	ASPRONAGA Servicios de Atención a Personas con Discapacidad Intelectual	Nombre del Documento	
	Pérez Lugin, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org	INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EST04-F-7	Fecha 23 de noviembre de 2020

Fecha	Lunes 23 de noviembre de 2020	Nº de reunión	10
Duración	15:30-17 horas	Lugar:	SALITA LAMASTELLE
Asistentes	Juan Fontela (Gerente Entidad) Antonio Naya (Director CRB) Lisa Matos (Directora Centro Laboral y Centro de Día Lamastelle) Iago Menduiña (Director de Servicio de Ocio) Rubén Mateos (Director de Centro Educativo) Fernanda Pérez (Directora Servicio de Residencias) Lucia Barral (Coordinadora Calidad)		
Orden del Día	REVISION DEL SGC, ANÁLISIS Y MEJORAS		
Contenido	1 Entradas de la revisión por dirección 1.1 Revisiones por dirección anteriores y elementos de salida. 1.2 Los cambios en las cuestiones externas e internas pertinentes al sistema 1.3 La satisfacción de cliente y la retroalimentación de las partes interesadas 1.4 El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad 1.5 El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios 1.6 Las no conformidades y acciones correctivas 1.7 Los resultados de seguimiento y medición 1.8 Los resultados de las auditorías internas 1.9 El desempeño de los proveedores externos 1.10 La adecuación de los recursos 1.11 La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades 1.12 Las oportunidades de mejora 2 Salidas de la revisión por dirección 2.1 Las oportunidades de mejora 2.2 Cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la calidad 2.3 Las necesidades de recursos		

INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN 2020

23 NOVIEMBRE

ENTIDAD: **ASPRONAGA.**

SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD REVISADOS:

- **COLEGIO NTRA. SEÑORA DE LOURDES.**
- **CENTRO OCUPACIONAL Y CENTRO DE DÍA LAMASTELLE.**
- **RESIDENCIAS “ASPRONAGA”, “LA CASA DE LAMASTELLE” Y “MARTÍN POU”.**
- **CENTRO “RICARDO BARÓ”.**
- **SERVICIO DE OCIO “CLUB JUVENIL FINISTERRE DE ASPRONAGA”.**



Servicios para
la Calidad de
Vida

Contenido

1. ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	4
1.1. ESTADO DE LAS ACCIONES DE LA REVISIÓN ANTERIOR	4
1.1.1 SOBRE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS.....	4
1.1.2 SOBRE LAS NECESIDADES DE CAMBIO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DETECTADAS	6
1.2 CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS Y EXTERNAS PERTINENTES AL SISTEMA DE GESTIÓN	7
1.2.1 ANÁLISIS DEL CONTEXTO DE ASPRONAGA.....	8
1.2.2 CAMBIOS INTERNOS Y ORGANIZATIVOS QUE HAN AFECTADO AL SISTEMA DE GESTIÓN DE NUESTRA ENTIDAD	9
1.3 INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO Y EFICACIA DE SISTEMA	10
1.3.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE Y RETROALIMENTACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS.....	10
1.3.2 OBJETIVOS DE CALIDAD 2020	14
1.3.3 DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y RESULTADOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	15
A) SEGUIMIENTO DE INDICADORES DEL COLEGIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL.....	16
B) SEGUIMIENTO DE LOS INDICADORES DEL CENTRO LABORAL Y CENTRO DE DÍA LAMASTELLE.....	17
C) SEGUIMIENTO DE INDICADORES DEL CENTRO RICARDO BARÓ	18
D) SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE RESIDENCIAS.....	19
E) SEGUIMIENTO DE INDICADORES DEL SERVICIO DE OCIO.....	20
1.4 NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS:	23
1.4.1 ESTADO DE LAS ACCIONES POR SERVICIOS	24
1.4.2 ACCIONES IMPLEMENTADAS POR COVID-19	27
1.5 RESULTADOS DE AUDITORÍAS	28
1.5.1 SEGUIMIENTO DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS.....	28
1.5.2 SEGUIMIENTO DE LA AUDITORÍA EXTERNA Y HALLAZGOS	30
1.6 DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES	32
1.7 ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS	33
1.8 PLANIFICACIÓN DE LAS ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	34
1.8.1 EFICACIA DE LAS ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	34
2.SALIDAS DE LA REVISIÓN POR DIRECCIÓN	37
2.1 LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	37
2.2 CUALQUIER NECESIDAD DE CAMBIO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	38
2.3 LAS NECESIDADES DE RECURSOS.....	38

Introducción

La **revisión por la dirección** se constituye como una importante herramienta para la toma de decisiones en cualquier organización con una orientación clara hacia la mejora, es por ello que en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad, la asociación **ASPRONAGA** presenta a la dirección y órganos de gobierno de la entidad el presente informe, según el cumplimiento de los **requerimientos aplicables de la norma ISO 9001:2015** (*apartado 9.3*), con exclusión del requisito 8.3, *Diseño y desarrollo de los productos y servicios*, por las particularidades del sistema de la propia entidad. En este documento, se recogen los elementos de revisión correspondientes al *año 2019/2020*, dando alcance a todos los procesos establecidos en los sistemas de gestión implantados para los diferentes servicios, entre estos elementos se incluyen:

- Estado de las acciones de las revisiones previas.
- Cambios en las cuestiones externas e internas .
- Desempeño y eficacia de del sistema de gestión de la calidad.
- Adecuación de los recursos dispuestos para el sistema de gestión de la calidad.
- Eficacia de las acciones.
- Oportunidades de mejora.

De acuerdo a las disposiciones institucionales, la revisión por la dirección del sistema de gestión de la calidad, se realiza conjuntamente 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 objetivo de este Informe es el de realizar la revisión de las entradas establecidas en la Norma ISO 9001:2015 con respecto al Sistema de Gestión de ASPRONAGA, con el propósito de asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación con la dirección estratégica de la entidad y con su misión”.

El **alcance** del mismo se corresponde con el referido en *el Portal de Calidad de ASPRONAGA*, plataforma tecnológica e innovadora 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 “ASPRONAGA”, “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° 9, para la vigencia 2017 y realizada con fecha 15/02/2018, 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

Tabla 1: Estado de las oportunidades de mejora revisión 2018

COMPROMISO	ACCIONES DE CUMPLIMIENTO
1. Inicio de un Pilotaje con Plena Inclusión para su Modelo de Calidad plena	<p>Durante el 2020 se da un nuevo impulso al objetivo de la entidad de certificarse en el sistema de Calidad de Plena Inclusión a través de la participación en un pilotaje para el nuevo modelo, el establecimiento de un plan de mejora, así como el seguimiento anual de la implantación del plan.</p> <p>De esta forma, en mayo de 2020, se ha constituido un equipo de autoevaluación transversal, más reducido que el anterior, iniciándose el proceso con la autoevaluación en el eje de ética; se ha realizado una autoevaluación interna y externa de la entidad identificado nuestras principales fortalezas y estableciendo futuras oportunidades de mejora relacionadas con los principios, valores que inspiran a la definición de ASPRONAGA, desde nuestra estrategia hasta nuestras prácticas y su impacto en las personas. Entre los meses de julio y septiembre, se elabora y presenta a Plena y a la entidad, el informe de la autoevaluación y el correspondiente plan de mejora a implantar durante tres años.</p> <p>Fruto de esta primera evaluación concluir que nuestro actual modelo de gestión de la calidad no está orientado a obtener resultados en la calidad de vida desde una perspectiva ética y fundamentada en los valores; <i>necesitamos un cambio de mirada, que implique un cambio en nuestras mentalidades, en definitiva, una metamorfosis de nuestra visión, creencias y valores.</i></p> <p>Para ello, una de las mejoras a implementar en el 2021, será la revisión e identificación del sistema de valores de la entidad; elaborar nuestro propio mapa de valores e integrarlo en los procesos para el nuevo SGC.</p> <p>A lo largo del presente año, con similar metodología, se realizará la autoevaluación para los ejes de Calidad de Vida y Gestión.</p> <p>Esta oportunidad de mejora ha sido establecida como objetivo de calidad para este año. Ver en https://www.calidad-aspronaqa.net/firm</p>

<p>2. Actualización en el Colegio Nuestra señora de Lourdes de aspectos educativos para su adaptación a la legislación vigente.</p>	<p>En relación a la Implantación del XADE (Xestión Administrativa de Educación). A finales del año 2017 se inicia el proceso de adaptación de los cursos del centro a las etapas del XADE, tras varias reuniones con la inspección educativa, en Junio de 2018, la administración ha incluido las etapas de Infantil, Primaria y ESO del centro y en Noviembre de 2018 se han configurado en XADE grupos de aula. Solucionándose en el curso siguiente problemas para la matriculación de 15 alumnos en el sistema.</p> <p>Diseño e implantación de ACIS. Durante el curso 17-18, se elabora y aprueba el esquema de ACIS para realizar con el alumnado para el curso 18/19 y la presentación de la PXA ante la inspección con los indicadores medibles del SXC. Para ello, el profesorado ha realizado formaciones específicas sobre el Modelo de ACIS para su revisión y mejora. De esta forma, en claustro se elabora el nuevo modelo a implantar en el curso 19/20 y presentándose junto con los objetivos de la PXA correspondientes a este curso escolar, ante la inspección en junio de 2019. Durante todo este período el claustro ha recibido la formación pertinente a través de seminarios: en competencias LOMCE, Modelo de ACIS (CFR), implementación de un Aula Maker, desarrollo de perfiles de área y competencia</p> <p>Estandarización de modelo para programar. En el curso 17/18, se presenta en Consello Escolar el inicio de la modificación del Proyecto Educativo y su adecuación a la LOMCE. Revisión realizada en un equipo de trabajo transversal y con representación de los diferentes sectores. A febrero de 2019, se presentan en Comisión de Consello Escolar todas las partes abordadas y finalizadas del P.E. Asimismo, durante el curso 2018-2019 con el objetivo de implantar en todo el centro y para todas las etapas educativas, se revisan los sistemas de evaluación del alumnado y comunicación de resultados a las familias.</p>									
<p>3. La modificación de la jornada de varano en el centro Lamastelle.</p>	<p>En el verano de 2018, se inicia el servicio de comedor en la jornada de verano ante la necesidad planteada por algunas familias en reuniones y tras realizar encuestas a todos los usuarios y familias para conocer su opinión; Midiendo el grado de satisfacción, ante esta medida adoptada, a través de la encuesta anual a familias y usuarios.</p> <p>Gráfico 1: Grado satisfacción de familias y usuarios sobre la prestación del servicio de comedor en jornada de verano.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>USUARIOS</th> <th>FAMILIAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2018</td> <td>78</td> <td>91</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>74</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>		USUARIOS	FAMILIAS	2018	78	91	2019	74	80
	USUARIOS	FAMILIAS								
2018	78	91								
2019	74	80								

