRONAGA. (nuevo en 2022)	>90%		93,2%	





EST2	Porcentaje de familias y/o usuarios que responden a la encuesta	Bianual 40%	46%	32,65% Satisfacción con planes estratégicos	Familias: 10% Muestra usuarios: CRB: 27%: CLL 33% Profesionales: 24%
EST3	Porcentaje de plazas fijas cubiertas con personal eventual de la empresa	Anual. Tras proceso selección por vacante 90%	67%	38%	36,36%
	Porcentaje de trabajadores que participan en al menos 1 acción formativa al año	Cuatrimestral 30%	31%	59%	79%
EST-4	Satisfacción de los trabajadores con el Sistema de Gestión de Calidad	Cada 2 años A: Total, interiorizado >80% B: Aporta mucho valor >70% C: Facilita el trabajo >85%	A: 71% B: 44% C: 40%	N toca medición	A: 82% B: 58% C: 50%
EST-5	N.º de Estrategias implementadas a partir del(DAFO)	1 objetivo de Calidad	1	1	3
		10 despliegue de Riesgos y Oportunidades	No rev DAF O	11	7
		5 acciones mejora	6	8	7
EST-6	Nº de Riesgos con una evaluación "alta" que se han abordado en un plazo inferior a 15 días	Menos 15 días	3	7	4
EST-7	Nº de visitas a la WEB de Calidad	semestral >500	2358	1449	1129



% de objetivos estratégicos alcanzados en el PLAN DE COMUNICACIÓN ANUAL	semestral	80%	80%	100%
	80%			

**Indicadores ESTRATÉGICOS para los que no se cumple meta:**

- Indicador **EST-2 Porcentaje de familias y/o usuarios que responden a la encuesta;** A pesar de espaciar la frecuencia de realización de encuestas, la participación es muy baja; en reunión se determina mantener este canal, por su objetividad, y realizar un seguimiento cuando se envíen las encuestas con el fin de animar a las familias y conseguir una mayor representatividad.
- **EST-4 Satisfacción de los trabajadores con el Sistema de Gestión de Calidad**  
Respecto al año 2021 un 11% más de los profesionales ha interiorizado el SGC/  
No se cumple meta para: Aporte valor respecto al año 2021 *aunque se incrementa en 14 puntos* y Que facilite mi trabajo. Incremento de 10 puntos. **Se valora para 2024 introducir indicadores de incremento.**
- **EST-3 Porcentaje de plazas fijas cubiertas con personal eventual de la empresa**  
No se cumple la meta para este indicador. En estos últimos años la política de la entidad es la de promocionar a profesionales de la plantilla. Se cubren 11 plazas fijas con personal de la empresa y 4 con eventuales. Se acuerda incorporar un indicador que mida ambas tipologías de plaza.
- **EST-5 N.º de Estrategias implementadas a partir del (DAFO)**  
**A: Objetivos de Calidad:**  
Construcción módulo de menores, se incorpora Implantación Resi Plus y Norma LiberaCare  
**B: Riesgos y oportunidades:**  
Fuga y escasez de personales, (Vinculado al Reto 5 del plan acción 2022-2026),  
Jornadas incompatibles con la conciliación familiar (Vinculado al Reto 5 del plan acción 2024-2026),  
Renovación de las instalaciones. Vinculado al Reto 1 planes acción 2021-2026)  
Dificultades en la coordinación y gestión de medicación  
Incorporación de perfiles técnicos en residencias  
Renovación equipo calidad residencias  
Seguridad en servicio de autobuses



**C: Acciones mejora:**

- Recuperación de vínculos familiares,
- Participación en actividades en la comunidad,
- Reorientar modelo de apoyos a proyectos de vida de las personas (Vinculación Reto 3 Plan de acción 2024-2026),
- Elaboración, actualización protocolos servicios sociosanitarios.
- Formación a familias, profesionales, usuarios en buen trato
- Orientar procesos del CLL a calidad de vida
- Fomentar participación de usuarios del CLL

• **RESULTADOS DE LOS INDICADORES PARA LOS PROCESOS DE APOYO.**

Indicadores		Resulted 2022	Resulted 2023	
	Descripción	Meta		
APO1	N.º de proveedores con 1 o más incidencias identificadas en la Reunión de Coordinación.	Menos o igual a 3 en cada Acta de Coordinación	7	2
	N.º de acciones realizadas para la mejora en la prestación del servicio.	Menos de 10	10*	5
	N.º de proveedores con la condición de "CALIFICADO".	>70%	65,3%	67,8%
	N.º de proveedores con la condición de "CALIFICADO CON RESERVA"	≤20%	19,23%	10,7%
	N.º de proveedores con la condición de "DESCALIFICADO".	≤10%	15,3%	0%
APO2	N.º de NO CONFORMIDADES detectadas en relación con este proceso.	Menos de 2	2	1



APO3	Tiempo de respuesta de Menos de 7 días tras la apertura del parte de incidencia.	>70%	No med	1° s. 87,50%
	N° de incidencias detectadas en relación con el proceso de atención doméstica (RES APO-4).	< ó = 5	2	2°s 80,18%
				5

- En relación con el **indicador N.º de no conformidades detectadas en para el proceso APO2 Documentación**, no se alcanza la meta establecida, a lo largo del año se reiteran 2 no conformidades La actualización de los PAU, evaluación eficacia de acciones formativas, actualización del Plan cuidados de usuaria CRB, No seguimiento registros controles APPCC, Limpiezas extraordinarias.
- En 2023 se realizan las mediciones semestrales para el proceso **APO3 de n° de incidencias de mantenimiento que se resuelven en menos de 7 días (tiempo de respuesta)**

Al margen de que se cumple la meta establecida para este indicador, al analizar las encuestas de satisfacción de los profesionales se recomienda mejorar la falta de rapidez y eficacia con el servicio de mantenimiento; p.e. personal del CEEPR, se debe valorar si la sistemática por partes está integrada;

## 1.5 Seguimiento de las acciones

En la entidad tenemos interiorizada una cultura de mejora continua a través del establecimiento de **oportunidades de mejora y la implementación de las acciones de mejora** necesarias para cumplir los requisitos de las personas y aumentar su satisfacción.

