



CENTRO AUDITADO:  CENTRO OCUPACIONAL Y DÍA LAMASTELLE	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	ENTIDAD AUDITORA:  ASPRONAGA
	Código Documento EST4-F-4	Edición: 3

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

OBJETO

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

ALCANCE

Esta auditoría se aplica a los procesos esenciales y de apoyo definidos en el sistema de gestión de calidad del **CENTRO OCUPACIONAL Y DÍA LAMASTELLE** y cubre los requisitos definidos en la norma ISO 9001:2015

EQUIPO AUDITOR

Audidores	LUCIA BARRAL GÓMEZ
------------------	--------------------

EMPLAZAMIENTOS

FECHA

CENTRO OCUPACIONAL Y DÍA LAMASTELLE - PROCESOS APOYO-. cocina y limpieza	21 de septiembre de 2021
CENTRO OCUPACIONAL Y DÍA LAMASTELLE - PROCESOS ESENCIALES-.	4 y 5 de noviembre de 2021

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

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

<p>CENTRO AUDITADO:</p>  <p>CENTRO OCUPACIONAL Y DÍA LAMASTELLE</p>	<h1>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</h1>	<p>ENTIDAD AUDITORA:</p>  <p>ASPRONAGA</p>
	<p>Código Documento EST4-F-4</p>	<p>Edición: 3</p>

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

4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

4.1	Comprensión de la organización y su entorno	Se han determinado las cuestiones internas y externas que puedan afectar al logro de los objetivos, se han identificado las necesidades/expectativas de las partes interesadas, así como la determinación de alcance y los procesos del sistema.
4.2	Comprensión necesidades y expectativas de las partes interesadas	
4.3	Determinación del alcance del sistema de la calidad	
4.4	Sistema de gestión de la calidad y sus procesos	

5. LIDERAZGO

5.1	Liderazgo y compromiso	La alta dirección y dirección demuestran su compromiso con la calidad. Estableciendo y comunicando una política de calidad y asignando los roles, responsabilidades.
5.2	Política	
5.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	

6. PLANIFICACIÓN

6.1	Acciones para abortar riesgos y oportunidades	El sistema de gestión está planificado, así como los objetivos de calidad, la identificación de riesgos para sus procesos y los controles necesarios para abordar cualquier cambio.
6.2	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	
6.3	Planificación de los cambios	

7. APOYO

7.1	Recursos	La organización cuenta con un presupuesto de funcionamiento, con las infraestructuras y una plantilla formada, necesarias para el desarrollo del sistema de gestión. Ha determinado una sistemática para la comunicaciones internas y externas.
7.2	Competencia	
7.3	Toma de conciencia	
7.4	Comunicación	
7.5	Información adecuada	

8. OPERACIÓN


8.1	Planificación y control operacional	La organización dispone de procesos planificados a través de los cuales se diseña y desarrolla el servicio y se asegura de que son conformes con los requisitos establecidos. Se han implementado procesos y planificaciones derivadas de los requisitos de los clientes
8.2	Requisitos para la producción y servicios	
8.3	Diseño y desarrollo de los productos y servicios EXCLUIDO	
8.4	Control procesos, productos y servicios suministrados externamente	
8.5	Producción y provisión del servicio	
8.6	Liberación de los productos y servicios	
8.7	Control de las salidas no conformes	

9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación	La organización ha determinado lo que necesita seguimiento, cómo, cuándo y guardando evidencia documental de los resultados.
9.2	Auditoría interna	
9.3	Revisión por la dirección	

10. MEJORA

10.1	Generalidades	La organización identifica las oportunidades de mejora y reacciona ante no conformidades, mejorando permanentemente.
10.2	No conformidad y acción correctiva	
10.3	Mejora continua	

CENTRO AUDITADO:  CENTRO OCUPACIONAL Y DÍA LAMASTELLE	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	ENTIDAD AUDITORA:  ASPRONAGA
	Código Documento EST4-F-4	Edición: 3

DESARROLLO DE LA AUDITORÍA


La auditoría se desarrolló conforme a la norma ISO 9001:2015 y en base a la información documentada en el SGC del Centro Ocupacional y Día Lamastelle; involucró entrevistas con los profesionales y usuarios en búsqueda de evidencias y en base al muestreo de dos expedientes. Asimismo, durante el progreso de auditoría y en base a las pruebas que se iban detectando en las actividades auditadas, se realizaron trazabilidades de otros expedientes.

