

 ASPRONAGA Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EJERCICIO 2025	Página 1 de 44
		Según Norma: ISO 9001:2015
		Fecha: febrero 2026

Fecha	24/02/2026	Nº de reunión	14
Duración	12-14 horas	Lugar:	Oficinas
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 (Técnico de Calidad)		
Orden del Día	REVISION DEL SGC, ANÁLISIS Y MEJORAS		

 ASPRONAGA Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EJERCICIO 2025	Página 2 de 44
		Según Norma: ISO 9001:2015
		Fecha: febrero 2026

Servicios a los que aplica el SGC

- ✓ Servicio de atención diurna terapéutica (media pensión 220 días)
CENTRO DE DÍA "LAMASTELLE"
- ✓ Servicio de atención diurna ocupacional (media pensión 220 días)
CENTRO OCUPACIONAL "LAMASTELLE"
- ✓ Servicio atención residencial terapéutica ocupacional (internado 365 días)
RESIDENCIA "LA CASA DE LAMASTELLE"
- ✓ Servicio de atención residencial terapéutica (internado 365 días)
RESIDENCIAS "RICARDO BARO" Y "MARTIN POU"
- ✓ Servicio de supervisión y apoyos puntuales en equipamientos especiales
(internado 365 días)
VIVIENDAS "ANTONIO PAZ"
- ✓ Servicio de Educación Especial
COLEGIO "NTRA. SRA. DE LOURDES"
- ✓ Servicio de Ocio e Inclusión
CLUB DE OCIO

INTRODUCCIÓN.....	4
ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	5
1. ESTADO DE LAS ACCIONES DE LA REVISIÓN ANTERIOR	5
1.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS	5
1.2 NECESIDADES DE CAMBIO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN	7
1.3 NECESIDADES DE RECURSOS	9
CONCLUSIONES	10
ASPECTOS A MANTENER Y REFORZAR	10
2. CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS Y EXTERNAS.....	11
2.2 CAMBIOS INTERNOS QUE HAN AFECTADO AL SGC	13
CONCLUSIONES GENERALES.....	15
3. ANÁLISIS DEL CONTEXTO DE ASPRONAGA	15
3.1 EVOLUCIÓN DEL ANÁLISIS DE CONTEXTO (DAFO): PRINCIPALES CAMBIOS RESPECTO A AÑOS PREVIOS.....	16
3.2 PARTES INTERESADAS RELEVANTES: REVISION Y DIFRENCIACIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS (REVISIÓN 2025)	18
SÍNTESIS DAFO POR CENTROS/SERVICIOS (PRINCIPALES FODA)	19
LÍNEAS DE ATENCIÓN 2026 PARA PROTEGER REQUISITOS DE PARTES INTERESADAS	20
4. INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO Y EFICACIA DEL SISTEMA	21
4.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE Y RETROALIMENTACIÓN	21
4.2 OBJETIVOS DE CALIDAD	23
4.3 DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	26
4.4 SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES	32
<i>No Conformidades y Acciones Correctivas.....</i>	32
COMENTARIOS.....	35
4.5 RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS	36
SEGUIMIENTO DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS.....	36
<i>Puntos fuertes</i>	36
<i>Observaciones / oportunidades de mejora</i>	37
<i>No conformidades</i>	37
SEGUIMIENTOS DE AUDITORÍAS EXTERNAS.....	38
<i>Conclusiones y tratamiento.....</i>	38
4.6 DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES	39
4.7 ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS	40
4.8 PLANIFICACIÓN DE LAS ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	43
SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	44
1. OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	44
2. NECESIDADES DE CAMBIO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	44
3. NECESIDADES DE RECURSOS.....	44

INTRODUCCIÓN

La **Revisión por la Dirección** es el momento en el que nos paramos, miramos con honestidad lo que hemos hecho y lo que hemos conseguido, y **convertimos los datos en decisiones**. Nos ayuda a comprobar, con evidencias, cómo está funcionando nuestro Sistema de Gestión de la Calidad y si continúa siendo **conveniente, adecuado y eficaz**, en coherencia con el propósito de ASPRONAGA y con lo más importante: las **necesidades reales, los deseos y los proyectos de vida** de las personas con discapacidad y sus familias.



Este informe ofrece una visión clara del **desempeño para el periodo 2025** y pone el foco en la **mejora continua** aplicada a la tipología de nuestros servicios.

Recoge los resultados alcanzados, los cambios internos y externos que influyen en nuestra actividad, y el análisis de los riesgos y oportunidades que debemos gestionar para seguir avanzando. Asimismo, incorpora la **evaluación del desempeño y**

la eficacia del Sistema de Gestión (indicadores, resultados de auditorías, satisfacción y retroalimentación de las partes interesadas, desempeño de proveedores y adecuación de recursos), para **definir las decisiones y acciones de mejora** del próximo ciclo.

A partir de este análisis, se identifican y priorizan acciones orientadas a **fortalecer la calidad y la coherencia de los apoyos** a lo largo del ciclo vital, mejorar la coordinación y las prácticas profesionales, y aumentar el **impacto en la inclusión y la participación en la comunidad**, asegurando que cada servicio aporta valor y responde de forma más ajustada a lo que las personas necesitan y eligen.

 ASPRONAGA Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EJERCICIO 2025	Página 5 de 44 Según Norma: ISO 9001:2015 Fecha: febrero 2026
--	--	---

ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

1. ESTADO DE LAS ACCIONES DE LA REVISIÓN ANTERIOR

1.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS

1) Cumplimiento de requerimientos de Inspección de Servicios Sociales

Durante el periodo evaluado, se reforzó el cumplimiento mediante una estrategia práctica basada en **supervisión en el puesto de trabajo** y **apoyo directo a los equipos**, asegurando la aplicación homogénea de los protocolos y la correcta **trazabilidad de los registros**. Este enfoque permitió detectar desviaciones en el momento, corregirlas de forma inmediata y consolidar evidencias claras y verificables.

- ✓ **Supervisión en el puesto y refuerzo de evidencias:** se realizaron supervisiones aleatorias *in situ* con técnicos y profesionales para comprobar la aplicación real de los protocolos, corregir desviaciones en el momento y mejorar la trazabilidad de lo realizado. Este enfoque se extendió también a **cocina y limpieza**, reforzando la correcta aplicación del **APPCC** y los registros de higiene y seguridad alimentaria.
- ✓ **Acompañamiento a los equipos en protocolos clave:** se apoyó a los equipos en la revisión y aplicación de procedimientos esenciales (documentación de expedientes, protocolos caídos, administración de medicación, UPP y Planes Individuales de Cuidados), reforzando el seguimiento y el registro conforme a lo exigido.
- ✓ **Apoyos visuales para facilitar la actuación y la coherencia entre turnos:** se implantaron en CRB **paneles de cuidados individualizados** en primera persona (con fotografías y pictogramas) distribuidos por espacios, y se elaboraron **infografías operativas** de protocolos con **códigos QR** para acceder rápidamente a la documentación completa.

2) Conservación de medios e instalaciones

Durante el periodo evaluado se puso el foco en **implicar al personal** en el cuidado de los medios y las instalaciones, reforzando tanto la **trazabilidad de uso** como el **sistema de comunicación de incidencias**, para prevenir averías, agilizar respuestas y asegurar la continuidad del servicio.

- ✓ **Control y buen uso de furgonetas,** se difundieron normas básicas de utilización a través de la aplicación interna (dejar el vehículo en buen estado tras su uso, realizar un control básico y comunicar cualquier anomalía). Para reforzar la trazabilidad, se implantó un **libro de control por vehículo** (persona usuaria, destino, kilómetros e incidencias), facilitando la detección temprana de averías.
- ✓ **Comunicación ágil de incidencias y responsabilidades claras:** se reforzó el circuito de aviso recordando en los centros quiénes son las personas responsables de

 ASPRONAGA Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EJERCICIO 2025	Página 6 de 44 Según Norma: ISO 9001:2015 Fecha: febrero 2026
---	---	--

comunicar y activar la gestión, favoreciendo que las incidencias se registren y se atiendan sin demoras.

- ✓ **Seguimiento y cuidado de infraestructuras:** se incorporó un seguimiento mediante indicador del proceso de apoyo (**% de incidencias resueltas en 7 días o menos**) y se reforzó el buen uso y la conservación de las nuevas infraestructuras, especialmente en centros reformados, aprovechando el contexto de las supervisiones.
- ✓ **Control y mantenimiento de ayudas técnicas:** se elaboraron protocolos específicos para el **control y seguimiento de las sillas posicionadoras**, incorporando su correspondiente sistema de registro. El objetivo es garantizar que las sillas de los residentes se mantengan en **condiciones óptimas de seguridad, adecuación y funcionamiento**, permitiendo un seguimiento sistemático y la detección temprana de posibles incidencias.

3) Modelos LIBERA CARE y CALIDAD PLENA. Palancas reales de mejora

Continuamos avanzando en la implantación de modelos que refuerzan los apoyos centrados en la persona, la reducción de sujeciones y una cultura de evaluación y mejora continua. Ambos se contemplan como Objetivos de Calidad y se desarrollan con mayor detalle en su **apartado 4.2** del presente informe.

4) Optimización de RR. HH. y gestión administrativa

Durante el periodo evaluado se reforzó la organización de los procesos de **RR. HH.** y la gestión administrativa asociada con el objetivo de **agilizar el día a día**, mejorar la coordinación y reducir carga operativa y retrabajos.

- ✓ **Apoyo para mejorar la gestión de coberturas y turnos:** se incorporó un refuerzo a tiempo parcial en RR. HH. para organizar la gestión de turnos y coberturas, canalizar las solicitudes del personal de CRB y descargar tareas operativas del equipo, favoreciendo una respuesta más ágil.
- **Control de jornada y eficiencia en nóminas, en proceso de implantación).** Actualmente se están manteniendo reuniones con distintos proveedores de software de Recursos Humanos para seleccionar una solución que integre el **control horario** (fichaje y cómputo de horas/jornadas) y optimice la **gestión de nóminas**. Esta mejora permitirá **reducir tiempos de gestión, disminuir errores y retrabajos**, y

	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EJERCICIO 2025	Página 7 de 44
		Según Norma: ISO 9001:2015
		Fecha: febrero 2026

avanzar hacia un sistema más **homogéneo y fiable** en el registro y tratamiento de la información laboral.

5) Fidelización y reducción de rotación

Durante el periodo evaluado se mantuvieron acciones orientadas a **cuidar la estabilidad de los equipos** y favorecer la fidelización, combinando **escucha activa** con medidas organizativas que mejoran la cobertura y la sostenibilidad de los puestos.

- **Escucha activa y trabajo conjunto con los equipos:** se habilitaron espacios de diálogo y mejora con profesionales de distintos centros y servicios, con participación de **Gerencia, Direcciones y RR. HH.**, para identificar dificultades reales del día a día y trasladarlas a decisiones organizativas concretas.
- **Medidas derivadas para mejorar la estabilidad y la cobertura:** a partir de la información recogida en estos espacios, se implantaron ajustes organizativos orientados a reforzar la continuidad asistencial y la planificación de personal: reestructuración de turnos en residencias; **completado de jornadas** mediante bolsa de horas; **reajuste del servicio de acompañamiento en furgonetas** para dar respuesta a medidas de conciliación; y **contratación de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)** para cubrir turnos en ausencia de personal de enfermería. Todo ello se acompañó de una redefinición de funciones y responsabilidades, con la **revisión de los Perfiles Técnicos**, favoreciendo una organización más clara, sostenible y alineada con las necesidades del servicio.
- **Reorganización del servicio de enfermería:** se ajustaron turnos y funciones con el objetivo de mejorar el funcionamiento del servicio y aumentar la estabilidad del equipo.
- **Promoción interna entre centros:** se avanzó en el enfoque estratégico de **movilidad y promoción interna**, facilitando oportunidades de desarrollo y continuidad dentro de la organización.

Estas medidas refuerzan equipos más estables, coordinados y con mayor capacidad para sostener apoyos de calidad, y se enmarcan como uno de los **retos prioritarios del Plan Anual de Acción**.

1.2 NECESIDADES DE CAMBIO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN

1) Indicadores con enfoque a impacto de calidad de vida. Se continúa avanzando en la evolución desde indicadores centrados en el **proceso** hacia indicadores orientados al **impacto en la calidad de vida**.

