ACTA DE INSPECCIÓN Nº: [redacted]

CENTRO: PEÑUELAS RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES
Nº REGISTRAL DEL CENTRO: C 2331
TITULAR: COMUNIDAD DE MADRID (CONSEJERÍA DE POLITICAS SOCIALES Y FAMILIA)
Nº DE IDENTIFICACIÓN: [redacted]
DIRECCIÓN: CALLE DE ARGANDA, 11
MUNICIPIO: 28005 MADRID
TIPOLOGÍA: CENTROS RESIDENCIALES
SUBTIPOLOGÍA: RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES
SECTOR SOCIAL: PERSONAS MAYORES

En **MADRID**, el día **04 DE MARZO DE 2020**, a las **11:40** horas, se personan en el centro de referencia los inspectores [redacted] e INSPECTOR CIRA [redacted] de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, y en presencia de Sr./Sra. [redacted] con D.N.I. número [redacted] en calidad de Director/a del centro, se le requiere para que facilite e informe la presente inspección.

MANIFESTACIONES DEL INSPECTOR

1º.- SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

a) Capacidad:

a.1. Total plazas registradas: **220**

Aptas para personas autónomas:	**0**	Con movilidad reducida:	**0**
Aptas para personas dependientes:	**220**	Con movilidad reducida:	**220**

a.2. Total plazas concertadas con la Comunidad de Madrid: **0**

a.3. Total plazas ocupadas: **213**

Aptas para personas autónomas:	**1**	Con movilidad reducida:	**0**
Aptas para personas dependientes:	**212**	Con movilidad reducida:	**134**

b) Datos registrados del centro en el Registro de entidades, centros y servicios de acción social:

b.1 Denominación: Coincidente con el dato registrado.

b.2 Dirección: Coincidente con el dato registrado.

b.3 Teléfono: Coincidente con el dato registrado.

b.4 Correo electrónico: Dato diferente al registrado: [redacted]

b.5 Titular: Coincidente con el dato registrado.

b.6 Teléfono titular: Coincidente con el dato registrado.

b.7 Entidad Gestora: Sí: ARALIA SERVICIOS SOCIOSANITARIOS, S.A., con N.I.F.: [redacted]

c) Inmueble compartido con otros centros/servicios: Sí: Con centro de día (C2332), compartiendo personal.

d) Otros datos de interés: Sí: Según informan, NO SON DIRECTORES del centro ni Dña. [redacted] ni [redacted]

e) Requerimientos de subsanación: a) Deberá ajustarse a la tipología de personas usuarias registrada y, en su caso, regularizar su situación administrativa conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) Deben actualizar los datos consignados en el Registro de Entidades, Centros y Servicios de Acción Social para que respondan con veracidad a la situación actual del centro.

2º.- PERSONAL DEL CENTRO

a) Relación de trabajadores/as: Al tratarse de un centro con plazas financiadas con fondos públicos de la Comunidad de Madrid, la información relativa a los/las trabajadores/as obra en poder de la Unidad responsable en la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad.

b) Personal de presencia física en el momento de la inspección: Según informan: La directora que atiende la inspección, 1 administrativo, 27 auxiliares, 1 cocinero, 1 jefe de cocina, 2 pinches de cocina, 2 conductores, 1 coordinadora de auxiliares, 5 enfermeras, 2 fisioterapeutas, 8 limpiadoras-planchadoras, 2 médicos, 2 oficiales de mantenimiento, 1 peluquera, 1

recepcionista, 1 psicóloga, 1 subgobernante, 1 técnico de animación sociocultural, 1 terapeutas ocupacionales, 2 trabajadoras sociales.

c) **Director/a:** [redacted]

c.1. **Dispone del reconocimiento de acciones formativas habilitantes:** Sí.

c.2. **Persona responsable en ausencia del/de la director/a:** Sí. Dña. [redacted] responsable de administración.

c.3. **Datos inscritos en el Registro de directores de centros de servicios sociales:** El/la director/a está vinculado/a como tal a este centro.

d) **Otros datos de interés:** Sí.

e) **Requerimientos de subsanación:** No.

3º.- ÁREA RESIDENCIAL

I. DORMITORIOS OCUPADOS: **Se visitan dormitorios de todas las plantas y módulos, en concreto de los siguientes:**

PLANTA 1ª: [redacted]

PLANTA 2ª: [redacted]

PLANTA 3ª: [redacted]

PLANTA 4ª: [redacted]

a) **Limpieza:**

a.1 **Estancia:** Deficiencias observadas: > Se observa gran telaraña en una de las esquinas de la salida del dormitorio [redacted] Se observa a las 12:30h un charco de papilla, ya seca, en el dormitorio [redacted]

a.2 **Lencería:** Deficiencias observadas: > En el dormitorio [redacted] cama de la ventana, se observa la colcha está sucia. Cama sin hacer en el dormitorio [redacted] a las 12:35 horas.

b) **Equipamiento/dotación:** Deficiencias observadas: > Se observa que hay mesillas de noche deteriorada en los siguientes dormitorios: [redacted]

c) **Sistema de llamadas de urgencia:** Deficiencias observadas: > Se observan algunas habitaciones dobles con un solo llamador, por ejemplo [redacted] Se activa el sistema pero no es atendido o no se escucha: [redacted]; falta timbre en el dormitorio: [redacted]

d) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

e) **Requerimientos de subsanación:** a) Debe garantizarse la limpieza general y permanente de los dormitorios, así como de la ropa de cama siempre que lo requieran las circunstancias,

conforme a los criterios de funcionalidad, higiene y bienestar establecidos en la normativa vigente.

a) Se requiere para que la muda de ropa de cama y demás lencería del dormitorio se efectúe siempre que lo requieran las circunstancias y en todo caso semanalmente, así como cada vez que se produzca un nuevo ingreso.

c) Se requiere para que en todos los dormitorios exista un sistema de aviso o comunicación activos de fácil acceso y utilización por la persona usuaria, que garantice su inmediata atención.

II. ASEOS / BAÑOS: Se visitan los baños de los dormitorios visitados y algunos de los comunes.

a) Limpieza:

a.1. Estancia: Deficiencias observadas: > Se aprecia un fuerte olor a orín en el baño del dormitorio [redacted]

a.2. Lencería: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) Equipamiento/dotación: Deficiencias observadas > Falta el tirador del baño común de la planta 2ª, al que no se ha podido acceder porque estaba cerrado.

c) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

d) Requerimientos de subsanación: b) Se requiere para que los aseos dispongan de la dotación exigida en la normativa de servicios sociales.

b) Se requiere para que se garantice el mantenimiento, conservación y reparación del mobiliario de los aseos, con el fin de evitar su deterioro y garantizar, tanto la seguridad de las personas usuarias como la calidad en la atención prestada.

III. COMEDORES.

a) Limpieza:

a.1. Estancia: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

a.2. Lencería: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) Menú:

b.1 Supervisado y firmado por personal cualificado Sí.

b.2 Garantizado el conocimiento público con antelación mínima de 24 horas: Sí.

c) Concordancia del menú expuesto y supervisado con el servido: Sí.

d) Equipamiento/dotación: El mobiliario y equipamiento se ajustan a las necesidades y tipología de las personas usuarias, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

e) Otros datos de interés: Sí:

f) Requerimientos de subsanación: No.

IV. ESTANCIAS COMUNES.

a) Limpieza: Deficiencias observadas: > Se observan cinco telarañas en el techo del módulo de trastorno de conducta

b) Equipamiento/dotación: Mobiliario y equipamiento conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.

c) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes. .

Requerimientos de subsanación: a) Debe garantizarse la limpieza general y permanente de las estancias comunes del centro siempre que lo requieran las circunstancias, conforme a los criterios de funcionalidad, higiene y bienestar establecidos en la normativa vigente.

4º.- ÁREA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

a) Atención especializada pautada:

a.1. Conservación de la medicación: Las condiciones de seguridad, conservación y control de los medicamentos son conformes a la normativa vigente en materia de servicios sociales. > Se realiza muestreo de la medicación conservada en la farmacia del centro, sin que se encuentren fármacos caducados.

a.2. Preparación de la medicación:

a.2.1. Personal que prepara la medicación: Según informan, prepara la medicación una enfermera del turno de mañana.

a.2.2. Coincidencia del tratamiento prescrito con el preparado: No. > Se realiza muestreo de **15** pastilleros cargados para su administración junto con la cena del día de hoy y durante el desayuno del día de mañana, comprobándose que la medicación preparada coincide con la pauta médica, recogida en las respectivas hojas de tratamiento, salvo en el caso de la residente Dña. [redacted] que no tiene cargado en su blíster el comprimido de [redacted] prescrito por el médico para su administración durante el desayuno del día de mañana.

a.3. Sistema de preparación: La medicación en comprimidos y en cápsulas se prepara semanalmente y se carga en blísteres desechables.

a.4. Prestación de la atención asistencial pautada:

- Según manifiesta la persona informante, administran la medicación enfermeras y auxiliares.
- En el momento de la inspección, según informan, 2 usuarios se encuentran hospitalizados y 6 ingresados en la enfermería del centro.

a.5. Organización higiénico-sanitaria: La organización higiénico-sanitaria de los medicamentos es conforme a la normativa vigente en materia de servicios sociales, garantizando las condiciones de seguridad y control de los mismos. > No se observa medicación fuera del lugar destinado a su custodia, ni al alcance de los usuarios.

b) Medidas de sujeción:

b.1. Medidas alternativas: No/no muestran.

b.2. Prescritas por profesional médico: No/no muestran. > Se comprueba que el residente [redacted], si bien tiene aplicado ur[redacted]en el momento de la inspección.

b.3. Prescripción referida al tipo, motivo y duración de la medida utilizada: Sí.

b.4. Consentimiento informado: Sí.

b.5. Revisión diaria y periódica de la medida de sujeción: Sí.

b.6. Información complementaria: NO.

c) **Enfermería:** La unidad de enfermería no tiene una capacidad equivalente al 5% de la capacidad registrada del centro.

d) **Sistema de información y de incidencias**:

d.1 **Sistema de información y de incidencias utilizado**: Registro de incidencias de enfermería en Resiplus y registros de auxiliares cumplimentados en papel.

d.2 **Cumplimentación de la información y las incidencias:** El sistema garantiza la ejecución, continuidad, conocimiento, control de las tareas y atención que recibe la persona usuaria por parte del personal y su responsable. > Se comprueba que los libros de incidencias se encuentran cumplimentados con regularidad hasta la fecha de la presente visita de inspección.

e) **Registros:** El registro siguiente no está adecuadamente cumplimentado: > Se realiza muestreo de registros técnicos y auxiliares (entre otros, de caídas, curas, tensiones, deposiciones, absorbentes, ingestas y duchas), comprobándose que no se han cumplimentado los registros de cuidados auxiliares del día [redacted] de la usuaria [redacted] y que se han cumplimentado anticipadamente los correspondientes a la tarde del día de hoy de las usuarias [redacted]

f) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

g) **Requerimientos de subsanación:** a) Se requiere para que se garantice la adecuada preparación y administración de la medicación conforme con la prescrita por el/la profesional médico.

b) Se requiere para que conste la acreditación documental de la valoración y/o aplicación de medidas alternativas previas a la prescripción de la sujeción, con indicación expresa de los motivos de su fracaso.

b) Se requiere para que las sujeciones físicas estén prescritas por profesional médico y aplicadas conforme a lo pautado.

c) Se requiere para que la unidad adicional de enfermería tenga una capacidad equivalente al 5 % de la capacidad del centro.

e) Se requiere para que los registros utilizados en el centro se cumplimenten correctamente tras la ejecución de la tarea y la atención prestada a la persona usuaria.

e) Se requiere para que se elaboren los registros necesarios que permitan garantizar la continuidad y efectos de la atención especializada pautada.

5º.- CUIDADOS BÁSICOS A LA PERSONA USUARIA

a) **Aseo personal:** Se observa una correcta higiene personal de las personas usuarias.

b) **Muda de ropa, complementos, órtesis y otras ayudas técnicas:** Se observa una adecuada limpieza de la ropa, de los complementos, órtesis y otras ayudas técnicas que llevan y/o utilizan las personas usuarias, siendo aquélla ajustada a la temperatura y estación del año.

c) **Supervisión de personas usuarias dependientes:** El centro dispone de medidas específicas de prevención, supervisión e intervención para las personas usuarias dependientes.

d) **Intimidad personal:** En las atenciones prestadas a las personas usuarias no se garantiza su intimidad. > Se observa que se ha colocado en baño en uso de zona protegida un estor en la ventana, si bien se encontraba subido en el momento de la vista de inspección, permitiendo que pueda verse el interior de dicho baño desde la calle.

e) **Horarios y organización del centro:** Los horarios de alimentación, higiene, descanso y aseo personal de las/los usuarias/os son adecuados conforme a los estándares de vida socialmente admitidos. > Según informan, los usuarios son levantados y aseados a partir de las 8:00 horas, desayunan a partir de las 9:15 horas, comen a las 13:30 horas, meriendan a las 16:30 horas, cenan a las 19:30 horas y recenan sobre las 0:00 horas. se ofrece una hidratación a los residentes a las 04:00 horas.

f) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

g) **Requerimientos de subsanación:** d) Se requiere para que, de conformidad con el art. 14.1, apartado 4 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, se garantice el derecho de la persona usuaria a su máxima intimidad personal.

6º.- SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES

a) **Sistema de reclamaciones:**

a.1. Las hojas de reclamaciones están a disposición de las personas usuarias y se ajustan en su contenido a la normativa vigente en materia de servicios sociales.: Sí.

a.2. Quejas y/o reclamaciones interpuestas en el centro: Se han interpuesto las siguientes reclamaciones desde la última inspección efectuada al centro: > Desde la número 90 hasta la número 175, requiriéndose al final del acta copia de dichas reclamaciones, así como de las contestaciones emitidas por el representante centro.

b) Protocolo de actuación en quejas y reclamaciones: No.

c) Sistema de sugerencias: Sí. Buzón de sugerencias.

d) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

e) Requerimientos de subsanación: No.

7º.- DOCUMENTACIÓN

a) Registro de personas usuarias: Conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) Publicidad:

b.1. Decálogo de derechos: Sí.

b.2. Precios comunicados: Centro de titularidad pública o vinculado a un contrato administrativo de concesión de servicios públicos.

b.3. Servicios que se prestan: Sí.

b.4. Certificado de evaluación de calidad: Sí.

b.5. Identificación de la persona responsable del Centro en ausencia del/de la Director/a: Sí.

c) Programación anual de actividades: Sí.

d) Póliza de seguros y recibo en vigor: Sí. Muestran recibos bancarios acreditativos de hallarse al corriente en el pago de las siguientes pólizas:

- Póliza de seguro de responsabilidad civil: suscrita con la compañía [redacted] número de póliza: [redacted] y con vencimiento el día 31/12/2021.
- Póliza de seguro del inmueble (continente y contenido): suscrita con la compañía [redacted] número de póliza: [redacted] con vencimiento el día 01/01/2021.

e) Reglamento de régimen interior: Sí.

f) **Expediente personal de atención especializada:** Sí. En soporte informático, con evaluaciones y seguimientos de los usuarios por parte de los diferentes profesionales del centro.

f.1. **Programa de intervención individual actualizado:** Sí. > Se realiza muestreo de programas de intervención individual, comprobándose que han sido revisados dentro de los seis meses anteriores a la presente visita de inspección.

f.2. **Constancia documental de la participación y conocimiento del usuario o su representante:** Sí. > Se comprueba que consta el recibí del usuario o de su representante en los programas de intervención individual muestreados.

g) **Contrato/documento de admisión:** Al tratarse de un centro de titularidad pública, la información del documento de ingreso y del contenido obligacional de las relaciones con los usuarios, obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

h) **Certificado de desinsectación y desratización:** Sí. > Último servicio de fecha: 28/01/2020.

i) **Certificado de mantenimiento de aparatos, equipos y sistemas de protección contra incendios:** Sí. De fecha: 05/07/2019.

j) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

k) **Requerimientos de subsanación:** No.

8º.- REQUISITOS COMUNES A LAS DISTINTAS ÁREAS DEL CENTRO

a) **Temperatura:** Conforme establece la normativa en materia de servicios sociales y en todo caso adecuada al actual periodo estacional.

b) **Mantenimiento:** Adecuado conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.

c) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

d) **Requerimientos de subsanación:** No.

10º.- OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS

a) **Licencia municipal que autorice el ejercicio de la actividad/funcionamiento:** Al tratarse de un centro de servicios sociales cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid, la información relativa a la licencia obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

b) **Autorización de servicios sanitarios en centro no sanitario:** Al tratarse de un centro de servicios sociales cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid, esta información obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

c) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

11º.- REQUERIMIENTOS DEL ACTA ANTERIOR: [redacted]

a) **Subsanados: Los siguientes:**

- En el acta anterior se requiere para que se garanticen adecuadamente las condiciones de seguridad, conservación y control de los medicamentos > Subsanado de acuerdo con lo expresado en el apartado 4.a) de la presente acta.
- En el acta anterior se requiere para que el personal de atención directa revise diaria y periódicamente la correcta aplicación de la sujeción y se realicen las medidas complementarias de prevención de lesiones y de movilización de la persona usuaria. > Subsanado en los términos del apartado 4.b) de la presente acta.
- En el acta anterior se requiere para que se disponga de sistema de información y de incidencias que garantice la continuidad, conocimiento, control de las tareas y atención que recibe la persona usuaria, por parte del personal y su responsable. > Subsanado conforme a lo expuesto en el apartado 4.d) de la presente acta.
- En el acta anterior se requiere para que los horarios y organización del centro se adecúen a las condiciones de las personas usuarias y a su programa de atención individualizado. > Subsanado de acuerdo con lo señalado en el apartado 5.e) de la presente acta.
- En el acta anterior se requiere para que se cumpla el horario pautado de administración de la medicación > Subsanado según lo indicado en el apartado 5.e) de la presente acta.
- En el acta anterior se requiere para que, de conformidad con el art. 14.1, apartado 4 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, se garantice el derecho de la persona usuaria a su máxima intimidad personal. > Subsanado según lo expuesto en el apartado 5.d) de la presente acta.

9º.- CALIDAD

Los datos se obtienen a través de la información facilitada por la persona que atiende la inspección.

a) **Sistema de evaluación de calidad:** Evaluación externa del sistema de calidad.

- Certificado núm. [redacted] emitido por la entidad [redacted] conforme con la norma ISO 9001:2015 y con fecha de caducidad de 16/12/2021.
- Certificado núm. [redacted] emitido por la entidad [redacted] conforme con la norma ISO 14001:2015 y con fecha de caducidad de 16/12/2021.
- Certificado núm. [redacted] emitido por la entidad [redacted] conforme con la norma UNE EN 158101:2015 y con fecha de caducidad de 16/12/2021.
- Certificado núm. [redacted] emitido por la entidad [redacted] conforme con la norma OHSAS 18001:2007 y con fecha de caducidad de 12/03/2021.

b) **Evaluación de la satisfacción a las personas usuarias:** Sí. Encuestas anuales de satisfacción.

c) **Protocolos implantados en el ámbito de la mejora de la calidad:**

3.1. Protocolo de acogida y adaptación: Sí.

3.2. Protocolo de valoración: Sí.

3.3. Protocolo de sujeciones físicas y farmacológicas: Sí.

d) **Sistema de comunicación:** Periódicamente.

Sistema de comunicación periódico habitual semestral.

Modelo habitual de comunicación: Cita presencial.

e) **Cauce de participación en el programa de actividades del centro:** Entrevista personal semestral.

f) **Plan de formación continua del personal** Sí.

g) **Nº total de usuarios con sujeción prescrita:**

g.1. Diurnas: ---

g.2. Nocturnas: ---

g.3. Barandillas: ---

h) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

i) **Requerimiento de subsanación:** No.

- En el acta anterior se requiere para que el horario de desayuno no se demore tras levantar a las personas usuarias dependientes. > Subsanado conforme a lo señalado en el apartado 5.e) de la presente acta.
- En el acta anterior se requiere para que los cubrecolchones se utilicen de manera correcta que garantice la higiene y salud del/la usuario/a. > Subsanado según lo informado en el apartado 3.I.a) de la presente acta.
- En el acta anterior se requiere para que se garantice la limpieza general y permanente de los aseos/baños, así como de los útiles y su lencería siempre que lo requieran las circunstancias, conforme a los criterios de funcionalidad, higiene y bienestar establecidos en la normativa vigente. > Subsanado de conformidad con lo declarado en el apartado 3.II.a) de la presente acta.

b) No subsanados: Los siguientes:

- En el acta anterior se requiere para que el representante legal actualice los datos consignados en el Registro de Entidades, Centros y Servicios de Acción Social para que respondan con veracidad a la situación actual del centro mediante su presentación en los Registros Oficiales. > No subsanado conforme a lo indicado en el apartado 1.b) de la presente acta.
- En el acta anterior se requiere para que la organización de los dormitorios se adecúe a los criterios de funcionalidad, higiene y bienestar, garantizándose la limpieza general y permanente de los mismos. > No subsanado de acuerdo con lo manifestado en el apartado 3.I.a) de la presente acta.
- En el acta anterior se requiere para que en todos los dormitorios exista un sistema de aviso o comunicación activos de fácil acceso y utilización por la persona usuaria, que garantice su inmediata atención. > No subsanado en los términos señalados en el apartado 3.I.c) de la presente acta.
- En el acta anterior se requiere para que la organización del comedor se adecúe a los criterios de funcionalidad, higiene y bienestar, garantizándose la limpieza general y permanente del mismo. > No subsanado con arreglo a lo expuesto en el apartado 3.III.a) de la presente acta.
- En el acta anterior se requiere para que se garantice la limpieza general y permanente de las estancias comunes del centro siempre que lo requieran las circunstancias, conforme a los criterios de funcionalidad, higiene y bienestar establecidos en la normativa vigente. > No subsanado según lo indicado en el apartado 3.IV.a) de la presente acta.

- En el acta anterior se requiere para que conste la acreditación documental de la valoración y/o aplicación de medidas alternativas previas a la prescripción de la sujeción, con indicación expresa de los motivos de su fracaso. > No subsanado según lo señalado en el apartado 4.b) de la presente acta.
- En el acta anterior se requiere para que la unidad adicional de enfermería tenga una capacidad equivalente al 5 % de la capacidad del centro. > No subsanado con arreglo a lo manifestado en el apartado 4.c) de la presente acta.
- En el acta anterior se requiere para que los registros utilizados en el centro se cumplimenten correctamente tras la ejecución de la tarea y la atención prestada a la persona usuaria. > No subsanado según lo señalado en el apartado 4.e) de la presente acta.
- En el acta anterior se requiere para que se garanticen el mantenimiento, conservación y reparación de las instalaciones del centro, con el fin de evitar su deterioro y garantizar, tanto la seguridad de las personas usuarias como la calidad en la atención prestada.> No subsanado según lo manifestado en el apartado 8.b) de la presente acta.

Se reitera para que den cumplimiento a los requerimientos no atendidos a la fecha de la presente inspección.

a) No se ha podido comprobar la subsanación de los siguientes requerimientos cuyo cumplimiento se verificará en la siguiente visita de inspección: Se han comprobado todos.

12º REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN

Al objeto de comprobar el cumplimiento de los requisitos exigidos en la normativa vigente en materia de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, deberá aportar en el plazo de **10 días hábiles** a partir del siguiente a la fecha de la presente acta, en el registro general de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad sita en c/ O´Donnell nº 50 posterior de Madrid 28009, en horario de 9:00 a 14:00 horas, **por correo electrónico a la cuenta de correo** [redacted] o por cualquiera de los medios establecidos en el artículo16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas, la documentación que a continuación se relaciona, la documentación que a continuación se relaciona, dirigida a la Subdirección General de control de calidad, inspección, registro y

autorizaciones de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, **con expresa indicación del número de la presente acta**:

- **Reclamaciones interpuestas desde la última inspección al centro, así como las contestaciones a dichas reclamaciones.**

El artículo 14.2 de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre, establece quienes son los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones Públicas, entre los que se encuentran las personas jurídicas.

La no aportación de la documentación solicitada en el plazo señalado se encuentra tipificada como infracción muy grave en el artículo 29.g) de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid, al "impedir, obstruir, o dificultar de cualquier modo la acción del personal inspector en el desempeño de su cargo, así como no prestarle la colaboración y auxilio requeridos en el ejercicio de sus funciones".

Si precisara alguna consulta con carácter previo a la entrega de los documentos requeridos en esta acta, podrá hacerlo telefónicamente ante el/la inspector/a actuante en el número [redacted] o bien mediante consulta dirigida al buzón de correo reseñado anteriormente [redacted]

Lo manifestado en la presente acta se entiende sin perjuicio de otros incumplimientos que pudieran existir y que no se hubiesen recogido en la misma.

INFORMACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD, LECTURA Y FIRMA DEL ACTA

El personal inspector guardará secreto y sigilo profesional respecto de los asuntos objeto de la actuación, de conformidad con el artículo 21 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid.

El contenido de la presente acta es absolutamente reservado. Los datos personales contenidos en la misma serán tratados de conformidad con la normativa vigente de protección de datos de carácter personal, entre otras, el Reglamento europeo del Parlamento y del Consejo 2016/679, de 27 de abril. Queda prohibido cualquier uso (acceso, difusión, cesión...) para una finalidad distinta a la que justifica esta entrega. Las medidas de seguridad a aplicar serán las que correspondan a la naturaleza de los datos personales que contienen, garantizando en todo caso su autenticidad, integridad y confidencialidad, impidiendo cualquier uso no autorizado. Quedan sujetos a dicho régimen tanto el destinatario de esta acta como cualquier otra persona que tenga acceso a la misma.

De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, en testimonio de lo actuado se levanta la presente acta y tras la lectura de la misma ante la persona que ha atendido esta inspección, se le hace entrega de un ejemplar firmado por el personal inspector actuante.

Es todo cuanto manifiesto siendo las 17:30 horas.

El inspector

Firmado digitalmente por [redacted]
Organización: COMUNIDAD [redacted]
Huella dig.: 498a7140bfc047a0a1b5d5d6b7794656d1efb10b

ACTA DE INSPECCIÓN Nº[redacted]

CENTRO: PEÑUELAS RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES
Nº REGISTRAL DEL CENTRO: C 2331
TITULAR: COMUNIDAD DE MADRID (CONSEJERÍA DE POLITICAS SOCIALES Y FAMILIA)
Nº DE IDENTIFICACIÓN:[redacted]
DIRECCIÓN: CALLE DE ARGANDA, 11
MUNICIPIO: 28005 MADRID
TIPOLOGÍA: CENTROS RESIDENCIALES
SUBTIPOLOGÍA: RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES
SECTOR SOCIAL: PERSONAS MAYORES

En MADRID, el día **LUNES 25 ENERO DE 2021,** a las 10:00 horas, se persona en el servicio/centro de referencia el/la inspector/a,[redacted] e[redacted] de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, y en presencia de Sr. /Sra.[redacted] con D.N.I. número[redacted] en calidad de Director/a del centro, se le requiere para que facilite e informe la presente inspección.

MANIFESTACIONES DEL/DE LA INSPECTOR/A

1º.- SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

a) Capacidad:

a.1. Total plazas registradas: **220**

Aptas para personas autónomas:	**0**	Con movilidad reducida:	**0**
Aptas para personas dependientes:	**220**	Con movilidad reducida:	**220**

a.2. Total plazas concertadas con la Comunidad de Madrid: **0**

a.3. Total plazas ocupadas: **176**

Aptas para personas autónomas:	**0**	Con movilidad reducida:	**0**
Aptas para personas dependientes:	**176**	Con movilidad reducida:	**96**

b) Datos registrados del centro en el Registro de entidades, centros y servicios de acción social:

b.1 Denominación: Coincidente con el dato registrado.

b.2 Dirección: Coincidente con el dato registrado.

b.3 Teléfono: Coincidente con el dato registrado.

b.4 Correo electrónico: Coincidente con el dato registrado.

b.5 Titular: Coincidente con el dato registrado.

b.6 Teléfono titular: Coincidente con el dato registrado.

b.7 Entidad Gestora: Sí: ARALIA SERVICIOS SOCIOSANITARIOS, S.A., con N.I.F.: [redacted]

c) **Inmueble compartido con otros centros/servicios:** Sí: Con centro de día (C2332).

d) **Otros datos de interés:** Sí:

Informan en la inspección que no reside en el centro ningún usuario positivo en Covid 19 ni tampoco hay usuarios en aislamiento.

En caso de aislar a usuarios destinarían un medio pasillo de la segunda planta y un pasillo de la planta tercera (zona roja)

Han recibido la primera dosis de la vacuna 90 % usuarios y del personal

De conformidad con la Orden 668/2020 disposición XV. Establecimientos sanitarios y de Servicios sociales en su apartado sexagésimo quinto punto 5 dispone que el Servicio de Inspección de centros de Servicios Sociales, velará por el cumplimiento de las medidas indicadas en dicho apartado de la mencionada Orden, que serán recogidos en el Anexo I de este acta.

e) **Disponen de Plan de Contingencia al que alude el artículo 10.3 del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, referido en el punto 3 de la apartado sexagésimo quinto de la Orden 668/2020, de 19 de junio: Sí**

f) **Los usuarios autónomos hacen uso de la mascarilla: No procede**

g) **Los usuarios dependientes utilizan mascarilla o, en su caso, mantienen distancia de seguridad interpersonal: no**

h) **Los trabajadores utilizan la mascarilla como medida de prevención e higiene: Sí**

i) **Requerimientos de subsanación:** g) Se requiere para que los usuarios dependientes utilicen mascarilla, o en su caso, mantengan la distancia de seguridad interpersonal.

2º.- PERSONAL DEL CENTRO

a) **Relación de trabajadores/as:** Al tratarse de un centro con plazas financiadas con fondos públicos de la Comunidad de Madrid, la información relativa a los/las trabajadores/as obra en poder de la Unidad responsable en la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad.

b) **Personal de presencia física en el momento de la inspección:** Según informan: La directora, 1 administrativo, 24 auxiliares, 1 cocinero, 1 jefe de cocina, 2 pinches de cocina, 2 conductores, 1 coordinadora de auxiliares, 3 enfermeras, 3 fisioterapeutas, 8 limpiadoras-planchadoras, 2 médicos, 2 oficiales de mantenimiento, 1 peluquera, 1 recepcionista, 1 psicóloga, 3 terapeutas ocupacionales, 2 trabajadoras sociales, 1 auxiliar de ruta..

c) **Director/a:** [redacted]

c.1. Dispone del reconocimiento de acciones formativas habilitantes: Sí.

c.2. Persona responsable en ausencia del/de la director/a: Sí. [redacted] responsable de administración

c.3. Datos inscritos en el Registro de directores de centros de servicios sociales: El/la director/a está vinculado/a como tal a este centro.

d) **Otros datos de interés:** Sí.

e) **Requerimientos de subsanación:** No.

3º.- ÁREA RESIDENCIAL

I. **NUMERO TOTAL DE HABITACIONES Y NUMERO DE CAMAS EN CADA DORMITORIO:**

Habitaciones individuales: 150

Habitaciones dobles: 35

II. **DORMITORIOS OCUPADOS:**

Se visitan dormitorios de todas las plantas y módulos, en concreto de los siguientes:

PLANTA 1ª: [redacted]

PLANTA 2ª: [redacted]

PLANTA 3ª: [redacted]

PLANTA 4ª: [redacted]

a) **Limpieza:**

a.1 **Estancia:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

a.2 **Lencería:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) **Equipamiento/dotación:** Deficiencias observadas: se observa que no funciona la luz de cabecero de cama habitacion [redacted] Se observa un enchufe sin tapa en habitacion [redacted] Se observa luz de cabecero sin bombilla en habitacion [redacted]

c) **Sistema de llamadas de urgencia:** Deficiencias observadas: Se observa un solo pulsador de llamada de emergencia en las siguientes habitaciones dobles:

[redacted]

Se observa alargador dañado o desenchufado en siguientes habitaciones:

[redacted]

d) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

e) **Requerimientos de subsanación:** c) Se requiere para que en todos los dormitorios exista un sistema de aviso o comunicación activos de fácil acceso y utilización por la persona usuaria, que garantice su inmediata atención.

b) Se requiere para que se garantice el mantenimiento, conservación y reparación del mobiliario y equipamiento en dormitorios, con el fin de evitar su deterioro y garantizar tanto la seguridad de sus usuarios/as como la calidad en la atención prestada.