### 1.5.1 No conformidades, acciones correctivas.

A lo largo del ciclo 2023 se le da seguimiento a las siguientes no conformidades:



a) Centro Ocupacional y Día Lamastelle

- **Incumplimientos detectados en el acta de la inspección de Servicios Sociales relativos al mantenimiento de las instalaciones, el funcionamiento del servicio para la atención y seguimiento de los residentes y en cuanto a la documentación reglamentaria.**

Apertura el 17/10/2022; Cierre: 12/01/2024

Se verifica por parte de la función inspectora; la subsanación a los requerimientos.

- **Incumplimientos detectados en la Inspección de Sanidad, acta de control oficial nº C482522.** Apertura;28/12//02/2023 PENDIENTE DE CIERRE

Se verificará en la siguiente inspección. En noviembre de 2023 quedan elaborados los nuevos manuales APPCC, enero del 2024 se ponen en marcha los nuevos registros.

- **Incumplimientos detectados en el acta de la inspección de Servicios Sociales relativos al mantenimiento de las instalaciones, el funcionamiento del servicio para la atención y seguimiento de los residentes y en cuanto a la documentación reglamentaria.**

Apertura el 12/01/2024; Cierre: PENDIENTE VERIFICACIÓN POR LA INSPECCIÓN

b) Centro Ricardo Baró

- **Incumplimientos detectados en la Inspección de Servicios Sociales nº A-290/2021, relativos al mantenimiento de las instalaciones, el funcionamiento del servicio para la atención y seguimiento de los residentes y en cuanto a la documentación reglamentaria.**

Apertura el 18/05/2021; Cierre el 10/11/2023.

Se verifica por parte de la función inspectora; la subsanación a los requerimientos.

- **Incumplimientos detectados en la Inspección de Sanidad, acta de control oficial nº C482523 CENTRO RICARDO BARÓ**

Apertura:28/02/2023 **PENDIENTE DE CIERRE**

Enero del 2024 se incorporan paulatinamente nuevos registros APPCC y se modifica toda la estructura oxidada de la campana. Pendiente la incorporación de los alérgenos en los Menús.



- **Incumplimientos detectados en la Inspección de Servicios Sociales nº A-916/2023, relativos al mantenimiento de las instalaciones, el funcionamiento del servicio para la atención y seguimiento de los residentes y en cuanto a la documentación reglamentaria.**

Abierta 10/11/2023      PENDIENTE CIERRE

Se verificará en la siguiente inspección. No resultó eficaz la acción inicial desplegada en cuanto al sistema de autorización de uso de las instalaciones: para la sala de terapia ocupacional y sala de juntas. Tras comunicar el cambio de uso, en enero de 2024 desde la Consellería nos solicitan un proyecto para autorizar estas modificaciones. Se valora no esperar al inicio de la construcción del módulo de menores (previsto para el mes de marzo de 2024) ya que el mismo requerirá algunos cambios que afectarán a las actuales instalaciones. Con lo que se decide volver al uso antiguo para estas instalaciones en los meses de verano, pues en estos momentos se está utilizando la sala de aislamiento para casos de gripe y algún otro por COVID.

- **En revisión del proceso por parte de la responsable de Calidad se detecta un incumplimiento de los plazos de revisión del plan individual de apoyos.**

Apertura: 10/12/2023.      **PENDIENTE DE CIERRE** tras realizar verificaciones por parte de RC.

18/12/23 Se revisa, actualiza procedimiento y los seguimientos de los objetivos en cada una de las salas; se elabora un cuadro resumen con los objetivos de los planes que sirva de guía a los profesionales de atención directa.

08/01/24 Se verifica realización de cronograma y calendarización de revisiones de PAI. Se comienzan a realizar seguimientos por parte del técnico en Resi+

- **En auditoría interna se detectan incumplimientos con el procedimiento de limpieza y desinfección del manual APPCC.**

Apertura: 15/01/2024. Respuesta:22/01/2024. **Pendiente cierre:** tras verificar el que la nueva sistemática esté incorporada por parte de la R. Calidad.

- **En auditoría interna se detectan incumplimientos con la falta de limpieza en algunas zonas de las instalaciones.**

Apertura: 31/01/2024. Respuesta:14/02/2024. **Pendiente cierre:** tras verificar el que la nueva sistemática esté incorporada por parte de la R. Calidad.



c) Residencias La Casa, Antonio Paz y Martín Pou

- **La RC/Dirección, detecta dificultades en la coordinación con el servicio de ocio.**

Apertura: 24/02/2023. Cierre: 28/10/2023

Tras la finalización de los viajes de verano; y antes del relevo en la Dirección. Se valora con el personal el funcionamiento en cuanto a la coordinación con el servicio de ocio; ha mejorado bastante.

- **Incumplimientos detectados en la Inspección de Servicios Sociales nº A-692/2022, /RESIDENCIA MARTÍN POU relativos al mantenimiento de las instalaciones, el funcionamiento del servicio para la atención y seguimiento de los residentes y en cuanto a la documentación reglamentaria.**

Apertura: 17/10/2022. Cierre: 08/01/2024

Se verifica por parte de la función inspectora; la subsanación a los requerimientos.

- **Incumplimientos detectados en la Inspección de Sanidad, acta de control oficial nº C498303 RESIDENCIA LA CASA LAMASTELLE y RESIDENCIA MARTÍN POU**

Apertura: 27/12/2022. Cierre: 16/12/2023

Se verifica por parte de la función inspectora; la subsanación a los requerimientos.

- **Incumplimientos detectados en la Inspección de Servicios Sociales nº A-290/2021,**

Apertura: 28/04/2021. Cierre: 23/11/2023

Se verifica por parte de la función inspectora; la subsanación a los requerimientos.

- **De auditoría interna Expedientes de los residentes no actualizados: contratos prestación de servicios y comunicación de ingresos involuntarios**

Apertura: 05/05/09. Cierre: 27/11/2023

A lo largo del año 2023 se verifica tanto por la inspección como por la RC que se guarde constancia de la comunicación de los ingresos involuntarios. Los expedientes de las residentes están actualizados tras la incorporación de la nueva dirección y sobre todo con la trabajadora social. En cuanto a su completa digitalización se hará seguimiento a través del objetivo de calidad de la implantación de la Resi Plus.

- **Incumplimientos detectados en la Inspección de Servicios Sociales en R. PLA Y CANCELA**

Abierta: 16/01/2022

PENDIENTE DE CIERRE



- **Revisión proceso APO3/Res. Se detecta que no están definidas las tareas extraordinarias** en un cuadrante lo que está generando dificultades sobre todo al personal de sustitución.

Apertura: 22/11/2023

Cierre: 16/01/2024

d) CEEPR Nuestra Sra de Lourdes.

**No están definidas las fichas de procesos del nuevo Mapa de Procesos del colegio**

Apertura: 16/11/2023

Cierre: 31/01/2024

Se definen todos los elementos de la ficha de procesos y se comienzan las mediciones, según frecuencia, con los nuevos indicadores para este curso 23/24.

**1.5.2. Seguimiento general de las acciones y riesgos en 2023**

**Seguimiento de las acciones para las Residencias**

	Tipo/origen	Apertura	Cierre	Estado	Ver seguimiento
1	<b>Mantenimiento y mejora de las instalaciones</b>				
	Mejora/DAFO	07/22	En24	Abierta	<u>VER Despliegue</u>
	Se están subsanando deficiencias con relación al mantenimiento y estado del mobiliario				
2	Reorientar el modelo de apoyos a los proyectos de vida de las personas				
	Mejora/Demanda	03/2023	En-fe b24	Abierta	<u>VER Despliegue</u>
	Demanda de las PCDI para el ejercicio de sus Derechos que nos obliga a alienar los valores de la organización con los de las personas.				
3	<b>Revisión del SGC: Protocolos, Mapa procesos .</b>				
	A. Mejora	06/22	En.24	Abierta	<u>VER Despliegue</u>
	En 2023, nuevo equipo, se revisan protocolos, contexto, mapa procesos.				
4	<b>Inadecuada salud bucodental</b>				





	Riesgo/Aumenta	23/03/2022	Ult. Ene 24	Abierta	<u>VER Despliegue</u>
	Retraso en citas para la revisión anual, dificultades para supervisar higiene.				
	<b>Mejorar la sistemática en la preparación de la medicación.</b>				
5	Riesgo/Minimizado	12/22	01/24	Cerrado	<u>VER Despliegue</u>
	Seguimiento con muestreos aleatorios, revisión protocolo equipo				
6	<b>Incorporación de dos perfiles técnicos en las residencias: psicóloga y trabajadora social</b>				
	OPORTUNIDAD	12/23		Aprovechar	
7	<b>Renovación del equipo de calidad formado por profesionales de cada una de las residencias y de los distintos servicios</b>				
	OPORTUNIDAD	04/22		Aprovechar	
8	<b>jornadas incompatibles con la conciliación familiar</b>				
	Riesgo	06/23		Segui. Reto 5 Plan acción	
9	<b>Fuga y escasez de profesionales</b>				
	Riesgo	11/23		Segui. Reto 5 Plan acción	
10	<b>Recuperación de vínculos de los residentes con familias y amistades.</b>				
	A. Mejora	04/23		Abierta	<u>Ver Despliegue</u>
11	<b>Participación Activa en actividades comunitarias</b>				
	A. Mejora	11/23		Abierta	<u>Ver Despliegue</u>

Consultar despliegue y seguimiento en detalle de las acciones de residencias en: [2023 ACCIONES RESIDENCIAS \(1\).xlsx](#)

### Seguimiento de las acciones Centro Laboral Lamastelle, 2023

	Tipo/origen	Apertura	Cierre	Estado	Ver seguimiento
1	<b>Desequilibrio en las necesidades de apoyo de los usuarios y de sus familias: éstas han variado</b>				
	Riesgo	17/10/2017	19/01/2024	Cierre	<u>Ver seguimient</u>



	el riesgo se sigue minimizando ya que se han destinado recursos para atender a las necesidades de las familias. (trabajadora social) , programas (integración sensorial) y reorganización del centro de día				
2	<b>Carencia de empresas externas que proporcionen ocupación laboral</b>				
	Riesgo	17/10/2017	28/03/2023	Cierre	<u>Ver seguimient</u>
	Valoramos que las empresas para las que trabajamos nos ofrecen suficiente ocupación en el centro. Riesgo minimizado				
3	<b>El servicio de autobuses no es seguro</b>				
	Riesgo	17/10/2017		Abierta	<u>Ver Seguimien</u>
	Ha mejorado, sobre todo en la coordinación con el servicio; adquisición de nueva furgoneta Por la alta criticidad de este servicio, valoramos mantenerlo abierto.				
4	<b>Orientar procesos del Centro Laboral y Centro de Día hacia una mayor Calidad de Vida de los usuarios.</b>				
	Mejora/contexto	20/01/2022		Abierta	
	Nuevo PAI, mapa procesos, configuración en resiplus _ facilitar la medición de indicadores.				
5	<b>El Tren de PLA</b>				
	Mejora/contexto	12/01/2022	28/03/2023	Cerrada	<u>Ver seguimien</u>
	Se finaliza la actividad de Pla y se inicia la actividad de control emocional.				
6	<b>Fomentar la participación de los usuarios del CLL</b>				
	Mejora/contexto	20/01/2022		Abierta	
	Comunicación recoger sugerencias, actas... mensajes de voz. Formación de un grupo con Plena Inclusión.				
7	<b>Desviación de indicadores del proceso CLL5</b>				
	Correctiva/SGC	21/01/2024		Abierta	
	Realización sondeo para implantar mejoras, realizar 2 mediciones año				

Consultar despliegue y seguimiento en detalle de las acciones del CLL en: [CLL SEGUIMIENTOS 2024.xlsx](#)