 ASPRONAGA Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EJERCICIO 2025	Página 8 de 44 Según Norma: ISO 9001:2015 Fecha: febrero 2026
---	---	--

- ✓ En **CRB**, estos indicadores están implantados desde hace dos años y, en el ciclo evaluado en este informe, se han detectado dificultades para medirlos con la objetividad y consistencia necesarias. Por este motivo, se ha abierto una **acción correctiva** para ajustar criterios, fuentes de información y método de medición, mejorando la fiabilidad y comparabilidad de los resultados.
- ✓ En el resto de los centros, la implantación de **Resiplus** está suponiendo un **avance clave** para disponer de datos más completos, homogéneos y trazables. Mientras se terminan de definir indicadores de impacto específicos, se mantiene la evaluación con las escalas de calidad de vida (**GENCAT** y **San Martín**), proceso que se ha agilizado a través de la ResiPlus, y se trabaja en consolidar la explotación de la información de Resiplus para que el seguimiento sea cada vez más **objetivo y útil para la mejora**.

2) **Simplificación del Sistema de Gestión.** La implantación de **Resiplus** nos está permitiendo avanzar de forma clara en la **simplificación de la documentación**, especialmente, en la reducción de **registros**. Al reunir en un único sistema los expedientes y seguimiento de las intervenciones, a destacar:

- ✓ Integración de registros (caídas, cuidados médicos, actividades) y digitalización de expedientes.
- ✓ Revisión y ajuste, con el personal de enfermería, del procedimiento para el Control y Seguimiento de los dispositivos de medición médica, así como para el control de preparación de las medicaciones.
- ✓ Realización de valoraciones, escalas, planes individuales y seguimientos de los objetivos y actividades. Actualmente, este proceso se ejecuta con criterios distintos en cada centro.
- ✓ Protocolo de enseres y objetos personales: identificación/custodia, verificaciones y circuito de incidencias.
- ✓ Mejorar los seguimientos de los Planes de intervención individualizados y de los Planes de Cuidados.
- ✓ Asegura el cumplimiento y la trazabilidad de los requisitos administrativos requeridos por la Inspección.

3) **Mapa único de procesos** Se mantiene el objetivo de un único mapa de procesos para toda la entidad y un SGC más asumible. Existe un borrador y se está trabajando en ajustar y alinear procesos a nivel de centro para asegurar que el mapa final refleje la operativa real y sea implantable sin generar más carga. No obstante, se identifica como condicionante la **variabilidad operativa entre centros** (por tipología de servicio, organización y recursos), lo que puede dificultar la estandarización completa. Por ello, se plantea un enfoque común más adaptaciones, definiendo un marco de procesos y responsabilidades compartido, y contemplando **particularidades por centro** mediante anexos/procedimientos específicos, evitando que el mapa resulte poco clarificador o genere dudas sobre funciones y roles.

1.3 NECESIDADES DE RECURSOS

1) Inversiones en infraestructuras y equipamiento

Durante el periodo evaluado se mantuvieron inversiones orientadas a **mejorar la calidad del servicio**, la seguridad y la funcionalidad de los espacios.

- ✓ **Centro Ocupacional:** finalización del proyecto de reforma y accesibilidad de los **baños**.
- ✓ **Centro Ricardo Baró y módulo de menores:** tras obtener financiación, se iniciaron las **obras de ampliación**. En Ricardo Baró, además, se finalizó la **reforma integral** de la cocina y la mejora de suelos en habitaciones. Para el siguiente periodo se prevé el inicio de la reforma de la **zona de comedores** y del **área de enfermería**, incluyendo renovación de carpintería interior.
- ✓ **Colegio:** en este ciclo se buscó y se consiguió financiación para la instalación/mejora del **ascensor**, reforzando la accesibilidad a las plantas superiores del centro.
- ✓ **Impulso a la vida independiente (reto del Plan de Acción)**
En línea con el reto estratégico de promover que las personas puedan **vivir cerca de su entorno y con mayor autonomía**, se solicitó al Ayuntamiento la cesión de pisos para trabajar la vida independiente, obteniéndose la concesión de un piso en la calle Pontejos. En **2026** se iniciará su puesta en marcha.
- ✓ **Adquisición de un nuevo vehículo adaptado:** permite el desplazamiento de 5 plazas más sillas de ruedas y, al no tratarse de una furgoneta, mejora la maniobrabilidad y la movilidad en los acompañamientos y traslados de personas usuarias.

2.) Recursos para sensibilizar y acompañar el SGC

El acompañamiento al Sistema de Gestión de la Calidad se ha realizado de forma **muy práctica**, a través del seguimiento continuo y el soporte directo de la **responsable de Calidad** a los profesionales. Este apoyo ha estado orientado a resolver dudas en el momento, reforzar criterios comunes y asegurar que la documentación sea **coherente, útil y trazable**.

De manera especial, se ha centrado en procesos clave como los **Planes Individuales**, los **cuidados**, los **registros** y los seguimientos de los protocolos ayudando a:

- ✓ unificar **formatos** y simplificar lo imprescindible,
- ✓ mejorar la **calidad de los registros** (qué se registra y cómo),
- ✓ y asegurar que lo documentado refleje realmente lo realizado y sirva para la continuidad de los apoyos, la mejora continua y cumplimiento de requisitos.

3. Implementación de Resiplus

La implantación de **Resiplus** se está desarrollando con un modelo **descentralizado**, sin una figura única responsable para toda la entidad. Cada centro lidera, a través de sus Direcciones, su despliegue en función de sus necesidades y de las funcionalidades prioritarias.

Este proceso cuenta con apoyo transversal de:

- ☑ **Comunicación**, proporcionando soporte en el uso de la aplicación.
- ☑ **Calidad**, reforzando formatos, criterios comunes y la homogeneización documental.

CONCLUSIONES

- ☑ En conjunto, se evidencia un avance hacia un Sistema de Gestión de la Calidad **más práctico y maduro**: una actuación profesional más coherente con el sistema, impactando en el cumplimiento, la **seguridad** y la **continuidad de los apoyos**.
- ☑ Los resultados se han visto reflejados en **inspecciones y auditorías recientes**, donde se aprecia el trabajo realizado:
 - **Reducción de requerimientos** en los aspectos reforzados mediante supervisión y apoyo directo.
 - **Mayor concienciación** del valor del registro como herramienta de calidad, seguridad y continuidad de cuidados (no como “papeleo”).
 - **Mejor gestión de medios**, especialmente en transporte: furgonetas más al día y mejor coordinación con el servicio de mantenimiento.
 - En paralelo, la integración de **LIBERA CARE** y **CALIDAD PLENA** consolida el enfoque y una mejora continua orientada a **derechos, apoyos personalizados** y **calidad de vida**.

ASPECTOS A MANTENER Y REFORZAR

- **Realizar seguimiento del SGC en la práctica diaria**: las mejoras en registros y evidencias se consolidan cuando hay acompañamiento y supervisión cercana. Es importante mantener esta línea de trabajo, ya que, si no se refuerza, existe el riesgo

de que los registros **pierdan constancia o se abandonen**. Continuar con simplificación de registros p.e alérgenos nuevos menús.

- **Seguir trabajando en la conservación de instalaciones y orden de los espacios:** aunque los controles han mejorado, se mantiene la necesidad de seguir impulsando la **concienciación** sobre el cuidado de espacios y vehículos, así como el **orden** de los espacios e instalaciones, como parte de la calidad, la seguridad y la buena atención.
- **Aprovechar la acreditación Calidad Plena como modelo transferible y compartido en toda la entidad:** implicar en el despliegue a **todos los centros** y apoyarse en estructuras estables (por ejemplo, un **Comité de Ética** para valores, código ético y toma de decisiones). Las oportunidades de mejora ya están planificadas y conviene desplegarlas de forma **equilibrada y coordinada**.
- **Fidelizar las condiciones laborales:** continuar aplicando medidas organizativas y de mejora de condiciones que favorezcan la **estabilidad**, reduzcan la rotación y permitan **retener a los mejores profesionales**.
- **Mapa de procesos y alcance del SGC:** se propone revisar si es viable un mapa único cuando, aun compartiendo misión, existen diferencias relevantes en el funcionamiento de centros y servicios. En especial, conviene clarificar el **alcance** y el encaje del **servicio médico** dentro del sistema para asegurar responsabilidades bien definidas, coherencia operativa y un control eficaz.

2. CAMBIOS EN LAS CUESTIONES INTERNAS Y EXTERNAS

“A continuación, se recogen los cambios externos e internos ocurridos durante este ciclo que han influido, o pueden influir, en el Sistema de Gestión de la Calidad y en sus resultados. Para cada cuestión, se indican las **medidas adoptadas**, señaladas con el icono .

2.1 CAMBIOS EN EL ENTORNO QUE HAN AFECTADO AL SGC

- **Concierto Social y sostenibilidad económica del modelo.** Falta de adecuación de módulos/precios del concierto social a los costes reales del servicio, que supone un impacto directo en planificación de recursos, estabilidad /mejoras condiciones laborales y capacidad de mantener estándares de calidad.
 - ✓ Seguimiento de revisiones de módulos/precios y efectos económicos en 2025.
 - ✓ Interlocución sectorial, a través del Movimiento Asociativo en Galicia, AEDIGAL, con la Administración para asegurar continuidad y condiciones del sistema.

☉ **Ley de acompañamiento en Galicia: para agilizar la tramitación de la dependencia y discapacidad.**

En enero de 2025, entra en vigor un plan para simplificar la tramitación de la dependencia y la discapacidad, pasando a realizarse con un único trámite/cita, y emitiéndose al mismo tiempo el reconocimiento del grado de dependencia, la aprobación del Programa Individual de Atención (PIA) y el porcentaje de discapacidad.

- ☑ Desde la entidad se ha reforzado el acompañamiento del equipo de trabajo social durante este proceso, ofreciendo apoyo individualizado tanto para resolver dudas como para facilitar la tramitación.

☉ **Marco laboral estatal y efecto en costes y gestión de personas** Durante 2025, el marco laboral estatal incorporó medidas con impacto directo en la gestión de personas, especialmente la **subida del Salario Mínimo Interprofesional (SMI)** y la evolución general de los costes laborales. Se trata de una medida **positiva y necesaria** para dignificar el empleo en el sector, tradicionalmente con salarios bajos. No obstante, en entidades con **financiación ajustada** (conciertos sociales con márgenes limitados) y en un contexto de incremento de costes (suministros, servicios y funcionamiento), estos cambios generan un **reto de sostenibilidad**: es necesario ajustar planificación y presupuesto para absorber el impacto y, a la vez, avanzar de forma equilibrada en mejoras internas. En nuestro caso, además, al contar con **convenio propio**, cualquier ajuste requiere un análisis cuidadoso para mantener coherencia entre categorías y condiciones.

☉ **La entrada en vigor en Galicia de la Ley 1/2024** de calidad alimentaria ha reforzado el enfoque de control oficial y la necesidad de una mayor verificación de los autocontroles. En respuesta, se han intensificado las actuaciones para el

- ☑ seguimiento en cocina/comedor para asegurar el cumplimiento del APPCC, la higiene y la trazabilidad, así como
- ☑ revisión y actualización de los registros críticos, con el objetivo de mejorar la evidencia documental y garantizar la preparación ante posibles inspecciones.

☉ **Cambio climático y sostenibilidad ambiental** **Aplicación de la enmienda ISO 9001:2015/Amd 1:2024.** En aplicación de la enmienda, se ha valorado la **relevancia del cambio climático** y del **desempeño ambiental** dentro del Sistema de Gestión de la Calidad. Por la tipología de actividad, el impacto ambiental directo de ASPRONAGA es **limitado**; no obstante, se mantienen y refuerzan medidas de gestión responsable, y se revisan posibles requisitos externos (Administración, comunidad, proveedores) que puedan influir en la prestación del servicio.

- ✓ Inicio de proyecto de colaboración con **ECOEMBES** y **PLENA INCLUSIÓN** en para una mejor **segregación de residuos**.
- ✓ Proyectos de sostenibilidad Centro Educativo Proyecto Cátedra INDITEX
- ✓ Refuerzo de prácticas de **reciclaje** y acciones de **sensibilización** en los centros.
- ✓ Priorización de **proveedores** que contribuyen a reducir el impacto ambiental (p. ej., gestión de residuos y servicios con enfoque sostenible).