PROFESIONALES ENTREVISTADOS		TRAZABILIDAD Y EXPEDIENTES	NOMENCLATURAS UTILIZADAS
Lisa Matos	Ana Pérez	A.R.G.	SGC: Sistema de Gestión de la Calidad
Cristina Díaz	Sarai Pérez	A.P.M	
Tania Oreiro	Amparo Rodríguez	F.C.C	
Mar Insua	María	N.B.	
María Cernadas	Laura López		
Liliana Portela	Aaron Rey		
Begoña Riveiro	Susy Fernández		

RESUMEN AUDITORIA:

Puntos fuertes y Propuestas de Mejora

1. He de destacar la implicación y coordinación de todos los profesionales en la prestación de apoyos a los usuarios y familias; así como el trato cercano y personalizado que se dispensa.
2. La reorganización de los nuevos grupos, en talleres y unidades, en función no sólo de las necesidades actuales de los usuarios si no también en base a sus preferencias.
3. Destacar la información recogida en la página Wix del centro, en dónde se recogen las actuaciones realizadas durante el confinamiento y en la reactivación de los centros. La actualización de esta documentación y su adaptación a lectura fácil. Por


CENTRO AUDITADO:  CENTRO OCUPACIONAL Y DÍA LAMASTELLE	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	ENTIDAD AUDITORA:  ASPRONAGA
	Código Documento EST4-F-4	Edición: 3

ejemplo: Buenas prácticas en situación de pandemia. Enero 2021; Protocolo de actuación en Centro Lamastelle ante Riesgo Biológico por COVID 19. mayo 2021.Ed 1

4. El uso de canales de comunicación, WhatsApp, para mantener una comunicación efectiva y clara entre los profesionales y con las familias, en relación a la organización del día a día, avisos y para el seguimiento de las actividades.
5. El progresivo aumento de la actividad ocupacional en los talleres y unidades. Incorporación de nuevos trabajos adaptados a las necesidades y habilidades de los usuarios.
6. Las gestiones realizadas con la Administración y el asesoramiento realizado a las Familias por parte de la Trabajadora Social y Gerencia, referente al traslado de 8 plazas de usuarios dentro de la misma entidad. -, traslado de ocho usuarios del centro ocupacional al centro de día-.

Oportunidades para seguir mejorando:

7. El equipo técnico del centro ha recogido en un documento, aspectos que *pueden* estar afectando al funcionamiento del centro y perjudicando el reinicio de algunas actividades; se sugiere realizar un análisis del contexto siguiendo los procedimientos establecidos en el proceso EST-5 Análisis del contexto; que incluye la realización de este análisis a través de equipos transversales creados al efecto y/o equipo de

<p>CENTRO AUDITADO:</p>  <p>CENTRO OCUPACIONAL Y DÍA LAMASTELLE</p>	<p>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>ENTIDAD AUDITORA:</p>  <p>ASPRONAGA</p>
	<p>Código Documento EST4-F-4</p>	<p>Edición: 3</p>

calidad del centro; realizar una matriz DAFO que permita identificar las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades con el objetivo de establecer las líneas de actuación y las estrategias necesarias más adecuadas y en base a hechos.

8. En el análisis del contexto realizado en el año 2017, se identifican y abordan riesgos para los que se establecen varias acciones con la finalidad de disminuirlos y/o controlarlos; Se sugiere verificar la eficacia de las actuaciones realizadas hasta la fecha.

9. En los talleres y unidades se han realizado diversas reestructuraciones: homogeneización de los grupos de usuarios y contratación de más profesionales de apoyo -cuidadores de la residencia M.Pou, ampliación del contrato a los profesionales del plan coopera, contrataciones temporales de profesionales para apoyar tanto en talleres, unidades como en los servicios de cocina y limpieza-. Se sugiere aprovechar estas mejoras, para retomar las actividades *realizadas con anterioridad al COVID. Por ejemplo: Actividades de Estimulación multisensorial, Informática, Conducta adaptativa social, relajación, musicoterapia, habilidades sociales, afectividad, terapia canina, piscina, apoyo médico etc.*

10. Implicar al equipo de calidad y a los responsables de los procesos, en el en la apertura y seguimiento de acciones de mejora que permitan valorar la adecuación y eficacia del SGC. Por ejemplo: para el seguimiento de los cambios que se están

<p>CENTRO AUDITADO:</p>  <p>CENTRO OCUPACIONAL Y DÍA LAMASTELLE</p>	<p>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>ENTIDAD AUDITORA:</p>  <p>ASPRONAGA</p>
	<p>Código Documento EST4-F-4</p>	<p>Edición: 3</p>

realizando en el protocolo de medicaciones, cambios detectados en el protocolo para el control de la asistencia en autobuses, talleres, comedor etc.

