

ACTA DE VISITA DE INSPECCIÓN Nº 1/2025
DATOS DEL CENTRO

DENOMINACIÓN: RESIDENCIA DE MAYORES "LA CAMPIÑA". Nº REGISTRAL: C772.
TIPO: RESIDENCIA DE MAYORES.
DOMICILIO: AVDA. JUAN XXIII, S/N. 19220. HUMANES DE MOHERNANDO (Guadalajara).
REPRESENTANTE LEGAL: D. DIEGO ENRIQUE DE VILLAMOR LABORDA.
E. TITULAR: OMNIA IN BONUM INVERSIONES, S.L. CIF: B-86029063. Nº REG. E5672
E. GESTORA: GESTIÓN GEROSOCIAL, S.L.U. CIF B-47607023. Nº REG. E6188.
TELÉFONO: 949 85 01 97
E-MAIL: lacampina@grupovillamor.com

En Humanes, a 14 de enero de 2025.

Personada a las 10:20 h. en el Centro de referencia la funcionaria [REDACTED], en calidad de Inspectora de Centros Sociales de la Delegación Provincial de Bienestar Social de Guadalajara, y teniendo en mi presencia a Dª A.I.P.F., con [REDACTED] en su condición de Directora.

Una vez identificado el personal Inspector mediante la exhibición de la correspondiente acreditación, se procede a realizar las averiguaciones y comprobaciones que corresponden al Programa B) de control de Servicios Sociales destinados a las personas mayores, dentro del Plan de Inspección de Servicios Sociales para 2025-2026, de cuyo resultado deja constancia a continuación.

Lo primero, se solicita información sobre las medidas de prevención a adoptar por parte del personal ajeno al Centro, ante cualquier eventual contagio sanitario.

CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO:

RESIDENTES	CENTRO	
PLAZAS AUTORIZADAS: 66 PLAZAS OCUPADAS: 59 Hombres: 20 Mujeres: 39 Coincide con el registro de Resiplus.	TOTAL HABITACIONES: 35	DOBLES: 31
		INDIVIDUALES: 4

ESTADO DEL INMUEBLE, INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTO

Se recorren todas las dependencias del Centro, a excepción de las habitaciones, que se revisan varias al azar, y las que en anterior visita tenían alguna deficiencia, comprobando que el estado de limpieza es aceptable, pero en cuanto al mobiliario, conservación y mantenimiento es mejorable; las habitaciones y pasillos a pesas están personalizadas y se recomienda trabajar ese tema para hacer del entorno, un lugar más confortable y acogedor; se reflejan varias desviaciones en el apartado correspondiente, alguna de las cuales se mantiene de visitas anteriores y otras nuevas que se han detectado en la presente inspección.

Disponen de 2 unidades de vida diferenciadas en función del nivel de deterioro cognitivo de los residentes; robles y naranjos (se toma foto del plan de vida de cada unidad donde consta el cronograma semanal). En, "naranjos", la unidad con mayor nivel de deterioro cognitivo, hay alrededor de 13 personas y en "robles" el resto, ya que aparentemente el nivel de autonomía y

Documento Verificable en www.jccm.es mediante
Código Seguro de Verificación (CSV)

desenvolvimiento para las ABVD es, en general, alto. También existe separación en los espacios de salas de estar y comedores para ambas unidades.

La temperatura de las dependencias comunes es confortable, pero en la visita a las habitaciones se aprecia un leve descenso de las temperaturas (debido posiblemente a la ventilación realizada durante la limpieza) y a que, según refiere la directora, la orientación de algunas habitaciones hace que éstas sean más frías.

