

METADATOS DEL DOCUMENTO ELECTRÓNICO

Origen	<i>Administración</i>
Fecha de Captura	<i>28/06/2023</i>
Organo	<i>SECRETARIA DELEGACION PROVINCIAL BIENESTAR SOCIAL TOLEDO</i>
Estado	<i>Original</i>
Tipo de Documento	<i>Acta</i>
Localizador CSV	
Nombre Formato	<i>PDF</i>
Identificador ENI	
Version NTI	
Identificador Interno	
Num. Registro Salida	
Fecha Registro Salida	<i>28/06/2023 15:49:11</i>

Dirección de verificación del documento:

TIPO FIRMA

FIRMANTE/VALOR CSV

FECHA DE FIRMA / REGULACIÓN CSV

ACTA DE VISITA DE INSPECCIÓN

DATOS DEL CENTRO / SERVICIO

DENOMINACION: RES. MAYORES “VITALIA NAMBroCA”

COLECTIVO: MAYORES **TIPO:** RESIDENCIA **REF.:** TED/RE/09/96 **COD.:** C280

DOMICILIO: C/TOLEDO 4 **LOCALIDAD:** NAMBroCA **PROVINCIA:** TOLEDO

DIRECTORA: _____

REPRESENTANTE LEGAL: JOSE MARÍA COSCULLUELA SALINAS

TELÉFONO: 925216875 **EMAIL:** _____

ENTIDAD TITULAR/GESTORA: VITALIA HOME SL **CIF:** B99438806

En NamBroca, a 28 de junio de 2023, personados a las 09:15 h. en el Centro de referencia el funcionario con número de identificación _____, en calidad de Inspector de la Delegación Provincial de Toledo de la Consejería de Bienestar Social y teniendo en su presencia a D.ª _____ con D.N.I. nº _____, quien dice ostentar la condición de Directora, le fue notificado el objeto de esta visita de inspección.

MOTIVO DE LA INSPECCIÓN:

SEGUIMIENTO PLAN DE INSPECCION 2023 de acuerdo con la programación semanal de la Sección de Inspección de Centros - Programa de Control de servicios sociales destinados a la atención a personas mayores.

Antes de acceder al centro se solicita información al responsable del centro acerca de las medidas de prevención a adoptar por parte del personal ajeno al centro, que según refieren serían las siguientes: el uso de gel desinfectante de manos y uso de mascarilla. Los Inspectores adoptan dichas medidas en la ejecución de la visita.

Una vez identificado el personal inspector mediante la exhibición de la correspondiente acreditación, se procede a realizar las averiguaciones y comprobaciones que corresponden al motivo de la inspección arriba indicado, de acuerdo con lo establecido en el art. 52 y siguientes de la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, de cuyo resultado dejan constancia a continuación:

El centro cuenta con 101 plazas autorizadas, no contando con plazas incluidas en la red pública, distribuidas en cuatro plantas, 5 habitaciones dobles y 11 individuales, en planta primera; 6 habitaciones

dobles y 12 individuales, en planta segunda; 6 habitaciones dobles y 5 individuales, en planta tercera; y 18 habitaciones dobles y 3 individuales, en planta cuarta. El día de la visita la ocupación del centro es de 71 residentes.

Se visitan las distintas instalaciones del centro, tales como cocina, comedor, comedor familiar, sala de estar, habitaciones, enfermería, sala multisensorial, salas de terapia ocupacional y fisioterapia, lavandería, almacenes, espacios exteriores y administración. **Durante la visita se observa que**

- **Tanto la planta 2ª como la planta donde están situadas las habitaciones 401 a 420, carecen de señalización de emergencia.**
- **que hay una salida en la planta 1ª con dispositivo antipánico que está señalizada como salida de emergencia.**
- **En la sala Cisneros hay una cortina descolgada y un enchufe sin la carcasa.**

Se visitan varias habitaciones elegidas al azar, comprobando que están equipadas con el mobiliario requerido por la normativa vigente, asimismo se revisa el estado de los dispositivos de activación personal, lencería de camas y toallas, observándose las incidencias que se indican más abajo. Se comprueba que la ropa de los residentes está correctamente marcada.

