

El presente **Cuestionario de Evaluación** ha sido diseñado con el fin de valorar el grado de cumplimiento de los centros al **Sistema de Calidad Lares**. Para el año 2014 el cuestionario ha sido revisado con el fin de garantizar que el objetivo básico de mejora continua se cumple en los centros con el **Sistema de Calidad Lares** implantado.

El **Cuestionario de Evaluación** se estructura en 4 apartados:

VALORACIÓN DE ESTÁNDARES

En el apartado de **VALORACIÓN DE ESTÁNDARES** se ha establecido un peso específico de cada área del sistema en la puntuación final. Las áreas son PROCESOS ESTRATÉGICOS, PROCESOS DE APOYO y PROCESOS ESENCIALES.

RESUMEN DE EVALUACIÓN

En el apartado de **RESUMEN DE EVALUACIÓN** se recogen las puntuaciones obtenidas en cada área y subárea del sistema.

Igualmente, se incluye la puntuación final obtenida por el centro y si, según el criterio establecido en el apartado de **VALORACIÓN DE ESTÁNDARES**, el centro obtiene la **MARCA LARES** o se considera en **PROCESO DE IMPLANTACIÓN**.

EVALUACIÓN: ESTRATÉGICOS, APOYO, ESENCIALES E INSTALACIONES

Para cada área se ha desarrollado un CHECK-LIST de comprobación del nivel de cumplimiento de los requisitos establecidos por el Sistema de Calidad Lares.

Cada pregunta tiene tres opciones de respuesta: **SI** (cumplimiento total - 5 puntos), **SI-P** (cumplimiento parcial - 3 puntos), **NO** (incumplimiento - 0 puntos). Se marcará como **NO** si se determina que el incumplimiento, aun siendo parcial, es grave o se presenta en un porcentaje elevado de los expedientes/documentos auditados.

Existen preguntas en las que el campo **SI-P** está bloqueado ya que no habrá opción al cumplimiento parcial.

Para el periodo **2014** se ha incorporado un módulo de **INSTALACIONES** donde se comprueban algunos de los requisitos mínimos establecidos en la *ORDEN de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores*. Este módulo es NO PUNTUABLE en el periodo **2014**.

Para el periodo **2014** se ha desarrollado el módulo de **SERVICIOS GENERALES - COCINA** donde se comprueban algunos de los requisitos mínimos establecidos en la *Guía de Criterios de Autocontrol para Establecimientos de Comida Preparadas (Prestación de Servicios)*. Este módulo es NO PUNTUABLE en el periodo **2014**.

Existen determinadas preguntas identificadas como **KO** que, en caso de valoración **NO - incumplimiento** implicarán una puntuación de **-1 puntos** (el nº de la pregunta se marcará con sombreado rojo y como **PREGUNTA K.O.**). Las preguntas identificadas como **KO** no admiten cumplimiento parcial (SI-P). Estas preguntas son NO PUNTUABLES en el periodo **2014**.

En la hoja de puntuaciones se mostrarán **TRES PUNTUACIONES**:

- La puntuación obtenida en **2014 SIN** contar el módulo de instalaciones ni el módulo de cocina.
- La puntuación que SE OBTENDRÍA SI se contabilizaran las puntuaciones de instalaciones y de cocina.
- La puntuación que SE OBTENDRÍA SI se contabilizaran las puntuaciones de instalaciones, de cocina y las preguntas K.O.

Durante la auditoría, podrán detectarse desviaciones no tipificadas en el presente **Cuestionario de Evaluación**, las cuales podrán variar el % final de cumplimiento.

INFORME DE AUDITORÍA

Finalizada la auditoría se entregará en formato PDF el **INFORME DE AUDITORÍA** considerándose DESVIACIONES el incumplimiento de un ítem (**NO**) y OBSERVACIONES el incumplimiento parcial (**SI-P**).

Centro Geriatrico Borja-FONTILLES

SISTEMA CALIDAD LARES

100%

EST	PROCESOS ESTRÁTÉGICOS	20%
MC	MANUAL DE CALIDAD	20%
ST	SATISFACCIÓN	20%
RH	RECURSOS HUMANOS	30%
NC	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	20%
AI	AUDITORÍA INTERNA	10%
		100%

APY	PROCESOS DE APOYO	20%
GD	GESTIÓN DOCUMENTAL	10%
GC	GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS	20%
SG	SERVICIOS GENERALES	70%
		100%

ESE	PROCESOS ESENCIALES	60%
TA	TABLÓN DE ANUNCIOS	5%
DC	DOCUMENTACIÓN EXIGIBLE A LOS CENTROS	10%
EU	EXPEDIENTE DE LOS USUARIOS	15%
HS	HISTORIA SOCIOSANITARIA	20%
PR	PROGRAMAS	20%
PT	PROTOCOLOS	30%
		100%

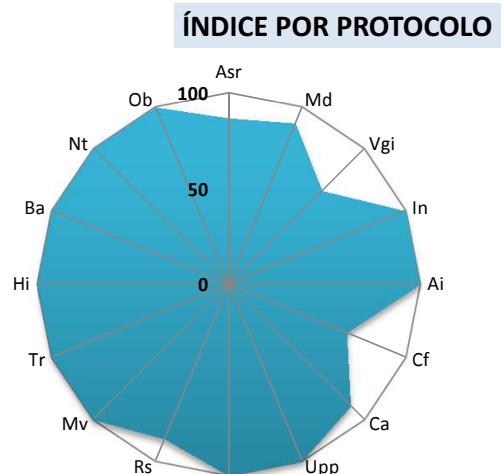
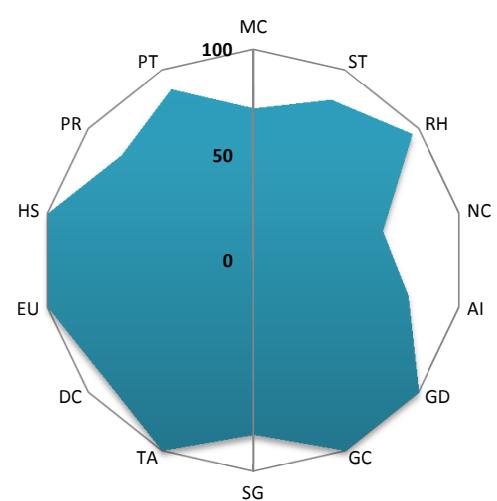
INS	INSTALACIONES
-----	----------------------

MARCA LARES	≥ 70%
CENTRO EN PROCESO DE IMPLANTACIÓN	< 70%

LEYENDA	
SI	= Cumple el 100% del requisito
SI-P	= Cumple parcialmente
NO	= No cumple
NP	= Pregunta no puntuable en la presente auditoría

CENTRO	Centro Geriatrico Borja-FONTILLES
ALCANCE	Residencia de la Tercera Edad
AUDITOR	ESTHER SALCEDO HIDALGO
<i>Personal Entrevistado</i>	Mari Sol (Administrativa), Rosa Femenia Moll (RR.HH.), Rosana Moll (Compras - Cocina), Inma Mas Ruiz (Gobernanta), Pepe Sivera (Mantenimiento), Mónica Sala Cantó (Coordinadora DUE's), Carmen Avellá (Fisioterapeuta), Marisa Moll (Voluntariado - Recepción), Gema Rosique (TASOC), Juan Manuel Rodríguez (Médico - Director), Raquel Miró (Psicóloga y Responsable de Calidad), Lucrecia bordes (Coordinadora de auxiliares).
Fecha	5 DE NOVIEMBRE DE 2014
Horario	09.30H A 19.00H

REQUISITO	ASPECTO		PROCESO	MÓDULO
PROCESOS ESTRATÉGICOS	MC	MANUAL DE CALIDAD	72	80
	ST	SATISFACCIÓN	84	
	RH	RECURSOS HUMANOS	96	
	NC	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	63	
	AI	AUDITORÍA INTERNA	75	
PROCESOS DE APOYO	GD	GESTIÓN DOCUMENTAL	100	88
	GC	GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS	100	
	SG	SERVICIOS GENERALES	83	
	SG'	SERVICIOS GENERALES CON COCINA	92	94
	SG1	SERVICIOS GENERALES - LIMPIEZA	72	92
PROCESOS ESENCIALES	SG2	SERVICIOS GENERALES - MANTENIMIENTO	100	
	SG2	SERVICIOS GENERALES - COCINA	97	
	TA	TABLÓN DE ANUNCIOS	100	92
	DC	DOCUMENTACIÓN EXIGIBLE A LOS CENTROS	90	
	EU	EXPEDIENTE USUARIOS	100	
	HS	HISTORIA SOCIOSANITARIA	100	
PROCESOS ESENCIALES	PR	PROGRAMAS	80	92
	PT	PROTOCOLOS	90	
	Asr	Sugerencias y Reclamaciones	87	
	Md	Medicación	91	
	Vgi	Valoración Geriátrica Integral	69	
	In	Atención al Ingreso	100	
	Ai	Acogida e Integración	100	
	Cf	Gestión de la Inf., Confidencialidad e Intimidad	67	
	Ca	Caídas	90	
	Upp	Úlceras por Presión	100	
	Inc	Incontinencias	100	
	Rs	Restricciones Físicas de la Movilidad	88	
	Mv	Movilizaciones	100	
	Tr	Traslado y Acompañamiento	100	
	Hi	Higiene Personal, Aseo y Baños	100	
	Ba	Bajas de Usuarios	100	
	Nt	Nutrición	100	
	Ob	Acomp.y atención durante el proceso de Óbito	100	



CENTRO	Centro Geriatrico Borja-FONTILLES		
ALCANCE	Residencia de la Tercera Edad		
AUDITOR	ESTHER SALCEDO HIDALGO		
<i>Personal Entrevistado</i>	Mari Sol (Administrativa), Rosa Femenía Moll (RR.HH.), Rosana Moll (Compras - Cocina), Inma Mas Ruiz (Gobernanta), Pepe Sivera (Mantenimiento), Mónica Sala Cantó (Coordinadora DUE's), Carmen Avellá (Fisioterapeuta), Marisa Moll (Voluntariado - Recepción), Gema Rosique (TASOC), Juan Manuel Rodríguez (Médico - Director), Raquel Miró (Psicóloga y Responsable de Calidad), Lucrecia bordes (Coordinadora de auxiliares).		
Fecha	5 DE NOVIEMBRE DE 2014	Horario	09.30H A 19.00H

