



ACTA DE INSPECCIÓN Nº 35 TPPS 2024

CENTRO: RESIDENCIA SANITAS COLMENAR, RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES
Nº REGISTRAL DEL CENTRO: C4003
TITULAR: SANITAS MAYORES, S.L.
Nº DE IDENTIFICACIÓN: B58937178
DIRECCIÓN: PASEO DE LA MAGDALENA Nº 2
MUNICIPIO: 28770 COLMENAR VIEJO
TIPOLOGÍA: CENTROS RESIDENCIALES
SUBTIPOLOGÍA: RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES
SECTOR SOCIAL: PERSONAS MAYORES

En Colmenar Viejo, el día **6 DE MARZO DE 2024**, a las **13:40** horas, se persona en el servicio/centro de referencia el/la inspector/a INSPECTOR CIRA [REDACTED], de la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, y en presencia de Sr. /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: 202

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

Aptas para personas dependientes: **202** Con movilidad reducida: **202**

a.2. Total plazas concertadas con la Comunidad de Madrid: 0

a.3. Total plazas ocupadas: 143

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

Aptas para personas dependientes: **143** Con movilidad reducida: **97**

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

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: No.

d) Otros datos de interés: Sí:

De acuerdo a la Orden SND/726/2023, de 4 de julio, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 4 de julio de 2023, por el que se declara la finalización de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19:

- Se toman precauciones adicionales en caso de aparición de síntomas en trabajadores, residentes o visitantes, para evitar brotes, cuidando en todo caso el bienestar de los mayores tanto a nivel físico como emocional. No procede

e) Requerimientos de subsanación: No.

2º.- PERSONAL DEL CENTRO

a) Relación de trabajadores/as: Se hace entrega, junto con el acta, de modelo de relación de trabajadores/as del centro para su cumplimentación y presentación en el plazo de 10 días.

b) Personal de presencia física en el momento de la inspección: La directora que atiende la inspección, un médico, dos enfermera, dos fisioterapeuta, dos terapeutas ocupacionales, una trabajadora social, dos supervisora, 11 gerocultoras (incluidas la responsable de planta), 3 personas de limpieza, 1 persona de recepción, una cocinera y una pinche, y una persona encargada del mantenimiento.

c) Director/a: D^a [REDACTED] con nº [REDACTED].

c.1. Dispone del reconocimiento de acciones formativas habilitantes: Sí.

c.2. Persona responsable en ausencia del/de la director/a: Sí. [REDACTED]

[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. En anterior inspección se comprueban las siguientes titulaciones:

Médicos/as: [REDACTED] licenciado en Medicina (muestran certificado de homologación).

Enfermeros/as: [REDACTED] (diplomado en enfermería por la Universidad de Perú, muestran certificado de homologación) [REDACTED] Justicia (diplomada en enfermería), [REDACTED] (título oficial de Enfermera especialista en enfermería geriátrica) [REDACTED]s, diplomada en enfermería.

Fisioterapeutas: [REDACTED]

Terapeuta Ocupacional: [REDACTED]

Informan de que el podólogo acude cada dos semanas al centro (martes), y el servicio de peluquería es los lunes, jueves y viernes por la mañana. Ambos son de la empresa ABEDUL

e) Requerimientos de subsanación: No.

3º.- ÁREA RESIDENCIAL

I. NÚMERO TOTAL DE HABITACIONES Y NÚMERO DE CAMAS EN CADA DORMITORIO:

En la Planta Primera: 19 habitaciones individuales y 30 habitaciones dobles (incluido el SAE).

En la Planta 0: 21 habitaciones individuales y 30 habitaciones dobles.

II. DORMITORIOS OCUPADOS:

Se visitan los siguientes dormitorios: 51, 25, 46, 77, 76, 89, 83, 75, 73, 100.

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: Deficiencias observadas: En la habitación 76 se ha desprendido el perfil de la repisa de la televisión.



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 comprueba el sistema de llamada desde cuatro de las habitaciones muestreadas confirmando que se responde a la llamada.

d) Otros datos de interés: Sí:

Sí: Las puertas de los dormitorios disponen de sistema de apertura/cierre mediante cerradura con tarjeta-llave y pestillo interior, aunque la puerta esté cerrada el residente puede abrir desde el interior y si el usuario echa el pestillo desde dentro es posible abrir la puerta con la llave maestra. Informan que se da llave (tarjeta) a los residentes que pueden hacer un uso adecuado de ella.

