



ACTA GENERAL DE INSPECCIÓN:

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

TIPO DE CENTRO: ALQUILAMIENTO DE VIVIENDAS VAYIRES
 NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: VILLA RESIDENCIAL ESPIRITU SANJO
 TITULARIDAD: RESIDENCIA ESPIRITU SANJO SL N.I.F./C.I.F.: B-33792268
 LOCALIDAD: PORCEYO MUNICIPIO: GIJÓN
 CALLE O PLAZA: CALLE DEL FONDO Nº: 956 PISO:
 TELÉFONO: 985490274
 RECIBE LA INSPECCIÓN: D.: [Redacted] D.N.I.: [Redacted]

2.- DATOS DE LA INSPECCIÓN:

INSPECTORES ACTUANTES: [Redacted]

MOTIVO DE LA INSPECCIÓN: Plan de Inspección 2010 Inspección Ciudad

HECHOS CONSTATADOS: Respecto al inspector actuante en el día 4 de mayo de 2010 se le dio curso al 1145 y 2010 de la acreditación al haber sido la inspección D. [Redacted] en la localidad de [Redacted].
Indicando del motivo de la inspección residenciada por el inspector actuante se procede a complementar el cuestionario implementado el efecto que consta de 86 apartados y que una vez complementado se anexa al acta con el resultado que obra en el mismo y del que se entrega copia firmada al centro. Asimismo se informa a quien padece la inspección que el contenido que obra en el cuestionario implementado puede ser objeto de consulta en el momento de la inspección. Se incluye como dato corroborado del lugar de los datos del centro de los y en prueba de cabecera firma el protocolo

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

PLAZO DE EJECUCIÓN FINALIZA

En testimonio de lo actuado se levanta la presente acta, por duplicado que una vez leída es firmada por el inspector y el interesado a cual se hace entrega de uno de los ejemplares.

En Boyo, a las 14:15 horas del día 9 de noviembre de 2010

Firma del Inspeccionado, [Redacted]

Firma del Inspector, [Redacted]

D.

D.

PLAN DE INSPECCIÓN 2020

1. DENOMINACIÓN DEL CENTRO: *Unidad de Atención de Familiares*
2. Nº DE REGISTRO: *CASC*

UBICACIÓN: *Ciudad del Fomento Pinar del Río*
TIPO DE CENTRO: *ALBERGUE PARA PERSONAS MAYORES*

3. TITULAR DEL CENTRO: *J. Martínez*
4. NIF: *B-334226J*

MOTIVO DEL INFORME: *INSPE*
FECHA: *5/11/2020*
INSPECTOR/A: *JULIO MARTINEZ MARTINEZ*

PRESENTACIÓN

El presente cuestionario remitido por el *Servicio de Inspección y Calidad* se aplica en cumplimiento de lo previsto en la *Resolución de 3 de julio de 2020, de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, por la que se aprueba el Plan de Inspección de Servicios Sociales del ejercicio 2020* (Acción 3.1) dentro del conjunto de medidas para la prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia COVID-19, constituyendo un deber de los centros el proporcionar la información que se les solicita.

Para resolver cualquier duda puede dirigirse en horario de oficina al inspector/a al que se asignó su centro en la tramitación del cuestionario y a quien deberá devolver el cuestionario una vez cumplimentado. Los datos de contacto son:

Nombre: Correo electrónico:Tlf:

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE CUMPLIMENTA EL CUESTIONARIO:

- 5. Nombre y Apellidos: JULIO MARTINEZ MARTINEZ.
- 6. D.N.I.:.....
- 7. Cargo/Categoría profesional: Jefe del Servicio de Inspección y Calidad

CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO

- 8. NÚMERO DE PLAZAS AUTORIZADAS: 31
- 9. NÚMERO DE PLAZAS PARA PERSONAS DEPENDIENTES (a cumplimentar solamente por centros dependientes del ERA) 8
- 10. OCUPACIÓN ACTUAL (deben incluirse aquellos casos de personas usuarias que temporalmente pudieran encontrarse fuera del centro como puede ser el caso de personas hospitalizadas): 27
- 11. ¿Cuántas de estas personas tienen grado de dependencia reconocido? 24
- 12. Número de nuevos ingresos desde el 13/3/2020 al 20/6/2020

| | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 | 5 | Más de 5 |
|-----------------|-----|---|---|---|---|---|----------|
| Urgencia social | - 0 | - | - | - | - | - | - |
| Orden judicial | - 0 | - | - | - | - | - | - |