■ 2018 ■ 2019

1.1.2 Sobre las necesidades de cambio en el Sistema de Gestión detectadas

Tabla 2: Estado de las acciones de cambio del SGC en revisión 2018

COMPROMISO	ACCIONES DE CUMPLIMIENTO
<p>1. Adecuar el SCG del Colegio Nuestra Señora de Lourdes.</p>	<p>Se ha elaborado un “Borrador” del nuevo mapa de procesos; durante el curso 20/21, como consecuencia de la progresiva y avanzada adaptación del centro a la legislación vigente, implantación de XADE; Modelos de ACIS, sistemas de evaluación por competencias para todo el alumnado y aprobación del PEC. el Equipo de Calidad del centro junto con la Responsable de Calidad, planificarán la revisión del SGC y adaptación del mismo al nuevo modelo educativo así como al nuevo modelo de SGC general de ASPRONAGA. En 2021.</p>
<p>2. Adecuar el SCG para la nueva residencia Martín Pou;</p>	<p>En noviembre de 2019 da inicio el nuevo servicio de residencias para personas gravemente afectadas. Tras 8 meses de actividad, sigue pendiente la adecuación del SGC a las actividades y necesidades de los nuevos residentes; no obstante, en su gestión actual y a la espera de conocer las necesidades reales, se han adoptado los procesos del modelo actual de las residencias. Quedando pendiente para los servicios de residencias, las siguientes cuestiones:</p> <p><i>1- La Mejora del mapa de procesos.</i> <i>2- Establecer indicadores en la residencia Martín Pou y revisar los que hay en las otras dos.</i> <i>3- Análisis DAFO</i> <i>4- Adaptación de la documentación a la residencia Martín Pou, utilización de documentos del CRB en el área de la salud...según vayan surgiendo las necesidades tanto en el servicio como en atención a los requisitos de la Xunta de Galicia.</i></p>
<p>3.Necesidades que surgen en los recursos</p>	<p>En agosto de 2018, se solicitan técnicos de los Programas de Garantía Juvenil. En algunos servicios se detecta la necesidad de personal técnico, que apoye al desarrollo de las actividades. De esta manera,</p> <p>En septiembre de 2018, se nos conceden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 técnicos del Programa de Garantía (psicólogo y terapeuta ocupacional); • 3 técnicos del plan coopera (educador social, terapeuta ocupacional y logopeda); • El centro asume la contratación del técnico de coordinación de deportes (al no concederse) <p>Tras la solicitud para el año 2019, los técnicos que nos conceden y se incorporan a la plantilla pertenecen al plan coopera.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 técnicos del Plan de Cooperación (1 psicólogo, 2 terapeutas ocupacionales, 1 logopeda y 1 educador social).

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

El **Sistema de Gestión de la Calidad de ASPRONAGA** en el año **2017**, en su proceso de adaptación a la nueva versión de la norma, documentó un *análisis de su contexto*, interno y externo, que permitió evaluar el estado y la capacidad de la entidad frente a una serie de factores que influyen en el desarrollo y resultado de nuestro trabajo. Estos cambios están documentados a través de un **análisis DAFO**, (metodología para identificar principales debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades), realizados en cada uno de los servicios.

Destacar que, de acuerdo a las disposiciones establecidas en el marco del sistema de gestión de la calidad, se debe realizar una evaluación sobre las cuestiones referidas en dicho análisis de **al menos cada dos años o si las circunstancias contextuales lo requieren**, (*en relación a cambios contextuales significativos ante los que debemos adecuar nuestros procesos y actividades para seguir prestando unos servicios que respondan a las necesidades, expectativas y requisitos de los grupos de interés*), incluyendo para este propósito los cambios identificados, su impacto en la gestión y en el logro de los resultados esperados.

Lo anterior, **nos permitirá disponer de la información necesaria para la planificación en cada uno de los procesos** que componen el sistema de gestión de la calidad.

La segunda evaluación y/o revisión del contexto debería haberse efectuado en el año 2019, llevándose a cabo tan sólo en el servicio de Ocio.

Asimismo, se entiende que **cualquier implantación y consolidación debe realizarse con la flexibilidad que requieren las particularidades de la organización**, de forma integrada con la cultura y valores que la caracterizan.

La pandemia por COVID-19 ha supuesto un importante cambio para las cuestiones internas y externas entre las que consideramos destacar:

- **Cambios en la planificación de los objetivos y estructura de la organización**, establecimiento de medidas de seguridad y prevención necesarias; adaptación a las normativas y regulaciones sanitarias; reestructuración de la plantilla para atender a las necesidades etc.
- **Cambios en las relaciones con nuestros principales clientes** -usuarios, familias y profesionales- y el enfoque a sus necesidades y demandas que han supuesto reorientar las intervenciones según los distintos escenarios
- **La competencia y formación de nuestros profesionales**: profesionales formados en materia de seguridad e higiene, uso de tecnologías y medios telemáticos ...
- **Cambios en la situación regulatoria de nuestros servicios**: Nuevas disposiciones normativas para la gestión de los servicios esenciales durante la pandemia, planes de contingencia, regulaciones para la reapertura y visitas en los diferentes servicios etc.

1.2.1 Análisis del contexto de ASPRONAGA.

En **Mayo de 2020**, se procede a realizar un **análisis contextual general de la entidad**, a través de un grupo transversal con participación de los principales roles de asociativos **-usuarios, familias y profesionales-**. En el mismo, se identifican las cuestiones referidas a las principales partes interesadas internas de la entidad identificando las **debilidades y fortalezas** correspondientes, así como **las expectativas y requisitos** a tener en cuenta. Éstas cuestiones internas comportan la **esencia e identidad de ASPRONAGA** y juegan un papel fundamental en el desempeño del sistema de gestión de la calidad.

Ver Excell <https://www.calidad-aspronaga.net/excell-a-contexto>

Asimismo, se presenta un informe con los resultados de este análisis ver: <https://www.calidad-aspronaga.net/excell-a-contexto>.

Gráfico 2: Factores evaluados en el análisis de contexto interno



CONCLUSIONES Y COMPROMISOS

Del resultado de este análisis se han establecido tres planes de acción a implementar durante los próximos meses a través de Equipos de Mejora transversales a la entidad, serían los siguientes:

Plan de acción 1

Implementar y fortalecer los canales de comunicación con usuarios, familias y entre profesionales favoreciendo su participación e implicación en la actividad asociativa.

Plan de acción 2

Establecimiento de un plan de mejora general de la entidad para la conservación y renovación de las infraestructuras e instalaciones.

Plan de acción 3

Mejorar la sistemática para identificar y planificar las necesidades y demandas formativas de los profesionales de la entidad, así como su alineación con la misión, visión, valores y dirección estratégica de ASPRONAGA.

1.2.2 Cambios internos y organizativos que han afectado al sistema de gestión de nuestra entidad

En este año han surgido **numerosos cambios** de tipo organizativo en la dirección y gestión estratégica de ASPRONAGA, entre los que cabe destacar la *apertura en noviembre de 2019 de la Residencia Martín Pou*, en la que conviven 15 personas con discapacidad intelectual con grandes necesidades de apoyo y que supuso la adaptación del actual Sistema de Gestión para las Residencias, en cuanto a los procedimientos y protocolos establecidos, así como la provisión de los recursos humanos necesarios, de esta manera, tras su apertura se han *ampliado las contrataciones de personal para la prestación de los apoyos* a los residentes con el objetivo de garantizar los apoyos necesarios tanto en el Servicio Residencial como en el Centro de Día.



Gráfico 3: Principales cambios en los servicios

En el mes de abril de 2020, con la jubilación de D. Pompeyo Fernández Pérez se incorpora como *nuevo gerente de la entidad, D. Juan Fontela Pérez*, vinculado a ASPRONAGA desde hace muchos años y en donde, hasta este momento, ha desempeñado las funciones de Director de Recursos Humanos y Responsable de Calidad. Para las funciones de *Responsable de Calidad se incorpora Dña. Lucía Barral Gómez* vinculada desde hace años a la entidad como Técnico de Atención Directa y Auditora Interna de ASPRONAGA y de Plena Inclusión Galicia iniciando el desempeño de sus funciones en marzo de 2020.

EL IMPACTO DEL COVID-19 EN LA GESTIÓN DE NUESTROS SERVICIOS.

Desde el inicio de la **pandemia por COVID-19** en marzo de 2020, el contexto y realidad de ASPRONAGA, así como las necesidades de nuestros principales grupos de interés, han sufrido un cambio de escenario del que hemos sido conscientes y ante el que hemos intentado ofrecer desde un primer momento, *una respuesta lo más rápida y eficiente posible, adecuando y estableciendo prioridades en el sistema de gestión de los diferentes servicios. Se han implementado las acciones, protocolos, procedimientos y establecido las medidas necesarias para asegurar una adecuada prestación y atención* a las nuevas necesidades, preservando en todo momento la seguridad de nuestros usuarios y trabajadores y atendiendo a las diversas demandas de las familias.

Ver acciones implementadas frente al COVID-19 <https://www.calidad-aspronaqa.net/copia-de-mejora>

CAMBIOS EN EL PORTAL DE CALIDAD

El PORTAL DE CALIDAD DE ASPRONAGA es el soporte documental para su Sistema de Gestión, así como para la información documentada relativa a sus procesos clave: estratégicos, esenciales y de soporte. Durante estos últimos meses se ha ido actualizando la página y revisando los procesos y documentación relativa para cada servicio.

Enlace al PORTAL DE CALIDAD: <https://www.calidad-aspronaga.net>

1.3 Información sobre el desempeño y eficacia de sistema.

1.3.1 Satisfacción del cliente y retroalimentación de las partes interesadas

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 respecto al cumplimiento de los requisitos especificados y su nivel de satisfacción en relación a los procesos y actividades del SGC, los cuales incluyen la aplicación regular de diversas metodologías como los **cuestionarios de satisfacción, equipos de trabajo**, reuniones, las quejas, reclamaciones y sugerencias y el registro de información en nuestras bases de datos.

Toda información derivada de la aplicación de estas metodologías, es revisada y analizada por los Responsables de los Servicios y la Responsable de Calidad para la toma de decisiones que deriven en acciones de mejora.