2.2 CAMBIOS INTERNOS QUE HAN AFECTADO AL SGC

- ☉ **Respuesta organizativa ante la reducción del Plan de Cooperación (Plan Coopera).**

La menor dotación de personal técnico recibida en este ciclo se gestionó mediante una reorganización interna orientada a mantener la continuidad de apoyos y cuidados. Como parte de esta respuesta, se impulsó en CLL la convocatoria de puestos para consolidar perfiles técnicos en plantilla (Educación Social, Logopedia y Terapia Ocupacional), y en residencias se reorganizaron funciones y apoyos, reforzando la atención con perfiles de otros centros y recursos externos cuando fue necesario. (servicios de nutricionista externo)
- ☉ **Medidas para hacer frente a la alta rotación y reforzar la continuidad de los apoyos.**

En 2025 se impulsaron medidas organizativas y de acompañamiento profesional para mejorar la estabilidad de los equipos en un contexto sectorial de escasez de profesionales. Entre ellas, se revisaron turnos y coberturas, se reorganizaron puestos de trabajo en centros con jornadas incompletas y se reforzó el apoyo y acompañamiento a profesionales de nueva incorporación y en turnos de fin de semana, para facilitar el aprendizaje del SGC y apoyar la intervención en momentos clave.
- ☉ **Avance en la negociación del Convenio Colectivo propio de ASPRONAGA y revisión de tablas salariales.**

Durante 2025 continuó el proceso de negociación del convenio colectivo propio de ASPRONAGA, con especial atención a la actualización de las tablas salariales. Este avance contribuye al reconocimiento y la valorización del sector, especialmente necesario en un ámbito que continúa estando insuficientemente reconocido pese a su importancia social.
- ☉ **Reorganización del servicio sanitario para reforzar la continuidad asistencial.**

En 2025 se consolidó la adaptación del servicio sanitario iniciada el año anterior, reforzando la organización y capacidad operativa del equipo de enfermería para asegurar la continuidad de la atención ante una presencia médica de 3 días por semana. Como medidas, se reorganizaron funciones, responsabilidades y jornadas del equipo, y se incorporó apoyo de TCAE en turnos de día y noche para reforzar la seguridad y la continuidad asistencial.

- ☉ **Infraestructuras y obras: avance del plan de reformas y accesibilidad.**
En 2025 se dio continuidad al plan de reformas y mejoras de los centros, con avances en accesibilidad, seguridad y calidad de los apoyos. Se finalizaron la reforma de los baños del Centro Ocupacional y la reforma integral de la cocina y suelos de habitaciones del CRB.

 - Además, se avanzó en la planificación y financiación externa de actuaciones estratégicas (ampliación del CRB y módulo de menores, renovación de instalaciones, accesibilidad y modernización de espacios). La coordinación de estas actuaciones se acompañó de medidas temporales para garantizar la seguridad y la continuidad del servicio (reorganización de tráfico interno, actualización de PAU y ajuste de rutas de evacuación).
 - Destaca la financiación de la **Fundación Amancio Ortega** para la ampliación del CRB, junto con otras colaboraciones públicas y privadas que refuerzan la viabilidad del plan.

- ☉ **Renovación de recursos de transporte: incorporación de vehículo adaptado.**
En 2025 se incorporó un nuevo vehículo adaptado, una mejora relevante para la entidad por su impacto positivo en la capacidad operativa y en la calidad del servicio. Esta incorporación facilita la movilidad con apoyos, amplía las posibilidades de participación en actividades y salidas, y refuerza la respuesta ante necesidades de transporte

- ☉ **Adaptación de los apoyos en furgonetas (CLL): conciliación y refuerzo de acompañamientos.**
Durante este ciclo, se reorganizó el acompañamiento en furgonetas para dar respuesta a necesidades de conciliación del personal y garantizar la continuidad del servicio. Como medida de apoyo, se contó con personal facilitado por el proveedor habitual de transporte, **TRANSVIALIA S.L.**, reforzando la coordinación y el seguimiento operativo.

- ☑ **La gestión del riesgo de pérdida de empresas colaboradoras con posible impacto en el nivel de ocupación del Centro Ocupacional.**
En 2025, la excedencia del chófer de transporte de mercancías y la dificultad para incorporar un sustituto supusieron un reto organizativo para garantizar la continuidad de los trabajos realizados por las personas usuarias para empresas externas. No obstante, gracias a la reorganización interna, al refuerzo de la coordinación y a la capacidad de adaptación del equipo, este riesgo no se materializó, manteniendo la actividad y las colaboraciones, evitando finalmente una pérdida de empresas externas.

- ☉ **Finalización del Programa Integrado de Empleo.**
En 2025 finalizó el Programa Integrado de Empleo, desarrollado por la entidad con un equipo de dos profesionales dedicados en exclusiva, que gestionó la selección de participantes, la organización de la formación y su seguimiento. Aunque no se alcanzaron los objetivos de inserción previstos, debido principalmente a dificultades en el acceso a la fase de prácticas y en la captación de empresas, el programa supuso una experiencia

valiosa para la entidad y permitió extraer aprendizajes clave que orientarán futuras actuaciones y nuevas alianzas.

④ **Mejora del acceso a la formación**

En 2025, la principal mejora en materia de formación fue la puesta en marcha de medidas para facilitar el acceso del personal. Para ello, se elaboró y difundió el protocolo de cobertura de formación fuera de jornada (con bolsa de horas para compensación), se incorporaron modalidades online en horario laboral y se desarrollaron micro formaciones de 1 hora (micro píldoras) para reforzar contenidos clave. Estas actuaciones permitieron avanzar en un modelo formativo más flexible y adaptado a las necesidades de los centros y de los equipos.

Conclusiones generales

En este ciclo, el análisis de las cuestiones internas y externas confirma un entorno **más exigente**; *presión del concierto social, cambios normativos y aumento de costes laborales* entre otros; que impacta directamente en la planificación de recursos, en la gestión diaria y en la capacidad de sostener estándares de calidad. A nivel interno, destacan retos vinculados a disponibilidad de personal, rotación y reorganizaciones operativas (áreas de salud, transporte, obras/mantenimiento), que obligan a ajustar estructuras para mantener la continuidad de apoyos.

Las medidas adoptadas ☒ han permitido **contener riesgos**, asegurar el servicio y reforzar el control operacional (cocina, transporte, seguridad), evidenciando una mayor capacidad de respuesta del SGC.

De cara a seguir implantando y madurando el sistema, resulta clave consolidar estas respuestas como prácticas estables: **estabilización de equipos**(turnos/condiciones), **transferencia de conocimiento (formación) y acogida, control sistemático de procesos de apoyo y seguimiento del impacto económico del concierto y del convenio**, manteniendo la trazabilidad y la gestión de riesgos/oportunidades.

3. ANÁLISIS DEL CONTEXTO DE ASPRONAGA

En este informe se recogen de forma sintética las **principales fortalezas y debilidades** y, como mejora tras la auditoría externa, se incluye una **tabla específica** con la revisión separada de las **necesidades y expectativas de las partes interesadas**. La información completa (requisitos de partes interesadas, FODA y datos desglosados por centro) se aporta mediante **enlaces** a los archivos correspondientes.

3.1 EVOLUCIÓN DEL ANÁLISIS DE CONTEXTO (DAFO): PRINCIPALES CAMBIOS RESPECTO A AÑOS PREVIOS

En 2025 se han identificado los **principales avances y retos respecto** a los DAFO de ejercicios anteriores, que **inciden directamente en la capacidad operativa, la continuidad de los apoyos y la sostenibilidad del sistema.**

En la revisión de los DAFO, se constata que algunos factores **se han reducido o están en vía de mejora** gracias a la planificación estratégica y las acciones ya en marcha, especialmente en la modernización **de infraestructuras**, muy antiguas, y en **contrataciones y mejoras laborales** orientadas a fidelizar y estabilizar equipos. (los cambios en DAFO se identifican con sombreado)

Al mismo tiempo, se mantienen **tensiones estructurales** que no se han materializado o resuelto como se preveía, como la configuración de un concierto social que no se ajusta a la realidad del servicio ni garantiza el arraigo de las personas que solicitan un recurso en la propia entidad.

Fortalezas

1. **Orientación a la persona y a las familias:** apoyos centrados en la persona, capacidad de adaptación a cambios en necesidades y proyectos de vida.
2. **Compromiso y motivación de los equipos:** implicación, enfoque ético y orientación al servicio, sosteniendo la continuidad de apoyos en contextos exigentes.
3. **Experiencia y trayectoria de la entidad:** conocimiento acumulado y capacidad de respuesta ante situaciones complejas.
4. **Diversidad de recursos y cobertura de etapas vitales:** cartera de servicios amplia que acompaña diferentes proyectos de vida (atención, educación, ocupación, residencia, etc.).
5. **Compromiso con calidad plena, autonomía y autodeterminación:** enfoque transversal en derechos, participación y mejora continua.
6. **Capacidad de impulso y gestión para mejorar infraestructuras:** fortaleza en **proactividad, visión y captación de financiación/proyectos** que está permitiendo reducir progresivamente debilidades históricas.

DEBILIDADES

1. **Infraestructuras antiguas (en proceso de mitigación):** “Se mantiene como limitación estructural, si bien las reformas ejecutadas y los proyectos en marcha están reduciendo progresivamente su impacto.”

 ASPRONAGA Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EJERCICIO 2025	Página 17 de 44
		Según Norma: ISO 9001:2015
		Fecha: febrero 2026

2. **Dificultades de coordinación y seguimiento de apoyos (especialmente en residencias):** necesidad de homogeneizar criterios, clarificar roles y reforzar circuitos de comunicación y registro.
3. **Rotación y dificultad de cobertura de profesionales:** inestabilidad en equipos, impacto en continuidad y carga organizativa.
4. Dificultades para asegurar la **asistencia del personal a la formación** programada, lo que reduce su alcance e impacto.
5. **Adecuación y flexibilidad de espacios a perfiles diversos. Centro Ricardo Baró**
La configuración actual presenta limitaciones para adaptar los espacios a las distintas necesidades de apoyo (menores, personas adultas y perfiles en fases de envejecimiento), lo que dificulta la organización y la respuesta especializada. Esta debilidad se está reduciendo con la ampliación del centro y la planificación de nuevos módulos, orientados a disponer de entornos más ajustados y funcionales para cada grupo.
6. **Clima/ambiente laboral y reconocimiento del sector:** desgaste asociado a un sector exigente y poco reconocido, con efectos en motivación y retención.
7. **En DAFO 2023 se identificaba: Software de gestión poco ágil;** esta debilidad se gestionó con el objetivo de calidad: implantación de Resiplus, todavía requiere consolidación, formación y homogeneización de uso para convertirse en fortaleza real. "Se convierte en una oportunidad"
8. **Mejora de la flota y transporte adaptado (debilidad mitigada):** "Situación mejorada con renovaciones realizadas; se mantiene seguimiento para completar la modernización."

OPORTUNIDADES

1. **Resiplus:** digitalización y orden de la información para mejorar trazabilidad, reducir duplicidades y disponer de datos más fiables
2. **Movimiento asociativo (Plena inclusión):** pertenencia a redes que aportan conocimiento, apoyo técnico, benchmarking e incidencia para mejorar modelos de atención y derechos.
3. **Acreditación de Calidad Plena:** oportunidad para consolidar un enfoque de apoyos centrados en la persona, reforzar cultura de mejora continua y visibilizar el valor del servicio.
4. **Alianzas y convenios con agentes de la comunidad:** colaboración con servicios externos y recursos comunitarios para mejorar coordinación, continuidad asistencial y acceso a apoyos especializados.
5. **Participación en proyectos y convocatorias:** acceso a programas y subvenciones para impulsar innovación, empleo, formación y transformación de servicios.

6. **Prestigio institucional y proyección social:** reconocimiento ante administraciones, medios y sociedad que facilita interlocución, captación de apoyos y generación de oportunidades.

