

 <b>ASPRONAGA</b> Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Página número 1 de 6
		Código del Documento <b>EST4-F-4</b>
Perez Lugin, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: <a href="mailto:calidad-crb@aspronaga.org">calidad-crb@aspronaga.org</a> Web corporativa: <a href="http://aspronaga.org">aspronaga.org</a>		

Organización auditada: **Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia "ASPRONAGA". Centro Ocupacional y Centro de Día "Lamastelle"**

Alcance: **LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: DESARROLLO DE HABILIDADES LABORALES, PERSONALES Y SOCIALES (ATENCIÓN PSICOLÓGICA, SOCIO-FAMILIAR, LOGOPEDIA, HABILITACIÓN EN DESTRAZAS PROPIAS DE LA VIDA EN EL HOGAR, EN LA COMUNIDAD Y BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA) Y DE OCIO E INCLUSIÓN SOCIAL. LOS SERVICIOS SANITARIOS: MEDICINA Y FISIOTERAPIA GENERALES DE RESTAURACIÓN Y DE TRANSPORTE**

Referencial: **UNE EN ISO 9001:2008**

# AUDITORIA INTERNA

<b>OBJETO</b>	
<b>Informar sobre el grado de conformidad del sistema auditado así como de los puntos fuertes y áreas de mejora</b>	
<b>EQUIPO AUDITOR</b>	
Auditores	<b>JUAN FONTELA (DP-RC) (ASPRONAGA)</b>
Observadores	<b>PATRICIA ALVAREZ (COL) RTUH VELO (CRB)</b>
<b>ORGANIZACIÓN</b>	
Representante	<b>Lisa Matos</b>
<b>EMPLAZAMIENTOS</b>	
<b>Lamastelle – Oleiros ( A Coruña)</b>	

## COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

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



	<b>ASPRONAGA</b> Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Página número
			2 de 6
Perez Lugín, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: <a href="mailto:calidad-crb@aspronaga.org">calidad-crb@aspronaga.org</a> Web corporativa: <a href="http://aspronaga.org">aspronaga.org</a>		Código del Documento	Edición
		<b>EST4-F-4</b>	<b>02</b>

## REUNION INICIAL

Hora inicio: 10:00	Hora terminación: 10:30
<b>ASISTENTES</b>	
<b>CENTRO AUDITADO</b>	<b>EMPRESA ASPRONAGA</b>
<b>Lisa Matos</b>	<b>Pompeyo Fernández</b>
<b>Cristina Díaz</b>	
<b>Fátima Porto</b>	
<b>Sandra Espada</b>	

El auditor principal realizó la presentación de los auditores observadores y el contexto en el que estaban de forma que el proceso de auditoria se enmarcaba dentro de la práctica de formación necesaria para la acreditación como auditores internos de calidad.

El Auditor explicó el contenido del plan de trabajo en cuanto a los horarios y reuniones con los responsables de las distintas actividades de forma que no se produjeran trastornos en el normal desarrollo de las actividades del centro.

También se explicó el propósito y objetivos de la auditoría a realizar, consistente en los siguientes objetivos:

- Demostrar la conformidad del Sistema de Gestión auditado
- Identificar fortalezas del Sistema de Gestión
- Dar recomendaciones que propicien la mejora del Sistema de Gestión
- Levantar, si es del caso, en última instancia no conformidades del Sistema

## DESARROLLO DE AUDITORIA

La auditoria se desarrolló conforme al Programa de Auditoria, con la flexibilidad propia del trabajo de campo y ello supuso los siguientes cambios con relación a lo planificado:

### **Horario de 10:30 a 17:00**

#### PERSONAS ENTREVISTADAS

**Pompeyo Fernández**  
**Lisa Matos**  
**Sandra Espada**  
**Cristina Díaz**  
**Fátima Porto**  
**José Pan**  
**María C. Couto**  
**Antonia Muiño**  
**Matilde Orduna**  
**José L. Mata**  
**M<sup>a</sup> Jesús Fernández**  
**Chus Suarez**  
**Chus Reboredo**  
**Juan Muñiz**  
**Lucia Barral**  
**Ana Díaz**  
**Marta Fernández**  
**Alfonso Patiño**  
**José A. Canedo**  
**Concepción Rivas**  
**Carmen Blanco**


Se han obtenido evidencias de la auditoria en base a un muestreo de las actividades de los procesos de los siguientes usuarios:  
**DRV, DCS, MFB**