- 13. NÚMERO DE NUEVOS INGRESOS DESDE FECHA 21/06/2020 (Resolución de la Consejería de Salud de 19 de junio de 2020) 3 ingresos
- 14. Comparte el centro residencial espacios con otro tipo de centro asistencial (Centro de día, servicios a personas no residentes, cafeterías de acceso al público en general, etc) SI NO
- 15. Indicar con qué comparte

INSTALACIONES

- 16. TIENE SEÑALIZACIÓN DE RUTAS EN ENTRADAS Y SALIDAS
 SI NO
- 17. EN EL ACCESO AL CENTRO Y ZONAS COMUNES EXPONE CARTELES INFORMATIVOS SOBRE MEDIDAS DE PRECAUCIÓN SI NO
- 18. TIENE DISPENSADORES DE GEL HIDROALCOHÓLICO ACCESIBLES AL PÚBLICO, TRABAJADORES Y PERSONAS USUARIAS

- SI NO

- 19. EN TODAS LAS ZONAS COMUNES DISPONE DE CONTENEDOR PARA RESIDUOS (PAPELERAS) CON TAPA DE APERTURA A PEDAL

SI NO

- 20. Para ir a la siguiente pregunta debe indicar el número de plazas autorizadas Menos de 20 plazas 20 plazas o más

- 21. EN PREVENCIÓN DE PODER AISLAR CASOS SOSPECHOSOS Y COMO MEDIDA PREVENTIVA, MANTIENE AL MENOS EL 5% DE PLAZAS LIBRES DE FORMA QUE PUEDAN DISPONER DE HABITACIÓN INDIVIDUAL CON BAÑO. SI NO

- 22. EN PREVENCIÓN DE PODER AISLAR CASOS SOSPECHOSOS Y COMO MEDIDA PREVENTIVA, MANTIENE EN RESERVA UNA HABITACIÓN CON BAÑO SI NO

- 23. ¿CONSIDERANDO LAS CARACTERÍSTICAS ARQUITECTÓNICAS DE SU CENTRO, FUE NECESARIO LA IDENTIFICACIÓN DE ZONAS PARA LA DEAMBULACIÓN EN FUNCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE COVID ENTRE RESIDENTES?

SI NO

RECURSOS HUMANOS

- 24. NÚMERO TOTAL DE AUXILIARES/GEROCULTORES: 6

- 25. LA ASIGNACIÓN DE GEROCULTORES EN EL CENTRO ES:

o Fija en cada planta o área de atención. SI NO

o Hace rotación entre plantas o áreas de atención SI NO

- 26. ¿TIENE PERSONAL ESPECÍFICO SOLO PARA TAREAS DE LIMPIEZA?
 SI NO
- 27. NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES QUE SOLO REALIZAN TRABAJOS DE LIMPIEZA Y LAVANDERÍA: _____
- 28. ¿HAN REALIZADO O TIENEN PROGRAMADO HACER, PRUEBAS PCR A LOS NUEVOS EMPLEADOS CONTRATADOS DESDE EL FIN DEL ESTADO DE ALARMA? SI NO
- 29. ¿TODOS LOS TRABAJADORES TIENEN MATERIAL O EQUIPOS DE PROTECCIÓN SEGÚN DETERMINA EL TIPO DE TRABAJO QUE REALIZAN? SI NO
- 30. ¿SE APLICÓ UN SISTEMA PARA EVITAR QUE SE PRODUZCAN AGLOMERACIONES DE TRABAJADORES ASÍ COMO PARA MINIMIZAR SITUACIONES DE CONTACTO PERSONAL? SI NO
- 31. ¿SE ESTABLECIERON PAUTAS PARA LA LIMPIEZA DE PUESTOS DE TRABAJO Y/O MATERIALES COMPARTIDOS, ENTRE LOS CAMBIOS DE TURNO DE TRABAJO? SI NO

PERSONAS USUARIAS

- 32. DESDE QUE FINALIZÓ EL ESTADO DE ALARMA ¿SE EFECTÚA PRUEBA DIAGNÓSTICA A TODOS LOS USUARIOS DE NUEVO INGRESOS?