Inc

CENTRO	Centro Geriatrico Borja-FONTILLES	
ALCANCE	Residencia de la Tercera Edad	
AUDITOR	ESTHER SALCEDO HIDALGO	
<i>Personal Entrevistado</i>	Mari Sol (Administrativa), Rosa Femenía Moll (RR.HH.), Rosana Moll (Compras - Cocina), Inma Mas Ruiz (Gobernanta), Pepe Sivera (Mantenimiento), Mónica Sala Cantó (Coordinadora DUE's), Carmen Avellá (Fisioterapeuta), Marisa Moll (Voluntariado - Recepción), Gema Rosique (TASOC), Juan Manuel Rodríguez (Médico - Director), Raquel Miró (Psicóloga y Responsable de Calidad), Lucrecia bordes (Coordinadora de auxiliares).	
Fecha	5 DE NOVIEMBRE DE 2014	Horario
		09.30H A 19.00H

INDICE GLOBAL (sobre 100 puntos)	88,79
INDICE GLOBAL CONTABILIZANDO COCINA E INSTALACIONES	90,19
ÍNDICE GLOBAL CONTABILIZANDO COCINA, INSTALACIÓN Y PREGUNTAS K.O.	89,84
<i>Fdo. Representante de la Dirección</i>	
CLASIFICACIÓN FINAL DEL CENTRO	MARCA LARES
	<i>Fdo. Auditor</i>

PUNTOS FUERTES		ÁREAS A MEJORAR	
1	Realización de reuniones del grupo de calidad.	1	Se debe de potenciar la detección y registro de no conformidades dentro del sistema.
2		2	Se recomienda que se firmen y fechen todos los documentos (memorias, listados, escalas, estudio anual de UPP's, etc.).
3		3	Se podría eliminar del formato de control de caducidades el alamcén puesto que no existe.
4		4	Se recomienda que se firmen todas las hojas del contrato asistencial por parte del residente y/o familiar.
5		5	Se recomienda que los objetivos planteados por residente sean en la medida de lo posible más concretos.
6		6	Aunque se evidencia la definición de objetivos por parte del área sanitaria, se recomienda que se distinga claramente entre los objetivos de Médico/DUE y fisioterapeuta (incluidos en área sanitaria).
7		7	
8		8	
9		9	
10		10	

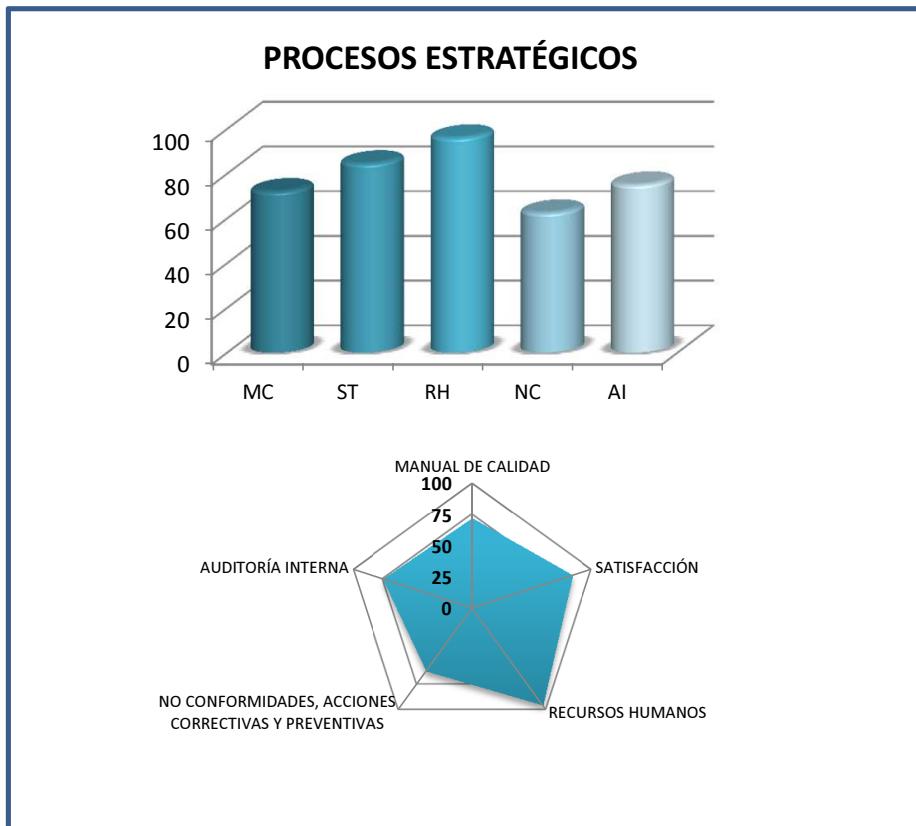
ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
MANUAL DE CALIDAD	EST-1.1	¿Existe un Manual de Calidad definido y actualizado?		X		
	EST-1.2	¿Se han identificado los procesos del sistema así como la interacción entre ellos? (<i>mapa de procesos</i>)		X		
	EST-1.3	¿Existe una Política de Calidad coherente con la Entidad auditada?		X		
	EST-1.4	¿Se ha difundido la Política de Calidad a los trabajadores del centro?	Política de calidad en rev02	X		
	EST-1.5	PREGUNTA K.O. ¿Existen objetivos definidos para el ejercicio en curso? ¿Los objetivos existentes están claramente definidos y son SMART?	Objetivos 2013: Control comidas habitaciones, control estado nutricional, mejorar formación, Abucasis, disminuir sujetaciones. Objetivos 2014: control comida en habitaciones, mejorar formación, disminuir sujetaciones, aumentar el porcentaje de participación de familias, nivel ocupación. Los objetivos deben de ser cuantificables (por ej.: disminuir nº sujetaciones, aumentar la participación de familias, nivel ocupación).	X		
	EST-1.6	¿Se está llevando un adecuado seguimiento de los objetivos establecidos?	Puntualmente se detecta algún objetivo pendiente de seguimiento y cierre (instalación Abucasis).		X	
	EST-1.7	¿Existen indicadores suficientes para el correcto seguimiento del Sistema y el Servicio?	INDICADORES: Tiempo medio resolución averías, % satisfacción residentes en cuidados diarios, % satisfacción residentes toma de decisiones, % rotación del personal, % miembros de dirección que participan en revisión por dirección. Los indicadores definidos no son representativos de todos los procesos (se deben de definir indicadores referentes a la prestación de servicio).		X	
	EST-1.8	¿Se está realizando un correcto seguimiento de todos los indicadores definidos? (incluyendo la toma de acciones para indicadores fuera de rango)	Puntualmente se detecta un indicador para el que no se ha realizado seguimiento (Tiempo medio de resolución de averías).	X		
	EST-1.9	¿Se está cumplimentando el informe de Revisión por Dirección con frecuencia anual?	No se está llevando a cabo la Revisión por Dirección.			X
	EST-1.10	¿Se están siguiendo las medidas establecidas en el informe de Revisión por Dirección del último ejercicio?	No se está llevando a cabo la Revisión por Dirección.			X

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
SATISFACCIÓN	EST-2.1	¿Existe un procedimiento de satisfacción ?		X		
	EST-2.2	¿Se evalúa la satisfacción de usuarios, familiares y trabajadores al menos de manera anual?		X		
	EST-2.3	¿El número de usuarios/familiares/trabajadores al que se ha enviado/entregado la encuesta es representativo? (la elección de la muestra a la que se entrega la encuesta es lógica)		X		
	EST-2.4	¿El porcentaje de usuarios/familiares/trabajadores que han respondido se considera representativo?	familiares: 13/70 (18,57%) residentes: 31/33 (93,9%) trabajadores: 13/38 (34,21%) El porcentaje de familiares y trabajadores que han contestado a las encuestas no se considera representativo.		x	
	EST-2.5	¿Se ha analizado el resultado de las encuestas mediante la realización de los correspondientes Informes de Satisfacción?		X		
	EST-2.6	¿Se analiza la evolución del nivel de satisfacción de los grupos encuestados? (comparación de años sucesivos)	No se analiza la evolución del nivel de satisfacción de los grupos encuestados (comparación con años anteriores).			x
	EST-2.7	PREGUNTA K.O. ¿Se han propuesto acciones de mejora tras el análisis de los resultados obtenidos en las encuestas?		x		
	EST-2.8	¿Se han llevado a cabo las acciones de mejora propuestas en los últimos Informes de Satisfacción realizados?		X		
	EST-2.9	¿Se informa de los resultados obtenidos en el Informe de Satisfacción a la población encuestada?	Se informa de los resultados en Asamblea a los tres grupos y además los resultados de las encuestas de trabajadores se exponen en el tablón.	X		