**Seguimiento de las acciones Centro Ricardo Baró, 2023**

1	<b>Propuesta y organización de unas nuevas actividades de ocio en el centro "Sesión Vermú"</b>				
	Mejora	6/11/19	26/06/2023	Cerrada	<a href="#">Ver Seguimien</a>
	No resultó eficaz, las demandas de los residentes han cambiado, salidas y participación en la comunidad				
2	<b>Mejorar el compromiso de los profesionales y residentes hacia prácticas basadas en la sostenibilidad y cuidado del entorno</b>				
	Mejora	15/06/2021		Abierta	<a href="#">Ver Seguimien</a>
	Colaboración Ecoembes, GatoCan, subvención paneles fotovoltaicos y fuentes agua de la traída (reducir botellines plásticos)				
3	<b>Infraestructuras deterioradas y espacios pequeños</b>				
	Riesgo	01/11/2017		Abierto	
	Durante el año 2023 se fueron acometiendo pequeñas obras y se han solicitado subvenciones para la colocación de paneles fotovoltaicos.				
4	<b>Formación de familias, profesionales en buen trato, proyectos de vida</b>				
	Oportunidad	01/01/2018		Abierta	
	Se organizan unas jornadas a las familias de sensibilización hacia el un nuevo modelo de vida y cuidados centrados en la dignidad de las personas. El 12 de marzo 2024 se realizará otra sesión.				
5	<b>Fomentar la participación de las personas en actividades terapéuticas e inclusivas.</b>				
	Mejora	20/09/2022	11/12/2023	Cerrada	
	AndainaBaró y Huerto: integradas en las planificaciones				

Consultar despliegue y seguimiento en detalle de las acciones del CRB en: [SEGUIMIENTO CRB 223.xlsx](#)



### Seguimiento de las acciones en CEEPR Ntra.Sra. Lourdes, 2023

1	<b>COL.01 Adecuación del centro a la LOMLOE en todos sus niveles de concreción curricular y su proyecto educativo.</b>			
	Oportunidad			<a href="#">Ver seguimiento</a>

Consultar despliegue y seguimiento en detalle de las acciones del COL en:

[SEUIMIENTOS COL 2023.xlsx](#)

### Seguimiento de las acciones en ESTRATÉGICOS, 2023

1	<b>Actualización de la documentación a la normativa vigente: planes de autoprotección, manuales APPC, Planes de Igualdad, Sistema de Protección a la Infancia, Protocolo LGTBI</b>			
	Correctiva	01/03/2023		<a href="#">Ver seguimiento</a>

### Seguimiento de las acciones en Servicio de Ocio, 2023

1	<b>Visión del papel de apoyo del voluntariado con las PCDI</b>			
	Riesgo	01/03/2017	Abierto	<a href="#">Ver seguimiento</a>
	<b>En septiembre de 2023 se realizan 3 charlas a voluntariado. Esclavas. Club Maristas y Orillamar.</b>			
3	<b>Aprobación RRI</b>			
	OBsrv Auditoría Ex	15/11/2021	Abierto	
	El RRI está elaborado se han planificado sesiones con PCDI para su validación			



## 1.6 Resultados de las auditorías

Para el proceso de evaluación, control y seguimiento del Sistema de Gestión, la entidad ejecuta anualmente un programa de auditoría, según los requisitos de la Norma UNE-EN-ISO 9001:2015.

El objetivo que pretendemos al planificar estas auditorías es el de conocer el grado de eficacia de nuestro sistema de gestión; determinar dónde existen problemas para corregirlos y mejorar el desempeño de las actividades.

### 1.6.1 Seguimiento de las auditorías internas

En el ciclo 2023 se realizan auditorías internas por parte de la responsable de calidad en las que se supervisan los siguientes procesos:

- Procesos de apoyo: Servicios de Servicios domésticos: Limpieza y cocina en CEEPR, CRB, MPOU, CLL
- Proceso esencial: Elaboración y evaluación del plan individual de trabajo del CRB.
- Procedimiento preparación de medicación en RES. Muestreos aleatorios

Resumen de los **principales hallazgos de auditoría interna** hacen referencia a:

#### Centro Ricardo Baró:

- **CRB-2 En revisión del proceso por parte de la responsable de Calidad se detecta un incumplimiento de los plazos de revisión del plan individual de apoyos.**

Apertura: 10/12/2023. **PENDIENTE DE CIERRE** tras realizar verificaciones por parte de RC.

18/12/23 Se revisa, actualiza procedimiento y los seguimientos de los objetivos en cada una de las salas; se elabora un cuadro resumen con los objetivos de los planes que sirva de guía a los profesionales de atención directa.

08/01/24 Se verifica realización de cronograma y calendarización de revisiones de PAI. Se comienzan a realizar seguimientos por parte del técnico en Resi+

- **APO3/CRB En auditoría interna se detectan incumplimientos con el procedimiento de limpieza y desinfección del manual APPCC.**

Apertura: 15/01/2024. Respuesta:22/01/2024. **Pendiente cierre:** tras verificar el que la nueva sistemática esté incorporada por parte de la R. Calidad.



- **APO3/CRB En auditoría interna se detectan incumplimientos con la falta de limpieza en algunas zonas de las instalaciones.**

Apertura: 31/01/2024. Respuesta:14/02/2024. **Pendiente cierre:** tras verificar el que la nueva sistemática esté incorporada por parte de la R. Calidad.

#### **Residencia Martín Pou**

- **Revisión proceso APO3/RMP. Se detecta que no están definidas las tareas extraordinarias** en un cuadrante lo que está generando dificultades sobre todo al personal de sustitución. Apertura: 22/11/2023

#### **Centro Educativo Ntra. De Lourdes.**

- **Revisión proceso APO3/COL En auditoría interna se detectan incumplimientos con la falta de limpieza en algunas zonas de las instalaciones.**

### 1.6.2 Seguimiento de las auditorías externas

*Ver PAC: [Seguimiento PAC \\_envio en sep23.pdf](#)*

Análisis de no conformidades derivadas de la Auditoría Externa:

**a) NO CONFORMIDAD 1: Con con relación a requisitos asociados a Objetivos y planificación del CEE para lograrlos, se detecta:**

- a) Que no se presenta **evidencia de una completa planificación** de los objetivos del Educativo en cuanto a plazos y responsables de su ejecución.
- b) Objetivos del Centro Educativo para los cuales **no se evidencia seguimiento** de estos.
- c) **Objetivos del Educativo para los que no se han definido objetivos/indicadores a alcance.**
- d) No se evidencia **trazabilidad y coherencia entre los objetivos identificados en la PXA** presentada a Inspección y los realmente planificados y ejecutados por el centro aulas.