Se está probando el programa piloto ALEXA en las habitaciones desde noviembre de 2023 para los residentes puedan manejar su agenda, llamar a sus familias, pedir música, etc.

e) Requerimientos de subsanación: b) Se requiere para que se garantice el mantenimiento, conservación y reparación del mobiliario y equipamiento en dormitorios, con el fin de evitar su deterioro y garantizar tanto la seguridad de sus usuarios/as como la calidad en la atención prestada.

III. ASEOS / BAÑOS:

a) Número de baños incorporados a dormitorios y/o de uso individual:

Todos los dormitorios tienen aseo incorporado.

b) Número de baños comunes:

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: Deficiencias observadas En el aseo de la habitación 46 no está identificado los espacios para los utensilios de las dos residentes en el lavabo (sólo se encuentra identificado el de una de las residentes).

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



- f) **Requerimientos de subsanación:** a) 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.
-
-
-

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.
- b.4 **Reflejan aporte dietético y calórico, y se ajustan a las necesidades específicas de las personas usuarias.** 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:** Durante la inspección está terminando de comer los residentes menos dependientes, se encuentran en el postre, recibiendo un menú especial según informan un flan. Se comprueba el menú que han recibido que coincidía con el menú firmado por el colegiado para el día de la inspección.

- 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:

d) Requerimientos de subsanación: No.

4º.- ÁREA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

a) Atención especializada pautada:

a.1. Conservación de la medicación: Deficiencias observadas: Los medicamentos se custodian y conservan en despacho de enfermería/farmacia de planta cero. Se realiza muestreo de medicación conservada en cajetines individuales de los residentes, medicación en stock de la residencia y medicación termolábil conservada en nevera observando lo siguiente:

- En la medicación en stock de la residencia custodiada en cajones de un armario se observa un frasco de Demilos de 600 gr. con fecha de caducidad de febrero de 2024. Informan que es un calcio que lo toma la residente [REDACTED] los días 1 y 15 de cada mes.
- Se observa que las plumas de insulina en uso que están conservadas en nevera y en todas ellas consta fecha de apertura.
- Se comprueba que los blísteres cargados de varios residentes están ennegrecidos el plástico por el uso.
- Hay un cajetín con medicación en la ventana a pleno sol, informan que lo han dejado allí porque hoy habían recibido el pedido de batidos, pero generalmente no se ubica ninguna medicación en la repisa de la ventana.

a.2. Preparación y administración de la medicación:

a.2.1. Personal que prepara la medicación: Farmacia externa L^a Clara Fernández de Alcorcón mediante SPD (Sistema Personificado de Dosificación) en bolsita automatizada y la medicación aguda y no emblistable por personal de enfermería del centro.

a.2.2. Comprobación del tratamiento preparado: Sí. Se realiza muestreo de la medicación preparada a 8 residentes del SAE para las tomas de la merienda, cena y



nocturna del día de la inspección y las tomas del desayuno y comida del día posterior comprobando que coincide lo cargado con la pauta médica.

a.2.3. **Sistema de preparación:** Sí. SPD en bolsita robotizada para los tratamientos crónicos y medicación aguda y no emblistable es cargada por enfermero del turno de noche.

a.2.4. **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

a.3. **Prestación de la atención asistencial pautada:** Administra medicación personal de enfermería, según indican. Informan que hay 7 residentes hospitalizados, 16 residentes diabéticos insulín dependientes, ningún residente con sonda PEG, 4 residentes con sonda vesical, 25 residentes con pauta de oxigenoterapia, y 10 residentes con cura por UPP de grado II y III.

Se comprueba el oxígeno de los residentes que se observan durante la inspección comprobando que se administra conforme lo pautado, salvo en el caso de [REDACTED] cuya pauta específica que debe utilizarlo de 14 a 18 h a 1 lpm., y en ese horario no lo tenía puesto, estaba desconectado. Se comprueba la toma de valores de los insulín dependientes comprobando que se lleva un control mensual de los mismo, en el caso de los residentes muestreados.

a.4. **Organización higiénico-sanitaria:** Deficiencias observadas: Como se ha referenciado anteriormente, se encuentra medicamentos en la repisa de la ventana a pleno sol.

b) **Enfermería:** El centro dispone de enfermería conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales. Disponen de 10 camas de enfermería, 7 de ellas instaladas en enfermería ubicada en planta 1ª, y otras 3 camas instaladas en estancia ubicada frente a despacho de enfermería ubicado en planta baja.

c) **Sistema de información y de incidencias:**

c.1. **Sistema de información y de incidencias utilizado:** En soporte informático (Resiplus Táctil para las auxiliares y Resiplus para el resto de profesionales).

c.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. Se comprueba la cumplimentación del registro táctil en la Sala de los residentes más dependientes, comprobando que estaba cumplimentado a fecha de inspección el aseo de los residentes muestreados.

d) **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 comprueba el registro de curas comprobando que se han registrado las mismas en las pautas asignadas a tres residentes que precisan la misma en el presente mes. También se comprueba el registro de caídas comprobando que se han registrado correctamente las caídas sufridas por las residentes [REDACTED] producida el 3 de marzo de 2024, la caída de [REDACTED] producida el 1 de marzo y avisado a sus correspondientes familiares.

Se comprueba, además, el registro de ingesta en la toma de la comida de los residentes comprobando que se han cumplimentado en la fecha de la inspección.

e) Expediente personal de atención especializada: Sí.

e.1. **Programa de intervención individual actualizado:** Sí. Se realiza la comprobación de 3 PAIS de tres de los residentes observados durante la inspección, comprobando que se han revisado por los profesionales técnicos en los últimos seis meses.

e.2. **Constancia documental de la participación y conocimiento del usuario o su representante.** No/No muestran.

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

g) Requerimientos de subsanación: a) Se requiere para que se garanticen adecuadamente las condiciones de seguridad y conservación de los medicamentos.

a) Se requiere para que se garantice la limpieza e higiene del equipamiento y utensilios utilizados para la preparación y administración de la medicación.

a) Se requiere para que se preste la atención especializada pautada, asegurando la continuidad y efectos del tratamiento.

e) Se requiere para que conste en el programa de atención individual de cada persona usuaria la acreditación documental de su participación y conocimiento en el mismo.

5º.- MEDIDAS DE SUJECIÓN

a) **Medidas alternativas concretas para cada una de las sujeciones:** Sí.

b) **Motivos del fracaso de las medidas alternativas previas a la prescripción de la sujeción** Sí.

c) **Cada sujeción está prescrita por profesional médico y aplicada conforme a lo pautado:** Sí.



- d) **La prescripción médica de la sujeción refleja el motivo, el tipo de sujeción, las situaciones en las que debe utilizarse, su duración y la periodicidad de la reevaluación de la medida adoptada, que no podrá ser superior a un mes:** No/no muestran. Se están revisando las sujeciones, según informan y se comprueba en la inspección, pero en el caso de las varadillas de  **no se ha especificado la duración, sólo se especifica la revisión mensual.**
- e) **La medida de sujeción dispone del consentimiento informado del usuario/a o su representante** Sí.
- f) **El consentimiento informado refleja adecuadamente los efectos negativos y positivos que ocasiona su aplicación:** Sí.
- g) **Revisión diaria de la medida de sujeción:** Sí.
- h) **Las personas usuarias con sujeciones prescritas, disponen de un Plan de Cuidados Complementarios:** Sí. Cuidados al acostarse, vigilancia, control cada hora desde la 10 del turno de noche hasta que se levanta, según Resiplus.
- i) **El centro dispone de un protocolo de sujeciones físicas:** Sí.
- j) **Declaración responsable firmada por el Director, donde consta la relación de personas que utilizan sujeciones, el tipo de sujeción, fecha de prescripción, fecha de última reevaluación y fecha del consentimiento informado.** Sí.
- k) **El centro tiene un compromiso formal respecto a la reducción de sujeciones, que se acredita mediante la existencia de un Plan de reducción de sujeciones.** Sí. Se revisan las sujeciones cada mes y la reducción de sujeción se contempla en el indicador trimestral valorando los índices como mejora en los rangos como mejora para los profesionales, si se superan los rangos se debe indicar las medidas que se deben adoptar para rebajar el índice por encima del permitido en Sanitas.
- l) **Información complementaria:** En el momento de la inspección hay 68 sujeciones, todas ellas son barandillas.
- m) **Requerimientos de subsanación** d) Se requiere para que la prescripción médica de la sujeción refleje el motivo, el tipo, las situaciones en las que debe utilizarse, su duración y la periodicidad de la reevaluación de la medida adoptada, que no podrá ser superior a un mes.

La autenticidad de este documento se puede comprobar mediante el siguiente código seguro de verificación:

6º.- 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. En todas las salas de estar y comedores visitados se encuentra alguna gerocultura.

Aunque al hablar con uno de los residentes, [REDACTED] en la habitación 89 señala que no hay personal suficiente, que algunas veces para trasladar a los residentes o atender a los más dependientes tienen que guardar y hacer cola durante bastante tiempo. En la habitación del mencionado residente se observa una gran acumulación de periódicos, por lo que se señala que se realice una supervisión periódica que evite la misma y el consiguiente peligro que conlleva.

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. Según informa la responsable el turno de noche levanta a un grupo de residentes (los más asistidos) dejándoles una bandeja de desayuno en la mesilla. Y, posteriormente el turno de la mañana levanta al grueso de los residentes, a partir de las ocho, el desayuno es a partir de las 9 horas, y la comida 13:00 y 13:30 horas, merienda 16:00 horas y cena 20:00 y recena 00:00 horas.

Los horarios que constan expuestos en el tablón del centro son: desayuno (de 08:30 a 10:00 horas), comida (12:45 a 13:30 horas), merienda (16 horas), cena (19:45 a 20:30 horas).

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

g) Requerimientos de subsanación: c) Se requiere para que estén previstas medidas de vigilancia y/o cuidado especial que garanticen la prevención, supervisión e intervención para las personas usuarias dependientes.

7º.- 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. La primera hoja a cumplimentar es la 102.

b) Protocolo de actuación en quejas y reclamaciones: Sí. En el plazo máximo de 30 días.

c) Sistema de sugerencias: Sí. Buzón de sugerencias.

d) Otros datos de interés: Sí:

e) Requerimientos de subsanación: No.

8º.- DOCUMENTACIÓN

a) Registro de personas usuarias: Conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales. En soporte informático RESIPLUS.

b) Publicidad:

b.1. Derechos de los usuarios: Sí.

b.2. Precios comunicados: Sí.

b.3. Servicios que se prestan: Sí.

b.4. 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: CT-G-028002350 Compañía aseguradora: GENERALI ESPAÑA Fecha vencimiento: 01/11/2024.

Tipo: Cobertura de los daños que puedan causar a las personas y sus bienes los profesionales y personas dependientes del servicio o centro Número: 48-EHC-003433-04 Compañía aseguradora: BERKSHIRE HATHAWAY Fecha vencimiento: 31/10/2024.

e) Reglamento de régimen interior: Sí.

f) Contrato/documento de admisión: Sí. Se comprueba el último contrato que es un ingreso voluntario.



- g) **Certificado de desinsectación y desratización:** Sí. Certificado de fecha 25/05/2024.
- h) **Certificado de mantenimiento de aparatos, equipos y sistemas de protección contra incendios:** Sí.. Certificado de fecha 28/12/2023. Anual
- i) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.
- j) **Requerimientos de subsanación:** No.
-
-
-

9º.- 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. Se comprueba la temperatura en Salón de la planta baja 29°C y en la habitación 89, la temperatura está a 27 °C. Informan que tienen un sistema de calefacción en el que se puede regular la temperatura 3 grados arriba o abajo y apagarla en las habitaciones y en zonas comunes.
- b) **Mantenimiento:** Deficiencias observadas: La pared de la habitación 51 se encuentra manchada detrás de la cama.
- c) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.
- d) **Requerimientos de subsanación:** b) 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.
-
-

10º.- CALIDAD.

- a) **Sistema de evaluación de calidad:** Evaluación externa del sistema de calidad. Certificado de cumplimiento con la norma UNE EN ISO 9001:2015 y con fecha de vencimiento 16/07/2025.
- b) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

11º.- OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS



a) Licencia municipal que autorice el ejercicio de la actividad/funcionamiento: Tipo y fecha:

Licencia para el ejercicio de actividad sometida a la Ley 2/2002, nº 2291 CT, de fecha 12/12/2013.

