

CENTRO AUDITADO:  CENTRO RICARDO BARÓ	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	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, <u>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.</u>

ALCANCE
Esta auditoría se aplica a los procesos esenciales y de apoyo definidos en el sistema de gestión de calidad del <b>CENTRO RICARDO BARÓ DE ASPRONAGA</b> y cubre los requisitos definidos en la norma ISO 9001:2015

EQUIPO AUDITOR	
<b>Audidores</b>	LUCIA BARRAL GÓMEZ

EMPLAZAMIENTOS	FECHA
CENTRO RICARDO BARÓ PROCESOS APOYO	<b>15 septiembre de 2021</b>
CENTRO RICARDO BARÓ PROCESOS ESENCIALES	<b>19 octubre de 2021</b>

#### COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

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

CENTRO AUDITADO:  CENTRO RICARDO BARÓ	<h1>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</h1>	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 Ricardo Baró, así como al seguimiento de resultados de auditorías e inspecciones anteriores; esto involucró entrevistas con los profesionales, búsqueda de evidencias, en base a la trazabilidad de cuatro expedientes; Asimismo, durante el progreso de auditoría y en base a las pruebas que se iban detectando en las actividades realizadas, se realizaron otras trazabilidades SRR y AMM

PROFESIONALES ENTREVISTADOS		TRAZABILIDAD EXPEDIENTES	NOMENCLATURAS UTILIZADAS
Antonio Naya	Beatriz Naveira	M.N.V	SGC: Sistema de Gestión de la Calidad
Eva Rodríguez	Vicky Pita	A.S.M.	RRI: Reglamento de Régimen Interno
Lúa Bretón	Marta Barbolla	A.C.C.	
Lydia Abad	Jose Giménez	M.M.C	
Sandra Suarez	Eloy Pérez		
Maria Bello	Ana Cedeira		
Carolina Aguiar	Saul Carballo		
Bea Sabín	Purificación		
Maria Márquez	Carmen Blanco		
Patricia Golpe	Eva Carballeira		
Carmen Abruñedo	Alessandra da Silva		

Al margen de los resultados de la auditoría interna, dejar constancia del compromiso que han demostrado tener siempre los profesionales del Centro Ricardo Baró con su Misión; **“Promover y gestionar apoyos y servicios personalizados que cubran las necesidades de atención integral y que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual gravemente afectadas y la de sus familias”**.

Y comentar que es a través de la Política de Calidad y de su Sistema de Gestión de la Calidad, cómo debemos obtener estos resultados y contribuir a la misión, para esto, es

### RESPONSABILIDAD DE TODOS:

- **Definir metas y objetivos claros** que ayuden a entender la importancia que tiene la labor de cada uno y de los equipos.
- **Formar y sensibilizar sobre las actividades que se describen en el SGC**, asegurando que todos los profesionales están al mismo nivel, que entienden su importancia y que son un pilar importante para el sistema.
- **Comunicar la información relevante**, fácil de entender y que llegue a todos.
- Para el seguimiento de las actividades e incidencias diarias que afectan al funcionamiento del sistema de gestión y al logro de los objetivos; recalcar que la función de la **Aplicación de Gestión de Centros** es el de disponer, compartir y mantener actualizada aquella información y datos que nos permitan realizar un mejor seguimiento, tomar decisiones e implementar mejoras a corto, medio y largo plazo entre todos.

CENTRO AUDITADO:  CENTRO RICARDO BARÓ	<h1>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</h1>	ENTIDAD AUDITORA:  ASPRONAGA
	Código Documento EST4-F-4	Edición: 3

**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	<p>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.</p> <p>Se han implementado procesos y planificaciones derivadas de los requisitos de los clientes</p>
8.2	Requisitos para la producción y servicios	
8.3	<del>Diseño y desarrollo de los productos y servicios</del> <b>EXCLUIDO</b>	
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 RICARDO BARÓ	<h1>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</h1>	ENTIDAD AUDITORA:  ASPRONAGA
	Código Documento EST4-F-4	Edición: 3