Incidir en la importancia de que la planificación para obtener información sobre la satisfacción de nuestros principales clientes *debe realizarse de forma anual* a través de las metodologías más convenientes.

Tabla 3: Principales métodos para recabar información de los clientes

MÉTODOS UTILIZADOS PARA OBTENER INFORMACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS	2019	2020
Registro en Base de Datos	x	x
Método INECA	x	
Sistema de quejas, reclamaciones y sugerencias		
Equipo de trabajo	x	x
Encuesta Satisfacción de la Gestión de la pandemia en los servicios		x
Encuesta Ocio en casa durante el confinamiento		x

- **Análisis General de los Resultados de encuestas de satisfacción CLL 2019**

- Ha bajado **la participación en encuestas**, tanto de usuarios como de familias. Pensamos que pueden estar cansados de cubrir la encuesta cada año, aunque se manda sólo a una muestra aleatoria. Para nosotros es necesario hacerlo anualmente, porque los resultados de muchos indicadores actuales dependen de la encuesta.
- El **grado de satisfacción general** ha aumentado ligeramente, tanto en usuarios como en familias. En las familias, hemos obtenido este año, el índice de satisfacción general más alto de los últimos años (desde que se realizan estas encuestas). Quizá influya en esto las actividades para familias que ya mencionamos, y el que se ha realizado un trabajo individualizado con muchas familias, de gestiones para solicitar revisiones de dependencia, minusvalía, solicitudes de plaza residencial...
- La **satisfacción con la gratificación** que reciben también es, en las familias, de las más altas obtenidas en los últimos años (algo extraño, cuando es un motivo de queja siempre). Sin embargo, ha disminuido en los usuarios.
- Los usuarios manifiestan su índice de **satisfacción** más alto de los últimos años con los trabajos que realizan en los talleres.
- También ha mejorado la percepción de las familias con respecto a los **materiales y medios técnicos** que tenemos.
- Sin embargo, ha disminuido su satisfacción de las familias con las **instalaciones del centro**.
- **La limpieza:** ha mejorado la satisfacción de los usuarios en el último año
- **La información,** para los usuarios, también es más fácil de entender
- **Las actividades para familias:** ha mejorado la satisfacción de las familias; puede influir que este año se han realizado charlas y se ha puesto en marcha el Fondo Social.
- Destacamos que, tanto usuarios como familias, están menos satisfechos con el **comedor en verano**, en este 2º año, de lo que lo estaban el año pasado (1º año de puesta en marcha de este servicio). Y que este cambio ha sido más satisfactorio para las familias que para los usuarios. El comer en verano en Lamastelle, ha sido más satisfactorio para los usuarios y familias del centro ocupacional que del centro de día.

Gráfico 4: Grado satisfacción usuarios y familias C. Ocupacional y C. de día



Ver más en <https://www.lamastelle-aspronaga.net/satisfaccion>

En el **Servicio de Ocio** se ha elaborado un formato de encuesta para conocer el grado de satisfacción de los usuarios del servicio respecto a **las propuestas y actividades de ocio llevadas a cabo durante el confinamiento**. De esta manera, desde el 17 de marzo de 2020, se envían propuestas de Ocio en Casa a personas socias de ASPRONAGA, familiares, voluntariado, otras entidades sociales y otros grupos de personas relacionadas o no con la entidad.

- **Análisis General de los Resultados de encuestas de satisfacción de Ocio durante el confinamiento**

En líneas generales, las respuestas a la encuesta son muy positivas. En todas las preguntas de selección de valores entre 1 y 5, siendo 1 nada y 5 mucho, más del 50% de las personas encuestadas respondieron con el máximo valor

¿Te gustan las propuestas de Ocio en Casa?

¿Te dan ideas para aprovechar tu tiempo?

¿Crees que son interesantes?

¿Crees que son variadas?

¿Crees que las canciones te ayudan a sentirte mejor?

¿Crees que los mensajes de las propuestas te ayudan a sentirte mejor?

¿Te sientes apoyadx por Ocio ante dificultades y nuevas situaciones?

¿Te sientes acompañadx por Ocio ante problemas con las tecnologías?

¿Te sientes apoyadx por el equipo humano del Servicio de Ocio?

- Lo que más le gusta a la gente (pregunta 6) es que las propuestas son fáciles de entender, llegan todos los días y son divertidas.
- Lo que menos gusta (pregunta 7) es que son muy largas y que reciben demasiados mensajes.
- En cuanto a cómo se sienten las personas al poner en práctica las propuestas (pregunta 11), la gran mayoría de las personas señalan que se sienten felices o contentas.
- En lo relacionado con las videollamadas (pregunta 15) y los estados de Whatsapp (pregunta 18), la mayoría de personas no hacen videollamadas o no miran los estados.
Sin embargo, más la mitad de las personas que hacen videollamadas dan la máxima puntuación en esta pregunta y lo mismo sucede con los estados.

*Ver Análisis de Resultados COMPLETO en: <https://www.calidad-aspronaga.net/practiceareas>

Gráfico 5: Grado satisfacción Ocio durante confinamiento .



A **finales de noviembre**, se envía a toda la población de familias de ASPRONAGA, una encuesta de satisfacción para conocer su grado de satisfacción sobre la gestión de los servicios de la entidad durante la pandemia; en función del grado de parentesco y tramo de edad.

En el momento de la revisión no disponemos de datos suficientes para analizar los resultados.

- **Ítems de la encuesta sobre la Gestión de ASPRONAGA durante la pandemia.**

CENTRO EDUCATIVO, SERVICIO DE OCIO, CENTRO OCUPACIONAL Y CENTRO DE DÍA	
1	Durante el confinamiento ¿se ha sentido informado sobre la situación de la entidad?
2	¿Considera que las necesidades de su familiar han sido atendidas?
3	¿Cómo valora la comunicación y cercanía por parte de los profesionales?
4	¿Cuál sería su nivel de satisfacción respecto a la calidad de los apoyos que han recibido?
5	¿Tiene alguna sugerencia de mejora en la atención que pueden necesitar de darse un nuevo confinamiento?
6	Con la reapertura del servicio ¿se siente informado sobre las medidas y servicios establecidos?
7	¿Considera que las medidas y protocolos son adecuados?
8	¿Cree que los recursos y medios dispuestos son suficientes?
9	¿Siente que su familiar está seguro?
10	¿Tiene alguna sugerencia de mejora sobre las medidas, protocolos y recursos establecidos en el servicio?
11	En líneas generales, ¿Cómo valora la gestión realizada por ASPRONAGA durante esta crisis?
SERVICIOS DE RESIDENCIAS: RICARDO BARÓ, PLA Y CANCELA, LA CASA Y MARTIN POU	
1	¿Se siente informado sobre la situación de su familiar?
2	¿Cómo valora la comunicación y cercanía por parte de los profesionales?
3	¿Le ha resultado fácil comunicarse con su familiar?
4	¿Los medios de comunicación utilizados (teléfono, Tablet, ordenador) han sido los adecuados?
5	¿Considera que las necesidades de su familiar están siendo atendidas?
6	¿Cuál es su nivel de satisfacción respecto a la calidad de los apoyos que recibe su familiar?
7	¿Tiene alguna sugerencia de mejora sobre la atención que su familiar está recibiendo?
8	¿Se le informa sobre las medidas y protocolos que el servicio ha establecido?
9	¿Considera que estas medidas son adecuadas?
10	¿Los medios y recursos adoptados son suficientes (espacios para visitas, medidas e higiene y prevención)?
11	¿Siente que su familiar está seguro con las medidas adoptadas?
12	¿Tiene alguna sugerencia de mejora sobre las medidas y protocolos establecidos en el servicio?
13	En líneas generales, ¿Cómo valora la gestión realizada por ASPRONAGA durante esta crisis?

1.3.2 Objetivos de calidad 2020

En la actualidad ASPRONAGA tiene establecidos tres objetivos de calidad, los cuales se plantean con el fin de contribuir a la mejora de los servicios que presta la entidad y a la mejora de la calidad de vida de las personas.

Estos objetivos se mencionan a continuación y el seguimiento de su planificación se puede **ver en:** <https://www.calidad-aspronaga.net/firm>

- **Implantación del nuevo modelo de CALIDAD FEAPS** en toda la entidad, a través de la participación en el pilotaje de CALIDAD PLENA y en el proceso de autoevaluación de la asociación en los ejes de calidad de vida, ética y gestión.
- **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.
- **Proyecto de ampliación del CENTRO RICARDO BARÓ.**

Tabla 4: Grado de avance para los objetivos de calidad 2020

AVANCE DE OBJETIVOS DE CALIDAD 2020		
Implantación de nuevo modelo de CALIDAD FEAPS:		30%
Revisión y adecuación de los mapas de procesos orientados a las personas		10%
Proyecto de ampliación de CENTRO RICARDO BARÓ		5%

Por otra parte, en el año 2018 y 2019 se ha dado **cumplimiento a los objetivos planificados**, generando un importante impacto en la asociación:

Tabla 5: Cumplimiento de los objetivos de calidad 2018/2019

AVANCE DE OBJETIVOS DE CALIDAD 2018/2019	
El funcionamiento del COMITÉ DE ÉTICA DE ASPRONAGA (CEdA), generador de conocimiento y mejora de los servicios y la vida de las personas.	100%
La puesta en marcha de la nueva residencia de Martín Pou	100%

1.3.3 Desempeño de los procesos y resultados de seguimiento y medición

Durante este año, como consecuencia de la pandemia la principal debilidad del Sistema de Gestión de la Calidad de ASPRONAGA ha sido la dificultad de obtener información con la que evaluar la eficacia de los de los procesos con el fin de mejorar los resultados. Los elementos de entrada (las necesidades y expectativas de nuestros principales clientes), no se han correspondido en su mayoría con los procesos tal y como estaban planificados, por lo que los objetivos y prioridades de nuestras intervenciones se han reorientado para seguir dando una respuesta lo más eficaz posible para transformar estas nuevas necesidades y expectativas.

A pesar de esta situación, 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.

Reuniones de equipos de trabajo

En la entidad sigue siendo de suma importancia la existencia de una cultura de calidad y de mejora continua enfocada al cliente y que involucra a todos los miembros en el Sistema de Gestión de Calidad o en cualquier otro proyecto. De esta manera, la gestión y toma de decisiones sobre las acciones de mejora y el seguimiento del el desempeño de los procesos, se realiza fundamentalmente a través de equipos de trabajo, equipos de calidad y en el desarrollo de las actividades del día a día con participación de todos los grupos de interés.

Indicadores de procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de ASPRONAGA.