 <b>ASPRONAGA</b> Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Página número 3 de 6
		Edición <b>02</b>
Perez Lugin, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: <a href="mailto:calidad-crb@aspronaga.org">calidad-crb@aspronaga.org</a> Web corporativa: <a href="http://aspronaga.org">aspronaga.org</a>	Código del Documento <b>EST4-F-4</b>	

## CONFORMIDAD DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

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

Requisitos del Sistema	Conforme	No Conforme
4.1. Requisitos generales	X	
4.2. Requisitos de la documentación	X	
5.1. Compromiso de la dirección	X	
5.2. Enfoque al cliente	X	
5.3. Política de calidad	X	
5.4. Planificación	X	
5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación	X	
5.6. Revisión por la dirección	X	
6.1. Provisión de recursos	X	
6.2. Recursos humanos	X	
6.3. Infraestructura	X	
6.4 Ambiente de trabajo	X	
7.1 Planificación de la realización del producto	X	
7.2. Procesos relacionados con el cliente	X	
7.3 Diseño y desarrollo	X	
7.4. Compras	X	
7.5. Producción y prestación del servicio	X	
7.6. Dispositivos de seguimiento y medición	EXCLUIDO	
8.1 Generalidades	X	
8.2. Seguimiento y Medición	X	
8.3. Control del producto no conforme	X	
8.4. Análisis de datos	X	
8.5. Mejora	X	

	<b>ASPRONAGA</b> Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Página número
			4 de 6
Perez Lugin, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: <a href="mailto:calidad-crb@aspronaga.org">calidad-crb@aspronaga.org</a> Web corporativa: <a href="http://aspronaga.org">aspronaga.org</a>		Código del Documento	Edición
		<b>EST4-F-4</b>	<b>02</b>

## FORTALEZAS IDENTIFICADAS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

### RESUMEN AUDITORIA: Cumplimientos y buenas prácticas

#### PUNTOS FUERTES:

- 1º.- Se ha podido verificar que el Sistema de Gestión está integrado en el día a día lo que se ve en la existencia de un *Pensamiento Organizacional* deliberado y explícito, un *Sistema de Gestión* compuesto por Estrategia, Procesos y Cultura, y un conjunto de Prácticas, Técnicas y Herramientas bien utilizadas
- 2º.- Se aprecia en el personal, a todos los niveles, su total compromiso e implicación, lo que posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización tanto en la aplicación estricta de los procesos, procedimientos y protocolos, en la atención al usuario, en la precisión de los registros, etc.
- 3º.- Destaca la capacidad para aprender y cambiar que tiene el centro, es decir el activo intangible basado en el conocimiento y que es lo que aporta verdadero valor al centro y que, sin duda, genera una verdadera ventaja competitiva con el tiempo.
- 4º.- El documento de descripción del centro que está en proyecto, aporta valor para los grupos de interés por llevar un mayor conocimiento a estos sobre el funcionamiento del mismo
- 5º.- El seguimiento que se realiza de los clientes laborales mediante la "ficha de clientes" aporta datos que permiten un estudio de los mismos de cara a las acciones comerciales.
- 6º.- El Sistema de Medición de la Satisfacción de los grupos de interés derivado del método INECA, en clara consonancia con la norma de referencia, ya que en ISO 9001 la meta no es la calidad, sino que es aumentar la satisfacción del cliente. Hay que destacar la diferencia de concepto que se viene apreciando en la toma de decisiones del centro, en el sentido de que éste no "decide", "deciden" los clientes. Esta "democratización" es fundamental y nos indica que el centro no está en un modelo de aseguramiento de la calidad, sino que ha avanzado a otro de gestión de la calidad.
- 7º.- La interacción y retroalimentación que se produce con los familiares en el proceso de elaboración y valoración del Plan Individual de los usuarios, en el sentido de comunicar y recibir aportaciones y propuestas. Ese "ida y vuelta" es, desde el punto de vista de la mejora continua, el proceso de compartir observaciones, preocupaciones y sugerencias, con la intención de recabar información, a nivel individual, para intentar mejorar la atención del usuario y es un síntoma de que cierta proporción de la señal de salida del sistema se redirige de nuevo a la entrada.
- 8º.- Destaca el tratamiento que se hace del mantenimiento preventivo de las instalaciones del centro, cuyo control y seguimiento permite detectar fallos repetitivos, disminuir costos de reparaciones, detectar puntos débiles en la instalación entre una larga lista de ventajas.

