

ACTA DE INSPECCIÓN

Nº: CSP20220916CS38336

A las 11:30 horas del día 16 de septiembre del 2022 se persona, debidamente acreditada, D.^a [REDACTED], técnica del Área de Inspección de Centros Sanitarios de la Comunidad de Madrid, en la residencia de mayores “Las Rosas del Camino”, ubicada en la C/ San Roque, nº 77, del municipio de Navalcarnero (Madrid), C.P. 28600, teléfono: 918111001, cuya titularidad corresponde a ASOCIACIÓN LAS ROSAS DEL CAMINO, con N.I.F.: G45389855.

En virtud de lo establecido en el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre; Decreto 51/2006, de 15 de junio (modificado por el Decreto 86/2018, de 12 de junio); Orden 1158/2018, de 7 de noviembre y Orden 576/2022, de 21 de abril (que modifica la Orden 1244/2021, de 1 de octubre); se gira visita de inspección técnico sanitaria al servicio sanitario reseñado anteriormente, con objeto de verificar si reúne las condiciones y requisitos que exige la normativa vigente aplicable, en relación con la **Autorización de Modificación por Cambio de su Estructura y Oferta Asistencial**.

Comparece a la inspección D. ([REDACTED]), con N.I.F.: [REDACTED], en calidad de director del centro.

Se comprueban los siguientes hechos:

1. Se trata de una residencia (con 34 plazas autorizadas, actualmente ocupadas la totalidad), que dispone de la autorización sanitaria de funcionamiento en vigor para un servicio sanitario integrado en una organización no sanitaria, con las unidades: U.1 Medicina General/de Familia y U.2 Enfermería, que solicita **la ampliación de su oferta asistencial, con las unidades: U.4 Podología, U.59 Fisioterapia, U.60 Terapia Ocupacional y U.72 Obtención de Muestras**.

2. Las muestras clínicas obtenidas en el centro son transportadas al Centro de Salud de Navalcarnero, disponiendo de maletín térmico para su traslado.
3. La **estructura de planta física y distribución de dependencias** del servicio son coincidentes con los planos que obran en el expediente, aportados en este procedimiento de autorización.

Disponen de área específica para la actividad sanitaria. Esta área ocupa la planta semisótano de forma íntegra, y la sala indicada como “zona complemento a la enfermería”, ubicada en la planta baja. Ambas plantas están comunicadas por escaleras y ascensor. La planta baja tiene acceso directo a la calle.

La actividad podológica (quiropodia y ortopodología) comparte estancia con las actividades de fisioterapia y terapia ocupacional, en diferentes horarios.

4. **Se destaca el siguiente equipamiento:** Camillas de exploración y tratamiento; Sillón podológico con posibilidad de posición Trendelemburg; Lavamanos conectados a la red de distribución de agua corriente; Material para la exploración médica, obtención de muestras y realización de curas, siendo estos últimos de un solo uso (desechables); Medios básicos de reanimación cardiopulmonar (ambú, cánulas de guedel, bombonas de oxígeno, mascarillas, conexiones; material para vía endovenosa); Desfibrilador (el autochequeo da error: el parche está correcto; no así la batería, cuya fecha de fabricación es del año 2012); Medicación general varia y medicación por residente; Envases homologados para la recogida de residuos biosanitarios cortantes y/o punzantes; Frigorífico específico con termómetro de máximas y mínimas y registro de temperaturas; Lámpara de infrarrojos y aparato de electroterapia.

La medicación, frigorífico y material para la obtención de muestras se ubican en la sala “complemento” de la planta baja.

Se observa la existencia de un “esterilizador ultravioleta”, almacenado en un armario, en la sala indicada como “Despacho de fisioterapia, podología y terapia ocupacional”. Se informa al compareciente que dicho equipo no cumple los requisitos exigidos en normativa, para la esterilización de instrumental. El compareciente se compromete a la retirada del centro de dicho equipo.

El compareciente refiere que el podólogo trae al centro el siguiente equipamiento: micromotor con aspirador, material de ortopodología e instrumental fungible y no fungible podológico. Este último instrumental es esterilizado en el centro ubicado en la C/ Goya, nº 30, 1º izquierda. Se adjunta como Anexo I: Escrito del podólogo indicando dicho hecho, al igual que fotocopia de registro de controles químicos y biológicos del año en curso.

5. El **archivo** de historias clínicas está en soporte informático (programa Resiplus) y en formato papel, este último en el despacho de fisioterapia, podología y terapia ocupacional, bajo llave.
6. Según refiere el compareciente, la **plantilla sanitaria** está constituida por:
 - D. J. [Redacted], médico general y director técnico-asistencial.
 - D.ª [Redacted], médica general.
 - D.ª [Redacted], enfermera.
 - D. [Redacted], fisioterapeuta.
 - D. [Redacted], podólogo.
 - D.ª [Redacted], terapeuta ocupacional. Se adjunta como Anexo II al acta título académico de esta profesional.
7. El centro ha adoptado **medidas según normativa para hacer frente al SARS-CoV-2**.
8. Por lo expuesto anteriormente, **se requiere al titular** para que, en un plazo máximo de 10 días hábiles, aporte por registro y dirigido al Área de Inspección de Centros Sanitarios de la Consejería de Sanidad, lo siguiente:
 - **Documentación acreditativa de la dotación del centro con: batería con caducidad correcta para el desfibrilador.**
 - **Certificado de colegiación y seguro de responsabilidad civil profesional (póliza y recibo de pago) actualizados de D.ª [Redacted].**
 - **Título académico, certificado de colegiación y seguro de responsabilidad civil profesional (póliza y recibo de pago) actualizados de D.ª [Redacted].**

Se **informa** al titular de lo siguiente:

- El área destinada a actividad sanitaria será de uso exclusivo para esta actividad.
- Han de tener expuestas la cartera de servicios sanitarios y plantilla sanitaria del servicio, al igual que cartel anunciador de hojas de reclamaciones y documento acreditativo de la autorización sanitaria.
- Es obligatorio comunicar al Área de Autorización de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Dirección General de Inspección y Ordenación Sanitaria, los cambios que en un futuro pudieran ser realizados en cuanto a titularidad, estructura física, oferta asistencial, equipamiento y plantilla sanitaria del servicio sanitario.

Leída este acta, el compareciente manifiesta: su conformidad.
Se firma por los presentes y se entrega copia al compareciente.

Fdo.:

Fdo.: