

Centro residencial: Residencia Otxartaga	
Dirección: Ba. Otxartaga 29	Población: Ortuella
Entidad titular: Azpiegiturak SA Medio Propio	
Entidad gestora: Parque Comercial Gorbeia S.A.	

INSPECTOR: [REDACTED]	Nº: 07
PERSONA RESPONSABLE DEL CENTRO: [REDACTED]	DNI: [REDACTED]

VISITA DE INSPECCIÓN DE OFICIO		
Fecha: 31 de octubre de 2024	Hora inicio: 10:30	Hora fin: 14:30
OBJETO DE LA INSPECCIÓN	Promover la calidad de la atención a las personas residentes, al amparo de la normativa vigente sobre centros residenciales para personas mayores, y según el Plan de Inspección 2024.	

En base al referido Plan de Inspección 2024 se acude al centro, sin previo aviso, donde me atiende [REDACTED] directora del centro en calidad de persona responsable, quien me acompaña durante la visita.

1.- SUJECCIONES FÍSICAS

En la entrevista mantenida se indica al centro que el Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco y la Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad, establecen que se intentará evitar la utilización de sujeciones físicas, aunque ello suponga la posibilidad de asumir determinados niveles de riesgo calculado.

La situación del centro en relación con las sujeciones físicas a fecha de visita de inspección es la siguiente:

Situación del centro en relación con las sujeciones físicas	
	Número de personas
Capacidad del centro según el Registro Foral de Servicios Sociales	120
Personas residentes a fecha de la visita inspectora	112
Personas residentes con algún tipo de sujeción física	42
Observaciones: La mayoría son barras en cama de las que 21 son a petición de la persona residente.	

Sobre este punto, la persona responsable informa que el centro está trabajando en la línea de mantener una política de eliminación de estas medidas de sujeción, habiendo dispuesto en este proceso de recursos para conseguirlo (el centro ha realizado formación en la eliminación de sujeciones físicas "modelo de cuidados basado en la norma libera care" el centro está en la fase de inicio de la acreditación de la norma libera care , también se han elaborado trípticos informativos en el marco del proyecto "muga barik" que se encuentran en la a disposición de los residentes y familiares dirigidos a sensibilizar a las familias en el cuidado sin sujeciones). La persona responsable refiere que durante el año 2024 se han retirado 15 sujeciones físicas.

Con relación a las medidas de sujeción físicas vigentes en el centro, durante la visita de inspección se realiza un muestreo aleatorio de tres personas que cuentan con sujeciones, constatando lo siguiente

Muestreo aleatorio de las sujeciones físicas							
Iniciales de la persona	Tipo de sujeción	Prescripción médica		Consentimiento informado		Observaciones	
		Fecha y firma del facultativo		Informado y expreso para cada una de las medidas, indicando fecha y firma e identificando quien firma.			
		La medida prescrita.					
		Fecha de revisión					
		SI	NO	SI	NO		
	Barras cama a petición de la persona residente.	X		X			
A.L.L.	Barras en cama	X		X			
P.M.A.	Barras en cama	X		X			

Se constata que las sujeciones físicas objeto de estudio en este muestreo aleatorio, cuentan con un documento de prescripción médica y consentimiento informado y han sido objeto de revisión. No obstante, en el documento de sujeciones no se especifica lo siguiente:

- Fecha de finalización de las medidas de sujeción física.

En el plazo de revisión de las medidas de sujeción se referencia a la revisión del P.A.I., aunque el centro ha acreditado mediante el registro de revisiones que las revisiones de las medidas de sujeción se realizan semestralmente, por lo que se indica al centro que señale este plazo o el que proceda en el documento de prescripción y consentimiento para el uso de medidas de sujeción física.

Por tanto, se insta al centro para que incluya esta información en el documento de sujeciones físicas, y en el plazo máximo de 15 días, remita una copia del mismo a esta inspección.

Se recuerda a la persona responsable la obligación de que la documentación relativa a las sujeciones físicas de las personas residentes del centro esté acorde a la normativa vigente en todo momento.

