



MEMORIA DEL PROGRAMA DE ACTUACIÓN EN CENTROS SOCIALES RESIDENCIALES

Garantizar entornos seguros y saludables

Mayo 2021

Servicio de Salud Laboral
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA

Instituto de Salud
Pública y Laboral
de Navarra



Nafarroako Osasun
Publikoaren eta Lan
Osasunaren Institutua

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	4
• La pandemia por COVID-19 y los centros sociales residenciales. • Actuación del Servicio de Salud Laboral (SSL) del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN) en centros sociales residenciales durante la pandemia por SARS-CoV-2.	
II. PROGRAMA ACTUACIÓN	6
• Objetivo general. • Agentes implicados. • Líneas de acción. Medidas. • Población. • Cronograma de las actuaciones del SSL.	
III. ACCIONES DESARROLLADAS	10
1. Actuaciones previas (marzo-junio 2020) 2. Revisión y asesoría de planes de contingencia. 3. Participación en la elaboración y actualización de protocolos y recomendaciones. 4. Apoyo, asesoría, comunicación. 5. Visitas a centros sociales residenciales. 6. Organización y coordinación. 7. Colaboración en la investigación de los posibles contactos laborales de los casos de COVID-19 en centros sociosanitarios.	
IV. RESULTADOS Y HALLAZGOS MAS RELEVANTES	18
1. Estudio y propuestas de mejora a los planes de contingencia. 2. Aplicación de los planes, organización, seguridad e infraestructuras. 3. Equipos de protección individual. 4. Organización y gestión de los recursos humanos. Personal cuidador. 5. Vigilancia de la salud en el trabajo. 6. Formación / Información.	
V. ALGUNOS DATOS. CRIBADOS PERIÓDICOS Y SEPROSANA	26
1. Realización de cribados quincenales en personas trabajadoras de los centros sociales residenciales de Navarra. Papel del Servicio de Salud Laboral. 2. Resultados SEPROSANA.	
VI. CONCLUSIONES	28
1. Generales. 2. Organización y coordinación. 3. Modelo residencial. Planes de contingencia. 4. Servicios de Prevención. 5. Material de protección. 6. Recursos humanos y personal cuidador.	



VII.	PROPUESTAS DE MEJORA Y RECOMENDACIONES	32
	1. Mantener y fomentar la coordinación intersectorial. Servicios sociales y Servicios de salud.	
	2. Modelo de centros sociales residenciales.	
	3. Los Servicios de Prevención.	
	4. El papel del SSL. Coordinación de agentes.	
VIII.	DOCUMENTACION DE REFERENCIA	35
	ANEXOS	36
	ANEXO A: Relación de centros residenciales.	
	ANEXO B: Criterios cumplimentación y cuestionario recogida datos COVID-19 «RESIDENCIAS»	

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La pandemia por COVID-19 y los centros sociales residenciales

Es evidente que la pandemia de COVID-19 ha afectado de manera desproporcionada¹ a las personas mayores y, en particular, a aquellas que viven en residencias y en otros alojamientos colectivos de personas mayores y personas con discapacidad.

La alarma ante las graves consecuencias que la epidemia ha generado en estos centros no es exclusiva de nuestro país. Han sido constantes la noticias en los medios de comunicación de Estados Unidos, Canadá, Italia o Francia sobre el número de personas infectadas y fallecidas.

Todavía es pronto para analizar, entre todos los factores que intervienen, cuál ha sido el peso de la gestión de la pandemia en el recuento de víctimas de la COVID-19. Sabemos que algunos factores como el momento en el que el virus llegó al país o región, la incidencia en el territorio, el tipo de sistema sanitario, el envejecimiento de la población, la densidad de sus principales ciudades u otros determinantes de la salud, pueden explicar una parte del impacto general de la pandemia.

En el ámbito concreto de las residencias y, pese a que los datos son provisionales al no haberse publicado aún los oficiales específicos, España es uno de los países desarrollados más afectados por el virus y uno de los que muestra peores resultados en relación con el número personas mayores fallecidas.

Entre marzo y agosto de 2020, al menos la mitad de las personas fallecidas en España con COVID-19, o sintomatología compatible, lo han hecho en unos centros que, en el año 2019, eran la vivienda habitual de más de trescientas mil personas. Según el último informe hecho público por el IMSE RSO², y con datos cerrados al 28 de marzo de 2021, en el Estado el 30% de las personas que vivían en centros de mayores fueron afectadas por COVID19. En Navarra el porcentaje supera el 35%. La mortalidad por COVID-19 diagnosticada está en cifras cercanas al 7% del total de residentes.

Como factores principales, que podrían explicar este impacto en las residencias, se señalan la mayor vulnerabilidad de los residentes (la edad avanzada influye en una mayor letalidad del virus, personas que pueden presentar morbilidades, etc.), el nivel de propagación de COVID-19 en el área donde se encuentra el centro y la gestión de la pandemia en cada uno de ellos.

Otros factores que, asociados a los anteriores, podrían explicar este impacto son:

- a) Elementos estructurales que definen la residencia (tamaño y diseño arquitectónico, propiedad privada o pública, modelo de financiación, problemas de capacidad, etc.)
- b) Organización y recursos humanos (condiciones laborales y número de personal, formación y experiencia de este, personal sanitario suficiente, etc.).
- c) La respuesta de cada centro a la hora de prevenir y tratar el virus (medidas materiales, organización de los residentes, etc.).
- d) El apoyo que se ha brindado en los centros sociales residenciales cuando fue necesario, incluido el suministro oportuno de EPI u otros equipos protectores y el acceso a las pruebas diagnósticas.

Aunque ya se menciona en los apartados anteriores, hay que destacar que en los centros de asistencia a personas mayores (centros de día y noche, residencias, geriátricos, etc.), a la existencia de factores

¹ «Se podría por lo tanto estimar como plausible un rango entre el 47% y el 50% de afectación en residencias respecto al total de fallecimientos por la enfermedad COVID-19 en la primera oleada». Informe del grupo de trabajo COVID-19 y residencias. Versión final.

² Actualización nº 6. Enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Centros Residenciales. IMSERSO 14/4/2021.

https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/inf_resid_20210404.pdf

relacionados con las condiciones de seguridad e higiene de estos lugares de trabajo, se le suman otros que son específicos de estos puestos de trabajo, como son la cercanía física y el contacto, físico y emocional, que incrementan el riesgo de exposición y transmisión. Estas condiciones laborales del personal implican un riesgo tanto para la propia plantilla como para las personas a las que atienden. El Sars-Cov-2 es un riesgo de naturaleza laboral cuya exposición debe ser eliminada o controlada por el sistema preventivo.

Para proteger a las personas que viven en estos centros, y garantizar unas condiciones laborales seguras y dignas, es necesario desarrollar múltiples estrategias coordinadas y conjuntas por parte de los Departamentos de Derechos Sociales y Salud. Estas actuaciones deben implicar y comprometer a los diferentes agentes involucrados (Ayuntamientos, servicios de prevención, responsables de centros, etc.) para trabajar en modelos de residencias sociales más humanas y profesionalizadas.

A pesar de los esfuerzos, a veces la institucionalización es inevitable y, por eso, hay que modelar (o remodelar) las residencias con el fin de que reproduzcan, en la mayor medida posible, la calidez de un hogar, evitando modelos de residencias que, por su estructura y modelo de intervención, dificulten la atención personalizada.

El modelo de atención ha de contemplar la actuación sinérgica de todos los agentes implicados para potenciar la resolutiveidad en procesos que, por la complejidad de sus cuidados o bien por las dificultades del soporte familiar (cuadros clínicos muy diversos, pero especialmente demencias, enfermedades neurodegenerativas, trastornos psiquiátricos con alteraciones conductuales y cuidados paliativos), son muy difíciles de atender en el hogar.

Actuación del Servicio de Salud Laboral del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra en centros sociales residenciales durante la pandemia por SARSCoV-2

Desde que en el mes de marzo de 2020 se declarara la pandemia mundial producida por el SARS-CoV.2, el Servicio de Salud Laboral (SSL), perteneciente al Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN), viene realizando una labor de asesoramiento a la población trabajadora de la Comunidad Foral. Esta se ha desarrollado a través de visitas a centros de trabajo, estableciendo cauces para el asesoramiento telemático de los trabajadores que así lo necesitaran, elaborando protocolos y recomendaciones y participando en grupos técnicos y de coordinación.

El ámbito sociosanitario integra a un colectivo especialmente vulnerable a esta pandemia tanto por las características individuales (edad avanzada y las comorbilidades) y factores de riesgo de gravedad, como por el propio entorno en el que conviven con el resto de las personas residentes (donde comparten espacios comunes la mayor parte del día) que favorece la transmisión aérea del virus. Desde este Instituto se constituyó un equipo técnico-médico que ha trabajado de forma conjunta y coordinada para dar respuesta a las diferentes actuaciones, en colaboración con otras unidades y servicios de los Departamentos de Salud y de Derechos Sociales, llevando a cabo múltiples y variadas actuaciones.

II. PROGRAMA DE ACTUACIÓN

A la vista de las características que presentan estos centros y, sobre todo, de las personas que en ellos residen y trabajan, las actividades a implantar y desarrollar conllevan cierta complejidad, siendo necesario intervenir de forma coordinada con los diferentes agentes con responsabilidad en estos ámbitos: sanitario, responsables de las residencias, social, laboral, etc.

Por ello, las actuaciones desarrolladas por el Servicio de Salud Laboral (SSL) han buscado estar siempre coordinadas con dichos agentes, además de participar de forma activa en las acciones conjuntas de los Departamento de Derechos Sociales y de Salud.

Objetivo general

El objetivo de todas las actuaciones realizadas ha sido el de contribuir a que los centros sociales residenciales sean lugares de trabajo seguros y saludables frente a la infección por SARSCoV2; que favorezcan una vida laboral sostenible y de calidad, lo cual redundará en una calidad de vida de las personas que viven en estos centros de mayores y de personas con discapacidad.

Agentes implicados

Una de las complejidades a la hora de organizar este programa y las diferentes actividades que se han ido desarrollando es que implica, de una u otra forma y con diferentes niveles de responsabilidad, a múltiples agentes:

- Personal trabajador de los centros sociales residenciales; de mayores, discapacidad y congregaciones religiosas.
- Las personas residentes que viven en estos centros.
- Responsables de estos centros, públicos y privados, con (mercantiles) y sin ánimo de lucro.
- Entidades locales.
- Departamento de Derechos Sociales.
- Departamento de Salud en múltiples niveles: asistenciales (Equipos de Atención Primaria), Gestión SSCC del SNS-O, Gerencia de AP, S. Salud Laboral y S. de Epidemiología del ISPLN.
- Servicios de Prevención: Ajenos, Propios, Mancomunados y del Gobierno de Navarra.
- Titularidad de empresa privadas con y sin ánimo de lucro.
- Asociaciones de centros.

Líneas de Acción. Medidas

Aunque resulta difícil separar las diferentes medidas que se deben instaurar para evitar y disminuir el riesgo de infección en estos centros, con objeto de sistematizarlas, podemos encuadrarlas en cuatro grandes apartados³ o líneas de acción que, de forma combinada, buscan minimizar e impedir el impacto de la infección por SarsCov2 en los centros sociales residenciales.

LA1: Evitar que entren personas infectadas. La valla.

LA2: Disminuir la probabilidad de transmisión. Medidas materiales y organizativas.

LA3: Disminuir la probabilidad de transmisión y el número de personas con las que puedan entrar en contacto. Burbuja social.

³ Coronavirus: The Swiss Cheese Strategy. How Any Country Can Learn to Dance and Stop the Coronavirus

LA4: En las personas infectadas, identificar esa infección rápidamente y neutralizarla. Prueba-Rastreo-Aislamiento.

LA1: Evitar que entren personas infectadas. La valla.

En esta línea se agrupan todas aquellas medidas, sobre todo restrictivas, dirigidas a evitar que las personas infectadas pudieran entrar en las residencias.

Prohibición de visitas y/o control de estas cuando son permitidas, cuarentenas o pruebas diagnósticas en nuevos ingresos o en salidas temporales y aislamientos tras contactos sospechosos, control de todo el personal trabajador externo que accede al centro, pruebas diagnósticas periódicas al personal trabajador.

Instar al personal trabajador de estos centros a no acudir al trabajo en caso de presentar síntomas compatibles.

Algunas de estas medidas han sido más o menos restrictivas dependiendo de la incidencia comunitaria en la transmisión del virus.

En general son medidas costosas y que en algunos casos (restricción de visitas) conllevan a un aislamiento social que puede tener consecuencias en el deterioro físico y psicológico de las personas residentes.

LA2: Disminuir la probabilidad de transmisión. Medidas materiales y organizativas.

El SARS-CoV2 puede transmitirse de persona a persona por diferentes vías, siendo la principal el contacto y la inhalación de las gotas y aerosoles respiratorios emitidos por una persona enferma hasta las vías respiratorias superiores e inferiores de una persona susceptible. También se puede producir el contagio por contacto indirecto a través de las manos u objetos contaminados, las secreciones respiratorias de la persona enferma con las mucosas de las vías respiratorias y la conjuntiva de la persona susceptible.

Por ello, cobran especial relevancia las medidas preventivas colectivas e individuales de protección del personal cuidador y que trabaja en residencias. Entre estas medidas cabe destacar:

- Fomentar actividades al aire libre.
- Garantizar una ventilación adecuada.
- Disponer de espacios diferenciados para el personal trabajador, con aforos limitados y establecimiento de turnos para su utilización (vestuarios, salas de descanso, etc.).
- Protocolizar la adquisición y utilización de EPI (gafas, pantallas, mascarillas, etc.) y productos sanitarios para disponer de material de protección suficiente y adecuado.
- Proporcionar una formación adecuada al personal (no únicamente teórica y que incluya las vías de transmisión, el uso adecuado de los equipos de protección, los protocolos existentes para minimizar los riesgos de contagio, los síntomas compatibles, etc.).
- Establecer circuitos diferenciados para objetos y/o personas («limpio/sucio»).
- Higiene y desinfección, tanto de manos como de superficies.

LA3: Disminuir la probabilidad de transmisión y el número de personas con las que puedan entrar en contacto. Burbuja social.

Si la infección entra en un centro, hay que evitar que se difunda por todas las instalaciones, dada la facilidad para que dicha propagación se produzca tanto por las características de los propios centros, como por las de las personas residentes en los mismos.

Una de las medidas que puede resultar más efectiva es la creación de grupos de convivencia estables o, en su defecto, grupos burbuja que limiten la interacción social entre ellos.

Sin embargo, la creación de grupos de convivencia es una de las más compleja de ejecutar y requiere un gran trabajo previo para identificar y crear grupos reducidos de personas de características, necesidades y gustos similares. De esta forma, además, podría proporcionarse una atención integral más personalizada y ajustada a sus necesidades concretas.

En su defecto se propone la creación de grupo “burbuja”, agrupaciones limitadas de personas en las que se limitan las interacciones físicas y sociales con otros grupos mediante una serie de actuaciones, por ejemplo: limitar el número de personas que estén en un lugar al mismo tiempo, horarios escalonados, prohibiciones de cierto tipo de reuniones, evitar la realización de algunas actividades.

Es necesario tener muy protocolizados los procesos de trabajo diario para que tanto residentes, como el personal trabajador, tengan el menor número de contactos posibles y, si estos se dan, sean siempre con las mismas personas. Esto normalmente requiere incrementar las necesidades de personal.

LA4: Cuando hay personas infectadas, identificar rápidamente y neutralizarla. Prueba-Rastreo-Aislamiento.

En el momento en el que una persona infectada es diagnosticada, es necesario proceder de forma inmediata, tanto a su correcta identificación como a su aislamiento.

Para esta medida, en primer lugar, cobran especial relevancia tanto la disponibilidad de pruebas diagnósticas como la coordinación entre los diferentes agentes implicados: servicios asistenciales, salud laboral, equipos de rastreo, responsables de derechos sociales y de las propias residencias.

Una vez identificada la persona infectada es vital que los centros dispongan de procedimientos que permitan llevar a cabo la actuación requerida lo más rápidamente posible. Además, deberán contar con espacios sectorizados para el aislamiento de dichas personas afectadas por COVID-19, o, en su defecto (en función de sus capacidades reales para contener la infección), haber comunicado con anterioridad tal situación a las autoridades autonómicas para prever las mejores soluciones de apoyo externo en caso de brote (como la asistencia directa al centro, identificación de alojamiento alternativo, etc.).

Así mismo, se debe disponer de espacios sectorizados para aislamientos preventivos ante casos de sospecha, pendientes de confirmación diagnóstica o por contacto estrecho con un caso.

Para todo ello, se requiere realizar pruebas diagnósticas periódicas al personal trabajador y/o residente, así como un rastreo y aislamiento en el caso de los contactos estrechos.

Población

El programa inicialmente fue dirigido a desarrollar medidas de protección en los centros sociales residenciales. Se priorizaron los centros de mayores, centros de discapacidad y congregaciones religiosas de Navarra.

- Existen 71 centros de mayores, con 5.835 plazas residenciales y aproximadamente unas 5.500 personas trabajadoras. La distribución por áreas de centros y plazas se describe en la tabla adjunta.
- 49 recursos de alojamiento (residencias y viviendas tuteladas) con 1.025 plazas para personas con discapacidad.
- 68 centros de congregaciones religiosas. Aproximadamente 20 con más de 25 camas.

Número de centros y número de plazas en centros residenciales de mayores por áreas

Área	Centros		Plazas	
	Número	%	Número	%
Estella	14	19,7 %	920	15,8 %
Navarra Noreste	6	8,5%	352	6,0%
Navarra Noroeste	7	9,9%	556	9,5%
Pamplona y Comarca	16	22,5 %	2.271	38,9%
Tafalla	14	19,7 %	707	12,1%
Tudela	14	19,7%	1.029	17,6%
TOTAL	71	100,0%	5.835	100,0%
Fuente: Observatorio de la Realidad Social, Departamento de Derechos Sociales				

Cronograma de las actuaciones del SSL

Aunque en sentido estricto no ha existido un cronograma específico de actividades programadas, la relación de las fechas en las que se han realizado las más significativas es la siguiente:

- Mayo-junio 2020. Visitas a centros residenciales por denuncias de personal trabajador en relación con la falta de medidas preventivas frente a la Covid-19.
- Mayo-junio 2020. Participación en diferentes grupos de trabajo interdepartamentales en relación con los centros sociales residenciales.
- Junio 2020. Estudio y elaboración de propuesta de mejora de 83 planes de contingencia de centros sociales residenciales.
- Junio-julio 2020. Elaboración de una lista de chequeo de medidas preventivas frente a la Covid-19 para uso estandarizado en la realización de visitas presenciales a los centros.
- Agosto-octubre 2020. Inspección de 37 centros sociales residenciales y envío de recomendaciones preventivas para mejorar su actuación frente al virus.
- 1-15 noviembre 2020. Implementación de la lista de chequeo.
- 16-30 noviembre 2020. En base a la Coordinación Ejecutiva de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL), elaboración e implantación de un plan de visitas conjunto con los Servicios de Prevención Ajenos (SPA) de los centros residenciales utilizando una herramienta de valoración común (lista de chequeo creada).
- 16 noviembre 2020 -31 enero 2021. Inspección por parte del SSL del resto de los centros residenciales que carecen de SPA (41), visita a una residencia de una congregación religiosa de más de 25 camas y a un centro de inclusión social.

III. ACCIONES DESARROLLADAS

Las acciones que por parte del SSL se han ido desarrollando, han debido adaptarse a la realidad de la pandemia en cada momento.

En primer lugar, se describen someramente aquellas actuaciones que se realizaron en los estadios iniciales de la pandemia, con un menor grado de conocimiento y una mayor incertidumbre sobre cómo se desarrollaba esta y cómo iba afectando a los diferentes ámbitos.

Posteriormente se desarrollaron estructuras de coordinación, se mejoró el conocimiento sobre las características propias de la infección por SarsCov2, mecanismo de transmisión, medidas para su control, etc. También se tuvo acceso a más equipos y materiales de protección, lo que permitió dar respuestas más ordenadas y coordinadas.

En los siguientes apartados se describen las medidas más importantes desarrolladas por el SSL y aquellos hallazgos más significativos.

1. Actuaciones previas (Marzo - Junio 2020)

Las primeras actuaciones realizadas desde el SSL en los centros sociales residenciales se dirigieron, por una parte, a proporcionar instrucciones en relación con las medidas de protección y, por otra, a intentar dar respuesta a todo lo relativo a los Equipos de Protección Individual (EPI) de protección frente al virus (incluyendo gestión de donaciones).

Algunas de estas actuaciones fueron:

- Documento inicial para SPRL del 16/03/2020 con anexo para residencias con actualizaciones diarias.
- Gestión de donaciones y entregas de EPI por parte de empresas y particulares.
- Participación en la elaboración del documento elaborado por el ISPLN, de referencia para empresas de limpieza, sobre limpieza y desinfección en residencias (31/03).
- Intentos de organizar las necesidades de EPI de empresas, incluyendo residencias sociosanitarias, que se hace extensivo a otros departamentos que parecen estar adquiriendo este material (ej. listado necesidades EPI del 03/04/2020).

El 17 de marzo se puso en marcha un procedimiento que facilitaba a los Servicios de Prevención el seguimiento de casos COVID-19 entre el personal de los centros sanitarios y sociosanitarios de titularidad privada, permitiendo una mejor gestión de los mismos para valorar el alta médica de los trabajadores. Dicho procedimiento incluía un anexo con recomendaciones básicas para centros sociosanitarios.

En los meses de mayo y junio de 2020 se realizaron varias visitas a centros residenciales por denuncias de personal trabajador por falta o deficiencias de medidas preventivas frente a la Covid-19.

En el periodo de mayo a junio de 2020, con la finalidad de poder abordar los diferentes escenarios en función de la situación pandémica y, en algunos casos, junto con otros departamentos, se organizaron estructuras dirigidas a trabajar en el ámbito sociosanitario:

- Constitución de un grupo de trabajo en el SSL, formado por personal de las áreas técnica y de salud, para dar respuesta al sector sociosanitario.
- Participación en el grupo de trabajo de la Unidad Sociosanitaria⁴:

⁴ Unidad de Ordenación de la Atención Sanitaria en Centros Residenciales Sociosanitarios, constituida en base a la ORDEN FORAL 16/2020, de 18 de abril, de la Consejera de Salud, por la que se nombran coordinadores ejecutivos responsables de la asistencia sanitaria en las residencias, públicas y privadas, de personas mayores de la Comunidad Foral de Navarra, en relación con la enfermedad denominada COVID-19.

En cuanto al personal que trabaja en dichos centros, se dio seguimiento a los profesionales con datos de infección por coronavirus de 60 centros residenciales, estudio de los contactos estrechos y gestión de solicitudes de PCR para personal trabajador cuando fue solicitado por los centros (al inicio de la actividad laboral, reincorporación después de vacaciones o de cambio de zona de trabajo de Covid a No Covid.).

2. Revisión y asesoría de planes de contingencia

El SSL, durante los meses de junio y julio de 2020, colaboró con otras unidades y servicios de los Departamento de Salud y Derechos Sociales, en la revisión y propuesta de mejora de los planes de contingencia elaborados por las residencias y los recursos sociales y sanitarios de Navarra con el objetivo de mejorar la capacidad de respuesta de estos centros ante un posible escenario de rebrote de la COVID-19.

Esta actividad se desarrolló en cumplimiento de la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros sociosanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 y a la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.

Se estudiaron los planes de contingencia de 83 centros. Como resultado de esta revisión, se remitió a la Unidad Sociosanitaria un informe individualizado acorde a la realidad de cada centro. En ellos se recogían aquellas deficiencias o áreas de los planes en las que deberían profundizar, aclarar o mejorar con objeto de evitar la entrada del virus, identificar de forma eficaz aquellos casos de infección activa, estableciendo, además, los mecanismos necesarios para evitar su propagación.

Desde el SSL, las aportaciones se dirigieron fundamentalmente a todas aquellas cuestiones técnicas y sanitarias que pudiesen mejorar la seguridad y la salud de las personas trabajadoras de dichos centros. Para subsanar los aspectos deficitarios detectados por nuestro Servicio, se buscó una mayor implicación de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales que tuvieran contratados cada uno de ellos.

También se incidió en la necesidad de contar con la participación de las personas trabajadoras, tanto para incorporar sus aportaciones como para transmitirles todas las novedades en el conocimiento del virus, las formas de protegerse y los procedimientos a seguir para ello. Esta última parte, entre otras, a través de la formación de la plantilla, del refuerzo y del personal nuevo.

Así mismo, el 20 de junio de 2020 se remitió un correo electrónico a todos los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales que operan en Navarra, invitándoles a desarrollar las tareas que les correspondían en los centros sociosanitarios. Todo ello desde el convencimiento de que unas adecuadas medidas de organización del trabajo, de prevención colectiva y de protección individual de las personas trabajadoras repercutirían en una óptima atención de los usuarios y usuarias, minimizando así el impacto de una posible segunda oleada de la pandemia por COVID-19.

3. Participación en la elaboración y actualización de protocolos y recomendaciones

Una de las características principales de la gestión de la pandemia ha sido la capacidad que se ha desarrollado para gestionar la incertidumbre y la necesidad de ir adaptando las directrices y recomendaciones a una realidad y un conocimiento cambiante.

Desde el inicio se ha participado en la elaboración de protocolos y recomendaciones orientadas específicamente a la prevención de riesgos tanto del personal trabajador como del residente de los centros residenciales sociosanitarios:

Relación de documentación sobre medidas preventivas enviada a empresas, servicios de prevención, organizaciones sindicales, centros de inclusión social.

Fecha	Contenido	Enviado a...	
01/04/2020	Procedimiento de limpieza y desinfección de residencias de mayores y centros sociosanitarios. En colaboración con el Servicio de Sanidad Ambiental.	Empresas de limpieza	25
		SPA	31
		SPP y SPM	46
13/07/2020	Escrito a Servicios de Prevención para colaborar con los centros sociosanitarios en la revisión de los Planes de Contingencia y check-list de apoyo.	Servicios de Prevención	
26/08/2020	Nota aclaratoria sobre utilización de mascarillas en centros sociosanitarios con criterios de utilización de equipos de protección respiratoria.	Residencias de mayores	89
		SPA	31
		SPP y SPM	46
		Personal técnico y sanitario ISPLN	60
19/11/2020	Cambio en las recomendaciones sobre el uso de mascarillas para los trabajadores del ámbito sociosanitario.	Boletín UAS	
04/12/2020	Modificación del estándar de protección respiratoria en centros sociosanitarios.	SPA	31
29/12/2020	Medidas preventivas centros sociosanitarios.	Residencias de mayores	89
09/02/2021	Medidas preventivas esenciales para intentar evitar la propagación de la infección en centros de inclusión social y dependencia (órdenes religiosas o centros de menor tamaño).	Centros de inclusión social	16
		SPA	29
		SPP	7
	Utilización y abastecimiento EPI centros sociosanitarios.		
SPA: Servicio de Prevención Ajeno. SPP: Servicio de Prevención Propio. SPM: Servicio de Prevención Mancomunado			

4. Apoyo, asesoría, comunicación

Otra actuación muy relacionada con el apartado anterior han sido las actividades de asesoramiento continuo en relación a los protocolos, medidas de protección, recomendaciones preventivas e indicaciones de las pruebas diagnósticas, entre otros.

Podemos destacar:

- Por parte de la SVST, resolución de consultas, por vía telefónica o mediante email, sobre dudas presentadas por los profesionales del Área Sanitaria de los SPRL y responsables de los centros

sociosanitarios. Se trataba de dudas relacionadas con el estudio de contactos estrechos, definición de contactos, distancias de seguridad, EPI, aislamiento, cese del mismo, etc. y a la aplicación correcta de los distintos *“Procedimientos de Actuación para los SPRL frente a la Exposición al SARS-COV-2”*, modificados periódicamente desde el Ministerio de Sanidad.

- También se ha realizado asesoramiento a las consultas realizadas por personal trabajador, delegado y delegadas de prevención, etc. La actuación de este Servicio responde a la naturaleza de la consulta realizada, siendo necesario en algunos casos visitas al centro de trabajo, asesoramiento telemático, consultas telefónicas, etc. Estas consultas se realizaron entre julio y diciembre, a través de un buzón de correo electrónico: trabajosegurocoronavirus@navarra.es
- A demanda del Departamento de Derechos Sociales se elaboró un informe sobre las condiciones del Recurso Intermedio habilitado como zona COVID-19 en el centro AMAVIR Argaray. Fecha: 1 de octubre de 2020. Se realizaron 2 visitas al centro. Fechas: 21 y 24 de septiembre de 2020.

5. Visitas a centros sociales residenciales

En el mes de mayo, se comenzaron a realizar visitas presenciales a diferentes centros sociales residenciales de Navarra, motivadas tanto por denuncias del personal trabajador de los centros por falta o deficiencia de medidas preventivas frente a la Covid, como por solicitud de asesoramiento de las empresas responsables o por la aparición de casos de COVID-19 en las residencias.

Inicialmente, se priorizaron las visitas para asesoramiento a centros gestionados por empresas más pequeñas (se consideraba que aquellos centros que eran gestionados por grandes empresas contaban con más medios para la prevención) o a aquellos centros que tenían infección activa entre sus personas residentes o trabajadoras (para asesorar en aquellas medidas encaminadas a la contención del virus).

Posteriormente, en una segunda fase, se visitaron aquellos centros residenciales que no habían tenido casos positivos, para reforzar aquellas medidas encaminadas a evitar la entrada del virus, así como las medidas para gestionar de forma ágil los posibles casos que pudieran tener.

Desde el mes de agosto de 2020 hasta febrero de 2021, profesionales del Departamento de Derechos Sociales, Atención Primaria de Salud y Salud Laboral han realizado visitas presenciales a los centros residenciales para comprobar las medidas preventivas adoptadas.

Durante todo este proceso, ha existido una coordinación entre las diferentes entidades citadas, tanto en lo referente a las medidas recomendadas resultantes de cada una de las visitas, como en los centros residenciales visitados.

El SSL ha visitado un total de 58 centros residenciales (56 residencias de mayores, 1 centro de inclusión social y 1 congregación religiosa). 7 de ellos acompañando al SPA correspondiente.

Además, se realizaron 9 visitas acompañando a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y al Departamento de Derechos Sociales.

Como resultado de estas visitas, se han elaborado y enviado 54 informes indicando las deficiencias detectadas tras la visita, con objeto de conocer las medidas implantadas para evitar la entrada del virus, la gestión de posibles casos de infección activa por COVID-19 así como para evitar su propagación, identificando e informando a los centros de aquellas situaciones susceptibles de mejora.

A lo largo de estos meses, evidenciamos una falta de criterios comunes y una necesidad de priorizar las medidas preventivas, por lo que se elaboró un cuestionario para el personal técnico de este Instituto, que unificaba criterios, con la finalidad de que el resultado de las visitas fuera lo más homogéneo posible.

Así mismo, se evidencia una falta de agilidad en la realización de las visitas (entre otros factores, por el número de centros respecto al personal del ISPLN dedicado a esta labor). Por ello, de forma paralela a las visitas efectuadas a los centros residenciales (y en base a la coordinación ejecutiva de los servicios de prevención), se solicita la colaboración técnica de los Servicios de Prevención Ajenos (SPA) para que visiten aquellos centros residenciales con los que mantienen contrato, indicándoles el uso del listado de comprobación y cuestionario elaborado (Anexo B).

A continuación, se cuantifican las deficiencias más importantes que se detectaron por parte del SSL, desglosadas por grupos:

Área de Actuación	Descripción deficiencia	Nº Recomen daciones
Ventilación	Condiciones de ventilación insuficientes (considerando ventilación como la sustitución del aire interior por exterior o, en caso de imposibilidad de ello, filtración del aire interior).	44
Equipos de protección individual	Detección de equipos de protección inadecuados, insuficientes, o incorrectamente utilizados.	50
Residente	Problemas en la separación de los residentes en unidades reducidas sin contacto entre ellas.	24
Vestuarios, zona descanso y zonas comunes trabajadores	Zonas comunes para personal trabajador inexistentes o inadecuadas y/o falta de medidas que permitan mantener las distancias de seguridad interpersonales en ellas: aforos, organización de turnos para el uso de zonas comunes, zonas de ocupación definidas, etc.	58
Limpieza y desinfección. Productos	Uso de agentes químicos sin eficacia demostrada frente al virus.	43
Procedimientos (limpieza, plan contingencia, decesos)	Falta de procedimientos en relación a diferentes aspectos o deficiencias importantes detectadas en ellos (incluyendo el plan de contingencia de la residencia).	37
Gestión ropa/residuos y cocina	Incorrecta gestión en lo relativo a lavandería, residuos o cocina.	35
Zona aislamiento (Covid y/o aislamiento preventivo)	Deficiencias en lo relativo a las zonas de aislamiento. Incumplimiento de las medidas de aislamiento preventivo tras ingreso al centro, carencias en dichas zonas («circuitos» para acceder a ellas, sectorizaciones, zonas para el cambio de EPI, etc.).	25
Formación / Información	Falta o carencias en la formación y/o información proporcionada al personal. Inexistencia de cartelería sobre medidas a adoptar frente al virus.	13
Visitas, salidas de los residentes, acceso por parte de profesionales externos	Falta de medidas relativas a las condiciones necesarias para el acceso al centro por parte de estos.	38
Desplazamiento hasta el centro de trabajo, acceso y métodos de fichaje utilizados	Falta de instrucciones y medidas preventivas para evitar contagios durante los trayectos hasta el centro o en la entrada y salida de estos.	6
Vigilancia de la Salud en el Trabajo	Carencias en la aplicación de los procedimientos referentes a Vigilancia de la Salud en el Trabajo en los centros sociales de carácter residencial (protocolos de actuación para el personal trabajador sintomático, procedimientos de prueba diagnóstico en el personal trabajador asintomático, búsqueda de contactos estrechos laborales, personal especialmente sensible, etc.).	18

6. Organización y Coordinación

El desarrollo de un programa de este tipo, y dirigido a este sector, implica un gran esfuerzo de coordinación entre agentes muy diversos con objetivos y filosofías de trabajo muy diferente. Se pueden resaltar estos dos aspectos:

a) Organización y Coordinación General

- **Coordinación general.** Participación en la coordinación de la Unidad de Ordenación de la Atención Sanitaria en los centros residenciales sociosanitarios formada por los Departamentos de Derechos Sociales y Salud.
- **Coordinación interna.** Constitución de equipos de trabajo en el Servicio de Salud Laboral (ISPLN) integrados por profesionales técnicos de prevención de riesgos laborales y de medicina del trabajo que han trabajado de forma conjunta y coordinada para dar respuesta a las diferentes actuaciones.

b) Coordinación ejecutiva de los Servicios de Prevención

En el mes de noviembre, y en base a la coordinación ejecutiva de los Servicios de Prevención Ajenos (SPA), se solicita la colaboración técnica a 5 de estos Servicios.

Son seleccionados por tener contratada la prevención de riesgos laborales con un mínimo de 3 centros sociosanitarios. El objetivo es que visiten los centros de su competencia, identifiquen posibles deficiencias en la gestión del riesgo de contagio por COVID-19 y asesoren a los centros en la adopción de medidas preventivas.

Para ello, se les proporcionaron herramientas y asesoría técnica por parte del SSL.

El objetivo era visitar 44 centros sociosanitarios en el plazo de dos semanas. Después de la visita debían remitir, en el plazo de 5 días, un informe tanto a la Sección de Prevención de Riesgos Laborales del ISPLN como a la dirección del centro visitado. Este informe debía contener la situación detectada a nivel preventivo del centro y las mejoras propuestas.

Los informes debían ser revisados por el SSL en el plazo de 5 días tras su recepción y, si se consideraba necesario, se solicitaba al SPA y a la empresa la adopción de medidas preventivas adicionales.

El SPA debía efectuar el seguimiento presencial de las medidas adoptadas tras 15, 30 y 60 días de la visita inicial. A continuación, remitía un informe de la situación al SSL.

A cada Servicio de Prevención APA se le asignaba un técnico de la Sección de Prevención de Riesgos Laborales del ISPLN como referente. Se realizaban una o dos visitas iniciales conjuntas (referente y personal técnico de cada SPA) a centros sociosanitarios para compartir criterios y orientaciones.

El cronograma de las actividades realizadas fue el siguiente:

- Octubre de 2020: diseño del programa y preparación, por personal técnico y sanitario del SSL del ISPLN, de un cuestionario guía para la realización de visitas, así como un documento con los criterios de cumplimentación del cuestionario.
- Reuniones con los responsables de los SPA: 2 reuniones telemáticas (28 de octubre y 4 de noviembre de 2020).

- Reunión telemática con los técnicos que iban a participar (SPA y SPP Presidencia del Gobierno de Navarra) el día 13 de noviembre, para dar a conocer el programa de visitas planteado, cronograma, objetivos, cuestionarios, procedimiento de visitas, etc.
- Realización de visitas conjuntas entre el personal técnico de los SPA y técnicos del ISPLN a 7 centros sociosanitarios.
- Visitas por los técnicos de los SPA a sus centros (noviembre y diciembre 2020) para la revisión de aspectos organizativos y técnicos relacionados con la gestión del riesgo de contagio por COVID- 19, identificación de deficiencias y cumplimentación del cuestionario.
- Envío de cuestionarios cumplimentados al SSL. (Diciembre 2020-enero 2021)

Como se observa en la siguiente tabla, la respuesta por parte de los SPA a los que se solicitó colaboración ha sido dispar. Mientras en alguno de los casos no se ha realizado ninguna de las actividades planteadas, en otros la implicación ha sido mayor. Solamente uno de ellos ha visitado todos sus centros.

Resumen de la participación de los Servicios de Prevención Ajenos:

Servicio de Prevención Ajeno	Nº de Centros sociales Residenciales			
	Asignados	Visitados	Cuestionario cumplimentado	Informe con medidas
ASPY	4	2	2	2
CUALTIS	3	3	3	3
GESINOR	23	13	13	0
PREVING	7	3	1	0
QUIRON	7	0	0	0
Total	44	21	19	5

Se remitieron 19 cuestionarios cumplimentados y 5 informes con medidas correctoras. No se tiene constancia de que se haya realizado seguimiento presencial de las medidas adoptadas.

Por otra parte, el Servicio de Prevención propio del Gobierno de Navarra también ha participado en este programa. Su personal técnico ha visitado los 3 centros sociosanitarios de su competencia (El Vergel, Centro San José y Centro Santo Domingo), han cumplimentado el cuestionario y lo han reportado al SSL. Se constata, así mismo, que han realizado asesoramiento y seguimiento en la adopción de las medidas preventivas necesarias.

7. Colaboración en la investigación de los posibles contactos laborales de los casos de COVID-19 en centros sociosanitarios

Seguimiento de caso y estudios de contactos.

Desde la Sección de Vigilancia de la Salud en el Trabajo (SVST) se ha coordinado la investigación de los posibles contactos laborales de los casos de COVID-19 en centros sociosanitarios.

Esta actuación se puso en marcha en las primeras fases de la pandemia, ya que aparecía como una función encomendada desde el Ministerio de Sanidad en los primeros documentos del "PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES FRENTE A LA EXPOSICIÓN AL SARS-CoV-2". Desde la SVST del SSL se procedió y procedió a hacer una

recogida sistemática de las comunicaciones sobre contactos estrechos laborales de los casos de COVID-19 realizadas por los Servicios de Prevención de Riesgos laborales (SPRL) desde el 15/05/2020.

Para ello, desde la SVST se identificó, de entre los casos con prueba diagnóstica positiva (PCR/Test de antígenos), a las personas que realizaban su actividad en centros sociosanitarios, agrupándolos por centros. Posteriormente, se les asignaba a su respectivo SPRL y se remitía a éste el listado de personas trabajadoras diagnosticadas diariamente.

Del mismo modo, se identificaba a las personas trabajadoras de subcontratas, para poder asignarles un centro de trabajo que nos facilitase la investigación posterior, previo contacto con la subcontrata o persona trabajadora.

De esta manera, se remitían al Responsable sanitario de cada SPRL los casos diarios de sus empresas para que se realizase la investigación de los contactos laborales indicando que, dicho proceso requería una respuesta en 24 horas al correo habilitado: bajasporaislamiento@navarra.es. Dicha investigación se envió al Equipo de Rastreo de Navarra al objeto de su citación y realización de prueba diagnóstica.

Las anteriores actuaciones permitieron una investigación exhaustiva de los contactos laborales, con el objetivo prioritario de detectar los mismos y evitar su propagación entre el personal trabajador y su transmisión posterior a las personas residentes de estos centros.

La respuesta a esta acción por parte de los SPRL ha sido muy desigual. Así, en el periodo de mayo 2020 - enero 2021, se remitieron a los Responsables sanitarios de los SPRL un total de 498 casos para la investigación de contactos laborales. Solamente en 308 casos el SPRL respondió con el estudio de contactos realizado, lo que supone una respuesta del 61,84%, muy inferior a la necesaria y esperada. La respuesta ha sido muy dispar entre los distintos SPRL. Unos han colaborado de forma estrecha y en otros casos la colaboración ha sido inexistente.

Dada la escasa respuesta de los SPA en el estudio de contactos laborales, fue necesaria la asunción de esta tarea por parte del SSL, en colaboración con el equipo de rastreo.

En la entrevista con los casos diagnosticados se recoge información de los casos y de los puntos críticos a nivel preventivo en los centros de trabajo. Incluyen aspectos sobre:

- Puesto de trabajo: descripción de tareas (Área Covid-No Covid), trabajo a turno y modificación, nuevas tareas, antigüedad en el puesto, información formación recibida, fecha del último día de trabajo.
- Tiempo de exposición y distancia interpersonal.
- Posibilidad de coincidir con compañeros/as fuera del horario laboral.
- Enfermedad: fecha PDIA, valor CT, fecha de inicio síntomas.
- EPI: tipo de protección respiratoria y resto de EPI, tipo de EPI que le proporciona la empresa y para cuántos días/horas, modo de empleo, procedimiento de colocación y retirada, medidas de higiene etc.
- Características del centro: zonas comunes habilitadas para los/as trabajadores/as. En qué momentos coincide con otras personas trabajadoras: almuerzo, zonas de descanso, vestuarios, etc. Características de los espacios: dimensiones, ventilación, aforo. Cumplimiento de medidas preventivas (si existen).
- Transporte al centro: medio de transporte al centro si comparten vehículo, uso de transporte público.
- Vacunación: fecha y número de dosis de vacunación en personas usuarias y trabajadoras.