**RESUMEN AUDITORIA:  
Puntos fuertes y Propuestas de Mejora**

**Puntos fuertes o positivos:**

1. La incorporación a la plantilla de la figura de una psicóloga para aplicar su especialidad, promover la calidad de vida de los residentes, sus familias y como apoyo a los profesionales del servicio.
2. La ampliación de la jornada de la actual terapeuta ocupacional.
3. La creación de la figura de coordinadora de fin de semana, para la organización de las actividades y plantilla durante el fin de semana.
4. El reinicio de las actividades de Terapia y Rehabilitación: Terapia Canina, Equitación.
5. La organización y seguimiento de la satisfacción en las salidas de ocio y participación en la comunidad los fines de semana.
6. La continuación con la contratación de profesionales a través del plan coopera: cuidadores y terapeuta ocupacional.
7. La orientación de los profesionales en mejorar la calidad de vida de los residentes y familias, su esfuerzo y labor diaria para afrontar y adaptarse a constantes cambios que afectan a las necesidades de apoyo de los residentes, a la reorganización de recursos etc.
8. La formación interna de movilización de pacientes realizada por las profesionales del centro Fisioterapeuta y Terapeutas Ocupacionales.
9. Las formaciones realizadas a las nuevas incorporaciones sobre las buenas prácticas orientadas al Buen Trato impartidas por la Dirección del Centro y el Psicólogo del plan coopera.
10. La gestión realizada por la Dirección y las técnicos de Recursos Humanos ante el alto número de bajas laborales.
11. El funcionamiento de la sistemática por partes en el servicio de mantenimiento.
12. Se verifica el correcto funcionamiento del protocolo de preparación y administración de medicaciones. Trazabilidad en pautas de medicación de SRR y AMM

**Oportunidades para seguir mejorando:**

13. Con fecha de noviembre de 2017 se realiza un análisis del contexto, se identifican riesgos y oportunidades que podrían afectar al logro de los objetivos; En el año 2020 con el inicio de la pandemia y sus efectos en las actividades, el contexto cambia y se establecen diferentes líneas de actuación para hacer frente a los riesgos que se van presentando. Durante la auditoría, se constata

CENTRO AUDITADO:  CENTRO RICARDO BARÓ	<h2 style="margin: 0;">INFORME DE AUDITORIA INTERNA</h2>	ENTIDAD AUDITORA:  ASPRONAGA
	Código Documento EST4-F-4	Edición: 3

el crecimiento de debilidades identificadas con anterioridad y que están afectando al logro de los objetivos, al compromiso de algunos profesionales y al clima de trabajo, ambiente necesario para el funcionamiento del sistema, entre ellas destacar:

- ✓ Dificultades en la coordinación y funcionamiento de los equipos.
- ✓ Constantes variaciones en la plantilla - alto número de bajas y altas-.
- ✓ Aumento de las necesidades de apoyo de los residentes.
- ✓ Sobrecarga de los profesionales,
- ✓ Desconocimiento de los objetivos de forma clara y compartida
- ✓ Dificultades para la planificación y seguimiento de las actividades, así como de los medios para conseguirlos. (procedimientos, protocolos...)
- ✓ Todo lo anterior, genera una falta de concienciación por parte de algunos profesionales, para comprender el valor e importancia que tiene el trabajo que desempeña cada uno y la forma en que estas acciones contribuyen al logro de los objetivos del SGC y a la calidad de vida de las personas.

Se sugiere realizar un análisis sobre esta situación y las posibles causas; revisar las fortalezas y debilidades internas, así como las oportunidades y amenazas del entorno; con el fin de tomar decisiones y establecer nuevas líneas de actuación y mejora.

14. Retomar y sistematizar el funcionamiento del equipo de calidad e incorporar a nuevos miembros - ante recientes bajas y nuevas incorporaciones-.
15. Se han identificado riesgos y realizado acciones para minimizar estos; se recomienda realizar una nueva ponderación para valorar el efecto de las acciones emprendidas.
16. Para hacer frente al deterioro de las instalaciones y con el fin de mejorar el bienestar de los residentes; se han llevado a cabo algunas mejoras en las infraestructuras: pasillos y habitaciones de la sala amarilla y verde; zona chicos en ambas. Se sugiere ir renovando, en la medida de lo posible, aquellos espacios e instalaciones con mayores necesidades e impacto en la calidad de vida de los residentes.
17. Seguir dando continuidad a las reuniones quincenales de coordinación entre profesionales técnicos, de atención directa y residentes, con el fin de dar seguimiento y tomar decisiones en equipo sobre aspectos que afectan al funcionamiento del centro; se sugiere la incorporación a estas reuniones de algunos profesionales del fin de semana.