 <b>ASPRONAGA</b> Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>		Página número 5 de 6
	Perez Lugin, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: <a href="mailto:calidad-crb@aspronaga.org">calidad-crb@aspronaga.org</a> Web corporativa: <a href="http://aspronaga.org">aspronaga.org</a>	Código del Documento	Edición
	<b>EST4-F-4</b>		

## RECOMENDACIONES QUE PROPICIEN LA MEJORA DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

### RESUMEN AUDITORIA: Propuestas de mejora

- 1º.- El Centro debe reflexionar sobre la conveniencia de efectuar, a los seis meses, una evaluación y seguimiento global del Plan de Actuación Anual ya que, si bien es cierto, que se hace de una forma operativa a través del control de la marcha de los procesos, la evaluación global del Plan permite ver el impacto general del Centro y sirve para propiciar un pensamiento reflexivo sobre la marcha de este. Además puede ser una buena herramienta de comunicación a los socios.
- 2º.- Potenciar la eficacia de la participación (mayor participación o, en su caso, si ya existiera generar conciencia de ello) de los Maestros de Taller en la elaboración y valoración de los PI de los usuarios a los que ellos atienden y/o comunicar el resultado de los mismos una vez elaborado con las aportaciones de los mayores agentes posibles.
- 3º.- Efectuar un seguimiento y evaluación periódico por parte de la Dirección, o por quien esta delegue, del estado en el que se encuentran los trabajos de mantenimiento programados y resolver para su cierre.
- 4º.- Establecer un protocolo con sus correspondientes registros de operaciones de mantenimiento preventivo de los vehículos del centro (furgonetas y camión) y control de su dotación material, normativa, operativa y directrices para su uso por el personal autorizado.
- 5º.- Potenciar la formación y practica de algunos trabajadores en el manejo y funcionamiento del ordenador y, en concreto de la aplicación RADAR
- 6º.- El proceso de limpieza del centro está planificado pero no hay ningún instrumento de control que evidencia el seguimiento y verificación de la eficacia del mismo.

 <b>ASPRONAGA</b> Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Página número
		6 de 6
Perez Lugín, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: <a href="mailto:calidad-crb@aspronaga.org">calidad-crb@aspronaga.org</a> Web corporativa: aspronaga.org	Código del Documento	Edición
	<b>EST4-F-4</b>	<b>02</b>

Observaciones
<p>- <i>Actividades que no tienen la gravedad o la reiteración necesaria como para darles el rango de no conformidad, pero que preocupan al auditor por que puedan dar lugar a no conformidades con el tiempo. Representan áreas que cumplen pero que pueden caer en el no cumplimiento si las cosas continua como están. Bordean la frontera del no cumplimiento y en las que las actividades pueden cumplir al mínimo con los requisitos.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formular objetivos es organizar la acción, es darle dirección a los esfuerzos. Por lo tanto, constituye una tarea central de la planificación. Por ello en relacion con los Planes de Intervención (PI) se aprecia que los objetivos establecidos son demasiado generales y poco individualizados. Se ve la conveniencia de que <b>los objetivos individuales a trabajar con cada usuario sean más concretos, cuantificables y más delimitados en el tiempo y con un enfoque que esté dirigido más a mejorar la calidad de vida que a la rehabilitación para que sean coherentes con la Misión del centro.</b></li> <li>2. En el P.I. del usuario DRV, se ha planificado trabajar la actividad de apoyo a invidentes, en el que no consta la periodicidad de esta, verificando que <b>no se está aplicando lo establecido en el documento vinculado</b> que describe la actividad "Cuaderno de Apoyo a Invidentes" que establece como periodicidad de la actividad, la que para cada usuario se fije en su P.I.</li> <li>3. El registro "actividad de manipulados" del taller de Actividades Varias III, que se cumplimenta diariamente al finalizar la jornada, no presenta ningún registro para el día 4 de mayo, por lo <b>que no se aplica correctamente el procedimiento de referencia.</b></li> <li>4. Existen productos químicos y pinturas (pinturas argaez) en el almacén de pinturas del servicio de mantenimiento, cuya ficha de datos de seguridad indica que deberán ser almacenadas en lugar bien ventilado, cuando en dicho <b>almacén no existen ventilación alguna.</b></li> </ol>

Ref	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo.	Categ.

Firma Auditor Jefe




Firma del Gerente de ASPRONAGA



Firma auditores observadores



Fb: PATRICIA ÁLVAREZ



Firma del responsable del Servicio