AMENAZAS

1. **Concierto social no ajustado a costes reales:** financiación insuficiente frente a salarios, suministros y funcionamiento, limitando establecer mejoras laborales (ratios, salarios).
2. **Escasez de profesionales con experiencia y formación requerida en la entidad:** dificultades de cobertura, rotación y pérdida de continuidad en equipos, con impacto en la calidad y sostenibilidad de los apoyos.
3. **Incumplimiento del Arraigo del concierto social:** derivaciones a otros recursos fuera de la entidad que afectan a la continuidad de proyectos de vida.
4. **Plazas sin financiación en el Centro Ricardo Baró sin financiación.**
5. **Incremento de exigencia burocrática y administrativa:** aumento de requerimientos documentales y de control, con riesgo de **sobrecarga**

3.2 PARTES INTERESADAS RELEVANTES: REVISIÓN Y DIFERENCIACIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS (REVISIÓN 2025)

A partir de la matriz de Partes Interesadas (Revisión 2025) se **identifican las partes interesadas relevantes para el SGC y se diferencian sus necesidades (imprescindible) y expectativas (valor añadido).**

Parte interesada	Necesidades	Expectativas
PCDI (personas apoyadas)	Apoyos personalizados y continuos. Entornos seguros/accesibles y cuidados coherentes. Escucha y seguimiento de calidad de vida.	Continuidad del proyecto de vida y arraigo. Adaptación ante cambios. Mejoras visibles que aumenten autonomía y bienestar.
Familias	Información clara y canales accesibles; referentes definidos. Seguridad y confianza; participación cuando proceda. Acompañamiento en trámites clave.	Comunicación proactiva y respuesta ágil. Apoyo ante situaciones complejas y decisiones futuras.

Profesionales	Roles claros y protocolos aplicables. Formación para práctica segura. Recursos y condiciones seguras.	Turnos/coberturas estables. Herramientas prácticas y apoyo para aplicar y registrar.
Junta Rectora / Gerencia / Direcciones	Objetivos alineados con misión y datos fiables. Recursos para operar procesos. Cumplimiento y evaluación del SGC.	Decisiones basadas en evidencias. Sostenibilidad y coherencia cultural.
Administración / Inspección / financiadores	Cumplimiento normativo/contractual y evidencias trazables. Justificación de fondos en plazo.	Relación fluida y sin incidencias. Financiación adecuada a costes reales.
Proveedores y servicios críticos	Servicio según acuerdos y coordinación. Gestión de incidencias y trazabilidad.	Relación estable y mejora continua. Respuesta ágil ante incidencias.
Socios	Información accesible y vínculo con la entidad.	Transparencia y rendición de cuentas. Participación y seguimiento de impacto.
Voluntariado	Roles definidos y coordinación. Actividades con sentido para la inclusión.	Reconocimiento y planificación estable.
Alianzas	Objetivos comunes y acuerdos claros. Coordinación operativa.	Continuidad de proyectos con resultados y seguimiento.
Plena inclusión / movimiento asociativo	Participación en redes y alineación. Impulso de derechos/calidad de vida. Requisitos de modelos (Calidad Plena).	Buenas prácticas compartidas. Aprendizaje y avance en modelos.
Sociedad / comunidad	Inclusión y visibilización con impacto social.	Oportunidades reales de participación e inclusión.
Medio ambiente / cambio climático	Gestión responsable de residuos/consumos. Cumplimiento de requisitos aplicables.	Evidencias de buenas prácticas y mejora progresiva; enfoque climático en decisiones/compras (cuando aplique).

SÍNTESIS DAFO POR CENTROS/SERVICIOS.

A modo de evidencia complementaria del análisis de contexto, se presenta una síntesis de los factores clave (Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas) por centros/servicios. Esta visión comparada facilita priorizar acciones de control del cambio y asegurar requisitos de partes interesadas.

- ◆ [CONSULTAR DAFOS](#)
- ◆ [NECESIDADES, EXPECTATIVAS Y REQUISITOS DE PARTES INTERESADAS](#)

LÍNEAS DE ATENCIÓN 2026 PARA DAR RESPUESTA A LOS REQUISITOS DE PARTES INTERESADAS

A partir del análisis de contexto, partes interesadas y cambios detectados en 2025, en 2026 se priorizan las siguientes líneas para asegurar la **continuidad de apoyos**, el **cumplimiento** y la **mejora del SGC**, minimizando el impacto de cuestiones internas y externas:

1. **Reforzar la coordinación con la administración y a nivel asociativo para fijar mejoras en el concierto social y cumplimiento del arraigo**
2. **Estabilizar equipos y retención de personal**
Continuar con la mejora de turnos/coberturas para reducir sobrecarga y competir en un mercado con escasez de perfiles. Reforzar la acogida y transferencia de conocimiento para sostener coherencia de práctica y buen trato.
3. **Continuar con a simplificación y digitalización del sistema (menos carga documental, más trazabilidad)**
Consolidación de Resiplus y depuración de registros para reducir duplicidades, mejorar la calidad de la evidencia y facilitar el seguimiento por centros, asegurando que la documentación sea útil para la continuidad de apoyos y el control del sistema.
4. **Gestionar el cambio de la construcción y puesta en marcha de nuevo centro**
Planificación por fases y gestión de riesgos (seguridad, evacuación, circuitos alternativos, coordinación con contratas), garantizando continuidad de apoyos y que las mejoras se traduzcan en accesibilidad, seguridad y confort
5. **Sobre la formación:**
 - **combinar micro píldoras con módulos más completos**, mejorar la **planificación por centros y turnos** (cupos/rotación),
 - definir un **itinerario formativo mínimo por puesto** y otro de especialización,
 - **priorizar formación en jornada** cuando sea posible.

4. INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO Y EFICACIA DEL SISTEMA

4.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE Y RETROALIMENTACIÓN

Durante este ciclo, la satisfacción y retroalimentación se ha recogido a través de los **canales oficiales** establecidos por la entidad: **encuestas de satisfacción** a personas usuarias y familias (incluido el bloque específico del servicio de ocio), **encuesta de clima laboral** por centros, **feedback diario** registrado y canalizado por los circuitos habituales, y el **sistema de quejas, reclamaciones, sugerencias y canal de denuncias**.

- **Participación en las encuestas.**

Los niveles de participación obtenidos permiten realizar una lectura válida de tendencias y orientar la toma de decisiones, interpretando con mayor cautela aquellos servicios con menor tasa de respuesta.

- **Profesionales** participación general **40,4%**, con **91 respuestas** de una plantilla fija de **225**.
- **Familias** participaron **109 familias** en total, con tasas por servicio que oscilan entre **17% y 37%** (Colegio **37%**, Centro Ocupacional **31%**, Residencias **30%**, Centro de Día **28%**, CRB **17%**)

Satisfacción Personas Usuarias

Centro	N	índice (sobre 3)	3 aspectos mejor valorados	3 aspectos con menor valoración
CLL – Centro Laboral Lamastelle	65	2,64	Personal hace bien su trabajo; Ayuda y cuidados adecuados; Trato respetuoso y amable (personal/voluntariado).	Gratificación económica; Apoyo para búsqueda de empleo externo; Limpieza de instalaciones (ítem más bajo relativo).
CRB – Centro Ricardo Baró	34	2,52	Ayuda y cuidados; Atención a necesidades básicas; Vigilancia de la seguridad.	Instalaciones cómodas; Atención terapéutica; Actividades ocupacionales.
Residencia La Casa (Lamastelle)	17	2,74	Fomento de autonomía; Limpieza de instalaciones; Comunicación con la familia.	Menús; Atención rápida cuando se necesita algo; Actividades en la residencia.

Viviendas Antonio Paz y (Pla Cancela)	13	2,77	Confianza en el personal; Ayuda y cuidados; Profesionalidad del equipo.	Menús; Trabajo en autonomía; Trato respetuoso (ítem más bajo relativo).
Residencia Martín Pou	17	2,62	Ayuda y cuidados; Profesionalidad del personal; Confianza en el equipo.	Actividades realizadas; Planificación de actividades; Limpieza de instalaciones.

Familias

En conjunto, los resultados muestran un **nivel de satisfacción muy alto** y homogéneo. De forma transversal, las familias destacan:

- **Buen trato**, cercanía y confianza en los profesionales.
- Atención personalizada y respeto a la dignidad.
- Información y orientación recibidas.
- Alta recomendación de los servicios.

En la lectura por centros, los aspectos más sólidos se repiten en todos, y las **mejoras se concentran** en:

- **Transporte y horarios** (más señalado en algunos recursos p.e Colegio y Servicio Ocio).
- **Oportunidades laborales/ocupacionales** (especialmente en servicios vinculados a actividad ocupacional y laboral).
- **Instalaciones y recursos** (en centros donde todavía hay margen de renovación).
- **Continuidad tras la etapa educativa** (mencionado en el ámbito educativo).

La participación ha sido variable según servicio, por lo que la lectura por centro se interpreta como orientación para priorizar acciones.

Profesionales (Encuesta de Clima laboral)

La encuesta de clima laboral refleja una **satisfacción global alta** y un compromiso fuerte con la misión

De **manera transversal** se valora:

- El sentido del trabajo y el impacto en las personas.
- La identificación con la entidad.

 ASPRONAGA Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EJERCICIO 2025	Página 23 de 44
		Según Norma: ISO 9001:2015
		Fecha: febrero 2026

- La aplicación del sistema de calidad en la práctica.

En la lectura por centros, las **áreas de mejora** se concentran en:

- **Coordinación interna** y colaboración entre equipos.
- **Reconocimiento y comunicación.**
- **Estabilidad organizativa y claridad de funciones**, especialmente en contextos de cambio o reorganización.

Los resultados confirman una percepción externa **muy positiva** y un alto compromiso profesional. Las prioridades de mejora se sitúan principalmente en:

Personas usuarias (retos/acciones 2026)

- Reforzar **actividades y atención terapéutica** (especialmente en CRB y residencias).
- Mejorar aspectos de **menús** y respuesta a necesidades cotidianas (residencias/viviendas).
- Ajustar **condiciones e instalaciones** donde se perciben menos cómodas o con margen de mejora.

Familias (retos/acciones 2026)

- Optimizar **transporte y horarios** (CLL y OCIO respectivamente).
- Potenciar **oportunidades ocupacionales/laborales** y apoyos a la continuidad (especialmente tras etapa educativa).
- Mejorar **recursos e instalaciones** en los servicios donde se demanda renovación y continuidad.

Profesionales (retos/acciones 2026)

- Reforzar coordinación interna y colaboración entre equipos/turnos. (CRB y La Casa)
- Mejorar comunicación y reconocimiento (canales claros, feedback y retorno de decisiones). TODOS
- Aumentar estabilidad y claridad de funciones en contextos de cambio (roles, cobertura y continuidad).(CRB y La Casa).

- ◆ [ACCESO A RESULTADOS DE ENCUESTAS SATISFACCIÓN USUARIOS, FAMILIAS Y CLIMA LABORAL](#)

4.2 OBJETIVOS DE CALIDAD

1. Implantación y consolidación de ResiPlus

El objetivo se orienta a disponer de una herramienta de gestión adaptada a las actividades de los centros, que permita integrar la operativa diaria, mejorar el seguimiento de los Planes Individuales y reforzar la coordinación entre áreas.

Estado 2025:

En 2025 el objetivo puede considerarse logrado: ResiPlus está implantada en todos los centros y se utiliza de forma habitual para la elaboración y seguimiento de Planes Individuales, cuidados y sus revisiones. Asimismo, se aprovechan funcionalidades vinculadas a la gestión de expedientes (subida/organización documental) y la aplicación de escalas de valoración (por ejemplo, Barthel, calidad de vida u otras), reforzando la trazabilidad y reduciendo registros duplicados.

Propuesta 2026 (consolidar herramienta y salto a medición indicadores):

- Estandarizar criterios de registro y seguimientos en cada centro/servicio p.e datos expedientes compartidos
- Aprovechar la información registrada para medir indicadores de forma más ágil, especialmente los vinculados a calidad de vida e impacto.

2. Implantación de la norma LiberaCare

Este objetivo impulsa la *transformación organizacional* hacia un modelo de cuidados centrados en la persona y sin sujeciones, reforzando dignidad, autodeterminación y buenas prácticas. Su implantación supone un cambio cultural y requiere coherencia técnica y organizativa.

Se mantiene el objetivo de calidad de implantación de Libera Care, avanzando en una transformación cultural y organizativa del centro (procesos, roles y forma de acompañar). El alcance del proyecto se amplía por la ampliación del centro y la incorporación de un financiador que permite planificar y dotar recursos clave para la retirada de sujeciones (p. ej., camas de cota 0, alfombras y otros apoyos imprescindibles). De forma paralela, se continúa trabajando el cambio de mirada centrado en la persona mediante acompañamiento a equipos, revisión de prácticas y seguimiento de avances, asegurando la coherencia entre la herramienta, los recursos y la cultura de atención.

Estado 2025:

El despliegue continúa con avances, aunque a un ritmo más gradual del previsto. Se mantienen acciones orientadas a reducir prácticas restrictivas y a incorporar alternativas

 ASPRONAGA Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EJERCICIO 2025	Página 25 de 44
		Según Norma: ISO 9001:2015
		Fecha: febrero 2026

seguras, apoyos técnicos y vigilancia adecuada. La evolución depende, además, de disponer de condiciones estructurales y recursos que faciliten el trabajo en esta línea.