CENTRO AUDITADO:  CENTRO RICARDO BARÓ	<h1>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</h1>	ENTIDAD AUDITORA:  ASPRONAGA
	Código Documento EST4-F-4	Edición: 3

18. La nueva planificación de las actividades grupales e individuales de terapia ocupacional supone una oportunidad para el desarrollo de las habilidades de autonomía personal-social de los residentes y como apoyo a las actividades realizadas por los profesionales de atención directa; por su reciente inicio, no se han podido evidenciar a través de los registros de la base de datos.
19. Ante la progresiva vuelta a la normalidad en todos los centros de ASPRONAGA – y siempre y cuando se aseguren las medidas de protección frente al COVID-, se sugiere retomar la participación de los residentes del Centro Ricardo Baró en las actividades en otros centros de la entidad, como venían haciendo con anterioridad a la pandemia.
20. En la medida de lo posible, se sugiere seguir mejorando los apoyos y la coordinación en los servicios de lavandería y limpieza que alivien el aumento de trabajo, sobre todo en momentos puntuales de la jornada. Se constata un aumento en la carga de trabajo diario en el servicio de lavandería, (incremento en la cantidad de ropa a mantener, lavar y secar de residentes, lavado, secado, doblado de uniformes de los profesionales etc.) así como para la plantilla de fin de semana del servicio de limpieza (aumento de las necesidades de los residentes contando con menos plantilla de limpieza).
21. Para un mejor control y seguimiento de las bajas y altas de los materiales de lavandería. Se sugiere el uso del formato APO3-F-4 “Parte de alta y baja de material de lavandería” incorporado al SGC;
22. Se sugiere revisar la sistemática utilizada para el abastecimiento y provisión de los materiales utilizados en el aseo e higiene de los residentes y así evitar en momentos puntuales la escasez o falta de estos.
23. Se sugiere mejorar la sistemática utilizada para comunicar cambios en las dietas de los residentes al servicio de cocina y asegurar una correcta comunicación de las pautas a los diferentes turnos.

## Observaciones

1. Durante el desarrollo de la actividad de la vida diaria: comedor, se observa que los residentes no disponen de un mobiliario adaptado y seguro. Concretamente, en el Plan Individual de Apoyos de la residente A.S.M., se define como estrategia de intervención durante la comida el mantener una correcta corrección postural. He de señalar que entre los objetivos definidos en el proceso de atención básica está el de “crear ámbitos cálidos y de bienestar y satisfacción ...”.

CENTRO AUDITADO:  CENTRO RICARDO BARÓ	<h2>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</h2>	ENTIDAD AUDITORA:  ASPRONAGA
	Código Documento EST4-F-4	Edición: 3

2. Se observa que las cabinas de los baños no cuentan con una superficie de apoyo para los geles, cayéndose constantemente y dificultando el desarrollo de la actividad de aseo. (sala naranja).
3. Durante el desarrollo de la auditoría, en zona de enfermería se prestan apoyos y cuidados con mayor intensidad a 4 residentes, por prescripción del servicio médico su situación, no requiere de un plan de cuidados paliativos como se especifica en el procedimiento CRB4-04, no obstante, se constata que requieren de supervisión y cuidados constantes por parte de los profesionales, así como de la aplicación de algunos protocolos de cuidados paliativos CRB4-D-18 ;por ejemplo, protocolo de higiene bucal en encamados, protocolo de aseo en encamados etc. En proceso de auditoría, así como en reuniones de equipo con los profesionales se comprueba el desconocimiento de su existencia por parte de los profesionales.
4. Las cámaras de vídeo utilizadas como apoyo a los profesionales y para la vigilancia de la zona de enfermería no funcionan a pesar de las continuas reparaciones por parte del servicio de mantenimiento.
5. Se observa un importante riesgo de caídas por humedad constante en los suelos de todas las estancias del centro: los profesionales refieren como causa probable el uso de un nuevo gel desinfectante usado para la higienización de estas.
6. En los jefes de familia se observa un exceso de información en corchos y paredes y en algunos casos desorganización en la documentación de consulta sobre los residentes y para la realización de las actividades: Protocolos obsoletos Gestión físico emocional de los problemas de conducta CRB6-D-2 , Planes de Trabajo traspapelados etc.
7. Las dietas de los residentes no están actualizadas en ninguno de los formatos utilizados: evidencia de información contradictoria y no actualizada en las pautas de Salud de la Base de datos, en los formatos de los corchos de los comedores, en paneles pictográficos y en enfermería. Su última actualización es de agosto de 2020. El no disponer de esta información actualizada e incluso contradictoria, aparte de suponer un riesgo para los residentes, genera inseguridad y confusión en la realización del trabajo.
8. El listado para la organización y distribución de los grupos de residentes y profesionales de apoyo no está actualizado en ninguno de los jefes de familia. Aunque la fecha de actualización es de 2021; se constatan cambios ya al inicio de su emisión: bajas y altas en el servicio de residentes y/o profesionales. Este listado, constituye la principal vía de información/comunicación que los

CENTRO AUDITADO:  CENTRO RICARDO BARÓ	<h2 style="margin: 0;">INFORME DE AUDITORIA INTERNA</h2>	ENTIDAD AUDITORA:  ASPRONAGA
	Código Documento EST4-F-4	Edición: 3

profesionales tienen a su disposición, ante los numerosos cambios detectados en el mismo durante la auditoría, se sugiere valorar su frecuencia de actualización.

9. Los Planes de Apoyo para los residentes ASM; ACC no están actualizados; en estos mismos se reflejan estrategias y pautas de actuación, así como los objetivos de trabajo establecidos.
10. Se observa que el Cuadro horario de limpieza para la distribución de las tareas diarias, extraordinarias e higienización de los espacios, lleva sin actualizar varios años.
11. Los profesionales de limpieza, lavandería y cocina no tienen a su disposición las fichas técnicas de los productos que utilizan en las tareas de higienización de las instalaciones y que les permiten conocer el modo correcto de empleo y los riesgos para su salud ante un mal uso.
12. Se realiza un control semanal de los almacenes y cámaras; en auditoría se evidencian productos a ras de suelo en las cámaras, falta de limpieza y orden en estanterías de almacén y mezcla de productos (tetrabriks de tomate encima de las patatas)
13. El listado de proveedores no está actualizado.
14. En el formato de registro CRB1-F-14 Expediente personal del usuario, se especifica la documentación que forma parte de este a través de un listado de chequeo y referida a: datos administrativos, datos psicológicos y de conducta adaptativa, datos médicos y datos sociales; parte de esta información es recogida por los diferentes técnicos el día del ingreso, a través de entrevistas con el residente y su familia y al finalizar el proceso de acogida con la elaboración de los diferentes informes y planes de apoyos. En dicho documento, no se ha podido verificar de inicio, si la información relativa a: datos psicológicos y de conducta adaptativa, y de datos médicos, forman parte del mismo.
15. Se evidencia la recogida de los bienes del usuario a través del formato de registro CRB1-F-6. Esta información debe formar parte también del expediente del residente.
16. Se detectan los siguientes formatos de registro sin actualizar: inventario de maquinaria, herramientas y útiles; inventario de empresas de mantenimiento y suministros habituales; inventario de activos a mantener.

 CENTRO AUDITADO: CENTRO RICARDO BARÓ	<h2 style="margin: 0;">INFORME DE AUDITORIA INTERNA</h2>	ENTIDAD AUDITORA:  ASPRONAGA
	Código Documento EST4-F-4	Edición: 3

DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Categ.
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En acta de la inspección nº A-290/2021 efectuada a 28/04/2021 y de acuerdo al art.81b) de la ley 13/2008 del 3 de diciembre de servicios sociales de Galicia. <i>Se requiere la instalación de barras de seguridad en los baños. A fecha de auditoría no se ha procedido a su instalación.</i></li> <li>2. En el expediente de los residentes del centro no figura la entrega y aceptación expresa del de las normas de funcionamiento del centro recogidas en el RRI. En el Protocolo de la inspección de servicios sociales sobre los centros de mayores, discapacidad y dependencia de la comunidad autónoma de Galicia. Con código PC-I-04, Versión 0.2 en Página 16; <i>se establece que, entre la documentación mínima recogida para el expediente administrativo de cada residente, debe constar la “aceptación expresa de las normas de funcionamiento del centro”.</i></li> <li>3. Por requerimiento de la inspección de política social con nº de acta nº A-290/2021, realizada el 28/04/2021; se elabora el expediente de MNV; alta en el centro en Febrero de 2021; a fecha de auditoría el plan individual de apoyo con los objetivos y estrategias de intervención, <i>no se ha comunicado a los profesionales de apoyo responsables del residente, ni se encuentra disponible en el espacio habilitado para su consulta e inicio de las intervenciones.</i> En el Protocolo de la inspección de servicios sociales sobre los centros de mayores, discapacidad y dependencia de la comunidad autónoma de Galicia. Con código PC-I-04, Versión 0.2 en Página 17; se establece que, este documento debe estar completo al cumplir el primer mes de ingreso. En el Procedimiento CRB2/2 Plan Individual, se determina que una vez elaborado el plan el Psicólogo lo valorará ...convocará Reunión con cuidadores para valorar viabilidad e iniciar implantación...</li> </ol>	<b style="color: red;">MAYOR</b>

**Nombre de los Auditores**

**LUCIA BARRAL GÓMEZ**