En abril de 2020, se han instrumentalizado los indicadores de medida establecidos para el seguimiento de los procesos, *junto con algunas mejoras derivadas del informe de auditoría externa de marzo de 2020*, en un **CMI General** en formato excell, diferenciando entre:

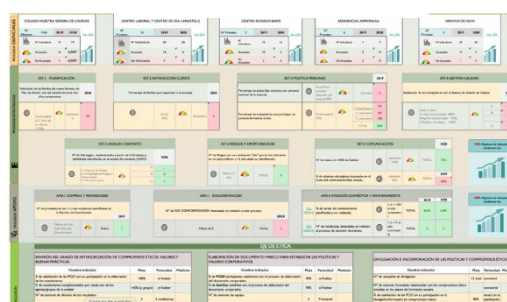
- **Indicadores de procesos esenciales.**
- **Indicadores de procesos de apoyo.**
- **Indicadores de procesos estratégicos.**
- **Indicadores modelo Calidad Plena**

Por **recomendación de la auditora externa**, se han introducido las siguientes mejoras:

- *Redefinición de metas* de algunos indicadores (evitando mediciones anuales) ej Servicio de Ocio y CRB.
- *Establecimiento “provisional” de indicadores* de medición para la *Residencia Martín Pou*.
- El *establecimiento de los objetivos y acciones para cada uno de los indicadores* para un mejor seguimiento y medición

Gráfico 6: Nuevo formato CMI

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



Los datos que se presentan a continuación recogen los resultados de los indicadores esenciales para cada uno de los procesos establecidos en los servicios de ASPRONAGA , en relación a la meta establecida y su tendencia en los años 2019/2020.

a) Seguimiento de indicadores del Colegio de Educación Especial.

Tabla 6: Indicadores Centro educativo 2018-2019

CENTRO: COLEGIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL NUESTRA SRA. LOURDES				
Nº	Descripción	Meta	Resultado 2018	Resultado 2019
1	Publicación e comunicación da versión 2019/20 do pe completo	100%	60%	60%**
2	Revisión para a mellora do modelo acis aplicado neste curso	100%	100%	
3	Documento de avaliación por competencia (ccl)		100%	100%
	Documento de avaliación por competencia (cmct)	100%	100%	100%
4	Novo mapa de procesos esenciais e aprobación no claustro	100%	30%	EnNovembro2020
5	Alumnos con experiencias en formación laboral externa	20	14	29**
6	Nº de alumnos participantes en actividades inclusivas con outros centros educativos	35	+de 40	**
7	Nº de actividades relacionada coa adquisición de competencias realizadas ao mes por cada alumno	1	1,3	**
8	Nº de alumnos que participan no aula maker	40	43	42**
9	Nº de alumnos que participan na súa aula en proxectos novos neste curso: emocións, robótica, stop motion,...	15	52	44**
10	Nº de profesores participantes en formación semgal (2019)	8		12 profesores 1 orientador 1 ATE 1 Logopeda 1 Profesor obradoiro
11	Nº de alumnos que participan no open science	15	12	12
12	Número de alumnos que participan na semana da ciencia de bilbao (en 2018)	15		
13	Nº de alumnos que participan en semente	14	16	**
14	Nº de alumnos que participan en voz natura: komando pet(2018); aprendizaxe servicio (2019)	20	28	**
15	Nº de familias que participan na vida escolar	90%	94%	**100%

**** O COVID-19 INCIDIU NO DESENVOLVEMENTO DO PLANIFICADO.**

Estos indicadores se corresponden con los objetivos establecidos, de forma anual, en la PXA del centro; aprobados y presentados por la Consellería de Educación.

b) Seguimiento de los indicadores del Centro Ocupacional y Centro de Día Lamastelle.

Tabla 7: Indicadores CLL-CD 2019-2020

CENTRO OCUPACIONAL Y CENTRO DE DÍA LAMASTELLE				
Panel de Indicadores			Resultado 2019	Resultado 2020
Código	Descripción	Meta		
0	Grado de satisfacción general de los usuarios con el servicio	> ó = 85%	89,5%	
CLL-1	Grado de satisfacción de los usuarios al final del proceso de acogida	> ó = 90%	100%	
CLL-2	Número de sugerencias a los pii realizadas por familias, usuarios o profesionales	a > ó = 70	54	PANDEMIA
CLL-2	Porcentaje de familias que responden al informe para familias del pii	> ó = 25%	43,8%	PANDEMIA
CLL-3	Nivel de inactividad laboral en los talleres del centro ocupacional	< ó = 15%	8,57%	PANDEMIA
CLL-4	Porcentaje de usuarios que participan en 3 o más actividades instrumentales distintas a lo largo del año	> ó = 80%	75%	PANDEMIA
CLL-5	Porcentaje de usuarios que participan en, al menos 3 actividades grupales o individuales de habilidades personales y sociales	> ó = 90%	90%	PANDEMIA
CLL-5	Grado de satisfacción de los usuarios con las actividades formativas grupales	> ó = 85%	87,3%	PANDEMIA
CLL-5	Grado de satisfacción de los usuarios con el servicio de comedor	> ó = 85%	89,2%	PANDEMIA
CLL-6	Grado de satisfacción de los usuarios participantes en visitas/salidas y fiestas	> ó = 85%	98,29%	PANDEMIA
CLL-7	Grado de satisfacción de las familias con la información y asesoramiento que reciben en relación con su familiar	> ó = 85%	89,3%	PANDEMIA
CLL-7	Grado de satisfacción de las familias con el servicio que se presta a su familiar	> ó = 85%	94%	PANDEMIA
CLL-7	Porcentaje de familias que visitan el centro individualmente (acumulado)	> ó = 5%	12,80%	PANDEMIA
CLL-7	Nº CONTACTOS CON FAMILIAS PARA SEGUIMIENTO DE LOS USUARIOS	> ó = 150	180	PANDEMIA
CLL-7	Nº de reuniones generales con familias	1	2	PANDEMIA
CLL-7	Porcentaje de familias de lamastelle, que asisten a la fiesta anual de familias	> ó = 50%	57,10%	PANDEMIA
CLL-7	Grado de satisfacción de las familias de lamastelle, participantes en la fiesta anual de familias	> ó = 85%	93,60%	PANDEMIA
CLL-8	Porcentaje de familiares que participan en las reuniones de evaluación	> ó = 5%	2,56%	eliminado
CLL-9	Porcentaje de familiares de usuarios que fueron baja, que se sintieron satisfechos con el proceso de baja, fuera por la causa que fuera	> ó = 90%	100%	
APO-4	Porcentaje de tareas de mantenimiento planificadas y no realizadas	< ó = 10%	8,50%	PANDEMIA

Tabla 8: Cambios Indicadores CLL-CD

Descripción	P.	Cambio realizado	Fecha
% de familiares que participaron en las reuniones de evaluación	CLL8	Se elimina indicador por recomendación en auditoría externa y por las dificultades detectadas para alcanzar la meta, el seguimiento y participación de las familias se realiza por otras vías (telefónica, informes de evaluación...), más adaptadas a sus circunstancias y preferencias personales, su seguimiento ya se realiza a través de los indicadores establecidos en el proceso CLL2	Marzo 2020

c) Seguimiento de indicadores del Centro Ricardo Baró

Tabla 9: Indicadores CRB 2019-2020

CENTRO Gravemente afectados RICARDO BARÓ				
Panel de Indicadores			Resultado 2019	Resultado 2020
Nº	Descripción	Meta		
1	Nº de estancias de respiro cubiertas anualmente	15/20	48	
NUEVO	2 Porcentaje de personas que viven en el crb, que participan en la metodología pcp	>25%	32%	PANDEMIA
NUEVO	3 Porcentaje de satisfacción de los participantes de la pcp	>75%	ver acta reunión coord..	PANDEMIA
4	Puntuación media en el test de cumplimiento del protocolo de aseo e higiene	>90%	96%	
5	Porcentaje de usuarios con resultados patológicos en analítica de control anual	<30%	23%	
6	Porcentaje de usa con imc entre 20-27 en el nº total de usuarios	50%	70,82%	
7	Porcentaje de usuarios a los que resulta satisfactoria la participación en una actividad de ocio	70%	76,90%	PANDEMIA
8	Nº de propuestas de mejora, por parte de los profesionales del crb, con impacto en la calidad de vida de los usuarios.	4	4	PANDEMIA
9	Porcentaje de usuarios con familia que <u>no tienen</u> al menos un contacto familiar al semestre	<15%	3%	
10	Porcentaje de familias a las que se les explica el pi del usuario	>25%	NO REALIZADA	PANDEMIA
11	Nº de casos revisados en las reuniones de coordinación y evaluación	75%	6%	PANDEMIA
12	Porcentaje de familias, que al causar baja, se sintieron satisfechas con el apoyo recibido	90%	100%	

Tabla 10: Cambios Indicadores CRB

Descripción	P.	Cambios realizados	Fecha
Porcentaje de familias que están "bastante de acuerdo" o "mucho" con el PI de su hijo.	CRB2	*Porcentaje de personas que viven en el CRB, que participan en la metodología.	2019
Porcentaje de objetivos de Plan Individual obtenidos a través de los Mapas Vitales.	CRB2	*Porcentaje de satisfacción de los participantes de la PCP	2019
Puntuación media test cumplimiento protocolo superior a 25%	CRB3	*Puntuación media en test de cumplimiento de protocolo de aseo e higiene meta: >90%	2020
% de usuarios a los que le resulta satisfactoria la participación en una actividad de ocio	CRB5	Elaboración de cuestionario Blog para recogida de información al final de salida	2020
Nº de reuniones generales con familias	CRB7	Anulado	2018
% de familias asistentes a reuniones	CRB7	Anulado	2018
% de usuarios con familia que tienen al menos un contacto al trimestre	CRB7	Anulado	2018
% de usuarios con familia que <i>no tienen al menos</i> un contacto familiar al semestre	CRB7	Cambio meta: de 10% pasa a 15%	2018
Nº de casos revisados en las reuniones de coordinación y evaluación.	CRB8	Cambio meta: 8 (numérico), pasa a 75%	2018
% de familias a las que se les explica el PII del usuario	CRB8	Cambio meta: 50% pasa a >25%	2018

d) Seguimiento de indicadores de Residencias.

