

Nº Acta de Inspección
11/2024/37

Centro residencial: RESIDENCIA BOUCO BILBAO ZABALBIDE

Dirección: CL ZABALBIDE 110 A

Población: BILBAO

Entidad titular: RESIDENCIAL SENIOR 2000 SL

INSPECTORA: [REDACTED]

N.º: 11

PERSONA RESPONSABLE DEL CENTRO [REDACTED]

DNI: [REDACTED]

VISITA DE INSPECCIÓN DE OFICIO

Fecha: 26 de 11 de 2024

Hora inicio: 09:45

Hora fin: 14:00

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] en calidad de persona responsable y directora del centro, quien me acompaña durante la visita centro.

1. SUJECIONES 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	102
Personas residentes a fecha de la visita inspectora	96
Personas residentes con algún tipo de sujeción física	8
Observaciones: Una persona residente con barras de cama y 7 con cama Alzheimer.	

La persona responsable informa que el centro está trabajando en la línea de mantener una clara política de eliminación de estas medidas de contención, habiendo dispuesto en este proceso de recursos para conseguirlo

Es un centro de política de 0 sujeciones desde el inicio, el centro dispone de productos de apoyo tales como camas de cota 0, camas tipo Alzheimer, sillones reclinables.

Realizan asesoramiento, formación, apoyo a las familias, sobre conocimiento de los productos de apoyo.



También tienen documento de prescripción y consentimiento informado de las personas residentes que tienen cama tipo Alzheimer ya que informa la persona responsable que estas camas se utilizan por indicación médica y se informa a las familias de sus riesgos.

Con relación a las medidas de sujeción físicas vigentes en el centro, durante la visita de inspección se realiza un muestreo aleatorio, quedando constancia de lo siguiente: se revisan las sujeciones de 3 personas residentes.

Muestreo aleatorio de las sujeciones físicas							
	Iniciales de la persona	Tipo de sujeción	Prescripción médica		Consentimiento informado		Observaciones
			SI	NO	SI	NO	
1º		Dos barras de cama	Fecha de prescripción 11/11/24 y tienen una fecha fin denominada duración de la medida cada 6 meses y revisión cada mes		Firmado 11/11/2024		Cada vez que hay una fecha fin renuevan el documento de prescripción y consentimiento. Las revisiones las realizan a través de la aplicación informática Resiplus.
2º		CAMA ALZHEIMER	Prescrita 11/09/2024 fecha fin en 6 meses y Revisión mensual.		Consentimiento firmado 11/09/2024		
3º		CAMA ALZHEIMER	Prescrita el 11/09/2024 con fecha fin a los 6 meses y revisada al mes.		Firmado el 11/09/2024		

Se constata que las sujeciones físicas objeto de estudio en este muestreo aleatorio, cuentan con un documento de prescripción médica y consentimiento informado en el que se recogen todos los elementos regulados en la normativa vigente.

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.



Se informa a la persona responsable que, según se regula en el artículo 36.1., punto i del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, el centro debe disponer de un Protocolo de sujeciones físicas o contenciones farmacológicas., para el uso de las sujeciones.

En este sentido, durante la entrevista mantenida, se pregunta a la persona responsable si el centro dispone de Protocolo de sujeciones físicas o contenciones farmacológicas y lo muestra a esta inspección. Lo tienen en documento en papel y en el ordenador de acceso al personal. Fechado en octubre de 2021.

En todo caso, desde la Inspección se recuerda al centro la importancia de garantizar la implantación y difusión de dicho protocolo a todo el personal de atención directa del centro.

Se informa a la persona responsable que, según se regula en el artículo 36.1, punto el del Decreto 126/2019, de 30 de julio, el centro debe disponer de un Registro que consigne las circunstancias de aplicación de contenciones físicas y farmacológicas.

En este sentido durante la entrevista mantenida, la responsable del centro muestra dicho registro en dicho registro, llamado listado de sujeciones aparece ítems como identificación, fecha desde, hasta, tipo, motivo, revisión, pauta por el médico, fecha consentimiento...

2. PROTOCOLO DE PEVENCIÓN MALOS TRATOS

El protocolo de prevención de malos tratos debe recoger el conjunto de actuaciones encaminadas a prevenir y detectar situaciones de malos tratos físicos, psicológicos, económicos y/o sexuales (intencionadas o no) a las personas residentes por parte de cualquier otra persona (residente, profesional, voluntaria o familiares) o de la propia organización.

Informa la persona responsable y así muestra a esta inspección la formación interna para todo el personal del centro en relación con **La atención centrada en la persona y el buen trato**. Dentro de esta formación y concretamente dentro de la promoción del buen trato se habla de los tipos de actos de maltrato, violencia física (incluida la sexual), violencia psicología o moral, violencia material y financiera, violencia medica y medicamentosa, negligencia pasiva, privación o violación de derechos.