SI NO

- 33. ¿CUANDO SE PRODUCE UN NUEVO INGRESO EN EL CENTRO REALIZA LA SIGUIENTE CLASIFICACIÓN DE PERSONAS USUARIAS? (- Residentes asintomáticos y sin contacto estrecho con un caso posible o confirmado de COVID-19
- -Residentes asintomáticos, en aislamiento preventivo con caso posible o confirmado de COVID-19

- Residentes con síntomas compatibles con COVID-19
- Casos confirmados de COVID-19
- Residentes con enfermedad COVID-19 superada)

o SI NO

- 34. (1) Residentes asintomáticos y sin contacto estrecho con un caso posible o confirmado de COVID-19. N°
- 35. (2) Residentes asintomáticos, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19. N° 1
- 36. (3) Residentes con síntomas compatibles con COVID-19. 12
N°
- 37. (4) Casos confirmados de COVID-19. N° 4
- 38. (5) Residentes con enfermedad COVID-19 superada. N° 1
- 39. Número de residentes dependientes que están a la espera de recibir prestación de la Ley de Dependencia —

- 40. ¿EN LAS ZONAS DE USO COMÚN SE GARANTIZA UNA DISTANCIA MÍNIMA DE 1,5 METROS ENTRE PERSONAS USUARIAS Y, CUANDO ELLO NO SEA POSIBLE, SE UTILIZAN MASCARILLAS? SI NO

- 41. ¿EN CASO DE TENER ALGÚN CASO ACTIVO CONFIRMADO O SOSPECHOSO, QUÉ MEDIDAS DE AISLAMIENTO APLICÓ?
 - o SECTORIZACIÓN DEL CENTRO SI
 - o ZONAS COMUNES AISLAMIENTO EN HABITACION

42. ¿SU CENTRO TIENE UN PLAN DE CONTINGENCIA CONTRA COVID-19?

SI NO

En caso afirmativo, cumplimente los siguientes apartados:

- 43. Fecha de elaboración del Plan: 24/06/2020
- 44. Fecha en que fue implantado en el centro: 24/06/2020
- 45. Cuenta con un responsable asistencial para la supervisión de la implantación del Plan SI NO

- 46. Nombre y Apellidos: _____
- 47. D.N.I. _____
- 48. Cargo/categoría que ostenta en plantilla: _____

- El Plan cumple con el siguiente contenido recogido en el Capítulo VI. Punto 6.2.4. de la *Resolución de 19 de junio de 2020, de la Consejería de Salud, por la que se establecen medidas urgentes de prevención, contención y coordinación necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 tras la expiración de la vigencia del estado de alarma:*

- 49. Identificación precoz de posibles casos entre residentes y trabajadores y comunicación de la sospecha a la autoridad sanitaria. SI NO
- 50. Plan de actuación, ante un caso, para la sectorización de residentes en cuatro cohortes o grupo (1º usuarios sin síntomas y sin contactos, 2º usuarios sin síntomas en aislamiento preventivo por haber tenido contacto con casos posibles o confirmados, 3º usuarios con síntomas compatibles, y 4º casos confirmados): SI NO
- 51. Circuito de procedimiento de la realización de pruebas diagnósticas periódicas, acorde a los criterios establecidos por la autoridad sanitaria. SI NO

- 52. Medidas organizativas en materia de recursos humanos de manera que: 1º se reduzca al mínimo el número de trabajadores en contacto directo con un residente afectado por un caso posible o positivo de COVID-19. 2º no se produzca rotación de personal entre las diferentes zonas de aislamiento. SI NO
- 53. Tiene una Planificación de la reserva estratégica de material de protección (EPIs). SI NO
función de reserva
- 54. Tiene un Plan anual de formación específica en materia de COVID-19 (y/o enfermedades contagiosas) y de usos y manejo de EPIs para todos sus trabajadores. SI NO
Diano a cargo del Sbro. este.
- 55. Establece procedimientos que garanticen la actividad normal en los centros, concretamente, las visitas, paseos y nuevos ingresos, guardando las medidas de prevención adecuadas y proporcionadas al riesgo existente en cada momento.
 SI NO

PROTOCOLOS

56. ¿Tienen implementados programas intensificados de limpieza en el centro con especial atención a las zonas donde puedan transitar mayor número de personas y las superficies de contacto frecuente como barandillas y pasamanos, botones, pomos de puertas, mesas, etc?

SI NO
siempre de noche

57. ¿APLICA EL PROTOCOLO DE VISITAS ASOCIADO AL "PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN FRENTE AL COVID-19 EN RESIDENCIAS"?

SI NO

En caso afirmativo, cumplimente los siguientes apartados:

- 58. Fecha de elaboración: *7/12/2020*
- 59. Horario de visitas: *10-13h y 15-18h 4 veces*
- 60. Lugares definidos para las visitas:
 - Salas comunes
 - Habitaciones
 - Espacios destinados en exclusiva a visitas
 - Otros *1402 frente al centro exterior*
- 61. Tiempo máximo establecido para cada visita en minutos: *30*
- 62. ¿Tienen documento de Consentimiento Informado para la realización de visitas el cual se aplica a usuarios y familiares? SI
 NO
- 63. ¿Disponen de Registro de visitas identificativo en el que conste información relativa a: 1º Nombre de la persona que realiza la visita. 2º D.N.I.; 3º Teléfono de contacto; 4º Nombre de la persona usuaria que recibe la visita. SI NO
- 64. ¿Limpian, desinfectan y ventilan las habitaciones o salas utilizadas entre cada visita y a la finalización de las mismas? SI NO

65. ¿APLICA PROTOCOLO DE SALIDAS Y PASEOS ASOCIADO AL "PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN FRENTE AL COVID-19 EN RESIDENCIAS"?

SI NO

En caso afirmativo, cumplimente los siguientes apartados:

- 66. Fecha de elaboración: *7/12/2020*
- 67. Horario establecido para las salidas: *10-13h y 15-18h 3 veces*
- 68. Para la organización de las salidas ¿se ha realizado una valoración individualizada de los residentes por parte del equipo interdisciplinar del centro? SI NO
- En caso afirmativo, especificar el número total de residentes en cada grupo:
No hubo salidas por la presencia de covid-19 en los residentes.

- 69. Personas autónomas e independientes para la realización de salidas. N° ...0
 - 70. Personas autónomas que precisan de apoyos para la realización de salidas por dependencia física/funcional. N° 0....
 - 71. Persona heterónoma y dependiente que precisa de acompañamiento para la realización de salidas. N°0
- 72. Con el fin de evitar aglomeraciones y minimizar el riesgo de contagio, ¿el centro cuenta con un circuito específico de entradas y salidas?

▪ SI NO

- 73. ¿Disponen de Registro de salidas en el que conste información relativa a: 1º Fecha de la entrada-salida; 2º Nombre y apellidos de la persona usuaria; 3º si la persona usuaria precisa apoyos para la realización de salidas, identifica si se trata de un familiar, un profesional o un voluntario?

SI NO

No integran por los dichos anteriormente

- 74. ¿Intensifican la limpieza en la entrada del centro prestando especial atención a las superficies de contacto frecuente como barandillas y pasamanos, botones, pomos de puertas, mesas, etc?

SI NO

- 75. ¿Limpian y desinfectan las ayudas técnicas (sillas de ruedas, andadores, bastones, etc...) utilizadas en las salidas por los residentes?

SI NO

76. ¿APLICA EL PROTOCOLO PARA EL INGRESO DE NUEVAS PERSONAS USUARIAS ASOCIADO AL "PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN FRENTE AL COVID-19 EN RESIDENCIAS"?

SI NO

En caso afirmativo, cumplimente los siguientes apartados:

- o 77. Fecha de elaboración: 74/06/2020
- o 78. ¿Dispone de espacio para cumplir con el aislamiento si la persona procede del centro hospitalario? SI NO
- o 79. ¿Dispone de documento de Consentimiento Informado para el acceso al centro de nuevos usuarios? SI NO
- o 80. ¿Está realizando la siguiente clasificación de ingreso de nuevas personas usuarias en el centro?: (1) Residentes asintomáticos y sin contacto estrecho con un caso posible o confirmado de COVID-19. (2) Residentes asintomáticos, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19. (3) Residentes con síntomas compatibles con COVID-19. (4) Casos confirmados de COVID-19 (5) Residentes con enfermedad COVID-19 superada.
 SI NO

81. DURANTE EL ESTADO DE ALARMA ¿APLICÓ EN ALGÚN MOMENTO EL PROTOCOLO PARA ACOMPAÑAMIENTO AL FINAL DE VIDA?

SI NO

En caso afirmativo, ¿cumplimenta los siguientes apartados?:

- o 82. El centro disponía de Documento de "Instrucciones Previas" SI NO
- o 83. Existía un Interlocutor de referencia SI NO
- o 84. Disponía de registro de PCR de visitantes y su declaración responsable. SI NO
- o 85. El centro contaba con documento de Consentimiento informado para la visita. SI NO

86. COMENTARIOS Y OBSERVACIONES

La persona que cumplimenta el cuestionario puede consignar brevemente aquellas cuestiones o aclaraciones de importancia que el formato del cuestionario no permite concretar y pudieran ser determinantes para una mejor comprensión de los datos recabados.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

LA PERSONA QUE CUMPLIMENTA EL CUESTIONARIO DECLARA FEHACIENTEMENTE

Que la información que se proporciona al *Servicio de Inspección y Calidad* es veraz y se corresponde con la realidad de funcionamiento del centro siendo susceptible de comprobación a medio de inspección presencial en cualquier momento por el Servicio de Inspección y Calidad.

En Piura a 9 de Noviembre del 2020

Firmado: