



**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 014/CZMS/22

CENTRO: ORPEA ESTREMER, RESIDENCIA PARA PERSONAS MAYORES (PLAN VELOCIDAD)

Nº REGISTRAL DEL CENTRO: C3442

TITULAR: CENTROS RESIDENCIALES ESTREMER, S.A.

Nº DE IDENTIFICACIÓN: A83747428

DIRECCIÓN: AVDA DEL PAPA JUAN PABLO II Nº S/N

MUNICIPIO: 28595 ESTREMER

TIPOLOGÍA: CENTROS RESIDENCIALES

SUBTIPOLOGÍA: RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

SECTOR SOCIAL: PERSONAS MAYORES

En Estremer, el día **31 DE ENERO DE 2022**, a las **10:00** horas, se persona en el servicio/centro de referencia el/la inspector/a, INSPECTOR CIRA [REDACTED], de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, y en presencia de 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: 82

Aptas para personas autónomas:	0	Con movilidad reducida:	0
--------------------------------	---	-------------------------	---

Aptas para personas dependientes:	82	Con movilidad reducida:	82
-----------------------------------	----	-------------------------	----

a.2. Total plazas concertadas con la Comunidad de Madrid: 82

a.3. Total plazas ocupadas: 79

Aptas para personas autónomas:	0	Con movilidad reducida:	0
--------------------------------	---	-------------------------	---

Aptas para personas dependientes:	79	Con movilidad reducida:	30
-----------------------------------	----	-------------------------	----

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



**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

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: No hay entidad gestora. N.I.F.:

c) Inmueble compartido con otros centros/servicios: Sí: Con C3431 RESIDENCIAL ESTREMER, CENTRO DE DIA (PLAN VELOCIDAD). Entrada independiente desde el exterior. Respecto al personal disponen de auxiliares específicas de centro de día y comparten personal de atención especializada. Asimismo los usuarios de centro de día se integran con los residentes, aunque disponen de una sala polivalente de Centro de día.

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.

- En el momento de la inspección tienen 11 residentes positivos por COVID19, de los cuales 3 tienen síntomas leves, y el resto son asintomáticos. Asimismo tienen una gerocultora que fue positiva a COVID19 el sábado anterior a la inspección. Me informa la directora que no hay residentes ingresados en hospital a fecha de la actuación inspectora. La información facilitada por la directora y comprobada en la actuación inspectora coincide con los datos suministrados a través de ISDR (información sociosanitaria de residencias).

- Me informa la directora que en el centro todos los residentes tienen pauta de vacunación completa, incluida refuerzo, así como todos los trabajadores del centro con las dosis de vacunación completa. La tercera dosis de refuerzo, hay trabajadores que ya la tienen puesta y otros aún no, en base a cuando pasaron el COVID19.

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: Sí



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

- 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 enfermera, 1 terapeuta ocupacional, 1 fisioterapeuta, 1 persona mantenimiento, 10 gerocultores de las cuales 2 se van a las 11:30 porque son auxiliares de refuerzo en la levantada, 1 persona recepción, 1 cocinera, 1 pinche cocina, 1 persona lavandería y 3 personas de limpieza.
- c) **Director/a:** Doña [REDACTED]
- c.1. **Dispone del reconocimiento de acciones formativas habilitantes:** **Sí.**
- c.2. **Persona responsable en ausencia del/de la director/a:** **Sí.** La coordinadora de auxiliares [REDACTED] y en su ausencia, la psicóloga [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.

d) Otros datos de interés: Sí. La entidad titular tiene contratado externamente el servicio de podología con la empresa ABEDUL, así como la preparación de la medicación crónica con la Farmacia Valderas.

e) 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 74 dormitorios: 8 dobles y 66 individuales.

II. DORMITORIOS OCUPADOS: El centro se compone de dos plantas de habitaciones. Se comprueban las siguientes habitaciones: en planta 2ª habitaciones nº 234 individual, 237 individual, 217 individual, y 207 individual; en planta 1ª habitaciones nº 117 individual, 106 individual, 113 individual, 135.134 individuales, y 129-128 individuales. El final del pasillo de planta 2ª no se visita ya que es la zona roja donde tienen los residentes positivos a COVID19.

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 realiza muestreo de timbres de llamada, observando que están operativos, y son atendidos en presencia física por auxiliar de planta correspondiente.

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

e) Requerimientos de subsanación: No.