En la última visita de seguimiento de 22/04/2022, el centro presentaba las siguientes incidencias en las habitaciones, procediendo a la comprobación de su subsanación en la presente visita, con el siguiente resultado:

En la anterior visita de inspección se detectaron las siguientes incidencias:

- En 2019 se comprobó que el estado de carpintería de puertas de habitaciones y armarios se encontraba deteriorada. En la visita del 2020 permanecía en las mismas circunstancias. En la visita de 2021 se comprobó que continuaba en la misma situación. Se observó además la necesidad de mantenimiento de pintura en habitaciones y pasillos. En la respuesta dada informaron que en el mes de diciembre comenzarían las labores de pintura de puertas y armarios. Se destinarían 4 días a la semana a estas labores de pintura del centro para no descuidar otras actuaciones de mantenimiento. Se estimaba que en agosto de 2022 se habrían terminado todas las necesidades de mantenimiento de pintura. En la última visita por seguimiento de 22/04/2022, se comprobó que habían sido iniciadas labores de pintura, se habían instalado zócalos en pasillos, se habían instalado Tablets en las habitaciones y se



estaban realizando trabajos de carpintería. En la presente visita no se observan incidencias, habiendo instalado el zócalo en todas las habitaciones.

- En anteriores visitas se observó como en varias habitaciones los dispositivos de llamada de los cabeceros se encontraban desconectados de la corriente y sin conectar los llamadores. Se requirió la revisión y puesta en correcto estado de funcionamiento de todos los dispositivos. En la respuesta dada informaron de la revisión de los mismos habitación por habitación. En la última visita por seguimiento de 22/04/2022, se observó como en varias habitaciones los llamadores estaban desenchufados, presentando mal funcionamiento en otros cosas. Según informaron se estaba instalando un nuevo sistema de llamadores, por lo que se requirió informe de las subsanaciones realizadas, comunicando que se revisarían todos los llamadores hasta que se completara el cambio en el sistema de llamadores. En la presente visita no se observan incidencias **salvo en las habitaciones 302, donde llamador estaba desenchufado y en la habitación 304, donde no funciona el llamador.**
- En anteriores visitas se observó como en varias habitaciones (201, 203, 217 ,107...), carecían de ayudas técnicas en el inodoro o se encontraban mal ancladas. En la respuesta dada informaron que se procedería a la revisión, adquisición de las ayudas técnicas necesarias, anclado correcto o refuerzo en los casos necesarios. En la última visita por seguimiento de 22/04/2022, se observó cómo han sido dotados los baños de dichas ayudas técnicas, si bien en los casos de las habitaciones 203 y 217, debería revisarse su anclaje. En la presente visita se comprueba su subsanación, **si bien la habitación 110 presenta la ayuda técnica de la taza del baño mal anclada.**
- En anteriores visitas falta de cabecero en la habitación 201. En la última visita de seguimiento de 22/04/2022, **se comprobó que permanece en las mismas circunstancias, si bien, informaron que se estaba dotando al centro de nuevas camas articuladas que llevan el cabecero incorporado. En la presente visita se siguen observando varias camas sin cabeceros (213, 110, 109).**

En la presente visita se observa que en:

- **Habitación 208, presenta sabana bajera sucia, en la cama junto a la puerta. Y la taza del cuarto de baño no tiene tapa.**
- **Habitación 109, falta el pulsador del interruptor de la luz.**



- **Habitación 304, los interruptores de la luz están inaccesibles y están rotos. Hay un alargador desde el armario para el motor de la cama junto a la puerta.**
- **Habitación 307, tiene la cajetilla del llamador colgando.**

El centro funciona con aparente normalidad, presentando buen aspecto, orden y limpieza. La temperatura de las dependencias es confortable. Según informan no han recibido quejas y reclamaciones respecto a estos puntos. No existen elementos peligrosos para los usuarios. El centro dispone de un registro de limpieza del centro.