11. Incluir en el Dossier informativo sobre el servicio EST1- F-09, la entrega de la información relativa al Fondo Social y Alta Provisional de Socio de Aspronaga.

12. Retomar los programas y proyectos iniciados para la transformación del centro y para empoderar a las personas sobre sus propias vidas: implementación de Planes de Apoyo (*evaluaciones de las necesidades de apoyo, de la calidad de vida de usuarios y familias*); Planes de Envejecimiento, Planes Centrados en las Personas etc.

13. La especialista de fisioterapia realiza un exhaustivo seguimiento de las intervenciones que realiza con los pacientes que acuden al servicio de fisioterapia; - en la base de datos y a través de informes semestrales enviados al servicio médico; Durante la auditoría se detecta y la profesional sugiere como mejora, incorporar al Sistema de Gestión de la Calidad, un informe de valoración y diagnóstico inicial que recoja las pruebas previas que realiza y permita recopilar datos sobre el paciente: características del dolor, zona lesionada, limitaciones de movilidad o fuerza, afectación neurológica; con el objetivo de elaborar y ofrecer un plan terapéutico más óptimo y personalizado.

14. Para algunos usuarios resulta imprescindible aplicar algunas medidas restrictivas, se hace una reseña al respecto de las sujeciones en el protocolo de caídas y en el protocolo de protección jurídica. Se sugiere como mejora, elaborar un protocolo

CENTRO AUDITADO:  CENTRO OCUPACIONAL Y DÍA LAMASTELLE	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	ENTIDAD AUDITORA:  ASPRONAGA
	Código Documento EST4-F-4	Edición: 3



específico que recoja los mínimos establecidos por la legislación y que permita homogeneizar las actuaciones e incorporar *buenas prácticas* en la actuación de los profesionales.

15. Los registros correspondientes al Manual de Puntos Críticos, en sus tres fases de trazabilidad, deberán estar cubiertos con *letra legible y ordenados*. *Quiero recalcar* que estos registros constituyen la base documental para realizar seguimiento a los alimentos y comprobar el funcionamiento del plan de trazabilidad.


16. Continuar trabajando en la conservación, funcionalidad y accesibilidad de las instalaciones.: p.e plan de mantenimiento preventivo de interiores y exteriores.

Observaciones



1. A fecha de auditoría, en el libro de registro de usuarios del centro, no se encuentra registrada el alta en el servicio del nuevo usuario F.C.C., realizada el 13/09/2021.
2. Se detecta que a la usuaria N.B. y a su familia, no se le ha comunicado la posibilidad de hacer uso del servicio de fisioterapia del centro tras haber tramitado su solicitud hace un mes. Entrega de prescripción facultativa en su ingreso al centro.
3. Se observan dificultades por parte de los profesionales para recabar información de las pautas médicas de los usuarios. Dificultades de las familias para cumplimentar algunos campos en la ficha de medicación CLL5-F-2, existiendo el riesgo de no tener actualizadas dichas pautas tal y como se describe en el protocolo.

<p>CENTRO AUDITADO:</p>  <p>CENTRO OCUPACIONAL Y DÍA LAMASTELLE</p>	<p>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>ENTIDAD AUDITORA:</p>  <p>ASPRONAGA</p>
	<p>Código Documento EST4-F-4</p>	<p>Edición: 3</p>

4. Los objetivos establecidos en los Planes Individuales del 2021 y 2022 siguen haciendo referencia a los objetivos del árbol COVID, *-diseñados en la reactivación de los centros y orientados a paliar los efectos del confinamiento en los usuarios: en su bienestar físico y en sus relaciones interpersonales, a través de la participación en actividades lúdicas, recreativas y paseos-*; Todavía no se ha retomado el abanico de actividades que se ofertaba antes de la pandemia, por lo que no existe evidencia de sugerencias y aportaciones de las familias a estos PII. Se detecta que esta situación produce un desvío significativo *en todos* los indicadores establecidos para el proceso CLL2 Plan de Intervención Individual.
5. Se detecta que en el protocolo de prevención y actuación ante caídas CLL5-D-13; no se recogen algunos de los mínimos fijados por la legislación para los centros de mayores, discapacidad y dependencia: *valoración de las caídas, medidas de prevención generales e individuales, intervención y correcto seguimiento de las caídas.*
6. Se observa un importante deterioro de las infraestructuras; . P.e baños de los talleres I, II, III; existencia de techos sin placas o deterioradas por efecto de las goteras, pintura de las paredes levantada.
7. En el exterior del almacén de la nave, se apilan *pallets* inservibles y deteriorados que pueden suponer un riesgo para las personas que transitan por la zona.