Tabla 11: Indicadores RES 2019-2020

Residencias ASPRONAGA, LA CASA, MARTÍN POU				
Panel de Indicadores			Resultado 2019	Resultado 2020
Código	Descripción	Meta		
1	% De usuarios contentos con su estancia en la residencia al final del proceso de acogida	> ó= 90%	100	100%
2	Número de aportaciones de los usuarios al menu	>30	28	Marzo:4 PANDEMIA
3	% De usuarios que tienen dos o más objetivos operativos en su pii	>=30%	27%	58%
4	Nº de salidas de actividades de "ocio en la comunidad"	LC >o =150 RA > o =110	96%	LC:69 RA:126 MP:54
5	% De usuarios cuyas familias acuden a la fiesta anual de residencias	Más del 60%	70%	PANDEMIA
6	% 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%
7	Nº de incidencias detectadas en relación con este proceso	< o =5	2	2

*En marzo de 2020 y de forma provisional, se establece para el seguimiento de los procesos de la nueva residencia "Martín Pou" los indicadores para su seguimiento y medición establecidos en las residencias de Aspronaga y La Casa de Lamastelle.

e) Seguimiento de indicadores del Servicio de Ocio.

Tabla 12: Indicadores OCIO 2019-2020

SERVICIO de Ocio CLUB JUVENIL FINISTERRE				
Panel de Indicadores			Resultado	Resultado
Nº	Descripción	Meta anual	2019	2020
OCI1	Acciones de toma de decisión con participación de los socios	85	98	
OCI1	Acciones de colaboración con recursos comunitarios para el empoderamiento	30	49	
OCI1	La comunicación de las acciones del servicio de ocio es en lectura fácil y con pictografía	100%	100%	
OCI1	La información de las acciones del servicio de ocio es dirigida a cada persona	100%	100%	
OCI2	Adaptación cognitiva de un recurso comunitario	1	4	
OCI2	Mejoramos o creamos canales de comunicación para facilitar el acceso a propuestas del club finisterre	1	1	
OCI2	Apoyos activos para que las personas participen en actividades de ocio de mediación	30	38	
OCI2	Participamos en acciones formativas en la gestión de apoyos activos para la inclusión	1	3	
OCI3	Acciones de colaboración con recursos comunitarios para la participación inclusiva	5	8	
OCI3	Participación en acciones de otras entidades	30	39	
OCI3	Mantenemos convenios con otras entidades	10	14	
OCI3	Difusión de acciones de participación en redes sociales	100	169	
OCI3	Acciones de participación no específica	50%	56%	
OCI4	Propuestas para promover 1 nuevo marco normativo que favorece la desinstitucionalización	1	1	
OCI4	Estudio de un caso ético sobre participación desinstitucionalizada	1	0	
OCI4	Promovemos acciones de voluntariado social de personas con discapacidad sin apoyo presencial	3	5	
OCI5	Presentaciones en centros formativos para la captación	6	5	
OCI5	Reuniones en pequeños grupos para captación e iniciación	7	6	
OCI5	Participamos en acciones comunitarias con equipos de voluntariado formados por personas con capacidades diferentes	5	6	

Tabla 13: Cambios Indicadores OCI

Descripción	P.	Cambios realizados	Fecha
Acciones de toma de decisión	OCI1	Cambio meta de 4 a 85	2019
Acciones de colaboración con recursos	OCI1	Cambio DE Meta de 4 pasa a 30	2019
Apoyos activos para que las personas participen en actividades de ocio de mediación.	OCI2	Cambio de meta de 2 pasa a 30	2019
Acciones de colaboración con recursos comunitarios para la participación inclusiva.	OCI3	Cambio de meta de 2 pasa a 5	2019
Participación en acciones de otras entidades	OCI3	Cambio de meta de 2 pasa a 30	2019
Mantenemos convenios con otras entidades	OCI3	Cambio de meta de 5 a 10	2019
Difusión de acciones de participación en redes sociales.	OCI3	Cambio de meta de 12 pasa a 100	2019
Presentaciones en centros formativos para la captación.	OCI5	Cambio de meta de 3 pasa a 6	2019
Reuniones en pequeños grupos para captación e iniciación.	OCI5	Cambio de meta de 3 pasa a 7	2019
Participamos en acciones comunitarias con equipos de voluntariado formados por personas con capacidades diferentes.	OCI5	Cambio de meta de 2 pasa a 5	2019
La comunicación de las acciones del Servicio de ocio es en lectura fácil y con pictografía	OCI1	Cambio de frecuencia de anual pasa a semestral	2020
La información de las acciones del Servicio de Ocio es dirigida a cada persona	OCI1	Cambio de frecuencia de anual pasa a semestral	2020
Acciones de colaboración con recursos comunitarios para la participación inclusiva	OCI3	Cambio de frecuencia de anual pasa a semestral	2020
Difusión de acciones de participación en redes sociales	OCI3	Cambio de frecuencia de anual pasa a semestral	2020
Acciones de participación no específicas.	OCI3	Cambio de frecuencia de anual pasa a semestral	2020
Promovemos acciones de voluntariado social de personas con discapacidad sin apoyo presencial	OCI4	Cambio de frecuencia de anual pasa a semestral	2020
Presentaciones en centros formativos para la captación	OCI5	Cambio de frecuencia de anual pasa a semestral	2020
Participamos en acciones comunitarias con equipos de voluntariado formados por personas con capacidades diferentes	OCI5	Cambio de frecuencia de anual pasa a semestral	2020

***Los indicadores pueden ser consultados en el portal de calidad de ASPRONAGA**

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

Tabla 14: Indicadores PROCESOS ESTRATÉGICOS

Panel de Indicadores			Resultado 2020
	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%	No medición
EST2	Porcentaje de familias que responden a la encuesta	Anual 40%	
EST3	Porcentaje de plazas fijas cubiertas con personal eventual de la empresa	Anual. Tras proceso selección por vacante 90%	
	Porcentaje de trabajadores que participan en acciones formativas al año	Cuatrimestral 30%	2019-36%
EST-4	Satisfacción de los trabajadores con el Sistema de Gestión de Calidad	Cada 2 años Total interiorizado >80% Aporta mucho valor >70% Facilita el trabajo >85%	No medición
EST-5	Nº de Estrategias implementadas a partir de la fortalezas y debilidades identificadas en el análisis del contexto (DAFO)	1 objetivo de Calidad 10 despliegue de Riesgos y Oportunidades 5 acciones mejora	2
			21
			7
EST-6	Nº de Riesgos con una evaluación "alta" que se han abordado en un plazo inferior a 15 días desde su identificación.	Menos 15 días	No medición
EST-7	Nº de visitas a la WEB de Calidad	semestral >500	702
	% de objetivos estratégicos alcanzados en el PLAN DE COMUNICACIÓN ANUAL	semestral 90%	2019-60%

Tabla 15: Indicadores PROCESOS APOYO

Panel de Indicadores			Resultado 2020
	Descripción	Meta	
APO1	Nº de proveedores con 1 o más incidencias identificadas en la Reunión de Coordinación	Menos de 3 en cada Acta de Coordinación	1
APO2	Nº de NO CONFORMIDADES detectadas en relación a este proceso	Menos de 2	3
APO3	% de tareas de mantenimiento planificadas y no realizadas (CLL APO-4)	Anual. Tras proceso selección por vacante 90%	NO medición
	Nº de incidencias detectadas en relación al proceso de atención doméstica (RES APO-4)	Cuatrimestral 30%	2

CONCLUSIÓN Y COMPROMISOS:

- Si bien, el desempeño de los procesos alcanzaban (antes de la pandemia) en su mayoría las metas establecidas, es de anotar la **necesidad de implementar acciones que permitan evaluar la idoneidad y el resultado para algunos indicadores** y formular opciones de mejora que contribuyan al incremento y satisfacción del desempeño de los mismos o el **establecimiento de indicadores para la gestión de los procesos en tiempos de pandemia.**

Por ejemplo: *Nº de estancias de respiro cubiertas anualmente; Nº de casos revisados en las reuniones de coordinación y evaluación (CRB);*

Nº de sugerencias a los PII realizadas por familias, usuarios o profesionales;

Porcentaje de familiares que participan en las reuniones de evaluación (eliminado marzo 2020); Porcentaje de tareas de mantenimiento planificadas y no realizadas (CLL) etc.

- *Hasta la fecha, no se ha realizado una evaluación del desempeño de los los indicadores establecidos para los procesos estratégicos y de apoyo. Se han incluido en el CMI general, se recomienda la revisión de estos procesos con los responsables para valorar su idoneidad.*

- Continúa exponiéndose la reflexión en cada centro sobre la necesidad de **adaptar los actuales indicadores para sustituirlos por otros que nos permitan medir los resultados de los procesos en términos de Calidad de Vida.**

En este sentido, aunque se han acometido algunos cambios en el panel de indicadores de algunos centros, este año se establece **el objetivo de calidad** “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”.

1.4 No conformidades y acciones correctivas:

Con el fin de asegurar la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad y siguiendo los requisitos de la norma UNE-ISO 9001:2015; en relación con los resultados de la auditoría externa de seguimiento con fecha 2020-03-02 se presenta ante organismo certificador (AENOR) el **Plan de acciones correctivas (PAC)** para plantear el cómo se van a solucionar las no conformidades.

Se evidencia que se cuentan con 5 acciones correctivas y 14 de mejora /observaciones; cuya evaluación de la eficacia según el grado de cumplimiento de las acciones a fecha de la revisión, es el siguiente:

[Ver seguimiento en apartado 1.5.2 Seguimiento de la Auditoría externa y hallazgos](#)

1.4.1 Estado de las acciones por servicios

Para asegurar la eficacia de nuestro Sistema de Gestión y como soporte a la implementación de los requisitos del 4 al 9 de la norma UNE-ISO 9001-2015; en la entidad tenemos interiorizada una cultura de mejora continua a través del establecimiento de oportunidades de mejora y la implementación de las acciones necesarias para cumplir los requisitos de las personas y aumentar su satisfacción.

En los siguientes apartados se presentan **el estado de las acciones abiertas** establecidas en cada uno de los servicios de la entidad.