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
RECURSOS HUMANOS	EST-3.1	¿Existe un procedimiento de gestión de recursos humanos ?	rev 04 del 04/03/2014	X		
	EST-3.2	¿El centro ha definido un organigrama funcional donde se recojan todos los puestos de trabajo establecidos? ¿Los puestos establecidos cumplen con lo requerido en la normativa vigente?		X		
	EST-3.3	¿Se han definido los requisitos mínimos de formación y experiencia exigidos por el centro para cada puesto incluido en el organigrama teniendo en cuenta las exigencias derivadas de la aplicación de normativa? (<i>Establecimiento de Fichas de Perfil/Puesto - Dirección, equipo técnico, formación auxiliares, personal de cocina, etc.</i>)		X		
	EST-3.4	PREGUNTA K.O. El personal contratado, ¿cumple con los requisitos establecidos por el centro para su puesto de trabajo? Es decir, ¿se cumple con lo establecido en las Fichas de Perfil?		X		
	EST-3.5	¿Se realiza formación inicial para los nuevos trabajadores en relación a las funciones y responsabilidades de su puesto?	se entrega Manual de Acogida, RRI, organigrama y ficha de puesto, firmando recibí de entrega de esta documentación.	X		
	EST-3.6	¿El centro ha definido un Plan de Formación para el año en curso?		X		
	EST-3.7	¿Se dispone de evidencias de los cursos realizados relacionados con el puesto de trabajo? (<i>certificados de formación, listados de asistentes, etc.</i>)		X		
	EST-3.8	¿Se evalúa la eficacia de la formación de los cursos realizados?	en el plan de formación.	X		
	EST-3.9	¿Se pregunta a los trabajadores sobre la formación recibida? (<i>encuesta a trabajadores en aquellos casos en que la formación supere un nº de horas</i>)	RR.HH. Contacta con los coordinadores y ellos lo comunican al resto de trabajadores marcando sobre la oferta formativa aquellos cursos que les interesan.	X		
	EST-3.10	¿Se dispone de un registro por trabajador donde se recoja la formación realizada por el mismo durante su estancia en el centro?	Aunque a través del plan de formación se puede saber que formación ha realizado cada trabajador, debería de definirse una ficha de trabajador donde conste la formación recibida en el centro.		X	

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	EST-4.1	¿Existe un procedimiento de gestión de no conformidades, acciones correctivas y acciones preventivas? ¿Existe un sistema de identificación, recogida y tratamiento de incidencias, sugerencias, quejas y reclamaciones? (usuarios, familiares, trabajadores, proveedores, etc.)		X		
	EST-4.2	¿Se lanzan no conformidades en el caso de detectar desviaciones en el sistema?	Registrada una NC además de las NC de la auditoría anterior y de la última inspección de sanidad.	X		
	EST-4.3	¿Se lanzan acciones correctivas ante no conformidades graves y/o repetitivas?	No se han lanzado acciones correctivas que actúen sobre la causa de las no conformidades para evitar que estas se repitan.			X
	EST-4.4	¿Se realiza un análisis adecuado de las causas de aquellas no conformidades que dan lugar al lanzamiento de acciones correctivas?	No se está llevando a cabo un análisis de las causas de las no conformidades.			X
	EST-4.5	¿Se plantean acciones que eliminan tanto la no conformidad como las causas que la han provocado?	No se han lanzado acciones correctivas que actúen sobre la causa de las no conformidades para evitar que estas se repitan.			X
	EST-4.6	¿Se lanzan acciones preventivas con el fin de evitar posibles desviaciones o implantar mejoras en el sistema?		X		
	EST-4.7	¿Se cierran las acciones lanzadas en un plazo razonable de tiempo?		X		
	EST-4.8	PREGUNTA K.O. ¿Se comprueba que con la puesta en marcha de las acciones establecidas no se vuelve a repetir la desviación? (<i>seguimiento y comprobación de la eficacia</i>)		X		

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS		
			SI	SI-P	NO
AUDITORÍA INTERNA	EST-5.1	¿Existe un procedimiento de auditoría interna ?		X	
	EST-5.2	¿Se realizan una auditoría interna al menos anual del cumplimiento de lo establecido en el Sistema de Calidad Lares?		X	
	EST-5.3	¿Se lanzaron acciones correctivas para la subsanación de las desviaciones detectadas en la última auditoría interna?		X	
	EST-5.4	PREGUNTA K.O. En la presente evaluación/auditoría, ¿se comprueba que se han corregido las desviaciones detectadas en la última auditoría? (<i>No se repiten las desviaciones de la última auditoría</i>)	Se mantienen algunas no conformidades de la auditoría anterior: sujetaciones, mantenimiento.		X



Número de casillas valoradas	30	4	7
Valor asignado a cada casilla	5	3	0
Puntos obtenidos por cada columna	150	12	0
Puntuación total obtenida para cada requisito	162		
Puntuación máxima para el requisito	205		
Casilla de control (cumplimentación de todas las respuestas)			COMPLETO

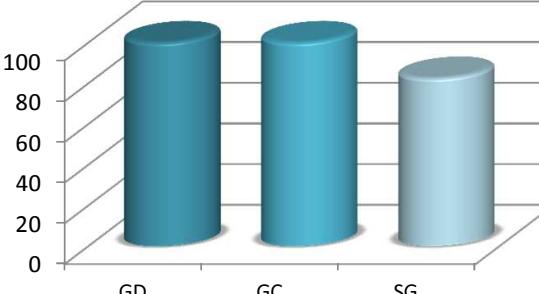
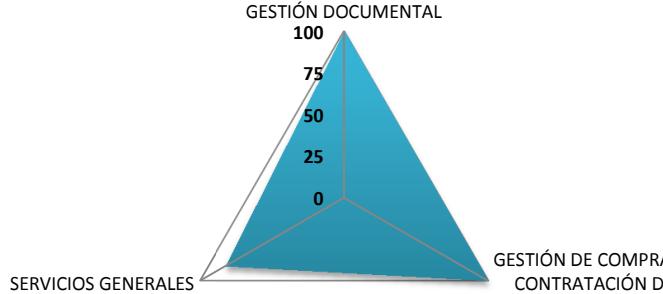
PROCESOS ESTRATÉGICOS	Puntos	Máxima	Índice
MANUAL DE CALIDAD	36	50	72
SATISFACCIÓN	38	45	84
RECURSOS HUMANOS	48	50	96
NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	25	40	63
AUDITORÍA INTERNA	15	20	75
ÍNDICE DE PROCESOS ESTRATÉGICOS Puntuación sobre 100 PUNTOS	162	205	80

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
GESTIÓN DOCUMENTAL	APY-1.1	¿Existe un procedimiento de gestión documental?		X		
	APY-1.2	¿El centro dispone de un Listado que recoja toda la documentación del Sistema de Calidad Lares y se encuentra actualizado?		X		
	APY-1.3	PREGUNTA K.O. ¿El centro dispone de un listado que recoja la legislación de aplicación a la gestión del centro y se encuentra actualizado? (<i>Listado de normativa</i>)		x		
	APY-1.4	¿La documentación sólo es modificable por el Responsable de Calidad?		X		
	APY-1.5	¿La documentación se encuentra disponible en los puestos de trabajo a los que aplique?		X		
	APY-1.6	¿La documentación obsoleta es retirada de los puestos de trabajo?		X		
	APY-1.7	¿Se realizan copias de seguridad de la información contenida en los equipos informáticos al menos semanalmente?		X		

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS	APY-2.1	¿Existe un procedimiento de compras y contratación de servicios?		X		
	APY-2.2	¿Se dispone de un Listado de proveedores aprobados y está actualizado?	En el listado de proveedores aprobados se deben incluir el resto de proveedores/subcontratas además de los de alimentación y productos de limpieza.	X		
	APY-2.3	¿Se documentan los pedidos a proveedores? ¿Se realizan controles en la recepción de los productos comprados? ¿Se documentan dichos controles? (conformidad al pedido)	pedido documentado.	X		
	APY-2.4	¿Las deficiencias en el suministro de pedidos o en la realización del servicio contratado se documentan como no conformidades?	no ha habido.	X		
	APY-2.5	PREGUNTA K.O. ¿Se evalúa al menos anualmente la calidad del producto/servicio suministrado por los proveedores? (Evaluación periódica de proveedores)	Se deben también evaluar aquellos proveedores/subcontratas diferentes a los de alimentación y productos de limpieza.	X		
SERVICIOS GENERALES - LIMPIEZA	APY-3.1	¿Existe un procedimiento de servicios generales?		X		
	APY-3.2	PREGUNTA K.O. ¿El centro ha elaborado un Plan de Limpieza y Desinfección donde se recoja "qué", "cuándo", "quién" y "cómo"? ¿El Plan de L+D incluye todas las zonas/equipos que se consideren relevantes para la prestación del servicio?	En el registro de limpieza no siempre se están registrando todas las tareas según lo definido en el plan (ej.: ventanas, mesas office)	X		
	APY-3.3	¿El centro ha elaborado un Listado de Productos de Limpieza y Desinfección utilizados y se encuentra actualizado?	Listado actualizado a fecha 04/04/2014	X		
	APY-3.4	¿Se dispone de las Fichas Técnicas y de Seguridad de los productos utilizados en limpieza? En el caso de productos industriales, ¿Los productos utilizados en zonas de manipulación de alimentos (cocina, cámaras, desinfección de vegetales, comedor, etc.) son aptos para su uso en industria alimentaria?	Puntualmente no se dispone de alguna ficha técnica y de seguridad como por ejemplo del producto Mubox desengrasante.		X	
	APY-3.5	¿Se dispone de copia de las Fichas Técnicas y de Seguridad en los puntos de uso y almacenamiento?	Las fichas técnicas y de seguridad no se encuentran en los puntos de uso y almacenamiento. Las guarda la gobernanta.			X