Preguntada al respecto, informa que no se han recibido quejas y reclamaciones respecto a estos puntos ni a otros en el 2024. Durante la visita, se pregunta a varios usuarios al respecto, los cuales manifiestan estar contentos y bien atendidos en la residencia

Respecto a las habitaciones de enfermería-aislamiento, refiere que, por el momento, hasta que a medio plazo realicen la adecuación de las habitaciones de enfermería en la zona donde actualmente se ubica la cafetería (*en desuso*), han destinado dos habitaciones dobles con baño de la zona residencial para ese uso, que son la 103 bis y la 219 (*así consta en la última actualización del Plan de Contingencia tras la Orden Ministerial 12/01/2024 que obra en poder de esta Inspección*)

La antigua "sala de almacén de silla de ruedas", sita al lado de la recepción, se ha transformado en sala de curas y de podología (se toma foto); esta modificación de espacios no ha sido, a fecha de la presente inspección. Solicitada ni autorizada por Bienestar Social.

RECURSOS HUMANOS, Según manifiesta la Directora:

CARGO	H/SEM	JORNADA
DIRECTORA	40	APF. JC. Licenciada en Psicología y formación complementaria de 300 horas.
GOBERNANTA	40	ISG. , JC. C. P. ASPDIC
MÉDICO	8	RLS 8 horas/semana. L a V. Homologado al título para el ejercicio de la profesión de médico.
A.T.S. / D.U.E.	40	DTG. JC, de lunes a viernes y fines de semana alternos. Homologación título de enfermera.
FISIOTERAPEUTA	6	Contrato de servicios con la empresa de Beatriz Ruiz Segura desde 11/01/24. Presta los servicios MBG. Graduada en Fisioterapia. (M y J de 09:00 a 13:00)
TERAPEUTA OCUPACIONAL	--	
PSICOPEDAGOGA	15	V.V.S. 2 días semana (L y Mx) 7.5 h/día (hasta las 18:00). Licenciada en psicopedagogía.
GEROCULTORAS/ES	Computan para ratio 7 + gobernanta (320h/s)	<ol style="list-style-type: none"> F.A.M., JC. Resolución reconocimiento derecho CP ASPDIS 15/03/24 M.I.G.C.. JC. Curso de 450 de auxiliar de geriatría (Diploma). Solicitud de procedimiento ACREDITA 14/10/24 D.R.P. JC. Resolución reconocimiento derecho CP ASPDIS 05/09/24 SIHC. JC. CP ASPDIS. (<i>turno de noche</i>) A.R.S.. JC. Solicitud de procedimiento ACREDITA 13/03/2023 y pago de tasas 08/08/2024 PAS. JC. TCAE

		<p>7. A.E.T.H... JC. Certificado de superación del título de TCAE de fecha 06/07/2023. A la espera de retirar el título próximamente (<i>turno de noche</i>)</p> <p>8. P.M.M... JC. Solicitud de procedimiento ACREDITA 17/07/24 (<i>turno de noche</i>)</p> <p>9. M.A.V... JC. Resolución reconocimiento derecho CP ASPDIS de 26/12/23.</p> <p>10. N.M.G... JC. 200 horas curso Auxiliar Enfermería; pendiente de apuntarse a acción formativa en 2025</p> <p>11. F.N.G.C... JC. Homologación al título TCAE de 22/11/23 (<i>turno de noche</i>).</p> <p>12. AMP JC (cubre vacaciones). ¿ACREDITA?</p>
LIMPIEZA-LAVANDERIA	40 + 40	M.C.M.B. , JC. F.B. , JC.
COCINA	40	M.R.A. .. JC.
MANTENIMIENTO	40	M.C.R. , JC.
PELUQUERÍA		PELUQUERÍA MARI CARMEN , una vez al mes. Se requiere contrato de servicios
PODOLOGÍA		Contrato de servicios con HAPPYFEET, S.L., por un año prorrogable, E.N.B. .. Una vez al mes. Se requiere contrato de servicios

En organigrama expuesto en tablón de anuncios figura que en caso de ausencia de la Directora asume la supervisión la DUE

Se revisa el cuadrante de turnos del mes en curso y los fichajes del día de la visita, sin detectarse irregularidades destacadas más allá de algún olvido en el fichaje de entrada (tienen hojas de firmas individuales por meses en la recepción y valoran la opción de instalar otro sistema de fichaje)

TURNOS DE PERSONAL DE ATENCIÓN DIRECTA EL DÍA DE LA VISITA:

- Mañana: 4 aux./Gerocultoras, Fisioterapeuta, Directora
- Tarde: 3 aux./Gerocultor,
- Noche: 2 Aux./Gerocultor.