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

III. ASEOS / BAÑOS: Se comprueban los baños de las habitaciones visitadas así como los aseos comunes del centro.

a) Numero de baños incorporados a dormitorios y/o de uso individual: 67 baños: 52 baños individuales, 7 baños compartidos por los usuarios de 14 dormitorios individuales, y 8 baños en dormitorios dobles.

b) Numero de baños comunes: 12 (baños geriátricos y aseos) en planta baja, primera y segunda, así como baños de personal en sótano.

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: El centro dispone de un comedor en la planta baja, con un único turno de comida, y 2 salones/comedor en la primera planta, observándose que se mantiene la distancia



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

de seguridad mínima interpersonal. Asimismo disponen de un comedor en planta 2ª para las comidas con familiares, actualmente sin uso desde el comienzo de la Crisis sanitaria por COVID19. El desayuno se realiza en las habitaciones, y el resto de comidas en el comedor de cada planta.

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 los rollos de medicación se encuentran en botiquín/farmacia de planta baja. Realizado un muestreo de medicación almacenada y en uso 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, "Farmacia Valderas" de Alcorcón, por sistema de rollo robotizado y los tratamientos agudos y los cambios de pauta de medicación son cargados en el centro por la enfermera.

a.2.2. Coincidencia del tratamiento prescrito con el preparado: Sí. Se comprueba la medicación de 10 residentes, 5 residentes de planta 1ª y 5 residentes de planta 2ª, con medicación correspondientes a la comida, merienda, y cena, en su caso, del día de la



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

inspección, y el desayuno del día siguiente, en presencia de la DUE y de la directora, estando ajustados a la pauta médica.

a.2.3. Sistema de preparación: Sí. La medicación crónica es preparada para una semana por la Farmacia “Valderas” de Alcorcón a través de sistema de rollo por robot externo en bolsitas precintadas al vacío individualizadas por residente y toma, y la medicación aguda o que no entra dentro de la bolsita es preparada por DUE del turno de noche, adicionando la pastilla en su blíster a la bolsita.

a.3. Prestación de la atención asistencial pautada: La. La medicación es administrada por DUE, y en su defecto, por auxiliares. Se comprueba que se ha administrado la medicación en el desayuno a los residentes que así lo precisan según registro de administración de medicación. En el momento de la inspección tienen 11 residentes positivos por COVID19, de los cuales 3 tienen síntomas leves, y el resto son asintomáticos. Asimismo tienen una gerocultora que fue positiva a COVID19 el sábado anterior a la inspección. Me informa la directora que no tienen residentes ingresados en hospital 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.

b) Medidas de sujeción: La residencia es un centro libre de sujeciones, teniendo solo medias barandillas, y una residente con manoplas. Se comprueba durante la inspección cómo hay camas ultrabajas con el fin de evitar caídas, colchonetas, disponen de bases antideslizantes, cojines en cuña, sofás reclinados y sillas de ruedas basculantes.

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: Sí.

b.4. Consentimiento informado: Sí.

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

b.6. Información complementaria:

c) Enfermería: El centro dispone de enfermería conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales. Disponen de dos camas de enfermería en planta baja junto a despacho de enfermería y botiquín, estando una ocupada con aislamiento preventivo de un residente.

d) Sistema de información y de incidencias:

d.1 Sistema de información y de incidencias utilizado: Las anotaciones de incidencias de las auxiliares se realizan en soporte informático RESIPLUS TÁCTIL (seguimientos dirigidos de



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

cada residente) con 5 tablets distribuidas en cada planta del centro, así como cuaderno de transmisiones, y seguimiento de DUE y médico 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 que rellenan las auxiliares en soporte informático RESIPLUS, así como registro de curas que rellenan las DUE, estando actualizados y bien completados a fecha de la inspección.

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

g) Requerimientos de subsanación: No.

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 aquella 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 directora que se comienza a levantar a los residentes a partir de las 8:00 horas después del desayuno que hacen en habitación a partir de las 07:30 horas, entre el desayuno y la comida realizan dos ingestas hídricas (caldos, infusiones, gelatinas, zumos, etc.), la comida se sirve en todos los comedores a las 13:00 horas, la merienda se sirve a las 16:00



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

horas, y la cena se sirve en todos los comedores a las 19:00 horas. Se me informa que administran recena a las 23:00 horas a los residentes diabéticos y a aquellos que lo soliciten.

f) Otros datos de interés: Sí: El centro recibe visitas de los familiares sin restricciones de tiempo.

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: No se ha interpuesto ninguna reclamación desde la última inspección efectuada al centro. Acta 1 [REDACTED] de fecha 15 de agosto de 2021. La siguiente hoja a rellenar es la nº 2.

b) Protocolo de actuación en quejas y reclamaciones: Sí. Protocolo de quejas del grupo ORPEA: Acuse de recibo de la reclamación, reunión con la dirección y el área implicada por la reclamación, se levanta acta de la reunión que firman todos los participantes, y se da una copia del acta a la familia mediante envío por correo electrónico o correo certificado. El plazo máximo para resolver la reclamación es de 10 días desde su interposición.

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. El centro tiene capacidad para 82 plazas, estando ocupadas 79 plazas.

b) Publicidad:

b.1. Decálogo de derechos: Sí.



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

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: No exigible.

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.

Tipo: Cobertura de los daños que puedan sufrir los inmuebles por cualquier causa. Número: 46571378 Compañía aseguradora: ALLIANZ Fecha vencimiento: 30/06/2022.

Tipo: Cobertura de los daños que puedan causar a las personas y sus bienes los profesionales y personas dependientes del servicio o centro (R.C.) Número: 2039906 Compañía aseguradora: WR BERKLEY Fecha vencimiento: 31/12/2021. No muestran recibo en vigor.

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 PAI.

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

g) Contrato/documento de admisión: Sí.

h) Certificado de desinsectación y desratización: Sí. Se comprueba certificado de fecha 18/02/2021 con validez anual.

i) Certificado de mantenimiento de aparatos, equipos y sistemas de protección contra incendios: Sí. Se comprueba certificado de fecha 18/06/2021 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: Adecuado conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.



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

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

d) Requerimientos de subsanación: No.

9º.- CALIDAD.

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

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

Se comprueba certificado conforme a Norma ISO 9001:2015 emitido por AENOR para “la prestación de servicios de centro residencial para personas mayores autónomas y asistidas: residenciales (alojamiento y manutención), personales (atención, cuidados, peluquería, y podología), sanitarios (médico, enfermería, fisioterapia, y rehabilitación), y psicosociales (terapia ocupacional, y animación sociocultural); la prestación de servicios de centro de día para personas mayores autónomas y asistidas; la prestación de servicios de centro de día para personas mayores autónomas y asistidas para plazas privadas; la prestación del servicio de apartamentos para personas mayores autónomas, según el certificado expuesto con validez hasta el 26 de febrero de 2024. Se comprueba el alcance del certificado observando que en el Anexo consta expresamente el centro inspeccionado.

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

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 semanal.

Modelo habitual de comunicación: Teléfono.

e) Cauce de participación en el programa de actividades del centro: Encuesta anual.

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.



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

10º.- OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS

- a) **Licencia municipal que autorice el ejercicio de la actividad/funcionamiento:** Tipo y fecha:
Licencia de funcionamiento del Ayuntamiento de Estremera de fecha 16/03/2007.
- b) **Autorización de servicios sanitarios en centro no sanitario:** Si. SS00573 para unidades de
U.1 Medicina general, U.2 Enfermería, U.4 Podología, U.59 Fisioterapia, U.60 Terapia
Ocupacional, U.72 Obtención de muestras, y U.900 Otras unidades asistenciales (psicología
sanitaria) con fecha de vencimiento 8 de marzo de 2024.
- 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 120/PRMS/2021 DE FECHA 15 DE AGOSTO DE 2021 (FIN DE SEMANA), Y ACTA 031/RGES/2021 DE FECHA 15 DE MARZO DE 2021.

a) Subsanados: Los siguientes:

- ☒ 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.
- ☒ 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.
- ☒ 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.

b) No subsanados: Los siguientes: Se han subsanado todos.

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.



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

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]@madrid.org, 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:**

RECIBO EN VIGOR DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DEL CENTRO.

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 91 392 52 69, o bien mediante consulta dirigida al buzón de correo reseñado anteriormente cira-inspeccion@madrid.org.

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.



**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

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 13:00 horas.

El/La inspector/a



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

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

- 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 o, en su caso, mantienen distancia de seguridad interpersonal: **No procede**
- 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...). **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**



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

- 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 COVID19, 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:

En el momento de la inspección tienen 11 residentes positivos por COVID19, de los cuales 3 tienen síntomas leves, y el resto son asintomáticos. Asimismo tienen una gerocultora que fue positiva a COVID19 el sábado anterior a la inspección. Me informa la directora que no hay residentes ingresados en hospital a fecha de la actuación inspectora. La información facilitada por la directora y comprobada en la actuación inspectora coincide con los datos suministrados a través de ISDR (información sociosanitaria de residencias).



**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

Me informa la directora que en el centro todos los residentes tienen pauta de vacunación completa, incluida refuerzo, así como todos los trabajadores del centro con las dosis de vacunación completa. La tercera dosis de refuerzo, hay trabajadores que ya la tienen puesta y otros aún no, en base a cuando pasaron el COVID19