Se comprueba el buen estado de higiene y aseo de las personas usuarias y se mantiene entrevista con dos usuarios manifestando su conformidad con los servicios recibidos, no manifestando quejas en relación a la temperatura, estado de conservación, mantenimiento, limpieza o mobiliario, **si bien una de las personas entrevistadas manifiesta que falta personal y calor por las noches en las habitaciones que no tienen instalado aire acondicionado.**

Se revisan varios contratos de ingreso, comprobando que están firmados por la persona usuaria o representante legal, y que contiene: precios, forma y plazos de abono, servicios incluidos, causas de extinción y procedimiento de liquidación.

Se revisa los expedientes personales de dos usuarios comprobando que contiene documentación administrativa (ficha de toma de datos, fotocopia del D.N.I. y de la tarjeta sanitaria, datos bancarios, autorización de tratamiento de datos y de imágenes, autorización para información médica, copia de solicitudes de ayuda a la dependencia, etc.). Asimismo dichos expedientes cuentan con un Plan Individual de Atención Personalizado (PIAP), comprobándose que disponen de valoración por parte de Médico, DUE, Trabajadora Social, Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional, realizándose revisiones semestralmente o cuando se produce un cambio de la situación de la persona usuaria. En los mismo se recogen fecha elaboración, objetivos y actividades para su consecución, cumplimentándose diversas escalas de valoración tales como MEC, Barthel y Tinetti. Según comunican los PIAP están acordados con los usuarios y familiares y se informa a los familiares del resultado de los mismos, **no dejando constancia documental, si bien según informan la directora está previsto empezar a dejar constancia documental** . Los usuarios actualmente cuentan con un auxiliar o gerocultor de referencia.

El centro dispone de un protocolo de acogida y adaptación, **si bien no dispone de un Plan de acogida y adaptación de residentes en formato en modo lectura fácil y letra ampliada, que recoge el contenido mínimo establecido en el Decreto 2/2022, de 18 de enero.** (Información a los nuevos residentes y sus familias de los servicios y normas de funcionamiento del centro, información del procedimiento para



plantear quejas y reclamaciones, actuaciones que faciliten la incorporación y adaptación del nuevo residente y explicación del sistema establecido para información a las familias sobre el estado del residente, o cualquier cuestión de interés que pueda plantear la familia, en aspectos tales como: quién informa en cada turno de trabajo si se produce una incidencia, información a la familia cuando se elabore el PIAP, información sanitaria y de índole social, horario de atención a las familias.), **por lo que se requiere su elaboración e implantación.**

El centro presta servicio de terapia ocupacional y fisioterapia, **si bien no llevan un registro de seguimiento y control de asistencia a las actividades por los distintos profesionales.**

Se visita la cocina comprobándose que la comida que se está elaborando coincide con lo establecido en el menú. No disponen de menú visado para los usuarios que precisen triturados, ya que según informan disponen de un robot que tritura cualquier tipo de comida, por lo que el menú de triturado sería el mismo que el basal. Así mismo cuentan con una nutricionista para la valoración de los usuarios que propone el servicio sanitario por déficit de peso o pérdida del mismo, para realizar un estudio a través de analíticas y así establecer las medidas dietéticas a llevar a cabo. Se revisan las cámaras de productos percederos no observándose incidencias. Los horarios de comida coinciden con lo establecido en el Reglamento de Régimen Interior.

El centro cuenta con un Programa de actividades de ocio y tiempo libre, incluyendo salidas al aire libre, cuando el tiempo lo aconseje y participación en actividades culturales de la comunidad.

Se revisan los registros de los distintos protocolos de atención directa a los usuarios: higiene (aseo, duchas, afeitado, lavado bucal, pañales), deposiciones (sólo asistidos), alimentación e ingesta de líquidos y toma de constantes (peso, tensión arterial, sintróm, glucemias, frecuencia cardiaca, temperatura y saturación), procediéndose a comprobar la subsanación de las incidencias detectadas en la anterior visita de 22/04/2022 o la presencia de nuevas incidencias en presente visita, con el siguiente resultado:

.- En la anterior visita en el registro de deposiciones en papel no aparecían las actuaciones llevadas a cabo en los casos de ausencia continuada de deposiciones, observándose que había un número elevado de ausencia de anotaciones de deposición. En la presente visita los registros están en la aplicación informática, volviendo a presentar un elevado número de ausencia de anotaciones.

.- En la anterior visita en el registro de alimentación se observa como existe la anotación “B”, en todos los usuarios, todos los días del mes abril. En la presente visita se observa que hay



anotaciones “regular” en algunos casos, si bien se observa la ausencia de anotaciones en un gran número de días en los casos revisados.

- En la anterior visita en la aplicación los registros aparecen de forma conjunta por días, dificultando el seguimiento o evolución de cada usuario. Por lo que se recomienda la implantación de un sistema que permita la visualización por residente donde aparezcan los registros diarios. En la presente visita en la presente visita se comprueba su subsanación.

- En la presente visita se observa que faltan anotaciones en el registro de cambio de pañal en un gran número de días, en los casos revisados.

Los registros de cambios posturales, como medidas de prevención de úlceras por presión, disponen de las pautas de cambios nocturnos. Según informan solo hay un residente encamado, **si bien en su hoja de seguimiento específico figura “cambios posturales S/ pauta”, informando la enfermera que el usuario cambia solo de posición, no obstante visitado el residente se observa que tiene puestas muñequeras, impidiendo su movimiento. Preguntado el residente por los cambios de postura que le llevan a cabo, contesta que se los realizan en los cambios de pañal. Se requiere que se establezca una pauta de cambios posturales, al estar limitada su movilidad.**

En cuanto a la atención médica se comprueba como existe un seguimiento individualizado y que figura por escrito. Disponen de un documento para derivación en caso de emergencia sanitaria con una breve descripción de las patologías que presenta el usuario y tratamiento farmacológico.

En cuanto al tratamiento farmacológico disponen de hojas de tratamiento con indicación de fecha de inicio y fin. Se comprueba que la medicación preparada para dos usuarios **no coincide con los medicamentos pautados, presentando las siguientes incidencias:**

- **J A. O., con D.N.I. ***088***:**
 - Tiene cargado NEOMYX, 0,5 mg/0,4 mg con pauta 1-0-0-0 y en su hoja de tratamiento farmacológico tiene pautado 0-0-0-1.
 - Tiene cargado GABAPENTINA 100 mg, con pauta 0-1-0-0 y en su hoja de tratamiento farmacológico tiene pautado 0-1-0-0.
 - Tiene cargado PREGABALINA, con pauta 0-1-1-1 y no figura en su hoja de tratamiento farmacológico.
- **J.A R, con D.N.I. ***984***:**
 - Tiene pautado en su hoja de tratamiento farmacológico TARDYFEROL 80 mg, con 1- 0-0-0, y esta sin cargar.
 - Tiene pautado en su hoja de tratamiento farmacológico HIDROFEROL 0,266 mg, con 1-0-0-0, los días 1 y 15 de cada mes y esta sin cargar.
 - Tiene pautado en su hoja de tratamiento farmacológico QUETIAPINA 25 mg, con 1-2- 0-2, y está cargado con pauta 1-1-0-2).



Según informan el acceso a las dependencias donde se almacena los medicamentos permanece cerrado en ausencia del personal responsable.