Tabla 16: Estado de las acciones COL

COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES			
TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN	PROCESO INVOLUCRADO	FECHA APERTURA
MEJORA	Adaptación del centro y de su SGC a la LOMCE.	EST-4	SEPTIEMBRE 2017

Tabla 17: Estado de las acciones CLL-CD

CENTRO OCUPACIONAL Y CENTRO DE DÍA LAMASTELLE				
TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN	PROCESO INVOLUCRADO	FECHA APERTURA	ESTADO
INCIDENCIA	Plan de evacuación de centro ocupacional y centro de día.	APO4	10-3-2010	ABIERTA
MEJORA	Actualizar fichas de usuarios en nueva base de datos	CLL1	ENERO 2015	ABIERTA
MEJORA	Evidenciar la toma de medicación del usuario en el servicio de comedor.	CLL5	7/2/2018	CERRADA 19/11/2020
INCIDENCIA	Brotos de Gastroenteritis.	CLL5	17/01/2020	ABIERTA Pendiente INFORME SANIDAD
INCIDENCIA	Aparición de un episodio de vómitos por posible intoxicación alimentaria en el servicio de comedor gestionado por una empresa externa EUREST GROUP	CLL5	13/10/2020	ABIERTA Pendiente INFORME SANIDAD

Tabla 18: Estado de las acciones CRB

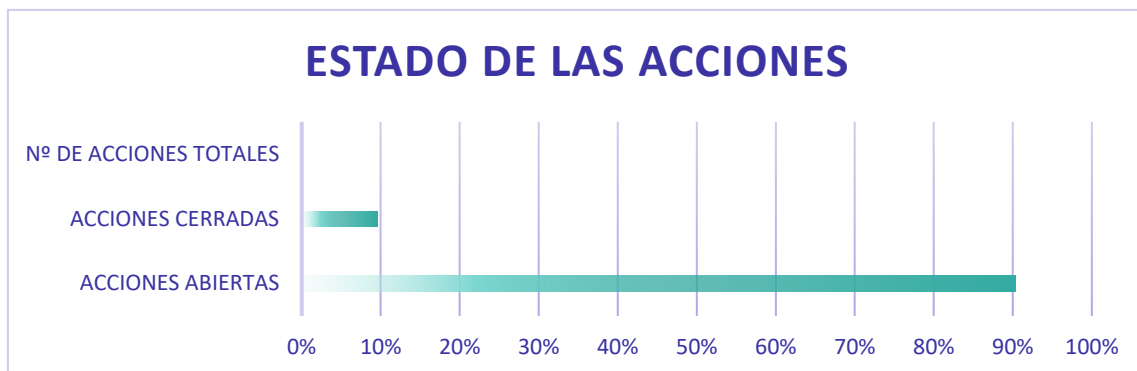
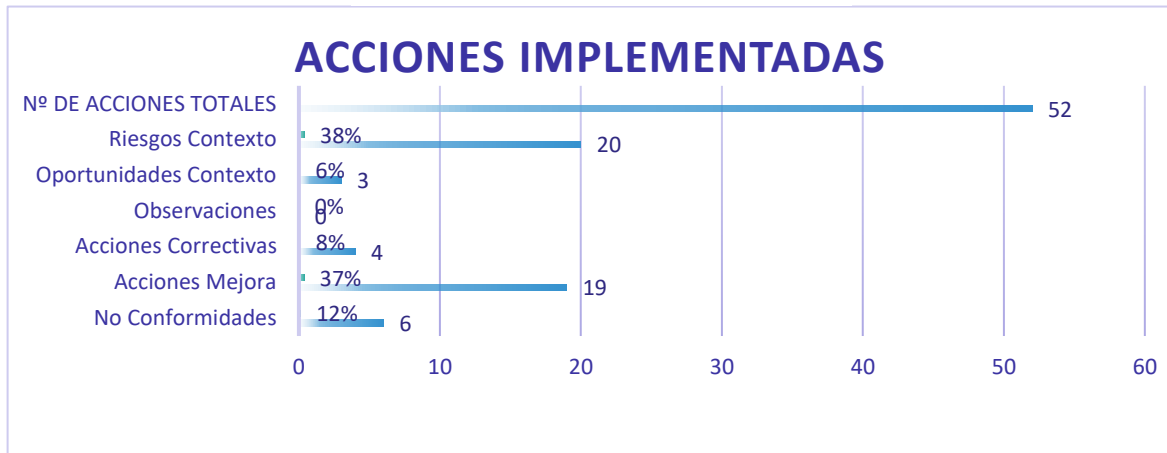
CENTRO RICARDO BARÓ				
TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN	PROCESO	FECHA APERTURA	ESTADO
MEJORA	Formación en movilización de pacientes.	CRB4	22/01/2015	ABIERTA
CORRECTIVA	Medidas para mejorar la estanqueidad y drenaje de humedad procedente del subsuelo del Centro.	APO3	24/05/2019	ABIERTA

MEJORA	Modificación del Protocolo de preparación de Medicaciones.	CRB4	11/09/2019	CERRADA veri.: ok
MEJORA	Realización de flujograma de prescripción ,registro y seguimiento de medicaciones.	CRB4	11/09/2019	ABIERTA Pendiente verificar en 8 meses
CORRECTIVA	Corrección incidencias de Inspección Sanitaria	APO3	04/10/2019	ABIERTA Corregidas deficiencia s a la espera inspección
CORRECTIVA	SUPRIMIR EL INDICADOR: “Número de estancias de respiro cubiertas anualmente”.	CRB1	11/01/2018	ABIERTA
MEJORA	Mejorar la planificación y comunicación interna de los diferentes servicios y salas, a través de calendarios mensuales.	CRB5	06/11/2019	ABIERTA
MEJORA	Propuesta y organización de actv. Ocio en centro “sesión vermulé”.	CRB5	06/11/2019	ABIERTA
MEJORA	Establecer un único coste para las excursiones cortas y largas.	CRB5	Junio 2019	ABIERTA

Tabla 19: Estado de las acciones RES

RESIDENCIAS ASPRONAGA, LA CASA Y MARTIN POU				
TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN	PROCESO INVOLUCRADO	FECHA APERTURA	
MEJORA	Actualización de los expedientes de los residentes	RES-01	05/05/2009	ABIERTA
INCIDENCIA	Análisis Microbiológico por contaminación en el mesado de cocina y manipulación de alimentos de la residencia La Casa	APO3	11/10/2018	CERRADA
MEJORA	Dotación de un plan de evacuación para las residencias	APO3	01/06/2010	ABIERTA
MEJORA	Incorporar al SGC documentos actualizados	EST4	05/05/2009	ABIERTA
MEJORA	Implantación del SGC en la residencia Martín Pou y mejora del SGC general hacia el nuevo modelo de Calidad de Vida Plena Inclusión.	TODOS LOS PROCESOS	4/02/2020	ABIERTA

Gráfico 7: Estado de las acciones implementadas



CONCLUSIONES Y COMPROMISOS

- Persisten algunas acciones correctivas y de mejora con vigencia de 2009,2010,2015 en los servicios de Residencias y Centro laboral y de día que no han sido cerradas a razón de los motivos que se describen en su seguimiento.
- **Se ha elaborado un excell para realizar seguimiento de las acciones de mejora, correctivas, de riesgos y oportunidades como consecuencia de uno de los hallazgos en a. externa de marzo de 2020, es la inexistencia de una información documentada que recoja de forma general todas las acciones y no conformidades llevadas a cabo en la entidad, a expensas de la hoja de formato (Word), así mismo se detectan ciertas dificultades un eficaz seguimiento y control.** La norma requisito 9.1 determina la importancia de contar con una sistemática **que nos permita realizar un seguimiento y evaluación eficaz de las acciones llevadas a cabo**
- Ver en : <https://www.calidad-aspronaga.net/copia-de-mejora>

1.4.2 Acciones implementadas por COVID-19

En esta sección queremos reflejar en líneas generales las principales actuaciones implementadas en la entidad a través de su Sistema de Gestión para la Calidad, con el objetivo de dar una respuesta a las necesidades y demandas más urgentes durante la pandemia.

Se ha realizado un análisis CAME, combinando **nuestras Fortalezas, Debilidades internas con las Oportunidades y Amenazas externas**, para definir las principales estrategias: **DEFENSIVAS, DE SUPERVIVENCIA, DE REORIENTACIÓN Y OFENSIVAS**, con las que afrontar esta crisis.

Ver en : <https://www.calidad-aspronaga.net/copia-de-mejora>

Tabla 20: Estrategias Generales ASPRONAGA COVID-19

ESTRATEGIAS	OBJETIVOS
DEFENSIVA	Creación de un equipo para la gestión y seguimiento de la pandemia en los servicios de la entidad
DEFENSIVA	Asegurar el abastecimiento y distribución de epis a todos los servicios
SUPERVIVENCIA	Afrontar el desconocimiento sobre el covid 19 y los riesgos asociados para la salud y en la forma de prestar los
DEFENSIVA	Organización de los espacios y adecuación de las infraestructuras para garantizar la salud y calidad de vida de las personas
SUPERVIVENCIA	Elaboración e implantación de planes de contingencia para afrontar los riesgos de contagio y propagación del covid-19
DEFENSIVA	Implantar una sistemática de comunicación y difusión sobre la situación de la entidad de forma unilateral.
SUPERVIVENCIA	Organización y coordinación de los recursos e intervenciones responder a las demandas y necesidades
DEFENSIVA	Apoyo a las familias y residentes en sus domicilios
SUPERVIVENCIA	Reorganización de los modelos de apoyos (tipo presencial) para continuar prestando servicios a los usuarios en sus domicilios (via telemática)
OFENSIVA	Establecer alianzas y dar a conocer las necesidades de las pdci, familias y servicios Prestadores de apoyos ante la administración y sociedad
DEFENSIVA	Iniciativas solidarias de colaboración para poner en valor a las personas con discapacidad y a los servicios prestadores
REORIENTACIÓN	Buscar alianzas y sinergias: mejorar las infraestructuras y recursos de los servicios
REORIENTACIÓN	Reorientar los modelos de intervención hacia modelos más centrados en las personas con apoyos comunitarios
REORIENTACIÓN	Formar a los profesionales, usuarios y familias para el uso y manejo de las nuevas tecnologías
REORIENTACIÓN	Fijar una sistemática de comunicación en la entidad (revisar la existente)

Gráfico 8: Acciones COVID-19



1.5 Resultados de 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**, (con **exclusión del requisito 8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios**).

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.

Durante los meses de **febrero y marzo de 2020**, se han llevado a cabo las **auditorías internas y externas por procesos** en todos nuestros servicios; así como la planificación hacia finales de este mismo año de una auditoría externa de seguimiento.

Ver resultados de auditorías en : <https://www.calidad-aspronaga.net/en-blanco-c1y/>

1.5.1 Seguimiento de las AUDITORÍAS INTERNAS

Las auditorías internas establecidas en este año 2020, se han realizado durante los meses de febrero, octubre y noviembre por **profesionales auditores de otras entidades de Galicia**, pertenecientes a la **Bolsa de Auditores de PLENA INCLUSIÓN**, así como por profesionales **auditores internos** propios de **ASPRONAGA** y la **Responsable de Calidad de la entidad**.