III. ASEOS / BAÑOS: Se visitan los baños de los dormitorios visitados y algunos de los comunes.

a) Numero de baños incorporados a dormitorios y/o de uso individual:

11 individuales.

76 compartidos.

b) Numero de baños comunes:6

c) Limpieza:

a.1. Estancia: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

a.2. Lencería: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

d) Equipamiento/dotación: El mobiliario y equipamiento se ajustan a las necesidades y tipología de las personas usuarias, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa de servicios sociales.

e) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

f) Requerimientos de subsanación: No.

IV. COMEDORES.

a) Limpieza:

a.1. Estancia: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

a.2. Lencería: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) Menú:

b.1 Supervisado y firmado por personal cualificado Sí.: Menu basal, turmix y dietas especiales

b.2 Garantizado el conocimiento público con antelación mínima de 24 horas: Sí. Expuesto en tablon

b.3 Concordancia del menú expuesto y supervisado con el servido: Sí. Se comprueba en cocina la comida servida el dia de inspeccion.

c) **Equipamiento/dotación:** El mobiliario y equipamiento se ajustan a las necesidades y tipología de las personas usuarias, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

d) **Otros datos de interés:** El dia de inspeccion informan que hay un solo turno de comedor, debido al temporal. Los residentes de planta 4 comen y cenan en el comedor principal y el resto en habitaciones.

Habtualmente y según informan, los usuarios son levantados y aseados a partir de las 8:00 horas, desayunan a partir de las 9:15 horas, comen 13:00 h usuarios mas depedientes y el resto a las 13:50 horas, meriendan a las 16:30 horas, cenan a las 19:15 horas usuarios mas dependientes y 20.15h el resto de usuarios y recenan sobre las 0:00 horas. se ofrece una hidratación a los residentes a las 04:00 horas, residentes diabeticos obligatorio.

e) **Requerimientos de subsanación:** No.

V. ESTANCIAS COMUNES.

a) **Limpieza:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) **Equipamiento/dotación:** Mobiliario y equipamiento conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.

c) **Otros datos de interés:** Se observa en sala de CD. Que el dia de inspeccion se encuentra ocupada por residentes de planta 4, no se guarda distancia de seguirdad entre los residentes

sentados en butaca y se observa residentes sin mascarilla sentados a una distancia inferior a 1.5 metros.

d) Requerimientos de subsanación: No.

4º.- ÁREA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

a) Atención especializada pautada:

a.1. Conservación de la medicación: Las condiciones de seguridad, conservación y control de los medicamentos son conformes a la normativa vigente en materia de servicios sociales.. Se solicita declaración jurada de que la medicación cumple con las condiciones de seguridad, conservación y control establecidos en la normativa indicada

a.2. Preparación de la medicación:

a.2.1. Personal que prepara la medicación: Viene preparado por farmacia externa, SDP. La medicacion aguda y bucodisponsables se preparan por la enfermera del turno correspondiente.

a.2.2. Coincidencia del tratamiento prescrito con el preparado: La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

a.2.3. Sistema de preparación: La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

Prestación de la atención asistencial pautada: administran la medicación enfermeras y auxiliares.

En el momento de la inspección, según informan, [redacted] ningun encamado, [redacted]

a.3. Organización higiénico-sanitaria: Deficiencias observadas: Se observa cuarto office al lado de farmacia de planta 1, con puerta abierta y sin supervision, con medicacion en su interior. Se observa mortero en farmacia con restos de medicacion.

b) Medidas de sujeción:

b.1. Medidas alternativas: Sí. En los modelos antiguos, se muestran en el evolutivo.

b.2. Prescritas por profesional médico: Sí.

b.3. Prescripción referida al tipo, motivo y duración de la medida utilizada: Se observa que la [redacted] tiene aplicado [redacted] en silla, t[redacted]

b.4. Consentimiento informado: Sí.

b.5. Revisión diaria y periódica de la medida de sujeción: No/no muestran. Se observa en la prescripcion de medida de sujecion de [redacted] que no se encuentra la revision mensual.

b.6. Información complementaria:

c) Enfermería:

10 Camas en planta 1, de las cuales 5 estan ocupadas.

d) Sistema de información y de incidencias:

d.1 Sistema de información y de incidencias utilizado:

d.2 Cumplimentación de la información y las incidencias: La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

e) Registros: Los registros utilizados están debidamente cumplimentados permitiendo la ejecución de las tareas, su conocimiento y control por parte del personal y su responsable. Se hace muestreo de registros de ABVDs, cambios posturales, caidas, entre otros...

f) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

g) Requerimientos de subsanación: b) Se requiere para que las sujeciones físicas estén prescritas por profesional médico y aplicadas conforme a lo pautado.

b) Se requiere para que la prescripción médica de la sujeción refleje el motivo, el tipo, las situaciones en las que debe utilizarse, su duración y la periodicidad de la reevaluación de la medida adoptada, que no podrá ser superior a un mes.

a) Se requiere para que se garanticen adecuadamente las condiciones de seguridad, conservación y control de los medicamentos.

c) Se requiere para que la unidad adicional de enfermería tenga una capacidad equivalente al 5 % de la capacidad del centro.

5º.- CUIDADOS BÁSICOS A LA PERSONA USUARIA

a) **Aseo personal:** Se observa una correcta higiene personal de las personas usuarias.

b) **Muda de ropa, complementos, órtesis y otras ayudas técnicas:** Se observa una adecuada limpieza de la ropa, de los complementos, órtesis y otras ayudas técnicas que llevan y/o utilizan las personas usuarias, siendo aquélla ajustada a la temperatura y estación del año.

c) **Supervisión de personas usuarias dependientes:**El centro dispone de medidas específicas de prevención, supervisión e intervención para las personas usuarias dependientes.

d) **Intimidad personal:** En las atenciones prestadas a las personas usuarias se garantiza su intimidad.

e) **Horarios y organización del centro:** Los horarios de alimentación, higiene, descanso y aseo personal de las/los usuarias/os son adecuados conforme a los estándares de vida socialmente admitidos. Según informan, los usuarios son levantados y aseados a partir de las 8:00 horas, desayunan a partir de las 9:15 horas, comen 13:00 h usuarios mas depedientes y el resto a las 13:50 horas, meriendan a las 16:30 horas, cenan a las 19:15 horas usuarios mas dependientes y 20.15h el resto de usuarios y recenan sobre las 0:00 horas. se ofrece una hidratación a los residentes a las 04:00 horas., residentres diabeticos obligatorio

f) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

g) **Requerimientos de subsanación:** No.

6º.- SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES

a) **Sistema de reclamaciones:**

a.1. **Las hojas de reclamaciones están a disposición de las personas usuarias y se ajustan en su contenido a la normativa vigente en materia de servicios sociales.:** Sí. Muestran las mismas.

a.2. **Quejas y/o reclamaciones interpuestas en el centro:** Se han interpuesto las siguientes reclamaciones desde la última inspección efectuada al centro: desde la nº 174 de 5 marzo de 2020 hasta nº 183 de 21 de enero de 2021

b) **Protocolo de actuación en quejas y reclamaciones:** Sí.

c) **Sistema de sugerencias:** Sí. Buzón de sugerencias.

d) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

e) **Requerimientos de subsanación:** No.

7º.- DOCUMENTACIÓN

a) **Registro de personas usuarias:** Conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) **Publicidad:**

b.1. **Decálogo de derechos:** Sí.

b.2. **Precios comunicados:** Centro de titularidad pública o vinculado a un contrato administrativo de concesión de servicios públicos.

b.3. **Servicios que se prestan:** Sí.

b.4. **Certificado de evaluación de calidad:** Sí.

b.5. **Identificación de la persona responsable del Centro en ausencia del/de la Director/a:** Sí.

c) **Programación anual de actividades:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

d) **Póliza de seguros y recibo en vigor:** Sí.

8º.- REQUISITOS COMUNES A LAS DISTINTAS ÁREAS DEL CENTRO

a) **Temperatura:** Conforme establece la normativa en materia de servicios sociales y en todo caso adecuada al actual periodo estacional.

b) **Mantenimiento:** Deficiencias observadas: Se observa mancha de humedad en aseo de techo de habitacion[redacted]

c) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

d) **Requerimientos de subsanación:** b) Se requiere para que se garanticen el mantenimiento, conservación y reparación de las instalaciones del centro, con el fin de evitar su deterioro y garantizar, tanto la seguridad de las personas usuarias como la calidad en la atención prestada.

9º.- CALIDAD Adecuado conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.

Los datos se obtienen a través de la información facilitada por la persona que atiende la inspección.

a) **Sistema de evaluación de calidad:** Evaluación externa del sistema de calidad.

- Certificado núm. ES13/15032 emitido por la entidad [redacted] conforme con la norma ISO 9001:2015 y con fecha de caducidad de 16/12/2021.
- Certificado núm. ES13/15033 emitido por la entidad [redacted] conforme con la norma ISO 14001:2015 y con fecha de caducidad de 16/12/2021.
- Certificado núm. ES13/15035 emitido por la entidad [redacted] conforme con la norma UNE EN 158101:2015 y con fecha de caducidad de 16/12/2021.
- Certificado núm. ES15/18296 emitido por la entidad [redacted] conforme con la norma OHSAS 18001:2007 y con fecha de caducidad de 12/03/2021

b) **Evaluación de la satisfacción a las personas usuarias:** SI Sí. Encuestas anuales de satisfacción.

c) **Protocolos implantados en el ámbito de la mejora de la calidad:**

3.1. Protocolo de acogida y adaptación: Sí.

3.2. Protocolo de valoración: Sí.

3.3. Protocolo de sujeciones físicas: Sí.

d) **Sistema de comunicación:** Periódicamente.

Póliza de seguro de responsabilidad civil: suscrita con la compañía [redacted], número de póliza: [redacted] y con vencimiento el día 31/12/2021.

Póliza de seguro del inmueble (continente y contenido): suscrita con la compañía [redacted] número de póliza: [redacted] con vencimiento el día 11/01/2022.

:

e) **Reglamento de régimen interior:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

f) **Expediente personal de atención especializada:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

f.1. **Programa de intervención individual actualizado:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

f.2. **Constancia documental de la participación y conocimiento del usuario o su representante:**

g) **Contrato/documento de admisión:** Al tratarse de un centro de titularidad pública, la información del documento de ingreso y del contenido obligacional de las relaciones con los usuarios, obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

h) **Certificado de desinsectación y desratización:** Sí. de fecha 07/08/20

i) **Certificado de mantenimiento de aparatos, equipos y sistemas de protección contra incendios:** Sí. de fecha 10/12/2020

j) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

k) **Requerimientos de subsanación:** No.

Sistema de comunicación periódico habitual semestral.

Modelo habitual de comunicación: Cita presencial.

e) **Cauce de participación en el programa de actividades del centro:** Entrevista personal semestral.

f) **Plan de formación continua del personal** Sí.:

g) **Nº total de usuarios con sujeción prescrita:**

g.1. Diurnas:

g.2. Nocturnas:

g.3. Barandillas:

h) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

i) **Requerimiento de subsanación:** No.

10º.- OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS

a) **Licencia municipal que autorice el ejercicio de la actividad/funcionamiento:** Al tratarse de un centro de servicios sociales cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid, la información relativa a la licencia obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

b) **Autorización de servicios sanitarios en centro no sanitario:** Al tratarse de un centro de servicios sociales cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid, esta información obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular. . . . . .

c) **Otros datos de interés:** Sí: **Se recuerda a la persona que facilita e informa la inspección que en el siguiente enlace puede consultar la normativa, protocolos y demás información relacionada con la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, en el ámbito de los centros y servicios sociales:** https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/entidades-centros-servicios-accion-social

11º.- REQUERIMIENTOS DEL ACTA ANTERIOR: [redacted]

a) **Subsanados: Los siguientes:** En el acta anterior se observaron las siguientes deficiencias referidas al área residencial:

DORMITORIOS:

- En el **dormitorio** [redacted] cama de la ventana, se observó la colcha está sucia.

- Se activa el sistema pero no es atendido o no se escucha en **dormitorio** [redacted]
- Se observó gran telaraña en una de las esquinas de la salida del **dormitorio** [redacted]
- Mesilla de noche deteriorada en **dormitorio** [redacted]
- Falta timbre en el **dormitorio** [redacted]
- Se observó a las 12:30h un charco de papilla, ya seca, en el **dormitorio** [redacted]
- Mesilla de noche deteriorada en **dormitorio** [redacted]
- Cama sin hacer en el **dormitorio** [redacted] a las 12:35 horas.
- Mesilla de noche deteriorada en **dormitorio** [redacted]
- Se activa el sistema pero no es atendido o no se escucha en **dormitorio** [redacted]

ASEOS/BAÑOS:

- Se apreció un fuerte olor a orín en el baño del **dormitorio** [redacted]
- Faltaba el tirador del **baño común de la planta 2ª**.

ESTANCIAS COMUNES:

- Se observaron cinco telarañas en el techo del **módulo de trastorno de conducta.**

<u>En al acta anterior si hicieron los siguientes requerimientos en el resto de apartados:</u>

- Deberá ajustarse a la tipología de personas usuarias registrada y, en su caso, regularizar su situación administrativa conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.
- Deben actualizar los datos consignados en el Registro de Entidades, Centros y Servicios de Acción Social para que respondan con veracidad a la situación actual del centro.

- Se requiere para que conste la acreditación documental de la valoración y/o aplicación de medidas alternativas previas a la prescripción de la sujeción, con indicación expresa de los motivos de su fracaso.
- Se requiere para que los registros utilizados en el centro se cumplimenten correctamente tras la ejecución de la tarea y la atención prestada a la persona usuaria.
- Se requiere para que se elaboren los registros necesarios que permitan garantizar la continuidad y efectos de la atención especializada pautada.

- Se requiere para que, de conformidad con el art. 14.1, apartado 4 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, se garantice el derecho de la persona usuaria a su máxima intimidad personal.

b) No subsanados: Los siguientes:

- Se observaron algunas habitaciones dobles con un solo llamador, por ejemplo, en dormitorio [redacted]
- Se requiere para que las sujeciones físicas estén prescritas por profesional médico y aplicadas conforme a lo pautado.
- Se requiere para que la unidad adicional de enfermería tenga una capacidad equivalente al 5 % de la capacidad del centro.

Se reitera para que den cumplimiento a los requerimientos no atendidos a la fecha de la presente inspección.

c) No se ha podido comprobar la subsanación de los siguientes requerimientos cuyo cumplimiento se verificará en la siguiente visita de inspección: Se han comprobado todos. Se requiere para que se garantice la adecuada preparación y administración de la medicación conforme con la prescrita por el/la profesional médico

12º REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN

Al objeto de comprobar el cumplimiento de los requisitos exigidos en la normativa vigente en materia de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, deberá aportar en el plazo de **10 días hábiles** a partir del siguiente al de la fecha de la presente acta, por cualquiera de los **medios telemáticos** establecidos en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas, o por correo electrónico a la cuenta de correo [redacted] la documentación que a continuación se relaciona, dirigida al Área de Inspección de la Subdirección General de control de calidad, inspección, registro y autorizaciones de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, **con expresa indicación del número de la presente acta**:

- **Declaración jurada de que la medicación cumple con las condiciones de seguridad, conservación y control establecidos en la normativa.**
- **Copia de las reclamaciones interpuestas desde el 04/03/2020 asi como contestacion a las mismas.**

El artículo 14.2 de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre, establece quienes son los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones Públicas, entre los que se encuentran las personas jurídicas.

La no aportación de la documentación solicitada en el plazo señalado se encuentra tipificada como infracción muy grave en el artículo 29.g) de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid, al "impedir, obstruir, o dificultar de cualquier modo la acción del personal inspector en el desempeño de su cargo, así como no prestarle la colaboración y auxilio requeridos en el ejercicio de sus funciones".

Si precisara alguna consulta con carácter previo a la entrega de los documentos requeridos en esta acta, podrá hacerlo telefónicamente ante el/la inspector/a actuante en el número [redacted] o bien mediante consulta dirigida al buzón de correo reseñado anteriormente [redacted]

Lo manifestado en la presente acta se entiende sin perjuicio de otros incumplimientos que pudieran existir y que no se hubiesen recogido en la misma.

INFORMACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD, LECTURA Y FIRMA DEL ACTA

El personal inspector guardará secreto y sigilo profesional respecto de los asuntos objeto de la actuación, de conformidad con el artículo 21 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid.

El contenido del presente documento es absolutamente reservado. Los datos personales contenidos en el mismo serán tratados de conformidad con la normativa vigente de protección de datos de carácter personal, entre otras, el Reglamento europeo del Parlamento y del Consejo 2016/679, de 27 de abril, y la L.O. 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Queda prohibido cualquier uso (acceso, difusión, cesión...) para una finalidad distinta a la que justifica esta entrega. Las medidas de seguridad a aplicar serán las

que correspondan a la naturaleza de los datos personales que contienen, garantizando en todo caso su autenticidad, integridad y confidencialidad, impidiendo cualquier uso no autorizado. Quedan sujetos a dicho régimen tanto el destinatario de este documento como cualquier otra persona que tenga acceso al mismo.

De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, en testimonio de lo actuado se levanta la presente acta y tras la lectura de la misma ante la persona que ha atendido esta inspección, se le hace entrega de un ejemplar firmado por el personal inspector actuante.

Es todo cuanto manifiesto siendo las 14.00 hs.

El/La inspector/a

Documento firmado digitalmente po[redacted]COMUNIDAD DI
Fecha:2021.01.25 13:55
Verificacion y validez por[redacted]
La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv

LA PRESENTE ACTA SE LEVANTA EN EL MARCO DE LA CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR EL COVID-19 , DE CONFORMIDAD CON EL REAL DECRETO-LEY 21/2020, DE 9 DE JUNIO, DE MEDIDAS URGENTES DE PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y COORDINACIÓN PARA HACER FRENTE A LA CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR EL COVID-19.

ANEXO I

-Plan de Contingencia, acreditación de presentación a la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria, conforme al manual remitido por esta Consejería. SÍ

-Acreditación de coordinación con atención primaria, área de salud pública y geriatra de referencia, en su caso. SÍ

-Prevención: existe plan de sectorización: SÍ

-Dispensadores de solución **hidroalcohólica** desinfectante en todos los lugares estratégicos (entrada al centro, zonas comunes...). SÍ

-Cumplimiento de la medida de prevención**: lavado de manos** en el centro por parte del personal a usuarios dependientes (cada 1 o 2 horas). SÍ

-Protocolo de desinfección semanal y diario del centro, así como **registros sobre limpieza y desinfección** de zonas, espacios, mobiliario (ayudas técnicas, muebles, pomos de puertas, aseos, etc.) y en general del centro, firmado por parte de los trabajadores que lleven a cabo la misma, para acreditar dicha desinfección. SÍ

-Instalación de **porta pañuelos** desechables en salas de espera y espacios comunes SÍ

-Instalación de **contenedores de residuos con tapa** de apertura con pedal, en salas de espera y zonas comunes. SÍ

-Disponen de espacios concretos establecidos para recibir **visitas,** preferiblemente al aire libre y siempre guardando la distancia social establecida. SÍ

-Cumplimiento de la medida de prevención: **desinfección rápida y segura de los elementos usados después de cada visita. SÍ**

-**Registro declaraciones responsables** comprometiéndose a cumplir normas de seguridad e higiene durante su salida del centro y a comunicar cualquier incidencia, de residentes autónomos que salgan solos o los familiares que acompañen como responsables a un residente. SÍ

-**Registro de entradas y salidas** del recinto SÍ

-**Registro de visitas a usuarios**, incluyendo las recomendaciones de temperaturas y preguntas sobre síntomas compatibles conc19, registro de higiene de manos y puesta de mascarilla. SÍ

-**Bolsa de trabajo** propia para el centro, tanto de personal sanitario, como de personal gerocultor, así como personal imprescindible (cocineras, limpiadoras y otros profesionales en su caso). SÍ

-Área de almacenamiento de EPIS, en la que disponen de material de reserva para 14 días. SÍ

-Observaciones:

ACTA DE INSPECCIÓN N[redacted]

CENTRO: PEÑUELAS RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES
Nº REGISTRAL DEL CENTRO: C 2331
TITULAR: COMUNIDAD DE MADRID (CONSEJERÍA DE FAMILIA JUVENTUD Y POLITICA SOCIAL)
Nº DE IDENTIFICACIÓN:[redacted]
DIRECCIÓN: CALLE DE ARGANDA, 11
MUNICIPIO: 28005 MADRID
TIPOLOGÍA: CENTROS RESIDENCIALES
SUBTIPOLOGÍA: RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES
SECTOR SOCIAL: PERSONAS MAYORES

En MADRID, el día **15 SEPTIEMBRE DE 2021,** a las 10:30 horas, se persona en el servicio/centro de referencia el/la inspector/a, **INSPECTOR** [redacted] de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, y en presencia de Sr. /Sra. [redacted] con D.N.I. número [redacted] en calidad de **Director/a del centro**, se le requiere para que facilite e informe la presente inspección.

MANIFESTACIONES DEL/DE LA INSPECTOR/A

1º.- SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

a) Capacidad:

a.1. Total plazas registradas: **220**

Aptas para personas autónomas:	**0**	Con movilidad reducida:	**0**
Aptas para personas dependientes:	**220**	Con movilidad reducida:	**220**

a.2. Total plazas concertadas con la Comunidad de Madrid: **0**

a.3. Total plazas ocupadas: **186**

Aptas para personas autónomas:	**0**	Con movilidad reducida:	**0**
Aptas para personas dependientes:	**186**	Con movilidad reducida:	**105**

b) Datos registrados del centro en el Registro de entidades, centros y servicios de acción social:

b.1 Denominación: Coincidente con el dato registrado.

b.2 Dirección: Coincidente con el dato registrado.

b.3 Teléfono: Coincidente con el dato registrado.

b.4 Correo electrónico: Coincidente con el dato registrado.

b.5 Titular: Coincidente con el dato registrado.

b.6 Teléfono titular: Coincidente con el dato registrado.

b.7 Entidad Gestora: Sí: **ARALIA SERVICIOS SOCIOSANITARIOS, S.A., con N.I.F.:** [redacted]

c) **Inmueble compartido con otros centros/servicios:** Sí: Con centro de día (C2332).

d) **Otros datos de interés:** Sí: **De conformidad con la Orden 668/2020 disposición XV. Establecimientos sanitarios y de Servicios sociales en su apartado sexagésimo quinto punto 5 dispone que el Servicio de Inspección de centros de Servicios Sociales, velará por el cumplimiento de las medidas indicadas en dicho apartado de la mencionada Orden, que serán recogidos en el Anexo I de este acta.**

Informa la directora del centro, que la totalidad de los residentes se encuentran vacunados con la pauta completa. **La residencia C2331 TIENE CERTIFICADO DE COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA EL SARS-COV-2 SUPERIOR AL 80 % CON PAUTA COMPLETA.**

e) **Disponen de Plan de Contingencia al que alude el artículo 10.3 del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, referido en el punto 3 de la apartado sexagésimo quinto de la Orden 668/2020, de 19 de junio: Sí**

f) **Los usuarios autónomos hacen uso de la mascarilla: Sí**

g) **Los usuarios dependientes utilizan mascarilla o, en su caso, mantienen distancia de seguridad interpersonal: No procede**

h) **Los trabajadores utilizan la mascarilla como medida de prevención e higiene:** Sí

i) **El centro da cumplimiento a la Resolución 2026/2020 de la Secretaría General Técnica de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad por la que se aprueban las instrucciones relativas a la obligación de remitir información sobre su situación ante la crisis sanitaria ocasionada por el covid-19, cumplimentando correctamente los datos, a través del sistema informatizado existente al efecto:** Sí

j) **Requerimientos de subsanación:** No.

2º.- PERSONAL DEL CENTRO

a) **Relación de trabajadores/as:** Al tratarse de un centro con plazas financiadas con fondos públicos de la Comunidad de Madrid, la información relativa a los/las trabajadores/as obra en poder de la Unidad responsable en la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad.

b) **Personal de presencia física en el momento de la inspección:** La directora, 1 administrativo, 24 auxiliares, 1 cocinero, 1 jefe de cocina, 2 pinches de cocina, 1 conductor, 2 enfermeras, 3 fisioterapeutas, 9 limpiadoras-planchadoras, 2 médicos, 2 oficiales de mantenimiento, 1 peluquera, 1 recepcionista, 2 terapeutas ocupacionales, 2 trabajadoras sociales, 1 TASOC, 1 nutricionista y 1 auxiliar de ruta.

c) **Director/a:** [redacted]

c.1. Dispone del reconocimiento de acciones formativas habilitantes: Sí.

c.2. Persona responsable en ausencia del/de la director/a: Sí. [redacted] responsable de administración

c.3. Datos inscritos en el Registro de directores de centros de servicios sociales: El/la director/a no está vinculado/a como tal a este centro.

d) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

e) **Requerimientos de subsanación:** No.

3º.- ÁREA RESIDENCIAL

I. NUMERO TOTAL DE HABITACIONES Y NUMERO DE CAMAS EN CADA DORMITORIO:

Habitaciones individuales: 150

Habitaciones dobles: 35

II. DORMITORIOS OCUPADOS:

a) **Limpieza:**

a.1 Estancia: La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

a.2 Lencería: La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

b) **Equipamiento/dotación:** Deficiencias observadas: se observa que no funciona la luz de cabecero de cama habitación [redacted] Se observa un enchufe sin tapa en habitación 1[redacted]

c) **Sistema de llamadas de urgencia:** Deficiencias observadas: Se continua observando que en algunos dormitorios solo hay un alargador del timbre, y que algunos de ellos están dañados.

d) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

e) **Requerimientos de subsanación:** c) Se requiere para que en todos los dormitorios exista un sistema de aviso o comunicación activos de fácil acceso y utilización por la persona usuaria, que garantice su inmediata atención.

b) Se requiere para que se garantice el mantenimiento, conservación y reparación del mobiliario y equipamiento en dormitorios, con el fin de evitar su deterioro y garantizar tanto la seguridad de sus usuarios/as como la calidad en la atención prestada.

III. ASEOS / BAÑOS: La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

a) **Numero de baños incorporados a dormitorios y/o de uso individual:**

11 individuales.

76 compartidos.

b) **Numero de baños comunes:6**

c) **Limpieza:**

a.1. **Estancia:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

a.2. **Lencería:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

d) **Equipamiento/dotación:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

e) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

f) **Requerimientos de subsanación:** No.

IV. COMEDORES.

a) **Limpieza:**

a.1. **Estancia:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

a.2. **Lencería:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

b) **Menú:**

b.1 **Supervisado y firmado por personal cualificado** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

b.2 **Garantizado el conocimiento público con antelación mínima de 24 horas:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

b.3 **Concordancia del menú expuesto y supervisado con el servido:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

c) **Equipamiento/dotación:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

d) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

e) **Requerimientos de subsanación:** No.

V. ESTANCIAS COMUNES.

a) **Limpieza:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

b) **Equipamiento/dotación:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

c) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

d) **Requerimientos de subsanación:** No.

4º.- ÁREA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

a) **Atención especializada pautada:**

a.1. **Conservación de la medicación:** Las condiciones de seguridad, conservación y control de los medicamentos son conformes a la normativa vigente en materia de servicios sociales.La medicación está en planta 1ª en office de enfermería.

a.2. **Preparación de la medicación:**

a.2.1. **Personal que prepara la medicación:** Viene preparado por farmacia externa, SDP. La medicación aguda se preparan por la enfermera del turno correspondiente.

a.2.2. **Coincidencia del tratamiento prescrito con el preparado:** Sí. Se comprueba lo cargado para 8 residentes para la comida de la inspección, y se ajusta a la pauta médica.

a.2.3. **Sistema de preparación:** Sí.

a.2.4 **Prestación de la atención asistencial pautada:** administran la medicación enfermeras y auxiliares.

a.3. **Organización higiénico-sanitaria:** La organización higiénico-sanitaria de los medicamentos es conforme a la normativa vigente en materia de servicios sociales, garantizando las condiciones de seguridad y control de los mismos.

b) Medidas de sujeción: Se realiza un muestreo de las mismas.

b.1. Medidas alternativas: Sí.

b.2. Prescritas por profesional médico: Sí.

b.3. Prescripción referida al tipo, motivo y duración de la medida utilizada: Se observa que la [redacted] tiene aplicado cinturón pélvico en silla, teniendo prescrito cinturón abdominal.

b.4. Consentimiento informado: Sí.

b.5. Revisión diaria y periódica de la medida de sujeción: Sí.

b.6. Información complementaria:

c) Enfermería: 10 Camas en planta 1ª.

d) Sistema de información y de incidencias:

d.1 Sistema de información y de incidencias utilizado: La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

d.2 Cumplimentación de la información y las incidencias: La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

e) Registros: Los registros utilizados están debidamente cumplimentados permitiendo la ejecución de las tareas, su conocimiento y control por parte del personal y su responsable.

f) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

g) Requerimientos de subsanación: b) Se requiere para que las sujeciones físicas estén prescritas por profesional médico y aplicadas conforme a lo pautado.

c) Se requiere para que la unidad adicional de enfermería tenga una capacidad equivalente al 5 % de la capacidad del centro.

5º.- CUIDADOS BÁSICOS A LA PERSONA USUARIA

a) **Aseo personal:** Se observa una correcta higiene personal de las personas usuarias.

b) **Muda de ropa, complementos, órtesis y otras ayudas técnicas:** Se observa una adecuada limpieza de la ropa, de los complementos, órtesis y otras ayudas técnicas que llevan y/o utilizan las personas usuarias, siendo aquélla ajustada a la temperatura y estación del año.

c) **Supervisión de personas usuarias dependientes:**No se han adoptado medidas de prevención, supervisión e intervención para las personas usuarias dependientes. Durante la inspección se comprueba como en zona común de planta baja, hay una totalidad de 80 residentes de forma aproximada, con una sola auxiliar para supervisarlos a todos ellos, se está en la estancia un periodo de 10/15 minutos y no aparece ninguna otra auxiliar.

d) **Intimidad personal:** En las atenciones prestadas a las personas usuarias se garantiza su intimidad.

e) **Horarios y organización del centro:** Los horarios de alimentación, higiene, descanso y aseo personal de las/los usuarias/os son adecuados conforme a los estándares de vida socialmente admitidos. Según informan, los usuarios son levantados y aseados a partir de las 8:00 horas, desayunan a partir de las 9:15 horas, comen 13:00 h usuarios más dependientes y el resto a las 13:50 horas, meriendan a las 16:30 horas, cenan a las 19:15 horas usuarios más dependientes y 20.15h el resto de usuarios y recenan sobre las 0:00 horas.

e) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

f) **Requerimientos de subsanación:** c) Se requiere para que estén previstas medidas de vigilancia y/o cuidado especial que garanticen la prevención, supervisión e intervención para las personas usuarias dependientes.

Póliza de seguro del inmueble (continente y contenido): suscrita con la compañía [redacted], número de póliza: [redacted] con vencimiento el día 11/01/2022.

e) **Reglamento de régimen interior:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

f) **Expediente personal de atención especializada:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

f.1. **Programa de intervención individual actualizado:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

f.2. **Constancia documental de la participación y conocimiento del usuario o su representante:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

g) **Contrato/documento de admisión:** Al tratarse de un centro de titularidad pública, la información del documento de ingreso y del contenido obligacional de las relaciones con los usuarios, obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

h) **Certificado de desinsectación y desratización:** Sí. De fecha 12/05/2021

i) **Certificado de mantenimiento de aparatos, equipos y sistemas de protección contra incendios:** Sí. De fecha 10/12/2020

j) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

k) **Requerimientos de subsanación:** No.

6º.- SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES

a) Sistema de reclamaciones:

a.1. Las hojas de reclamaciones están a disposición de las personas usuarias y se ajustan en su contenido a la normativa vigente en materia de servicios sociales.: Sí. Muestran las mismas.

a.2. Quejas y/o reclamaciones interpuestas en el centro: Se han interpuesto las siguientes reclamaciones desde la última inspección efectuada al centro: Desde la nº 184 hasta la 187

b) Protocolo de actuación en quejas y reclamaciones: Sí.

c) Sistema de sugerencias: Sí. Buzón de sugerencias.

d) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

e) Requerimientos de subsanación: No.

7º.- DOCUMENTACIÓN

a) Registro de personas usuarias: Conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) Publicidad:

b.1. Decálogo de derechos: Sí.

b.2. Precios comunicados: Centro de titularidad pública o vinculado a un contrato administrativo de concesión de servicios públicos.

b.3. Servicios que se prestan: Sí.

b.4. Certificado de evaluación de calidad: Sí.

b.5. Identificación de la persona responsable del Centro en ausencia del/de la Director/a: Sí.

c) Programación anual de actividades: La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

d) Póliza de seguros y recibo en vigor: Sí.