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
SERVICIOS GENERALES - MANTENIMIENTO	APY-3.6	¿El centro dispone de un Plan de Mantenimiento Preventivo? ¿El Plan de Mantenimiento Preventivo recoge todas las revisiones periódicas exigidas por la legislación? (Baja Tensión, Equipos de extinción de incendios, ascensores, legionella, ITV, etc. - Ver Anexo I)		X		
	APY-3.7	PREGUNTA K.O. ¿Se están llevando a cabo las operaciones de mantenimiento preventivo establecidas en los plazos indicados? En el caso de desviaciones, ¿está justificada mediante el lanzamiento de una no conformidad?	No se puede evidenciar la revisión interna trimestral de extintores ni la última revisión eléctrica anual. No se puede evidenciar que los defectos detectados en la OCA DEL 25/05/2012 con resultado "CONDICIONADO" hayan sido subsanados.	X		
	APY-3.8	¿Se están gestionando las averías como operaciones de mantenimiento correctivo?		X		
GENERALES - COCINA	APY-3.9	¿Se dispone de un recibo anual de suministro de agua de red? En el caso de disponer de depósito intermedio de acumulación de agua, ¿se mide el nivel de cloro del agua con frecuencia semanal?	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		
	APY-3.10	¿La T ^º de las cámaras de refrigeración (0 ^º -4 ^º /8 ^º C) y congelación (-18 ^º C) son correctas? ¿Se controla y registra diariamente dicha T ^º ?	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		
	APY-3.11	¿Se ha establecido la frecuencia de cambio de aceite de las freidoras? ¿Se registra dicho cambio? ¿Se gestiona adecuadamente el residuo de aceite de freidoras?	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		
	APY-3.12	¿Los productos almacenados están correctamente identificados? (lote y fecha de caducidad/fecha de entrada) ¿Los productos almacenados están debidamente separados del suelo?	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales. <i>Se observan cajones de alimentos directamente en el suelo (ajos, fruta...)</i>		X	
	APY-3.13	¿Se guarda una muestra de todos los platos cocinados? ¿Se identifican las muestras con fecha de elaboración? ¿Se conservan al menos 3 días?	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		
	APY-3.14	¿Existe al menos una persona en el centro con formación en APPCC?	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		
	APY-3.15	¿Se ha establecido la frecuencia del reciclado del personal en materia de manipulación de alimentos (mínimo 4 años)? ¿Se evidencia que los trabajadores que manipulan alimentos, tienen la formación establecida?	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		
	APY-3.16	¿Se han entregado las Buenas Prácticas de Manipulación a todo el personal que manipule alimentos en el centro? (Personal de cocina y personal de apoyo en comedor)	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
SERVICIOS	APY-3.16	En cuanto al Control de Plagas, ¿se dispone de plano del centro con la ubicación de los portacebos e insecticutores colocados por la empresa DDD? ¿Se dispone de copia del Registro como empresa autorizada para la realización de tratamientos DDD? ¿Se dispone de copia del carné de manipulador de productos biocidas del técnico que realiza los tratamientos? ¿Se dispone de copia de las Fichas Técnicas y de Seguridad, así como el Registro de Plaguicidas de los productos utilizados en los tratamientos?	<p><i>PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.</i></p> <p><i>Puntualmente se detecta que falta la ficha técnica y de seguridad del producto Maxforce.</i></p>	x		
	APY-3.17	¿Se dispone de un termómetro pincho calibrado con frecuencia bienal o verificado con frecuencia semestral? ¿Se realizan una verificación semestral de las cámaras de refrigeración / congelación?	<p><i>PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.</i></p>	x		
	APY-3.18	En el caso de que se realicen operaciones de Mantenimiento en Frio, Mantenimiento en Caliente y/o Regeneración, ¿se está tomando la temperatura del plato tal y como establece la Guía de Establecimientos de Comidas Preparadas - Prestación de Servicios?	<p><i>PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.</i></p>	x		
	APY-3.19	¿Se realizan análisis de superficies y de alimentos periódicos (mínimo anual) como verificación del sistema de Seguridad Alimentaria establecido?	<p><i>PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.</i></p>	x		
	APY-3.20	¿Se han tratado como No Conformidades las desviaciones detectadas por la Inspección de Sanidad de la última acta de inspección?	<p><i>PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.</i></p>	x		
	APY-3.21	PREGUNTA K.O. ¿Se realizan revisiones periódicas de la correcta aplicación de lo establecido para limpieza, mantenimiento, cocina, etc.? (<i>listado de revisión de instalaciones</i>)	<p><i>PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.</i></p>	x		

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS		
			SI	SI-P	NO
GD	100	PROCESOS DE APOYO			
GC	100				
SG	90				
PROCESOS DE APOYO					
					
GESTIÓN DOCUMENTAL					
					
PROCESOS DE APOYO					
GESTIÓN DOCUMENTAL			Puntos	Máxima	Índice
35			35	35	100
GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS			25	25	100
SERVICIOS GENERALES			33	40	83
SERVICIOS GENERALES CON COCINA			101	110	92
SERVICIOS GENERALES - LIMPIEZA			18	25	72
SERVICIOS GENERALES - MANTENIMIENTO			15	15	100
SERVICIOS GENERALES - COCINA			68	70	97
ÍNDICE DE PROCESOS DE APOYO Puntuación sobre 100 PUNTOS			93	100	88
ÍNDICE DE PROCESOS DE APOYO CON COCINA			161	170	94

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO	
TABLÓN DE ANUNCIOS	ESE-1.1	<p>PREGUNTA K.O. ¿El centro dispone de un Tablón de Anuncios en un lugar visible tanto para trabajadores como para usuarios y familiares e incluye todo lo establecido en la normativa? (Autorización de funcionamiento del centro de la Conselleria de Bienestar Social, Autorización de los servicios sanitarios por la Conselleria de Sanidad, organigrama funcional del centro, servicios básicos y opcionales del centro incluyendo horarios y tarifas, programación de actividades del centro, sistema de gestión de reclamaciones del centro (reclamaciones oficiales), instrucciones sobre sistema de emergencias dirigido tanto a usuarios como a trabajadores y menús semanales firmados por el médico - el menú puede estar en el acceso a comedor).</p>	<p>No se incluye los horarios de los servicios básicos y opcionales.</p> <p>La Política de calidad mostrada está obsoleta (rev00 cuando se encuentra en rev02)</p>	X			
	ESE-2.1	¿El centro dispone de un Libro de Registro de Usuarios? ¿Se encuentra actualizado?		X			
	ESE-2.2	<p>PREGUNTA K.O. ¿En el contrato asistencial consta, como mínimo, lo establecido en el anexo I de la Orden de 4 de febrero de 2005? (que se efectúa libremente, derechos de los usuarios, aceptación del RRI, prestaciones y servicios, precio total detallando opcionales y sistema de actualización, sistema de pago, derecho a reserva de plaza, causas de modificación o extinción)</p>		X			
	ESE-2.3	¿El centro dispone de Autorización sanitaria (Elaboración comidas preparadas para consumo en el propio establecimiento)?		X			
	ESE-2.4	¿Se dispone de Reglamento de Régimen Interior?		X			
	ESE-2.5	<p>PREGUNTA K.O. ¿El RRI recoge el régimen de participación y representación de los usuarios en el centro? ¿Se adecua a lo establecido en el Anexo V de la Orden de 4 de febrero de 2005? (elecciones al Consejo de Usuarios, Acta de constitución, reuniones trimestrales)</p>		X			
	ESE-2.6	¿El centro dispone de un folleto informativo que incluye lo establecido en el Anexo V de la Orden de 4 de febrero de 2005? (información del tipo de centro y usuarios que atiende, datos identificativos del centro y de la entidad que lo rige, organigrama, servicios prestados y horario de los mismos, horario de atención de Dirección, RRI, Información de derechos y deberes, disponibilidad de hojas de reclamaciones, referencia a donde se publica el calendario de actividades)	<p>No se dispone de un folleto que incluya lo establecido en el anexo V de la orden de febrero de 2005.</p>			X	
ESE-2.7	¿El centro dispone de Póliza de Seguros de responsabilidad civil que cubra a los usuarios?		X				

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
	ESE-2.8	¿El centro cuenta con un Plan de Emergencias contra Incendios y de Evacuación de Locales y Edificios (Plan de Autoprotección)?		x		
	ESE-2.9	PREGUNTA K.O. ¿El centro está adaptado a la Ley Orgánica de Protección de Datos? (ficheros inscritos, documento de seguridad y auditoría bienal)		x		
	ESE-2.10	¿El centro dispone de Hojas de Reclamaciones oficiales a disposición de usuarios y familiares?		x		
EXPEDIENTE USUARIOS	ESE-3.1	PREGUNTA K.O. ¿Se dispone de expedientes administrativos individualizados por usuarios? ¿El expediente incluye lo recogido por la Orden de 4 de febrero de 2005? (fotocopia del DNI o pasaporte, fotocopia de la cartilla de la Seguridad Social, copia del contrato suscrito por el centro, datos de familiares o tutores, inventario de efectos personales del usuario al ingreso).		x		
	ESE-3.2	En el caso de incapaces o presuntos incapaces, ¿el expediente contiene la autorización judicial de internamiento o la comunicación al Ministerio Fiscal de incapacidad sobrevenida en su caso?		x		
HISTORIA SOCIOSANITARIA	ESE-4.1	¿Se dispone de historias sociosanitarias individualizados por usuarios? ¿La historia contiene como mínimo: datos identificativos, informe médico, valoración geriátrica al ingreso, valoraciones geriátricas periódicas, nivel de dependencia, valoración nutricional (MNA-IMC), informe social, plan de atención personalizado?		x		
	ESE-4.2	¿El informe médico contiene al menos, anamnesis, alergias y contraindicaciones, diagnóstico y tratamiento/medicación prescrita?	se recoge en programa informático.	x		
	ESE-4.3	¿El nivel de dependencia se valora en función de escalas validadas de valoración funcional y cognitiva? (funcional: Barthel, Lawton o escala de la Cruz Roja; cognitiva: Pfeiffer, Lobo o escala de la Cruz Roja)		x		
	ESE-4.4	PREGUNTA K.O. ¿El Plan de Atención Personalizado está elaborado por el equipo técnico e incluye los diferentes niveles de intervención? (sanitaria, rehabilitación funcional, cognitiva y ocupacional). ¿El Plan de Atención Personalizado recoge objetivos específicos para cada usuario (y niveles de intervención)?	Algunos PAI's no están firmados por todos los profesionales. Se deben de establecer objetivos más concretos y no tan genéricos que se repiten de un PAI a otro. En algunas ocasiones, no queda del todo claro la consecución de objetivos en las revisiones semestrales. Dentro del área sanitaria debe de quedar claro que objetivos establece fisio, médico y DUE.	x		