Las auditorías internas establecidas en las planificaciones, se basan sobre los *principios de imparcialidad, integridad, debido cuidado profesional, confidencialidad, independencia, preservando siempre el enfoque basado en la evidencia y el enfoque basado en el riesgo*.

Los principales elementos analizados en auditoría interna de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad han sido los siguientes:

Gráfico 9: Principales elementos del SGC analizados durante la auditoría interna.



Gráfico 10: Programas de auditorías internas 2020

Tabla 21: Resultados Generales de las Auditorías Internas

PROCESOS ASOCIADOS	RESULTADOS Febrero 2020				RESULTADOS OCTUBRE/NOVIEMBRE 2020			
	NC	O	OM	PF	NC	O	OM	PF
Procesos esenciales	-	3	13	15	-	10	10	12
Procesos de apoyo	-	0	0	1	-	2	1	-
Procesos estratégicos	-	3	7	10	-	9	10	11

NC: no conformidades; O: observaciones; OM: oportunidad de mejora; PF: puntos fuertes

Los principales hallazgos de auditoría interna hacen referencia a:

- Adecuación de los mapas y SGC de la entidad hacia modelo con mayor impacto en los proyectos de vida de las personas
- A la verificación y análisis de las acciones derivadas de los riesgos y oportunidades, y en relación a las estrategias por COVID-19
- Mejorar la coordinación de los equipos trabajo, multidisciplinares, calidad etc.

1.5.2 Seguimiento de la Auditoría externa y hallazgos

En marzo de 2020 se efectúa la 2ª Auditoría Externa de Seguimiento al Sistema de Gestión de la Calidad de ASPRONAGA según la norma ISO 9001:2015, en relación con los resultados se presenta ante organismo certificador (AENOR) el Plan de acciones correctivas (PAC) para plantear cómo se van a solucionar las no conformidades.

Se evidencia que se cuentan con 5 acciones correctivas y 14 de mejora /observaciones; cuya evaluación de la eficacia según el grado de cumplimiento de las acciones a fecha de la revisión, es el siguiente:

Gráfico 11: Programa de auditoría externa 2020

EMPRESA: ASPRONAGA		EXPEDIENTE: 2007/0321/EN/01
AENOR Confía		
ANEXO 18 - MATRIZ ACTIVIDADES DE AUDITORÍA - Act: 2, 3 y 4 de marzo de 2020		
1	CENTRO PSICOPEDAGÓGICO AV. SIBAO, 12. 15179 - OLEROS (A CORUÑA)	
2	CENTRO LABORAL LAMASTELE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEROS (A CORUÑA)	
3	COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES CL. PEREZ LUGÍN, 10. 15011 - A CORUÑA	
4	RESIDENCIA HOGAR LA CASA DE LAMASTELE AV DE SIBAO PARDO, 13. 12. 15179 - OLEROS (A CORUÑA)	
5	RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA CL. PLA Y CANCELA, 10. 15011 - A CORUÑA	
6	SERVICIO DE OCIO, CLUB JUVENIL FINISTERRE CL. PEREZ LUGÍN, 10. 15011 - A CORUÑA	
7	RESIDENCIA LAMASTELE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEROS (A CORUÑA)	

Tabla 22: No conformidades detectadas Auditorías Externas

NO CONFORMIDADES DETECTADAS	RESUMEN DE ACCIONES REALIZADAS
1. En relación, al Contexto de la Organización no se ha llevado a cabo un seguimiento y revisión del contexto (actualización del DAFO).	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza una revisión del contexto general de la entidad a través de un equipo de calidad transversal y un análisis CAME; se identifican R/O y estrategias ante el cambio de contexto por COVID19
2. No se realiza seguimiento ni verificación de la eficacia de las acciones planificadas para abordar riesgos y oportunidades .	<ul style="list-style-type: none"> Se revisan los riesgos identificados y se verifican algunas de las acciones. Pendiente verificación magnitud del riesgo.
3. En relación, a la información documentada , se detecta que los procesos y procedimientos actuales de la entidad no se adaptan a la realidad actual .	<ul style="list-style-type: none"> Se revisan procedimientos y se incorpora el protocolo de servicio de farmacia y procedimiento de medicación Se inicia la transformación del SGC: formación con consultor y se elabora planificación.
4. En relación al Seguimiento, medición, análisis y evaluación se detecta: * Indicadores cuyo rendimiento no es completo ,cuya frecuencia de medición es anual, no permitiendo la toma de acciones en caso de que se desvíen * No se lleva a cabo un seguimiento y análisis completo de las percepciones del cliente en relación a sus necesidades y expectativas y el grado de satisfacción con las mismas (no encuestas en COL,RES,CRB en el último ejercicio) * No se evidencia el establecimiento de indicadores para los procesos esenciales de las RES MP .	<ul style="list-style-type: none"> Se revisan indicadores y se establecen indicadores en residencia MP, así como los objetivos, acciones y más frecuencias de medición. CRB, OCIO. Se elimina el indicador del CLL8 por no aportar valor. Realización de encuestas: satisfacción de ocio durante confinamiento; grado satisfacción de familias y profesionales con la gestión de la pandemia en los servicios.
5. En relación, a los requisitos asociados a la Revisión por la Dirección, se detecta que no se evidencia la realización de un completo informe de revisión por la dirección.	<ul style="list-style-type: none"> Se elabora informe de la reunión de la revisión por la dirección, cumpliendo las consideraciones determinadas en el requisito 9.3 de la UNE ISO 9001:2015,

Tabla 23: Observaciones y Oportunidades de Mejora detectadas Auditorías Externas

OBSERVACIONES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS	RESUMEN DE ACCIONES REALIZADAS
<p>1. No existe una información documentada que recoja de forma general todas las acciones y no conformidades llevadas a cabo en la entidad. Existe una hoja de formato (Word) que recoge las acciones de forma individual en cada centro, pero existen dificultades para un eficaz seguimiento y control. La norma requisito 9.1 determina la importancia de contar con una sistemática que nos permita realizar un seguimiento y evaluación eficaz de las acciones llevadas a cabo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Se elabora una de una Hoja de Control, formato excell para: <ul style="list-style-type: none"> ○ El seguimiento de las acciones que afectan al SGC se incluye: Acciones de Mejora, No Conformidades, Acciones para abordar riesgos y oportunidades, Objetivos calidad ○ Seguimiento del Plan de Acciones Correctivas ● ESPECIAL Seguimiento de las estrategias implementadas para afrontar COVID 19
<p>2. Planificar el Rediseño de procesos/procedimientos de la entidad (enfoque más dinámico y eficiente).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Se inicia la transformación del SGC: formación con consultor y se elabora planificación para el rediseño del SGC de los servicios.
<p>3. Creación de un equipo general de calidad de ASPRONAGA para análisis, mejora y seguimiento del SGC. Visibilizar el SGC. Mayor implicación y participación de todos los componentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Se crea un equipo de calidad transversal de la entidad (análisis del contexto), Equipo de autoevaluación Calidad Plena; Equipo Calidad Martín Pou;
<p>4. Uso “nube” compartir seguimiento de planes/indicadores...</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Se habilita sección en Portal de Calidad para el seguimiento actualizado del SGC, Blog Calidad
<p>5. Mejora la sistemática para el Mantenimiento de los servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Creación de un equipo general de mantenimiento ● Establecimiento de un procedimiento
<p>6. Cambio de herramientas para seguimiento del sistema</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Se diseñan 4 herramientas excell: Análisis Contexto, Seguimiento acciones, CMI, Información Documentada.
<p>7. Crear una sistemática o alinear líneas /objetivos estratégicos de la entidad con los de los diferentes servicios “obj. En cascada</p>	
<p>8. Implantación Modelo Plena inclusión</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Se realiza Autoevaluación y se elabora plan de mejora para el eje de ética: se inicia el despliegue de las acciones de mejora: Nuevo SGC, Sistema de Valores, Comité de ética y Observatorio ética.
<p>9. Indicadores para Procesos Estratégicos y Apoyo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Se diseña un CMI que recoge indicadores: p. esenciales, estratégicos, apoyo y calidad plena
<p>10. Eliminar Indicadores que NO aporten valor. Reformular nuevos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Se elimina indicador CLL8 y CRB1

1.6 Desempeño de los proveedores

Con el fin de conocer el desempeño de los proveedores de ASPRONAGA, cada 12 meses, se efectúa una evaluación de los proveedores clave, en la que se analizan las incidencias producidas y se efectúa una comunicación de la evaluación.

Nuestros criterios para la evaluación son el cumplimiento de la calidad del servicio y de los plazos establecidos, siendo la calidad el principal criterio del desempeño.

De esta manera, desde la última evaluación del proceso de compras y proveedores, 26/11/18, las incidencias más importantes durante el 2019 han sido las siguientes:

- Con respecto a la **Base de Datos** y después de muchas gestiones y reuniones, a día de hoy podemos decir que su funcionamiento es correcto, basta tener en cuenta el dato de magnitud de riesgo del proceso de riesgos y oportunidades, el cual ha evolucionado de 300 en noviembre del 2018 a 18 en enero de este año.
- En relación al, **servicio de transporte**, en noviembre del 2019 cambió el vehículo de la ruta 3, que era el más viejo. Ahora todos los autobuses y furgonetas del servicio están en buenas condiciones. En cuanto a la acción formativa que estaba prevista, esta empezará en los próximos dos meses, estará dirigida por el titular de la empresa de transportes, y participarán todas las personas relacionadas con el servicio, conductores fijos y ocasionales, y personal de acompañamiento. Se sigue informando periódicamente a la Junta Rectora de las incidencias de este servicio ya que tiene mucho impacto en las familias.
- A los **proveedores considerados como “críticos”**, a los cuales se les había informado de nuestro proceso de evaluación y del resultado del mismo, y aunque actualmente su condición es la de “calificado”, hemos considerado oportuno informarles con una frecuencia máxima de dos años de los resultados de esta evaluación.

En consecuencia, hemos renovado con la calificación de desempeño positivo a todos los proveedores “críticos” lo que les habilita para trabajar con Aspronaga en la condición de “calificado”

Conclusiones y compromisos:

- En auditoría interna se detecta la necesidad de realizar un mayor seguimiento y evaluación a dos proveedores, en este momento críticos *por situación de pandemia*; Gerimedical y Darlim; retraso en las entregas.

1.7 Adecuación de los recursos

La alta dirección ha dispuesto los **recursos materiales** necesarios en todos los servicios para hacer frente a la pandemia por COVID 19 y asegurar la salud de usuarios y profesionales, así como la eficacia de las intervenciones: adecuación de infraestructuras y espacios, adquisición y suministro de materiales de protección, reorganización de servicios de comedor etc. Asimismo, se ha dotado de medios y recursos tecnológicos para facilitar el confinamiento y comunicación de los residentes; y como apoyo a las intervenciones: adquisición de dispositivos móviles y táblets, plataformas para teletrabajo, videoconferencias etc.