Póliza de seguro de responsabilidad civil: suscrita con la compañía [redacted] número de póliza: [redacted] y con vencimiento el día 31/12/2021.

g) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

h) **Requerimiento de subsanación:** No.

10º.- OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS

a) **Licencia municipal que autorice el ejercicio de la actividad/funcionamiento:** Al tratarse de un centro de servicios sociales cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid, la información relativa a la licencia obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

b) **Autorización de servicios sanitarios en centro no sanitario:** Al tratarse de un centro de servicios sociales cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid, esta información obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular. . . . . .

c) **Otros datos de interés:** Sí: **Se recuerda a la persona que facilita e informa la inspección que en el siguiente enlace puede consultar la normativa, protocolos y demás información relacionada con la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, en el ámbito de los centros y servicios sociales:** https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/entidades-centros-servicios-accion-social

11º.- REQUERIMIENTOS DEL ACTA ANTERIOR: Nº[redacted]

a) **Subsanados: Los siguientes:**

- Se requiere para que los usuarios dependientes utilicen mascarilla, o en su caso, mantengan la distancia de seguridad interpersonal.
- Se observa cuarto office al lado de farmacia de planta 1ª, con puerta abierta y sin supervisión, con medicación en su interior. Durante la inspección hay 3 personas en el interior de la farmacia, preparando y supervisando la medicación.
- Se requiere para que la prescripción médica de la sujeción refleje el motivo, el tipo, las situaciones en las que debe utilizarse, su duración y la periodicidad de la reevaluación de la medida adoptada, que no podrá ser superior a un mes.
- Se requiere para que se garantice la adecuada preparación y administración de la medicación conforme con la prescrita por el/la profesional médico

b) **No subsanados:** Los siguientes:

- **Se observaron algunas habitaciones dobles con un solo llamador, por ejemplo, en dormitorio**[redacted]

8º.- REQUISITOS COMUNES A LAS DISTINTAS ÁREAS DEL CENTRO

a) **Temperatura:** Conforme establece la normativa en materia de servicios sociales y en todo caso adecuada al actual periodo estacional.

b) **Mantenimiento:** Deficiencias observadas: Se continúa observando mancha de humedad en aseo de techo de habitación [redacted]

c) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

d) **Requerimientos de subsanación:** b) Se requiere para que se garanticen el mantenimiento, conservación y reparación de las instalaciones del centro, con el fin de evitar su deterioro y garantizar, tanto la seguridad de las personas usuarias como la calidad en la atención prestada.

9º.- CALIDAD:

Los datos se obtienen a través de la información facilitada por la directora:

a) **Sistema de evaluación de calidad:** Evaluación externa del sistema de calidad.

- Certificado núm. [redacted] emitido por la entidad [redacted], conforme con la norma ISO 9001:2015 y con fecha de caducidad de 16/12/2021.
- Certificado núm. [redacted] emitido por la entidad [redacted] conforme con la norma ISO 14001:2015 y con fecha de caducidad de 16/12/2021.
- Certificado núm. [redacted] emitido por la entidad [redacted] conforme con la norma UNE EN 158101:2015 y con fecha de caducidad de 16/12/2021.

b) **Evaluación de la satisfacción a las personas usuarias:** SI Sí. Encuestas anuales de satisfacción.

c) **Protocolos implantados en el ámbito de la mejora de la calidad:**

c.1 Protocolo de acogida y adaptación: Sí.

c.2 Protocolo de valoración: Sí.

c.3. Protocolo de sujeciones físicas: Sí.

d) **Sistema de comunicación:** Periódicamente.

Sistema de comunicación periódico habitual semestral.

Modelo habitual de comunicación: Cita presencial.

e) **Cauce de participación en el programa de actividades del centro:** Entrevista personal semestral.

f) **Plan de formación continua del personal** Sí.:

- **Se requiere para que en todos los dormitorios exista un sistema de aviso o comunicación activos de fácil acceso y utilización por la persona usuaria, que garantice su inmediata atención.**
- **Se requiere para que se garantice el mantenimiento, conservación y reparación del mobiliario y equipamiento en dormitorios, con el fin de evitar su deterioro y garantizar tanto la seguridad de sus usuarios/as como la calidad en la atención prestada**
- **Se requiere para que las sujeciones físicas estén prescritas por profesional médico y aplicadas conforme a lo pautado.**
- **Se requiere para que la unidad adicional de enfermería tenga una capacidad equivalente al 5 % de la capacidad del centro.**
- **Se observa mancha de humedad en aseo de techo de habitación** [redacted]

Se reitera para que den cumplimiento a los requerimientos no atendidos a la fecha de la presente inspección.

c) **No se ha podido comprobar la subsanación de los siguientes requerimientos cuyo cumplimiento se verificará en la siguiente visita de inspección:** Se han comprobado todos.

12º REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN

Al objeto de comprobar el cumplimiento de los requisitos exigidos en la normativa vigente en materia de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, deberá aportar en el plazo de **10 días hábiles** a partir del siguiente al de la fecha de la presente acta, por cualquiera de los **medios telemáticos** establecidos en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas, o por correo electrónico a la cuenta de correo [redacted] la documentación que a continuación se relaciona, dirigida al Área de Inspección de la Subdirección General de control de calidad, inspección, registro y autorizaciones de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, **con expresa indicación del número de la presente acta**:

- **Copia de las reclamaciones interpuestas desde el 25/01/2021 así como contestación a las mismas.**

El artículo 14.2 de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre, establece quienes son los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones Públicas, entre los que se encuentran las personas jurídicas.

La no aportación de la documentación solicitada en el plazo señalado se encuentra tipificada como infracción muy grave en el artículo 29.g) de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid, al "impedir, obstruir, o dificultar de cualquier modo la acción del personal inspector en el desempeño de su cargo, así como no prestarle la colaboración y auxilio requeridos en el ejercicio de sus funciones".

Si precisara alguna consulta con carácter previo a la entrega de los documentos requeridos en esta acta, podrá hacerlo telefónicamente ante el/la inspector/a actuante en el número [redacted] o bien mediante consulta dirigida al buzón de correo reseñado anteriormente [redacted]

Lo manifestado en la presente acta se entiende sin perjuicio de otros incumplimientos que pudieran existir y que no se hubiesen recogido en la misma.

INFORMACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD, LECTURA Y FIRMA DEL ACTA

El personal inspector guardará secreto y sigilo profesional respecto de los asuntos objeto de la actuación, de conformidad con el artículo 21 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid.

El contenido del presente documento es absolutamente reservado. Los datos personales contenidos en el mismo serán tratados de conformidad con la normativa vigente de protección de datos de carácter personal, entre otras, el Reglamento europeo del Parlamento y del Consejo 2016/679, de 27 de abril, y la L.O. 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Queda prohibido cualquier uso (acceso, difusión, cesión...) para una finalidad distinta a la que justifica esta entrega. Las medidas de seguridad a aplicar serán las que correspondan a la naturaleza de los datos personales que contienen, garantizando en todo caso

su autenticidad, integridad y confidencialidad, impidiendo cualquier uso no autorizado. Quedan sujetos a dicho régimen tanto el destinatario de este documento como cualquier otra persona que tenga acceso al mismo.

De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, en testimonio de lo actuado se levanta la presente acta y tras la lectura de la misma ante la persona que ha atendido esta inspección, se le hace entrega de un ejemplar firmado por el personal inspector actuante.

Es todo cuanto manifiesto siendo las 13.30 horas

El/La inspector/a

Firmado digitalmente por: [redacted] - COMUNIDAD DE MADRID

LA PRESENTE ACTA SE LEVANTA EN EL MARCO DE LA CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR EL COVID-19 , DE CONFORMIDAD CON EL REAL DECRETO-LEY 21/2020, DE 9 DE JUNIO, DE MEDIDAS URGENTES DE PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y COORDINACIÓN PARA HACER FRENTE A LA CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR EL COVID-19.

ANEXO I

Plan de Contingencia, acreditación de presentación a la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria, conforme al manual remitido por esta Consejería. SÍ

Los usuarios autónomos hacen uso de la mascarilla: Sí

Los usuarios dependientes utilizan mascarilla o, en su caso, mantienen distancia de seguridad interpersonal: No procede

Los trabajadores utilizan la mascarilla como medida de prevención e higiene: Sí

-Acreditación de coordinación con atención primaria, área de salud pública y geriatra de referencia, en su caso. SÍ

-**Prevención**: existe plan de sectorización: SÍ

-Dispensadores de solución **hidroalcohólica** desinfectante en todos los lugares estratégicos (entrada al centro, zonas comunes...). SÍ

-Cumplimiento de la medida de prevención**: lavado de manos** en el centro por parte del personal a usuarios dependientes (cada 1 o 2 horas). SÍ

-**Protocolo de desinfección semanal y diario del centro**, así como **registros sobre limpieza y desinfección** de zonas, espacios, mobiliario (ayudas técnicas, muebles, pomos de puertas, aseos, etc.) y en general del centro, firmado por parte de los trabajadores que lleven a cabo la misma, para acreditar dicha desinfección. SÍ

-Instalación de **porta pañuelos** desechables en salas de espera y espacios comunes SÍ

-Instalación de **contenedores de residuos con tapa** de apertura con pedal, en salas de espera y zonas comunes. SÍ

-Disponen de espacios concretos establecidos para recibir **visitas,** preferiblemente al aire libre y siempre guardando la distancia social establecida. SÍ

-Cumplimiento de la medida de prevención: **desinfección rápida y segura de los elementos usados después de cada visita. SÍ**

-**Registro declaraciones responsables** comprometiéndose a cumplir normas de seguridad e higiene durante su salida del centro y a comunicar cualquier incidencia, de residentes autónomos que salgan solos o los familiares que acompañen como responsables a un residente. SÍ

-**Registro de entradas y salidas** del recinto SÍ

-**Registro de visitas a usuarios**, incluyendo las recomendaciones de temperaturas y preguntas sobre síntomas compatibles conc19, registro de higiene de manos y puesta de mascarilla. SÍ

-Bolsa de trabajo propia para el centro, tanto de personal sanitario, como de personal gerocultor, así como personal imprescindible (cocineras, limpiadoras y otros profesionales en su caso). SÍ

-Área de almacenamiento de EPIS, en la que disponen de material de reserva para 14 días. SÍ

-Observaciones: Informa la directora del centro, que la totalidad de los residentes se encuentran vacunados con la pauta completa.

ACTA DE INSPECCIÓN Nº [redacted]

CENTRO: PEÑUELAS RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES
Nº REGISTRAL DEL CENTRO: C2331
TITULAR: COMUNIDAD DE MADRID (CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL)
Nº DE IDENTIFICACIÓN: [redacted]
DIRECCIÓN: CALLE DE ARGANDA Nº 11
MUNICIPIO: 28005 MADRID
TIPOLOGÍA: CENTROS RESIDENCIALES
SUBTIPOLOGÍA: RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES
SECTOR SOCIAL: PERSONAS MAYORES

En MADRID, el día **17 DE ENERO DE 2022**, a las **10:00** horas, se persona en el centro de referencia el inspector, [redacted] e INSPECTOR CIRA [redacted] de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, y en presencia de Sr. /Sra. [redacted] con D.N.I. número [redacted] en calidad de Director/a del centro, se le requiere para que facilite e informe la presente inspección.

MANIFESTACIONES DEL INSPECTOR

1º.- SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

a) Capacidad:

a.1. Total plazas registradas: **220**

Aptas para personas autónomas:	**0**	Con movilidad reducida:	**0**
Aptas para personas dependientes:	**220**	Con movilidad reducida:	**220**

a.2. Total plazas concertadas con la Comunidad de Madrid: **0**

a.3. Total plazas ocupadas: **200**

Aptas para personas autónomas:	**10**	Con movilidad reducida:	**0**
Aptas para personas dependientes:	**190**	Con movilidad reducida:	**116**

b) Datos registrados del centro en el Registro de entidades, centros y servicios de acción social:

b.1 Denominación: Coincidente con el dato registrado.

b.2 Dirección: Coincidente con el dato registrado.

b.3 Teléfono: Coincidente con el dato registrado.

b.4 Correo electrónico: Coincidente con el dato registrado.

b.5 Titular: Coincidente con el dato registrado.

b.6 Teléfono titular: Coincidente con el dato registrado.

b.7 Entidad Gestora: Sí: ARALIA SERVICIOS SOCIOSANITARIOS, S.A. N.I.F.: [redacted]

c) Inmueble compartido con otros centros/servicios: Sí: Peñuelas Centro de Día (C2332).

d) Otros datos de interés: Sí:

- **De conformidad con la Orden 1244/2021, de 1 de octubre, disposición XV, Establecimientos sanitarios y de Servicios sociales en su apartado sexagésimo cuarto punto 5, el cumplimiento de las medidas indicadas en dicho apartado de la mencionada Orden, serán recogidos en el Anexo I de esta acta.**
- Informa la directora del centro de que actualmente hay 9 residentes en aislamiento, dado que han tenido un resultado positivo en pruebas de diagnóstico covid-19, todos con síntomas leves (el brote surgió el pasado 28 de diciembre de 2021).
- El centro no tiene actualmente restricciones de visitas de familiares, pueden realizarlas en la cafetería del centro y en los espacios exteriores, aunque por el momento no se permite el acceso a los dormitorios. Según evolucione el brote a lo largo de la semana, se ampliará las visitas de familiares a los dormitorios. Sí que fueron suspendidas las visitas de familiares entre el 30 de diciembre de 2021 y el 5 de enero de 2022, por el motivo del brote mencionado, e indicaciones de la anterior dirección que se encontraba supliendo a la directora.
- Todos los residentes se encuentran vacunados con la tercera dosis, excepto un matrimonio que ingresó recientemente por emergencia social, que cuenta con una única dosis. Respecto a los trabajadores, todos se encuentran vacunados con las dos dosis al menos.
- Los 10 residentes válidos son pareja o matrimonio de residentes dependientes, o bien han ingresado por emergencia social, según informa la directora.

e) Disponen de Plan de Contingencia al que alude el artículo 10.3 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, referido en el punto 3 de la apartado sexagésimo cuarto de la Orden 1244/2021, de 1 de octubre, cuya valoración corresponde a la autoridad sanitaria: Sí

f) Los usuarios autónomos hacen uso de la mascarilla o, en su caso, mantienen distancia de seguridad interpersonal: Sí

g) **Los usuarios dependientes utilizan mascarilla o, en su caso, mantienen distancia de seguridad interpersonal: Sí**

h) **Los trabajadores utilizan la mascarilla como medida de prevención e higiene: Sí**

i) **El centro da cumplimiento a la Resolución 2026/2020 de la Secretaría General Técnica de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad por la que se aprueban las instrucciones relativas a la obligación de remitir información sobre su situación ante la crisis sanitaria ocasionada por el covid-19, cumplimentando correctamente los datos, a través del sistema informatizado existente al efecto: Sí**

j) **Acreditan mediante declaración responsable suscrita por el director del centro, que cumplen con las medidas de apertura descritas en el documento "Actualización respecto a las medidas a adoptar en las residencias de mayores en la Comunidad de Madrid": Sí**

k) **Se acredita remisión de la citada declaración responsable a la Dirección General de Atención al Mayor y la Dependencia: Sí**

l) **Requerimientos de subsanación:** No.

2º.- PERSONAL DEL CENTRO

a) **Relación de trabajadores/as:** Al tratarse de un centro con plazas financiadas con fondos públicos de la Comunidad de Madrid, la información relativa a los/las trabajadores/as obra en poder de la Unidad responsable en la Consejería de Familia,Juventud y Política Social.

b) **Personal de presencia física en el momento de la inspección:** 1 directora, 1 administrativa, 1 médico, 5 enfermeras, 1 auxiliar de farmacia, 26 auxiliares, 3 fisioterapeutas, 2 terapeutas ocupacionales, 2 trabajadoras sociales, 1 nutricionista, 8 limpiadoras, 2 personas en cocina, 2 oficiales de mantenimiento, 1 peluquera, 1 recepcionista. Además, 1 psicóloga, que ha fichado la entrada pero al poco tiempo se ha marchado del centro al tener resultado positivo.

c) **Director/a:** [redacted]

c.1. Dispone del reconocimiento de acciones formativas habilitantes: Sí.

c.2. Persona responsable en ausencia del/de la director/a: Sí. Dña. [redacted] responsable de administración.

c.3. Datos inscritos en el Registro de directores de centros de servicios sociales: El/la director/a está vinculado/a como tal a este centro.

d) Otros datos de interés: Sí.

- Informan que ni [redacted] y ni don [redacted] realizan funciones de dirección en el centro desde hace años.
- El servicio de peluquería (la peluquera es personal propio de la entidad gestora) es de lunes a viernes, de 10:30 a 13:30 h. El servicio de podología es a demanda, normalmente una o dos veces al mes.

e) Requerimientos de subsanación: No.

3º.- ÁREA RESIDENCIAL

I. NUMERO TOTAL DE HABITACIONES Y NUMERO DE CAMAS EN CADA DORMITORIO:

Habitaciones individuales: 150

Habitaciones dobles: 35

La RPM dispone de 4 plantas con habitaciones distribuidas en tres pasillos, uno de los pasillos de la primera planta está destinado a zona roja Covid19.

II. DORMITORIOS OCUPADOS: Se visitan dormitorios de todas las plantas y módulos, en concreto de los siguientes:

- Planta 1ª: habitaciones: [redacted]
- Planta 2ª: habitaciones [redacted]
- Planta 3ª habitaciones [redacted]
- Planta 4ª habitaciones: [redacted]

a) Limpieza:

a.1 Estancia: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

a.2 Lencería: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) Equipamiento/dotación: Deficiencias observadas:

- Mesilla de habitación [redacted] (cama ventana) tiene el frontal del primer cajón deteriorado.
- Hab. [redacted] lámpara sin bombilla.
- Hab. [redacted] armarios con puertas correderas salidas de los rieles de la parte baja y cama de pared con barandillas descolocadas.
- Hab. [redacted] tienen la melanina de las mesillas rajadas.

- Hab. [redacted] el radiador está caliente únicamente en la parte derecha, estando templada en la parte izquierda.
- La mesa de salón compartido de dormitorio nº [redacted] tiene esquina deteriorada.

c) **Sistema de llamadas de urgencia:** Deficiencias observadas: Hab. [redacted] sin cable avisador llamadas de emergencia.

d) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

e) **Requerimientos de subsanación:** b) Se requiere para que el mobiliario y equipamiento de los dormitorios se ajuste a las necesidades y tipología de las personas usuarias que los ocupan, disponiendo de la dotación exigida en la normativa de servicios sociales.

b) Se requiere para que se garantice el mantenimiento, conservación y reparación del mobiliario y equipamiento en dormitorios, con el fin de evitar su deterioro y garantizar tanto la seguridad de sus usuarios/as como la calidad en la atención prestada.

c) Se requiere para que en todos los dormitorios exista un sistema de aviso o comunicación activos de fácil acceso y utilización por la persona usuaria, que garantice su inmediata atención.

III. ASEOS / BAÑOS: Se visitan los baños de los dormitorios visitados y algunos de los comunes.

a) **Numero de baños incorporados a dormitorios y/o de uso individual:** 11 individuales, 76 compartidos.

b) **Numero de baños comunes:** 6

c) **Limpieza:**

a.1. **Estancia:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

a.2. **Lencería:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

d) **Equipamiento/dotación:** Deficiencias observadas:

- Aseo habitación [redacted] tiene el pulsador de cisterna del inodoro suelto.

e) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

f) **Requerimientos de subsanación:** b) Se requiere para que se garantice el mantenimiento, conservación y reparación del mobiliario de los aseos, con el fin de evitar su deterioro y garantizar, tanto la seguridad de las personas usuarias como la calidad en la atención prestada.

IV. COMEDORES.

a) Limpieza:

a.1. Estancia: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

a.2. Lencería: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) Menú:

b.1 Supervisado y firmado por personal cualificado Sí.: Menú basal, túrmix y dietas especiales.

b.2 Garantizado el conocimiento público con antelación mínima de 24 horas: Sí.

b.3 Concordancia del menú expuesto y supervisado con el servido: Sí.

c) Equipamiento/dotación: El mobiliario y equipamiento se ajustan a las necesidades y tipología de las personas usuarias, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

d) Otros datos de interés:

- La RPM dispone de 4 comedores: en la planta baja donde comen los válidos y los que necesitan menos ayuda, en el de primera planta, segunda y tercera. Se sirven menús basales, diabéticos y túrmix.

e) Requerimientos de subsanación: No.

V. ESTANCIAS COMUNES.

a) Limpieza: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) Equipamiento/dotación: Deficiencias observadas:

- Sala de estar de planta 1ª tiene un sofá rajado y un sofá orejero muy sucio, según refieren es un sofá que ha traído la familia de una persona usuaria con mucho deterioro cognitivo y se pone una sábana cuando la persona se sienta.

c) Otros datos de interés:

- Salón polivalente (en forma de L), cocina, comedor general, gimnasio/fisioterapia y sala de terapia todos situados en la planta baja, además en cada planta hay pequeños salones, todos ellos se usan para comer excepto el de la [redacted] planta que por el perfil más autónomo de las personas residentes bajan al comedor general de planta baja.
- No tienen geles hidroalcohólicos en pasillos, según refiere la persona que atiende la inspección normalmente hay botes de geles encima de dispensadores de papel anclados a la pared, pero lo cierto es que no se encuentran en los pasillos de las cuatro plantas inspeccionadas de habitaciones ni en la planta baja de zonas comunes.
- Se observa que en gimnasio de Fisioterapia en zona de barras paralelas no existe un pavimento que aísle de la baja temperatura para los usuarios que deban descalzarse.

d) Requerimientos de subsanación: b) Se requiere para que el mobiliario y equipamiento del salón y salas comunes se adecúen a las necesidades de las personas usuarias, garantizando su higiene y limpieza.

4º.- ÁREA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

a) Atención especializada pautada:

a.1. Conservación de la medicación: Las condiciones de seguridad, conservación y control de los medicamentos son conformes a la normativa vigente en materia de servicios sociales. La reserva de medicación y los carros con la medicación preparada para las tomas de cada día se custodian bajo llave en estancia de farmacia, en planta 1ª. Las insulinas y otra medicación termolábil, en frigorífico de sala de enfrente. Se realiza muestreo y no se encuentra medicación caducada.

a.2. Preparación de la medicación:

a.2.1. Personal que prepara la medicación: La medicación crónica en comprimidos es preparada por farmacia externa, a través de sistema SDP. La medicación crónica en pastilleros, la aguda, bucodispersables se preparan por la enfermera del turno correspondiente.

a.2.2. Coincidencia del tratamiento prescrito con el preparado: Sí. Se realiza muestreo de medicación preparada de varios residentes, en sistema SPD y en pastilleros individuales.

a.2.3. Sistema de preparación: En rollos de bolsitas de plástico dividido por tomas la medicación por sistema SPD. La medicación de residentes que no se acogen a ese sistema, en pastilleros individuales.

a.3. Prestación de la atención asistencial pautada: La medicación es administrada por personal de Enfermería y personal auxiliar. Las insulinas y otra medicación inyectable, siempre por personal de Enfermería. Se realiza muestreo de residentes que han sido observados con gafas nasales colocadas durante la inspección, comprobando que es correcta la pauta. Según informan, hay [redacted]

a.4. Organización higiénico-sanitaria: Deficiencias observadas: En el frigorífico donde se guardan los inyectables de insulina se encuentra en una de las bandejas donde se depositan los que están en uso, un inyectable de apariencia similar, de un medicamento para el fortalecimiento de los huesos (según explica una de las enfermeras), sin que sea legible el nombre del paciente, fecha de caducidad, posología u otra información, y que pertenecía a una residente que ya no se encuentra en el centro.

b) Medidas de sujeción:

b.1. Medidas alternativas: No/no muestran. No constan medidas alternativas previas del cinturón abdominal colocado y prescrito a [redacted]

b.2. Prescritas por profesional médico: Sí.

b.3. Prescripción referida al tipo, motivo y duración de la medida utilizada: No/no muestran. Se observa durante la inspección que los residentes [redacted] y doña [redacted] llevan colocados un [redacted] pero ambos [redacted]. En la hoja de prescripción y consentimiento informado de la sujeción diurna de don [redacted] no se especifica el tipo de sujeción, en *Resiplus* sí.

b.4. Consentimiento informado: Sí.

b.5. Revisión diaria y periódica de la medida de sujeción: Sí.

b.6. Información complementaria: Se observa que [redacted] de don [redacted] está atado co[redacted], al igual que el de [redacted] o [redacted] de forma no homologada.

c) **Enfermería:**La unidad de enfermería no tiene una capacidad equivalente al 5% de la capacidad registrada del centro. Hay 10 camas instaladas en zona de Enfermería (UCE) en planta 1.

d) **Sistema de información y de incidencias**:

d.1 Sistema de información y de incidencias utilizado: Libro de incidencias por cada planta.

d.2 Cumplimentación de la información y las incidencias: El sistema garantiza la ejecución, continuidad, conocimiento, control de las tareas y atención que recibe la persona usuaria por parte del personal y su responsable.

e) **Registros:** Los registros utilizados están debidamente cumplimentados permitiendo la ejecución de las tareas, su conocimiento y control por parte del personal y su responsable. Se realiza muestreo de registros de cuidados diarios, comprobando que están correctamente cumplimentados.

f) **Otros datos de interés:** Sí: Según refiere personal de Fisioterapia, no disponen de suficiente aparatos de infrarrojos y mantas eléctricas.

g) **Requerimientos de subsanación:** a) Se requiere para que se garanticen adecuadamente las condiciones de seguridad, conservación y control de los medicamentos.

b) Se requiere para que conste la acreditación documental de la valoración y/o aplicación de medidas alternativas previas a la prescripción de la sujeción, con indicación expresa de los motivos de su fracaso.

b) Se requiere para que la prescripción médica de la sujeción refleje el motivo, el tipo, las situaciones en las que debe utilizarse, su duración y la periodicidad de la reevaluación de la medida adoptada, que no podrá ser superior a un mes.

b) Se requiere para que se utilicen medios homologados y/o verificados, diseñados para la sujeción física de las personas, debiendo ésta ser adecuada y aplicada de manera que no produzca lesiones.

c) Se requiere para que la unidad adicional de enfermería tenga una capacidad equivalente al 5 % de la capacidad del centro.

5º.- CUIDADOS BÁSICOS A LA PERSONA USUARIA

a) **Aseo personal:** Se observa una correcta higiene personal de las personas usuarias.

b) **Muda de ropa, complementos, órtesis y otras ayudas técnicas:** Se observa una adecuada limpieza de la ropa, de los complementos, órtesis y otras ayudas técnicas que llevan y/o utilizan las personas usuarias, siendo aquélla ajustada a la temperatura y estación del año.

c) **Supervisión de personas usuarias dependientes:** El centro dispone de medidas específicas de prevención, supervisión e intervención para las personas usuarias dependientes.

d) **Intimidad personal:** En las atenciones prestadas a las personas usuarias se garantiza su intimidad.

e) **Horarios y organización del centro:** Los horarios de alimentación, higiene, descanso y aseo personal de las/los usuarias/os son adecuados conforme a los estándares de vida socialmente admitidos. Habitualmente y según informan, los usuarios son levantados y aseados a partir de las 8:00 horas, desayunan a partir de las 9:15 horas, comen a las 13:00 h usuarios más dependientes y el resto a las 14:00 horas, meriendan a las 16:30 horas, cenan a las 19:30/19:45 horas usuarios más dependientes y 20.15h el resto de usuarios y recenan sobre las 0:00 horas y se ofrece una hidratación a los residentes a las 04:00 horas, residentes diabéticos obligatorio.

f) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

g) **Requerimientos de subsanación:** No.

6º.- SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES

a) **Sistema de reclamaciones:**

a.1. **Las hojas de reclamaciones están a disposición de las personas usuarias y se ajustan en su contenido a la normativa vigente en materia de servicios sociales.:** Sí.

a.2. **Quejas y/o reclamaciones interpuestas en el centro:** Se han interpuesto las siguientes reclamaciones desde la última inspección efectuada al centro:
Desde la número 188, de fecha 4/8/2021, hasta la nº 002, de fecha 9/1/2022.

b) **Protocolo de actuación en quejas y reclamaciones:** Sí.

c) **Sistema de sugerencias:** Sí. Buzón de sugerencias.

d) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

e) **Requerimientos de subsanación:** No.

f) Se requiere para que conste en el programa de atención individual de cada persona usuaria la acreditación documental de su participación y conocimiento en el mismo.

8º.- REQUISITOS COMUNES A LAS DISTINTAS ÁREAS DEL CENTRO

a) **Temperatura:** Conforme establece la normativa en materia de servicios sociales y en todo caso adecuada al actual periodo estacional.

b) **Mantenimiento:** Deficiencias observadas:

- Se continúa observando mancha de humedad en aseo de techo de habitación [redacted]
- Habitación nº [redacted] tiene manchas marrones en la pared.
- Aseo habitación nº [redacted] tiene un olor a orín excesivo y se comprueba que el inodoro no está bien anclado al suelo y la silicona esta negra.
- Aseo habitación [redacted] sigue teniendo humedades en el techo
- Una de las rejillas de conductos de aire acondicionado situado en el techo de comedor principal de planta baja no está bien recibida, sobresaliendo de su perfil.
- En el pasillo B (central) de la planta 4º se observa como un módulo de luces fluorescentes del techo está pegado con cinta americana al techo.
- En la puerta de acceso desde el salón polivalente al pasillo de despachos profesionales se observa humedades.
- En el acceso peatonal desde la calle Arganda hasta la entrada del edificio de la RPM y CD se observan losetas mal recibidas que al pisar se levantan y con peligro de caída.

c) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

d) **Requerimientos de subsanación:** b) Se requiere para que se garanticen el mantenimiento, conservación y reparación de las instalaciones del centro, con el fin de evitar su deterioro y garantizar, tanto la seguridad de las personas usuarias como la calidad en la atención prestada.

9º.- CALIDAD.

Los datos se obtienen a través de la información facilitada por la directora.

a) **Sistema de evaluación de calidad:** Evaluación externa del sistema de calidad.

7º.- DOCUMENTACIÓN

a) **Registro de personas usuarias:** Conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) **Publicidad:**

b.1. Decálogo de derechos: No.

b.2. Precios comunicados: Centro de titularidad pública o vinculado a un contrato administrativo de concesión de servicios públicos.

b.3. Servicios que se prestan: Sí.

b.4. Certificado de evaluación de calidad: Sí.

b.5. Identificación de la persona responsable del Centro en ausencia del/de la Director/a: Sí.

c) **Programación anual de actividades:** Sí.

d) **Póliza de seguros y recibo en vigor:** Sí. .

- Póliza de seguro de multirriesgo (responsabilidad civil e inmueble) nº [redacted] de [redacted] vigente hasta 1/1/2023.

e) **Reglamento de régimen interior:** Sí.

f) **Expediente personal de atención especializada:** Sí.

f.1. Programa de intervención individual actualizado: Sí. Se realiza muestreo de los PAI de varios residentes, y se observa que en algunos casos no hay constancia de firma de familiar, pues o bien no devuelven el ejemplar de informe para su firma y posterior entrega al centro, o bien pasan varios meses desde que ha sido redactado sin que procedan a su firma.

f.2. Constancia documental de la participación y conocimiento del usuario o su representante. No/No muestran.

g) **Contrato/documento de admisión:** Al tratarse de un centro de titularidad pública, la información del documento de ingreso y del contenido obligacional de las relaciones con los usuarios, obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

h) **Certificado de desinsectación y desratización:** Sí. De fecha 10/12/2021.

i) **Certificado de mantenimiento de aparatos, equipos y sistemas de protección contra incendios:** Sí. De fecha 3/11/2021.

j) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

k) **Requerimientos de subsanación:** b) Se requiere para que el decálogo de derechos esté expuesto en lugar visible para todas las personas usuarias.

- Certificado núm. [redacted] emitido por la entidad [redacted] conforme con la norma ISO 9001:2015 y con fecha de caducidad de 16/12/2024.
- Certificado núm. [redacted] emitido por la entidad [redacted] conforme con la norma ISO 14001:2015 y con fecha de caducidad de 16/12/2024.

b) **Evaluación de la satisfacción a las personas usuarias:** Sí. Encuestas anuales de satisfacción.

c) **Protocolos implantados en el ámbito de la mejora de la calidad:**

1.1. Protocolo de acogida y adaptación: Sí.

1.2. Protocolo de valoración: Sí.

1.3. Protocolo de sujeciones físicas: Sí.

d) **Sistema de comunicación:** Periódicamente.