Por otro lado, durante la visita se solicita el protocolo de sujeciones físicas y farmacológicas y el registro de sujeciones, comprobando que el centro cuenta con ambos documentos que se muestran a esta inspección.

La persona responsable refiere que el protocolo de sujeciones esta revisado en 2024.

En todo caso, se recuerda al centro la importancia de garantizar la implantación y difusión de dicho protocolo a todo el personal de atención directa del centro. A este respecto, la persona responsable refiere que se han realizado reuniones con los trabajadores del centro, al objeto de difundir el protocolo de sujeciones físicas.

2.- PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE MALOS TRATOS

Durante la visita se comprueba que el centro cuenta con un protocolo de prevención de malos tratos que contiene un conjunto de actuaciones encaminadas a prevenir y detectar situaciones de malos tratos físicos, psicológicos, económicos y/o sexuales a las personas residentes por parte de cualquier otra persona (residente, profesional, voluntaria o familiares) o de la propia organización, por lo que, en la entrevista

mantenida, se reflexiona junto con la persona responsable sobre la situación del centro residencial con relación a prevención de malos tratos a través del protocolo.

- a) Según manifiesta la persona responsable, todo el personal conoce la existencia este protocolo (se han realizado reuniones con la plantilla para su difusión) y tiene acceso al mismo. La persona responsable refiere que el personal conoce las pautas a seguir en caso de detectar algún indicador de sospecha de malos tratos en cualquiera de sus variantes.

3.- AUTONOMÍA

Uno de los objetivos fundamentales del Plan de Inspección 2023 fue promover la AUTONOMÍA de las personas residentes basada en la atención integral centrada en la persona, con los puntos de: 1. *Apoyo a preferencias que implican riesgos*. 2. *Libertad para moverse y salir*. 3. *Planificación anticipada de decisiones*. 4. *Información y participación sobre cuestiones del centro*.

Con el objeto de dar continuidad a dicho objetivo, durante la visita de inspección la persona responsable informa de la evolución de las acciones de mejora planificadas por el centro.

En este sentido se recomienda continuar avanzando en las oportunidades de mejora detectadas por el centro y recogidas en dicho documento

4.- MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA

En relación con este punto, en la visita realizada en el año 2023, se dejó constancia en el acta de lo siguiente:

"Durante la visita al centro, en lo que al mantenimiento y limpieza de las instalaciones se refiere, se observa lo siguiente:

Se adjuntan copias de los libros de incidencias de mantenimiento de las plantas (de los últimos registros realizados) y de la última revisión realizada por el supervisor del centro.

Durante la visita al centro, en lo que al mantenimiento de las instalaciones se refiere, se observa con carácter general golpes en los marcos de las puertas y puertas deterioradas por el roce de las sillas de ruedas.

Por otro lado:

- *La habitación [redacted] tiene una zona del suelo deteriorada.*
- *En la planta primera varias zonas del pasillo tienen el papel arrancado.*
- *Se ha observado que varias mesillas de las habitaciones tienen los cantos deteriorados. La persona responsable refiere que está previsto la sustitución de estas mesillas.*

- Algunos baños de habitaciones tienen unas zonas parcheadas, también refiere la persona responsable que está previsto la sustitución del suelo de estos baños.
- En la cocina se ha observado en una zona de la encimera de acero que hay grasa incrustada o quemada adherida a la superficie, según refiere la persona responsable, se están haciendo pruebas con diversos productos para limpiar esta zona. (se muestra el producto).

Por otro lado, el centro ha cambiado la iluminación de la planta primera y la segunda y también está previsto realizar esta mejora en planta tercera del centro.

En diciembre de 2023 el centro remitió un plan de mantenimiento que incluía la planificación de las intervenciones necesarias dirigidas a subsanar las mejoras propuestas en el acta, durante la visita se comprueba que el centro ha realizado la mayor parte de la planificación prevista, no obstante, algunos puntos del plan están en proceso de ejecución, el centro está trabajando en la sustitución del mobiliario y en los suelos de los baños de las habitaciones, ya que los suelos de los baños de zonas comunes y los baños geriátricos del centro de día se han cambiado.