Factores críticos identificados en 2025:

- Cambio cultural: consolidar criterios comunes y prácticas coherentes en todos los equipos.
- Condiciones del entorno: nuevos espacios y recursos como palanca para avanzar con mayor seguridad y consistencia.
- Alineación del servicio médico con la filosofía del modelo (criterios clínicos, prevención de riesgos, alternativas y toma de decisiones compartida).

Propuesta 2026-2027

- 2026: reforma del centro antiguo como oportunidad para adaptar entornos, circuitos y apoyos a la filosofía LiberaCare.
- 2027: disponibilidad del nuevo centro construido como elemento clave para consolidar el despliegue y extenderlo con mayor estabilidad.

3. Modelo de Calidad Plena Inclusión (FEAPS): autoevaluación, acreditación y plan de mejora

El objetivo se orienta a implantar de forma sostenible el modelo de Calidad Plena Inclusión para avanzar en el cumplimiento de la misión, consolidar puntos fuertes, priorizar puntos críticos para el cambio e introducir innovación con la implicación del conjunto de la organización.

Estado 2025-2026:

Tras realizar la autoevaluación y presentar el informe/plan de mejora a Plena Inclusión, y con el acompañamiento de dos auto evaluadores en febrero de 2026, se recibe la comunicación de la acreditación en el modelo en el nivel 'Calidad' (dentro del itinerario de niveles: despliegue, compromiso, calidad y excelencia).

Vigencia y despliegue del plan de mejora:

Se dispone de un plan de mejora con oportunidades identificadas para desplegar durante el periodo de vigencia de la acreditación, hasta enero de 2028, asegurando seguimiento, evidencias y revisión periódica de avances.

Propuesta 2026:

- Traducir las oportunidades de mejora en acciones operativas con participación de todos los centros de la entidad.

 ASPRONAGA Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EJERCICIO 2025	Página 26 de 44
		Según Norma: ISO 9001:2015
		Fecha: febrero 2026

- Asegurar seguimiento periódico (indicadores + revisión de avances) y comunicación interna de resultados.
- Conectar el plan de mejora con retos del plan de acción

4. Ampliación del centro Ricardo Baró

Objetivo: Con el fin de desmasificar el centro actual y mejorar la adecuación del servicio, se establece como objetivo la construcción de dos nuevos módulos: uno con capacidad para 8 menores y otro con capacidad para 16 personas adultas.

Estado 2025:

Se formaliza la financiación mediante la firma del convenio con la Fundación Amancio Ortega. Asimismo, se inician las obras en diciembre de 2025, con plazo de ejecución previsto hasta 2027.

Previsión 2026

- Coordinación y supervisión de cuestiones de seguridad y salud asociadas a la obra.
- Reorganización del tráfico y accesos para garantizar la continuidad de la actividad y la seguridad de personas usuarias, familias y profesionales.
- Seguimiento periódico del avance (plazos, hitos y posibles incidencias), registrando desviaciones y acciones correctivas cuando proceda.

◆ ACCESO A OBJETIVOS DE CALIDAD Y SEGUIMIENTO

4.3 DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

Durante el año 2025, se efectúa la medición de los indicadores establecidos para medir la consecución de los objetivos establecidos en los 52 procesos del sistema de gestión. Estas mediciones nos permiten tomar decisiones encaminadas a la mejora continua, basadas en resultados de eficacia, eficiencia y /o efectividad y con una frecuencia variable, trimestral, semestral y/o anual.

Los resultados y tendencia de los 90 indicadores esenciales 11 estratégicos y 8 de apoyo están publicados en el Portal de Calidad. El resultado de las mediciones para este ciclo han sido los siguientes:

✓ **Resultados indicadores del CEEPR Nuestra Señora de Lourdes.**

PROCESO	INDICADOR	META	2024	2025
COL1	Orientaciones bajo demanda realizadas	>60	49	82
COL 2	nº de dictámenes de escolarización	>60	69	70
COL2	Grado de satisfacción de las familias al finalizar el primer año en el centro	>90%	90%	100%
COL3	Alumnos a los que se les evalúan sus competencias y cuentan con su portfolio	100%	100%	Elimina
COL4	Alumnos que tienen en su programación acciones de FP inclusiva	>6	8	20
COL4	Situaciones de aprendizaje funcional programadas	>3	3	4
COL5	Familias que están de acuerdo con el ACI de su familiar	>90%	100%	100%
COL6	Incidencias con los menús del comedor	<=2	11	21
COL7	Criterios de evaluación que se trabajaron en el aula	>90%	88%	pdte
COL7	Criterios de evaluación adquiridos	>50%	44%	pdte
COL8	Familias atendidas bajo demanda	>90%	100%	100%
COL9	Alumnado que finaliza la escolarización y no tiene como 1ª opción una plaza de política social	>5%	40%	50%

Indicador desviado: Incidencias en menús del comedor

Meta: ≤ 2 incidencias/año. En 2024 se registraron 11 incidencias y en 2025 se han duplicado. Las incidencias se refieren a cambios no previstos en guarniciones o en la forma de preparación (respetando la dieta, pero sin estar programados en el menú). **Se propone analizar la causa para determinar si el origen está en la elaboración del menú, materia prima suministrada por el proveedor o en la gestión/ejecución desde cocina.**

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

PROCESO	INDICADOR	META	2024	2025
EST2	Grado de satisfacción general de los usuarios con el servicio	≥85%	89,3%	90%
CLL-1.1	Grado de satisfacción de los usuarios al final del proceso de acogida	≥90%	100%	100%
CLL-2.1	Número de sugerencias a los PII realizadas por familias, usuarios o profesionales	≥70	81	230
CLL-3.1	Nivel de inactividad laboral en los talleres del centro ocupacional	≤15%	0,88%	2.53%
CLL-4.1	Porcentaje de usuarios que participan en 3 o más actividades instrumentales distintas a lo largo del año	≥80%	90%	95%
CLL-5.1	Porcentaje de usuarios que participan en, al menos 3 actividades grupales o individuales de habilidades personales y sociales	≥90%	97%	96%

CLL-5.2	Grado de satisfacción de los usuarios con las actividades formativas grupales	≥85%	92,99%	93%
CLL-5.3	Grado de satisfacción de los usuarios con el servicio de comedor	≥85%	90,7%	89%
CLL-6.1	Grado de satisfacción de los usuarios participantes en visitas/salidas y fiestas	≥85%	93,6%	99%
CLL-7.1	Grado de satisfacción de las familias con la información y asesoramiento que reciben en relación con su familiar	≥85%	95,09%	96%
CLL-7.2	Grado de satisfacción de las familias con el servicio que se presta a su familiar	≥85%	93,27%	96%
CLL-7.3	Porcentaje de familias que visitan el centro individualmente (acumulado)	≥5%	18%	25%
CLL-7.4	Nº contactos con familias para seguimiento de los usuarios	≥150	286	335
CLL-7.5	Nº de reuniones generales con familias	1	2	2
CLL-7.6	Porcentaje de familias de Lamastelle, que asisten a la fiesta anual de familias	≥50%	57%	65%
CLL-7.7	Grado de satisfacción de las familias de Lamastelle, participantes en la fiesta anual de familias	≥85%	98%	98%
CLL-9.1	Porcentaje de familiares de usuarios que fueron baja, que se sintieron satisfechos con el proceso de baja, fuera por la causa que fuera	≥90%	100%	100%

Indicadores que se estabilizan y mantienen al alza

Tres indicadores de satisfacción muestran una tendencia de **mejora y consolidación**. La satisfacción de los **usuarios con las actividades formativas grupales** se ha reforzado tras una bajada puntual y se sitúa en niveles excelentes y estables (92,99% y 93,00%), superando ampliamente la meta del 85%. En paralelo, la **satisfacción con el servicio de comedor** se ha recuperado y estabilizado respecto a 2023 (84%), algo especialmente relevante por tratarse de un servicio crítico y por los cambios recientes en los menús. Por último, la **satisfacción de las familias con el servicio prestado** a su familiar se mantiene muy positiva y estable, confirmando la continuidad de las buenas prácticas y la calidad de los apoyos del centro.

El **nivel de inactividad laboral en los talleres** se ha mantenido **estable**, sin verse afectado pese al **riesgo de pérdida de empresas** derivado de la excedencia del chófer de transporte (riesgo materializado en el 2º semestre). En relación con el indicador, se logró alcanzar la meta establecida. No obstante, durante el segundo semestre se detectó una disminución en la ocupación laboral. Esta situación fue gestionada oportunamente mediante la implementación de alternativas que permitieron evitar que se convirtiera en un problema significativo.

✓ Resultados indicadores del Centro Ricardo Baró Y Residencia Martín Pou.

PROCESO	INDICADOR	META	CRB		POU	
			2024	2025	2024	2025
Trans versal	Elijo de forma activa en qué tareas quiero participar	>50%	70,60%	38%	80%	50%
Trans versal	Decido los espacios de mi casa en los que más me apetece estar.	>50%	76,50%	41%	87%	7%

CRB3	Elijo la ropa que necesito	>50%	41,20%	49%	40%	21%
CRB5	Tomo decisiones sobre mi ocio	>40%	11,80%	7%	80%	0%
CRB2/8	Participo en el diseño de mi Plan Individual	>30%	0%	47%	40%	73%
CRB6	Tengo los apoyos técnicos que necesito	>70%	72,72%	100%	75%	100%
CRB6	Tengo acceso a las nuevas tecnologías	>50%	58,80%	31%	47%	29%
CRB5	Me siento satisfecho con las actividades de ocio en las que participo.	>70%	76,4%	74%	65%	92%
CRB5	Recibir buenos apoyos en las AVD	>90%	98,16%	96%	98%	90%
CRB5	Participo regularmente en actividades comunitarias	>80%	81,95%	74%	45%*	80%
CRB7	Mantengo contacto con las personas a las que quiero (personas sin contacto)	≤15%	7,4%	0%	6,6%	0%
CRB4	Tengo los controles médicos necesarios para garantizar mi salud.. IMC dentro de rango	>50%	28,35%	43%	n/m	43%
CRB4	Tomo decisiones en relación a mi comida	>40%	71,75%	6%	30%	0%

Los resultados de estos **indicadores**, **obtenidos** mediante la **encuesta de autodeterminación**, muestran **desviaciones relevantes** respecto a la meta. Debe considerarse que se aplica a personas con grandes necesidades de apoyo, por lo que requieren mediación para comprender y responder, lo que puede afectar a la consistencia de los datos.

Medidas adoptadas:

Se abrió una acción correctiva para revisar la encuesta y el proceso de apoyo en su cumplimentación.

Se mejora el cuestionario incorporando cuatro niveles de respuesta:

1) decide totalmente, 2) decide con apoyo de mediación, 3) se adapta a la organización del centro, 4) nunca decide.

Para el análisis, se propone agrupar los dos niveles más altos (decide totalmente + decide con mediación) para medir la participación efectiva en la toma de decisiones con o sin apoyos, alineado con el modelo de atención centrado en la persona. Además, se creó la infografía “La brújula de la autodeterminación” para homogeneizar la mediación y mejorar la fiabilidad del registro.

✓ **Resultados indicadores La Casa Lamastelle, Viviendas Antonio Paz.**

PROCESO	INDICADOR	META	LA CASA		Viviendas	
			2024	2025	2024	2025
RES1	% De usuarios satisfechos con su estancia en la residencia al final del proceso de acogida	> 90%	No hubo	No hubo	No hubo	No hubo
RES2	Porcentaje de usuarios que han acudido al dentista a su revisión anual	80%	95,2%	95%	22,22%	88%
RES2	Porcentaje de residentes que han requerido intervención específica	<40%	30%	35%	100%	40%
RES3	% De usuarios que tienen dos o más objetivos operativos en su PII	> 30%	100%	86%	100%	69%
RES4	N.º de salidas de ocio comunitarias.	> 150	135	167	164	171

RES5	% de usuarios cuyas familias acuden a la fiesta anual de residencias	> 70%	83%	89%	82%	76%
RES6	% De familiares de usuarios que fueron baja, que se sintieron satisfechos con el proceso de baja, fuera por la causa que fuera	>90%	No hubo	No hubo	No hubo	No hubo

Porcentaje de residentes que han requerido intervención específica (salud bucodental)

Se ha actualizado la meta de $\leq 30\%$ a $\leq 40\%$ porque la meta anterior **no se ajustaba a la realidad** del centro. La mayoría de las residentes son adultos y toman medicación, y es frecuente que, tras la revisión dental, necesiten alguna intervención pequeña (por ejemplo, caries leves).

Además, en años anteriores el indicador fue muy variable (entre 100% y 30%), por lo que una meta más realista permite medir mejor la estabilidad del servicio. Este año el resultado se sitúa en torno al 35–40%, lo que confirma que el ajuste de la meta es adecuado.

✓ Resultados indicadores Servicio de Ocio.

PROCESO	INDICADOR	META	2024	2025
OCIO1	Acciones de toma de decisión con participación de los socios	80	100	97
OCIO1	Acciones de colaboración con recursos comunitarios para el empoderamiento	25	26	26
OCIO1	Comunicación de las acciones del servicio generada en lectura fácil	100%	100%	100%
OCIO1	Información de las acciones personalizada	100%	100%	100%
OCIO2	Adaptación cognitiva de un recurso comunitario	1	2	1
OCIO2	Estabilizar canales de comunicación para facilitar el acceso a las propuestas del club	1	0	1
OCIO2	Apoyos activos para que las personas participen en actividades de ocio con medicación	15	16	21
OCIO2	Participación en acciones de formación para la gestión de apoyos activos	1	0	4
OCIO3	Acciones de colaboración con recursos comunitarios para la participación inclusiva	5	12	12
OCIO3	Participación en acciones de otras entidades	30	27	28
OCIO3	Mantener convenios con otras entidades	10	16	10
OCIO3	Difusión de acciones de participación en redes sociales	100	110	53
OCIO3	Acciones de participación No específica	50%	51%	42%
OCIO3	Propuestas para promover un nuevo marco normativo que favorece la desinstitutionalización	1	0	1
OCIO3	Estudio de un caso ético sobre participación des institucionalizada	1	0	1
OCIO4	Promover acciones de voluntariado social de personas con discapacidad sin apoyo presencial	3	5	5
OCIO4	Presentaciones en centros formativos para la captación e iniciación de voluntarios	6	0	1
OCIO4	Reuniones en pequeños grupos para la captación e iniciación	7	0	5
OCIO4	Participamos en acciones comunitarias con equipos de voluntariado formados por personas con capacidades diferentes	5	5	1

En 2026 se revisarán metas de algunos indicadores (en el Excel de seguimiento se evalúan las posibles causas de estas desviaciones); p. e para el **indicador de Acciones de ocio no específica**: Debemos revisar la meta, pues son muchas las propuestas de participación comunitaria que estamos considerando específicas. **Presentaciones en centros formativos para la captación e iniciación de voluntarios**: Ya no hay tanta demanda como años atrás y consideramos que es necesario reconsiderar este indicador de cara al año 2026 analizando el valor que aporta al sistema. Y sobre la **participación en acciones comunitarias con equipos d voluntariado formados por personas con discapacidad**: Muchas de las personas hacen voluntariado en acciones comunitarias ya gestionan directamente su participación con las entidades organizadoras. En el servicio seguiremos apoyando a aquellas entidades y personas que necesiten nuestra mediación. Debemos analizar este indicador para adecuarlo a la nueva realidad.

✓ **Resultados indicadores Procesos Estratégicos.**

PROCESO	INDICADOR	META	2024	2025
EST1	Valoración de las familias del nuevo formato de Plan de Acción, cada dos años	>75%	Medición enero 2025	97%
EST2	Familias que se sienten informadas sobre la planificación estratégica de ASPRONAGA.	>90%	Medición enero 2025	93%
EST2	Familias y/o usuarios que responden a la encuesta	biannual 40%	No toca medición	Familias:30% Usuarios:52% Profesionales:40%
EST3	Plazas fijas cubiertas con personal eventual de la empresa	30%	34%	43%
EST3	Plazas fijas cubiertas por personal de promoción interna. <i>Nuevo en 2024</i>	30%	66%	44%
EST3	Porcentaje de trabajadores que participan en al menos 1 acción formativa al año	40%	100%	48%
EST4	Satisfacción de los trabajadores con el Sistema de Gestión de Calidad C: <i>Facilita el trabajo</i>	c/2 años 80%	No toca medición	78%
EST4	N.º de Estrategias implementadas a partir del DAFO. A: <i>Objetivo Calidad</i> ; B: <i>R/O</i> ; C: <i>A. Mejora</i>	A: 1 B: 5 C: 5	A: 2 B: 9 C: 11	A: 2 B: 11 C: 14
EST5	Riesgos con una evaluación "alta" que se han abordado en un plazo inferior a 15 días	6	3	1
EST6	Visitas al Portal de Calidad	semestral >500	1124	950
EST5	Objetivos estratégicos alcanzados en el plan de comunicación anual	80%	80%	

A través de la **encuesta de satisfacción de trabajadores** se mide el **grado de satisfacción con el Sistema de Gestión de Calidad**. Este año el resultado ha sido **78%**, por lo que **no se alcanza la meta del 80%**, aunque continúa siendo uno de los aspectos mejor valorados dentro de la encuesta. De forma independiente, este año la encuesta se **simplificó** para **favorecer una mayor participación**. Hasta la fecha se evaluaba el sistema de calidad con tres preguntas: A) interiorización, B) aporta mucho valor y C) si facilita el trabajo. Tras la revisión, se decidió mantener solo **"facilita el trabajo"** porque es el ítem más **claro**, reduce posibles dudas en A y B y resulta más operativo para detectar oportunidades de mejora.

✓ **Resultados indicadores Procesos de Apoyo.**

	Indicador	Meta	2024	2025
APO1	N.º de proveedores con 1 o más incidencias identificadas en la Reunión de Coordinación.	Menos o igual a 3 en cada Acta de Coordinación	0	0
	N.º de acciones realizadas para la mejora en la prestación del servicio.	Menos de 10	6	7
	N.º de proveedores con la condición de "CALIFICADO".	>70%	95%	100%
	N.º de proveedores con la condición de "CALIFICADO CON RESERVA"	≤20%	5%	0%
	N.º de proveedores con la condición de "DESCALIFICADO".	≤10%	0%	0%
APO2	N.º de NO CONFORMIDADES detectadas en relación con este proceso.	Menos de 2	5	2
APO3	N.º de incidencias detectadas en relación con el proceso de atención doméstica (RES APO-4).	< ó = 5	5	4
APO4	% de incidencias de mantenimiento que se resuelven en menos de 7 días (tiempo de respuesta)	>70% cada semestre	1º s88% 2º s 80%	1º s.83% 2º s.57%

El indicador “% de incidencias de mantenimiento resueltas en menos de 7 días” **no cumple la meta del 70%** en el 2º semestre, alcanzando un **57%**. La principal causa ha sido la **falta de cobertura del equipo de mantenimiento**, debido a **bajas simultáneas de los dos profesionales** y a las **dificultades para encontrar sustituciones**. Aunque se realizó una contratación para cubrir una de las vacantes, la **capacidad operativa** no fue suficiente para mantener los tiempos de respuesta, lo que impactó directamente en el cumplimiento del indicador.

◆ [**CONSULTAR RESULTADOS MEDICIÓN**](#)

4.4 SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS

En este apartado se incluyen las acciones que han requerido seguimiento durante 2025:

- a) acciones que permanecen abiertas a 31/12/2025 (independientemente del año de apertura) y
- b) acciones cerradas en 2025 aunque se hubiesen abierto en ejercicios anteriores. No se listan acciones cerradas con anterioridad a 2025.

A. No conformidades y acciones correctivas

En la entidad fomentamos una cultura de mejora continua para mejorar nuestros servicios y cumplir de esta manera con los requisitos de las personas, así como considerar las necesidades y expectativas, por lo que a lo largo del ciclo 2025 se le da seguimiento a las siguientes no conformidades y acciones correctivas:

Centro Laboral (CLL)

1. **AC: Determinar la causa raíz de la desviación de indicadores del proceso CLL5 y aplicar acciones correctivas para eliminarla y evitar su recurrencia, verificando posteriormente la eficacia de las medidas.** | Apertura: 21/01/2024 | **Cierre: 05/01/2026** Verificación mediante seguimiento del proceso y mediciones de satisfacción (Nov-2024 y Ene-2026), confirmando eficacia y mantenimiento de resultados; el cierre se pospone por cambios planificados en dietas/menús hasta consolidar evidencias.
2. **NC: Requerimientos identificados en la Inspección de Política Social** (Acta A-14/2024). Apertura: 30/01/2024 | Cierre: 03/10/2025. La visita de Inspección verifica la implantación de las acciones correctoras y el cumplimiento de los requerimientos. Salvo aplicación de escalas Barthel (cada 2 años)

 ASPRONAGA Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EJERCICIO 2025	Página 33 de 44 Según Norma: ISO 9001:2015 Fecha: febrero 2026
--	--	---

3. **NC: Desviaciones respecto a requisitos de Sanidad identificadas en el Acta de Control Oficial nº C541008.** Apertura: 15/11/2024 | **Cierre: 17/12/2025.**

Verificaciones En 2025, sin visita de Inspección, se realizaron verificaciones in situ periódicas del estado de instalaciones y del cumplimiento del APPCC (trazabilidad y control de alimentos). Se confirma aplicación correcta de medidas y operativa conforme, considerándose subsanada y procediéndose al cierre.

4. **AC: Supervisiones por parte de la responsable de Calidad de los servicios de cocina y limpieza.** Apertura: 01/07/2024 | **Cierre: 03/04/2025.**
5. **NC: Requerimientos identificados en la Inspección de Política Social (Acta A-1144/2025).** Apertura: 30/10/2025 | **Cierre: previsto en próxima inspección** (pendiente verificación externa). El 16/10/2025 se remite escrito de respuesta al Acta con la mayoría de los requerimientos subsanados; queda pendiente completar la planificación de TO para revisión de **escalas Barthel**. A 05/02/2026 se finalizan todas las escalas; la NC se mantiene abierta hasta confirmación por Inspección.
6. **A/C: Observaciones detectadas tras la finalización de las reformas de los baños.** Apertura: 07/09/2025 | **Cierre: pendiente.** 20/12/2025: se verifica corrección principal por empresa y remates por mantenimiento, quedando en uso conforme a lo planificado; 26/01/2026: se detecta ausencia de cambio de barras de sujeción, incumpliendo medidas mínimas, por lo que se mantiene abierta.
7. **A/C: Incidencia en control de plagas.** Apertura: 22/08/2025 | **Cierre: 15/01/2026.** Se realizó seguimiento y verificación in situ del control de plagas tras la implantación de medidas correctoras, confirmando ausencia de nuevos indicios y eficacia mantenida.

Centro Ricardo Baró / POU (CRB/POU)

1. **AC: (CRB) Definir una sistemática para cumplir con los plazos de elaboración de los PAI** Apertura: 10/12/2024 | **Cierre: pendiente (tras verificación en auditoría externa).**
Verificaciones Periodo 12/2023–01/2026: se implementan mejoras del procedimiento (12/2023) y se realizan supervisiones de RC (01/2024 y 09/2025), verificando cumplimiento del cronograma y coordinación del equipo, con resultados conformes. 12/2025 Inspección de SS confirma seguimiento adecuado de los planes individuales y 20/01/2026 auditoría interna verifica trazabilidad (3 expedientes) y seguimiento de objetivos; se mantiene abierta hasta auditoría externa.
2. **NC: (POU) Inspección de Servicios Sociales nº A-14/2024** Apertura: 12/01/2024 | **Cierre: 10/12/2025.** En la inspección de 10/12/2025 se verifica la subsanación de las observaciones y la adecuación a los requisitos aplicables. No se interpone ningún requerimiento al centro en esta nueva inspección.
3. **AC: (CRB) Desviaciones detectadas en auditoría interna respecto al cumplimiento del procedimiento de limpieza y desinfección del APPCC y al estado de las**

 ASPRONAGA Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EJERCICIO 2025	Página 34 de 44
		Según Norma: ISO 9001:2015
		Fecha: febrero 2026

instalaciones. Apertura: 15/01/2024 | **Cierre: 12/03/2025.** Se implantan mejoras y se realizan seguimientos periódicos del cumplimiento APPCC y del estado de las instalaciones, manteniéndose la acción abierta hasta completar la reforma, finalizada el **12/03/2025** (cierre).

4. **NC: (CRB) Observaciones detectadas en la Inspección de Servicios Sociales nº A-1214/2024** Apertura: 07/10/2024 | **Cierre: 11/12/2025.** En la inspección de 11/12/2025 se constata la subsanación y verificación de todas las no conformidades asociadas. Se procede al cierre definitivo.
5. **AC: (CRB/POU) Desviación de indicadores: que las personas tomen decisiones.** Apertura: 15/03/2024 | Cierre: cierre de la acción y apertura de nueva A/C (por ampliación del alcance). **Cierre: 15/01/2026;** al analizar resultados se constata que no se corrigen las deficiencias, por lo que se procede al cierre **por NO eficacia** y se abre una nueva incorporando otros indicadores desviados detectados en la encuesta.
6. **AC: (POU) Actualizar el cuadrante de tareas del servicio de limpieza y difundirlo al equipo para asegurar una asignación clara de responsabilidades y evitar descoordinaciones.** Apertura: 01/02/2024 | **Cierre: 02/02/2025.** En la auditoría interna (ene-2025) se verifica la correcta implantación y el seguimiento por parte del equipo de limpieza de las tareas definidas en el cuadrante. Con evidencia conforme, se procede al cierre el 02/02/2025.
7. **AC: (CRB) Desviaciones identificadas en la Auditoría Interna de servicio de cocina** Apertura: 27/11/2025 | **Cierre: pendiente (tras verificación en auditorías).**
Se implantan acciones y se subsanan las desviaciones detectadas en: actualización documental, registro de controles clave y gestión de caducidades/almacenamiento/conservación. Se mantiene abierta hasta verificación y cierre en auditorías.
8. **NC: (CRB) Observaciones reflejadas en el Acta de Inspección 1385/2025** Apertura: 01/12/2025 | **Cierre: pendiente.** Se subsanan las observaciones relativas a documentación (exposición de tarifas) y parte de las deficiencias de instalaciones; queda pendiente la reparación de goteras, programada cuando las condiciones meteorológicas lo permitan manteniéndose la NC abierta.
9. **A/C: Indicadores desviados: revisión de criterios de respuesta de la encuesta de autodeterminación y refuerzo de los apoyos a la toma de decisiones.** Apertura: 23/01/2026 | **Cierre: pendiente.** Acción recientemente abierta; se programará verificación mediante análisis de resultados de la próxima medición/encuesta y seguimiento de la implantación de apoyos a la toma de decisiones para confirmar eficacia.
- 10.

La Casa Lamastelle y Viviendas Antonio Paz

1. **NC: (VAP) Desviaciones detectadas en la Inspección de Servicios Sociales nº A-356/2024** Apertura: 17/04/2024 | **Cierre: 25/12/2025.** La NC se verifica como corregida en la auditoría externa de certificación (12/2024) y, tras las supervisiones de

 ASPRONAGA Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EJERCICIO 2025	Página 35 de 44
		Según Norma: ISO 9001:2015
		Fecha: febrero 2026

2025, no se detectan nuevas desviaciones; a 12/2025 no consta visita ni requerimiento adicional de Inspección. Con evidencias conformes, se procede al cierre.

2. **NC: (LC) Desviaciones detectadas en la Inspección de Servicios Sociales nº A-1385/2025** Apertura: 01/12/2025 | **Cierre: pendiente (próxima inspección).** Se subsanan las desviaciones y se remite escrito de respuesta a Inspección el 11/12/2025 con las medidas adoptadas. La eficacia y cierre definitivo quedan pendientes de verificación en la próxima inspección.

Procesos estratégicos

1. **AC Adecuación de la documentación a la normativa vigente: planes autoprotección, manuales APPC, Plan de Igualdad, Sistema de Protección a la Infancia, protocolo LGtBI y por acoso** Apertura: 01/03/2023 | **Cierre: Sólo queda pendiente nueva revisión de PAU (adaptación a los cambios por las obras)**

Procesos de apoyo

1. **Refuerzo del control de furgonetas: registro, incidencias y coordinación con servicio externo.** Apertura 15/07/2025. **Cierre: Pendiente**

No obstante, el cierre de la acción quedará pendiente hasta verificar que se mantiene el cumplimiento, especialmente en cuanto a la correcta y completa cumplimentación de los libros de registro.

2. **Desviación de temperatura ACS por fallo de caldera** Apertura 10/01/2026 **Cierre: Previsto Finales marzo 2026.** Se están aplicando medidas de prevención de la legionelosis mediante la ejecución de un **plan de choque térmico**, en coordinación con la **Inspección de Riesgos Medioambientales**.

COMENTARIOS

La mayoría de NC/AC del periodo deriva de inspecciones y auditorías sobre servicios críticos (APPCC/alimentación, atención y seguimiento, mantenimiento e informes/documentación). El cierre se asegura mediante verificaciones internas (RC y responsables) y, cuando aplica, verificación externa (Inspección/auditoría). En inspecciones anuales, tras el escrito de respuesta y subsanación, el cierre definitivo puede quedar condicionado a la visita siguiente; si no se produce, se documenta una verificación final interna.

 ASPRONAGA Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EJERCICIO 2025	Página 36 de 44
		Según Norma: ISO 9001:2015
		Fecha: febrero 2026

Para 2026, priorizar **prevenir reincidencias en servicios críticos** (APPCC: registros, temperaturas, trazabilidad, plagas, limpieza; y **mantenimiento/instalaciones**) mediante controles periódicos y verificaciones in situ. En paralelo, reforzar el **análisis de indicadores desviados** (causa raíz + acciones concretas) y **verificar eficacia** con muestreos y la siguiente medición/encuesta, cerrando solo con evidencias internas y/o externas (auditorías/inspecciones).

B. Acciones de mejora, riesgos y oportunidades

Durante el periodo evaluado se registraron y gestionaron acciones de mejora en la mayoría de los procesos y centros (ver enlaces a los Excel por centro). Paralelamente, se cerraron otras acciones tras su seguimiento, con una valoración mayoritariamente eficaz en términos de implantación y resultados.”

- [SEGUIMIENTOS ACCIONES PROCESOS ESTRATÉGICOS Y DE APOYO](#)
- [SEGUIMIENTOS ACCIONES CEEPR NTRA.DE LOURDES](#)
- [SEGUIMIENTO ACCIONES CENTRO LABORAL LAMASTELLE](#)
- [SEGUIMIENTO ACCIONES CENTRO RICARDO BARÓ Y MARTÍN POU](#)
- [SEGUIMIENTO ACCIONES RESIDENCIAS LA CASA LAMASTELLE Y VIVIENDAS A.PAZ](#)
- [SEGUIMIENTO ACCIONES OCIO](#)

4.5 RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS

SEGUIMIENTO DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS

Durante el año se reforzaron las auditorías y supervisiones en los servicios de cocina y limpieza del CRB, por tratarse de un servicio crítico, con alta rotación de personal y sometido a reajustes operativos y mejoras/reformas, con el objetivo de prevenir desviaciones, asegurar el cumplimiento del APPCC y consolidar buenas prácticas.

CENTRO RICARDO BARÓ (CRB) – SERVICIO DE COCINA/LIMPIEZA

Puntos fuertes

- **Dietas:** cuadrantes de dietas personalizadas validados (firmados por nutrición), con esquema por colores y observaciones/apoyos individualizados.
- **Condiciones generales:** mejora significativa en orden y limpieza de cocina, almacenes y cámaras.

- **Equipo:** buena colaboración y compromiso durante la auditoría y en la identificación de mejoras.

Observaciones / oportunidades de mejora

- **Documentación y organización:** actualizar documentación de dietas (sin anotaciones manuales) e incorporar nuevas altas; actualizar listado de proveedores; exponer el cuadrante de tareas de limpieza en zona de trabajo.
- **Controles y evidencias (APPCC/operativa):** reforzar recepción y control de materia prima (albaranes/controles), registro de temperaturas (especialmente fines de semana), controles semanales de almacenes y cámaras y gestión de muestras testigo (capacidad y cantidad).
- **Higiene, mantenimiento y seguridad:** incidencias puntuales de limpieza (perfilería/cabinas, canaletas de duchas, pliegues de sofás), presencia de humedad (olor/manchas) y pequeñas deficiencias de mantenimiento/seguridad (radiadores con riesgo, suelo levantado); además, mejorar almacenamiento/conservación (puré en envase no apto/dañado, aceite en el suelo) y corregir deficiencia estructural en campana extractora (riesgo eléctrico/caída).

No conformidades

- **APPCC – control de almacenes/cámaras:** falta de control semanal sistemático con aparición de productos caducados o sin etiquetado, conservación/almacenamiento mejorable y separación inadecuada (incluido riesgo de contacto con químicos).
- **Dietas – pauta médica:** pauta médica de un menor **no integrada** en el sistema de dietas (no reflejada en cuadrantes y desconocida por el personal).

PROCESOS ESTRATÉGICOS /APOYO Y PROCESOS ESENCIALES CENTRO RICARDO BARÓ (AUDITORÍA INTERNA CRUZADA)

Durante el periodo se realizaron auditorías en el Centro Ricardo Baró , procesos esenciales, adicionalmente, auditorías a procesos de apoyo y procesos estratégicos del Sistema de Gestión, con el fin de obtener una visión completa del desempeño y las áreas de mejora.

Puntos fuertes: Se dispone de un Plan de Cuidados claro y accesible y se evidencia avance en Libera-Care y enfoque ACP, con objetivos vinculados a reducción de sujeciones y mejoras planificadas -Reto Estratégico/Objetivo Calidad: ampliación de CRB y nueva residencia con equipamiento facilitador). En procesos de apoyo y estratégicos, destacan la implantación del Modelo de Calidad Plena, la realización de auditorías internas cruzadas (Bolsa FADEMGA), la centralización de información mediante Resiplus, la alineación de objetivos de intervención con dimensiones de calidad de vida y el reconocimiento externo (Fundación Lealtad), junto con el compromiso y transparencia del equipo.

Oportunidades de mejora / observaciones: Se proponen mejoras en coherencia documental (incluir encuesta de acogida en su informe, unificar estética de procedimientos y criterios de codificación, y alinear formatos disponibles con lo descrito en los protocolos)

 ASPRONAGA Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EJERCICIO 2025	Página 38 de 44
		Según Norma: ISO 9001:2015
		Fecha: febrero 2026

y en consolidación del enfoque ACP (Plan de Apoyos en primera persona). En procesos de apoyo se recomienda impulsar el módulo Plan de Cuidados de Resiplus para integrar controles y actividades. Se observan incidencias puntuales en integridad de firmas en contratos y, especialmente, en la trazabilidad de medicación (registro de preparación/administración y caducidades), así como algún caso de seguimiento incompleto del Plan de Cuidados y documentación impresa desactualizada.

◆ [CONSULTAR INFORME DE AUDITORÍAS INTERNAS](#)

SEGUIMIENTOS DE AUDITORÍAS EXTERNAS

La auditoría externa de renovación se realizó **conforme a ISO 9001:2015**, sin identificarse **no conformidades** en el ciclo (no fue necesario el envío de acciones correctivas). Se emitieron **observaciones y oportunidades de mejora** orientadas a reforzar la madurez del sistema, combinando un enfoque de sistema y otro operativo.

Puntos fuertes: Destaca la **colaboración, disponibilidad y transparencia** del personal, el **enfoque hacia la plena inclusión**, el elevado número de **proyectos y planes de mejora** (servicio, instalaciones y equipamiento), el **programa integrado de empleo**, el uso de **herramientas de comunicación interna y externa**, la **evaluación de calidad de vida** realizada a todas las personas usuarias y la realización de **análisis DAFO por centros**, con planes de acción vinculados a riesgos y oportunidades.

Oportunidades de mejora (enfoque sistema): Mejorar la **trazabilidad** de cambios en DAFO y partes interesadas (marcado diferenciado), diferenciar **necesidades vs. expectativas** de partes interesadas, definir el concepto de **proveedor crítico**, valorar ampliar **analíticas del menú** (primer y segundo plato) y de **manipuladores**, y sustituir estanterías de plástico del almacén de cocinas del Centro Ocupacional por **estanterías de acero**.

Observaciones (enfoque operativo): Pendiente la realización de un **simulacro** en el colegio (planificado), faltas puntuales de registros en **Viviendas Antonio Paz** (control de peso y caducidades en meses concretos), ajustes en **Residencia Martín Pou** (frecuencia de clorado y registros de cambios posturales), y retirada inmediata de un **extintor sin control/revisión** en almacén de productos de limpieza de cocinas del Centro Ocupacional.