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
	ESE-4.5	¿El Plan de Atención Personalizado se actualiza al menos semestralmente?		x		
	ESE-4.6	¿En la actualización del Plan de Atención Personalizado se realizan escalas para la comprobación del cumplimiento de los objetivos establecidos?		x		
	ESE-5.1	PREGUNTA K.O. ¿Se dispone de Programa y Memoria de Rehabilitación Funcional y Cognitiva? ¿Los programas contemplan, al menos, objetivos, tipología de usuarios a quienes se dirige, actividades, profesionales responsables, recursos necesarios, calendario, listado de usuarios programados y sistema de evaluación del programa?		x		
	ESE-5.2	¿Los Programas establecidos se revisan/actualizan al menos anualmente?		x		
	ESE-5.3	¿La realización de las actividades se ajusta a los horarios establecidos en el correspondiente programa?		x		
	ESE-5.4	¿Se registra la participación y asistencia de los usuarios a los programas y actividades que se desarrollan en el centro?		x		
	ESE-5.5	¿Se dispone de herramientas que faciliten el análisis de la participación de los usuarios en las distintas actividades con el fin de mejorar la calidad de las mismas?	En el caso de las actividades del programa de estimulación cognitiva se analiza el porcentaje de participación a final de año, no siendo así en el caso del programa de rehabilitación funcional.			x
	ESE-5.6	PREGUNTA K.O. ¿Se dispone de Programa y Memoria de Terapia Ocupacional? ¿Los programas contemplan, al menos, objetivos, tipología de usuarios a quienes se dirige, actividades, profesionales responsables, recursos necesarios, calendario, listado de usuarios programados y sistema de evaluación del programa?		x		
	ESE-5.7	¿Los Programas establecidos se revisan/actualizan al menos anualmente?		x		
	ESE-5.8	¿La realización de las actividades se ajusta a los horarios establecidos en el correspondiente programa?		x		

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
PROGRAMAS	ESE-5.9	¿Se registra la participación y asistencia de los usuarios a los programas y actividades que se desarrollan en el centro?		x		
	ESE-5.10	¿Se dispone de herramientas que faciliten el análisis de la participación de los usuarios en las distintas actividades con el fin de mejorar la calidad de las mismas?	No se dispone de un indicador para el análisis de la participación de los usuarios en las actividades del programa.		x	
	ESE-5.11	PREGUNTA K.O. ¿Se dispone de Programa y Memoria de Animación Sociocultural? ¿Los programas contemplan, al menos, objetivos, tipología de usuarios a quienes se dirige, actividades, profesionales responsables, recursos necesarios, calendario, listado de usuarios programados y sistema de evaluación del programa?		x		
	ESE-5.12	¿Los Programas establecidos se revisan/actualizan al menos anualmente?		x		
	ESE-5.13	¿La realización de las actividades se ajusta a los horarios establecidos en el correspondiente programa?		x		
	ESE-5.14	¿Se registra la participación y asistencia de los usuarios a los programas y actividades que se desarrollan en el centro?		x		
	ESE-5.15	¿Se dispone de herramientas que faciliten el análisis de la participación de los usuarios en las distintas actividades con el fin de mejorar la calidad de las mismas?	Se analiza en la memoria anual.	x		
	ESE-5.16	PREGUNTA K.O. ¿Se dispone de Programa de Potenciación de Vínculos Familiares? ¿Los programas contemplan, al menos, objetivos, tipología de usuarios a quienes se dirige, actividades, profesionales responsables, recursos necesarios, calendario, listado de usuarios programados y sistema de evaluación del programa?		x		
	ESE-5.17	PREGUNTA K.O. ¿Se dispone de Programa de Voluntariado? ¿Los programas contemplan, al menos, objetivos, tipología de usuarios a quienes se dirige, actividades, profesionales responsables, recursos necesarios, calendario, listado de usuarios programados y sistema de evaluación del programa?	No se dispone de un programa de voluntariado como tal.		x	
	ESE-5.18	¿Los voluntarios del centro han firmado un contrato de acuerdo a lo establecido en la Ley 4/2001, de 19 de junio, del Voluntariado?		x		

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
	ESE-5.20	PREGUNTA K.O. ¿Se dispone de Programa de Pastoral? (o un sistema que detecte las necesidades espirituales de los usuarios y el modo en que el centro destina recursos para cubrirlas)		x		
	ESE-5.21	PREGUNTA K.O. ¿Se dispone de Programa de Atención Sanitaria?	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERÍODO 2014			NP
	ESE-6.1	¿Se dispone de un Protocolo de Gestión de Sugerencias y Reclamaciones ? ¿Se ha definido la actuación ante la recepción de una sugerencia o reclamación?		x		
	ESE-6.2	PREGUNTA K.O. ¿Existe Consejo de Usuarios elegido mediante elecciones realizadas cada 2 años?		x		
	ESE-6.3	¿El Consejo de Usuarios se reúne al menos trimestralmente y se valoran las sugerencias/propuestas planteadas? (<i>Actas de reunión del Consejo</i>)		x		
	ESE-6.4	¿Se han registrado sugerencias y reclamaciones en el último periodo?	Se debe de estudiar la sistemática para favorecer el registro de sugerencias y reclamaciones		x	
	ESE-6.5	¿Se realiza un seguimiento adecuado de las sugerencias y reclamaciones registradas hasta su resolución?	Se debe de estudiar la sistemática para favorecer el registro de sugerencias y reclamaciones		x	
	ESE-6.6	¿Se han tenido en cuenta las reclamaciones y sugerencias realizadas en el último periodo lanzando acciones correctivas y/o preventivas respectivamente?	No ha habido reclamaciones graves.	x		
	ESE-6.7	¿Se dispone de un Protocolo de Medicación ?		x		
	ESE-6.8	PREGUNTA K.O. ¿Los tratamientos farmacológicos de los usuarios están prescritos por un facultativo? ¿Están actualizados?	Se imprime diariamente el tratamiento de todos los residentes (firmado por médico).	x		
	ESE-6.9	En el caso de rechazo a tratamiento, ¿éste está aceptado por el usuario o su representante legal?	se dispone de formato para ello. Actualmente ningún caso.	x		

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
	ESE-6.10	En el caso de autoadministración de medicamentos, ésta está debidamente documentada?	se indica en el programa informático.	x		
	ESE-6.11	¿Se dispone de un registro de preparación y administración de fármacos a usuarios y está debidamente cumplimentado?	Si bien no se dispone de un registro de preparación de medicación, se puede saber que DUE ha realizado la preparación por la planificación por planta.	x		
	ESE-6.12	PREGUNTA K.O. ¿La medicación preparada coincide con la medicación pautada? <i>(comprobación de los blisters de medicación)</i>		x		
	ESE-6.13	¿La medicación que no cabe en los blisters está debidamente controlada?	existe otro listado que se saca diariamente para la medicación que no cabe en blisters.	x		
	ESE-6.14	¿Se controla la caducidad de los medicamentos almacenados en enfermería? ¿Es suficiente el control establecido? <i>(comprobación de la fecha de caducidad de los medicamentos almacenados)</i>	controles mensuales.	x		
	ESE-6.15	¿Se controla y registra diariamente la T ^a de la nevera de enfermería donde se guardan los medicamentos termolábiles o con requerimiento de T ^a controlada? <i>(requerido control de máximos y mínimos)</i>	El control de T ^a llevado a cabo en las neveras de medicación no es de máximos y mínimos.			x
	ESE-6.16	¿Los medicamentos psicotrópicos se almacenan bajo llave?		x		
	ESE-6.17	¿Se dispone de un control de entrada y salida de los medicamentos psicotrópicos documentado (con un registro específico)?		x		
	ESE-6.18	¿Se dispone de un Protocolo de Valoración Geriátrica Integral? <i>(VALORACIONES GERIÁTRICAS, PLANES DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTOS)</i>		x		
	ESE-6.19	PREGUNTA K.O. ¿Se ha definido un sistema que garantice que todos los usuarios disponen de Plan de Atención Personalizado a los 45 días desde el ingreso?	Se detectan expedientes para los que el primer PAI se ha realizado fuera del plazo de los 45 días. MCRJ con ingreso el 04/07/2013 y 1er PAI en fecha 24/10/2013. SRP con ingreso el 04/02/2008 y 1er PAI de fecha 02/10/2008.			x
	ESE-6.20	PREGUNTA K.O. ¿Se ha definido un sistema que garantice que los Planes de Atención Personalizado se actualizan cada seis meses o ante cambios en la evolución?	Planificación de PAI's a través del programa informático.	x		

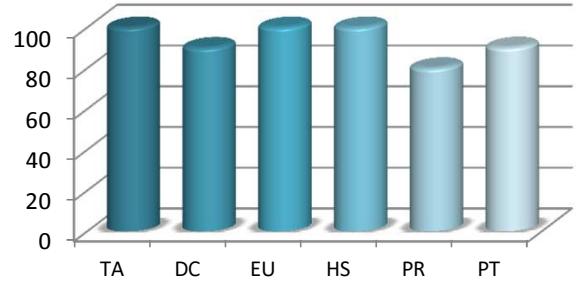
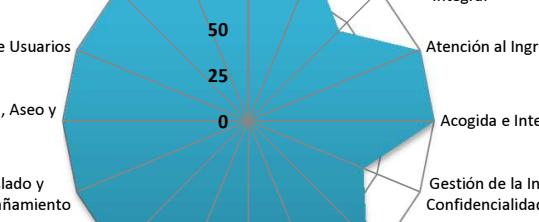
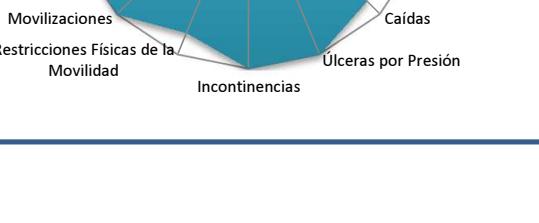
ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
	ESE-6.21	En la actualización de los Planes de Atención, ¿se valora adecuadamente el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos por usuario?	No siempre queda claro el seguimiento de los objetivos establecidos por usuario (expedientes MCRJ, SRP y RMM)		x	
	ESE-6.22	¿Los Planes de Atención están aprobados por todos los componentes del equipo técnico?	Algunos PAI's no se encuentran firmados por todos los profesionales del equipo técnico (PAI del 24/10/2013 del residente MCRJ).		x	
	ESE-6.23	¿Existe la posibilidad de informar a los residentes, o en su caso a los familiares, de su evolución en base a las actualizaciones de los Planes de Atención?	No existe una sistemática definida para informar a los residentes o familiares de su evolución en base a los seguimientos de los PAI's.			x
	ESE-6.24	¿Se ha establecido la frecuencia para la realización de controles sanitarios a usuarios? (glucemia, tensión arterial, peso, extracciones de sangre, etc.)	Por norma general los controles son mensuales. Diariamente se imprime planificación desde enfermería donde aparece por residente las curas a realizar, peso, glucemias, tensión, etc.	x		
	ESE-6.25	¿Se registran los controles sanitarios realizados a los usuarios?		x		
	ESE-6.26	¿Se evidencia la toma de acciones ante la detección de tendencias negativas en los resultados de los controles?	sí, se aumentan dichos controles.	x		
	ESE-6.27	¿Se dispone de un Protocolo de Atención al Ingreso? (ADMISIÓN) ¿Se ha definido correctamente el sistema de información al ingreso?		x		
	ESE-6.28	¿Recoge lo establecido en el punto ESE-2.6? (folleto informativo o tríptico)		x		
	ESE-6.29	¿Cada usuario dispone de un profesional de referencia?	se indica en programa informático.	x		
	ESE-6.30	¿Se dispone de un Protocolo de Acogida e Integración? (ACOGIDA Y ALOJAMIENTO) ¿Este protocolo incluye la recepción, presentación, visita al centro, ubicación en habitación y comedor, información y orientación en las horas inmediatas a su llegada, asignación del personal a la llegada y evaluación del grado de adaptación al centro?.		x		

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
PROTOCOLOS	ESE-6.31	¿El centro dispone de algún registro donde se garantice la correcta custodia de los bienes de los residentes?		x		
	ESE-6.32	PREGUNTA K.O. ¿La evaluación del grado de adaptación al centro del usuario queda debidamente registrada?	Informe de adaptación firmado por todos los profesionales.	x		
	ESE-6.33	¿Se dispone de un Protocolo de Gestión de la Información, Confidencialidad e Intimidad? (CONFIDENCIALIDAD)		x		
	ESE-6.34	PREGUNTA K.O. ¿Se dispone de consentimiento expreso (firmado) para el tratamiento de datos de carácter personal y/o uso de la imagen del usuario por parte del usuario o su representante legal?	en contrato	x		
	ESE-6.35	PREGUNTA K.O. ¿Se dispone de autorización para la cesión de datos de carácter personal a terceros?	No se dispone de autorización para la cesión de datos de carácter personal a terceros (se puede incluir en el mismo contrato).			x
	ESE-6.36	¿Se dispone de un Protocolo de Caídas? (Prevención de Riesgos de Intervención) ¿El protocolo garantiza la detección de la población de riesgo (usuarios con riesgo de sufrir caídas)?		x		
	ESE-6.37	PREGUNTA K.O. ¿Existe un Listado actualizado de residentes con riesgo de caídas? ¿Se han establecido medidas preventivas y de intervención en el protocolo y se comprueba que se están siguiendo?		x		
	ESE-6.38	¿El centro dispone de un registro de caídas de residentes? ¿El registro de caídas incluye: usuario, fecha y hora, lugar, factores de riesgo, circunstancias y consecuencias de la caída?	en programa informático	x		
	ESE-6.39	¿Se analizan periódicamente las caídas registradas proponiendo medidas para su control y reducción? (estudio anual de caídas)	Se evidencia estudio anual de caídas pero en este no se han propuesto medidas para su control/reducción habiendo aumentado el número de caídas respecto al año anterior.		x	

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
	ESE-6.40	¿Se dispone de un Protocolo de Úlceras por Presión? (<i>Prevención de Riesgos de Intervención</i>) ¿El protocolo garantiza la detección de la población de riesgo (usuarios con riesgo de padecer UPPs)?		x		
	ESE-6.41	PREGUNTA K.O. ¿El centro dispone de un registro actualizado de usuarios que precisan una valoración periódica del riesgo de padecer úlceras por presión elaborado a partir de la aplicación de escalas validadas?	El registro se obtiene del programa informático al que tienen acceso auxiliares y DUE.	x		
	ESE-6.42	¿Se realiza un correcto seguimiento de las UPP de los usuarios? ¿Se registra la evolución de las mismas?		x		
	ESE-6.43	¿Se analizan periódicamente las UPPs registradas proponiendo medidas para su control y reducción? (<i>estudio anual de UPP</i>)	estudio anual de UPP's realizado.	x		
	ESE-6.44	¿Se dispone de un Protocolo de Incontinencias? (<i>Prevención de Riesgos de Intervención</i>) ¿El protocolo garantiza la detección de la población de riesgo (usuarios con incontinencia)?		x		
	ESE-6.45	PREGUNTA K.O. ¿El centro dispone de un registro actualizado de usuarios con incontinencia de esfínteres que incluya las medidas adoptadas para su adecuada atención?		x		
	ESE-6.46	¿Se dispone de un Protocolo de Restricciones Físicas de la Movilidad? (<i>RESTRICCIONES FÍSICAS DE LA MOVILIDAD</i>)		x		
	ESE-6.47	PREGUNTA K.O. ¿El centro dispone de un registro actualizado de usuarios con medidas de sujeción?	El registro se obtiene del programa informático al que tienen acceso auxiliares y DUE.	x		
	ESE-6.48	PREGUNTA K.O. ¿Las medidas de sujeción están prescritas por un facultativo (motivada y expresa) y con el consentimiento expreso y por escrito del usuario o de su representante legal?	No se dispone de prescripción médica ni autorización familiar o residente de las medidas de sujeción para los residentes ME, MCRJ.		x	
	ESE-6.49	¿La prescripción incluye las horas que ha de llevarse a efecto, el tipo de sujeción y la duración del tratamiento?	se incluye en el propio registro de los residentes con medidas de sujeción.	x		
	ESE-6.50	Ante la negativa a una sujeción por parte del usuario o de su representante legal, ¿dicho rechazo consta por escrito?		x		

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
	ESE-6.51	¿Las prescripciones de sujeción de usuarios se revisan periódicamente? ¿Se deja constancia de dicha revisión?	Se ha comenzado a revisar desde el mes de octubre de este año por parte de DUE dejando constancia en el programa informático.	x		
	ESE-6.52	¿Ante la modificación de una sujeción se procede a la revisión del Plan de Atención del residente?		x		
	ESE-6.53	¿Se han pautado cambios posturales a los residentes a los que se han prescrito sujeciones?		x		
	ESE-6.54	¿Se dispone de un Protocolo de Movilizaciones? (<i>Prevención de Riesgos de Intervención</i>) ¿El protocolo garantiza la detección de la población de riesgo (usuarios que requieren ser movilizados)?		x		
	ESE-6.55	PREGUNTA K.O. ¿El centro dispone de un registro actualizado de usuarios que necesitan ser movilizados? (<i>Listado</i>)		x		
	ESE-6.56	¿Las movilizaciones / cambios posturales son pautados por personal del equipo técnico? (<i>médico / fisioterapeuta / DUE</i>)	por fisio en programa informático.	x		
	ESE-6.57	¿Se registran las movilizaciones/cambios posturales realizados? ¿Éstos se ajustan a la pauta establecida individualmente por usuario?	en programa por tipo de movilización.	x		
	ESE-6.58	¿Se dispone de un Protocolo de Traslado y Acompañamiento?		x		
	ESE-6.59	PREGUNTA K.O. ¿Se ha definido la información a proporcionar al usuario/familia, el tipo de informe a entregar en el centro receptor, el sistema de acompañamiento y el sistema de registro en función del tipo de traslado, incluidas las urgencias?		x		
	ESE-6.60	¿Se ha definido un sistema de planificación de visitas a médicos que garantice que se realicen en las fechas indicadas y que el personal implicado está debidamente informado?		x		
	ESE-6.61	¿Se dispone de un Protocolo de Higiene Personal, Aseo y Baños?		x		

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
	ESE-6.62	PREGUNTA K.O. ¿El centro dispone de una planificación del aseo y la higiene de los usuarios garantizando que el residente se ducha al menos semanal? ¿Se cumple con la planificación del aseo e higiene establecida?	existe planning de duchas.	x		
	ESE-6.63	¿Se dispone de información relativa a las ABVD de cada usuario que permita adaptar los apoyos prestados a cada usuario en función de su nivel de dependencia?	queda reflejado en el programa informático.	x		
	ESE-6.64	¿Se dispone de un Protocolo de Bajas de Usuarios ?		x		
	ESE-6.65	¿Se documentan las bajas voluntarias? (<i>renuncia de plaza</i>)		x		
	ESE-6.66	¿Se realiza un inventario/entrega de enseres en la salida del usuario?	se va actualizando.	x		
	ESE-6.67	¿Se dispone de un Protocolo de Nutrición ?		x		
	ESE-6.68	PREGUNTA K.O. ¿Se dispone de una Planificación de Dietas? ¿La Planificación de Dietas está actualizada y se comunica a cocina ante cualquier cambio?		x		
	ESE-6.69	¿El centro dispone de una pauta clara en relación a la preparación de cada tipo de dieta (<i>diabético, hipocalórica, hiposódica, astringente, etc.</i>)? ¿Está firmada por el médico o personal especialista?		x		
	ESE-6.70	¿La asignación de la dieta se realiza en base a controles periódicos de peso y la realización de valoraciones nutricionales?		x		
	ESE-6.71	¿Se dispone de un Protocolo de Acompañamiento y atención durante el proceso de óbito? (<i>DUELO</i>) ¿Este protocolo recoge la información relacionada con la orientación, el acompañamiento, apoyo y cuidado que se debe realizar con el usuario, la familia y el resto de usuarios?		x		