En el caso de las medidas de sujeción se comprueba que cuentan con un registro de sujeciones, que las medidas de sujeción se encuentran prescritas por médico colegiado, con indicación del tipo de medidas, motivo, y que cuentan con comunicación a los familiares, **si bien en dos de los casos revisados estaba sin marcar la casilla de aceptar o no aceptar.**

En relación al registro de caídas, se comprueba que están cumplimentado en todos sus apartados, se ha informado a las familias, se han registrado cronológicamente y están anotadas en el registro de incidencias.

Se comprueba que se realiza el registro y seguimiento de curas actualizado con indicación de pauta, tratamiento y evolución de las mismas, **si bien en la anterior visita de 22/04/2022, solo constaban algunas de las curas realizadas. En presente visita se observa que algunas curas siguen sin estar anotadas.**

El equipo técnico interprofesional en la actualidad no se reúne presencialmente, elaborando cada profesional su parte del PIAP.

Existe un órgano que posibilita la participación de usuarios y familiares, si bien se constituyó el 28/04/2023, estando prevista su primera reunión el 04/07/2023.

Según informan se estaría prestando servicios de Terapia ocupacional, fisioterapia y psicología (Unidad de Terapias Intensivas, de carácter ambulatorio), aunque actualmente no tienen ningún usuario.

Durante la visita se procede a la comprobar documentación, según se indica a continuación:

	Sí	No
DISPONEN DE SISTEMA DE GESTIÓN EN FORMATO ELECTRÓNICO. (en proceso de implementación al Decreto 2/2022)	X	
LIBRO DE INCIDENCIAS (en formato electrónico, si bien se mezcla con las comunicaciones internas)		X
REGISTRO DE USUARIOS ACTUALIZADO	X	
REGISTRO DE QUEJAS Y RECLAMACIONES (figurando una anotación el 31/01/2023; dos el 21/02/2023 y el 27/03/2023)	X	



PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL. Vigencia: 19/12/2022 Nº Póliza: _____; Compañía: _____; Cuantía: _____ (diversos centros de VITALIA)		X
PÓLIZA DE SINIESTRO DEL EDIFICIO. Vigencia: 19/12/2022 Nº Póliza: _____; Compañía: _____		X
CERTIFICADO DDD Valido hasta 15/03/2023	X	
REGLAMENTO REGIMEN INTERIOR ACTUALIZADO A LA LEY 14/2010, DE 16 DE DICIEMBRE Y AL DECRETO 2/2022, DE 18 DE ENERO		
CERTIFICADO INSTALACION BAJA TENSIÓN ELECTRICA. Vigencia: 16/12/2025	X	
CALDERAS, CALEFACCION, CLIMATIZACION Y ACS Realizado		X
ASCENSORES: RAE: 3995; Vigencia IT: 16/07/2022; Mantenimiento: junio/2023	X	
RAE: 3433; Vigencia IT: 16/07/2022; Mantenimiento: junio/2023	X	
GAS. Vigencia: 30/07/2023	X	
INSTALACIONES DE PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS Vigencia del mantenimiento anual: marzo/2024 Inspección Técnica, vigencia: condicionado hasta 28/07/2021	X	X
DISPONE DE PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO DE LA SEGURIDAD Y USO		X
SISTEMA DE GESTIÓN Y ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD. NORMA ISO 9001:2015 Vigencia: 27/06/2023		X
NORMA UNE 158101:2015; vigencia: 13/09/2023(sin Anexo de centros)		X
NORMA ISO 10002:2018; vigencia: 26/11/2023 (sin Anexo de centros)		X
PLAN AUTOPROTECCIÓN Formación: 14/06/2023 Simulacro: 14/06/2023, pendiente de informe Inscripción: 05/06/2016 Revisado:	X	X





14/04/2021		
------------	--	--



	X	
--	---	--

Al no poderse comprobar se requiere para que aporten la siguiente documentación:

- Informe de subsanación de las deficiencias reflejadas en acta. ()
- Listado de personal con expresa indicación de categoría profesional y jornada realizada, indicando asimismo el personal que esté de baja por I.T. u otra circunstancia y la persona que lo sustituye.
- Informe de vida laboral del código cuenta cotización del centro, que abarque el periodo comprendido entre el día de la visita y el mismo día del mes anterior.
- Última factura del personal que preste servicios en esta modalidad, con indicación de las horas prestadas, si procede.
- Cuadrante de turnos del mes en curso.
- Recibo de pago de la póliza de responsabilidad civil y de siniestro del edificio, donde figure el número de póliza y la vigencia de la póliza.
- Registro de incidencias, que recoja de forma específica las que afecten al normal funcionamiento de la residencia.
- Reglamento de Régimen Interior, actualizado al Decreto 2/2022, de 18 de enero (D.O.C.M. Nº 15, de 24 de enero de 2022).
- Plan de acogida, actualizado al Decreto 2/2022, de 18 de enero (D.O.C.M. Nº 15, de 24 de enero de 2022).
- Certificado de mantenimiento de las calderas, calefacción, climatización y ACS del centro en vigor, o en su defecto, parte del último mantenimiento realizado.
- Certificado en vigor de la revisión de las instalaciones de protección contra incendios.
- Protocolo de mantenimiento de la seguridad y uso.
- Certificado implantación de sistema de gestión y aseguramiento de la calidad.
- Plan de autoprotección (Simulacro). Indicación de la fecha de realización la formación y simulacro o la previsión para su realización, debiendo remitir informe resultante emitido por la empresa que lo realiza. Asimismo se informa que cada 3 años deberán realizar la actualización del Plan de

Autoprotección, debiendo tramitar la modificación de los datos inscritos en el registro de planes de autoprotección de Castilla-La Mancha, a través de la sede electrónica o nueva inscripción, según proceda, lo cual puede hacer a través de la sede electrónica de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCION DE DATOS	
Responsable	Secretaría General de la Consejería de Bienestar Social
Finalidad	Gestión y tramitación del régimen de autorización y comunicación, acreditación, registro e inspección de los servicios sociales en Castilla-La Mancha
Legitimación	6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos. Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha y el Decreto 45/2022, de 1 de junio, del régimen de autorización administrativa y comunicación, acreditación, registro e inspección de los servicios sociales en Castilla-La Mancha
Destinatarios/as	No existe cesión de datos
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional
Información adicional	Disponible en la dirección electrónica

Se adjuntan al presente acta los siguientes documentos:

Los hechos recogidos en la presente acta gozan de presunción de veracidad salvo prueba en contra (art. 54.2 de la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha; DOCM nº 251, de 31 de diciembre de 2010)

Como consecuencia de los hechos indicados procede realizar la siguiente actuación

administrativa: Requerimiento X	Recomendación	Medida
cautelar Otras		

Para que en el plazo de 10 días aporten la documentación requerida en acta en la Delegación Provincial de Toledo de la Consejería de Bienestar Social, informando que la falta de respuesta, en el plazo antes mencionado, será considerada falta grave según se establece en el art. 86.j de la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, sin perjuicio de las posibles infracciones en que pudiera incurrir por la no subsanación de los incumplimientos detectados.

Así mismo, se le recuerda que, de conformidad con lo dispuesto en el art.14.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las AA.PP (BOE núm. 266, 2 de octubre 2015), las personas jurídicas están obligadas a relacionarse con la administración por medios electrónicos para la realización de cualquier trámite, lo cual puede hacer a través de la sede electrónica de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (<https://www.jccm.es/>).

Alegaciones del interesado:

Y en prueba de la visita realizada, siendo las 16:00 h., se levanta la presente acta que firman los inspectores y el compareciente en el lugar y fecha indicados. SI se entrega copia del acta al interesado

EL COMPARECIENTE

EL PERSONAL INSPECTOR

Delegación Provincial de Toledo



Junta de Comunidades de
Castilla-La Mancha