**Acciones que se realizan:**

- a) El Plan de Dirección incluye acciones con una temporalización anual, sus responsables y las mediciones semestrales correspondientes y alineadas con la nueva PXA 2023-2024. Ambos documentos se alinean como fue comentado en la auditoría que se haría.
- b) El plan de Dirección es un documento guía (no oficial). Su implementación y seguimiento se realizará a partir del presente curso 23/24 de forma alineada con la programación anual. (PXA),
- c) la PXA está disponible a 20 de octubre, tras aprobación de claustro (9 de octubre) y Consello Escolar (17 de octubre).
- d) Tras aprobación de la PXA y su alineación con el plan de dirección, se la hará seguimiento a las líneas de acción planificadas para este año. Damos por cerrada esta No Conformidad.

Ver documento: [Planificación\\_Plan de dirección Colegio 22-25.xlsx](#)

**a) NO CONFORMIDAD 2:** En relación con requisitos asociados a recursos de seguimiento y medición, si bien el servicio médico realiza controles de peso, tensión, etc. no se evidencia control / verificación, de los equipos utilizados para dichos seguimientos. Por ej. báscula, esfigmomanómetro, etc.

**22/06/2023:** se realiza la verificación de los dispositivos de medición críticos del servicio médico y según procedimiento establecido por la entidad (APO 4-2); la próxima verificación está prevista para el 22/12/2023.

**13/06/2023** se realiza la verificación de las temperaturas de las neveras y cámaras frigoríficas en los diferentes servicios de la entidad y según procedimiento establecido por la entidad (APO 4-2); la próxima verificación está prevista para el 13/12/2023.

**El 14/01/2024** se verifica la realización de las mediciones correspondientes al 2º semestre.



**a) NO CONFORMIDAD 3:** En relación con requisitos asociados a Evaluación de la eficacia de la formación realizada, a fecha de auditoría no se dispone de información relativa a la misma (Solamente se recoge información de los asistentes una vez terminado el curso, si bien dicha información no permite conocer la eficacia de los conocimientos adquiridos, en relación con los objetivos de la acción formativa).

1) El **12/04/2023** Se evalúa la eficacia de la formación de 15 profesionales que han participado en la formación de **INTEGRACIÓN SENSORIAL**; 2 de ellos ya no forman parte de la plantilla. El 100% ha adquirido un NIVEL ALTO de conocimientos teóricos relacionados con el procesamiento sensorial su definición y señales de alarma. El 53,8% adquiere un nivel intermedio en la aplicación diaria de estos conocimientos. Dados los beneficios que tiene la aplicación práctica en las intervenciones de un enfoque de Integración Sensorial tanto en las personas con mayores necesidades de apoyo como para los profesionales en sus intervenciones; en abril de 2023 en el Centro de Día se contratan los servicios de un profesional experto en integración sensorial para acompañar a los profesionales en sus intervenciones y mejorar de esta manera sus buenas prácticas.

2) El **9/05/2023** se evalúa la eficacia de la formación de PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA; se evalúan a 22 profesionales, ya que 3 participantes de esta no forman parte del equipo o están de baja temporal en el momento de la evaluación. En relación con la adquisición de conocimientos teóricos el 72,7% de los participantes consigue un NIVEL ALTO; el 63,6% aplican de forma generalizada en su práctica diaria un enfoque centrado en la persona.

3) El **13/05/2023**; Se evalúa la eficacia de la formación de 12 de los participantes, en el momento de realizarla 4 de ellos no forman parte de la plantilla. De los profesionales evaluados, El 75% han adquirido UN NIVEL ALTO en la adquisición de los conocimientos teóricos relacionados con los Principios básicos de ACP y sus estrategias de intervención. El 91,66% de los profesionales han adquirido un NIVEL ALTO de aplicación en su práctica profesional diaria: Actitudes del personal, empatía y gestión emocional en el apoyo a personas con conductas desafiantes.

4) **19/02/2023** Se evalúa la eficacia de la Monitorización realizada en el CEEPR sobre la adecuación a la LOMCE





**a) NO CONFORMIDAD 4:** En relación con requisitos asociados a Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño, se detecta:

a) Que no se ha llevado a cabo la medición de los datos del 1º semestre del curso 2022.

b) Que no se han definido indicadores para todos los procesos identificados en el mapa de procesos del centro (se enfocan a la medición de los objetivos de la PXA).

c) Se observan algunos indicadores para los que no se alcanza el umbral y no se identifica la necesidad de tomar acciones. Por ej.: % de usuarios con resultados patológicos en analítica de control anual, se obtienen 7 puntos más respecto a la meta establecida y se aprecia un aumento creciente respecto a años anteriores. Por ej. para la meta de  $\leq 30\%$  de patologías detectadas en los controles analíticos anuales; comentar que en el año 2019 se obtiene un resultado del 23% y en los años 2020 y 2022 los resultados son del 31, 25% y 37% respectivamente.

✓ Respecto al indicador, números de casos revisados en las reuniones de coordinación y evaluación se obtiene un resultado de 18%; no alcanzando la meta de  $> 45\%$ , 1º semestre: 4 casos de 71: 2º semestre 9 casos de 71.

✓ Familias que muestran interés por que se les explique el plan de intervención individual que se realiza con su familiar. Se obtiene 18% del total de las familias. Umbral mayor o igual a 45%.

✓ % de familias que responde al informe para familias del PII. No se calcula.