Se le indica que actualmente, el personal de atención directa (auxiliares/gerocultoras) que no cuentan con la titulación habilitante que establece el Decreto 2/2022, por el que se establecen las condiciones básicas de los centros de servicios sociales de atención especializada, destinados a las personas mayores en Castilla la Mancha, no computan en esta categoría de personal, aunque sí se han computado para el cálculo de la ratio global del centro.

- ✚ En estos momentos, según lo declarado, y a falta de que remitan documentación de personal, NO CUMPLE la ratio global de 0,47 profesionales por persona usuaria.
- ✚ En estos momentos, según lo declarado, y a falta de que remitan documentación de personal, NO CUMPLE la ratio de personal técnico 0,050 profesionales por persona usuaria (faltarían 7h/s).



Disponen de 1 Fisioterapeuta que realiza 8 h/semana.
 No disponen de Terapeuta Ocupacional; cuentan con Psicopedagoga, que refiere la Directora, hace las funciones, o parte de ellas, que le corresponden a este profesional.

DOCUMENTOS REVISADOS

	Presenta	Se retira	Se requiere
Relación de personal por categorías, tipo de jornada que realiza y tipo de contrato	SI		
Vida laboral de la empresa del mes anterior a la fecha de la visita (desde 14/12/2024 a 14/01/2025). SE REQUIERE			SI
Cuadrante del personal del mes en curso.	SI		
Registro de Usuarios		SI	
Sistema de gestión en formato electrónico (RESIPLUS)	SI		
Registro de incidencias con anotaciones periódicas (14/01/2025).	SI		
Las incidencias médicas se registran a parte (médico y DUE)			
Según art. 5 g) del Decreto 45/22, Libro/hojas de Reclamaciones a disposición de usuarios, familiares, representantes legales o tutores. Se informa de la necesidad de contestarlas y remitirlas en el plazo estipulado a la Inspección.	SI		
Menús visados por médico colegiado (coincide con lo preparado)	SI		
Dispone de sistema de valoración del grado de satisfacción. Hacen encuestas a los usuarios a finales de cada año. SE REQUIERE Informe de las encuestas de 2024 de fecha enero/25			SI 4
Reglamento de Régimen Interior, adaptado a Decreto 2/2022	Obra en expediente		
Certificaciones de mantenimiento de instalaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Ascensor: RAE 19310400055. FAVORABLE SIN DEFECTOS. OCA GLOBAL. Próxima revisión antes de 21/03/2026. - Electricidad de baja tensión: TÜv SÜV ATISAE certificado OCA favorable condicionado con defectos leves a subsanar antes de 04/06/2025. - Sistemas de detección y extinción de incendios: JOMAR. Próxima revisión antes de 11/2025. - OCA del sistema antiincendios. Mantenimiento anual pasado y OCA Favorable hasta 2034 - Certificado anual Instalaciones Térmicas: SE REQUIERE - D.D.D.: RADES, válido hasta 01/11/25. 			SI
Póliza Seguro de Responsabilidad Civil, BERKLEY EUROPE AG. Nº póliza 2068427. SE REQUIERE PÓLIZA Justificante de pago en vigor hasta 30/08/2025			SI
Póliza Seguro de Siniestro, PÓLIZA Nº 0782339010783 MULTIRRIESGO EMPRESARIAL BANKINTER SEGUROS GENERALES. SE REQUIERE JUSTIFICANTE DE PAGO EN VIGOR			SI
Plan de Autoprotección inscrito con número de registro 1690 el 16.07.21 , con los datos de la empresa gestora Gestión Gerosocial. Pendiente renovar en 2025	SI		
NO se han realizado actividades de implantación y mantenimiento de dicho Plan de Autoprotección (formación y simulacro) en 2024. SE REQUIERE	to de dicho		SI