Sistema de comunicación periódico habitual semestral.

Modelo habitual de comunicación: Cita presencial.

e) **Cauce de participación en el programa de actividades del centro:** Entrevista personal semestral.

f) **Plan de formación continua del personal** Sí.:

g) **Nº total de usuarios con sujeción prescrita: Diurnas:**

g.2. Nocturnas:

g.3. Barandillas:

h) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

i) **Requerimiento de subsanación:** No.

10º.- OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS

a) **Licencia municipal que autorice el ejercicio de la actividad/funcionamiento:** Al tratarse de un centro de servicios sociales cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid, la información relativa a la licencia obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

b) **Autorización de servicios sanitarios en centro no sanitario:** Al tratarse de un centro de servicios sociales cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid, esta información obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

c) **Otros datos de interés:** Sí:

- **Se recuerda a la persona que facilita e informa la inspección que en el siguiente enlace puede consultar la normativa, protocolos y demás información relacionada con la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, en el ámbito de los centros y servicios sociales:** https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/entidades-centros-servicios-accion-social

11º.- REQUERIMIENTOS DEL ACTA ANTERIOR: [redacted] de fecha 15 de septiembre de 2021

a) Subsanados: Los siguientes:

- Luz cabecera hab. [redacted]
- Enchufe hab. [redacted] ya tiene tapa.
- Se requiere para que estén previstas medidas de vigilancia y/o cuidado especial que garanticen la prevención, supervisión e intervención para las personas usuarias dependientes.

b) No subsanados: Los siguientes:

- Se observaron algunas habitaciones dobles con un solo llamador, por ejemplo, en dormitorio [redacted] (Se requiere para que en todos los dormitorios exista un sistema de aviso o comunicación activos de fácil acceso y utilización por la persona usuaria, que garantice su inmediata atención).
- Se sigue observando manchas de humedad en aseo de techo de habitación [redacted]
- Se vuelve a observar residentes con sujeciones colocadas teniendo prescritas otro tipo de sujeciones.
- Se requiere para que la unidad adicional de enfermería tenga una capacidad equivalente al 5 % de la capacidad del centro.

Se reitera para que den cumplimiento a los requerimientos no atendidos a la fecha de la presente inspección.

c) No se ha podido comprobar la subsanación de los siguientes requerimientos cuyo cumplimiento se verificará en la siguiente visita de inspección: Se han comprobado todos.

12º REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN

El personal inspector guardará secreto y sigilo profesional respecto de los asuntos objeto de la actuación, de conformidad con el artículo 21 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid.

El contenido del presente documento es absolutamente reservado. Los datos personales contenidos en el mismo serán tratados de conformidad con la normativa vigente de protección de datos de carácter personal, entre otras, el Reglamento europeo del Parlamento y del Consejo 2016/679, de 27 de abril, y la L.O. 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Queda prohibido cualquier uso (acceso, difusión, cesión…) para una finalidad distinta a la que justifica esta entrega. Las medidas de seguridad a aplicar serán las que correspondan a la naturaleza de los datos personales que contienen, garantizando en todo caso su autenticidad, integridad y confidencialidad, impidiendo cualquier uso no autorizado. Quedan sujetos a dicho régimen tanto el destinatario de este documento como cualquier otra persona que tenga acceso al mismo.

De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, en testimonio de lo actuado se levanta la presente acta y tras la lectura de la misma ante la persona que ha atendido esta inspección, se le hace entrega de un ejemplar firmado por el personal inspector actuante.

Es todo cuanto manifiesto siendo las 16:00 hs.

El inspector

Firmado digitalmente por: [redacted] - COMUNIDAD DE MADRID
Fecha: 2022.01.17 15:53

LA PRESENTE ACTA SE LEVANTA EN EL MARCO DE LA CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR EL COVID-19 , DE CONFORMIDAD CON LA LEY 2/2021, DE 29 DE MARZO, DE MEDIDAS URGENTES DE PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y COORDINACIÓN PARA HACER FRENTE A LA CRISIS SANITARIA OCASIONADA POR EL COVID-19.

ANEXO I

Al objeto de comprobar el cumplimiento de los requisitos exigidos en la normativa vigente en materia de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, deberá aportar en el plazo de **10 días hábiles** a partir del siguiente al de la fecha de la presente acta, por cualquiera de los **medios telemáticos** establecidos en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas, o por correo electrónico a la cuenta de correo [redacted] la documentación que a continuación se relaciona, dirigida al Área de Inspección de la Subdirección General de Inspección de Centros y Servicios de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, **con expresa indicación del número de la presente acta**:

- **Copia de las reclamaciones desde la nº 188, de fecha 4/8/2021, hasta la nº 002, de fecha 9/1/2022, y respuesta dada a las mismas.**

El artículo 14.2 de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre, establece quienes son los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones Públicas, entre los que se encuentran las personas jurídicas.

La no aportación de la documentación solicitada en el plazo señalado se encuentra tipificada como infracción muy grave en el artículo 29.g) de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid, al "impedir, obstruir, o dificultar de cualquier modo la acción del personal inspector en el desempeño de su cargo, así como no prestarle la colaboración y auxilio requeridos en el ejercicio de sus funciones".

Si precisara alguna consulta con carácter previo a la entrega de los documentos requeridos en esta acta, podrá hacerlo telefónicamente ante el inspector actuante en el número [redacted] o bien mediante consulta dirigida al buzón de correo reseñado anteriormente [redacted]

Lo manifestado en la presente acta se entiende sin perjuicio de otros incumplimientos que pudieran existir y que no se hubiesen recogido en la misma.

INFORMACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD, LECTURA Y FIRMA DEL ACTA

- Disponen de Plan de Contingencia al que alude el artículo 10.3 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, referido en el punto 3 de la apartado sexagésimo cuarto de la Orden 1244/2021, de 1 de octubre, cuya valoración corresponde a la autoridad sanitaria Sí

-Los usuarios autónomos hacen uso de la mascarilla: Sí

-Los usuarios dependientes utilizan mascarilla o, en su caso, mantienen distancia de seguridad interpersonal: Sí

-Los trabajadores utilizan la mascarilla como medida de prevención e higiene: Sí

-Acreditación de coordinación con atención primaria, área de salud pública y geriatra de referencia, en su caso. SÍ

-Prevención: existe plan de sectorización: SÍ

-Dispensadores de solución **hidroalcohólica** desinfectante en todos los lugares estratégicos (entrada al centro, zonas comunes...). NO

-Cumplimiento de la medida de prevención**: lavado de manos** en el centro por parte del personal a usuarios dependientes (cada 1 o 2 horas). SÍ

-Protocolo de desinfección semanal y diario del centro, así como **registros sobre limpieza y desinfección** de zonas, espacios, mobiliario (ayudas técnicas, muebles, pomos de puertas, aseos, etc.) y en general del centro, firmado por parte de los trabajadores que lleven a cabo la misma, para acreditar dicha desinfección. SÍ

-Instalación de **porta pañuelos** desechables en salas de espera y espacios comunes SÍ

-Instalación de **contenedores de residuos con tapa** de apertura con pedal, en salas de espera y zonas comunes. SÍ

-Disponen de espacios concretos establecidos para recibir **visitas,** preferiblemente al aire libre y siempre guardando la distancia social establecida. SÍ

-Cumplimiento de la medida de prevención: **desinfección rápida y segura de los elementos usados después de cada visita.** SÍ

-**Registro declaraciones responsables** comprometiéndose a cumplir normas de seguridad e higiene durante su salida del centro y a comunicar cualquier incidencia, de residentes autónomos que salgan solos o los familiares que acompañen como responsables a un residente. SÍ

-**Registro de entradas y salidas** del recinto SÍ

-**Registro de visitas a usuarios**, incluyendo las recomendaciones de temperaturas y preguntas sobre síntomas compatibles conc19, registro de higiene de manos y puesta de mascarilla. SÍ

-**Bolsa de trabajo** propia para el centro, tanto de personal sanitario, como de personal gerocultor, así como personal imprescindible (cocineras, limpiadoras y otros profesionales en su caso). SÍ

-Área de almacenamiento de EPIS, en la que disponen de material de reserva para 14 días. SÍ

-Observaciones:

ACTA DE INSPECCIÓN Nº: [redacted]

CENTRO: PEÑUELAS RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES
Nº REGISTRAL DEL CENTRO: C2331
TITULAR: COMUNIDAD DE MADRID (CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL)
Nº DE IDENTIFICACIÓN: [redacted]
DIRECCIÓN: CALLE DE ARGANDA Nº 11
MUNICIPIO: 28005 MADRID
TIPOLOGÍA: CENTROS RESIDENCIALES
SUBTIPOLOGÍA: RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES
SECTOR SOCIAL: PERSONAS MAYORES

En MADRID, el día **24 DE JULIO DE 2022,** a las **12:30 horas**, se persona en el servicio/centro de referencia el/la inspector/a, [redacted] , de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, y en presencia de Sr. /Sra. [redacted] con N.I.E. número [redacted] en calidad de Persona responsable en ausencia del/de la director/a del centro, se le requiere para que facilite e informe la presente inspección.

MANIFESTACIONES DEL/DE LA INSPECTOR/A

1º.- SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

a) Capacidad:

a.1. Total plazas registradas: **220**

Aptas para personas autónomas:	**0**	Con movilidad reducida:	**0**
Aptas para personas dependientes:	**220**	Con movilidad reducida:	**220**

a.2. Total plazas concertadas con la Comunidad de Madrid: **0**

a.3. Total plazas ocupadas: **212**

Aptas para personas autónomas:	**6**	Con movilidad reducida:	**0**
Aptas para personas dependientes:	**206**	Con movilidad reducida:	**124**

b) Datos registrados del centro en el Registro de entidades, centros y servicios de acción social:

b.1 Denominación: Coincidente con el dato registrado.

b.2 Dirección: Coincidente con el dato registrado.

b.3 Teléfono: Coincidente con el dato registrado.

b.4 Correo electrónico: Dato diferente al registrado: [redacted]

b.5 Titular: Coincidente con el dato registrado.

b.6 Teléfono titular: Coincidente con el dato registrado.

b.7 Entidad Gestora: Sí: ARALIA SERVICIOS SOCIOSANITARIOS, S.A. N.I.F.: [redacted]

c) **Inmueble compartido con otros centros/servicios:** Sí: Peñuelas Centro de Día (C2332).

d) **Otros datos de interés:** Sí: **De conformidad con la Orden 1244/2021, de 1 de octubre, disposición XV, Establecimientos sanitarios y de Servicios sociales en su apartado sexagésimo cuarto punto 5, el cumplimiento de las medidas indicadas en dicho apartado de la mencionada Orden, serán recogidos en el Anexo I de este acta.**

Los datos de la ocupación son facilitados por la médica del centro y la supervisora. Informan que los 6 residentes válidos son pareja o matrimonio de residentes dependientes, familiares o ingresos temporales que se han convertido en permanentes.

Informa la médica del centro de 5 residentes derivados a la Fundación Jiménez Díaz y 8 residentes en la UCI.

e) **Requerimientos de subsanación:** b)El representante legal deberá actualizar los datos consignados en el Registro de Entidades, Centros y Servicios de Acción Social para que respondan con veracidad a la situación actual del centro mediante su presentación en los Registros Oficiales.

2º.- PERSONAL DEL CENTRO

a) **Personal de presencia física en el momento de la inspección:** 1 médica, 1 enfermera, 1 terapeuta Ocupacional, 1 coordinador de auxiliares, 1 gobernanta, 21 auxiliares, 1 recepcionista, 4 limpiadoras, 2 personas en cocina, 2 personas en lavandería. A las 14:00 horas se persona en el centro la supervisora.

b) **Director/a:** [redacted]

b.1. Dispone del reconocimiento de acciones formativas habilitantes: Sí.

b.2. Persona responsable en ausencia del/de la director/a: Sí. Profesionales del área Sanitaria.

b.3. Datos inscritos en el Registro de directores de centros de servicios sociales: El/la director/a está vinculado/a como tal a este centro.

c) **Otros datos de interés:** Sí. Informan que la directora se encuentra de baja laboral por enfermedad común desde hace aproximadamente 4 meses y ejerce como director del centro don [redacted] Consultado el Registro de directores se comprueba que presentó solicitud de alta con fecha 12/05/2022 y le ha sido notificado ***Resolución Desfavorable*** de fecha 13/06/2022

d) **Requerimientos de subsanación:** b) En cumplimiento de lo establecido en el artículo 18 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, se requiere para que el centro cuente con una dirección con la formación y las condiciones que se determinan en la normativa vigente.

3º.- CUIDADOS BÁSICOS A LA PERSONA USUARIA

a) **Aseo personal:** Se observa una correcta higiene de las personas usuarias.

b) **Muda de ropa:** Se observa una adecuada limpieza de la ropa, de los complementos y órtesis que llevan y/o utilizan las personas usuarias, siendo aquélla ajustada a la temperatura y estación del año.

c) **Supervisión de personas usuarias dependientes:**No se han adoptado medidas de prevención, supervisión e intervención para las personas usuarias dependientes. A las 12:45 horas visito, junto a la médica del centro, el espacio destinado al Centro de día que es utilizado por los residentes los fines de semana, observando a 18 residentes dependientes, 16 personas con sillas de ruedas, sin supervisión y se observa a un usuario que se ha descalzado y está manipulando el cinturón abdominal con extensión perineal que lleva puesto.

d) **Intimidad personal:** En las atenciones prestadas a las personas usuarias se garantiza su intimidad.

e) **Horarios y organización del centro:** Los horarios de alimentación, higiene, descanso y aseo personal de las/los usuarias/os son adecuados conforme a los estándares de vida socialmente admitidos. Habitualmente y según informan, los usuarios son levantados y aseados a partir de las 8:00 horas, desayunan a partir de las 9:30 horas, comen a las 13:00 h usuarios más dependientes y el resto a las 14:00 horas, meriendan a las 16:30 horas, cenan a las 19:30/19:45

horas usuarios más dependientes y 20: 15h el resto de usuarios y recenan entre las 23:00-00.00 horas y se ofrece una hidratación a los residentes a las 04:00 horas, residentes diabéticos obligatorio. Informan de hidratación a las 11:00 horas y a las 18:30 horas.

f) **Otros datos de interés:** Sí: Durante la inspección observo en el suelo del salón de estar de planta baja, en presencia de la médica, un SPD (bolsita) con el nombre del usuario [redacted] y conteniendo [redacted] Merienda del día 13/07/2022. Se comprueba registro de administración de medicación y no se encuentra firmado por enfermería la toma de la merienda, informan que por las tardes no disponen del servicio de enfermería desde finales de junio de 2022.

g) **Requerimientos de subsanación:** c) Se requiere para que estén previstas medidas de vigilancia y/o cuidado especial que garanticen la prevención, supervisión e intervención para las personas usuarias dependientes.

Se requiere para que se garanticen adecuadamente las condiciones de seguridad, conservación y control de los medicamentos.

Se requiere para que los registros utilizados en el centro se cumplimenten correctamente tras la ejecución de la tarea y la atención prestada a la persona usuaria.

4º.- SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES

a) **Sistema de reclamaciones:**

a.1. **Las hojas de reclamaciones están a disposición de las personas usuarias y se ajustan en su contenido a la normativa vigente en materia de servicios sociales.:** Sí. Muestran el libro de reclamaciones pero no muestran las reclamaciones interpuestas y las respuestas ofrecidas por el centro. Informan que son custodiadas por el director del centro. Se observa en las hojas de reclamaciones que el apartado de los datos identificativos del centro se encuentra sin cumplimentar.

a.2. Quejas y/o reclamaciones interpuestas en el centro: Se han interpuesto las siguientes reclamaciones desde la última inspección efectuada al centro: de la número 3 a la número 24. Se requiere en documentación el envío de las copias de las reclamaciones efectuadas y las respuestas ofrecidas por el centro.

b) Protocolo de actuación en quejas y reclamaciones: Sí.

c) Sistema de sugerencias: Sí. Buzón de sugerencias.

d) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

e) Requerimientos de subsanación: a) Se requiere para que estén a disposición de las personas interesadas las hojas de reclamaciones en duplicado ejemplar con el contenido que se establece en el apartado 1.4 del Anexo I.B de la Orden 612/1990, de 6 de noviembre.

5º.- REQUISITOS COMUNES A LAS DISTINTAS ÁREAS DEL CENTRO

a) Temperatura: Deficiencias observadas: Se observan que han instalado pingüinos en distintas zonas y plantas debido a que no funciona correctamente el aire acondicionado. Informan que no disponen de aire acondicionado en las habitaciones. Se observa durante la inspección varios Split tapados con cartones y cinta americana. No funciona el aire acondicionado del módulo de la planta primera.

b) Mantenimiento: Deficiencias observadas: Se observan calas en los techos de los pasillos de distribución de habitaciones de la tercera planta.

c) Otros datos de interés: Sí: Se observa durante la inspección que los aseos comunes de mujeres y hombres junto a la cafetería no disponen de papel secamanos en los dispensadores y las jaboneras están vacías.

Se observa en el techo del pasillo de distribución de habitaciones de planta tercera, junto office cocina, una araña y varias telarañas.

Se observa en el ascensor (zona departamento médico) que el ascensor presenta un gran déficit de limpieza.

Se observa durante el servicio de comida en el comedor de planta primera (módulo) que los residentes no disponen de servilleta de tela (sólo tres usuarios de 28), informa la auxiliar de que no había servilletas y la gobernanta informa que disponen de un gran stock de servilletas. Se observa en este módulo un vaso de café con leche en el suelo con el líquido derramado.

d) Requerimientos de subsanación: a) Se requiere para que se garantice una temperatura adecuada conforme a la actual estación del año.

b) Se requiere para que se garanticen el mantenimiento, conservación y reparación de las instalaciones del centro, con el fin de evitar su deterioro y garantizar tanto la seguridad de las personas usuarias como la calidad en la atención prestada.

Se requiere para que la organización del comedor se adecúe a los criterios de funcionalidad, higiene y bienestar, garantizándose la limpieza general y permanente del mismo.
Se requiere para que la organización del salón y salas comunes se adecúe a los criterios de funcionalidad, higiene y bienestar, garantizándose su limpieza general y permanente.
Se requiere para que los aseos dispongan de la dotación exigida en la normativa de servicios sociales.

6º.- OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS

a) Servicios de atención directa que se facilitan en fin de semana: Servicio médico de mañana y tarde (desde las 09:00 horas a las 22:00 horas), Servicio de enfermería en turno de mañana (de 08:00 a 15.00 horas), Servicio de Terapia Ocupacional en turno de mañana (de 08:00 horas a 14:00 horas) de forma individual.

b) Actividades de ocio, culturales y de integración social: No realizan actividades de ocio durante los fines de semana.

c) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

7º.- REQUERIMIENTOS DEL ACTA ANTERIOR: [redacted] DE FECHA 17/01/2022

a) Subsanados: Los siguientes:

- ✓ Se requiere para que el decálogo de derechos esté expuesto en lugar visible para todas las personas usuarias.
- ✓ En el acceso peatonal desde la calle Arganda hasta la entrada del edificio de la RPM y CD se observan losetas mal recibidas que al pisar se levantan y con peligro de caída.

b) No subsanados: Los siguientes:

- Se requiere para que se garanticen adecuadamente las condiciones de seguridad, conservación y control de los medicamentos.

Se reitera para que den cumplimiento a los requerimientos no atendidos a la fecha de la presente inspección.

c) No se ha podido comprobar la subsanación de los siguientes requerimientos cuyo cumplimiento se verificará en la siguiente visita de inspección: Los siguientes:

- Mesilla de habitación [redacted] (cama ventana) tiene el frontal del primer cajón deteriorado. Hab. [redacted] lámpara sin bombilla. Hab. [redacted] armarios con puertas correderas salidas de los rieles de la parte baja y cama de pared con barandillas descolocadas. Hab. [redacted] tienen la melanina de las mesillas rajadas. Hab. [redacted] el radiador está caliente únicamente en la parte derecha, estando templada en la parte izquierda. La mesa de salón compartido de dormitorio nº [redacted] tiene esquina deteriorada. Hab. [redacted] sin cable avisador llamadas de emergencia. Aseo habitación [redacted] tiene el pulsador de cisterna del inodoro suelto.
- Sala de estar de planta 1ª tiene un sofá rajado y un sofá orejero muy sucio, según refieren es un sofá que ha traído la familia de una persona usuaria con mucho deterioro cognitivo y se pone una sábana cuando la persona se sienta.
- Se requiere para que conste la acreditación documental de la valoración y/o aplicación de medidas alternativas previas a la prescripción de la sujeción, con indicación expresa de los motivos de su fracaso.
- Se requiere para que la prescripción médica de la sujeción refleje el motivo, el tipo, las situaciones en las que debe utilizarse, su duración y la periodicidad de la reevaluación de la medida adoptada, que no podrá ser superior a un mes.
- Se requiere para que se utilicen medios homologados y/o verificados, diseñados para la sujeción física de las personas, debiendo ésta ser adecuada y aplicada de manera que no produzca lesiones.
- Se requiere para que la unidad adicional de enfermería tenga una capacidad equivalente al 5 % de la capacidad del centro.
- Se requiere para que conste en el programa de atención individual de cada persona usuaria la acreditación documental de su participación y conocimiento en el mismo.
- Se continúa observando mancha de humedad en aseo de techo de habitación [redacted] Habitación nº [redacted] tiene manchas marrones en la pared. Aseo habitación nº [redacted] tiene un olor a orín excesivo y se comprueba que el inodoro no está bien anclado al suelo y la silicona esta negra. Aseo habitación [redacted] sigue teniendo humedades en el techo. Una de las rejillas de conductos de aire acondicionado situado en el techo de comedor principal de planta baja no está bien recibida, sobresaliendo de su perfil. En el pasillo B (central) de la planta 4º se

observa como un módulo de luces fluorescentes del techo está pegado con cinta americana al techo. En la puerta de acceso desde el salón polivalente al pasillo de despachos profesionales se observa humedades.

8º REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN

Al objeto de comprobar el cumplimiento de los requisitos exigidos en la normativa vigente en materia de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, deberá aportar en el plazo de **10 días hábiles** a partir del siguiente a la fecha de la presente acta, en el registro general de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social sita en c/ O´Donnell nº 50 posterior de Madrid 28009, en horario de 9:00 a 14:00 horas, **por correo electrónico a la cuenta de correo** [redacted] o por cualquiera de los medios establecidos en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas, la documentación que a continuación se relaciona, dirigida a la Subdirección General de control de calidad, inspección, registro y autorizaciones de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, **con expresa indicación del número de la presente acta**:

- **COPIA DE LAS RECLAMACIONES Y RESPUESTAS DEL CENTRO (DESDE LA HOJA NÚMERO 3 A LA HOJA NÚMERO 23).**

El artículo 14.2 de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre, establece quienes son los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones Públicas, entre los que se encuentran las personas jurídicas.

La no aportación de la documentación solicitada en el plazo señalado se encuentra tipificada como infracción muy grave en el artículo 29.g) de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid, al "impedir, obstruir, o dificultar de cualquier modo la acción del personal inspector en el desempeño de su cargo, así como no prestarle la colaboración y auxilio requeridos en el ejercicio de sus funciones".

Si precisara alguna consulta con carácter previo a la entrega de los documentos requeridos en esta acta, podrá hacerlo telefónicamente ante el/la inspector/a actuante en el número [redacted] o

bien mediante consulta dirigida al buzón de correo reseñado anteriormente [redacted]

Lo manifestado en la presente acta se entiende sin perjuicio de otros incumplimientos que pudieran existir y que no se hubiesen recogido en la misma.

INFORMACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD, LECTURA Y FIRMA DEL ACTA

El personal inspector guardará secreto y sigilo profesional respecto de los asuntos objeto de la actuación, de conformidad con el artículo 21 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid.

El contenido del presente documento es absolutamente reservado. Los datos personales contenidos en el mismo serán tratados de conformidad con la normativa vigente de protección de datos de carácter personal, entre otras, el Reglamento europeo del Parlamento y del Consejo 2016/679, de 27 de abril, y la L.O. 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Queda prohibido cualquier uso (acceso, difusión, cesión...) para una finalidad distinta a la que justifica esta entrega. Las medidas de seguridad a aplicar serán las que correspondan a la naturaleza de los datos personales que contienen, garantizando en todo caso su autenticidad, integridad y confidencialidad, impidiendo cualquier uso no autorizado. Quedan sujetos a dicho régimen tanto el destinatario de este documento como cualquier otra persona que tenga acceso al mismo.

De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, en testimonio de lo actuado se levanta la presente acta y tras la lectura de la misma ante la persona que ha atendido esta inspección, se le hace entrega de un ejemplar firmado por el personal inspector actuante.

Es todo cuanto manifiesto a fecha de firma

El/La inspector/a

Firmado digitalmente por [redacted]
Fecha: 2022.07.24 15:53

ACTA DE INSPECCIÓN Nº [redacted]

CENTRO: PEÑUELAS RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES
Nº REGISTRAL DEL CENTRO: C2331
TITULAR: COMUNIDAD DE MADRID (CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL)
Nº DE IDENTIFICACIÓN: [redacted]
DIRECCIÓN: CALLE DE ARGANDA Nº 11
MUNICIPIO: 28005 MADRID
TIPOLOGÍA: CENTROS RESIDENCIALES
SUBTIPOLOGÍA: RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES
SECTOR SOCIAL: PERSONAS MAYORES

En MADRID, el día **8 DE AGOSTO DE 2022,** a las **11:30** horas, se persona en el servicio/centro de referencia el/la inspector/a, [redacted], de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, y en presencia de Sr. /Sra. [redacted] con D.N.I. número [redacted] en calidad de Director/a del centro, se le requiere para que facilite e informe la presente inspección.

MANIFESTACIONES DEL/DE LA INSPECTOR/A

1º.- SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

a) Capacidad:

a.1. Total plazas registradas: **220**

Aptas para personas autónomas:	**0**	Con movilidad reducida:	**0**
Aptas para personas dependientes:	**220**	Con movilidad reducida:	**220**

a.2. Total plazas concertadas con la Comunidad de Madrid: **0**

a.3. Total plazas ocupadas: **206**

Aptas para personas autónomas:	**2**	Con movilidad reducida:	**0**
Aptas para personas dependientes:	**204**	Con movilidad reducida:	**190**

b) Datos registrados del centro en el Registro de entidades, centros y servicios de acción social:

b.1 Denominación: Coincidente con el dato registrado.

b.2 Dirección: Coincidente con el dato registrado.

b.3 Teléfono: Coincidente con el dato registrado.

b.4 Correo electrónico: Dato diferente al registrado: El Acta se enviará al siguiente correo electrónico cuyo titular es el actual Director de la residencia: [redacted]

b.5 Titular: Coincidente con el dato registrado.

b.6 Teléfono titular: Coincidente con el dato registrado.

b.7 Entidad Gestora: Sí: ARALIA SERVICIOS SOCIOSANITARIOS, S.A. N.I.F.: [redacted]

c) Inmueble compartido con otros centros/servicios: No.

d) Otros datos de interés: Sí: a), b) y c) Información proporcionada por la persona informante.

Se encuentra expuesto en la entrada del centro un cartel informativo donde se manifiesta lo siguiente: " Se informa a los residentes y familiares, que debido a las altas temperaturas y a la situación de avería de la enfriadora, desde la Comunidad de Madrid, nos proponen que se puede realizar un cambio de residencia durante el verano".

Por otra parte, en virtud del RD 115/2022, de 8 de febrero, por el que se modifica la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, el artículo 6.2 c), de la Ley 2/2021, se establece lo siguiente:

"2. La obligación contenida en el apartado anterior no será exigible en los siguientes supuestos:

c) En aquellos lugares o espacios cerrados de uso público que formen parte del lugar de residencia de los colectivos que allí se reúnan, como son las instituciones para la atención de personas mayores o con discapacidad, las dependencias destinadas a residencia colectiva de trabajadores esenciales u otros colectivos que reúnan características similares, siempre y cuando dichos colectivos y los trabajadores que allí ejerzan sus funciones, tengan coberturas de vacunación contra el SARS-CoV-2 superiores al 80 % con pauta completa y de la dosis de recuerdo, acreditado por la autoridad sanitaria competente.

Esta última excepción no será de aplicación a los visitantes externos, ni a los trabajadores de los centros residenciales de personas mayores o con discapacidad, ya que en este caso sí es obligatorio el uso de mascarilla".

Informa el director/persona que atiende la visita de inspección que más del 80% de los residentes y trabajadores tienen cobertura de vacunación contra el SARS-COV-2 con pauta completa, y de la dosis de recuerdo.

Se comprueba que el centro objeto de la presente inspección, figura en la relación de centros contenida en el Anexo adjunto al Certificado de Cobertura de Vacunación contra el Sars-Cov-2 Superior al 80% con pauta completa, expedido por la Directora General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, de fecha 4 de agosto de 2021.

Igualmente se informa de los siguientes datos, respecto del presente momento de la inspección, en relación a la situación frente a la crisis sanitaria originada por el covid 19:

- Último brote registrado en el centro en materia de COVID 19: comunicaron positivos de seis residentes el día 24 de junio de 2022.
- Se informa que en el presente momento, no hay residentes positivos en Covid 19, ni en aislamiento preventivo.
- Personas usuarias en el hospital en el momento de la inspección: cinco, por motivos distintos al Covid-19.

Dada la situación devenida por el SARS-COV-2, se incide durante la presente actuación inspectora en:

- La necesidad de que reporten los datos correctamente a ISDR (antiguo REDCAP). Se comprueba que el presente recurso rellena con frecuencia y reporta datos a ISDR.
- En caso de brote, se pongan en conocimiento de Sanidad, centro sanitario de referencia y sigan las recomendaciones e indicaciones de las UARs.
- En relación con el material, es necesario que se tenga material de EPIs suficiente para 15 días. Se indica en la presente inspección que poseen dicho material para al menos esos 15 días. Consultado sobre si tienen alguna dificultad para conseguir material a través de sus proveedores o centros sanitarios, indican que ahora mismo no tienen dificultad para su adquisición.
- Respecto a la comprobación de si disponen de bolsa de trabajo propia en el centro o de otros medios para que se pueda sustituir al personal en caso de contagio, indica la persona informante que Recursos Humanos desde central tiene una bolsa de CVs.
- Se remarca la importancia de disponer de dicha bolsa propia o en su defecto que puedan acudir a bolsas de empleo de Ayuntamientos, ETTS o cualquier otro.