✓ de familias y/o usuarios que responden a la encuesta (33% en lugar de 40%) y

✓ Porcentaje de plazas fijas cubiertas con personal eventual de la empresa (38% en lugar de 90%).

a) Durante el desarrollo de la auditoría se evidencia la medición de los datos del 1º semestre de 2022.

b) Para el inicio del **curso 23/24 se establecen nuevos indicadores** para los procesos identificados en el del mapa de procesos del colegio

c) Se realiza un seguimiento de la **desviación de los siguientes indicadores** y sobre los que se determina:

**\_Analíticas patológicas:** El servicio médico atribuye la desviación de estos dos últimos años tan sólo se realiza analítica a aquellas personas que presentan una patología ya de base; de ahí muchas de las alteraciones; esto es debido a las restricciones y al elevado nº de casos que han sufrido los residentes. En octubre del 2023 se finaliza la realización



de Analíticas es para toda la población de residencia con lo que se espera alcanzar la meta establecida.

**\_Casos revisados en reuniones de coordinación:** en la revisión de este indicador hubo un error por parte de la nueva responsable de medirlo; con el fin de evitar y facilitar la labor al revisar las actas se incorpora un campo al formato de registro para contabilizar los casos revisados en cada reunión

**\_ Participación de usuarios en encuestas \_** La participación de los usuarios en las encuestas y sobre todo en residencias está estrechamente relacionado con los apoyos que reciban por parte de los profesionales para cubrirlas; se decide no cambiar la meta, puesto que ya se establecieron medidas previas como el realizar las encuestas cada 2 años por el cansancio que acusaban al realizarlas anualmente; se asegurará que todas las personas que quieran cubrir las encuestas tengan los apoyos necesarios para hacerlo por parte del profesional responsable directo.

**\_Plazas eventuales adjudicadas\_** La responsable del proceso decide bajar la meta a 70% dado que en los últimos años y como reconocimiento a la labor de los profesionales con gran experiencia y trayectoria en la entidad se ha primado la promoción interna. Así también destaca que la mayor parte de las candidaturas son de profesionales fijos que buscan mejorar sus condiciones laborales.

**a) NO CONFORMIDAD 5:** Con relación a requisitos asociados a No conformidades y acciones correctivas, se detecta que no se evidencia un adecuado tratamiento de estas.

**a)** Se realiza seguimiento de las no conformidades abiertas detecta dadas en el ciclo 2021;

**b)** En reunión con Gerencia y direcciones de los diferentes servicios se revisa el informe de auditoría y se tratan los seguimientos a realizar sobre las diversas inspecciones que reciben nuestros centros. Se acuerda que, tras la subsanación y correspondiente envío a la inspección del escrito de contestación a los requerimientos (y en el plazo establecido), se mantendrán abiertas estas no conformidades en el SGC, siendo el principal motivo que nunca se recibe una contestación al mismo y que la función inspectora al inicio de cada inspección procede a la verificación de la subsanación sobre los requerimientos derivados de la inspección anterior.

**c)** Se revisan las acciones desplegadas para las acciones correctivas RES 81 y RES 82 derivadas de la revisión del contexto realizada en diciembre del año 2022 y con fecha de apertura del 24/02/2023 y 13/11/2022 respectivamente; se realiza seguimiento de estas a lo largo del año 2023.



### Seguimiento de observaciones derivadas de la auditoría externa:

- Observación de auditoría externa. Proyecto de adecuación de metodología PCP para los residentes del CRB. En el Plan de Apoyos se identifican las necesidades y expectativas de las personas y al margen de los objetivos relacionados con las dimensiones de calidad de vida se establecen también **Objetivos Vitales para cada residente.**
- Observación de auditoría externa. Digitalización de documentación de usuarios. En el CLL, y RES de forma sistemática se digitaliza toda la documentación para los nuevos ingresos; con la implantación de la Resi+ se han digitalizado parte de los expedientes del resto de usuarios. En el CRB se han digitalizado todos los expedientes. Una alumna de prácticas del CEEPR de Aspronaga está en proceso de digitalización de los expedientes de los profesionales.  
 . COL uso de XADE para el 75% del alumnado.
- Observación de auditoría externa: Extensión de **ADDITIO como herramienta de evaluación** en todas las aulas.  
 En el Plan de Dirección del CEEPR y en la Programación Xeral do Centro (PXA) para el curso 23/24 se contempla la implantación de ADDITIO para realizar 2 evaluaciones a lo largo del curso. Además, se determina utilizar el PROGRAMAME para diseñar las programaciones de aula, dadas las limitaciones que presentan el PROENS y el XADE. Se han adquirido las licencias y se programa una formación destinada al profesorado en el uso de este nuevo sistema de evaluación, se inicia el 24 de marzo y finaliza el 13 de mayo.
- Observación de auditoría externa: Si bien la entidad se encuentra en proceso de implantación del aplicativo Resiplus, a fecha de auditoría no ha establecido de manera documentada una planificación de dicho cambio. En marzo de 2023 se diseña una planificación a la cual se le da seguimiento y para la que establecen los objetivos, líneas de acción, responsables y plazos.  
 Ver planificación y seguimiento implantación ResiPlus: [Planificación RESIPLUS.xlsx](#)
- Observación de auditoría externa: Se observa que la ficha de datos generales y aportados por la familia al inicio (CLL), no recoge clausulado relativo a RGPD.  
 Se incorpora cláusula de protección de datos
- Observación de auditoría externa: Indicador APO4. En relación con el seguimiento y medición de procesos, se observa que, si bien se establece tiempo de respuesta a incidencias, si bien a fecha de auditoría no se está midiendo. Se realizan 2 mediciones siguiendo la frecuencia establecida en el cuadro de mando.



## 1.7 Desempeño de los proveedores

La organización tiene establecido un procedimiento de compras en donde están incluidos todos los parámetros de selección, evaluación, seguimiento de las compras y reevaluación de proveedores.