Se muestra a inspección y se constata que el centro dispone del protocolo de prevención, detección y actuación en caso de maltrato, que recoge elementos para prevenir las diferentes casuísticas en los malos tratos que pueden ejercerse contra las personas residentes, es decir, físicos, psicológicos, económicos y/o sexuales. Esta actualizado en septiembre de 2024.

Se reflexiona junto con la persona responsable sobre la situación del centro residencial con relación a prevención de malos tratos a través del protocolo. Refiere que no han tenido ningún caso, pero en todo caso están muy enfocados en el buen trato.

Según manifiesta la persona responsable, todo el personal conoce la existencia este protocolo y tiene acceso a una copia de este, tanto en papel como a través del sistema informático.



3 AUTONOMIA

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.

Informa la persona responsable de que han realizado cursos en relación con el buen trato y muestra la persona responsable a esa inspección cursos realizados en mayo y agosto por todo personal e informa de que van a hacer más para diciembre.

Hacen una auditoria nocturna cada 3 meses, para hacer un Check List de diferentes cuestiones a observar en la atención nocturna y también en la relación al buen trato.

Muestra la persona responsable en decálogo para el buen trato que dan a la persona residente cuando ingresan.

Se muestra a esta inspección la formación interna para todo el personal del centro en relación a **la atención centrada en la persona y el buen trato**.

Apoyo a preferencias que implican riesgos: toman medidas alternativas para minimizar riesgos, al revisar los PAIS para valorar adecuadamente la situación de la persona residente.

En cuanto a la libertad para moverse y salir: tienen medidas alternativas a la sujeciones, trabajo multidisciplinar para ser un centro de 0 sujeciones.

Planificación anticipada de decisiones se trabaja desde el inicio y continuamente.

Sobre la información y participación sobre cuestiones del centro: se hacen encuestas de satisfacción, buzón de quejas y sugerencias, consejo de usuarios en el que se reúnen dos representantes de las familias y dos de las personas residentes junto con el terapeuta ocupacional y directora.

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



4. UNIDADES DE CONVIVENCIA

Número unidades de convivencia.	1
Número personas residentes por unidad.	Tiene una capacidad para 20 plazas, de las cuales están ocupadas 18. En plaza concertadas 14 y en plaza privada 4.
El personal asignado a una unidad convivencial está adscrito en exclusividad a la misma.	Sí. Son 6 auxiliares las que trabajan de forma continuada en la UUCC y hay una supervisora de la unidad que hoy está librando. La terapeuta ocupacional también hace esta función de supervisión. El apoyo de enfermería es de 7 de mañana a 10 noche de lunes a domingo. El personal ubicado en ambas UUCC está preparado y sensibilizado con la atención centrada en la persona.

4.1. PROFESIONAL DE REFERENCIA

Profesional de referencia es la figura que tendrán asignadas las personas residentes y que debe estar a su disposición y al de su familia, para poder canalizar los aspectos más relevantes que faciliten el máximo bienestar, debiendo tener una visión global de la organización. Es responsabilidad de cada centro determinar quién es concretamente la persona desde el momento del ingreso, dejando constancia escrita en la valoración inicial del residente del nombre y apellidos de la persona de referencia.

(Art 27 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco)

	CONSIDERACIONES Y MEJORAS
1) Todas las personas residentes tienen asignada su profesional de referencia.	
2) La persona residente, o en caso de que ésta no tenga preservada la capacidad cognitiva, su familia, participa en su elección/asignación. Informa la persona responsable que inicialmente es más complejo ya que no se conoce a la persona residente, esto puede suponer un cambio de persona de referencia en adelante y en esta decisión participa la familia o la persona residente.	



3) La persona residente conoce qué profesionales acceden a su información privada. Se les informa desde el inicio y se pide permiso para poder acceder a sus datos privados.

4) Se han realizado acciones para sensibilizar y crear conciencia entre los profesionales sobre el deber de mantener la confidencialidad y del tratamiento adecuado de la información personal. Informa la persona responsable que desde el inicio se trabaja mucho el tema de la confidencialidad, firmando un documento de confidencialidad todo el personal y recibiendo información sobre ello.

5) Se establece con claridad que aspectos del plan son confidenciales y se definen los círculos de confidencialidad. Informa la persona responsable de que *al ser los mismos* profesionales los que están en la unidad es más fácil mantener estos círculos de confidencialidad.

6) El centro registra y permite el acceso a la información privada de las personas residentes con criterios de confidencialidad. En Resiplus cada trabajador tienen sus límites de acceso según las funciones que desempeña.

Se recuerda al centro que el artículo 35.3 del Decreto 126/2019, de 30 de julio **procedimiento establece que el centro deberá contar con un procedimiento de elaboración, conservación y acceso a la documentación y a los registros administrativos, que garantice el tratamiento confidencial de los datos personales** y que se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, con las especificidades establecidas en la legislación de sanidad respecto a los datos especialmente protegidos relativos a la salud.