Documento Verificable en www.jccm.es mediante Código Seguro de Verificación (CSV) 0117/2024

Dispone de Sistema de gestión y aseguramiento de la calidad de la propia empresa MAC-200/VRD. Se insta a que la auditoría sea por expresa externa.	SI		
Dispone de un Plan de Contingencia y contempla a disponibilidad de habitaciones de enfermería.	SI		
Dispone de órgano de participación (reuniones semestrales). Última reunión de 20/11/23.			
Programa de actividades para 2025 SE REQUIERE			SI

EXPEDIENTES DE RESIDENTES

Se revisan dos expedientes individuales:

- Expediente nº 1: MMP DNI nº ****972** fecha de ingreso: 03/03/2022
- Expediente nº 2: AAM DNI nº ****788** fecha de ingreso: 04/07/2024

Disponen de contrato de ingreso.

- Consta el consentimiento de la persona usuaria o, en su caso, la persona que ejerce las medidas de apoyo con funciones representativas en ambos casos.
- Dispone del siguiente contenido mínimo: precio de la estancia, servicios incluidos en el coste, causas de extinción del contrato y procedimiento de liquidación.

Disponen de expediente personal.

- Consta de documentos de carácter administrativo (DNI, tarjetas sanitarias, datos bancarios, informes médicos) Se facilita a la persona usuaria un ejemplar del Reglamento de Régimen Interior, queda constancia del recibí en el contrato; en el caso del contrato de MMP, no queda constancia de entrega ya que el modelo de contrato era antiguo.
- Disponen de **PIAP** con objetivos y actividades (se revisa en REISPLUS)
 - Indica fecha de elaboración y revisión:
 - *Exp 1º: Inicial el 02/10/2023 y revisiones en abril 2024 y octubre 2024
 - *Exp 2º: Inicial y en vigor el de 10/07/2024 (próx revisión enero 2025)
 - Se acredita documentalmente cómo, dónde, cuándo y a quién se ha facilitado información del PIAP. Se encarga la DUE y entrega copia en mano o se envía por e-mail y se deja constancia en Resiplus. Se recomienda que dejen copia con el recibí firmado de la familia en el expediente, y si el programa lo admite, que lo suban firmado a RESIPLUS. Refiere la directora que no se percibe interés por parte de las familias por este documento.
 - Se realiza evaluación periódica del PIAP, al menos semestral o revisión por el cambio de la situación de la persona usuaria. Informa la directora que cada profesional, hasta la fecha, estaba volcando en RESIPLUS sus valoraciones y diagnóstico de la revisión de PAI, y la propuesta es que se reúna todo el equipo (incluida la auxiliar de referencia y la gobernanta) para realizar las revisiones de los PAI.
 - El PIAP está acordado con la persona usuaria y la familia: se tienen en cuenta sus preferencias y sugerencias. Se realizan con cada residente dos instrumentos de recogida de datos y reforzamiento de vínculo residente/profesional como son "Huella de vida" y "Sigo siendo yo" (hitos vitales que le han marcado); se muestra cómo se realizan ambas técnicas. Los pasan la pedagoga o la propia directora y se quiere implementar que sea la auxiliar de referencia la encargada de trabajar con cada grupo de residentes la técnica "Sigo siendo yo" para afianzar vínculo y personalizar el trato.

- Disponen de una evaluación sobre las ABVD. Se pasan diversas escalas al ingreso, entre ellas el Barthel y Tinetti. (consta en Resiplus)
- Sí disponen de un auxiliar/ gerocultor de referencia (conta en RESIPLUS); se recomienda dejar también constancia de este dato en el propio PIA.
- Disponen de un Plan de acogida de residentes en formato en modo lectura fácil y letra ampliada. Proceden la presentación de compañeros, residentes y personal y un recorrido por las instalaciones. Se realiza un seguimiento especial los primeros días y se deja constancia. Siempre es la directora la encargada de ésta 1ª acogida y presentación de la residencia.