### Resultados de la Evaluación de los proveedores en el año 2023.

En reunión de coordinación se realizan una evaluación de *los 21 proveedores identificados como los más críticos*,

En la siguiente tabla se presenta la calificación obtenida para aquellos proveedores con 1 o más incidencias en la evaluación:

<b>TRANSVIALIA SERVICIOS</b>	2 incidencias leves	Pequeñas averías
<b>QUIRÓN PREVENCIÓN</b>	1 incidencia leve	Cumplimiento plazo
<p>Transvialia servicios: obtiene una evaluación de calificado, ha mejorado la colaboración con este proveedor, lleva el mantenimiento de las furgonetas de la entidad, flota que se está renovando dada su antigüedad, su respuesta ante las incidencias está siendo rápida y eficaz.</p> <p>QuirónPrevención: obtiene una evaluación de calificado con reserva; el cumplimiento de plazos de entrega del informe de revisión de los Pau se ha demorado. Por lo que se solicita y aprueba presupuesto a otra empresa para su actualización.</p>		

Ver resultados de la evaluación del desempeño de proveedores en: [https://1drv.ms/x/s!AjdGodW7UOnJv0m4IHyf8oSief\\_o?e=CF12cM](https://1drv.ms/x/s!AjdGodW7UOnJv0m4IHyf8oSief_o?e=CF12cM)

## 1.8 Adecuación de los recursos.

En todos los procesos y procedimientos se especifican los recursos humanos y materiales necesarios para poder llevar a cabo los mismos.

Todos los servicios cuentan con los recursos suficientes para sufragar los costes y prestar el servicio conforme a los requisitos de los clientes y bajo los criterios de calidad establecidos en el SGC. A tal efecto la Asamblea de ASPRONAGA dotó a los servicios de los fondos que figuran de forma detallada en el Plan de actuación de 2023

ver: <https://www.calidad-aspronaga.net/firm>



A fecha de hoy, ASPRONAGA cuenta con una plantilla media en alta de 228 profesionales, que dan respuesta a las necesidades que requiere el SGC para el desempeño de los procesos en conformidad con los requerimientos de esta manera, en los últimos meses se han asegurado los recursos humanos necesarios para la gestión del SGC y para asegurar una adecuada prestación de los servicios en función de las necesidades y demandas derivadas del contexto y sobre todo dar apoyo a los servicios con más sobrecarga:

- **Incorporación de dos nuevos profesionales con perfiles técnicos para las Residencias y CEEPR.** En **enero de 2023 se incorpora una nueva trabajadora social** para las residencias La casa de Lamastelle, Viviendas Antonio Paz, Martín Pou, CEEPR y Fundación tutelar. Las otras dos trabajadoras sociales ejercen sus funciones en el Centro Ocupacional-Día de Lamastelle y en el Centro Ricardo Baró, respectivamente. En **diciembre de 2023, ante las grandes necesidades que se venían detectando, se convoca un puesto de Psicóloga** para las residencias La casa de Lamastelle, Viviendas Antonio Paz y Martín Pou.
- **En otros centros se ha reforzado la plantilla en:** 1 profesional en las viviendas Antonio Paz, puesto de nueva creación para fines de semana y de apoyo en los festivos. La Casa de Lamastelle 1 profesional de apoyo en servicios domésticos. CEEPR 1 profesional docente y 1 logopeda.
- 

## Formación

Este año se planifican las **formaciones en base a necesidades que obedecen a objetivos estratégicos como la Implantación de “ResiPlus” y la Implantación de la Norma LiberaCare.**

No obstante, para seguir respondiendo a las necesidades de los profesionales se les hace llegar a través de las direcciones de los centros, el Programa Formativo de Fademga /Plena Inclusión, así como variadas formaciones que convocan a lo largo del año. Algunos profesionales han realizado formación individual en base a necesidades que demandan. Este programa sigue básicamente las líneas de intervención con las PCDI que nos planteamos en nuestro plan formativo.

Se realizan las siguientes acciones formativas:

1. Estimulación Multisensorial y salas Snoezelen.
2. A nova mirada da LOMLOE. Monitorización
3. Renovación CAP.



4. Máster Enfermedad Mental II
5. Sostenibilidad Organizacional Dirección y gestión personas.
6. APC NIVEL 2
7. RESI PLUS 1º
8. ETICA PARA VALIENTES:
9. Apoyo conductual positivo
10. CONGRESO SOSTENIBILIDAD.
11. MAS SOCIAL.
12. EXPERTO EN OCIO INCLUSIVO.
13. Jornada Sexualidad-
14. Empoderando el Rol de Apoyo.
15. Salud Mental.
16. Congreso de ética

### **Análisis de la formación por centros:**

En 2023, el 75% de los profesionales (171 del total de la plantilla media de 228) han participado en al menos en 1 acción formativa.

- El 75% de la plantilla del **CEEPR** se forma a lo largo de este 2023, destacando su participación en la formación A nova Mirada da LOMLOE. (10 participantes).
- En el **CLL**: el 30% de la plantilla (13 tr) Participan en las siguientes formaciones CAP, estimulación en salas Snoezelen, Apoyo conductual +,ResiPlus, Jornada Sexualidad, Igualdad, LiberaCare).
- En cuanto a la plantilla de las residencias, del **Centro Ricardo Baró**, el 100% de la plantilla recibe formación; su máxima participación es en las formaciones de Enfermedad Mental, Apoyo conductual positivo nivel 2, Resiplus, Ética valientes, Experto Ocio inclusivo, Empoderando rol de apoyo; salud mental; libera care, planes igualdad.
- El 11% de los profesionales de la **Residencia Viviendas Antonio Paz** recibe formación;
- así como el 39% de los **profesionales de la Casa**: ResiPlus y libera Care, Jornada sexualidad, Salud Mental, LiberaCare y plan igualdad. y
- el 100% de la la plantilla **Martín Pou**: Apoyo conductual positivo hacia buen trato, Apoyo conductual positivo nivel 2, Jornada sexualidad, Salud Mental,LiberaCare y plan igualdad.
- El 80% del equipo de **gestión** participa en Organizaciones sostenibles en direccion y gestión de personas, Jornadas más social, sostenibilidad, ResiPlues, LiberaCare, Planes Igualdad.
- El 67% de la **plantilla del servicio de Ocio** recibe formación sobre ResiPlus, ética para valientes.