<p>CENTRO AUDITADO:</p>  <p>CENTRO OCUPACIONAL Y DÍA LAMASTELLE</p>	<p>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>ENTIDAD AUDITORA:</p>  <p>ASPRONAGA</p>
	<p>Código Documento EST4-F-4</p>	<p>Edición: 3</p>

8. En el interior del almacén *se detectan dificultades para almacenar de forma segura* la mercancía que envían las empresas que dan ocupación a los talleres: INDITEX, GRAFOPLAS etc.; por causa de la gran acumulación de mobiliario procedente de todos los centros; por la mala disposición de algunas estanterías; por acumulación de objetos inservibles y por la existencia de zonas que no se pueden utilizar por estar afectadas ,desde hace ya años, por importantes goteras, algunas suponen un riesgo para la seguridad de las personas por cercanía del cableado eléctrico.
9. Se han realizado varias modificaciones sobre el registro CLL3-F-2 Albarán de entrega. Falta la codificación del documento y no se hace el control de la documentación - *versiones, motivo el cambio-*; tal y *como se establece en el proceso APO-2 Documentación del SGC* y en el requisito de la norma 7.5.2 Creación y actualización *de la información documentada*.
- 10.No está clara ni definida la sistemática utilizada para registrar en la base de datos los objetivos para el PII COVID: algunos registros se realizan en el nuevo tipo de incidencia COVID, otros se realizan en los tipos de incidencia anteriores a la pandemia, por lo que no se puede evidenciar un completo seguimiento de las actividades. Se detectan registros que se han borrado de la base de datos, lentitud de la aplicación al filtrar información etc.
- 11.En el protocolo de medicaciones se especifica que éstas deben almacenarse en un lugar seguro y bajo llave. Se cuenta con un armario con cerradura, para las

<p>CENTRO AUDITADO:</p>  <p>CENTRO OCUPACIONAL Y DÍA LAMASTELLE</p>	<p>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>ENTIDAD AUDITORA:</p>  <p>ASPRONAGA</p>
	<p>Código Documento EST4-F-4</p>	<p>Edición: 3</p>

medicaciones administradas a la hora de la comida. Se observa que algunas de las medicaciones administradas fuera de este horario, se almacenan *en los talleres y/o unidades*, sin estar custodiadas bajo llave, existiendo un posible riesgo por ingesta accidental. P.e medicación de S.O., J.B.

12.A fecha de auditoría se observan todavía abiertas tres acciones correctivas a las que se han aplicado todas las medidas de corrección necesarias y eliminado su causa:

- a. 10/03/2020. Actuaciones y medidas tomadas ante la aparición del 1º caso COVID en el CLL.
- b. 17/01/2020. Aparición de 2 brotes de gastroenteritis en el CLL, con un intervalo de 3 semanas ambos.
- c. 13/10/2020. Aparición de un episodio de vómitos por posible intoxicación alimentaria en el servicio de comedor gestionado por una empresa externa EUREST GROUP.

CENTRO AUDITADO:  CENTRO OCUPACIONAL Y DÍA LAMASTELLE	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	ENTIDAD AUDITORA:  ASPRONAGA
	Código Documento EST4-F-4	Edición: 3

DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Categ.
<p>1. <u>En relación con el Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación se detecta:</u></p> <p>Desde el año 2019 no se realiza seguimiento a:</p> <p>a) 7 de los 8 indicadores establecidos en el <i>proceso de Atención y Relación con Familias.</i></p> <p>b) Al total de indicadores establecidos en el <i>proceso de Habilidades Personales y Sociales</i></p> <p>c) Al total de indicadores establecidos en el <i>proceso de Plan de Intervención individual.</i></p>	MAYOR

Firma del auditor



Lucia Barral Gómez
 Responsable de Calidad ASPRONAGA