Los datos de la ocupación son facilitados por la Trabajadora Social del centro. Informan que los [redacted] son, uno de ellos matrimonio de un residente dependiente y otro familiar de otro residente, en concreto [redacted] y diagnosticada [redacted]. Me muestran un documento de la Dirección General de Atención a la Dependencia y al Mayor, de Datos del Ingreso a la residencia por parte de la residente dependiente, donde consta también los datos de ingreso de la acompañante, en este caso su [redacted]

Igualmente informan que 2 residentes han sido derivados a la [redacted]

- Se levanta acta de conformidad con la Orden 1244/2021, de 1 de octubre, disposición XV, Establecimientos Sanitarios y de Servicios Sociales en su apartado sexagésimo cuarto punto 5.

e) **Disponen de Plan de Contingencia al que alude el artículo 10.3 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, referido en el punto 3 de la apartado sexagésimo cuarto de la Orden 1244/2021, de 1 de octubre, cuya valoración corresponde a la autoridad sanitaria: Sí**

No se realiza valoración del documento en calidad de Técnico Sanitario.

f) **Los usuarios autónomos hacen uso de la mascarilla o, en su caso, mantienen distancia de seguridad interpersonal: No procede**

g) **Los usuarios dependientes utilizan mascarilla o, en su caso, mantienen distancia de seguridad interpersonal: No procede**

h) **Los trabajadores utilizan la mascarilla como medida de prevención e higiene: Sí**

i) **El centro da cumplimiento a la Resolución 2026/2020 de la Secretaría General Técnica de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad por la que se aprueban las instrucciones relativas a la obligación de remitir información sobre su situación ante la crisis sanitaria ocasionada por el covid-19, cumplimentando correctamente los datos, a través del sistema informatizado existente al efecto: No**

Según me informa el Director, no ha podido remitir los datos de la residencia sobre la situación ante la crisis sanitaria por Covid 19, al estar acompañando la inspección. Igualmente informa que los enviará al finalizar la inspección.

j) **El director o persona responsable que informa la inspección, manifiesta que cumple con las medidas de apertura descritas en el documento "Actualización respecto a las medidas a adoptar en las residencias de mayores en la Comunidad de Madrid": Sí**

k) **Requerimientos de subsanación:** b)El representante legal debe actualizar los datos consignados en el Registro de Entidades, Centros y Servicios de Acción Social para que respondan con veracidad a la situación actual del centro mediante su presentación en los Registros Oficiales.

i)Se requiere den cumplimiento a la Resolución 2026/2020 de la Secretaría General Técnica de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, referida a la obligación de remitir información sobre su situación ante la crisis sanitaria COVID-19

2º.- PERSONAL DEL CENTRO

a) **Relación de trabajadores/as:** Al tratarse de un centro con plazas financiadas con fondos públicos de la Comunidad de Madrid, la información relativa a los/las trabajadores/as obra en poder de la Unidad responsable en la Consejería de Familia,Juventud y Política Social.

c) **Personal de presencia física en el momento de la inspección:** Según informan: El director que atiende la inspección, 1 administrativa, 3 médicos, 2 enfermeras, 2 auxiliares de farmacia, 24 auxiliares, 3 fisioterapeutas, 3 terapeutas ocupacionales, 2 trabajadoras sociales, 1 nutricionista, 8 limpiadoras, 5 personas en cocina, 2 oficiales de mantenimiento, 1 peluquera, 2 recepcionista.

d) **Director/a:** D.[redacted]

Se informa que la directora que aparece en la Orden de Inspección, [redacted] se encuentra actualmente de baja laboral por enfermedad común desde hace aproximadamente 4 meses y ejerce como director del centro [redacted] En el Acta anterior, se manifiesta que: "consultado el Registro de Directores se comprueba que presentó solicitud de alta con fecha 12/05/2022 y le ha sido notificado ***Resolución Desfavorable*** de fecha 13/06/2022". El Director/persona informante manifiesta que ante dicha resolución ha interpuesto **Recurso de Alzada.**

c.1. Dispone del reconocimiento de acciones formativas habilitantes: No. El centro carece de director/a, responsable de la organización, funcionamiento y administración del centro, que disponga del reconocimiento de las acciones habilitantes para el ejercicio de sus funciones.

c.2. Persona responsable en ausencia del/de la director/a: Sí. [redacted] responsable de administración.

c.3. Datos inscritos en el Registro de directores de centros de servicios sociales: El/la director/a no consta inscrito/a en el Registro de Directores de centros de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, al carecer del reconocimiento de las acciones habilitantes para el ejercicio de sus funciones.

d) Otros datos de interés: Sí.

Informan que ni doña [redacted] ni don [redacted] y ni don [redacted] realizan funciones de dirección en el centro desde hace años.

El servicio de peluquería (la peluquera es personal propio de la entidad gestora) es de lunes a viernes, de 10:30 a 13:30 h. El servicio de podología es a demanda, normalmente una o dos veces al mes, según informan.

e) Requerimientos de subsanación: c) En cumplimiento de lo establecido en el artículo 18 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, se requiere para que el centro cuente con una dirección con la formación y las condiciones que se determinan en la normativa vigente.

3º.- ÁREA RESIDENCIAL

I. NUMERO TOTAL DE HABITACIONES Y NUMERO DE CAMAS EN CADA DORMITORIO:

El centro dispone de 150 habitaciones, 35 dobles, y el resto individuales.

La RPM dispone de 4 plantas con habitaciones distribuidas en tres pasillos, uno de los pasillos de la primera planta está destinado a zona roja Covid19.

II. DORMITORIOS OCUPADOS:

Se visitan los siguientes dormitorios:

- Cuarta Planta: [redacted]
- Tercera Planta: [redacted]
- Segunda Planta: [redacted]
- Primera Planta: [redacted]

a) Limpieza:

a.1 Estancia: Deficiencias observadas: Se observa que detrás de la mesilla de noche de la habitación número 4[redacted] no se ha procedido a una correcta limpieza.

a.2 Lencería: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales. Se descubren varias camas de los dormitorios visitados, que ya han sido preparadas por el personal del centro, encontrándose tanto los colchones como la ropa de cama en adecuado estado de uso.

b) Equipamiento/dotación: Deficiencias observadas:

- Mesilla de habitación [redacted] (cama ventana) carece del primer cajón.
- Hab. [redacted] armarios con puertas correderas con los rieles de la parte baja deteriorados.

Si se han subsanado en relación al Acta anterior las siguientes deficiencias:

- Hab. [redacted] lámpara sin bombilla.
- Hab. [redacted] cama de pared con barandillas descolocadas.
- Hab. [redacted] tienen la melanina de las mesillas rajadas.
- La mesa de salón compartido de dormitorio nº [redacted] tiene esquina deteriorada.

Por otra parte indicar que la deficiencia recogida en Acta anterior: "Hab. [redacted] el radiador está caliente únicamente en la parte derecha, estando templada en la parte izquierda". No se ha podido comprobar, dada la estación del año en la que nos encontramos.

c) Sistema de llamadas de urgencia: Deficiencias observadas: Se comprueba que los siguientes timbres de los dormitorios visitados no funcionan correctamente:

Habitaciones números: [redacted]

Por otra parte, en la habitación [redacted] no existe timbre de llamada.

d) Otros datos de interés: Sí: Las puertas de los dormitorios disponen de pestillo interior y desde el exterior se abren todas con llave, según manifiesta la persona que atiende la inspección.

e) Requerimientos de subsanación:

b)Se requiere para que el mobiliario y equipamiento de los dormitorios se ajuste a las necesidades y tipología de las personas usuarias que los ocupan, disponiendo de la dotación exigida en la normativa de servicios sociales.

b) Se requiere para que se garantice el mantenimiento, conservación y reparación del mobiliario y equipamiento en dormitorios, con el fin de evitar su deterioro y garantizar tanto la seguridad de sus usuarios/as como la calidad en la atención prestada.

c) Se requiere para que en todos los dormitorios exista un sistema de aviso o comunicación activos de fácil acceso y utilización por la persona usuaria, que garantice su inmediata atención.

a) Debe garantizarse la limpieza general y permanente de los dormitorios, así como de la ropa de cama siempre que lo requieran las circunstancias, conforme a los criterios de funcionalidad, higiene y bienestar establecidos en la normativa vigente.

III. ASEOS / BAÑOS: Se inspeccionan los baños integrados en los dormitorios visitados y se realiza muestreo de los aseos comunes.

a) **Numero de baños incorporados a dormitorios y/o de uso individual:** 11 individuales, 76 compartidos.

b) **Numero de baños comunes:** El centro dispone de 6 aseos de uso colectivo

c) **Limpieza:**

a.1. **Estancia:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

a.2. **Lencería:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

d) **Equipamiento/dotación:** El mobiliario y equipamiento se ajustan a las necesidades y tipología de las personas usuarias, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa de servicios sociales.

En relación con el Acta anterior, se observa que se ha subsanado la siguiente deficiencia: "Aseo habitación [redacted] tiene el pulsador de cisterna del inodoro suelto".

e) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

f) **Requerimientos de subsanación:** No.

IV. COMEDORES.

a) **Limpieza:**

a.1. **Estancia:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

a.2. **Lencería:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) Menú:

b.1 Supervisado y firmado por personal cualificado Sí.: Se comprueba que los menús expuestos están previamente supervisados por profesional médico o nutricionista, con indicación de su número de colegiación. Igualmente, los menús reflejan el aporte dietético y calórico.

b.2 Garantizado el conocimiento público con antelación mínima de 24 horas: Sí.

b.3 Concordancia del menú expuesto y supervisado con el servido: Sí. Se comprueba en cocina, no apreciándose ninguna discrepancia entre las muestras examinadas, que corresponden a la comida preparada para el día de hoy por el personal de cocina, y el menú expuesto.

Según informan, si algún residente quiere repetir plato, se le facilita más.

Equipamiento/dotación: Deficiencias observadas: Se observa durante el servicio de comida en el comedor de planta primera (módulo) que los residentes no disponen de servilleta de tela o papel. Informa la auxiliar de que no había servilletas, pero se comprueba en el armario del comedor que disponen de stock de servilletas de tela.

c) Otros datos de interés:

La RPM dispone de 4 comedores: en la planta baja donde comen los válidos y los que necesitan menos ayuda, en la primera planta, segunda y tercera, comen los más dependientes, según informan. Se sirven menús basales, diabéticos y túrmix.

d) Requerimientos de subsanación: c) Se requiere para que el mobiliario y equipamiento del comedor se adecúen a las necesidades de las personas usuarias, garantizando la higiene y limpieza de todos los utensilios.

V. ESTANCIAS COMUNES.

a) **Limpieza:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) **Equipamiento/dotación:** Mobiliario y equipamiento conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.

En relación al Acta anterior donde se informaba de la siguiente deficiencia. "Sala de estar de planta 1ª tiene un sofá rajado y un sofá orejero muy sucio, según refieren es un sofá que ha traído la familia de una persona usuaria con mucho deterioro cognitivo y se pone una sábana cuando la persona se sienta", se observa subsanada.

c) **Otros datos de interés:**

- Salón polivalente (en forma de L), cocina, comedor general, gimnasio/fisioterapia, recepción, despachos: Trabajo Social, Psicología, Médico, Terapia Ocupacional, Administración y Dirección, todos situados en la planta baja, además en cada planta hay pequeños salones, todos ellos se usan para comer excepto el de la 4ºplanta que por el perfil más autónomo de las personas residentes bajan al comedor general de planta baja.
- No tienen geles hidroalcohólicos en pasillos, según refiere la persona que atiende la inspección normalmente hay botes de geles encima de dispensadores de papel anclados a la pared, pero lo cierto es que no se encuentran en los pasillos de las cuatro plantas inspeccionadas de habitaciones ni en la planta baja de zonas comunes.
- Se observa que en gimnasio de Fisioterapia en zona de barras paralelas no existe un pavimento que aísle de la baja temperatura para los usuarios que deban descalzarse.

d) **Requerimientos de subsanación:** b) Se requiere para que el mobiliario y equipamiento del salón y salas comunes se adecúen a las necesidades de las personas usuarias, garantizando su higiene y limpieza.

4º.- ÁREA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

a) **Atención especializada pautada:**

Conservación de la medicación: Las condiciones de seguridad, conservación y control de los medicamentos son conformes a la normativa vigente en materia de servicios sociales. La reserva de medicación y los carros con la medicación preparada para las tomas de cada día se custodian bajo llave en estancia de farmacia, en planta 1ª. Las insulinas y otra medicación termolábil, en frigorífico de sala de enfrente. Se realiza muestreo de la medicación conservada en el botiquín del centro, sin que se encuentren fármacos caducados.

a.1. Preparación de la medicación:

a.1.1. Personal que prepara la medicación: Según informan, la medicación crónica en comprimidos es preparada por farmacia externa. La medicación crónica en pastilleros, la aguda, bucodispensables se preparan por la enfermera del turno de tarde.

a.1.2. Coincidencia del tratamiento prescrito con el preparado: Sí.

Se realiza muestreo de **6** rollos y pastilleros cargados para la administración de la medicación durante la merienda y cena del día de hoy, comprobándose que la medicación preparada coincide numéricamente con la pauta médica, recogida en las respectivas hojas de tratamiento.

a.1.3. Sistema de preparación: Sí.

En rollos de bolsitas de plástico dividido por tomas la medicación por sistema SPD. La medicación de residentes que no se acogen a ese sistema, en pastilleros individuales.

a.2. Prestación de la atención asistencial pautada:

- Según manifiesta la persona informante, administra la medicación **enfermería y personal auxiliar.** Insulinas y otra medicación inyectable, siempre por el personal de enfermería.
- Se realiza muestreo de residentes que han sido observados con gafas nasales colocadas durante la inspección, comprobando que es correcta la pauta.
- En el momento de la inspección, según informan, **cinco** usuarios se encuentran hospitalizados, [redacted]

a.3. Organización higiénico-sanitaria: La organización higiénico-sanitaria de los medicamentos es conforme a la normativa vigente en materia de servicios sociales, garantizando las condiciones de seguridad y control de los mismos. No se observa medicación fuera del lugar destinado a su custodia, ni al alcance de los usuarios. Por otra parte, los pastilleros examinados presentan un adecuado estado de conservación y limpieza.

b) Medidas de sujeción: Se realiza muestreo de 5 expedientes médicos que recogen medidas de sujeción aplicadas a los respectivos usuarios.

b.1. Medidas alternativas: No/no muestran. Se comprueba que en todos los expedientes revisados no constan dichas medidas, ni sus motivos de fracaso.
A modo de ejemplo podemos citar a los siguientes residentes: [redacted]

b.2. Prescritas por profesional médico: No/no muestran. Se observa que [redacted], tiene [redacted]

b.3. Prescripción referida al tipo, motivo y duración de la medida utilizada: No/no muestran. Se constata que en las medidas examinadas no consta la duración de la medida en los expedientes de [redacted]
Igualmente se constata que en el expediente de [redacted] se limita a expresar como tipo de sujeción prescrita "[redacted]

b.4. Consentimiento informado: No. Se comprueba que en el expediente de [redacted] consta dicho consentimiento para [redacted] pero la prescripción médica de la medida de contención no refleja los efectos negativos y positivos que puede ocasionar su aplicación en las sujeciones muestreadas.

b.5. Revisión diaria y periódica de la medida de sujeción: No/no muestran. Se observa que [redacted], tiene prescrito [redacted]

b.6. Información complementaria: En el Acta anterior, se detectó la siguiente deficiencia: "Se observa que e[redacted] está atado con nudos [redacted] por parte trasera de la butaca, al igual que el de [redacted] de forma [redacted]

Respecto a lo anterior, me informan que [redacted] ha fallecido, y en relación a [redacted], que en el momento de su comprobación se encuentra durmiendo la siesta, una auxiliar me muestra su [redacted] y por último, respecto a [redacted], se comprueba que lleva un [redacted] que incorpora la silla de ruedas, tal y como me informa el médico de la residencia [redacted]

b.7. Protocolo de sujeciones físicas: Sí.

c) **Enfermería:** La unidad de enfermería no tiene una capacidad equivalente al 5% de la capacidad registrada del centro. Se ubica en Primera Planta, con 10 camas.

d) **Sistema de información y de incidencias**:

d.1 Sistema de información y de incidencias utilizado: Libros de incidencias de auxiliares, por cada planta, y programa RESIPLUS.

d.2 Cumplimentación de la información y las incidencias: El sistema garantiza la ejecución, continuidad, conocimiento, control de las tareas y atención que recibe la persona usuaria por parte del personal y su responsable.

e) **Registros:** El registro siguiente no está adecuadamente cumplimentado:

Se observa que en el libro de incidencias de las auxiliares falta por especificar la fecha y el turno en algunas de sus páginas.

Igualmente de observa que en el registro de administración de medicación, no está registrada la administración ni en la merienda ni en la cena.

Por otra parte, se realiza muestreo de registros técnicos y auxiliares (entre otros, de **cambio de pañales, deposiciones, diuresis, ingestas, cambios posturales, insulinas, oxigeno de la 2º planta**) encontrándose cumplimentados con regularidad hasta la fecha de la presente visita de inspección.

f) **Otros datos de interés:** Sí: Según refiere personal de Fisioterapia, se dispone de suficientes aparatos de infrarrojos y mantas eléctricas.

g) Requerimientos de subsanación: b) Se requiere para que las sujeciones físicas estén prescritas por profesional médico y aplicadas conforme a lo pautado.

b) Se requiere para que conste la acreditación documental de la valoración y/o aplicación de medidas alternativas previas a la prescripción de la sujeción.

b) Se requiere para que conste acreditación documental de los motivos del fracaso de las medidas alternativas previas a la prescripción de sujeción.

b) Se requiere para que la prescripción médica de la sujeción refleje el motivo, el tipo, las situaciones en las que debe utilizarse, su duración y la periodicidad de la reevaluación de la medida adoptada, que no podrá ser superior a un mes.

b) Se requiere para que el personal de atención directa revise diaria y periódicamente la correcta aplicación de la sujeción y se realicen las medidas complementarias de prevención de lesiones y de movilización de la persona usuaria.

c) Se requiere para que la unidad adicional de enfermería tenga una capacidad equivalente al 5 % de la capacidad del centro.

e) Se requiere para que los registros utilizados en el centro se cumplimenten correctamente tras la ejecución de la tarea y la atención prestada a la persona usuaria.

b) Se requiere para que de cada sujeción específicamente pautada, conste el consentimiento informado de la persona usuaria o su representante, con indicación de los efectos negativos y positivos que ocasiona su aplicación.

5º.- CUIDADOS BÁSICOS A LA PERSONA USUARIA

a) **Aseo personal:** Se observa una correcta higiene personal de las personas usuarias.

b) **Muda de ropa, complementos, órtesis y otras ayudas técnicas:** Se observa una adecuada limpieza de la ropa, de los complementos, órtesis y otras ayudas técnicas que llevan y/o utilizan las personas usuarias, siendo aquélla ajustada a la temperatura y estación del año.

c) **Supervisión de personas usuarias dependientes:**El centro dispone de medidas específicas de prevención, supervisión e intervención para las personas usuarias dependientes. Durante la inspección no se observan usuarios dependientes sin supervisión.

Según informan, las medidas de vigilancia y/o cuidado especial que garanticen la prevención, supervisión e intervención para las personas usuarias dependientes, que han adoptado, en relación a los hechos comentados en el Acta anterior son las siguientes:

- Cuentan con circuito de vigilancia que se encuentra instalado en el exterior del centro.
- Vigilancia y control nocturno mediante rondas por parte de los auxiliares en los distintos pasillos de las zonas de los dormitorios del centro. Según informan, cuentan con 9 auxiliares en el turno de noche.

d) **Intimidad personal:** En las atenciones prestadas a las personas usuarias se garantiza su intimidad.

e) **Horarios y organización del centro:** Los horarios de alimentación, higiene, descanso y aseo personal de las/los usuarias/os son adecuados conforme a los estándares de vida socialmente admitidos. Según informan, los usuarios son levantados y aseados a partir de las 8:00 horas, desayunan a partir de las 9:15 horas, comen a las 13:00 h usuarios más dependientes y el resto a las 14:00 horas, meriendan a las 16:30 horas, cenan a las 19:30/19:45 horas usuarios más dependientes y 20.15h el resto de usuarios y recenan sobre las 0:00 horas y se ofrece una hidratación a los residentes a las 04:00 horas, residentes diabéticos obligatorio.

a) **Otros datos de interés:** Sí:

Según informan, en relación al régimen de visitas y salidas de residentes, no existe limitación alguna por parte del centro, ni existe cambio alguno respecto de lo reflejado en su Reglamento de Régimen Interno pre-pandemia.

En relación al régimen de visitas y salidas en las Residencias de la Comunidad de Madrid, se recuerda al Director de la Residencia, que ante una situación de brote pandémico, no podrá limitar o suprimir dichas salidas o visitas de forma unilateral por parte del centro residencial, sino que deben ser, en todo caso, indicadas por Sanidad y, que constituyen la última medida, para garantizar la seguridad de los residentes, por los efectos negativos que pueden producir sobre éstos y familiares.

b) Requerimientos de subsanación: No.

6º.- SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES

a) Sistema de reclamaciones:

a.1. Las hojas de reclamaciones están a disposición de las personas usuarias y se ajustan en su contenido a la normativa vigente en materia de servicios sociales.: Sí.

a.2. Quejas y/o reclamaciones interpuestas en el centro: Se han interpuesto las siguientes reclamaciones desde la última inspección efectuada al centro:

La primera hoja sin cumplimentar es la número **(36)**.

- Reclamaciones números: 24, de fecha 25 de julio de 2022 a la 35, de fecha 6 de agosto de 2022.

  Se requerirá al final del acta copia de dichas reclamaciones así como de las contestaciones emitidas por el representante centro.

b) Protocolo de actuación en quejas y reclamaciones: Sí. De acuerdo con dicho protocolo las reclamaciones se contestarán por escrito en un plazo no superior a una semana.

c) Sistema de sugerencias: Buzón de sugerencias.

d) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

e) Requerimientos de subsanación: No.

7º.- DOCUMENTACIÓN

a) Registro de personas usuarias: Conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales. Según manifiesta la persona informante manifiesta que se encuentra actualizado.

b) Publicidad:

b.1. Decálogo de derechos: Sí.

b.2. Precios comunicados: Centro de titularidad pública o vinculado a un contrato administrativo de concesión de servicios públicos.

b.3. Servicios que se prestan: Sí.

b.4. Certificado de evaluación de calidad: Sí.

b.5. Identificación de la persona responsable del Centro en ausencia del/de la Director/a: Sí.

c) Programación anual de actividades: Sí, pero no se ajusta al contenido mínimo establecido en la normativa vigente de servicios sociales.

d) Póliza de seguros y recibo en vigor: Sí.

8º.- REQUISITOS COMUNES A LAS DISTINTAS ÁREAS DEL CENTRO

a) **Temperatura:** Deficiencias observadas:

Los grupos de alto riesgo que son vulnerables a los efectos del calor son fisiológicamente incapaces de enfriarse de manera eficiente cuando las temperaturas se elevan por encima de los 26º C. Por lo tanto, todos los centros de personas mayores deben poder proporcionar una habitación o una zona que mantenga la temperatura a 26º o menos.

A continuación, se va a informar sobre las temperaturas que se ha recogido durante la presente inspección, en las distintas áreas y zonas del centro, a las 12:00 horas:

- Cuarta Planta:
  - [redacted] 28º.
  - [redacted] 26, 9º.
  - [redacted] 30,2º.
  - [redacted] 29º.
  - Pasillo: 30º.
- Tercera Planta:
  - [redacted] 28,9º
  - [redacted] 28,6º
  - [redacted] 29,3º
  - Pasillo
    - Central: 28,7º
    - Izquierdo: 30,5º
- Segunda Planta:
  - [redacted] 30,4º.
  - [redacted] 30,5º
  - [redacted] 30,5º
  - [redacted] 30,8º

- Póliza de seguro de multirriesgo (responsabilidad civil e inmueble) nº[redacted] de [redacted], vigente hasta 1/1/2023. Todo ello según Actas anteriores.

e) **Reglamento de régimen interior:** Sí.

f) **Expediente personal de atención especializada:** Sí. En soporte informático, con evaluaciones y seguimientos de los usuarios por parte de los diferentes profesionales del centro.

f.1. **Programa de intervención individual actualizado:** Sí. Se realiza muestreo de **(2)** programas de intervención individual, comprobándose que han sido revisados dentro de los seis meses anteriores a la presente visita de inspección.

f.2. **Constancia documental de la participación y conocimiento del usuario o su representante**. No/No muestran.

g) **Contrato/documento de admisión:** Al tratarse de un centro de titularidad pública, la información del documento de ingreso y del contenido obligacional de las relaciones con los usuarios, obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

h) **Certificado de desinsectación y desratización:** Sí.. Desinsectación de fecha 12 de julio de 2022 y Desratización de fecha 10 de mayo de 2022

i) **Certificado de mantenimiento de aparatos, equipos y sistemas de protección contra incendios:** No muestran.

j) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

k) **Requerimientos de subsanación:** No.

c) Se requiere para que dispongan de un programa anual de actividades, con indicación de los objetivos, calendario, métodos de ejecución y sistemas de evaluación.

f) Se requiere para que conste en el programa de atención individual de cada persona usuaria la acreditación documental de su participación y conocimiento en el mismo.

i) Se requiere para que, con carácter anual, se certifique el mantenimiento de aparatos, equipos y sistemas de protección contra incendios por profesional competente.

  - Pasillo: 30,5º
  - Comedor: 25,5º
- Primera Planta:
  - [redacted] 29º. Se encuentra instalado un pingüino sin encender.
  - [redacted] 29º. Se encuentra instalado un pingüino sin encender.
  - Pasillo: 29,6º
- Planta baja:
  - Pasillo cafetería: 28,5º
  - Recepción. 26,6º
  - Comedor principal: 26º
  - Unidad de Enfermería 26º

Se observan que han instalado pingüinos en distintas zonas y plantas debido a que no funciona correctamente el aire acondicionado (Habitaciones de personas encamadas). Informan que no disponen de aire acondicionado en las habitaciones de la primera planta.

b) Mantenimiento: Deficiencias observadas:

- Se continúa observando mancha de humedad en aseo de techo de habitación [redacted]
- Se observan calas en los techos de los pasillos de distribución de habitaciones de la tercera planta.
- Se observa durante la inspección que los aseos comunes de mujeres y hombres junto a la cafetería no disponen de papel secamanos en los dispensadores.
- Se observa en el techo del pasillo de distribución de habitaciones de planta tercera, junto office cocina, restos de telarañas.
- Se observa en el ascensor (zona departamento médico) que el ascensor presenta un gran déficit de limpieza.
- Se observa durante el servicio de comida en el comedor de planta primera (módulo) que los residentes no disponen de servilleta de tela.

Se han subsanado las siguientes deficiencias que constaban en Actas anteriores.

- Habitación [redacted] tiene manchas marrones en la pared.
- Aseo habitación [redacted] tiene un olor a orín excesivo y se comprueba que el inodoro no está bien anclado al suelo y la silicona esta negra.

- Una de las rejillas de conductos de aire acondicionado situado en el techo de comedor principal de planta baja no está bien recibida, sobresaliendo de su perfil.
- En el pasillo B (central) de la planta 4º se observa como un módulo de luces fluorescentes del techo está pegado con cinta americana al techo.
- En la puerta de acceso desde el salón polivalente al pasillo de despachos profesionales se observa humedades.

c) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

d) **Requerimientos de subsanación:** a) Se requiere para que se garantice una temperatura adecuada conforme a la actual estación del año.

b) Se requiere para que se garanticen el mantenimiento, conservación y reparación de las instalaciones del centro, con el fin de evitar su deterioro y garantizar tanto la seguridad de las personas usuarias como la calidad en la atención prestada.

9º.- CALIDAD.

Los datos se obtienen a través de la información facilitada por la persona que atiende la inspección.

a) **Sistema de evaluación de calidad:** Evaluación externa del sistema de calidad.

- Certificado núm. [redacted] emitido por la entidad [redacted] conforme con la norma ISO 9001:2015 y con fecha de caducidad de 16/12/2024.
- Certificado núm. [redacted] emitido por la entidad [redacted] conforme con la norma ISO 14001:2015 y con fecha de caducidad de 16/12/2024.

Todo ello, según actas anteriores.

b) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

c) **Requerimiento de subsanación:** No.

10º.- OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS

a) **Licencia municipal que autorice el ejercicio de la actividad/funcionamiento:** Al tratarse de un centro de servicios sociales cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid, la información relativa a la licencia obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular. **Autorización de servicios sanitarios en centro no sanitario:** Al tratarse de un centro de servicios sociales cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid, esta información obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

b) **Otros datos de interés:** Sí: **Se recuerda a la persona que facilita e informa la inspección que en el siguiente enlace puede consultar la normativa, protocolos y demás información relacionada con la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, en el ámbito de los centros y servicios sociales:** https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/entidades-centros-servicios-accion-social

11º.- REQUERIMIENTOS DEL ACTA ANTERIOR: [redacted] DE FECHA 17 DE ENERO Y [redacted] DE 24 DE JULIO.

a) **Subsanados: Los siguientes:**

- Se requiere para que se garantice el mantenimiento, conservación y reparación del mobiliario de los aseos, con el fin de evitar su deterioro y garantizar, tanto la seguridad de las personas usuarias como la calidad en la atención prestada
- Se requiere para que los menús reflejen el aporte dietético y calórico y se ajusten, en todo caso, a las necesidades específicas de las personas usuarias, debiendo prepararse junto con el ordinario, los menús especiales o terapéuticos que se precisen
- Se requiere para que se garanticen adecuadamente las condiciones de seguridad, conservación y control de los medicamentos
- Se requiere para que se utilicen medios homologados y/o verificados, diseñados para la sujeción física de las personas, debiendo ésta ser adecuada y aplicada de manera que no produzca lesiones
- Se requiere para que estén previstas medidas de vigilancia y/o cuidado especial que garanticen la prevención, supervisión e intervención para las personas usuarias dependientes
- Se requiere para que estén a disposición de las personas interesadas las hojas de reclamaciones en duplicado ejemplar con el contenido que se establece en el apartado 1.4 del Anexo I.B de la Orden 612/1990, de 6 de noviembre

- Se requiere para que la organización del salón y salas comunes se adecúe a los criterios de funcionalidad, higiene y bienestar, garantizándose su limpieza general y permanente.
- Se requiere para que los aseos dispongan de la dotación exigida en la normativa de servicios sociales.

b) No subsanados: Los siguientes:

- Se requiere para que el mobiliario y equipamiento de los dormitorios se ajuste a las necesidades y tipología de las personas usuarias que los ocupan, disponiendo de la dotación exigida en la normativa de servicios sociales
- Se requiere para que se garantice el mantenimiento, conservación y reparación del mobiliario y equipamiento en dormitorios, con el fin de evitar su deterioro y garantizar tanto la seguridad de sus usuarios/as como la calidad en la atención prestada
- Se requiere para que en todos los dormitorios exista un sistema de aviso o comunicación activos de fácil acceso y utilización por la persona usuaria, que garantice su inmediata atención
- Se requiere para que el mobiliario y equipamiento del salón y salas comunes se adecúen a las necesidades de las personas usuarias, garantizando su higiene y limpieza
- Se requiere para que conste la acreditación documental de la valoración y/o aplicación de medidas alternativas previas a la prescripción de la sujeción, con indicación expresa de los motivos de su fracaso
- Se requiere para que la prescripción médica de la sujeción refleje el motivo, el tipo, las situaciones en las que debe utilizarse, su duración y la periodicidad de la reevaluación de la medida adoptada, que no podrá ser superior a un mes
- Se requiere para que la unidad adicional de enfermería tenga una capacidad equivalente al 5 % de la capacidad del centro
- Se requiere para que conste en el programa de atención individual de cada persona usuaria la acreditación documental de su participación y conocimiento en el mismo
- Se requiere para que se garanticen el mantenimiento, conservación y reparación de las instalaciones del centro, con el fin de evitar su deterioro y garantizar, tanto la seguridad de las personas usuarias como la calidad en la atención prestada
- El representante legal deberá actualizar los datos consignados en el Registro de Entidades, Centros y Servicios de Acción Social para que respondan con veracidad a la situación actual del centro mediante su presentación en los Registros Oficiales (Correo)

- En cumplimiento de lo establecido en el artículo 18 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, se requiere para que el centro cuente con una dirección con la formación y las condiciones que se determinan en la normativa vigente
- Se requiere para que los registros utilizados en el centro se cumplimenten correctamente tras la ejecución de la tarea y la atención prestada a la persona usuaria.
- Se requiere para que se garantice una temperatura adecuada conforme a la actual estación del año

Se reitera para que den cumplimiento a los requerimientos no atendidos a la fecha de la presente inspección.

c) **No se ha podido comprobar la subsanación de los siguientes requerimientos cuyo cumplimiento se verificará en la siguiente visita de inspección:** Se han comprobado todos.

12º REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN

Al objeto de comprobar el cumplimiento de los requisitos exigidos en la normativa vigente en materia de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, deberá aportar en el plazo de **10 días hábiles** a partir del siguiente al de la fecha de la presente acta, por cualquiera de los **medios telemáticos** establecidos en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas, o por correo electrónico a la cuenta de correo [redacted] la documentación que a continuación se relaciona, dirigida al Área de Inspección de la Subdirección General de Inspección de Centros y Servicios de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, **con expresa indicación del número de la presente acta**:

Copia de las hojas de reclamaciones nº 24 a 35 y copia de escrito de contestación del centro

Certificado anual de mantenimiento de aparatos, equipos y sistemas de protección contra incendios, en vigor conforme con el modelo entregado junto con el acta de inspección.

Justificante de la Comunicación telemática del representante legal de la Entidad/Entidad gestora dirigida a la Dirección General de Evaluación, Calidad e Innovación de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social de que:

El email del centro ya no es [redacted] sino [redacted]

la comunicación telemática se podrá presentar a través del enlace siguiente o de cualquier otra forma pero de manera electrónica en base a lo preceptuado en el artículo 14.2 de la Ley 39/2015 de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas:

https://tramita.comunidad.madrid/prestacion-social/formulario-solicitud-generica

El artículo 14.2 de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre, establece quienes son los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones Públicas, entre los que se encuentran las personas jurídicas.