En relación con este punto, la persona responsable refiere que durante el año 2024 se han realizado más mejoras de las incluidas en el plan de mantenimiento que se envió, se han cambiado rodapiés, se han pintado habitaciones, Etc. Asimismo, refiere que durante el año 2025 está previsto realizar mejoras en el centro referentes a las mesillas de las habitaciones, pintura de la planta tercera, instalación de protecciones en las puertas de las habitaciones...

El centro facilita una copia del mes de octubre del registro de "avisos de mantenimiento" donde aparecen reflejados las incidencias entorno al mantenimiento (puertas que cierran mal, cerraduras, manillas, mandos, y otras averías) y su reparación por el personal de mantenimiento o aviso a profesionales externos.

No obstante, una vez finalizada la visita por las instalaciones del centro, se realizan las siguientes recomendaciones de mejora en el mantenimiento:

- Se observan suelos de baño deteriorados en las habitaciones 110, 111, 106.
- Se aprecian radiadores con zonas oxidadas situados en el pasillo y zona común de la planta segunda y en el pasillo de la primera planta.
- Suelo de la habitación 111 (entrada al baño)
- Suelo de la zona común de la planta primera
- Se aprecian puertas de habitaciones dañadas en parte inferior.

5.- SEGURIDAD

Al objeto de comprobar el correcto funcionamiento de los sistemas de seguridad, como son los timbres de llamada de baños y habitaciones y el sistema de desbloqueo exterior de las puertas de los baños y considerando la capacidad del centro, se realiza un muestreo aleatorio de 15 elementos de cada uno de estos sistemas, no detectándose deficiencias al respecto.

No obstante, se indica a la persona responsable que proceda a revisar todas las dependencias del centro al objeto de garantizar el correcto funcionamiento de los sistemas de seguridad. En este sentido, el centro

deberá remitir a esta inspección, en el plazo de 15 días, un informe justificativo del correcto funcionamiento de estos.

6.- DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Asimismo, se insta a la entidad titular/gestora del centro para que, en el plazo de **15 días** remita a través de la sede electrónica de Diputación Foral de Bizkaia, la siguiente documentación:

1. Al objeto de comprobar el cumplimiento de la ratio mínima de personal/personas residentes, el documento Excel cumplimentado "*Datos de inspección de centros residenciales*" (se deberán rellenar los datos de todas las hojas).

Dicho documento se encuentra en la dirección www.ebizkaia.eus/Buscador de trámites/Inspección de servicios sociales; y contiene los siguientes Anexos:

- o **Anexo I A**, que hace referencia a las personas residentes, haciendo constar la tipología de éstas como válidas o asistidas, a fecha de visita de inspección.
 - o **Anexo II A, B y C** que hacen referencia al personal trabajador, profesionales y empresas que prestan servicios en el centro (a fecha de la visita de inspección).
2. Plan de mantenimiento, que incluya las mejoras de mantenimiento recogidas en el punto cuatro del acta y las mejoras realizadas durante el 2024, así como las previstas a realizar durante el 2025.
 3. Certificación del correcto funcionamiento de los elementos de seguridad objeto de la inspección. (timbres y mecanismos de cierre con desbloqueo exterior)
 4. Documentos de sujeciones físicas de las personas objeto de comprobación () que incorporen la información adicional recogida en el punto uno del acta.

Toda la documentación, será remitida a la Sección de Inspección, a la atención de la presente inspectora, a través de la sede electrónica de la Diputación Foral de Bizkaia, en la dirección: www.ebizkaia.eus/buscador de trámites/inspección de servicios sociales

Para cualquier duda, podrá ponerse en contacto:

urre.butron@bizkaia.eus

La persona responsable queda informada de las observaciones y consideraciones de esta inspección, **no realizando alegaciones**

Y en testimonio, y después de haberla leído firman la presente acta en duplicado, quedando un ejemplar en poder de la persona responsable.

Sin./Fdo.  1
Arduraduna
Responsable

Sin./Fdo.: 
IKUSKAPEN ATALA-REN GIZARTE ZERBITZUAK IKUSKATZEKO TEKNIKARIA
TÉCNICO/A DE INSPECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES DE SECCIÓN DE INSPECCIÓN