4.2. PROFESIONAL DE REFERENCIA: BUENAS PRÁCTICAS (se mantiene entrevista con una trabajadora que sea profesional de referencia)

	CONSIDERACIONES Y MEJORAS (recomendaciones, en su caso)
<p>Conoce los aspectos relevantes de su historia de vida.</p> <p>Participa en la elaboración del PAV o (PIAI) y en el seguimiento de los objetivos marcados y también de otras personas residentes.</p> <p>Mantiene una relación de confianza con la persona residente y es canal de comunicación con la familia.</p> <p>Informado a la persona residente que la confidencialidad de lo compartido está garantizada. Cuando les hace preguntas siempre les dice que los datos solo los necesita para conocerlos mejor y poder adecuarse mejor a sus necesidades y deseos.</p> <p>Ha recibido formación sobre la protección de datos y el deber de confidencialidad.</p> <p>Dispone de espacios adecuados para tratar información relacionada con asuntos privados de la persona residente. Se suelen reunir en la habitación que es donde se sienten mas seguros y es su casa además de ser más íntimo.</p>	<p>Se mantiene entrevista con [REDACTED] con DNI [REDACTED] terapeuta ocupacional que trabaja en la unidad de convivencia y es profesional de referencia de 5 personas de la unidad.</p>

5.- MANTENIMIENTO

Es una residencia que tiene la planta -1 donde estas los servicios comunes y luego tiene otras 5 plantas, planta 0, planta 1, planta 2, planta 3, planta 4, y la terraza que esta en la quinta planta.

Informa la persona responsable de que el centro cuenta con una ficha de verificación sistemas de llamada. Proceden a revisar los timbres de llamada de habitaciones baños y aseos por lo menos una vez al mes.

Durante la visita al centro, en lo que al mantenimiento de las instalaciones se refiere, se observan dos deficiencias de mantenimiento y conservación:

1. Hay una gotera en el pasillo en la planta 0 que refiere la persona responsable que viene de alguna filtración desde la terraza, ayer ya vinieron a verla y que pretenden que en una semana está arreglado.



2.- Se detecta que dos puertas de acceso a las habitaciones rozan en el suelo y no se abren de forma adecuada. Habitación 106 y habitación 002.

Al objeto de cumplir lo establecido en el artículo 10.5 y 43.5 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que establece respectivamente que *"Se prestará especial atención al mantenimiento, conservación y reparación, en su caso, de locales, instalaciones y mobiliario, con objeto de evitar su deterioro, así como al conjunto de máquinas, calderas, instalaciones o instrumentos que, en el caso de poder entrañar algún riesgo potencial, deberán ser manipulados exclusivamente por empresas instaladoras autorizadas."* y que *"El centro residencial deberá contar con personal propio o externo de atención indirecta que garantice la higiene, cocina, limpieza, desinfección, mantenimiento del centro y sus instalaciones"* se insta al centro que, en el plazo de **1 mes**, envíe un plan de mantenimiento que incluya deficiencias detectadas, medidas a adoptar y plazos de ejecución previstos.

6. SEGURIDAD

Al objeto de comprobar el correcto funcionamiento de los sistemas de seguridad, como son los timbres de llamada y el sistema de desbloqueo exterior de puertas, se hace un muestreo aleatorio de los mismos, se comprueban 15 timbres y 15 puertas del centro.

Todos los sistemas de desbloqueo funcionan correctamente, en cuanto a los timbres:

- El timbre de la habitación 209 en la segunda planta no funcionaba, pero ha venido el personal de mantenimiento y ha funcionado correctamente a continuación.

Se indica a la persona responsable que de forma inmediata 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 1 mes, un informe justificativo del correcto funcionamiento de los mismos.

7. DOCUMENTACION REQUERIDA

Se insta a la entidad titular/gestora del centro para que, en el plazo de **1 mes** 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 todas las deficiencias detectadas, medidas a adoptar y plazos de ejecución previstos.
- 3.-Certificación del correcto funcionamiento de los elementos de seguridad objeto de la inspección.
- 4.-Otra documentación que se considere necesario aportar.

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](http://www.ebizkaia.eus/buscador-de-tramites/inspeccion-de-servicios-sociales)

Para cualquier duda, podrá ponerse en contacto:

[Redacted] inspectora [Redacted]
Tfno.: [Redacted]
[Redacted]@bizkaia.eus

La persona responsable queda informada de las observaciones y consideraciones de esta inspección, no formulando alegaciones.

Y en testimonio, y después de haberla leído firman la presente acta mediante firma electrónica.



Sin./Fdo: [Redacted]

directora

Sin./Fdo: [Redacted]