- En las encuestas de satisfacción los profesionales siguen demandando más mejoras en cuanto a su adaptación a las necesidades. un 47,33%. Para el año 2024 se prevé seguir con la formación en LiberaCare e incluir formaciones demandadas así para el primer semestre se planifican: Equipos de desfibrilación, Primeros auxilios (entre las más demandadas), Evaluación en Additio y movilizaciones y transferencias.
- En reunión se acuerda incluir para el segundo semestre formaciones más especializadas por centros; envejecimiento en CLL y Gestión físico y emocional y estimulación basal en CRB y RES.

## 1.9 Planificación de las acciones para abordar riesgos y oportunidades

Siguiendo los **requerimientos de la norma UNE-ISO 9001-2015, en su apartado 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades** y con el objetivo de asegurar que el Sistema de Gestión de la Calidad pueda lograr sus resultados previstos, se han identificado para cada uno de los procesos los riesgos y oportunidades asociados a los mismos. A continuación, se presentan los resultados de las verificaciones realizadas a lo largo del 2023 sobre los riesgos identificados y que se han decidido abordar en cada uno de nuestros centros y servicios.

### 1.9.1 Riesgos en el SGC de las RESIDENCIAS M.POU, LA CASA, ANTONIO PAZ.

Se ha actualizado la definición de los riesgos y las oportunidades para dar una mayor comprensión

1	<b>No se asegura una correcta salud bucodental de los usuarios</b>				
	Riesgo/Aumenta	23/03/2022	Ult. Ene 24	Abierta	<u>VER Despliegue</u>
	Retraso en citas para la revisión anual, dificultades para supervisar higiene.				
2	<b>Dificultades en la sistemática en la preparación de la medicación.</b>				
	Riesgo/Minimizado	12/22	01/24	Cerrado	<u>VER Despliegue</u>
	Seguimiento con muestreos aleatorios, revisión protocolo equipo				



3	<b>Incorporación de dos trabajadores con perfiles técnicos en las residencias: psicóloga y trabajadora social</b>			
	OPORTUNIDAD	12/23		Aprovechar
4	<b>Renovación del equipo de calidad formado por profesionales de cada una de las residencias y de los distintos servicios</b>			
	OPORTUNIDAD	04/22		Aprovechar
5	<b>Jornadas que dificultan la conciliación familiar</b>			
	Riesgo	06/23		Segui. Reto 5 Plan acción
6	<b>Aumento de la rotación y escasez de profesionales</b>			
	Riesgo	11/23		Segui. Reto 5 Plan acción

### 1.9.2 Riesgos en el SGC en el Centro Ricardo Baró.

1	<b>Formación a familias y profesionales en buen trato y proyectos de vida</b>				
	Oportunidad	01/01/2018		Abierta	
Se organizan unas jornadas a las familias de sensibilización hacia el un nuevo modelo de vida y cuidados centrados en la dignidad de las personas. El 12 de marzo 2024 se realizará otra sesión.					
2	<b>Incrementar la participación de las pcdi en actividades terapéuticas e inclusivas.</b>				
	Mejora	20/09/2022	11/12/2023	Cerrada	
Andaina Baró y Huerto: integradas en las planificaciones					

### 1.9.3 Riesgos en el SGC en el Centro Ocupacional y Día Lamastelle.

	Tipo/origen	Apertura	Cierre	Estado	Ver seguimiento
1	<b>Diferencia de visión en las necesidades de apoyo que tienen las familias con respecto a los usuarios y las de estos, ya que han variado</b>				
	Riesgo	17/10/2017	19/01/2024	Cierre	<u>Ver seguimient</u>





	el riesgo se sigue minimizando ya que se han destinado recursos para atender a las necesidades de las familias. (trabajadora social) , programas (integración sensorial) y reorganización del centro de día				
2	<b>Pocas empresas externas (clientes laborales) que proporcionen ocupación laboral</b>				
	Riesgo	17/10/2017	28/03/2023	Cierre	<a href="#">Ver seguimient</a>
	Valoramos que las empresas para las que trabajamos nos ofrecen suficiente ocupación en el centro. Riesgo minimizado				
3	<b>Incidencias en el servicio de transporte de usuarios</b>				
	Riesgo	17/10/2017		Abierta	<a href="#">Ver Seguimien</a>
	Ha mejorado, sobre todo en la coordinación con el servicio; adquisición de nueva furgoneta Por la alta criticidad de este servicio, valoramos mantenerlo abierto.				

#### 1.9.4 Riesgos en el SGC del servicio de ocio

1	<b>Visión del rol del voluntariado en el apoyo a las PCDI</b>				
	Riesgo	01/03/2017	Abierto	<a href="#">Ver seguimiento</a>	
	Se realizan 3 charlas a voluntariado en septiembre de 2023				

#### 1.9.5 Riesgos en el SGC del CEEPR Nuestra Señora de Lourdes.

1	<b>Adecuación del funcionamiento del Colegio a la LOMLOE en todos sus niveles de concreción curricular y su proyecto educativo.</b>				
	Oportunidad	2021	Abierta	<a href="#">Ver seguimien</a>	
	Esta oportunidad nos permite llevar a cabo acciones para adecuar el proceso de enseñanza aprendizaje a las áreas competenciales definidas en la actual LOMLOE, y de esta manera a minimizar algunos de los riesgos identificados en la matriz de riesgos y oportunidades				



## 2 SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.

Se valoran las salidas para el ciclo 2024 teniendo en cuenta resultados del informe y los resultados y aportaciones realizadas en el Informe de auditoría externa

### 2.1 Las oportunidades de mejora

- o La implantación del concierto social a partir del 1/3/2024, servirá para implementar y poner en marcha nuevos proyectos o en fase de desarrollo.

### 2.2 Cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la calidad.

- Simplificar y optimizar la documentación del Sistema de Gestión de los diferentes centros mediante el nuevo software “ResiPlus” que ya está implantada: Ejemplo, seguimiento y valoraciones de los planes individuales y de los planes de cuidados; controles de protocolos, enseres de residentes etc.

### 2.3 Las necesidades de los recursos

- Dedicar recursos económicos y personales al acompañamiento, sensibilización y orientación del personal en general para asegurar una correcta interiorización y cumplimiento del SGC, así como incluir formación a los equipos de calidad

Fdo.:

Fdo.:

Gerente

Responsable Calidad