

Ilma. Sra. Violant Cervera Coll
Consellera Drets Socials

Le avanzamos lo que para nosotros son contenidos, temas y reflexiones de abordaje imprescindible.

Vivir en los centros de atención a la dependencia gerontológica con el SARS-CoV-2

1.- ¿De qué hablamos? De un virus, de una enfermedad contagiosa: el Covid19 con sus diferentes mutaciones que según datos ya ha provocado 85.000 muertos oficiales en España de los cuales más de 30.100 son en residencias y de ellos siendo 9.116 en Catalunya (residencias, sociosanitario, casa y n/c) durante ya casi 18 meses. Y no hablamos de los miles y miles de dramáticos aislamientos y del perfil de la población tan determinado que resulta ser tan impactante en su vida.

2.- La ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia cambia las reglas de juego y **define y transforma las residencias en centros de atención a la dependencia. Centros de carácter social** y NO sanitario. Con esta Ley se acaba de facto el concepto “residencia psudohotelera” como se acabó en su día el de Casas de caridad o Asilos. Los nuevos modelos, y especialmente el propuesto por la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales, orientan la tipología a centros de atención a la dependencia en espacios homologables a la vida y forma de vivirla como si fuera el propio domicilio de la persona.

3.- Cualquier situación externa o interna (como la pandemia) que atente y sobrecargue a la ya frágil situación actual asistencial a la dependencia de las personas institucionalizadas **debe partir y organizarse desde nuestra especificidad asistencial y contextualizarlo a nuestro rol.** Nuestras ratios se concibieron para ayudas de AVD a una población dependiente, aunque no tanto como ahora, y añadirles nuevas tareas implica inevitablemente mayor déficit asistencial al conjunto de las personas de la residencia.

4.- Toda persona, trabajadora o visitante, **ha de ser considerada vector en un contexto pandémico** y someterse a los mismos criterios de prevención. Ante la hipótesis de la diseminación del Covid en los centros no hay “vectores selectivos de primera o segunda” sea por edad, sexo, religión o condición social. Los criterios epidemiológicos son para todos igual: todos podemos enfermar y contagiar.

5.- Por lo tanto, siempre y todas las situaciones que modifiquen los equilibrios asistenciales, estas han de ponderarse contando con quienes han de aplicarlas: las direcciones de los centros. Y especialmente **potenciando la prevención** como medida más eficaz. Cuando el virus entra en el centro ya es tarde y ha demostrado su capacidad mortal y el impacto de provocar gran deterioro en las personas. No podemos obviar la fase preventiva que ha de ser nuestra **“tarifa plana de comportamiento estable”** sin tantos cambios sin sentido.

6.- No podemos funcionar con **9 planes sectoriales** y revisiones permanentes y sucesivas de los mismos, acabalgadas y contradictorias de ajustes, retoques e intensificaciones, de difícil aplicación, TARDE y cada dos semanas. Es someternos e institucionalizar la ceremonia de la confusión por sobreinformación desfasada.

Solicitamos:

A) A nivel Social:

1.- Asumir que el COVID ya es una **enfermedad** comunitaria más, con la que hay que **convivir** y tratar con los mismos **criterios profesionales** que con cualquier enfermedad similar. Alejándonos de conveniencias o concesiones de riesgo o peligrosas, por lo menos hasta que existan tratamientos más resolutivos. Nuestra mejor arma y más barata y eficaz es la prevención. Nuestras principales vías de contagios han sido trabajadores, visitas, salidas y traslados hospitalarios o similar.

B) A nivel Laboral:

2.- Que sea redefinido y diversificado el concepto actual de "brote Covid" a brote "Covid trabajadores", brote "Covid de residentes" o "Brote Covid global", según la afectación. La consideración única de "brote Covid" está trasladando excesiva alarma social en familiares cuando igual lo que se detecta es un caso aislado en un trabajador que puede que ni haya interactuado con la residencia por estar de vacaciones o días libre de turno.

3.- Utilizar por defecto mascarilla **FFP2** como norma general en trabajadores o las visitas a residencias. (prevención ante nuevas variantes)

4.- Realización de una **prueba semanal** (no quincenal) de PCR a trabajadores y residentes con independencia de situación epidemiológica hasta que exista un control eficaz de la enfermedad.

5.- Ajuste de los **PCR** de cribados a trabajadores a **35 Ct.** (ahora se realizan a 38 Ct. generándose muchos falsos positivos y dificultades asistenciales añadidas).

6.- Ante un PCR positiva con Ct. 35, hacer nueva determinación con una **segunda prueba a las 24h.** y si esta es negativa, reincorporación inmediata al puesto de trabajo.

7.- **Incremento de las ratios** de atención directa en residencias entre un 20 y 30%.

8.- Poner en marcha equipos de soporte de intervención rápida para centros con brotes Covid ante desequilibrios y colapsos asistenciales de plantillas.

9.- **Obligatoriedad de vacunación** a todas las **nuevas incorporaciones** de trabajadores de residencias.

10.- Determinación como **despido objetivo** a los trabajadores que no se quieran vacunar. (causas objetivas administrativas, organización o producción y/o por riesgos laborales)

C) A nivel Visitas:

11.- Recuperación y mantenimiento mientras exista situación pandémica del **horario de visitas por franjas** de mañana y tarde en función de los aforos o de los espacios destinados a ellas y situación de contagios interiores. Contemplar excepciones justificadas. (finales de vida o similares... para entrar a otras dependencias del centro.)

12.- Acreditación de **pasaporte Covid de vacunación y PCR semanal**, igual que los trabajadoras. Si no se acredita, como mínimo, la realización de un **TAR** a todas las visitas a residencias. (incluidas profesionales de soporte o inspecciones)

D) Salidas:

13.- Ante salidas de residentes, acreditación de PCR o realización de TAR a **todas las personas que puedan interactuar** con la persona residente y al regreso convivencia en zona **burbuja diferenciada** con otras personas que también realicen salidas durante 4 o 5 días y realización de 2 TAR internos (día 1 y día 3, seriados) con distancias de seguridad o espacios de convivencia diferenciados. Documento de compromiso de la persona responsable de la salida de la persona residente.

E) Ámbito General:

14.- Realización de **estudio de seroprevalencia** para determinar la fortaleza de la vacunación en residencias. Hay algunos en marcha y ya tenemos referencias internacionales que marcan las tendencias de prevención por alertas y pérdida de eficacia en el escudo que representa la vacuna.

15.- **Tercera dosis ante déficit o confirmación del escudo** de la vacunación actual a residentes y trabajadores.

F) Varios Profesionales:

16.- Tramitación y resolución por vía urgente de la **ILP** de protección del gran dependiente.

17.- Creación por vía **urgente** del **Colegio Oficial de Direcciones y Gerencia** de centros de atención a la dependencia.

18.- **Consideración de autoridad** en el ejercicio de sus funciones de las Direcciones de Residencias y centros de día.

19.- Que muchos de los nuevos ingresos están en situaciones de final de vida y requieren total dependencia AVD con situaciones pseudo vegetativas y de previsibles carga o traslados sanitarios o atenciones in situ lo que requiere incrementar los ámbitos de ratios de atención

Directa. Estudiar la figura de un profesional sanitario intermedio a las gerocultoras y DUE's y replantear los perfiles actuales de atención directa. Recuperar polivalencias asistenciales.

20.- Recuperación de la **aportación económica de la familia** en la financiación de la plaza residencial.

21.- Normalizar **inseguridades jurídicas:**

a) ante la **movilidad** de turnos, días y funciones. (ajustes en normativa laboral)

b) tener acceso a los **datos** de los PCR a trabajadores (ley protección de datos)

c) **refuerzo**, por criterio de autoridad, en las interpretaciones de normativas/protocolos faltas de cobertura legal. (movilidad personas, visitas, compromisos de familiares o visitantes)

d) **contenciones:** establecer un paraguas jurídico para tender a "cero contenciones" que contrarreste la "denegación de auxilio debido" o el derecho del "deber de socorro."

22.- Cambio total y reforzar el sistema de **Inspección como uno de los motores del cambio:** Check-list, inspecciones on line, función didáctica y de acompañamiento hacia el nuevo modelo. Tipificación, concreción y modulación de las faltas.

F) **Plan conjunto:**

23.- Fomentar la pedagogía liderado por la administración de explicar que es la vejez, que es la dependencia, que es un centro de atención a la dependencia así como avanzar en los derechos de la persona o que es el final de vida (paliativos, voluntades anticipadas).

24.- Establecer una **mesa técnica de Transición hacia el nuevo modelo** asistencial.

RAZONAMIENTOS VARIOS:

1.- PCR falsos positivos. - Son numerosos los casos que en estas últimas semanas/meses en diferentes centros nos ocurre exactamente lo mismo: tras las determinaciones de automostras PCR saltan POSITIVOS en componentes del equipo asistencial que son completamente asintomáticos y que acreditamos después a las 24/48h a través de PCR de comprobación que son NEGATIVOS.

Estos falsos positivos implican absentismos mínimos de 10 días, desplazamientos expresos de personal que está en festivos o de libranza para reajustar los turnos y poner en marcha, con muchas dificultades, operativos de sustituciones ultrarrápidas. Llevamos casi 18 meses haciéndolo y advertimos de las resistencias del personal a tantos cambios que friccionan con la legalidad laboral vigente.