CONCLUSIONES Y TRATAMIENTO

A partir del informe de auditoría externa se **abrió una acción de mejora**, orientada a integrar las oportunidades y observaciones identificadas, **implantando medidas** para subsanar los aspectos detectados (especialmente en trazabilidad documental, definición de

criterios del sistema y refuerzo de controles/registros operativos) y realizando seguimiento para asegurar su aplicación y consolidación en el SGC.

◆ [CONSULTAR INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA](#)

4.6 DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES

En 2025 se ha realizado la **evaluación continua** y la **revisión anual del desempeño de proveedores**, conforme al procedimiento del Sistema de Gestión de la Calidad (ISO 9001). La valoración se ha efectuado considerando **cumplimiento de plazos, calidad y sostenibilidad, aspectos administrativos y gestión de incidencias**.

Resultado global

El balance del periodo es **positivo y estable**:

- La mayoría de los proveedores mantienen la condición de “**Calificado**”.
- No se registran **incidencias graves**.
- Las incidencias detectadas han sido **leves, puntuales y resueltas con rapidez**, sin impacto relevante en la continuidad del servicio.

Observaciones principales por tipología de servicio

- **Alimentación:** incidencias leves aisladas (p. ej., etiquetado o ajustes de cantidades), corregidas tras comunicación con el proveedor.
- **Saneamiento (control de plagas):** incidencia documental leve (manuales PPCL inicialmente genéricos), resuelta mediante revisión y adaptación a cada centro.
- **Transporte:** retrasos puntuales asociados a tráfico y complejidad de rutas, sin carácter crítico; el proveedor aplicó mejoras de coordinación.
- **Limpieza:** desempeño estable; como área de mejora, disponibilidad limitada de productos de bajo impacto ambiental, compensada con compras complementarias cuando fue necesario.
- **Resto de servicios (salud, mantenimiento, intervención e informática):** nivel de cumplimiento adecuado, con seguimiento preventivo para asegurar respuesta ante incidencias y continuidad operativa.

Altas y bajas en el registro de proveedores (2025)

Bajas

- **Carlos Justo Robles (fruta y verdura)** – ene-25: cambio de modelo de suministro; sustitución por **GALIA**, priorizando comercio de cercanía y pequeños agricultores de la comarca.
- **Berta Vázquez Beira (pescados)** – jul-25: jubilación.
- **Candamín (terapias)** – ene-25: imposibilidad de cubrir la ampliación de terapias requerida.
- **ARELA SAÚDE** – abr-25: finalización de periodo de prueba (elaboración de nuevos menús); se detectaron incumplimientos de plazos y dificultades de ajuste a necesidades nutricionales, por lo que no se continuó (solo elaboró menú de invierno).

Altas / sustituciones

- **GALIA** – alta 2025 (sustituye a Carlos Justo Robles en fruta y verdura).
- **Pescados América** – alta 2025 (sustituye a Berta Vázquez Beira en pescados).
- **ITOS** – alta 2025 (sustituye a Candamín en terapias).
- **Aphelion Solutions (ResiPlus)** – alta 2025 (servicio informático).

Conclusión y líneas de seguimiento (2026)

La revisión anual confirma un **buen desempeño global** y un **control eficaz de incidencias**. Como líneas de mejora/seguimiento:

1. **Consolidar la evaluación** de proveedores incorporados en 2025 hasta disponer de evidencia suficiente.
2. Mantener el impulso de **compra responsable y de proximidad** cuando aplique (modelo GALIA).
3. Reforzar el **seguimiento preventivo** de servicios sensibles por su impacto directo (alimentación, transporte, control de plagas e informática).

◆ [CONSULTA LA EVALUACIÓN DE PROVEEDORES 2025](#)

4.7 ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS

En los procesos y procedimientos del SGC se definen los **recursos humanos y materiales** necesarios para su correcta ejecución. La organización dispone de **recursos suficientes** para cubrir los costes y prestar los servicios conforme a los **requisitos de las**

personas usuarias y familias y a los **criterios de calidad** establecidos. La dotación económica prevista para 2025 fue aprobada por la Asamblea de ASPRONAGA y se encuentra detallada en el **Plan de Actuación 2025**. <https://www.calidad-aspronaga.net/firm>

Asimismo, en el **apartado 2.2 (Análisis de cambios internos que afectan al Sistema de Gestión)** se describen las actuaciones realizadas relativas a la **adecuación y actualización de los recursos materiales y humanos** necesarios para la operación de los procesos.

◆ [VER PLANIFICACIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA](#)

FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES 2025 Y EVALUACIÓN DE SU EFICACIA.

En 2025, la formación se ha gestionado conforme al **protocolo interno**, priorizando su realización en **horario laboral**. La formación obligatoria se considera **tiempo de trabajo** y se regula la **compensación** cuando la formación voluntaria se realiza fuera de jornada.

El **Plan de Formación 2025** se diseñó a partir de necesidades detectadas por profesionales y por direcciones de centros y servicios, con el objetivo de ajustar la oferta a demandas reales.

◆ [CONSULTAR PLAN DE FORMACIÓN 2025 E INFORME DE LA ENCUESTA DE DETECCIÓN DE NECESIDADES FORMATIVAS](#)

1) Cumplimiento del indicador anual

- **Profesionales con ≥1 acción formativa (incluye obligatorias): 74,49%** (2024: 87% | variación: -12,5 puntos).
A pesar del descenso, el resultado 2025 se sitúa **por encima de la meta anual (40%)**.
- **Indicador excluyendo formaciones obligatorias (Simulacros e Igualdad): 44,94%**, manteniéndose **por encima de la meta**.

2) Análisis de participación

- La participación se concentra en acciones **obligatorias**, especialmente: **Simulacros (140)** e **Igualdad (69)**.
- En formación **voluntaria**, destacan **RCP práctica (44)** y acciones vinculadas a prevención/primeros auxilios.
- Por modalidad, predomina la **presencial (84,3%)** frente a la **online (15,7%)**.
- Se detecta que, aunque existe demanda e inscripciones iniciales, en algunas convocatorias voluntarias cuesta **cerrar grupo** por falta de confirmación final.

Además, la participación tiende a concentrarse en un **núcleo reducido** de profesionales.

3) Cobertura por centros (profesionales con ≥ 1 acción)

- **Cobertura completa:** CLL, Colegio, Gestión y La Casa.
- **Margen de mejora:** Viviendas Antonio Paz (**41,7%**), M. Pou (**47,6%**) y CRB (**56,0%**).

Acciones de mejora 2026

- Plan específico de impulso de participación en **Viviendas Antonio Paz, M. Pou y CRB**: difusión dirigida, coordinación de turnos, calendarización y priorización por puesto.
- Reforzar el proceso de cierre de convocatorias voluntarias: **confirmación final + lista de reserva** para asegurar grupos.
- Asegurar un **registro homogéneo** de asistencia y consolidación de datos entre centros y servicios.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS FORMACIONES.

En 2025 se evaluó la eficacia de las acciones formativas prioritarias conforme al procedimiento interno.

Resultados globales por bloques según la temática de las formaciones:

- **Seguridad y emergencias** (RCP, extintores, primeros auxilios, prevención de caídas): niveles altos de adquisición y aplicación práctica, con porcentajes superiores al 70–85% en nivel máximo
- **Apoyo técnico especializado** (TEA, ACP, manipulación alimentos): aplicación inmediata y mejora en coherencia de intervención
- **Sensibilización y cultura organizativa** (Igualdad, Sexualidad, Propósito): alta valoración, mejora de mirada ética y cohesión, aunque se recomienda continuidad
- **Formaciones introductorias** (IA, RCP básica 1h): útiles como aproximación inicial, con recomendación de ampliación

Anexo. Acciones formativas 2025.

Acción formativa	Modalidad
SIMULACROS	PRESENCIAL
SENSIBILIZACIÓN IGUALDAD	PRESENCIAL
RCP (SERGAS) Atención Primaria (práctica)	PRESENCIAL
PRÁCTICA USO EXTINTORES Y BIES	ONLINE
TU PROPÓSITO EN NUESTRO PROPÓSITO	PRESENCIAL

PRIMEROS AUXILIOS	ONLINE
ESTRATEGIAS EV SITUACIONES RIESGO	PRESENCIAL
PREVENCIÓN CAÍDAS	PRESENCIAL
ATENCIÓN ESPECTRO AUTISTA	PRESENCIAL
INTELIGENCIA ARTIFICIAL	PRESENCIAL
SENSIBILIZACIÓN IGUALDAD2	PRESENCIAL
SENSIBILIZACIÓN EN SEXUALIDAD (profesionales y familias)	PRESENCIAL
MANEJO SALA MULTISENSORIAL	ONLINE
INTERVENCIÓN PARA LA AUTONOMIA PERSONAL EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	ONLINE
ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS	ONLINE
EMOCIÓN Y CONDUCTA EN LA PERSONA CON DEMENCIA	ONLINE
CHARLA CUIDADOS PALIATIVOS	PRESENCIAL
NOCIONES BÁSICAS MANIPULACIÓN ALIMENTOS	PRESENCIAL
ENCUENTRO ESTATAL BUENAS PRÁCTICAS	PRESENCIAL
IGUALDAD COMISIÓN	PRESENCIAL
DISLEXIA AULAS	PRESENCIAL

4.8 PLANIFICACIÓN DE LAS ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES

La planificación para abordar riesgos y oportunidades se apoya en el análisis de contexto (DAFO) y en el seguimiento de acciones por centros y procesos.

En 2025 se han priorizado actuaciones vinculadas a continuidad de apoyos, cumplimiento y control del cambio.

Nuevas oportunidades identificadas a abordar:

- ✓ Aprovechar la nueva base de datos y la experiencia de los profesionales para contrarrestar las dificultades detectadas en la sistematización de registros y seguimientos, mejorando la trazabilidad y el control del avance de los Planes Individuales (PII). Esto permitirá un registro más homogéneo, información más accesible y un seguimiento más claro y verificable de la evolución de cada persona
- ✓ Coordinación con el sistema sanitario SERGAS
- ✓ Disponibilidad de financiación externa para la ampliación del CRB

Nuevos riesgos identificados a abordar:

- ✓ Controlar el riesgo de pérdida de empresas colaboradoras y reducción de la ocupación laboral.
- ✓ Gestión del cambio por las obras de ampliación y reforma del CRB: control del funcionamiento de los centros afectados (ISO 9001:2015, 6.3)

	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN EJERCICIO 2025	Página 44 de 44
		Según Norma: ISO 9001:2015
		Fecha: febrero 2026

Se adjuntan los **enlaces a las matrices de identificación de riesgos y oportunidades**, con visualización mediante sistema colorimétrico. Para consultar el **seguimiento completo y actualizado** de las acciones del Sistema de Gestión, deberá accederse al **Excel de seguimiento de acciones**. (ver enlaces al final del apartado 4.4 del presente informe).

- ◆ [IDENTIFICACIÓN DE R/O ESTRATÉGICOS Y APOYO](#)
- ◆ [IDENTIFICACIÓN DE R/O CEEPR NUESTRA SEÑORA DE LOURDES](#)
- ◆ [IDENTIFICACIÓN DE R/O CENTRO OCUPACIONAL Y DÍA](#)
- ◆ [IDENTIFICACIÓN DE R/O CENTRO RICARDO BARÓ Y MARTÍN POU](#)
- ◆ [IDENTIFICACIÓN DE R/O RESIDENCIAS LA CASA LAMASTELLE Y VIVIENDAS A.PAZ](#)
- ◆ [IDENTIFICACIÓN DE R/O DEL SERVICIO DE OCIO](#)

SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

1. OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Establecer vías de colaboración con el SERGAS para dar respuesta a nuevas necesidades (disfagia, envejecimiento, cuidados paliativos etc.) asegurando continuidad asistencial y una actuación más ágil y segura.
- Iniciar la puesta en marcha el proyecto de vida independiente. (OBJETIVO CALIDAD 2026)

2. NECESIDADES DE CAMBIO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- Estandarizar criterios de registro y seguimientos en cada centro y entre centros y servicios compartiendo avances derivados de su implantación.

3. NECESIDADES DE RECURSOS

- Captación de fondos para la adecuación y mejora de los exteriores de los centros (accesos, patios, pavimentos, drenajes e iluminación etc....) para prevenir incidencias y garantizar las adecuadas condiciones de seguridad y accesibilidad.