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
		<p>PROCESOS ESENCIALES</p> 	<p>Número de casillas valoradas</p> <p>Valor asignado a cada casilla</p> <p>Puntos obtenidos por cada columna</p> <p>Puntuación total obtenida para cada requisito</p> <p>Puntuación máxima para el requisito</p> <p>Casilla de control (cumplimentación de todas las respuestas)</p>	95	5	9
		<p>TABLÓN DE ANUNCIOS</p> 		5	3	0
		<p>DOCUMENTACIÓN EXIGIBLE A LOS CENTROS</p> 		475	15	0
		<p>EXPEDIENTE USUARIOS</p> 		490		
		<p>HISTORIA SOCIOSANITARIA</p> 		545		
		<p>PROGRAMAS</p>				
		<p>PROTOCOLOS</p>				
		<p>Sugerencias y Reclamaciones</p>				
		<p>Medicación</p>				
		<p>Valoración Geriátrica Integral</p>				
		<p>Atención al Ingreso</p>				
		<p>Acogida e Integración</p>				
		<p>Gestión de la Inf., Confidencialidad e Intimidad</p>				
		<p>Caídas</p>				
		<p>Úlceras por Presión</p>				
		<p>Incontinencias</p>				
		<p>Restricciones Físicas de la Movilidad</p>				
		<p>Movilizaciones</p>				
		<p>Traslado y Acompañamiento</p>				
		<p>Higiene Personal, Aseo y Baños</p>				
		<p>Bajas de Usuarios</p>				
		<p>Nutrición</p>				
		<p>Acomp.y atención durante el proceso de Óbito</p>				
		<p>Reclamaciones</p>				
		<p>Medicación</p>				
		<p>Valoración Geriátrica Integral</p>				
		<p>Atención al Ingreso</p>				
		<p>Acogida e Integración</p>				
		<p>Gestión de la Inf., Confidencialidad e...</p>				
		<p>Caídas</p>				
		<p>Úlceras por Presión</p>				
		<p>Incontinencias</p>				
		<p>Restricciones Físicas de la Movilidad</p>				
		<p>Movilizaciones</p>				
		<p>Traslado y Acompañamiento</p>				
		<p>Higiene Personal, Aseo y Baños</p>				
		<p>Bajas de Usuarios</p>				
		<p>Nutrición</p>				
		<p>Acomp.y atención durante el proceso de Óbito</p>				
		<p>ÍNDICE DE PROCESOS ESENCIALES Puntuación sobre 100 PUNTOS</p>		490	550	92

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS	SI	SI-P	NO
REQUISITOS DE INSTALACIONES	INS-1.1.	¿Se dispone de un sistema de llamadas que garantice que los usuarios pueden avisar al centro en el caso de emergencias?	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales. <i>Según la orden 4 de febrero de 2005 no se dispone de accionamiento de alarma desde el inodoro y a ras de suelo (se encuentra en la ducha).</i>		X	
	INS-1.2.	¿Funciona adecuadamente el sistema de llamadas del centro? (<i>Tanto de las habitaciones como de los aseos</i>)	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		
	INS-1.3.	¿Las habitaciones y los cuartos de aseo (de habitaciones y de servicios comunes) están dotadas de dispositivos de cierre interior a voluntad del residente y mecanismo de apertura externa para casos de emergencias?	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		
	INS-1.4.	¿El sistema de gestión del área de lavandería es adecuado y asegura que la ropa del residente está marcada correctamente?	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		
	INS-1.5.	¿En las habitaciones existe una luz de cabecera con accionamiento al alcance de la persona desde la cama y alumbramiento nocturno a nivel de suelo?	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales. <i>No se dispone de alumbramiento nocturno a nivel de suelo en las habitaciones.</i>		X	
	INS-1.6.	¿Los huecos con iluminación natural <u>de las habitaciones</u> (puertas al exterior y ventanas) dispone de sistemas de persianas o sistema similar para preservar la intimidad?	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		
	INS-1.7.	¿Los cuartos de aseo adaptados <u>de las habitaciones</u> disponen de barra fija en el inodoro y barra abatible para transferencias así como asideros en la ducha?	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		
	INS-1.8.	¿Los pasillos, escaleras y rampas de las instalaciones disponen de pasamanos a ambos lados?	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		
	INS-1.9.	En el caso de que el centro disponga de escaleras, ¿los peldaños poseen bandas antideslizantes?	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		
	INS-1.10.	¿El centro dispone de un sistema de detección y alarma de incendios? ¿disponen de detectores de humo en el interior de todas las habitaciones y salas comunes?	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		
	INS-1.11.	¿Se dispone de alumbrado de emergencia en todas las estancias de uso común destinadas a usuarios? (<i>en recorridos de evacuación y lugares de uso común</i>)	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		
	INS-1.12.	¿Las puertas que dividen sectores disponen de un mecanismo que, en caso de estar abiertas y se detecte una emergencia por fuego se cierran automáticamente? (<i>puertas sectoriales identificadas en plano de emergencias con electroimanes de retención</i>)	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		
	INS-1.12.	¿El orden y limpieza del centro se considera adecuado? (<i>Zonas de almacenamiento</i>)	PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERIODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.	X		

ASPECTO	P	CUESTIÓN A EVALUAR	DESVIACIONES / OBSERVACIONES DETECTADAS		
			SI	SI-P	NO



Número de casillas valoradas	11	2	0
Valor asignado a cada casilla	5	3	0
Puntos obtenidos por cada columna	55	6	0
Puntuación total obtenida para cada requisito	61		
Puntuación máxima para el requisito	65		
Casilla de control (<i>cumplimentación de todas las respuestas</i>)	COMPLETO		
REQUISITOS DE INSTALACIONES	Puntos	Máxima	Índice
Requisitos específicos de instalaciones según normativa	61	65	94
ÍNDICE DE INSTALACIONES <i>Puntuación sobre 100 PUNTOS</i>	61	65	94

CENTRO Centro Geriatrico Borja-FONTILLES

ALCANCE Residencia de la Tercera Edad

AUDITOR ESTHER SALCEDO HIDALGO

Fecha 5 DE NOVIEMBRE DE 2014

PROCESOS ESTRATÉGICOS

DESVIACIONES

EST-1.9	¿Se está cumplimentando el informe de Revisión por Dirección con frecuencia anual?	No se está llevando a cabo la Revisión por Dirección.
EST-1.10	¿Se están siguiendo las medidas establecidas en el informe de Revisión por Dirección del último ejercicio?	No se está llevando a cabo la Revisión por Dirección.
EST-2.6	¿Se analiza la evolución del nivel de satisfacción de los grupos encuestados? (comparación de años sucesivos)	No se analiza la evolución del nivel de satisfacción de los grupos encuestados (comparación con años anteriores).
EST-4.3	¿Se lanzan acciones correctivas ante no conformidades graves y/o repetitivas?	No se han lanzado acciones correctivas que actúen sobre la causa de las no conformidades para evitar que estas se repitan.
EST-4.4	¿Se realiza un análisis adecuado de las causas de aquellas no conformidades que dan lugar al lanzamiento de acciones correctivas?	No se está llevando a cabo un análisis de las causas de las no conformidades.
EST-4.5	¿Se plantean acciones que eliminan tanto la no conformidad como las causas que la han provocado?	No se han lanzado acciones correctivas que actúen sobre la causa de las no conformidades para evitar que estas se repitan.
EST-5.4	PREGUNTA K.O. En la presente evaluación/auditoría, ¿se comprueba que se han corregido las desviaciones detectadas en la última auditoría? (No se repiten las desviaciones de la última auditoría)	Se mantienen algunas no conformidades de la auditoría anterior: sujetaciones, mantenimiento.

OBSERVACIONES

EST-1.5	PREGUNTA K.O. ¿Existen objetivos definidos para el ejercicio en curso? ¿Los objetivos existentes están claramente definidos y son SMART?	Objetivos 2013: Control comidas habitaciones, control estado nutricional, mejorar formación, Abucasis, disminuir sujetaciones. Objetivos 2014: control comida en habitaciones, mejorar formación, disminuir sujetaciones, aumentar el porcentaje de participación de familias, nivel ocupación. Los objetivos deben de ser cuantificables (por ej.: disminuir nº sujetaciones, aumentar la participación de familias, nivel ocupación).
EST-1.6	¿Se está llevando un adecuado seguimiento de los objetivos establecidos?	Puntualmente se detecta algún objetivo pendiente de seguimiento y cierre (instalación Abucasis).
EST-1.7	¿Existen indicadores suficientes para el correcto seguimiento del Sistema y el Servicio?	INDICADORES: Tiempo medio resolución averías, % satisfacción residentes en cuidados diarios, % satisfacción residentes toma de decisiones, % rotación del personal, % miembros de dirección que participan en revisión por dirección. Los indicadores definidos no son representativos de todos los procesos (se deben de definir indicadores referentes a la prestación de servicio).
EST-2.4	¿El porcentaje de usuarios/familiares/trabajadores que han respondido se considera representativo?	familiares: 13/70 (18,57%) residentes: 31/33 (93,9%) trabajadores: 13/38 (34,21%) El porcentaje de familiares y trabajadores que han contestado a las encuestas no se considera representativo.
EST-3.10	¿Se dispone de un registro por trabajador donde se recoja la formación realizada por el mismo durante su estancia en el centro?	Aunque a través del plan de formación se puede saber que formación ha realizado cada trabajador, debería de definirse una ficha de trabajador donde conste la formación recibida en el centro.

PROCESOS DE APOYO

DESVIACIONES

APY-3.5	¿Se dispone de copia de las Fichas Técnicas y de Seguridad en los puntos de uso y almacenamiento?	Las fichas técnicas y de seguridad no se encuentran en los puntos de uso y almacenamiento. Las guarda la gobernanta.
---------	---	--

OBSERVACIONES

APY-2.2	¿Se dispone de un Listado de proveedores aprobados y está actualizado?	En el listado de proveedores aprobados se deben incluir el resto de proveedores/subcontratas además de los de alimentación y productos de limpieza.
APY-2.5	PREGUNTA K.O. ¿Se evalúa al menos anualmente la calidad del producto/servicio suministrado por los proveedores? (Evaluación periódica de proveedores)	Se deben también evaluar aquellos proveedores/subcontratas diferentes a los de alimentación y productos de limpieza.

APY-3.2	<p>PREGUNTA K.O. ¿El centro ha elaborado un Plan de Limpieza y Desinfección donde se recoja "qué", "cuándo", "quién" y "cómo"? ¿El Plan de L+D incluye todas las zonas/equipos que se consideren relevantes para la prestación del servicio?</p>	<p>En el registro de limpieza no siempre se están registrando todas las tareas según lo definido en el plan (ej.: ventanas, mesas office)</p>
APY-3.4	<p>¿Se dispone de las Fichas Técnicas y de Seguridad de los productos utilizados en limpieza? En el caso de productos industriales, ¿Los productos utilizados en zonas de manipulación de alimentos (cocina, cámaras, desinfección de vegetales, comedor, etc.) son aptos para su</p>	<p>Puntualmente no se dispone de alguna ficha técnica y de seguridad como por ejemplo del producto Mobox desengrasante.</p>
APY-3.7	<p>PREGUNTA K.O. ¿Se están llevando a cabo las operaciones de mantenimiento preventivo establecidas en los plazos indicados? En el caso de desviaciones, ¿está justificada mediante el lanzamiento de una no conformidad?</p>	<p>No se puede evidenciar la revisión interna trimestral de extintores ni la última revisión eléctrica anual. No se puede evidenciar que los defectos detectados en la OCA DEL 25/05/2012 con resultado "CONDICIONADO" hayan sido subsanados.</p>
APY-3.12	<p>¿Los productos almacenados están correctamente identificados? (lote y fecha de caducidad/fecha de entrada) ¿Los productos almacenados están debidamente separados del suelo?</p>	<p>PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERÍODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales. <i>Se observan cajones de alimentos directamente en el suelo (ajos, fruta...)</i></p>
APY-3.16	<p>En cuanto al Control de Plagas, ¿se dispone de plano del centro con la ubicación de los portacebos e insectocutores colocados por la empresa DDD? ¿Se dispone de copia del Registro como empresa autorizada para la realización de tratamientos DDD? ¿Se dispone de copia del carné de manipulador de productos biocidas del técnico que realiza los tratamientos? ¿Se dispone de copia de las Fichas Técnicas y de Seguridad, así como el Registro de Plaguicidas de los productos utilizados en los tratamientos?</p>	<p>PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERÍODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales. <i>Puntualmente se detecta que falta la ficha técnica y de seguridad del producto Maxforce.</i></p>

PROCESOS ESENCIALES

DESVIACIONES

ESE-2.6	<p>¿El centro dispone de un folleto informativo que incluye lo establecido en el Anexo V de la Orden de 4 de febrero de 2005? (información del tipo de centro y usuarios que atiende, datos identificativos del centro y de la entidad que lo rige, organigrama, servicios prestados y horario de los mismos, horario de atención de Dirección, RRI, Información de derechos y deberes, disponibilidad de hojas de reclamaciones, referencia a donde se publica el calendario de actividades)</p>	<p>No se dispone de un folleto que incluya lo establecido en el anexo V de la orden de febrero de 2005.</p>
ESE-5.5	<p>¿Se dispone de herramientas que faciliten el análisis de la participación de los usuarios en las distintas actividades con el fin de mejorar la calidad de las mismas?</p>	<p>En el caso de las actividades del programa de estimulación cognitiva se analiza el porcentaje de participación a final de año, no siendo así en el caso del programa de rehabilitación funcional.</p>
ESE-5.10	<p>¿Se dispone de herramientas que faciliten el análisis de la participación de los usuarios en las distintas actividades con el fin de mejorar la calidad de las mismas?</p>	<p>No se dispone de un indicador para el análisis de la participación de los usuarios en las actividades del programa.</p>
ESE-5.17	<p>PREGUNTA K.O. ¿Se dispone de Programa de Voluntariado? ¿Los programas contemplan, al menos, objetivos, tipología de usuarios a quienes se dirige, actividades, profesionales responsables, recursos necesarios, calendario, listado de usuarios programados y sistema de evaluación del programa?</p>	<p>No se dispone de un programa de voluntariado como tal.</p>
ESE-6.15	<p>¿Se controla y registra diariamente la Tª de la nevera de enfermería donde se guardan los medicamentos termolábulos o con requerimiento de Tª controlada? (requerido control de máximos y mínimos)</p>	<p>El control de Tª llevado a cabo en las neveras de medicación no es de máximos y mínimos.</p>
ESE-6.19	<p>PREGUNTA K.O. ¿Se ha definido un sistema que garantice que todos los usuarios disponen de Plan de Atención Personalizado a los 45 días desde el ingreso?</p>	<p>Se detectan expedientes para los que el primer PAI se ha realizado fuera del plazo de los 45 días. MCRJ con ingreso el 04/07/2013 y 1er PAI en fecha 24/10/2013. SRP con ingreso el 04/02/2008 y 1er PAI de fecha 02/10/2008.</p>
ESE-6.23	<p>¿Existe la posibilidad de informar a los residentes, o en su caso a los familiares, de su evolución en base a las actualizaciones de los Planes de Atención?</p>	<p>No existe una sistemática definida para informar a los residentes o familiares de su evolución en base a los seguimientos de los PAI's.</p>
ESE-6.35	<p>PREGUNTA K.O. ¿Se dispone de autorización para la cesión de datos de carácter personal a terceros?</p>	<p>No se dispone de autorización para la cesión de datos de carácter personal a terceros (se puede incluir en el mismo contrato).</p>
ESE-6.48	<p>PREGUNTA K.O. ¿Las medidas de sujeción están prescritas por un facultativo (motivada y expresa) y con el consentimiento expreso y por escrito del usuario o de su representante legal?</p>	<p>No se dispone de prescripción médica ni autorización familiar o residente de las medidas de sujeción para los residentes ME, MCRJ.</p>

OBSERVACIONES

ESE-1.1	<p>PREGUNTA K.O. ¿El centro dispone de un Tablón de Anuncios en un lugar visible tanto para trabajadores como para usuarios y familiares e incluye todo lo establecido en la normativa? (Autorización de funcionamiento del centro de la Conselleria de Bienestar Social,Autorización de los servicios sanitarios por la Conselleria de Sanidad,organigrama funcional del centro,servicios básicos y opcionales del centro incluyendo horarios y tarifas, programación de actividades del centro, sistema de gestión de reclamaciones del centro (reclamaciones oficiales), instrucciones sobre sistema de emergencias dirigido tanto a usuarios como a trabajadores y menús semanales firmados por el médico - el menú puede estar en el acceso a comedor).</p>	<p>No se incluye los horarios de los servicios básicos y opcionales. La Política de calidad mostrada está obsoleta (rev00 cuando se encuentra en rev02)</p>
ESE-4.4	<p>PREGUNTA K.O. ¿El Plan de Atención Personalizado está elaborado por el equipo técnico e incluye los diferentes niveles de intervención? (sanitaria, rehabilitación funcional, cognitiva y ocupacional). ¿El Plan de Atención Personalizado recoge objetivos específicos para cada usuario (y niveles de intervención)?</p>	<p>Algnos PAI's no están firmados por todos los profesionales. Se deben de establecer objetivos más concretos y no tan genéricos que se repiten de un PAI a otro. En algunas ocasiones, no queda del todo claro la consecución de objetivos en las revisiones semestrales. Dentro del área sanitaria debe de quedar claro que objetivos establece fisio, médico y DUE.</p>
ESE-6.4	<p>¿Se han registrado sugerencias y reclamaciones en el último periodo?</p>	<p>Se debe de estudiar la sistemática para favorecer el registro de sugerencias y reclamaciones</p>
ESE-6.5	<p>¿Se realiza un seguimiento adecuado de las sugerencias y reclamaciones registradas hasta su resolución?</p>	<p>Se debe de estudiar la sistemática para favorecer el registro de sugerencias y reclamaciones</p>
ESE-6.21	<p>En la actualización de los Planes de Atención, ¿se valora adecuadamente el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos por usuario?</p>	<p>No siempre queda claro el seguimiento de los objetivos establecidos por usuario (expedientes MCRJ, SRP y RMM</p>
ESE-6.22	<p>¿Los Planes de Atención están aprobados por todos los componentes del equipo técnico?</p>	<p>Algunos PAI's no se encuentran firmados por todos los profesionales del equipo técnico (PAI del 24/10/2013 del residente MCRJ).</p>
ESE-6.39	<p>¿Se analizan periódicamente las caídas registradas proponiendo medidas para su control y reducción? (estudio anual de caídas)</p>	<p>Se evidencia estudio anual de caídas pero en este no se han propuesto medidas para su control/reducción habiendo aumentado el número de caídas respecto al año anterior.</p>

INSTALACIONES

DESVIACIONES

	No procede.	<i>PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERÍODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.</i>
--	-------------	---

OBSERVACIONES

INS-1.1.	¿Se dispone de un sistema de llamadas que garantice que los usuarios pueden avisar al centro en el caso de emergencias?	<i>PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERÍODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.</i> <i>Según la orden 4 de febrero de 2005 no se dispone de accionamiento de alarma desde el inodoro y a ras de suelo (se encuentra en la ducha).</i>
INS-1.5.	¿En las habitaciones existe una luz de cabecera con accionamiento al alcance de la persona desde la cama y alumbramiento nocturno a nivel de suelo?	<i>PREGUNTA NO PUNTUABLE (NP) PERÍODO 2014 aunque se valora en la hoja de puntuaciones totales.</i> <i>No se dispone de alumbramiento nocturno a nivel de suelo en las habitaciones.</i>