La no aportación de la documentación solicitada en el plazo señalado se encuentra tipificada como infracción muy grave en el artículo 29.g) de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid, al "impedir, obstruir, o dificultar de cualquier modo la acción del personal inspector en el desempeño de su cargo, así como no prestarle la colaboración y auxilio requeridos en el ejercicio de sus funciones".

Si precisara alguna consulta con carácter previo a la entrega de los documentos requeridos en esta acta, podrá hacerlo telefónicamente ante el/la inspector/a actuante en el número [redacted] o

bien mediante consulta dirigida al buzón de correo reseñado anteriormente [redacted]

Lo manifestado en la presente acta se entiende sin perjuicio de otros incumplimientos que pudieran existir y que no se hubiesen recogido en la misma.

INFORMACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD, LECTURA Y FIRMA DEL ACTA

El personal inspector guardará secreto y sigilo profesional respecto de los asuntos objeto de la actuación, de conformidad con el artículo 21 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid.

El contenido del presente documento es absolutamente reservado. Los datos personales contenidos en el mismo serán tratados de conformidad con la normativa vigente de protección de datos de carácter personal, entre otras, el Reglamento europeo del Parlamento y del Consejo 2016/679, de 27 de abril, y la L.O. 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Queda prohibido cualquier uso (acceso, difusión, cesión...) para una finalidad distinta a la que justifica esta entrega. Las medidas de seguridad a aplicar serán las que correspondan a la naturaleza de los datos personales que contienen, garantizando en todo caso su autenticidad, integridad y confidencialidad, impidiendo cualquier uso no autorizado. Quedan sujetos a dicho régimen tanto el destinatario de este documento como cualquier otra persona que tenga acceso al mismo.

De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, en testimonio de lo actuado se levanta la presente acta y tras la lectura de la misma ante la persona que ha atendido esta inspección, se le hace entrega de un ejemplar firmado por el personal inspector actuante.

Es todo cuanto manifiesto siendo las 22:00 hs.

El/La inspector/a

Firmado digitalmente por: [redacted] - COMUNIDAD DE MADRID
Fecha: 2022.08.08 21:53

ACTA DE INSPECCIÓN Nº[redacted]

CENTRO: PEÑUELAS, RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES
Nº REGISTRAL DEL CENTRO: C2331
TITULAR: COMUNIDAD DE MADRID (CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL)
Nº DE IDENTIFICACIÓN:[redacted]
DIRECCIÓN: CALLE DE ARGANDA Nº 11
MUNICIPIO: 28005 MADRID
TIPOLOGÍA: CENTROS RESIDENCIALES
SUBTIPOLOGÍA: RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES
SECTOR SOCIAL: PERSONAS MAYORES

En Madrid, el día **13 DE OCTUBRE DE 2022,** a las **10:25** horas, se persona en el servicio/centro de referencia el/la inspector/a, [redacted] de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, y en presencia de Sr. [redacted] con D.N.I. número [redacted] en calidad de Director/a del centro, se le requiere para que facilite e informe la presente inspección.

MANIFESTACIONES DEL/DE LA INSPECTOR/A

1º.- SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

a) Capacidad:

a.1. Total plazas registradas: **220**

Aptas para personas autónomas:	**0**	Con movilidad reducida:	**0**
Aptas para personas dependientes:	**220**	Con movilidad reducida:	**220**

a.2. Total plazas concertadas con la Comunidad de Madrid: **0**

a.3. Total plazas ocupadas: **207**

Aptas para personas autónomas:	**4**	Con movilidad reducida:	**0**
Aptas para personas dependientes:	**203**	Con movilidad reducida:	**147**

b) Datos registrados del centro en el Registro de entidades, centros y servicios de acción social:

b.1 Denominación: Coincidente con el dato registrado.

b.2 Dirección: Coincidente con el dato registrado.

b.3 Teléfono: Coincidente con el dato registrado.

b.4 Correo electrónico: Coincidente con el dato registrado.

b.5 Titular: Coincidente con el dato registrado.

b.6 Teléfono titular: Coincidente con el dato registrado.

b.7 Entidad Gestora: Sí: ARALIA SERVICIOS SOCIOSANITARIOS, S.A. N.I.F.:[redacted]

c) Inmueble compartido con otros centros/servicios: Sí: PEÑUELAS, CENTRO DE DÍA (C2332).

d) Otros datos de interés: Sí:

- Se levanta acta de conformidad con la Orden 1244/2021, de 1 de octubre, disposición XV, Establecimientos Sanitarios y de Servicios Sociales en su apartado sexagésimo cuarto punto 5.

- En el momento de la inspección tienen no tienen residentes ni trabajadores positivos por COVID19. Asimismo me informa la DUE que no hay residentes en hospital a fecha de la actuación inspectora. Se comprueba que los datos que se facilitan coinciden con los datos suministrados al sistema ISDR (Información sociosanitaria de residencias).

- Me informa la DUE que en el centro todos los residentes tienen pauta de vacunación completa, incluida 4ª dosis. Asimismo todos los trabajadores del centro tienen la dosis de vacunación completa. El centro se encuentra incluido en el listado del 'Certificado de cobertura de vacunación contra el SARS-CoV-2 superior al 80 % con pauta completa' de la Dirección General de Salud Pública.

- De los 4 residentes autónomos, 3 son pareja o matrimonio de residentes dependientes, y 1 ha ingresado por emergencia social, según informa el director y la trabajadora social.

e) Disponen de Plan de Contingencia al que alude el artículo 10.3 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, referido en el punto 3 de la apartado sexagésimo cuarto de la Orden 1244/2021, de 1 de octubre, cuya valoración corresponde a la autoridad sanitaria: Sí

f) Los usuarios autónomos hacen uso de la mascarilla o, en su caso, mantienen distancia de seguridad interpersonal: No procede

g) Los usuarios dependientes utilizan mascarilla o, en su caso, mantienen distancia de seguridad interpersonal: No procede

h) Los trabajadores utilizan la mascarilla como medida de prevención e higiene: Sí

i) El centro da cumplimiento a la Resolución 2026/2020 de la Secretaría General Técnica de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad por la que se aprueban las instrucciones

relativas a la obligación de remitir información sobre su situación ante la crisis sanitaria ocasionada por el covid-19, cumplimentando correctamente los datos, a través del sistema informatizado existente al efecto: Sí.

j) **El director o persona responsable que informa la inspección, manifiesta que cumple con las medidas de apertura descritas en el documento "Actualización respecto a las medidas a adoptar en las residencias de mayores en la Comunidad de Madrid":** Sí

k) **Requerimientos de subsanación:** No.

2º.- PERSONAL DEL CENTRO

a) **Relación de trabajadores/as:** Al tratarse de un centro con plazas financiadas con fondos públicos de la Comunidad de Madrid, la información relativa a los/las trabajadores/as obra en poder de la Unidad responsable en la Consejería de Familia,Juventud y Política Social.

b) **Personal de presencia física en el momento de la inspección:** 1 director, 1 administrativa, 2 médicos, 3 enfermeras y 2 en prácticas, 1 auxiliar de farmacia, 22 auxiliares, 3 fisioterapeutas, 3 terapeutas ocupacionales, 2 trabajadoras sociales, 1 nutricionista, 1 psicóloga, 8 personas de limpieza, 3 personas en cocina, 2 personas de mantenimiento, 1 peluquera, y 1 recepcionista.

c) **Director/a:** [redacted]
La directora que aparece en la Orden de Inspección Doña Silvia Jiménez Gómez se encuentra actualmente de baja laboral por enfermedad común desde hace aproximadamente 8 meses y ejerce como director del centro desde mayo de 2022 [redacted] En el Acta [redacted] de fecha 24 de julio de 2022 se manifestó que: "*Consultado el Registro de Directores se comprueba que presentó solicitud de alta con* [redacted] *y le ha sido notificado* ***Resolución Desfavorable*** *de fecha* [redacted]". El Director manifestó en Acta 148/FFVS/2022 de fecha 8 de agosto de 2022 que ante dicha resolución ha interpuesto **Recurso de Alzada,** ya que manifiesta que tiene un Master de Dirección y Gestión de Centros Gerontológicos de 2 años de duración.

c.1. **Dispone del reconocimiento de acciones formativas habilitantes:** No. El centro carece de director/a, responsable de la organización, funcionamiento y administración del centro, que disponga del reconocimiento de las acciones habilitantes para el ejercicio de sus funciones.

c.2. Persona responsable en ausencia del/de la director/a: Sí. [redacted] responsable de administración.

c.3. Datos inscritos en el Registro de directores de centros de servicios sociales: El/la director/a no consta inscrito/a en el Registro de Directores de centros de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, al carecer del reconocimiento de las acciones habilitantes para el ejercicio de sus funciones.

d) Otros datos de interés: Sí. El servicio de peluquería (la peluquera es personal propio de la entidad gestora) es de lunes a viernes, de 10:30 a 13:30 h. El servicio de podología es a demanda, normalmente una o dos veces al mes.

e) Requerimientos de subsanación: c) En cumplimiento de lo establecido en el artículo 18 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, se requiere para que el centro cuente con una dirección con la formación y las condiciones que se determinan en la normativa vigente.

3º.- ÁREA RESIDENCIAL

I. NUMERO TOTAL DE HABITACIONES Y NUMERO DE CAMAS EN CADA DORMITORIO: La residencia cuenta con un total de 185 habitaciones: 150 habitaciones individuales, y 35 habitaciones dobles.

II. DORMITORIOS OCUPADOS: El centro residencial dispone de 4 plantas con habitaciones distribuidas en tres pasillos. Se comprueban las siguientes habitaciones en planta 1ª habitación nº [redacted] en planta 2ª habitaciones nº [redacted] y [redacted] en planta 3ª habitación nº [redacted] y en planta 4ª habitaciones nº [redacted]

a) Limpieza:

a.1 Estancia: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

a.2 Lencería: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) Equipamiento/dotación: El mobiliario y equipamiento se ajustan a las necesidades y tipología de las personas usuarias, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

c) Sistema de llamadas de urgencia: Disponen de sistema de llamadas de urgencia operativo y atendido o de un sistema alternativo, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la

normativa vigente en materia de servicios sociales. Se comprueban los timbres de las habitaciones visitadas, observando que están operativos, y son atendidos a través de interfono.

d) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

e) **Requerimientos de subsanación:** No.

III. ASEOS / BAÑOS: Se comprueban los baños de las habitaciones visitadas.

a) **Numero de baños incorporados a dormitorios y/o de uso individual:** 11 individuales, y 76 compartidos.

b) **Numero de baños comunes:** El centro dispone de 6 aseos de uso colectivo.

c) **Limpieza:**

a.1. **Estancia:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

a.2. **Lencería:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

d) **Equipamiento/dotación:** El mobiliario y equipamiento se ajustan a las necesidades y tipología de las personas usuarias, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa de servicios sociales. :

e) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

f) **Requerimientos de subsanación:** No.

IV. COMEDORES.

a) **Limpieza:**

a.1. **Estancia:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

a.2. **Lencería:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) **Menú:**

b.1 **Supervisado y firmado por personal cualificado** Sí.

b.2 **Garantizado el conocimiento público con antelación mínima de 24 horas:** Sí.

b.3 **Concordancia del menú expuesto y supervisado con el servido:** Sí.

c) **Equipamiento/dotación:** El mobiliario y equipamiento se ajustan a las necesidades y tipología de las personas usuarias, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

d) **Otros datos de interés:** Sí: El centro dispone de 4 comedores: uno en la planta baja donde comen los autónomos, y los que necesitan menos ayuda, y el resto en primera planta, segunda y tercera.

e) **Requerimientos de subsanación:** No.

V. ESTANCIAS COMUNES.

a) **Limpieza:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) **Equipamiento/dotación:** Mobiliario y equipamiento conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.

c) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

d) **Requerimientos de subsanación:** No.

4º.- ÁREA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

a) **Atención especializada pautada:**

a.1. **Conservación de la medicación:** Las condiciones de seguridad, conservación y control de los medicamentos son conformes a la normativa vigente en materia de servicios sociales. La medicación almacenada y en uso de cada residente, se ubican en botiquín/farmacia de planta 1ª. Realizado un muestreo de medicación almacenada y en uso dentro de gavetas de cada residente, no se observa medicación caducada.

a.2. **Preparación de la medicación:**

a.2.1. **Personal que prepara la medicación:** La medicación crónica es preparada por Farmacia externa Lda. [redacted] y la medicación aguda, de nuevos ingresos, y de residentes que no se acogen al sistema de rollo por robot externo, es preparada para toda la residencia por la auxiliar de farmacia supervisada por la DUE del turno correspondiente.

a.2.2. **Coincidencia del tratamiento prescrito con el preparado:** Sí. Se comprueba la medicación de 10 residentes, 5 residentes con medicación preparada por sistema de rollo, y 5 residentes con medicación preparada en cajetines de medicación, con la toma

de la comida, merienda, y/o de la cena, en su caso, del día de la inspección, y desayuno del día siguiente a la inspección, en presencia del director, DUE, y auxiliar de farmacia, estando ajustados a pauta médica.

a.2.3. Sistema de preparación: Sí. La medicación crónica es preparada por Farmacia externa a través del sistema de rollo por robot externo en bolsitas precintadas al vacío individualizadas por residente y toma, y la medicación aguda, de nuevos ingresos, y/o residentes que no se acogen al sistema de rollo por robot externo, es preparada en cajetines de medicación individualizados por residente y toma.

a.3. Prestación de la atención asistencial pautada: La medicación oral es administrada por la DUE y en su defecto, por la auxiliar de enfermería. Se comprueba que se ha administrado la medicación en el desayuno a los residentes que así lo precisan. Asimismo me informa la DUE que [redacted] en el momento de la inspección.

a.4. Organización higiénico-sanitaria: La organización higiénico-sanitaria de los medicamentos es conforme a la normativa vigente en materia de servicios sociales, garantizando las condiciones de seguridad y control de los mismos.

Se observan que las bandejas de medicación y cajetines están en buen estado de mantenimiento y limpieza en el momento de la inspección.

b) Medidas de sujeción: Se solicita la prescripción de sujeción de 6 residentes del centro que tenían colocada la medida durante la visita de inspección.

b.1. Medidas alternativas: No/no muestran. Se comprueba que se utilizan medidas alternativas para cada sujeción que tiene pautado el residente; sin embargo no se indican expresamente los motivos del fracaso de las mismas.

b.2. Prescritas por profesional médico: No/no muestran. Se comprueba la prescripción de sujeción física de los 5 residentes. Sin embargo en el caso del residente [redacted] el [redacted] no está prescrita por médico. Se comprueba que [redacted] quedó anotado expresamente por el departamento de fisioterapia, y en los seguimientos de médico, DUE, y de auxiliares señalados en este Acta.

b.3. Prescripción referida al tipo, motivo y duración de la medida utilizada: Sí.

b.4. Consentimiento informado: Sí.

b.5. Revisión diaria y periódica de la medida de sujeción: Sí.

b.6. Información complementaria: Están implementando un programa de retirada de sujeciones.

b.7. Protocolo de sujeciones físicas: Sí.

c) **Enfermería:**La unidad de enfermería no tiene una capacidad equivalente al 5% de la capacidad registrada del centro. Hay 10 camas instaladas en zona de Enfermería (UCE) en planta 1ª.

d) **Sistema de información y de incidencias**:

d.1 **Sistema de información y de incidencias utilizado**: Disponen de libro de incidencias por cada planta, e incidencias médicas y de enfermería en soporte informático RESIPLUS.

d.2 **Cumplimentación de la información y las incidencias:** El sistema garantiza la ejecución, continuidad, conocimiento, control de las tareas y atención que recibe la persona usuaria por parte del personal y su responsable.

e) **Registros:** Los registros utilizados están debidamente cumplimentados permitiendo la ejecución de las tareas, su conocimiento y control por parte del personal y su responsable.

Se realiza muestreo de registros de cuidados de los residentes estando completados y actualizados a fecha de la inspección.

f) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

g) **Requerimientos de subsanación:** c) Se requiere para que la unidad adicional de enfermería tenga una capacidad equivalente al 5 % de la capacidad del centro.

b) Se requiere para que las sujeciones físicas estén prescritas por profesional médico y aplicadas conforme a lo pautado.

b)Se requiere para que conste la acreditación documental de los motivos del fracaso de las medidas alternativas previas a la prescripción de la sujeción.

5º.- CUIDADOS BÁSICOS A LA PERSONA USUARIA

a) **Aseo personal:** Se observa una correcta higiene personal de las personas usuarias.

b) **Muda de ropa, complementos, órtesis y otras ayudas técnicas:** Se observa una adecuada limpieza de la ropa, de los complementos, órtesis y otras ayudas técnicas que llevan y/o utilizan las personas usuarias, siendo aquélla ajustada a la temperatura y estación del año.

c) **Supervisión de personas usuarias dependientes:**El centro dispone de medidas específicas de prevención, supervisión e intervención para las personas usuarias dependientes.

d) **Intimidad personal:** En las atenciones prestadas a las personas usuarias se garantiza su intimidad.

e) **Horarios y organización del centro:** Los horarios de alimentación, higiene, descanso y aseo personal de las/los usuarias/os son adecuados conforme a los estándares de vida socialmente admitidos.

Me informa director, y así consta en el R.R.I., que los residentes son levantados y aseados a partir de las 8:00 horas, desayunan a partir de las 9:15 horas, comen a las 13:00 horas los residentes más dependientes y el resto a las 14:00 horas, meriendan a las 16:30 horas, cenan a las 19:30/19:45 horas los residentes más dependientes y a las 20:15 horas el resto de usuarios, y recenan sobre las 0:00 horas y se ofrece una hidratación a los residentes a las 04:00 horas, residentes diabéticos obligatorio.

f) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

g) **Requerimientos de subsanación:** No.

6º.- SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES

a) **Sistema de reclamaciones:**

a.1. **Las hojas de reclamaciones están a disposición de las personas usuarias y se ajustan en su contenido a la normativa vigente en materia de servicios sociales.:** Sí.

a.2. **Quejas y/o reclamaciones interpuestas en el centro:** Se han interpuesto las siguientes reclamaciones desde la última inspección efectuada al centro: [redacted] de fecha 8 de agosto de 2022.

Se han interpuesto 29 reclamaciones, de la nº 36 a nº 65. Posteriormente se solicitará copia y escrito de contestación a las mismas.

b) **Protocolo de actuación en quejas y reclamaciones:** Sí. El director analizará las causas de reclamación, y contestará por escrito al reclamante en un plazo no superior a una semana.

c) **Sistema de sugerencias:** Sí. Buzón de sugerencias.

d) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

e) **Requerimientos de subsanación:** No.

7º.- DOCUMENTACIÓN

a) **Registro de personas usuarias:** Conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) **Publicidad:**

b.1. **Decálogo de derechos:** Sí.

b.2. **Precios comunicados:** Centro de titularidad pública o vinculado a un contrato administrativo de concesión de servicios públicos.

b.3. Servicios que se prestan: Sí.

b.4. Certificado de evaluación de calidad: Sí.

b.5. Identificación de la persona responsable del Centro en ausencia del/de la Director/a: Sí.

c) **Programación anual de actividades:** Sí. Se comprueba programación correspondiente al año 2022 en soporte informático RESIPLUS con evaluación de cada actividad, así como programación anual de actividades en soporte papel ajustada a la Orden 612/90.

d) **Póliza de seguros y recibo en vigor:** Al tratarse de un centro de titularidad pública, la información relativa a la póliza de seguros obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

Las pólizas de la entidad gestora son las siguientes:

Tipo: Cobertura total de daños Número: [redacted] Compañía aseguradora: [redacted] Fecha vencimiento: 01/01/2023.

e) **Reglamento de régimen interior:** Sí.

f) **Expediente personal de atención especializada:** Sí.

Se comprueba el expediente de varios residentes: [redacted]

- [redacted] de 98 años ingresó el centro con [redacted] las siguientes patologías: [redacted] (tratamiento con [redacted]

Se comprueba seguimiento médico en soporte informático RESIPLUS del residente anotando expresamente lo siguiente:

[redacted]

Motivo consulta: [redacted] *y orientada hacia* [redacted]. *Tratamiento:* [redacted] *cada 12 horas.*

[redacted]

Motivo Consulta: Presenta [redacted] *en* [redacted] *posterior a caídas que al pararse de su cama, familia pregunta si es posible colocarle: detector de movimiento en las noches o medidas de sujeción, como barandillas.*

Motivo Consulta: acudo a la habitación del residente por presentar [redacted] *a* [redacted]

[redacted] Se [redacted], no responde, se le deja la información en contestador por [redacted]

Motivo consulta: [redacted] y [redacted], sin consecuencias, me comunico [redacted]

Viernes 26 de agosto de 2022:

Motivo consulta: me avisa la auxiliar que el residente se [redacted] acudo lo reincorporamos, aparentemente en condiciones estables sin consecuencias.

Martes 13 septiembre de 2022:

Motivo consulta: [redacted]

Exploración: Me llaman desde 2ª planta que en la [redacted] se encuentra en e [redacted] no muestra alteración alguna, se procede a su levantamiento del suelo tras percibir que [redacted] lo visten tras su [redacted] para luego seguir la tarea diurna de siempre.

Diagnóstico: [redacted] puesto que tiene cama [redacted]. Se le han quitado sujeciones por mutuo acuerdo con la familia, [redacted] luego [redacted] en enero de 2021, [redacted]

Referente al sensor de movimiento que está fuera de servicio está siendo sustituido por otro apto para uso.

Tratamiento: exploración [redacted]

Observación: informo a la hija [redacted] por teléfono.

Firma hoja de parte de caídas.

Domingo 18 septiembre de 2022:

Motivo consulta: Se realiza PAI correspondiente.

Lunes 19 septiembre 2022:

Motivo Consulta: llaman presencia a su habitación. [redacted]. Las auxiliares me comentan que estaba sentado en la [redacted]. Dicen que a veces le pillan ir andando a [redacted]. Se valora y [redacted] ni [redacted] Tiene un [redacted] en la zona de [redacted] Se lleva a [redacted] Movilidad de las cuatro extremidades [redacted] Le s [redacted] y quiere levantarse otra vez.

Indicamos dar primero el desayuno y baja a la sala polivalente sentado en el sillón. [redacted]. *El médico le dijo que su padre había tenido* [redacted]. *Intento explicar que en caso de su padre* [redacted], *que su padre* [redacted] *y luego* [redacted] *para desplazarse y es cuando se le producen* [redacted] *y* [redacted] *Se queja de la forma* [redacted]. *Le comento que no comparto que en esta residencia no cuidamos bien a los mayores porque lo hemos demostrado en la pandemia, y estamos demostrando día a día ya que en las residencias aparte de residentes que les visitan los familiares, hay gente sin familia y gracias a nuestros cuidados han tenido calidad de vida y cuidados de nuestros compañeros. Me pregunta* [redacted] *Le comento que la semana pasada lo vi* [redacted] *y si le han puesto* [redacted] *es para prevenir. Informo a la hija* [redacted]

Jueves 29 Septiembre 2022

Motivo Consulta: Llaman presencia a su habitación. Cuando llegamos está a la puerta de su habitación [redacted] *Refiere* [redacted] *pero cuando le revisamos* [redacted] *y el* [redacted] *en la zona de la vacunación.* [redacted]. *Deambulación en su forma habitual.* [redacted] *Informo a su hija* [redacted]

Motivo Consulta: Después de la cena, y por llamado de las auxiliares subo a la habitación del residente, y lo consigo en [redacted] *al lado de la cama postrado en el suelo, las propias auxiliares me informan que cuando ellas llegaron, él ya estaba en esa posición.* [redacted] *Se informa por teléfono a la hija* [redacted] *por* [redacted]

Viernes 30 Septiembre 2022:

Motivo Consulta: [redacted] *quien presenta* [redacted] *a* [redacted], *o* [redacted] *consciente con* [redacted] *no* [redacted] *se agradece* [redacted]

El informe de alta hospitalaria [redacted] *y se* [redacted] *de dicho informe.*

El residente regresa a la residencia a cama [redacted] *residente en* [redacted]*s, sin incidencias durante el turno.*

único que no se pudo lavar porque no contamos con material para ello. [redacted]

Con fecha de 24.08.2022 se anota en turno de mañana: "*A primera hora DUE le observa* [redacted]

Con fecha de 24.08.2022 se anota en turno de tarde: "*Se levanta varias veces después de acostado*".

Con fecha de 25.08.2022 se anota en turno de tarde: "[redacted]*en dos ocasiones, comunicado y visto por médico. Se* [redacted] *cuidada por DUE.*"

Con fecha de 25.08.2022 se anota en turno de noche: [redacted] *Se* [redacted]*." "En la 2ª ronda se le* [redacted]*n la* [redacted]

Con fecha de 26.08.2022 se anota en turno de tarde: [redacted] *Visto por médico".*

Con fecha de 27.08.2022 se anota en turno de noche: "[redacted]

Con fecha de 28.08.2022 se anota en turno de noche: "*Después de* [redacted] *Se le lleva a su habitación y se le acuesta".*

Con fecha de 31.08.2022 se anota en turno de tarde: "*Después de acostarlo se levanta varias veces".*

Con fecha de 31.08.2022 se anota en turno de noche: "*A primera hora* [redacted]

Con fecha de 08.09.2022 se anota en turno de tarde: [redacted] *desde el cambio de turno hasta la hora de acostarlo. Visto por DUE".*

Con fecha 09.09.2022 se anota en turno de mañana: "*A primera hora de la mañana está* [redacted]

Con fecha de 09.09.2022 se anota en turno de noche: "*Se le encuentra en la colchoneta en todas las rondas*".

Con fecha de 10.09.2022 se anota en turno de mañana: "*A primera hora en la ducha se le* [redacted]*visado por DUE*".

Con fecha de 11.09.2022 se anota en turno de noche: "*En la 1ª ronda se le encuentra en la* [redacted]

La hija es informada de la evolución del residente durante las visitas, y se da de alta de UCE con fecha de 3 de octubre de 2022.

Miércoles 5 octubre 2022

Motivo Consulta: Esta noche en el libro de auxiliares se refleja que está deambulando por los pasillos??. No me extraña que durante el día esté dormido. Justo cuando estaba preparando e-consulta con geriatría me llama una de las geriatras [redacted] me pregunta del estado habitual de el residente. Le comento que está en su estado habitual y pensaba hacer una e-consulta para su valoración y opinión. Está de acuerdo y me lo citará para e[redacted] videoconferencia. Cuando la cita esté colgada en el portal de paciente, se llamará [redacted]ara informarla. La cita con geriatría es para el día[redacted]. Es videoconferencia. Informo a su hija [redacted] que está presente en mi despacho conmigo.

Lunes 10 octubre 2022:

Motivo Consulta: se hizo consulta con geriatría y según el informe baja la dosis de [redacted] y a las 17:00 horas se le pauta [redacted]

Se comprueba seguimiento de enfermería y control de caídas en soporte informático RESIPLUS del residente anotando expresamente lo siguiente:

Se observa que en todas las caídas del residente se ha realizado el registro de caídas correspondiente y se ha avisado a la familia. Asimismo también figuran las incidencias cuando se ha producido un deslizamiento del residente sin que se considere caída.

Se comprueba libro de incidencias de auxiliares de planta 2ª, del mes de agosto y septiembre, incidencias de habitación [redacted] de este residente.

Con fecha de 13.08.2022 se anota en turno de noche: "*En la 1ª ronda se le encuentra durmiendo en el suelo de la habitación [redacted] Se le acuesta en cama. Tranquilo*".

Con fecha de 15.08.2022 se anota en turno de mañana: "*A primera hora de turno se le encuentra a la otra habitación [redacted]*

Con fecha de 20.08.2022 se anota en turno de noche: "*Se le encuentra deambulando por los [redacted]*

Con fecha de 21.08.2022 se anota en turno de tarde: "*Se levanta varias veces*".

Con fecha de 23.08.2022 se anota en turno de mañana: "*A la hora de levantarle, la auxiliar le observa [redacted] Se avisa a DUE*".

Con fecha de 23.08.2022 se anota en turno de noche: "[redacted] *la colchoneta fue lo*

Respecto al incidente con una auxiliar de fecha 03.08.2022: le critica despectivamente su forma de trabajar y está siempre con amenazas verbales. Su problema de [redacted] agrava aún más esa situación porque cuando [redacted] e incluso amenaza con golpear con su bastón.

Respecto al incidente con el [redacted] ado 20.08.2022 el residente se dirige al médico para mostrar su disconformidad al cambio de turno de comedor efectuado con fecha de 18 de agosto de 2022, por prescripción médica, a otro residente. Según consta en denuncia y en informe, el [redacted] del Centro en relación [redacted] y [redacted] (negando que fuera médico por el hecho de ser extranjero). Viendo la actitud del residente, y la imposibilidad de lograr que se tranquilizara, el médico decide marcharse para evitar mayor conflicto. El residente continúa con la misma [redacted]

Tras marcharse el médico, el residente se dirige a recepción con la [redacted]

Dado el estado de [redacted] t [redacted] l, el médico del centro decide llamar a la Policía, que se presenta en la residencia a los pocos minutos.

El residente se mantiene en su actitud con la Policía, que decide llevárselo a Comisaría.

Regresa al centro pasadas unas 3 horas acompañado [redacted] La actitud que muestra [redacted] y el [redacted]

Este residente provoca constantes alteraciones en el centro con perjuicio para el resto de residentes, así como constante incumplimiento de las normas de régimen interior, y permanente desprecio hacia los profesionales que impiden la efectividad de cualquier medida que facilite la adaptación del residente al centro.

Todos los incidentes que ha provocado este residente están anotados en libros de incidencias de auxiliares, y en seguimiento médico, de enfermería, y de los técnicos en soporte informático RESIPLUS.

Se adjunta al acta escritos de la trabajadora agredida de fecha [redacted], escrito del Comité de empresa expresando los hechos, denuncia presentada ante el Cuerpo Nacional de Policía por el doctor del centro, informe del médico sobre hechos del 18 y 20.08.2022, informe del director sobre este residente de 22.08.2022, e informe final de dirección.

f.1. Programa de intervención individual actualizado: Sí. Realizado muestreo PAI, se observa que están revisados cada 6 meses.

Con fecha de 13.09.2022 se anota en turno de mañana: "[redacted]

Se comprueba que el residente tuvo sujeciones pautadas y que fueron retiradas según se indica en seguimiento médico "[redacted]

Se comprueba último Plan de Atención Individual del residente de fecha [redacted] donde se indica que el residente de [redacted] años tiene [redacted] y respecto al departamento de fisioterapia se indica expresamente que el residente [redacted] para las transferencias necesita de una persona, y usa silla de ruedas en traslados cortos y largos. Para evitar las caídas del residente, el equipo interdisciplinar decidió colocar cama superbaja y colchoneta, sin embargo no está prescrita por médico. Se comprueba que el residente [redacted] según quedó anotado expresamente por el departamento de fisioterapia, y en los seguimientos de médico, DUE, y de auxiliares señalados anteriormente. Referente al sensor de movimiento me informa la Doctora que como las mayorías de las veces el residente repta en el suelo, con esta conducta se inhibe la activación del sensor de movimiento.

Se observa durante la inspección que los residentes se encuentran en buen estado de higiene y limpieza, tanto higiene corporal como de la vestimenta que llevan colocada.

[redacted] ingresó en el centro como [redacted] acompañando [redacted] dependiente con [redacted]. Debido a graves incidentes de este residente a los trabajadores, el propio residente ha pedido traslado con su mujer a otro centro, por no estar a gusto en el centro, a propuesta del Director General de Atención al Mayor y a la Dependencia, según me informa el director del centro.

Este residente [redacted] y ha mantenido esta [redacted] con diferentes residentes del centro, con los trabajadores de la residencia, a los cuales ha llegado [redacted], [redacted] a (residente dependiente del centro), y [redacted] regresando de la calle en [redacted] e incluso ha intentado [redacted] en su habitación. Asimismo también, según informes mostrados y seguimientos de los profesionales en soporte informático RESIPLUS, el residente tiene una conducta discriminatoria con los trabajadores usando [redacted]

f.2. Constancia documental de la participación y conocimiento del usuario o su representante. Sí.

g) **Contrato/documento de admisión:** Al tratarse de un centro de titularidad pública, la información del documento de ingreso y del contenido obligacional de las relaciones con los usuarios, obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

h) **Certificado de desinsectación y desratización:** Sí. Se comprueba certificado 10/08/2022 con validez trimestral.

i) **Certificado de mantenimiento de aparatos, equipos y sistemas de protección contra incendios:** Sí. Se comprueba certificado de fecha 03/11/2021 con validez anual.

j) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

k) **Requerimientos de subsanación:** No.