Autorización de servicios sanitarios en centro no sanitario: Si. Con vigencia hasta el 29 de octubre de 2023, nº de registro SS00447, para las unidades autorizadas U.1 Medicina general/familia, U.2 Enfermería, U. 4 Podología, U. 59 Fisioterapia, U.60 Terapia ocupacional

b) Plan de Actuación ante Olas de Calor: Sí.

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 información relacionada con la vigilancia,**

prevención y control de infecciones respiratorias en el ámbito de los centros y servicios sociales: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/coronavirus#area-profesionales>:

Estrategia para la integración de COVID-19 en la vigilancia y control de las infecciones respiratorias agudas en la comunidad de Madrid y Guía de Actuación para la prevención y el control de brotes de infecciones respiratorias agudas en centros residenciales en la Comunidad de Madrid.

12º.- REQUERIMIENTOS DEL ACTA ANTERIOR: 138 MRSS 2024, DE OCTUBRE DE 2023

a) Subsanados: Los siguientes:

- Se requiere para que los registros utilizados en el centro se cumplimenten correctamente tras la ejecución de la tarea y la atención prestada a la persona usuaria.
 - Se requiere para que las personas usuarias con sujeciones prescritas, dispongan de un Plan de Cuidados Complementarios.
- Se requiere para que dispongan de un Plan de Reducción de Sujeciones Se requiere para que se conserven los originales de las reclamaciones a disposición del servicio de inspección, conforme se establece en el apartado 1.4 del Anexo I.B de la Orden 612/1990, de 6 de noviembre
- Se requiere para que se cumpla el horario pautado de administración de la medicación.
- Se requiere para que, sin perjuicio de las necesidades nutricionales específicas de cada usuario/a, se faciliten como mínimo cuatro comidas diarias (desayuno, comida, merienda y cena), mediando entre cada ingesta no menos de 3 horas ni más de 5 horas.

b) No subsanados: Los siguientes:

- Se requiere para que se garanticen adecuadamente las condiciones de seguridad y conservación de los medicamentos.



- Se requiere para que se garantice la adecuada preparación y administración de la medicación conforme con la prescrita por el/la profesional médico.
- Se requiere para que se garantice la limpieza e higiene del equipamiento y utensilios utilizados para la preparación y administración de la medicación.
- Se requiere para que se preste la atención especializada pautada, asegurando la continuidad y efectos del tratamiento.

Se reitera para que den cumplimiento a los requerimientos no atendidos a la fecha de la presente inspección.

c) No se ha podido comprobar la subsanación de los siguientes requerimientos cuyo cumplimiento se verificará en la siguiente visita de inspección: Los siguientes:

- Se requiere para que entre la ingesta de noche y la de la mañana no transcurran más de 12 horas.
- Se requiere para que el horario de levantar y acostar a las personas usuarias dependientes garantice el ciclo de sueño, un descanso saludable y esté tan personalizado como sea posible

13º 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 inspeccionssociales@madrid.org, la documentación que a continuación se relaciona, dirigida al Área de Inspección de la Subdirección General de Inspección de Centros y Servicios Sociales de la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, **con expresa indicación del número de la presente acta:**

- **RELACION DE TRABAJADORES FIRMADA POR LA DIRECTORA.**
- **TITULACIONES DE TÉCNICOS DE ATENCIÓN DIRECTA QUE NO SE HAN COMPROBADO EN LA PRESENTE ACTA.**



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 grave en el artículo 97.o) de la Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, al “obstruir o dificultar la acción del personal inspector en el desempeño 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 inspeccionssociales@madrid.org

En caso de disconformidad podrán remitir sus manifestaciones a través de la [sede electrónica de la Comunidad de Madrid](#), indicando el número de acta y la fecha de la inspección.

INFORMACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD, LECTURA Y FIRMA DEL ACTA

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.

El inspector guardará secreto y sigilo profesional respecto de los asuntos objeto de la actuación de conformidad con el artículo 83 de la Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de 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



Subdirección General de Inspección
de Centros y Servicios Sociales
Dirección General
de Evaluación, Calidad e Innovación
CONSEJERÍA DE FAMILIA,
JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES

sujetos a dicho régimen tanto el destinatario de este documento como cualquier otra persona que tenga acceso al mismo.

De acuerdo con el artículo 84 de la Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, 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 inspector/a actuante.

Es todo cuanto manifiesto siendo las 21:30 hs.

El/La inspector/a



La autenticidad de este documento se puede comprobar mediante el siguiente código seguro de verificación