Queremos señalar que estos casos nos someten a un importante stress en el ya sobrecargado estado de fatiga del equipo.

Esta situación inevitablemente también se traslada a los residentes -que ya están muy castigados por la situación- por la acentuación de las medidas de control y rotaciones de personal cuidador.

Stress y tensión también trasladada a las familias a través de los mecanismos de información de todas las circunstancias que vivimos en el centro...y que después result una falsa alarma en muchas ocasiones ya que nos estamos enfrentando a multitud de **PCR falsos positivos**, especialmente en las determinaciones de control de automostras.

Obviamente tenemos numerosos documentos acreditativos de lo que indicamos.

No olviden que nosotros somos también correa de transmisión de sus instrucciones hacia los equipos, pero muchas veces cuando miramos que entre el documento sobre la mesa y la realidad están tan alejadas, la impotencia de gestión es absoluta.

2.- Impacto de los absentismos derivados de las PCR falsos positivos. El protocolo actual no contempla hacer un nueva PCR contradictorio a las 24 o 36h. del primero. Hacerlo queda a la libre decisión del CAP correspondiente.

Esta grieta del sistema que da validez solo a la primera y regala mínimo 10 días de absentismo "por protocolo" aún y sabiendo que es un falso positivo está siendo demoledora.

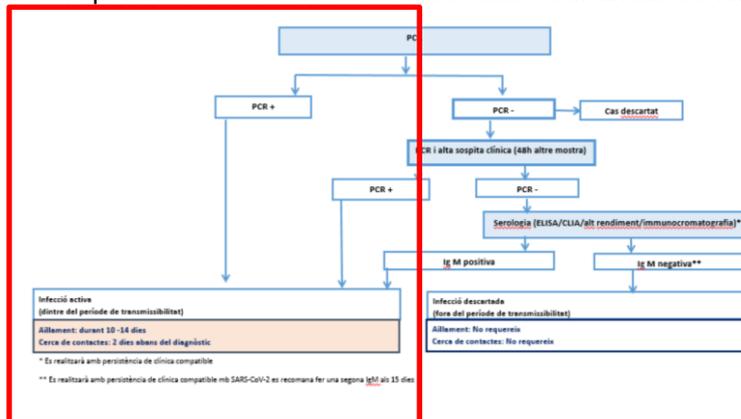
3.- Necesaria actualización del "Procediment d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2".

Documentación propia de Salut ya en marzo 2020 cita: *"Si la PCR és positiva, s'ha de considerar valorar el llindar de cicles (Ct) en què la mostra és positiva. Segons l'evidència científica disponible, s'assumeix que el llindar de cicles alt (Ct) > 30-35 equivaldria a una càrrega viral sense capacitat infectiva".*

No creemos que se pueda alegar desconocimiento de los falsos positivos ciclando a 38 Ct como sistemáticamente nos hacen en residencias con las automostras porque el contacto con el virus y y/o los diferentes virus, además de la cantidad de población vacunada, define un escenario distinto a cuando se fijaron estos criterios en otro momento totalmente diferente de la pandemia.

A tal efecto recordamos que la Ley de Enjuiciamiento criminal obliga a que las personas que por su cargo u oficio tengan noticia de algún delito público a denunciarlo ante el Fiscal o seríamos encubridores de este. Los aislamientos basados en pruebas no soportadas con solvencia científica nos sitúan en esta textura de inseguridad jurídica.

Consideramos que dado que se están produciendo aislamientos y quebrantos asistenciales de personas con privación de libertad de residentes y trabajadores en base a una aplicación errónea de un método científico que determina actuaciones restrictivas por positividades descartados de ciclo de detección mayores de 35 Ct. debiera corregirse de inmediato esta situación o nos veríamos obligados a la correspondiente comunicación a Fiscalía por indefensión ante reclamaciones o denuncias de familiares.



No es éste un tema menor vistos los derroteros de las diferentes y cada vez más numerosas sentencias de Juzgados y de Tribunales Superiores de Justicia.

A tal efecto también me permito remitirles documentación reciente del Ministerio de Sanidad y en especial por lo que nos ocupa al contenido de su página 7 en relación con los ciclos: *“Si la PCR es positiva se considerará valorar el umbral de ciclos (Ct) en el que la muestra es positiva. Según la evidencia científica disponible, se asume que un umbral de ciclos alto (Ct) >30-35 equivaldría a una carga viral sin capacidad infectiva.....*

- Ante un Ct alto estaríamos ante un caso de infección resuelta independientemente del resultado de las pruebas serológicas si se han realizado”. Recuerdo que a nosotros nos están haciendo **38** ciclos.