8º.- REQUISITOS COMUNES A LAS DISTINTAS ÁREAS DEL CENTRO

a) **Temperatura:** Conforme establece la normativa en materia de servicios sociales y en todo caso adecuada al actual periodo estacional.

b) **Mantenimiento:** Deficiencias observadas:

- Se continúa observando mancha de humedad seca en techo del baño de la habitación [redacted]
- Se siguen observando calas sin cerrar en los techos de los pasillos de distribución de habitaciones de la tercera planta.

c) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

d) **Requerimientos de subsanación:** b) Se requiere para que se garanticen el mantenimiento, conservación y reparación de las instalaciones del centro, con el fin de evitar su deterioro y garantizar, tanto la seguridad de las personas usuarias como la calidad en la atención prestada.

9º.- CALIDAD.

a) **Sistema de evaluación de calidad:** Evaluación externa del sistema de calidad.

Se comprueba que la entidad gestora dispone de Certificado nº [redacted] emitido por la entidad [redacted] conforme a Norma ISO 9001:2015 con fecha de caducidad de 16/12/2024, y de

Certificado nº[redacted] emitido por la entidad[redacted] conforme a Norma ISO 14001:2015 con fecha de caducidad de 16/12/2024.

b) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

c) **Requerimiento de subsanación:** No.

10º.- OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS

a) **Licencia municipal que autorice el ejercicio de la actividad/funcionamiento:** Al tratarse de un centro de servicios sociales cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid, la información relativa a la licencia obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

b) **Autorización de servicios sanitarios en centro no sanitario:** Al tratarse de un centro de servicios sociales cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid, esta información obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

c) **Otros datos de interés:** Sí: **Se recuerda a la persona que facilita e informa la inspección que en el siguiente enlace puede consultar la normativa, protocolos y demás información relacionada con la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, en el ámbito de los centros y servicios sociales:** https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/entidades-centros-servicios-accion-social

11º.- REQUERIMIENTOS DEL ACTA ANTERIOR: ACTA[redacted] DE FECHA 8 DE AGOSTO DE 2022.

a) **Subsanados: Los siguientes:**

☑ El representante legal debe actualizar los datos consignados en el Registro de Entidades, Centros y Servicios de Acción Social para que respondan con veracidad a la situación actual del centro mediante su presentación en los Registros Oficiales.

☑ Se requiere den cumplimiento a la Resolución 2026/2020 de la Secretaría General Técnica de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, referida a la obligación de remitir información sobre su situación ante la crisis sanitaria COVID-19.

☑ Se requiere para que el mobiliario y equipamiento de los dormitorios se ajuste a las necesidades y tipología de las personas usuarias que los ocupan, disponiendo de la dotación exigida en la normativa de servicios sociales.

☑ Se requiere para que se garantice el mantenimiento, conservación y reparación del mobiliario y equipamiento en dormitorios, con el fin de evitar su deterioro y garantizar tanto la seguridad de sus usuarios/as como la calidad en la atención prestada.

☑ Se requiere para que en todos los dormitorios exista un sistema de aviso o comunicación activos de fácil acceso y utilización por la persona usuaria, que garantice su inmediata atención.

☑ Debe garantizarse la limpieza general y permanente de los dormitorios, así como de la ropa de cama siempre que lo requieran las circunstancias, conforme a los criterios de funcionalidad, higiene y bienestar establecidos en la normativa vigente.

☑ Se requiere para que el mobiliario y equipamiento del comedor se adecúen a las necesidades de las personas usuarias, garantizando la higiene y limpieza de todos los utensilios.

☑ Se requiere para que el mobiliario y equipamiento del salón y salas comunes se adecúen a las necesidades de las personas usuarias, garantizando su higiene y limpieza.

☑ Se requiere para que las sujeciones físicas estén prescritas por profesional médico y aplicadas conforme a lo pautado *(sujeción colocada distinta de la prescrita).*

☑ Se requiere para que conste la acreditación documental de la valoración y/o aplicación de medidas alternativas previas a la prescripción de la sujeción.

☑ Se requiere para que la prescripción médica de la sujeción refleje el motivo, el tipo, las situaciones en las que debe utilizarse, su duración y la periodicidad de la reevaluación de la medida adoptada, que no podrá ser superior a un mes.

☑ Se requiere para que de cada sujeción específicamente pautada, conste el consentimiento informado de la persona usuaria o su representante, con indicación de los efectos negativos y positivos que ocasiona su aplicación.

☑ Se requiere para que el personal de atención directa revise diaria y periódicamente la correcta aplicación de la sujeción y se realicen las medidas complementarias de prevención de lesiones y de movilización de la persona usuaria.

☑ Se requiere para que los registros utilizados en el centro se cumplimenten correctamente tras la ejecución de la tarea y la atención prestada a la persona usuaria.

☑ Se requiere para que dispongan de un programa anual de actividades, con indicación de los objetivos, calendario, métodos de ejecución y sistemas de evaluación.

☑ Se requiere para que conste en el programa de atención individual de cada persona usuaria la acreditación documental de su participación y conocimiento en el mismo.

☑ Se requiere para que, con carácter anual, se certifique el mantenimiento de aparatos, equipos y sistemas de protección contra incendios por profesional competente.

b) No subsanados: Los siguientes:

1. En cumplimiento de lo establecido en el artículo 18 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, se requiere para que el centro cuente con una dirección con la formación y las condiciones que se determinan en la normativa vigente.
2. Se requiere para que conste acreditación documental de los motivos del fracaso de las medidas alternativas previas a la prescripción de sujeción.
3. Se requiere para que la unidad adicional de enfermería tenga una capacidad equivalente al 5 % de la capacidad del centro.
4. Se requiere para que se garanticen el mantenimiento, conservación y reparación de las instalaciones del centro, con el fin de evitar su deterioro y garantizar tanto la seguridad de las personas usuarias como la calidad en la atención prestada:

   "- *Se continúa observando mancha de humedad seca en techo del baño de la habitación* [redacted]

   - *Se siguen observando calas sin cerrar en los techos de los pasillos de distribución de habitaciones de la* [redacted]

Se reitera para que den cumplimiento a los requerimientos no atendidos a la fecha de la presente inspección.

c) No se ha podido comprobar la subsanación de los siguientes requerimientos cuyo cumplimiento se verificará en la siguiente visita de inspección: Los siguientes:

☐Se requiere para que se garantice una temperatura adecuada conforme a la actual estación del año (la inspección se realiza el día 13 de octubre, con una temperatura exterior agradable, no pudiendo comprobar si en verano hace calor, y las medidas adoptadas por el centro).

La subsanación de este requerimiento se realizará en la siguiente actuación inspectora.

12º REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN

Al objeto de comprobar el cumplimiento de los requisitos exigidos en la normativa vigente en materia de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, deberá aportar en el plazo de **10 días hábiles** a partir del siguiente al de la fecha de la presente acta, por cualquiera de los **medios telemáticos** establecidos en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas, o por correo electrónico a la cuenta de correo [redacted] la documentación que a continuación se relaciona, dirigida al Área de Inspección de la Subdirección General de Inspección de Centros y Servicios de la

Consejería de Familia, Juventud y Política Social, **con expresa indicación del número de la presente acta**:

COPIA DE LAS RECLAMACIONES Nº 36 A 65, Y ESCRITO DE CONTESTACIÓN A LAS MISMAS.

El artículo 14.2 de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre, establece quienes son los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones Públicas, entre los que se encuentran las personas jurídicas.

La no aportación de la documentación solicitada en el plazo señalado se encuentra tipificada como infracción muy grave en el artículo 29.g) de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid, al "impedir, obstruir, o dificultar de cualquier modo la acción del personal inspector en el desempeño de su cargo, así como no prestarle la colaboración y auxilio requeridos en el ejercicio de sus funciones".

Si precisara alguna consulta con carácter previo a la entrega de los documentos requeridos en esta acta, podrá hacerlo telefónicamente ante el/la inspector/a actuante en el número [redacted] o bien mediante consulta dirigida al buzón de correo reseñado anteriormente [redacted]

Lo manifestado en la presente acta se entiende sin perjuicio de otros incumplimientos que pudieran existir y que no se hubiesen recogido en la misma.

INFORMACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD, LECTURA Y FIRMA DEL ACTA

El personal inspector guardará secreto y sigilo profesional respecto de los asuntos objeto de la actuación, de conformidad con el artículo 21 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid.

El contenido del presente documento es absolutamente reservado. Los datos personales contenidos en el mismo serán tratados de conformidad con la normativa vigente de protección de datos de carácter personal, entre otras, el Reglamento europeo del Parlamento y del Consejo 2016/679, de 27 de abril, y la L.O. 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Queda prohibido cualquier uso (acceso, difusión, cesión...) para una finalidad distinta a la que justifica esta entrega. Las medidas de seguridad a aplicar serán las que correspondan a la naturaleza de los datos personales que contienen, garantizando en todo caso su autenticidad, integridad y confidencialidad, impidiendo cualquier uso no autorizado. Quedan sujetos a dicho régimen tanto el destinatario de este documento como cualquier otra persona que tenga acceso al mismo.

De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, en testimonio de lo actuado se levanta la presente acta y tras la lectura de la misma ante la persona que ha atendido esta inspección, se le hace entrega de un ejemplar firmado por el personal inspector actuante.

Es todo cuanto manifiesto siendo las 16:30 horas.

El/La inspector/a

Firmado digitalmente por: [redacted] - COMUNIDAD DE MADRID
Fecha: 2022.10.13 16:23

ACTA DE INSPECCIÓN Nº [redacted]

CENTRO: PEÑUELAS, RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES
Nº REGISTRAL DEL CENTRO: C2331
TITULAR: COMUNIDAD DE MADRID (CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL)
Nº DE IDENTIFICACIÓN: [redacted]
DIRECCIÓN: CALLE DE ARGANDA Nº 11
MUNICIPIO: 28005, MADRID
TIPOLOGÍA: CENTROS RESIDENCIALES
SUBTIPOLOGÍA: RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES
SECTOR SOCIAL: PERSONAS MAYORES

En **MADRID**, el día **19 DE DICIEMBRE,** a las **10:30** horas, se persona en el servicio/centro de referencia el/la inspector/a [redacted] e INSPECTOR CIRA [redacted], de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, y en presencia de Sr. /Sra. [redacted] con D.N.I. número [redacted] en calidad de Persona responsable en ausencia del/de la director/a del centro, se le requiere para que facilite e informe la presente inspección.

MANIFESTACIONES DEL/DE LA INSPECTOR/A

1º.- SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

a) Capacidad:

a.1. Total plazas registradas: **220**

Aptas para personas autónomas:	**0**	Con movilidad reducida:	**0**
Aptas para personas dependientes:	**220**	Con movilidad reducida:	**220**

a.2. Total plazas concertadas con la Comunidad de Madrid: **0**

a.3. Total plazas ocupadas: **208**

Aptas para personas autónomas:	**4**	Con movilidad reducida:	**0**

Aptas para personas dependientes: **204** Con movilidad reducida: **112**

b) Datos registrados del centro en el Registro de entidades, centros y servicios de acción social:

b.1 Denominación: Coincidente con el dato registrado.

b.2 Dirección: Coincidente con el dato registrado.

b.3 Teléfono: Coincidente con el dato registrado.

b.4 Correo electrónico: Dato diferente al registrado: . El nuevo es: [redacted]

b.5 Titular: Coincidente con el dato registrado.

b.6 Teléfono titular: Coincidente con el dato registrado.

b.7 Entidad Gestora: Sí: ARALIA SERVICIOS SOCIOSANITARIOS, S.A. N.I.F.: [redacted]

c) Inmueble compartido con otros centros/servicios: Sí: PEÑUELAS, CENTRO DE DÍA (C2332).

d) Otros datos de interés: Sí:

- Se levanta acta de conformidad con la Orden 1244/2021, de 1 de octubre, disposición XV, Establecimientos Sanitarios y de Servicios Sociales en su apartado sexagésimo cuarto punto 5.

- Según informan, en el momento de la inspección, ninguna de las personas residentes ni trabajadores, presenta síntomas compatibles con Covid- 19, ni es positivo.

- Asimismo, informa la coordinadora de auxiliares que hay 2 residentes en el hospital a fecha de la actuación inspectora.

- De los 4 residentes autónomos, 3 son pareja o matrimonio de residentes dependientes, y 1 ha ingresado por emergencia social, según informa la coordinadora de trabajo social.

Se solicita acreditación documental de la situación de autonomía de éstas 3 personas por profesional competente y que son matrimonio o pareja de hecho o ingreso por emergencia social.

e) Disponen de Plan de Contingencia al que alude el artículo 10.3 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, referido en el punto 3 de la apartado sexagésimo cuarto de la Orden 1244/2021, de 1 de octubre, cuya valoración corresponde a la autoridad sanitaria: Sí

f) Los usuarios autónomos hacen uso de la mascarilla o, en su caso, mantienen distancia de seguridad interpersonal: No procede

g) Los usuarios dependientes utilizan mascarilla o, en su caso, mantienen distancia de seguridad interpersonal: No procede

h) Los trabajadores utilizan la mascarilla como medida de prevención e higiene: Sí

i) **El centro da cumplimiento a la Resolución 2026/2020 de la Secretaría General Técnica de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad por la que se aprueban las instrucciones relativas a la obligación de remitir información sobre su situación ante la crisis sanitaria ocasionada por el covid-19, cumplimentando correctamente los datos, a través del sistema informatizado existente al efecto:** Sí

j) **El director o persona responsable que informa la inspección, manifiesta que cumple con las medidas de apertura descritas en el documento "Actualización respecto a las medidas a adoptar en las residencias de mayores en la Comunidad de Madrid":** Sí

k) **Requerimientos de subsanación:** b)El representante legal debe actualizar los datos consignados en el Registro de Entidades, Centros y Servicios de Acción Social para que respondan con veracidad a la situación actual del centro mediante su presentación en los Registros Oficiales.

2º.- PERSONAL DEL CENTRO

a) **Relación de trabajadores/as:** Se hace entrega, junto con el acta, de modelo de relación de trabajadores/as del centro para su cumplimentación y presentación en el plazo de 10 días.

b) **Personal de presencia física en el momento de la inspección:** Según declara la persona que atiende la inspección, en el momento de la misma se encuentran en las instalaciones: 1 administrativa, 2 médicos, 3 enfermeras, 2 auxiliar de farmacia, 26 auxiliares, 3 fisioterapeutas, 2 terapeutas ocupacionales, 1 trabajadora social, 1 nutricionista, 8 personas de limpieza, 4 personas en cocina, 3 personas de mantenimiento, 1 peluquera, 1 recepcionist y 1 Tasoc.

c) **Director/a:** [redacted] actualmente está de vacaciones.

c.1. Dispone del reconocimiento de acciones formativas habilitantes: Sí.

c.2. Persona responsable en ausencia del/de la director/a: Sí. , [redacted]

c.3. Datos inscritos en el Registro de directores de centros de servicios sociales: El/la director/a está vinculado/a como tal a este centro.

Otros datos de interés: Sí. El servicio de peluquería (la peluquera es personal propio de la entidad gestora) es de lunes a viernes, de 10:30 a 13:30 h. El servicio de podología es a demanda, normalmente una o dos veces al mes.

Se comprueba en la presente inspección las titulaciones de todo el personal médico y DUE:

Enfermeros/as:

-Dª [redacted] Nº colegiado: [redacted]
-Dª. [redacted] Nº colegiado: [redacted]
-Dª [redacted] Nº colegiado: [redacted]
-Dª [redacted] Nº colegiado: [redacted]
-Dª [redacted] Nº colegiado: [redacted]
-Dª [redacted] Nº colegiado: [redacted]
-Dª [redacted] Nº colegiado: [redacted]
-Dª [redacted] Nº colegiado: [redacted]
-D. [redacted] Nº colegiado: [redacted]
-Dª [redacted] Nº colegiado: [redacted]

Médicos/as:

-Dª [redacted] Nº colegiado: [redacted]
[redacted] Nº colegiado: [redacted]
[redacted] Nº colegiado: [redacted]
-D [redacted] Nº colegiado: [redacted]

d) Requerimientos de subsanación: No.

3º.- ÁREA RESIDENCIAL

I. NUMERO TOTAL DE HABITACIONES Y NUMERO DE CAMAS EN CADA DORMITORIO:

La residencia cuenta con un total de 185 habitaciones: 150 habitaciones individuales, y 35 habitaciones dobles.

II. DORMITORIOS OCUPADOS:

a) Limpieza:

a.1 Estancia: La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

a.2 Lencería: La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

b) Equipamiento/dotación: La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

c) **Sistema de llamadas de urgencia:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

d) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

e) **Requerimientos de subsanación:** No.

III. ASEOS / BAÑOS:

a) **Numero de baños incorporados a dormitorios y/o de uso individual:** 11 individuales, y 76 compartidos.

b) **Numero de baños comunes:** El centro dispone de 6 aseos de uso colectivo.

c) **Limpieza:**

a.1. **Estancia:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

a.2. **Lencería:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

d) **Equipamiento/dotación:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

e) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

f) **Requerimientos de subsanación:** No.

IV. COMEDORES.

a) **Limpieza:**

a.1. **Estancia:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

a.2. **Lencería:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

b) **Menú:**

b.1 Supervisado y firmado por personal cualificado La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.:

b.2 Garantizado el conocimiento público con antelación mínima de 24 horas: La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

b.3 Concordancia del menú expuesto y supervisado con el servido: Sí.

c) **Equipamiento/dotación:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

d) **Otros datos de interés:** Sí. El centro cuenta con 4 comedores: uno en la planta baja donde comen los autónomos y los que necesitan menos ayuda, uno en la planta primera, uno en la planta segunda y uno en la planta tercera.

e) **Requerimientos de subsanación:** No.

V. ESTANCIAS COMUNES.

a) **Limpieza:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

b) **Equipamiento/dotación:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

c) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

d) **Requerimientos de subsanación:** No.

4º.- ÁREA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

a) **Atención especializada pautada:**

a) **Conservación de la medicación:** Las condiciones de seguridad, conservación y control de los medicamentos son conformes a la normativa vigente en materia de servicios sociales. La medicación almacenada y en uso de cada residente, se ubica en farmacia en la planta 1ª.

Realizado un muestreo de medicación almacenada y de medicación en uso de cada residente, no se observa medicación caducada.

b) **Preparación de la medicación:**

a.b.1. Personal que prepara la medicación:

La medicación crónica es preparada por Farmacia externa Lda. [redacted] y la medicación aguda, de nuevos ingresos, y de residentes que no se acogen al sistema de rollo por robot externo, es preparada para toda la residencia por la **auxiliar de farmacia** supervisada por la DUE del turno correspondiente.

Nos informan que no tienen acreditación documental donde diga quién es la persona que realiza la supervisión de la auxiliar de farmacia y que esté firmada por dicha persona pero sí que realizan dicha supervisión.

a.b.2. Coincidencia del tratamiento prescrito con el preparado: Sí.

Se comprueba que coinciden numéricamente con la pauta según se muestra, la medicación de 7 residentes, 3 de familia y 4 de robot de farmacia con la toma de la comida, merienda, y/o de la cena del día de la inspección, y desayuno del día siguiente a la inspección.

a.b.3. Sistema de preparación: Sí.

La medicación crónica de residentes empadronados en el Centro de Salud correspondiente es preparada por Farmacia externa a través del sistema de rollo por robot externo en bolsitas precintadas al vacío individualizadas por residente y toma, y la medicación aguda, de nuevos ingresos, y/o residentes que no se acogen al sistema de rollo por robot externo, es preparada en cajetines de medicación individualizados por residente y toma.

c) **Prestación de la atención asistencial pautada:**

La medicación oral es administrada por la DUE y en su defecto, por la auxiliar de enfermería. Se comprueba que se ha administrado la medicación en el desayuno a los residentes que así lo precisan. Asimismo, me informa la coordinadora de auxiliares que hay [redacted]

d) **Organización higiénico-sanitaria:** La organización higiénico-sanitaria de los medicamentos es conforme a la normativa vigente en materia de servicios sociales, garantizando las condiciones de seguridad y control de los mismos.

Se observan que las bandejas de medicación y cajetines están en buen estado de mantenimiento y limpieza en el momento de la inspección.

b) **Enfermería:**La unidad de enfermería no tiene una capacidad equivalente al 5% de la capacidad registrada del centro.

Hay 10 camas instaladas en zona de Enfermería (UCE) en planta 1ª, de las que 4 están ocupadas

c) **Sistema de información y de incidencias**:

a) **Sistema de información y de incidencias utilizado**:

Disponen de libro de incidencias por cada planta, e incidencias médicas y de enfermería en soporte informático RESIPLUS.

b) **Cumplimentación de la información y las incidencias:** El sistema garantiza la ejecución, continuidad, conocimiento, control de las tareas y atención que recibe la persona usuaria por parte del personal y su responsable.

d) **Registros:** Los registros utilizados están debidamente cumplimentados permitiendo la ejecución de las tareas, su conocimiento y control por parte del personal y su responsable.

Se realiza muestreo de registros de cuidados de los residentes estando completados y actualizados. Se comprueba registro oxigeno de residente [redacted] confirmando coincidencia entre prescripción y pauta [redacted]

e) **Otros datos de interés:** Sí:

Nos informan que si los familiares lo solicitan, se les permite subir a la farmacia para que supervisen la medicación de su familiar sin previo aviso.

f) **Requerimientos de subsanación:** b) Se requiere para que la unidad adicional de enfermería tenga una capacidad equivalente al 5 % de la capacidad del centro.

a) Se requiere para que el personal que dispense los tratamientos y atenciones de carácter especializado posea la titulación y cualificación necesarias para el desarrollo de sus funciones.

5º.- MEDIDAS DE SUJECIÓN

a) **Medidas alternativas concretas para cada una de las sujeciones:** Sí.

Se solicita la prescripción de sujeción de 5 residentes del centro que tenían colocada la medida durante la visita de inspección.

b) **Motivos del fracaso de las medidas alternativas previas a la prescripción de la sujeción** Sí. Se comprueba que se utilizan medidas alternativas para cada sujeción que

tiene pautado el residente. Informa la doctora que en el expediente del residente se valoran los motivos del fracaso, mostrándonos en Resiplus el Seguimiento médico.

c) **Cada sujeción está prescrita por profesional médico y aplicada conforme a lo pautado:** Sí.

d) **La prescripción médica de la sujeción refleja el motivo, el tipo de sujeción, las situaciones en las que debe utilizarse, su duración y la periodicidad de la reevaluación de la medida adoptada, que no podrá ser superior a un mes:** Sí.

e) **La medida de sujeción dispone del consentimiento informado del usuario/a o su representante** Sí.

f) **El consentimiento informado refleja adecuadamente los efectos negativos y positivos que ocasiona su aplicación:** Sí.

g) **Revisión diaria y periódica de la medida de sujeción:** Sí.

h) **Las personas usuarias con sujeciones prescritas, disponen de un Plan de Cuidados Complementarios:** No/No muestran

i) **El centro dispone de un protocolo de sujeciones físicas:** Sí.

j) **Declaración responsable firmada por el Director, donde consta un documento en el que se detalle la relación de personas que utilizan sujeciones, el tipo de sujeción, fecha de prescripción, fecha de última revaluación y fecha del consentimiento informado.** No/no muestran.

k) **El centro de atención residencial tiene un compromiso formal respecto a la reducción de sujeciones, que se acredita mediante la existencia de un Plan de reducción de sujeciones que contempla la reducción gradual de las mismas.** No/no muestran.

l) **Información complementaria:** Están implementando un programa de retirada de sujeciones.

En anterior acta [redacted] de fecha 13 de octubre de 2022, se hace referencia a la falta de prescripción médica del residente [redacted] que utilizaba [redacted] pero la doctora nos informa que [redacted] (indicador especifico de fisioterapia sobre marcha y equilibrio) como "No Valorable", y por lo tanto consideran que no es una sujeción.

m) **Requerimientos de subsanación:**

h) Se le informa de la necesidad de que las personas usuarias con sujeciones prescritas, dispongan de un Plan de Cuidados Complementarios

j) Se le informa de la necesidad de disponer de una declaración responsable firmada por el Director, con documento detallado de personas que utilizan sujeciones: el tipo, fecha de prescripción, fecha de última revisión, y fecha consentimiento informado

k)Se le informa de la necesidad de disponer de un Plan de Reducción de Sujeciones

6º.- CUIDADOS BÁSICOS A LA PERSONA USUARIA

a) **Aseo personal:** Se observa una correcta higiene personal de las personas usuarias.

b) **Muda de ropa, complementos, órtesis y otras ayudas técnicas:** Se observa una adecuada limpieza de la ropa, de los complementos, órtesis y otras ayudas técnicas que llevan y/o utilizan las personas usuarias, siendo aquélla ajustada a la temperatura y estación del año.

c) **Supervisión de personas usuarias dependientes:**El centro dispone de medidas específicas de prevención, supervisión e intervención para las personas usuarias dependientes.

d) **Intimidad personal:** En las atenciones prestadas a las personas usuarias se garantiza su intimidad.

e) **Horarios y organización del centro:** Los horarios de alimentación, higiene, descanso y aseo personal de las/los usuarias/os son adecuados conforme a los estándares de vida socialmente admitidos.

Me informa la coordinadora de auxiliares, que los residentes son levantados y aseados a partir de las 8:00 horas, desayunan a partir de las 9:30 horas, comen a las 13:00 horas los residentes más dependientes y el resto a las 14:00 horas, meriendan a las 16:30 horas, cenan a las 19:30/19:45 horas los residentes más dependientes y a las 20:15 horas el resto de usuarios, y recenan sobre las 0:00 horas y se ofrece una hidratación a los residentes a las 04:00 horas, a las 11:30 horas y entre las 18:00 y 18:30 horas, residentes diabéticos obligatorio.

f) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

g) **Requerimientos de subsanación:** No.

7º.- SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES

a) **Sistema de reclamaciones:**

a.1. **Las hojas de reclamaciones están a disposición de las personas usuarias y se ajustan en su contenido a la normativa vigente en materia de servicios sociales.:** Sí.

b) **Quejas y/o reclamaciones interpuestas en el centro:** Se han interpuesto las siguientes reclamaciones desde la última inspección efectuada al centro: [redacted] de fecha 13 de octubre de 2022 desde la reclamación nº 66 hasta la nº 82.

Se solicita envío de las x reclamaciones interpuestas, así como de las contestaciones por parte del centro.

c) **Protocolo de actuación en quejas y reclamaciones:** Sí. El director analizará las causas de reclamación, y contestará por escrito al reclamante en un plazo no superior a una semana.

d) **Sistema de sugerencias:** Sí. Disponen de buzón de sugerencias.

e) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

f) **Requerimientos de subsanación:** No.

8º.- DOCUMENTACIÓN

a) **Registro de personas usuarias:** Conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) **Publicidad:**

b.1. **Decálogo de derechos:** Sí.

b.2. **Precios comunicados:** Centro de titularidad pública o vinculado a un contrato administrativo de concesión de servicios públicos.

b.3. **Servicios que se prestan:** Sí.

b.4. **Certificado de evaluación de calidad:** Sí.

b.5. **Identificación de la persona responsable del Centro en ausencia del/de la Director/a:** Sí.

c) **Programación anual de actividades:** Sí. Se comprueba programación correspondiente al año 2022 en soporte informático RESIPLUS con evaluación de cada actividad, así como programación anual de actividades en soporte papel ajustada a la Orden 612/90.

d) **Póliza de seguros y recibo en vigor:** Al tratarse de un centro de titularidad pública, la información relativa a la póliza de seguros obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular. .

Tipo: Cobertura total de daños Número: [redacted] Compañía aseguradora: [redacted]

Fecha vencimiento: 01/01/2023

e) **Reglamento de régimen interior:** Sí.

f) **Expediente personal de atención especializada:** Sí.

f.1. **Programa de intervención individual actualizado:** Sí. Realizado muestreo PAI, se observa que están revisados cada 6 meses

f.2. **Constancia documental de la participación y conocimiento del usuario o su representante**. No/No muestran.

Se ha hecho un muestreo y en el caso de 2 residentes: [redacted] no aparece firmado el PAI ni la fecha, sin embargo, nos informan que es la trabajadora social la que se encarga de enviarlos por email a los familiares o representantes legales y en este momento dicha persona no se encuentra, no pudiendo la inspección confirmar este punto.

g) **Contrato/documento de admisión:** Al tratarse de un centro de titularidad pública, la información del documento de ingreso y del contenido obligacional de las relaciones con los usuarios, obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

h) **Certificado de desinsectación y desratización:** Sí. certificado 14/12/2022 con validez trimestral.

g) **Certificado de mantenimiento de aparatos, equipos y sistemas de protección contra incendios:** Sí.Certificado de fecha 27/10/2022 con validez anual.

i) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

j) **Requerimientos de subsanación:** f) Se requiere para que conste en el programa de atención individual de cada persona usuaria la acreditación documental de su participación y conocimiento en el mismo.

9º.- REQUISITOS COMUNES A LAS DISTINTAS ÁREAS DEL CENTRO

a) **Temperatura:** La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

12º.- REQUERIMIENTOS DEL ACTA ANTERIOR: [redacted] de 13 de Octubre de 2022 y [redacted] de 8 de agosto de 2022

a) Subsanados: Los siguientes:

- En cumplimiento de lo establecido en el artículo 18 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, se requiere para que el centro cuente con una dirección con la formación y las condiciones que se determinan en la normativa vigente *(El centro carece de director/a, responsable de la organización, funcionamiento y administración del centro, que disponga del reconocimiento de las acciones habilitantes para el ejercicio de sus funciones y El/la director/a no consta inscrito/a en el Registro de Directores de centros de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, al carecer del reconocimiento de las acciones habilitantes para el ejercicio de sus funciones*).

- Se requiere para que las sujeciones físicas estén prescritas por profesional médico y aplicadas conforme a lo pautado. *(Se comprueba la prescripción de sujeción física de los 5 residentes. Sin embargo, en el caso del residente* [redacted] *e lequipo interdisciplinar decidió colocar cama superbaja y colchoneta para evitar las caídas del residente, y no está prescrita por médico).*

- Se requiere para que conste la acreditación documental de los motivos del fracaso de las medidas alternativas previas a la prescripción de la sujeción. *(Se comprueba que se utilizan medidas alternativas para cada sujeción que tiene pautado el residente; sin embargo, no se indican expresamente los motivos del fracaso de las mismas).*

- Se continúa observando mancha de humedad seca en techo del baño de la habitación [redacted]

b) No subsanados: Los siguientes:

Se reitera para que den cumplimiento a los requerimientos no atendidos a la fecha de la presente inspección.

- Se requiere para que la unidad adicional de enfermería tenga una capacidad equivalente al 5 % de la capacidad del centro (*La unidad de enfermería no tiene una capacidad equivalente al 5% de la capacidad registrada del centro. Hay 10 camas instaladas en zona de Enfermería (UCE) en planta 1ª*).

b) **Mantenimiento:** Deficiencias observadas:

- Se siguen observando calas sin cerrar en los techos de los pasillos de distribución de habitaciones de la tercera planta, pero nos informan que están sustituyendo las tuberías de calefacción y agua caliente viejas por nuevas entre tercera y cuarta planta por parte de la Comunidad de Madrid.

c) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

d) **Requerimientos de subsanación:** b) Se requiere para que se garanticen el mantenimiento, conservación y reparación de las instalaciones del centro, con el fin de evitar su deterioro y garantizar, tanto la seguridad de las personas usuarias como la calidad en la atención prestada.

10º.- CALIDAD.

a) **Sistema de evaluación de calidad:** Evaluación externa del sistema de calidad.
Se comprueba que la entidad gestora dispone de Certificado nº[redacted]mitido por la entidad[redacted]conforme a Norma ISO 9001:2015 con fecha de caducidad de 16/12/2024, y de Certificado nº[redacted]mitido por la entida[redacted]conforme a Norma ISO 14001:2015 con fecha de caducidad de 16/12/2024.

b) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

c) **Requerimiento de subsanación:** No.

