

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

# INFORME DE AUDITORIA INTERNA

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

ALCANCE
<p>Esta auditoría se aplica a los procesos esenciales y de apoyo definidos en el sistema de gestión de calidad de las RESIDENCIAS DE ASPRONAGA: PLA Y CANCELTA, LA CASA DE LAMASTELLE Y MARTÍN POU y cubre los requisitos definidos en la norma ISO 9001:2015</p>

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

EMPLAZAMIENTOS	FECHA
PROCESOS DE APOYO EN RESIDENCIA LA CASA LAMASTELLE, MARTÍN POU y PLA Y CANCELTA	8 de septiembre de 2021
PROCESOS ESENCIALES: RESIDENCIA LA CASA LAMASTELLE, Y RESIDENCIA MARTÍN POU	22 y 28 de octubre de 2021

#### COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

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

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

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

#### 4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

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

#### 5. LIDERAZGO

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

#### 6. PLANIFICACIÓN

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

#### 7. APOYO

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

#### 8. OPERACIÓN

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

#### 9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

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

#### 10. MEJORA

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

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

## DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría se desarrolló conforme a la norma ISO 9001:2015 y en base a la información documentada en el SGC de las RESIDENCIAS DE PLA Y CANCELA, LA CASA Y MARTIN POU; involucró entrevistas con los profesionales y usuarios en búsqueda de evidencias y en base al muestreo de dos expedientes. Asimismo, durante el progreso de auditoría y en base a las pruebas que se iban detectando en las actividades auditadas, se realizaron trazabilidades de otros expedientes.

PROFESIONALES ENTREVISTADOS		TRAZABILIDAD Y EXPEDIENTES	NOMENCLATURAS UTILIZADAS
Fernanda Pérez	María García	I.B	SGC: Sistema de Gestión de la Calidad
Rocío Sánchez	Charo Rodríguez	E.A.R	
Carmen Miranda	Guillermina Roca	R.B.L.	
Fernando Baró	María Criado	D.L.R.	
David Otero	Pedro Suárez	E.L.C.	
		D.B.C / B.F.F	

## RESUMEN AUDITORIA:

### **Puntos fuertes y Propuestas de Mejora**

1. Destacar la coordinación de todos los profesionales en la prestación de apoyos a los residentes; – en las habilidades básicas de la vida diaria y en mantener y potenciar sus capacidades y autonomía-.
2. Subrayar el ambiente de hogar que se percibe en las residencias, concretamente en Pla y Cancela y La Casa, con la colaboración y distribución de algunas tareas domésticas entre los residentes (turnos para el fregado de la loza, reponer toallas en baños, colocar ropa en armarios...).
3. La sistemática iniciada para mejorar la atención a los residentes de la Residencia Martín Pou: asignación a los residentes de un profesional de referencia con el objetivo de mejorar el seguimiento de los objetivos

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

relacionados con la salud; citas médicas, conductas, relación con familias y centro de día etc.

4. El buen seguimiento que los profesionales realizan a través de la base de datos. Incidencias, seguimiento de objetivos, avisos y seguimiento de citas médicas y de familias etc.
5. La organización del trabajo y la claridad con la que se especifican en el registro RES3-F-4 los objetivos de los PII, Frecuencia de registro y responsables.
6. Las gestiones realizadas por el personal de atención directa en la coordinación de las actividades tanto con el servicio de ocio como con los residentes y sus familias.

**Oportunidades para seguir mejorando:**

1. En 2017 se realiza el primer análisis del contexto de las residencias; la apertura de una nueva residencia y la pandemia, provocaron cambios a nivel organizativo y en el funcionamiento del servicio; Ante esta situación, se sugiere realizar un nuevo análisis que nos permita también revisar cómo están funcionando los procesos e identificar nuevas líneas de acción.
2. Mejorar la coordinación para la elaboración de los menús con el objetivo de organizar mejor los pedidos en las residencias. Contar con los menús elaborados una semana antes de su inicio para planificar los pedidos a tiempo a los proveedores.

<p>CENTRO AUDITADO:</p>  <p>CENTRO RESIDENCIAS ASPRONAGA</p>	<p><b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b></p>	<p>ENTIDAD AUDITORA:</p>  <p>ASPRONAGA</p>
<p>Código Documento EST4-F-4</p>		<p>Edición: 3</p>

3. Mejorar el seguimiento establecido en el cuadro de distribución de las tareas de servicios domésticos dónde aparecen organizadas las tareas para los diferentes turnos y se especifica la frecuencia para las mismas; así como también homogeneizar las prácticas, las pautas e instrucciones para su ejecución por parte de todos los profesionales del servicio.
4. Se hacen trazabilidades del protocolo de medicación para los residentes D.B.C; E.I.C; B.F.F ; los profesionales de la noche son los responsables de dejar preparadas en bandejas las medicaciones para el día siguiente; dada la cantidad de medicaciones a preparar y administrar; se recomienda buscar una sistemática que permita identificar visualmente estas bandejas p.e por colores.

### Observaciones

1. Se observa que no se realiza un completo seguimiento de las caídas a través de la base de datos; campos requeridos en el protocolo establecido en la legislación para los centros de mayores, discapacidad y dependencia.  
Trazabilidad E.A.R; R.B.L; D.L.R
2. Los planes de cuidados de Q.A.R y de R.D.D; no se encuentran expuestos en los lugares habilitados y se evidencian dificultades para acceder a una segunda copia de estos.

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

3. En el seguimiento realizado de los PII en la base de datos, se detecta que los profesionales están registrando por duplicado las incidencias. Lo que supone doble trabajo para ellos.
4. En relación con el expediente de los residentes I.B.V; A.A.A y J.L.M.C.; no consta el consentimiento informado por parte de las familias y/o representante legal. M.POU
5. En la residencia de Pla y Cancela se observa que el suelo de los pasillos de las habitaciones ha vuelto a levantarse tras reciente reparación.

DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Categ.
	MAYOR

**Firma del auditor**



Lucia Barral Gómez  
Responsable de Calidad ASPRONAGA