SERVICIOS Y ACTIVIDADES

Servicio de alimentación:

Disponen de menús supervisados por el médico de la residencia; coincide el menú con la comida elaborada. Los horarios de las comidas coinciden con los reflejados en el RRI (9:30h-13h-16:30h-19:45h). Se recomienda que pongan en letra ampliada a la entrada del comedor el menú de comida y cena diario para conocimiento de los residentes. Disponen de dieta normal y túrmix para alrededor de 10 residentes.

Servicio de higiene: Los usuarios presentan buen estado de higiene y aseo. Se comprueba, en registro en papel, que contiene aseo, baño, alimentación, líquidos, diuresis, cambios pañal, afeitado, control de sueño; se insta a que estos registros deben aparecer en RESIPLUS. Durante la visita se comprueba que se realiza masaje e hidratación de piel a las 11:00h aprox.

Servicio de lavandería: La ropa de los residentes está marcada por la familia; sería aconsejable que la residencia contara con otro sistema de marcaje más eficaz ya que en algunas prendas no se aprecia bien.

Disponen de Programa de actividades de ocio y tiempo libre.

Disponen de Programa con actividades al aire libre y participación en actividades culturales para 2025. Refiere la directora que para el 2025 está prevista salida al Mini zoo de Guadalajara y al aula apícola de Marchamalo; estas actividades tienen coste añadido para los residentes que se apuntan para el pago de autobús y transporte adaptado.

Como propuesta, está valorando la directora implementar una terapia "letras y perros" en 2025

Atención a la salud:

Dispone de registro de cambios posturales como medida de prevención en caso de úlceras por presión. La pauta de cambio nocturna es cada dos horas, pero no se puede comprobar porque no tienen a nadie encamado durante el día. MMP requiere de cambios posturales diurnos y movilizaciones-transferencias que no constan registradas en su Plan de cuidados; se insta a que se registren dichos cambios.

El personal sanitario recoge por escrito y de forma individualizada el seguimiento de la atención prestada a cada usuario (cambios de tratamiento, tratamientos puntuales, cuidados especiales, evolución...); se revisa en RESIPLUS de los expedientes seleccionados.

Dispone de registro actualizado de tratamiento farmacológico, tiene indicación de la fecha de inicio y fin y coinciden los medicamentos pautados con los preparados en el pastillero de las dos personas seleccionadas. La dependencia donde se almacenan los medicamentos está cerrada en ausencia del profesional responsable. Es la farmacia la encargada de recargar los pastilleros 2 veces en semana.



Dispone de Terapia Ocupacional ofrecida por la Psicopedagoga, pero no disponen del profesional especializado.

Dispone de Fisioterapia y rehabilitación.

Dispone de Procedimiento para facilitar los traslados o ingresos en centros sanitarios; disponen de “*Protocolo en caso de emergencias*”. Disponen de un documento con datos sanitarios de interés, para derivación en caso de emergencia sanitaria; disponen de un documento con datos sanitarios de interés, para derivación en caso de emergencia sanitaria, y que se acompaña de la hoja de tratamiento. Se rellena en el momento que es necesario. Normalmente se avisa a la familia y si ésta no puede acompañar en la ambulancia, se ofrece que pueda hacerlo personal de la residencia que esté de descanso a corte del residente.

Disponen de protocolo de contenciones y restricción de la movilidad. Disponen de un registro de usuarios con las medidas de contención aplicadas; en la actualidad, tan sólo 3 residentes. Se revisan las correspondientes a MMP; Dispone de prescripción facultativa y de consentimiento informado, pero no correctamente cumplimentadas, ya que no consta la medida de sujeción a la que la familiar presta el consentimiento, ni se puede comprobar la prescripción médica de las barandillas.

Se realiza un seguimiento de las caídas producidas que recoja información suficiente (dónde y cómo se ha producido, así como evolución. Se computan 12 caídas en diciembre de 2024.

Se comprueba el registro de las últimas caídas ocurridas el 8 y 10 de enero que corresponde a DL y AL respectivamente; el registro está cumplimentado por la persona que atiende en primera instancia la caída, pero está pendiente de valoración de enfermería y de médico; tampoco consta aviso a familiares. Preguntada al respecto, informa la directora que el aviso a familiares se produce tras la valoración médica si la caída reviste de gravedad, y si el médico valora que no hay lesiones importantes, no se avisa.