Y a la pág. 10.C *“...los casos sospechosos se mantendrán en aislamiento a la espera del resultado de la PDIA y se iniciará la búsqueda de sus contactos estrechos convivientes. En caso de PDIA negativa, y si no se considera caso probable, el caso se da por descartado y finaliza el aislamiento.”*

O incluso a su propio documento del 08/09/2021 “Procediment d’actuació enfront de casos d’infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2” que reincide en su último párrafo de su pág. 8 y cita literal: *“Segons evidencia científica disponible, s’assumeix que de manera general un llindar de cicles alt (Ct) > 30-35 equivaldria a una càrrega viral sense capacitat infectiva”.*



No podemos entender que ante tantos criterios y experiencia vivida se nos castigue asistencialmente a las residencias y sus residentes con desplomes asistenciales ante pruebas y decisiones que facilitan el absentismo en cada cribado.

4.- Ratios. Entendemos que en pandemia hay que introducir dentro de la normalidad determinadas rutinas que puedan ser asumibles, pero no las que son imposibles.

Porque no es posible que el escaso personal, además de su faceta troncal y razón de ser de atenciones a las dependencias, se le esté cargando con las nuevas funciones derivadas de los protocolos sanitarios y plan sectorial, haga su trabajo y que además atienda a cualquier hora de cualquier día las visitas de familiares que obviamente quieren que su familiar esté en situación de perfecta “revista militar” las 24 h. del día. **Resumiendo, no es que nuevas funciones sustituyan a otras, es que se añaden a las que tenemos.**

Ojo, no se saque de contexto este comentario que en cualquier caso es la foto de una realidad. No se pueden abandonar atenciones al conjunto de las personas por unos horarios caprichosos de quien puede colaborar adaptándose a otros para que la **atención a TODOS los residentes** sea más equilibrada sin el egoísmo de que lo único que le importe sea su familiar.

Se debe iniciar sin demora y vía de urgencia un **aumento de ratios de atención directa en ese 20 o 30%** de incremento de tareas derivadas del Covid y protocolos llenos de rutinas. Aunque sea un asunto propio de otras negociaciones y por otras entidades como son sindicatos o empresas, también debe abordarse la mejora salarial de nuestros profesionales.

Hay que señalar que los festivos son días de notable afluencia de visitas pero al tiempo los días en que los centros van más justos de personal porque no tienen las ayudas que puedan prestar otros profesionales que colaboran con ellos y que trabajan de lunes a viernes. (tareas de vigilancias, traslados de residente, teléfonos, hablar con familiares...)

La inmensa mayoría de las familias directas tienen opción de hacer las visitas o mañanas o tardes cualquier día de la semana y son absoluta minoría los que necesariamente deban de ir el fin de semana. Debería acotarse y fijarse el **mínimo** de un día (sábado o domingo) por la mañana o tarde según detecte el centro la necesidad por las incompatibilidades horarias.

5. Creación urgente del Colegio Profesional: Esta pandemia ha puesto de manifiesto la falta de cintura del sistema para poder ofrecer repuestas ágiles y necesarias para los centros y sus entornos familiares.

No puede basarse un sistema de comunicaciones en reuniones con representantes sindicales de empresas de adscripción voluntaria y que posteriormente estas las reenvíen a sus asociados... cuando hay un porcentaje importante de centros que no tienen ninguna adscripción a un sindicato empresarial y cuando las instrucciones se dirigen precisamente a las direcciones como figuras responsables profesionales y no a las empresas como entidades jurídicas sindicales.

La cadena lógica de transmisión y participación ha de ser directa a través del órgano que aglutine a todas las direcciones de los centros. Sería inmediata, al 100% de los centros y previamente dialogada con nuestros representantes. Recordamos que legalmente la responsabilidad es indelegable y nos afecta a nosotros y no a las empresas. Esta situación también será determinante ante la transición a los nuevos modelos asistenciales de la dependencia.

Quienes desfilamos por las Fiscalías somos los directores no las empresas y necesitamos nuestro propio sistema de defensa colectiva organizado como cualquier otra profesión titulada.

La Ley de Colegios exige definición de profesión y título habilitante. Ambas cosas a están definidas en la normativa actual que facilitó la creación de la Asociación Profesional al amparo de la Ley referida.

Creemos que bien sea por transformación de la Asociación en Colegio Profesional o por la creación directa del mismo a través del preceptivo trámite parlamentario el asunto debe abordarse con urgencia. Nos consta la predisposición de grupos políticos a que el proceso parlamentario sea satisfactorio.

Esperamos desarrollar con más amplitud estos puntos, así como complementar las explicaciones o razonamientos que considere oportunos.

Atte.

Andrés Rueda.

President ASCAD