11º.- OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS

a) **Licencia municipal que autorice el ejercicio de la actividad/funcionamiento:** Al tratarse de un centro de servicios sociales cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid, la información relativa a la licencia obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

b) **Autorización de servicios sanitarios en centro no sanitario:** Al tratarse de un centro de servicios sociales cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid, esta información obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular. . . . . .

c) **Otros datos de interés:** Sí: **Se recuerda a la persona que facilita e informa la inspección que en el siguiente enlace puede consultar la normativa, protocolos y demás información relacionada con la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, en el ámbito de los centros y servicios sociales:** https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/entidades-centros-servicios-accion-social

- Se siguen observando calas sin cerrar en los techos de los pasillos de distribución de habitaciones de la tercera planta.

c) **No se ha podido comprobar la subsanación de los siguientes requerimientos cuyo cumplimiento se verificará en la siguiente visita de inspección:** Los siguientes:

- Se requiere para que se garantice una temperatura adecuada conforme a la actual estación del año *(Los grupos de alto riesgo que son vulnerables a los efectos del calor son fisiológicamente incapaces de enfriarse de manera eficiente cuando las temperaturas se elevan por encima de los 26º C. Por lo tanto, todos los centros de personas mayores deben poder proporcionar una habitación o una zona que mantenga la temperatura a 26º o menos).*

  No se ha podido comprobar, dada la estación del año en la que nos encontramos - diciembre 2022.

  La subsanación de este requerimiento se realizará en la siguiente actuación inspectora.

13º REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN

Al objeto de comprobar el cumplimiento de los requisitos exigidos en la normativa vigente en materia de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, deberá aportar en el plazo de **10 días hábiles** a partir del siguiente al de la fecha de la presente acta, por cualquiera de los **medios telemáticos** establecidos en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas, o por correo electrónico a la cuenta de correo [redacted] la documentación que a continuación se relaciona, dirigida al Área de Inspección de la Subdirección General de Inspección de Centros y Servicios de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, **con expresa indicación del número de la presente acta**:

-Modelo de relación de trabajadores del centro y sus correspondientes titulaciones.
-Reclamaciones interpuestas, así como de las contestaciones por parte del centro.
-Acreditación documental de la situación de autonomía de las personas autónomas por profesional competente y que son matrimonio o pareja de hecho o ingreso por emergencia social.

El artículo 14.2 de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre, establece quienes son los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones Públicas, entre los que se encuentran las personas jurídicas.

La no aportación de la documentación solicitada en el plazo señalado se encuentra tipificada como infracción muy grave en el artículo 29.g) de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid, al "impedir, obstruir, o dificultar de cualquier modo la acción del personal inspector en el desempeño de su cargo, así como no prestarle la colaboración y auxilio requeridos en el ejercicio de sus funciones".

Si precisara alguna consulta con carácter previo a la entrega de los documentos requeridos en esta acta, podrá hacerlo telefónicamente ante el/la inspector/a actuante en el número [redacted] o bien mediante consulta dirigida al buzón de correo reseñado anteriormente [redacted]

Lo manifestado en la presente acta se entiende sin perjuicio de otros incumplimientos que pudieran existir y que no se hubiesen recogido en la misma.

INFORMACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD, LECTURA Y FIRMA DEL ACTA

El personal inspector guardará secreto y sigilo profesional respecto de los asuntos objeto de la actuación, de conformidad con el artículo 21 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de acción social y de mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid.

El contenido del presente documento es absolutamente reservado. Los datos personales contenidos en el mismo serán tratados de conformidad con la normativa vigente de protección de datos de carácter personal, entre otras, el Reglamento europeo del Parlamento y del Consejo 2016/679, de 27 de abril, y la L.O. 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Queda prohibido cualquier uso (acceso, difusión, cesión...) para una finalidad distinta a la que justifica esta entrega. Las medidas de seguridad a aplicar serán las que correspondan a la naturaleza de los datos personales que contienen, garantizando en todo caso su autenticidad, integridad y confidencialidad, impidiendo cualquier uso no autorizado. Quedan sujetos a dicho régimen tanto el destinatario de este documento como cualquier otra persona que tenga acceso al mismo.

De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 11/2002, de 18 de diciembre, en testimonio de lo actuado se levanta la presente acta y tras la lectura de la misma ante la persona que ha atendido esta inspección, se le hace entrega de un ejemplar firmado por el personal inspector actuante.

Es todo cuanto manifiesto siendo las 15:30 hs.

El/La inspector/a

Firmado digitalmente por: [redacted] - COMUNIDAD DE MADRID
Fecha: 2022.12.19 15:23

[redacted]

Comunidad de Madrid

Dirección General de Evaluación, Calidad e Innovación
CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL

Subdirección General de Inspección de Centros y Servicios Sociales

ACTA DE INSPECCIÓN Nº: [redacted]

CENTRO: PEÑUELAS, RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES
Nº REGISTRAL DEL CENTRO: C2331
TITULAR: COMUNIDAD DE MADRID (CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL)
Nº DE IDENTIFICACIÓN: [redacted]
DIRECCIÓN: CALLE DE ARGANDA Nº 11
MUNICIPIO: 28005, MADRID
TIPOLOGÍA: CENTROS RESIDENCIALES
SUBTIPOLOGÍA: RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES
SECTOR SOCIAL: PERSONAS MAYORES

En **MADRID**, el día **14 DE FEBRERO DE 2023**, a las **10:15** horas, se personan en el servicio/centro de referencia el [redacted], y el [redacted], de la CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL, y en presencia del Sr. D. [redacted] en calidad de Director/a del centro, se le requiere para que facilite e informe la presente inspección.

MANIFESTACIONES DEL INSPECTOR

1º.- SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

a. Capacidad:

a.1. Total plazas registradas: 220

Aptas para personas autónomas:	**0**	Con movilidad reducida:	**0**
Aptas para personas dependientes:	**220**	Con movilidad reducida:	**220**

a.2. Total plazas concertadas con la Comunidad de Madrid: **0**

a.3. Total plazas ocupadas: 211

Aptas para personas autónomas:	**2**	Con movilidad reducida:	**0**
Aptas para personas dependientes:	**209**	Con movilidad reducida:	**133**

b) **Datos registrados del centro en el Registro de entidades, centros y servicios de acción social:**

b.1 Denominación: Coincidente con el dato registrado.

b.2 Dirección: Coincidente con el dato registrado.

b.3 Teléfono: Coincidente con el dato registrado.

b.4 Correo electrónico: Coincidente con el dato registrado.

b.5 Titular: Coincidente con el dato registrado.

b.6 Teléfono titular: Coincidente con el dato registrado.

b.7 Entidad Gestora: Sí: ARALIA SERVICIOS SOCIOSANITARIOS, S.A. - N.I.F.: [redacted].

c) **Inmueble compartido con otros centros/servicios:** Sí: Con el Centro de Día PEÑUELAS, CENTRO DE DÍA (C2332).

d) **Otros datos de interés:** Sí:

- Se levanta acta de conformidad con la Orden 1244/2021, de 1 de octubre, disposición XV, Establecimientos Sanitarios y de Servicios Sociales en su apartado sexagésimo cuarto punto 5.
- Según manifiesta el director informante, todos los residentes (salvo 9) y aproximadamente un 70% de los trabajadores del centro están vacunados con la pauta completa contra el **COVID-19**.
- Informa asimismo la persona que atiende la inspección de que en el momento de la presente **no** hay residentes ni trabajadores contagiados de **COVID-19.**
- Según informa el director que atiende la inspección, los **2 residentes válidos** han sido pareja de sendos residentes dependientes fallecidos.

e) **Disponen de Plan de Contingencia al que alude el artículo 10.3 de la Ley 2/2021, de 29 de marzo, referido en el punto 3 de la apartado sexagésimo cuarto de la Orden 1244/2021, de 1 de octubre, cuya valoración corresponde a la autoridad sanitaria:** Sí

f) **Los usuarios autónomos hacen uso de la mascarilla o, en su caso, mantienen distancia de seguridad interpersonal:** No procede

g) **Los usuarios dependientes utilizan mascarilla o, en su caso, mantienen distancia de seguridad interpersonal:** No procede

h) **Los trabajadores utilizan la mascarilla como medida de prevención e higiene:** Sí

i) **El centro da cumplimiento a la Resolución 2026/2020 de la Secretaría General Técnica de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad por la que se aprueban las instrucciones relativas a la obligación de remitir información sobre su situación ante la crisis sanitaria**

ocasionada por el covid-19, cumplimentando correctamente los datos, a través del sistema informatizado existente al efecto: Sí

j) **El director o persona responsable que informa la inspección, manifiesta que cumple con las medidas de apertura descritas en el documento "Actualización respecto a las medidas a adoptar en las residencias de mayores en la Comunidad de Madrid":** Sí

k) **Requerimientos de subsanación:** No.

2º.- PERSONAL DEL CENTRO

a) **Relación de trabajadores/as:** Se hace entrega, junto con el acta, de modelo de relación de trabajadores/as del centro para su cumplimentación y posterior presentación.

b) **Personal de presencia física en el momento de la inspección:** Según informan, en el momento de inicio de la presente visita de inspección se encuentran en el centro: el director, que atiende dicha inspección, 1 administrativa, 2 médicos, 4 enfermeras, 2 auxiliares de farmacia, 24 auxiliares, 3 fisioterapeutas, 1 psicóloga. 3 terapeutas ocupacionales, 2 trabajadores sociales, 1 TASOC, 1 nutricionista, 10 personas de limpieza, 5 personas en cocina, 3 personas de mantenimiento, 1 peluquera y 1 recepcionista.

c) **Director/a:** La persona indicada en el encabezamiento.

c.1. Dispone del reconocimiento de acciones formativas habilitantes: Sí.

c.2. Persona responsable en ausencia del/de la director/a: Sí. [redacted], gerente.

c.3. Datos inscritos en el Registro de directores de centros de servicios sociales: El/la director/a no está vinculado/a como tal a este centro.

d) **Otros datos de interés:** Sí.

- En anteriores inspecciones fue comprobada la **titulación** de los siguientes profesionales del centro (que, según manifiesta la persona que atiende la inspección, continúan prestando sus servicios profesionales en el centro):

- Médicos:

[redacted]

- Enfermeros:

[redacted].

- En la presente actuación inspectora se comprueban las **titulaciones** del siguiente personal del centro:
  - [redacted] (graduada en enfermería)
  - [redacted] (graduada en nutrición humana y dietética)
  - [redacted] (fisioterapeuta)
  - [redacted] (fisioterapeuta)
  - [redacted] (fisioterapeuta)
  - [redacted] (psicóloga)
  - [redacted] (terapeuta ocupacional)
  - [redacted] (terapeuta ocupacional)
  - [redacted] (terapeuta ocupacional)
  - [redacted] (terapeuta ocupacional)
  - [redacted] (TASOC).

- Se requiere, al final del acta, junto con la **relación de trabajadores**, cumplimentada según el modelo facilitado, la titulación del personal **NO** incluido en el presente apartado del acta (2.d).

- Según informan, **NO** son directores del centro ni [redacted] ni [redacted].

e) Requerimientos de subsanación: No.

3º.- ÁREA RESIDENCIAL

I. <u>NUMERO TOTAL DE HABITACIONES Y NUMERO DE CAMAS EN CADA DORMITORIO:</u>
El centro cuenta con un total de 185 habitaciones (150 habitaciones individuales y 35 dobles), distribuidas en cuatro plantas.

II. <u>DORMITORIOS OCUPADOS</u>: se visitan los siguientes dormitorios: [redacted]

a) Limpieza:

a.1 Estancia: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

a.2 Lencería: Deficiencias observadas: Se observan **manchas** en la funda de almohada de una de las [redacted]

c) Equipamiento/dotación: El mobiliario y equipamiento se ajustan a las necesidades y tipología de las personas usuarias, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) Sistema de llamadas de urgencia: Disponen de sistema de llamadas de urgencia operativo y atendido o de un sistema alternativo, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales. Se realizan llamadas desde los pulsadores de los timbres de los dormitorios visitados, comprobándose que dichas llamadas son atendidas desde el interfono por personal del centro.

c) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

d) **Requerimientos de subsanación:** a) Se requiere para que la muda de ropa de cama y demás lencería del dormitorio se efectúe siempre que lo requieran las circunstancias y en todo caso semanalmente, así como cada vez que se produzca un nuevo ingreso.

III. ASEOS / BAÑOS:

a) **Número de baños incorporados a dormitorios y/o de uso individual: 11** baños individuales y **76** baños compartidos.

b) **Número de baños comunes: 6** baños comunes.

c) **Limpieza:**

a.1. **Estancia:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales. Se observan **cepillos de dientes** en uso sin identificar en los baños compartidos de varios de los dormitorios visitados (es el caso de los dormitorios números [redacted] En la repisa del lavabo del baño compartido del [redacted] se encuentra una **esponja** sin identificar.

a.2. **Lencería:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales. Se observa, sobre un toallero del baño compartido del [redacted] una **toalla** textil en uso, sin que se encuentren identificados con el nombre del residente ni el toallero ni la toalla.

d) **Equipamiento/dotación:** El mobiliario y equipamiento se ajustan a las necesidades y tipología de las personas usuarias, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa de servicios sociales.

e) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

f) **Requerimientos de subsanación:** a) Se requiere para que se garantice una adecuada organización higiénico-sanitaria de los útiles de aseo, así como su identificación y la de la lencería de aseo personal de las personas usuarias.

IV. COMEDORES.

a) Limpieza:

a.1. Estancia: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

a.2. Lencería: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) Menú:

b.1 Supervisado y firmado por personal cualificado Sí. Se comprueba que los **menús** expuestos en el tablón situado a la entrada del centro (basal, diabético y túrmix), coincidentes con los preparados y servidos, han sido supervisados por una nutricionista de la empresa [redacted] ([redacted] y firmados por la médico del centro ([redacted]

b.2 Garantizado el conocimiento público con antelación mínima de 24 horas: Sí. Según lo indicado en el apartado anterior.

b.3 Concordancia del menú expuesto y supervisado con el servido: Sí. Se comprueba, tanto en la cocina del centro como en el comedor de la planta baja, que los platos que conforman el menú expuesto se corresponden con los que se ha preparado en la cocina, que a su vez coinciden con los que se empiezan a servir a las 13:20 horas en el comedor de la planta baja (primeros platos: fideuá de verduras y espinacas a la crema; segundos platos: calamares guisados y cinta de Sajonia a la plancha con encebollado).

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

b.4 Reflejan aporte dietético y calórico, y se ajustan a las necesidades específicas de las personas usuarias. Sí. Se comprueba asimismo los menús reflejan el aporte dietético y calórico de los alimentos que los componen.

c) Equipamiento/dotación: El mobiliario y equipamiento se ajustan a las necesidades y tipología de las personas usuarias, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

d) Otros datos de interés: Sí:

- Se adjuntan fotografías de la despensa de la cocina y de las cámaras frigoríficas de planta baja (que, según informan, permanecieron averiadas desde el pasado mes de noviembre de 2022 hasta mediados del mes de enero de 2023 (período durante el cual se utilizaron 5 arcones frigoríficos para el almacenamiento y conservación de los alimentos que requerían frío).

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted] [redacted]

[redacted]

- Según informan, los **fines de semana** el centro **dispone de 3 cocineros**. Se comprueban los contratos de dichos cocineros, en los que consta expresamente que su jornada laboral es de lunes a domingo. La jornada del cuarto cocinero del centro es de lunes a viernes.
- El centro cuenta con **cuatro** comedores, uno por planta (salvo en la cuarta planta, de residentes válidos, que no dispone de comedor).
- Según manifiesta el director informante, recientemente se ha constituido un "comité de menús", integrado por la dirección del centro, la jefa de cocina, la nutricionista, y una representación de familiares y residentes (en total unas doce personas), para tratar de adaptar los menús a las preferencias de los usuarios.

e) Requerimientos de subsanación: No.

V. ESTANCIAS COMUNES.

a) Limpieza: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) Equipamiento/dotación: Mobiliario y equipamiento conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.

c) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

d) Requerimientos de subsanación: No.

4º.- ÁREA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

a) Atención especializada pautada:

a.1. **Conservación de la medicación:** Las condiciones de seguridad y conservación de los medicamentos son conformes a la normativa vigente en materia de servicios sociales. Se realiza muestreo de la medicación, conservada en la **farmacia** del centro, ubicada en la planta primera, sin que se encuentren fármacos caducados.

a.2. **Preparación y administración de la medicación:**

a.2.1. **Personal que prepara la medicación:** Por farmacia externa ([redacted] Según manifiesta el director informante, la medicación aguda, la de los nuevos ingresos y la de aquellos residentes que no se acogen al sistema de rollo de robot, se prepara, para toda la residencia, por la **auxiliar de farmacia**, supervisada por la DUE del turno correspondiente.

a.2.2. **Comprobación del tratamiento preparado:** Sí. Se realiza muestreo de la medicación preparada a **10** usuarios para su administración durante la comida del día de la presente inspección, comprobándose que la medicación preparada coincide con la pauta médica que muestran,

a.2.3. **Sistema de preparación:** Sí. La medicación crónica se prepara por farmacia externa ([redacted] mediante Sistema Personalizado de Dosificación). La medicación aguda, la de los nuevos ingresos y la de los residentes que no se acogen al sistema de rollo de robot se prepara en cajetines individualizados, por residente y toma.

a.2.4. **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

a.3. **Prestación de la atención asistencial pautada:**

- Según informan, administra la medicación la DUE y en su defecto, la auxiliar de enfermería.
- En el momento de la presente vivita de inspección hay **2** usuarios hospitalizados y **14** se encuentran encamados, según manifiesta el director informante.

a.4. **Organización higiénico-sanitaria:** La organización higiénico-sanitaria de los medicamentos es conforme a la normativa vigente en materia de servicios sociales, garantizando las condiciones de seguridad y control de los mismos.

b) Enfermería: La unidad de enfermería no tiene una capacidad equivalente al 5% de la capacidad registrada del centro. El centro sólo dispone de 10 camas de enfermería.

c) Sistema de información y de incidencias:

c.1. **Sistema de información y de incidencias utilizado**: Libro de incidencias de auxiliares por cada planta e incidencias médicas y de enfermería en soporte informático (RESIPLUS).

c.2. **Cumplimentación de la información y las incidencias:** El sistema garantiza la ejecución, continuidad, conocimiento, control de las tareas y atención que recibe la persona usuaria por parte del personal y su responsable.

d) Registros: Los registros utilizados están debidamente cumplimentados permitiendo la ejecución de las tareas, su conocimiento y control por parte del personal y su responsable. Se realiza muestreo de registros de **enfermería** en soporte informático Resiplus (de caídas, de curas de pesos, de tensiones y de glucemias, entre otros) y de registros de auxiliares en **papel** (entre otros, de deposiciones, de absorbentes, de ingestas, de duchas y de alimentación) comprobándose que los muestreados han sido cumplimentados con regularidad hasta la fecha de la presente visita de inspección.

e) Expediente personal de atención especializada: Sí.

e.1. **Programa de intervención individual actualizado:** Sí.

e.2. **Constancia documental de la participación y conocimiento del usuario o su representante**. Sí.

f) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

g) Requerimientos de subsanación: b) Se requiere para que la unidad adicional de enfermería tenga una capacidad equivalente al 5 % de la capacidad del centro.

a) Se requiere para que el personal que dispense los tratamientos y atenciones de carácter especializado posea la titulación y cualificación necesarias para el desarrollo de sus funciones.

g) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

5º.- MEDIDAS DE SUJECIÓN

a.1. Medidas alternativas concretas para cada una de las sujeciones: Sí.

a.2. Motivos del fracaso de las medidas alternativas previas a la prescripción de la sujeción No/no muestran. Se comprueba que no constan dichas **causas** en las medidas de contención muestreadas.

a.3. Cada sujeción está prescrita por profesional médico y aplicada conforme a lo pautado: No/no muestran. Se comprueba durante la inspección que dichas medidas de contención **no** se encuentran aplicadas conforme a la pauta médica que muestran en los casos de los siguientes residentes:

- El residente [redacted] que tiene prescrito un cinturón [redacted] mientras que tiene aplicado [redacted]
- La residente [redacted], que tiene prescrito un cinturón [redacted], mientras que tiene aplicado uno [redacted]

a.4. La prescripción médica de la sujeción refleja el motivo, el tipo de sujeción, las situaciones en las que debe utilizarse, su duración y la periodicidad de la reevaluación de la medida adoptada, que no podrá ser superior a un mes: Sí.

a.5. La medida de sujeción dispone del consentimiento informado del usuario/a o su representante Sí.

a.6. El consentimiento informado refleja adecuadamente los efectos negativos y positivos que ocasiona su aplicación: Sí.

a.7. Revisión diaria de la medida de sujeción: Sí.

a.8. Las personas usuarias con sujeciones prescritas, disponen de un Plan de Cuidados Complementarios: No/no muestran.

a.9. El centro dispone de un protocolo de sujeciones físicas: No/no muestran.

a.10. Declaración responsable firmada por el Director, donde consta la relación de personas que utilizan sujeciones, el tipo de sujeción, fecha de prescripción, fecha de última revaluación y fecha del consentimiento informado. No/no muestran.

a.11. El centro tiene un compromiso formal respecto a la reducción de sujeciones, que se acredita mediante la existencia de un Plan de reducción de sujeciones. No/no muestran.

a.12. Información complementaria: No.

a.13. Requerimientos de subsanación b) Se requiere para que conste acreditación documental de los motivos del fracaso de las medidas alternativas previas a la prescripción de sujeción.

c) Se requiere para que las sujeciones físicas estén prescritas por profesional médico y aplicadas conforme a lo pautado.

h) Se requiere para que las personas usuarias con sujeciones prescritas, dispongan de un Plan de Cuidados Complementarios

i)Se requiere para que dispongan de un Protocolo de sujeciones físicas.

j) Se requiere para que dispongan de una declaración responsable firmada por el Director, donde conste la relación de personas que utilizan sujeciones: el tipo, fecha de prescripción, fecha de última revisión, y fecha consentimiento informado

k)Se requiere para que dispongan de un Plan de Reducción de Sujeciones

6º.- CUIDADOS BÁSICOS A LA PERSONA USUARIA

a) **Aseo personal:** Se observa una correcta higiene personal de las personas usuarias.
b) **Muda de ropa, complementos, órtesis y otras ayudas técnicas:** Se observa una adecuada limpieza de la ropa, de los complementos, órtesis y otras ayudas técnicas que llevan y/o utilizan las personas usuarias, siendo aquélla ajustada a la temperatura y estación del año.
c) **Supervisión de personas usuarias dependientes:**El centro dispone de medidas específicas de prevención, supervisión e intervención para las personas usuarias dependientes.
d) **Intimidad personal:** En las atenciones prestadas a las personas usuarias se garantiza su intimidad.

e) **Horarios y organización del centro:** Los horarios de alimentación, higiene, descanso y aseo personal de las/los usuarias/os son adecuados conforme a los estándares de vida socialmente admitidos. Según informan, los residentes son levantados y aseados a partir de las 08:30 horas, desayunan a partir de las 10:00 horas, comen a las 13:00 horas los residentes más dependientes y el resto a las 14:00 horas; meriendan a las 16:30 horas; cenan a las 19:30/19:45 horas los residentes más dependientes y a las 20:30 horas el resto de usuarios y recenan sobre las 00:00 horas. Se ofrece una hidratación a los residentes a las 04:00 horas y se administra a todos los diabéticos.

f) **Relaciones interpersonales:** Se garantiza el derecho a mantener relaciones interpersonales incluido el derecho a recibir visitas

g) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

h) **Requerimientos de subsanación:** No.

7º.- SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES

a) **Sistema de reclamaciones:**

a.1. **Las hojas de reclamaciones están a disposición de las personas usuarias y se ajustan en su contenido a la normativa vigente en materia de servicios sociales.:** Sí.

a.2. **Quejas y/o reclamaciones interpuestas en el centro:** Se han interpuesto las siguientes reclamaciones desde la última inspección efectuada al centro:

- Reclamaciones desde la **083** (de fecha 31/12/2022), contestada el día 02/01/2023, hasta la número **100** (de fecha 05/02/2023), contestada el 06/02/2023, del libro anterior y las reclamaciones 1 y 2 del nuevo libro (sin fecha de interposición y contestada el día de la presente),
- Se solicita, al final del acta, copia tanto de las reclamaciones interpuestas como de las contestaciones emitidas por el centro.
- Según informa el director que atiende la inspección, en cuanto al microondas del [redacted], dicho residente hacía uso de éste en el comedor

de los trabajadores de la cuarta planta y lo utilizaba libremente. Asimismo informa de que el referido residente se trasladó de centro el pasado día [redacted]

b) **Protocolo de actuación en quejas y reclamaciones:** Sí. El director analizará las causas de reclamación y contestará por escrito al reclamante en un plazo no superior a una semana.

c) **Sistema de sugerencias:** Buzón de sugerencias.

d) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

e) **Requerimientos de subsanación:** No.

8º.- DOCUMENTACIÓN

a) **Registro de personas usuarias:** Conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) **Publicidad:**

- b.1. **Derechos de los usuarios:** Sí.
- b.2. **Precios comunicados:** Centro de titularidad pública o vinculado a un contrato administrativo de concesión de servicios públicos.
- b.3. **Servicios que se prestan:** Sí.
- b.4. **Certificado de evaluación de calidad:** Sí.
- b.5. **Identificación de la persona responsable del Centro en ausencia del/de la Director/a:** Sí.

c) **Programación anual de actividades:** Sí.

d) **Póliza de seguros y recibo en vigor:** Al tratarse de un centro de titularidad pública, la información relativa a la póliza de seguros obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

e) **Reglamento de régimen interior:** Sí.

f) **Contrato/documento de admisión:** Sí.

g) **Certificado de desinsectación y desratización:** Sí. Ultimo parte de fecha 24/01/2023 (desinsectación) y 11/11/2022 (desratización)

h) **Certificado de mantenimiento de aparatos, equipos y sistemas de protección contra incendios:** Sí. De fecha 27/10/2022.

i) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

j) **Requerimientos de subsanación:** No.

9º.- REQUISITOS COMUNES A LAS DISTINTAS ÁREAS DEL CENTRO

a) **Temperatura:** Deficiencias observadas: Se realizan, durante la presente visita de inspección, mediciones de temperatura en distintas estancias del centro, con termómetro digital, comprobándose que dicha temperatura oscila entre los 26,1 (de máxima) en el [redacted] y los 19,6ºC (de mínima) en el [redacted]

b) **Mantenimiento:** Deficiencias observadas: Continúan observándose calas sin cerrar en los techos de los pasillos de distribución de las habitaciones del centro, con motivo de la sustitución de las tuberías de calefacción y agua caliente por parte de la Comunidad de Madrid, según informan.

c) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

d) **Requerimientos de subsanación:** a) Se requiere para que se garantice una temperatura igual o superior a 20 grados centígrados.

b) Se requiere para que se garanticen el mantenimiento, conservación y reparación de las instalaciones del centro, con el fin de evitar su deterioro y garantizar tanto la seguridad de las personas usuarias como la calidad en la atención prestada.

10º.- CALIDAD.

a) **Sistema de evaluación de calidad:** Evaluación externa del sistema de calidad. Certificado nº ES13/15032 emitido por la entidad SGS conforme a Norma ISO 9001:2015 con fecha de caducidad de 16/12/2024 y Certificado nº ES13/15033 emitido por la entidad SGS conforme a Norma ISO 14001:2015 con fecha de caducidad de 16/12/2024.

b) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

c) Requerimiento de subsanación: No.

11º.- OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS

a) Licencia municipal que autorice el ejercicio de la actividad/funcionamiento: Al tratarse de un centro de servicios sociales cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid, la información relativa a la licencia obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

b) Autorización de servicios sanitarios en centro no sanitario: Al tratarse de un centro de servicios sociales cuya titularidad corresponde a la Comunidad de Madrid, esta información obra en poder de la Unidad responsable de la entidad titular.

c) Otros datos de interés: Sí: Se recuerda a la persona que facilita e informa la inspección que en el siguiente enlace puede consultar la normativa, protocolos y demás información relacionada con la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, en el ámbito de los centros y servicios sociales: https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/entidades-centros-servicios-accion-social

12º.- REQUERIMIENTO DEL ACTA ANTERIOR: [redacted] DE 19 DE DICIEMBRE

a) Subsanados: Los siguientes:

- En la anterior inspección se requiere que el representante legal actualice los datos consignados en el Registro de Entidades, Centros y Servicios de Acción Social para que respondan con veracidad a la situación actual del centro mediante su presentación en los Registros Oficiales.
- En la anterior inspección se requiere que conste en el programa de atención individual de cada persona usuaria la acreditación documental de su participación y conocimiento en el mismo.

b) No subsanados: Los siguientes:

- En la anterior inspección se requiere que la unidad adicional de enfermería tenga una capacidad equivalente al 5 % de la capacidad del centro.

- En la anterior inspección se requiere que el personal que dispense los tratamientos y atenciones de carácter especializado posea la titulación y cualificación necesarias para el desarrollo de sus funciones.
- En la anterior inspección se informa de la necesidad de que las personas usuarias con sujeciones prescritas, dispongan de un Plan de Cuidados Complementarios.
- En la anterior inspección se informa de la necesidad de disponer de una declaración responsable firmada por el Director, con documento detallado de personas que utilizan sujeciones: el tipo, fecha de prescripción, fecha de última revisión, y fecha consentimiento informado.
- En la anterior inspección se le informa de la necesidad de disponer de un Plan de Reducción de Sujeciones.
- En la anterior inspección se requiere que se garanticen el mantenimiento, conservación y reparación de las instalaciones del centro, con el fin de evitar su deterioro y garantizar, tanto la seguridad de las personas usuarias como la calidad en la atención prestada.

Se reitera para que den cumplimiento a los requerimientos no atendidos a la fecha de la presente inspección.

c) No se ha podido comprobar la subsanación de los siguientes requerimientos cuyo cumplimiento se verificará en la siguiente visita de inspección: Se han comprobado todos.

13º REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN

Al objeto de comprobar el cumplimiento de los requisitos exigidos en la normativa vigente en materia de servicios sociales de la Comunidad de Madrid**,** deberá aportar en el plazo de **10 días hábiles** a partir del siguiente al de la fecha de la presente acta, por cualquiera de los **medios telemáticos** establecidos en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas, o por correo electrónico a la cuenta de correo [redacted] la documentación que a continuación se relaciona, dirigida al Área de Inspección de la Subdirección General de Inspección de Centros y Servicios de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, **con expresa indicación del número de la presente acta**:

- **Relación de trabajadores (según modelo facilitado), así como copia de las titulaciones del personal NO incluido en el apartado (2.d) del acta.**
- **Copia de las reclamaciones interpuestas y de las contestaciones emitidas por el centro.**
- **Declaración responsable firmada por el Director, donde conste la relación de personas que utilizan sujeciones, el tipo de sujeción, fecha de prescripción, fecha de última revaluación y fecha del consentimiento informado (si en el centro no hay ninguna persona usuaria con sujeción, declaración en la que conste dicha información).**

El artículo 14.2 de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre, establece quienes son los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones Públicas, entre los que se encuentran las personas jurídicas.

La no aportación de la documentación solicitada en el plazo señalado, se encuentra tipificada como infracción grave en el artículo 97.o) de la Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, al "obstruir o dificultar la acción del personal inspector en el desempeño de sus funciones".

Si precisara alguna consulta con carácter previo a la entrega de los documentos requeridos en esta acta, podrá hacerlo telefónicamente ante el/la inspector/a actuante en el número [redacted] o bien mediante consulta dirigida al buzón de correo reseñado anteriormente [redacted]

Lo manifestado en la presente acta se entiende sin perjuicio de otros incumplimientos que pudieran existir y que no se hubiesen recogido en la misma.

INFORMACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD, LECTURA Y FIRMA DEL ACTA

El inspector guardará secreto y sigilo profesional respecto de los asuntos objeto de la actuación de conformidad con el artículo 83 de la Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

El contenido del presente documento es absolutamente reservado. Los datos personales contenidos en el mismo serán tratados de conformidad con la normativa vigente de protección de datos de carácter personal, entre otras, el Reglamento europeo del Parlamento y del Consejo 2016/679, de 27 de abril, y la L.O. 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Queda prohibido cualquier uso (acceso, difusión, cesión…) para una finalidad distinta a la que justifica esta entrega. Las medidas de seguridad a aplicar serán las que correspondan a la naturaleza de los datos personales que contienen, garantizando en todo caso su autenticidad, integridad y confidencialidad, impidiendo cualquier uso no autorizado. Quedan sujetos a dicho régimen tanto el destinatario de este documento como cualquier otra persona que tenga acceso al mismo.

De acuerdo con el artículo 84 de la Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, en testimonio de lo actuado se levanta la presente acta y tras la lectura de la misma ante la persona que ha atendido esta inspección, se le hace entrega de un ejemplar firmado por el inspector/a actuante.

Es todo cuanto manifiesto siendo las 16:25 horas.

El inspector

[redacted]

[redacted]