El equipo multidisciplinar realiza comisiones de caídas (última acta el 05/12/2024) para valorar cuales son los espacios donde se registra mayor número y los factores internos y externos que puedan influir en ello. Incide la directora que el esfuerzo en evitar las medidas de contención hace que se produzca un mayor número de caídas debido a la mayor movilidad de los residentes.

Se produce un seguimiento de las curas que recoja información suficiente (pauta de curas y evolución). SI, se revisa en Resiplus la cura de DAF, donde consta UPP en grado IV cavitada, vascular ubicada en la pierna con pauta de cura diaria. No se puede obtener un registro de las curas activas el día de la visita; **SE REQUIERE.**

CONDICIONES FUNCIONALES

Cuentan desde mediados de 2023 con sistema de gestión informática RESIPLUS y se está implementando poco a poco; desde nov 2024, el equipo técnico registra las actividades en el sistema **y se debe llegar a conseguir**, a través de tablets y equipo de recepción, que todos los registros y pautas de cuidado, incluidos de las gerocultoras, aparezcan en RESIPLUS.

Están implementando un sistema de información a familiares a través de la instalación de una app en los móviles (se toma foto de cartel informativo) que les permite hacer seguimiento diario de la ingesta de sólido, líquido y siestas de sus familiares; hasta la fecha, son 10 familias las que han instalado este servicio y se pretende continuar con el volcado de todos los datos concernientes a cada residente.

Existe un Equipo técnico interprofesional formado por Directora, Médico, Enfermera, Fisioterapeuta, Psicopedagoga y gobernanta.

Documento Verificable en www.jccm.es mediante Código Seguro de Verificación (CSV)



Dispone de órgano que posibilite la participación de usuarios y familiares (art. 12. 4 del Decreto 2/2022). Con la familia anualmente se realizan 2 reuniones (navidad y verano) y talleres temáticos -sin demasiada participación por el momento-; refiere la directora que quiere empezar a trabajar Talleres trimestrales para familias de los residentes de nuevo ingreso para tratar temas de adaptación y organización del centro y facilitar así la comunicación y participación. Además, cuenta con grupo de difusión diario con las familias donde informa de las actividades diarias, menú y temas de interés.

Con los residentes se realizan comisiones de menús (última acta de fecha 04-04-24), comisiones de actividades (última acta de fecha 10/2024) y de reciente creación la comisión de Medio Ambiente

No se prestan servicios de apoyo a la comunidad; todos los servicios se prestan exclusivamente a los residentes

SEGURIDAD Y ACCESIBILIDAD

Disponen de Plan de Autoprotección inscrito con número de registro **1690** el **16.07.21**, con los datos de la empresa gestora Gestión Gerosocial. **SE DEBE ACTUALIZAR EN 2025**

NO SE HAN REALIZADO actividades de implantación y mantenimiento de dicho Plan de Autoprotección (formación y simulacro) en 2024.

Disponen de Protocolo de mantenimiento de la seguridad, pero no está actualizado; **falta especificar las operaciones a realizar. SE REQUIERE.**

Las instalaciones de protección ante riesgos de incendios están debidamente mantenidas y revisadas por JOMAR, válido hasta 11/25 y OCA del sistema antiincendios **favorable hasta 25/03/2034**

No se observan elementos que pueden ser peligrosos para los usuarios (bordes afilados, suelos resbaladizos, discontinuidades en ayudas...), a excepción de la valla salva escaleras que hay instalada en la primera planta, la cual se abre en el sentido de la marcha, pero no dispone de ningún tope; se recomienda contacten con profesionales especializados en el tema de prevención para valorar cual puede ser la mejor opción.

Dispone de documentos que acrediten la vigencia en el mantenimiento y revisión de las instalaciones del centro. Se revisan los certificados de mantenimiento del centro quedando reflejado el resultado en el apartado de documentos revisados.

DESVIACIONES OBSERVADAS:

Estado del inmueble, instalaciones y mantenimiento

-El centro sigue presentando en general carencias de mantenimiento (roces en paredes y puertas, cercos, barandillas, armaritos de algunos baños de habitaciones sin puertas...). La parte semisótano donde están lavandería, calderas y almacenes también precisaría mejoras, así como la parte exterior trasera, que da a un vaso de piscina sin uso de grandes dimensiones, que según refiere la Directora no pertenece al centro, pero tampoco está separada por valla del terreno de la residencia.

-También se comprueba la existencia de instalaciones que presentan deterioro:

- Sala de calderas, con el techo con desperfectos y presencia de humedades. Continúa.
- Habitación 108: no cierra la ventana del baño

- Habitación 207: ventana del baño con brida; en el acto, personal de mantenimiento lo arregla. No abre la ventana de la habitación.
- Habitación 114: roces importantes en la puerta.
- Pasamanos con necesidad de pintura
- Valla salva escaleras de la segunda planta abre hacia dentro.
- Valla salva escaleras de la primera planta abre en el sentido de la marcha, pero carece de anclaje
- El extintor del fondo del pasillo de la 1ª planta está prácticamente suelto y sin apuntar la fecha de la última revisión
- Sin agua en el lavacabezas de la peluquería; el día de la visita, se prestaban servicios de peluquería en la sala de estar/visitas (antigua cafetería)

- Se constata la existencia de cambios en la distribución del centro sin comunicar a Bienestar Social ni contar, por tanto, con la correspondiente autorización administrativa:

- La antigua "sala de almacén de silla de ruedas", sita al lado de la recepción, se ha transformado en sala de curas y de podología.
- Hasta que realicen la adecuación de las habitaciones de enfermería, han destinado dos habitaciones dobles con baño de la zona residencial para ese uso, que son la 103 bis y la 219

Personal

-Según los datos recabados durante la inspección, y a la espera de confirmación con la documentación que se requiere, para los usuarios existentes el día de la visita, queda como sigue:

- No cumple Ratio global de personal (0.47 profesionales por usuario). Dispone de una ratio de 14,77 cuando debería tener 27,73
- No cumple la Ratio de personal de atención directa (40 horas/semanales por cada 5 residentes o fracción). Le faltan 152 horas/semanales (solo se contabiliza al personal auxiliar que acredite disponer de la titulación pertinente).
- No cumple la ratio de personal técnico 0,050 profesionales por persona usuaria (faltarían 7h/s).
- Por los residentes actuales que tiene el centro, sería necesario disponer de un mayor número de profesionales

-En el momento de la inspección no disponen de terapeuta ocupacional; sus funciones las está desempeñando una licenciada en Psicopedagogía.

Expedientes, servicios y documentación:

- El Plan de cuidados de MMP no está cumplimentado en su totalidad.
- No constan registros de cambios posturales diurnos ni movilizaciones de MMP como medida de prevención en caso de úlceras por presión.
- En el consentimiento informado de MMP no consta el tipo de sujeción a la que la familiar da su consentimiento.
- No consta prescripción facultativa de barandillas en el expediente de MMP
- En el registro de higiene no constan los cambios de pañal, ni registrado los cortes de uñas ni afeitados.
- No constancia de información a familiares en algunos casos de caídas.
- Disponen de sistema de gestión en formato electrónico (Resiplus) pero muchos datos de los registros de seguimiento de los residentes siguen pendientes de introducir en dicho sistema. El plazo máximo según normativa era hasta el 24/04/2023.

PROPUESTA DE LA DIRECCIÓN: realización de encuentros y reuniones a instancia de la Delegación Provincial entre las Residencias de Mayores de la provincia para puesta en común de buenas prácticas y trabajo en red.

DOCUMENTACIÓN QUE SE REQUIERE. De conformidad con lo establecido en el artículo 48.1 c), 48.3 y 52.1 del Decreto 45/2022 de 1 de junio (DOCM de 8 de junio de 2022), del régimen de autorización administrativa y comunicación, acreditación, registro e inspección de los servicios sociales en Castilla la Mancha, se le requiere para que, en el plazo máximo de **DIEZ DÍAS HÁBILES**, remita a la Sección de Inspección de la Delegación Provincial de Bienestar Social de Guadalajara, por medios telemáticos, a través de la sede electrónica <https://www.jccm.es/> (dada la obligatoriedad establecida en el artículo 14.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, de que las personas jurídicas se relacionen con la administración por medios electrónicos, tanto la remisión de documentación por parte de las Entidades como las notificaciones que realice la administración a éstas se deberá efectuar por medios telemáticos), los siguientes documentos:

- Vida laboral de la empresa del mes anterior a la fecha de la visita (desde 14/12/2024 a 14/01/2025).
- Titulación, copia de los Certificados de profesionalidad o Habilitación, pago de tasa ACREDITA del personal auxiliar/gerocultor:
 - * AETH.
 - * MIGC.
 - * PMM.
 - * AMP.
- Contrato en vigor de servicios de Podología.
- Registro del nº de curas activas y su seguimiento el día 14/01/2025.
- Protocolo de mantenimiento de la seguridad actualizado y adaptado al Decreto 2/2022.
- Certificado actualizado de mantenimiento anual de instalaciones térmicas.
- Póliza Seguro de Responsabilidad Civil, BERKLEY EUROPE AG. Nº póliza 2068427
- Justificante del último pago del seguro de Siniestro del edificio, póliza Nº 0782339010783 MULTIRRIESGO EMPRESARIAL BANKINTER SEGUROS GENERALES.
- Informe de simulacro de evacuación y formación en 2024, debidamente firmado por técnico competente.
- Informe de las encuestas a residentes y familiares de 2024 de fecha enero/25, y Certificado del Sistema de gestión y aseguramiento de la calidad de la propia empresa MAC-200/VRD realizado en 2024.
- Programa de actividades para 2025
- Plan de actuación para la corrección de las desviaciones observadas con indicación del plazo de ejecución.

La remisión de la documentación requerida deberá efectuarse a través de la Sede Electrónica, mediante la ficha SIACI "KM9J"; de no dar respuesta al requerimiento sin causa justificada, podrá entenderse como obstrucción a la labor inspectora; encontrará el modelo en el siguiente link <https://www.jccm.es/tramites/1012916>

Transcurrido el plazo establecido, la no aportación de la documentación requerida podrá ser constitutiva de infracción administrativa, de conformidad de lo establecido en los artículos 81 y siguientes de la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha.



Se INFORMA al interesado que el acta de inspección le será remitida en el plazo máximo de tres días hábiles, contados a partir de la fecha de la visita de inspección, para su revisión, en su caso, alegar a la misma y su firma. Debiendo el compareciente remitirla nuevamente firmada a la Sección de Inspección de los Servicios Sociales en el plazo máximo de **tres días hábiles**, contados a partir de la fecha de la notificación del acta de inspección.

ALEGACIONES, en su caso, de la persona que firma el acta con los inspectores: No hace

Los hechos recogidos en la presente acta se presumen ciertos salvo prueba en contrario (Art 54.2 de la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha; D.O.M.C. nº. 251, de 31 de diciembre).

Y en prueba de la visita realizada, siendo las 15:15h. se levanta la presente acta que firman el funcionario y la interesada en el lugar y fecha indicados.

LA INTERESADA

LA FUNCIONARIA

El Servicio de Inspección y Calidad de los Servicios Sociales, con el objeto de mejorar la calidad en el ejercicio de sus funciones, desea conocer su nivel de satisfacción en relación con la visita de inspección llevada a cabo en el centro/servicio de referencia, mediante la cumplimentación de una encuesta. Para ello podrá acceder al siguiente enlace:

<https://encuestas-gen.castillalamancha.es/index.php/162144?lang=es>

(La encuesta es totalmente anónima y no se guardará ningún dato que permita identificar la IP)

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 https://rat.castillalamancha.es/info/0680