Se han implementado acciones de mejora pendientes como el remodelado y acondicionado de espacios abandonados; en centro Laboral: zona verde y jardines, saneamiento de paredes y pintura de los talleres y despachos de oficina, automatización del portal y pintado de la entrada de acceso etc. En el centro educativo se ha subsanado deficiencias de recientes obras. En breve se acometerá el saneamiento de las humedades en zona de baños del Centro Ricardo Baró.

A fecha de hoy, Aspronaga cuenta con una plantilla media en alta de 208 profesionales, que dan respuesta a las necesidades que requiere el SGC para el desempeño de los procesos en conformidad con los requerimientos de las partes interesadas.

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.

- Contrataciones de personal de atención directa y servicios para la residencia Martín Pou y Centro Laboral y Día Lamastelle.
- Contratación de personal de refuerzo de atención directa en el Centro Ocupacional y de Día Lamastelle (ofreciendo continuidad a personal que finalizaba plan coopera).
- Ampliación de contrato para dos profesionales del plan coopera en las Residencias y Centro Ricardo Baró respectivamente.
- Asegurar el personal necesario en todos los servicios para sustituciones del personal de baja y dar apoyo a los servicios con más sobrecarga.

Recursos económicos

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 al servicio de los fondos que figuran de forma detallada en el **Plan de actuación de 2020**

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

1.8 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

En el año 2017 se establece *una metodología diseñada al efecto* y que nos permite identificar y ponderar los principales riesgos y oportunidades que puedan afectar a nuestras actividades y establecer acciones planificadas en caso de abordarlos.

VER: <https://www.calidad-aspronaga.net/copia-de-mejora>

1.8.1 Eficacia de las acciones para abordar riesgos y oportunidades

Como resultado de auditoría se evidencia en algunos de los servicios, *COL, CRB, RES...*, la **falta de seguimiento y verificación de los riesgos y oportunidades identificados** y que se han decidido abordar en el Sistema de Gestión de la Calidad de APRONAGA.

En el Sistema de Gestión del Centro ocupacional y Centro de día Lamastelle, se establece un documento, **“Observatorio de riesgos y oportunidades”** ... para observar y estar alerta para prevenir situaciones que puedan afectar al bienestar de las personas.

Ver en anexo

Asimismo, se mantiene en la Matriz de Riesgos, los riesgos muy importantes y sobre los que hay que realizar un seguimiento y acciones de mejora continuas.

Tabla 24: Riesgos abordados en CLL-CD

CENTRO OCUPACIONAL Y CENTRO DE DÍA LAMASTELLE				
TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN	PROCESO	FECHA Identificación	ESTADO
RIESGO	Búsqueda de actividades laborales.	CLL3.R1	Octubre 2017	ABIERTA

RIESGO	Adaptación a personas con mayores necesidades de apoyo.	8.OPER.R1	Octubre 2017	ABIERTA
RIESGO	Creación de la comisión de mantenimiento y equipamiento.	APO4.R1	Octubre 2017	ABIERTA Pendiente VERIFICAR MAGNITUD
RIESGO	Acciones de mejora de base datos módulo PII.	CLL2.R1	Noviembre 2017	CERRADA 19/11/2020 Pendiente VERIFICAR MAGNITUD
RIESGO	Plan de control del servicio de autobuses.	CLL5.R2	Octubre 2017	ABIERTA Pendiente VERIFICAR MAGNITUD

Tabla 25: Riesgos/Oportunidades abordadas en CRB

CENTRO RICARDO BARÓ				
TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN	PROCESO	FECHA Identificación	ESTADO
RIESGO	RATIOS MUY AJUSTADAS EN ATENCIÓN DIRECTA	CRB3.R2	1/1/2018	ABIERTA
RIESGO	Problemas de coordinación con las funerarias	CRB9.R9	1/1/2018	CERRADA
RIESGO	Incorporación de menores al centro.	CRB3.R1	12/1/2018	ABIERTA
RIESGO	Infraestructuras deterioradas y espacios pequeños	CRB3.R5	01/11/1017	ABIERTA
RIESGO	Incremento de la carga de trabajo y presión en momentos concretos de la jornada	CRB3.R4	12/1/2018	ABIERTA
RIESGO	Número de personas viviendo en cada sala	CRB3.R3	1/1/2018	ABIERTA
RIESGO	Que los objetivos de los planes individuales se conviertan en un mero trámite a mantener y no en verdaderos retos a alcanzar con las personas, con impacto en su calidad de vida	CRB3.R8	1/1/2018	ABIERTA
RIESGO	La rotación del personal técnico del plan coopera	CRB3.R10	3/1/2018	ABIERTA
OPORT UNIDAD	Formación de familias, profesionales en buen trato, proyectos de vida. El participar en proyectos nuevos en relación a cuestiones que afectan de forma positiva a la calidad de vida y derechos de los residentes nos sirven de revulsivo para orientar nuestras actuaciones y la transformación de nuestro servicio a las personas y al ejercicio de sus derechos.	CRB2.O1	1/1/2018	ABIERTA
OPORT UNIDAD	Realizar proyectos de vida, hogar en los entornos comunitarios	CRB2.O2	3/1/2018	ABIERTA

Tabla 26: Riesgos abordados en RES

RESIDENCIAS ASPRONAGA, LA CASA Y MARTIN POU				
TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN	PROCESO INVOLUCRADO	FECHA Identificación	ESTADO
RIESGO	Mejora en la Prestación de apoyos a los residentes	RES2; RES3; RES4	23/01/2018	CERRADA
RIESGO	Mejora de la salud bucodental	RES2	23/01/2018	ABIERTA

Tabla 27: Riesgos abordados en OCIO

SERVICIO DE OCIO				
TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN	PROCESO INVOLUCRADO	FECHA Identificación	ESTADO
RIESGO	Visión Social sobre la discapacidad	ESTRATÉGICO	01/01/17	ABIERTA
RIESGO	Gestión del Voluntariado	OCI5	01/01/17	ABIERTA

Tabla 28: Riesgos/oportunidades abordadas en CONTEXTO GENERAL ASPRONAGA

CONTEXTO GENERAL DE ASPRONAGA				
TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN	PROCESO	FECHA	ESTADO
RIESGO	No existe una sistemática definida para el análisis contexto e identificación de R/O	EST5	11/3/2020	Sistemática definida para comprensión contexto e identificación de riesgos
RIESGO	Los Mapas de procesos actuales ya no aportan valor ni se ajustan a los nuevos modelos de atención	EST4	11/3/2020	ABIERTA
RIESGO	Baja ratio de personal técnico, limpieza, apoyo para hacer frente a las crecientes necesidades de apoyo, la salud de las personas con el COVID 19	EST3	28/5/2020	ABIERTA
RIESGO	No cubrir las necesidades formativas de los profesionales para atender a nuevas demandas y necesidades del servicio:	EST3	28/5/2020	ABIERTA
RIESGO	Infraestructuras, equipamiento viejas y deterioradas	EST1	28/5/2020	ABIERTA Creación de un grupo de trabajo para la gestión de la conservación y mejora Elaboración de un plan de mantenimiento
RIESGO	Familias con mayores necesidades de apoyo (envejecimiento o red de apoyo debilitada), necesidad de reorientar los servicios de atención	EST1	1/12/2019	ABIERTA 1. Proyecto ampliación CRB 2. apertura M.Pou 3. Proyectos (ver Riesgo CLL OPER.R1) 4. Itinerario menores
OPORTUNIDAD	Pilotaje para la implantación del Modelo de Calidad Plena Inclusión	EST4	12/2/2020	ABIERTA Realizada autoevaluación y plan de mejora eje ética
OPORTUNIDAD	Contar dos importantes estructuras éticas en la entidad: Comité y Observatorio de ética.	EST1	7/5/2020	ABIERTA

Cambios establecidos para la identificación de riesgos y oportunidades

- **Elaboración de una sistemática ágil e intuitiva** para comprender y analizar el contexto de ASPRONAGA. (general y para cada uno de los servicios).
- Se han definido algunas de las partes interesadas y cuestiones internas y externas, sus necesidades, expectativas y requisitos. Se han **identificado los riesgos y oportunidades asociadas al contexto**.
- **Se han simplificado los criterios para la evaluación**; riesgos: probabilidad y consecuencia; Oportunidades: viabilidad y rentabilidad

CONCLUSIONES Y COMPROMISOS

- En el año 2017, en todos los servicios, se han identificado y desplegado acciones para algunos riesgos , algunas de ellas sugieren que éstos se han mitigado. Se realizará una nueva evaluación para conocer de nuevo su nivel.

2.Salidas de la revisión por dirección

La **Dirección de ASPRONAGA**, tras la revisión efectuada, determina la importancia de continuar en la **mejora y adecuación progresiva del Sistema de gestión de la Calidad como instrumento transformador de su actual modelo de servicio** y que permita orientar la Misión, Visión y Sistema de Valores en el logro de los objetivos y proyectos de vida de las personas.

Tras esta revisión, la Dirección toma las siguientes decisiones y acciones, de alcance estratégico, relacionadas con:

2.1 Las oportunidades de mejora

- a) **Implantación del modelo de “Calidad Plena Inclusión”** ; continuación del proceso de autoevaluación y establecimiento de los planes de mejora correspondientes para los ejes de gestión y calidad de vida, con el objetivo de obtener la acreditación en el año 2021.
- b) **Incorporar una herramienta de comunicación global de la entidad** con el propósito de mejorar la eficacia de las comunicaciones entre profesionales, usuarios, familias, socios etc.

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

- a) Continuar con el proceso de **transformación del Sistema de Gestión de la Calidad** de ASPRONAGA para el desarrollo de un modelo de organización que contribuya a la autorrealización plena de las personas.

2.3 Las necesidades de recursos

- a) **Mejora de la financiación de los contratos de prestación de servicio en la Residencia Martín Pou**, en la actualidad muy por debajo de los costes.
- b) **Regular y generar estabilidad de los contratos de los menores en la Residencia Ricardo Baró.**
- c) **Mejora de los conciertos e intercambios de plazas** para equilibrar los costes en el **Centro de Día y Centro Ocupacional Lamastelle.**

Todos los asistentes han participado activamente en esta Revisión del Sistema y en esta acta se recogen las opiniones y el sentir general del Equipo Directivo de ASPRONAGA.

Firma de los asistentes