IV. RESULTADOS Y HALLAZGOS MÁS RELEVANTES

1. Estudio y propuestas de mejora a los planes de contingencia

Las deficiencias más comunes que, por parte del SSL, se detectaron en la revisión de los planes de contingencia de los centros sociales residenciales fueron (apartado II, punto 2):

- a) La definición de los planes de contingencia de cada centro no contó con la colaboración de los Servicios de Prevención, probablemente porque en los criterios aprobados para su elaboración y definidos en la orden ministerial del Ministerio de Sanidad, no se vinculaba a la prevención de riesgos y por tanto los SPA consideraron que esta actividad no era una competencia propia sino de los Servicios de Salud Pública.
- b) En la relación de recursos humanos disponibles:
 - Falta de concreción del personal sustituto que se destinaría en caso de aparición de casos con objeto de formarlo.
 - Falta de un plan de continuidad de la actividad ante posibles bajas del personal o sobrecarga de trabajo que contenga, como mínimo, el procedimiento de selección y contratación y el plan de acogida del nuevo personal.
- c) Falta de una relación de equipos de protección individual (EPI) y productos sanitarios (PS) disponibles y de una estimación de las necesidades en un escenario de aumento acusado del número de casos. En las aportaciones se proporcionan desde el SSL unas recomendaciones sobre los tipos de EPI o PS con objeto de orientarles en dicha estimación.
- d) Falta de mención a procedimientos de limpieza, gestión de ropa, gestión de residuos, medidas de higiene personal, medidas organizativas frente a la COVID-19.
- e) En muchos de los planes no se especifican los productos de higiene de manos ni los de desinfección o, si los especifican, no suelen formar parte del listado de los virucidas autorizados por el Ministerio de Sanidad.
- f) Ausencia de instrucciones o actuaciones en todo lo relativo a la ventilación del centro.
- g) Falta de habilitación de una zona destinada como posible zona de aislamiento y de las zonas y circuitos adicionales (colocación y retirada de EPI, circuitos de “sucio” y “limpio”) así como su concreción en plano.
- h) Carencia en evaluaciones del personal especialmente sensible, protocolos de actuación ante un caso, protocolos ante personas trabajadoras sintomáticas, personas trabajadoras que hayan entrado en contacto con casos, procedimientos de realización de pruebas.

Muchas de las residencias no realizaron modificaciones en sus planes, al menos de forma escrita.

El SSL solicitó a los SPA la revisión de los planes de contingencia de los centros residenciales con quienes tienen contratada la prevención de riesgos laborales. No hay constancia de que los SPA realizaran dicha revisión.

2. Aplicación de los planes, organización, seguridad e infraestructuras

Las visitas físicas que se han realizado a los centros han tenido especial relevancia a la hora de poder constatar la realidad de las residencias.

Seguidamente se describen los aspectos más relevantes detectados en base a lo ya indicado en la tabla del apartado III.5:

a) Ventilación. Aun cuando ya había indicios desde mayo-junio de que la transmisión por aerosoles podía ser un aspecto clave en la pandemia, no se le ha dado relevancia alguna hasta final de año.

Aceptada la transmisión aérea del virus, se debe incidir en la ventilación de los centros, tanto para la protección de las personas residentes como del personal trabajador de estos (tomando ventilación como sustitución del aire interior por aire exterior o, en caso de imposibilidad de ello, filtración del aire interior).

La ventilación es insuficiente o nula en la mayor parte de las residencias. En días con una temperatura exterior más cálida, se ha ventilado algo (en algunos centros) y se han realizado algunas actividades en el exterior; con la llegada del invierno, dicha ventilación tiende a ser nula. Parte de las residencias son edificios antiguos y carecen de ventilación forzada, por lo que no existe un sistema que permita introducir aire limpio exterior de forma controlada.

b) Infraestructuras generales de los centros. Las residencias son espacios cuyas infraestructuras no son siempre adecuadas para contener un virus de estas características. Su infraestructura, en muchos casos, ha facilitado la difusión de la enfermedad por el uso compartido y continuado de espacios:

- Existe un elevado número de residencias con la mayoría de las habitaciones de uso compartido o con habitaciones de uso individual, pero con baño compartido.
- Son muy habituales las salas de uso común en las cuales las personas residentes permanecen muchas horas, a poca distancia y en las que son muy frecuentes los problemas de ventilación.
- Como explicamos de manera más precisa en el apartado siguiente de «residentes» (punto 3), en diferentes residencias existen dificultades arquitectónicas para sectorizar, separar la circulación de las personas usuarias y trabajadoras y/o aislar a las personas residentes enfermas o definidas como contactos.
- Las normas que regulan la creación y funcionamiento de los centros no preveían un uso o unas capacidades sanitarias avanzadas (ej. habitaciones con presión negativa, etc.), zonas sectorizadas para aislamientos, etc.
- Existen centros que no disponen de espacios adecuados y seguros para aquellas situaciones en las cuales la persona aislada es «errante» (residentes de centros sociales propensos a deambular con problemas de trastornos neurocognitivo, demencia, alzheimer o desorientación, y con alto riesgo de fuga). Tampoco se han tenido en cuenta los requisitos específicos en estos casos, que suponen un desafío organizativo.
- No se dispone de instalaciones que puedan organizarse de forma que se establezcan circuitos de “limpio” y “sucio” (cuando existe un único ascensor, por ejemplo). El personal que atiende a casos positivos, su ropa, la vajilla usada, la ropa de trabajo procedente de una zona de aislamiento, los residuos, etc. utilizan los mismos circuitos que el resto.

Los procedimientos de aislamiento que se han establecido por parte de la administración no parecen poder cumplirse en ciertas residencias. Se requieren aislamientos preventivos por varios motivos

(síntomas, vuelta tras ingreso hospitalario, vuelta al centro tras periodo navidades, etc.) y algunas de las residencias disponen únicamente de una habitación para todos estos supuestos, dado que el resto de las habitaciones son dobles, o bien, aunque sean individuales, no están previstas ni preparadas para este tipo de aislamientos. En las visitas realizadas, se ha podido constatar que no todas las residencias daban cumplimiento a estas cuarentenas.

En algunos de los planes de contingencia revisados, estos ya reflejaban que el centro no contaba más que con unas plazas muy limitadas para hacer frente a todos los casos de aislamiento que pudieran surgir. Así, por ejemplo, una residencia de mayores describía este problema en su plan de contingencia (junio): *«se han dispuesto 2 habitaciones sin ocupar. En el caso de ocupar la totalidad de dichas plazas, el centro no puede garantizar la correcta separación de las distintas zonas, y por lo tanto la propagación del virus y el adecuado cuidado de los residentes, por lo que se solicitará la derivación de residentes a un recurso alternativo más preparado para su tratamiento y alojamiento»*.

También se han detectado residencias que, disponiendo de instalaciones con características adecuadas, no han establecido las medidas o estas han sido insuficientes (en lo relativo a sectorizaciones, división de los residentes en zonas comunes, «errantes», circuitos de «limpio y sucio», etc.).

c) Residente. Burbujas y unidades de convivencia. Entendiendo estas como unidades reducidas de residentes definidas para convivir únicamente con los miembros de su grupo. Esta segregación se debe establecer de tal forma que cada grupo sea totalmente independiente del resto de grupos, habilitando para ello zonas para cada unidad. Sin embargo, en las visitas se ha detectado que :

- En la mayoría de los centros, las instalaciones carecen de sectorizaciones que faciliten el establecimiento de unidades diferenciadas. En muchos casos, tampoco disponen de espacios suficientes para separar estas unidades (comedores, salas comunes, etc.).
- En otros centros, disponiendo de zonas en las cuales sí podrían ubicarse los residentes por unidades, la dirección del centro indicaba que era imposible esa separación, puesto que para ello sería necesario disponer de más personal.
- Algunos centros, donde sí se organizaron por unidades, mezclaban a las personas residentes para ciertas actividades (talleres, rehabilitación, comedores conjuntos), por tanto, estas dejaban de ser estancas. En algunos casos, esta problemática podría haberse solucionado dividiendo los espacios mediante tabiquería y puertas, u organizando turnos para cada unidad, limpiando y ventilando entre cada turno, pero no se hizo (necesidad de obras y falta de personal).
- En todos los centros existen unos puestos de trabajo (enfermería, médico, fisioterapeuta, etc.) que son comunes a todos los grupos de convivencia, por lo que la «estanqueidad» de los grupos siempre se «rompe».
- Existen centros con matrimonios o parejas que, perteneciendo a diferente unidad convivencial por su perfil, se juntan.
- Falta de registro para obtener trazabilidad de contactos (personal, residentes, visitantes). En ciertos centros (gran tamaño, inclusión social), con residentes autónomos que se desplazan a salas de actos, de estar, de TV, biblioteca, etc. libremente, la falta de registro dificulta posteriormente el rastreo de contactos estrechos.

Esta falta de reorganización en unidades estancas ha sido una de las principales causas por las que las residencias han sufrido brotes masivos, afectando a un elevado porcentaje de residentes del centro, una vez que alguna persona residente y/o trabajadora resulta contagiada.

d) Vestuarios, zona descanso y zonas comunes del personal trabajador:

Vestuarios:

Los vestuarios de muchos centros no reúnen las condiciones mínimas establecidas en la normativa de prevención R.D. 486/1997, entre otros. Si bien es una carencia previa al escenario de la pandemia, la COVID-19 ha evidenciado que las zonas destinadas a vestuarios no eran en muchos casos adecuadas. Las carencias más comunes que se han constatado en las visitas son:

- Vestuarios muy pequeños en relación al número de persona trabajadoras.
- Falta de taquillas para todo el personal.
- Taquillas situadas fuera de los vestuarios (ejemplo: en pasillos) por no disponer estos de espacio.
- Vestuarios sin o con escasa ventilación.
- En ocasiones se han destinado espacios alternativos para descongestionar los vestuarios, pero estos lugares no reunían las condiciones mínimas para ello (no disponían de agua corriente, ni de aseos, etc.).

Zonas comunes:

- En algunas residencias no existen zonas exclusivas para el personal, por lo que el contacto entre las personas trabajadoras y residentes es máximo (se utilizan las salas comunes de las personas residentes para los descansos y las comidas, por ejemplo).
- En varias residencias no se han establecido medidas organizativas para minimizar el número de personas trabajadoras presentes simultáneamente en dichos espacios (establecimiento de turnos, distribución y señalización de sillas, supervisión por parte de responsable, etc.).
- En situación de casos COVID, estas zonas comunes se han compartido entre personal que accede a dicha zona y el que no, al no disponer de vestuarios, salas de descanso y/o aseos suficientes.
- El personal se reúne para fumar y no se han establecido medidas para evitar que ello se realice en grupo, sin mantener distancias, etc.-

Las residencias no han sido conscientes de la importancia de regular y organizar adecuadamente estos momentos, que han podido ser críticos en los contagios entre el personal (distancia cercana, nula o insuficiente ventilación, retirada de la mascarilla, etc.).

Los nuevos conceptos de residencias inspirados en “*cohousing*”, que disponen de lugares comunes para residentes (comedores, salas de estar, biblioteca, etc.), son tan susceptibles o más (dada la autonomía de las personas residentes) a la expansión del virus. Además, en estos centros no se han concebido (en el propio diseño de este) espacios para personas trabajadoras (vestuarios, salas de descanso, etc.). Por lo tanto, en época de pandemia, se han improvisado lugares para ello (vestuarios temporales en los propios almacenes de ropa limpia, etc.).

e) Limpieza y desinfección. Productos. Muchos productos de limpieza utilizados (tanto de manos como de superficies) no tienen demostrada su eficacia frente al virus. Aun cuando se dispone de listados oficiales de estos (productos virucidas autorizados en España o biocidas de eficacia viricida) en los centros se han seguido utilizando mezclas cuya eficacia frente al virus se desconoce.

Esta situación pone en evidencia la falta de apoyo técnico en la compra de material a los responsables de esta tarea en los centros residenciales.

f) Gestión ropa/residuos y cocina. Con respecto a la gestión del lavado de ropa, en algunas residencias esta ya era deficiente antes de la pandemia.

En varias residencias, el centro no se responsabilizaba del lavado de ropa del personal trabajador. Incluso centros grandes, con lavandería propia, lavaban únicamente los uniformes de personas trabajadoras ante casos concretos de accidente biológico (vómitos etc.). Es el propio personal el que debía llevarlo a su casa para su lavado.

La gestión por parte de la empresa de esta ropa, en algunas residencias, ha sido una medida implantada a raíz de la pandemia (cuando en base al RD 664/1997, es obligación de la empresa el lavado de ropa de los trabajadores) con las dificultades que ello ha conllevado.

Se detectó que en muchas de ellas no se aplicaban las recomendaciones en la zona de lavandería. No se lava a 60º, no se utilizan bolsas hidrosolubles para evitar abrir las bolsas, no se utilizan las bolsas de color diferente para identificarlas como zona COVID, y como se ha comentado, en ocasiones aún el personal se lava la ropa en casa, etc.

Así mismo, y como norma general, las residencias desconocen que los residuos procedentes de la atención a pacientes que puedan contener secreciones respiratorias o líquidos biológicos deben ser considerados residuos de Clase III. Por lo tanto, deberán ser eliminados como residuos biosanitarios especiales. En la gran mayoría de las residencias estos se han segregado en el origen, pero el destino final ha sido como residuo urbano.

g) Zona aislamiento (COVID y /o aislamiento preventivo). Se han detectado importantes carencias al respecto y se han propuesto medidas relativas a la organización de las zonas de aislamiento (desde el incumplimiento de las medidas de aislamiento preventivo tras regresar un residente al centro, hasta las divisiones de las zonas de aislamiento, "circuitos para acceder a ellas, etc.).

Las instituciones públicas responsables no establecieron un listado de residencias aptas y no aptas para disponer de zona COVID en el supuesto de casos. Llegado el COVID, todas han tenido que ser aptas.

- La factibilidad de organizar una zona COVID con ciertas garantías depende de las características concretas de cada instalación. Hay muchas residencias que no están preparadas, estructuralmente, para albergar una zona COVID.
- En la mayor parte de los centros, sobre todo en la primera ola, que estaban al 100% de su capacidad, fue difícil (más bien imposible), poder disponer de una zona reservada para aislamiento preventivo o infección activa. En el momento en el que el centro debía gestionar estos casos con recursos propios, era necesario efectuar traslados de residentes de forma urgente, limpiar habitaciones, trasladar enseres personales, etc., con lo que esto supone, razón por la cual estas medidas tardaron en implementarse.
- El traslado de los casos al Recurso Intermedio no ha estado siempre vinculado a las características de las residencias. Al tratarse de un recurso limitado, en caso de residencias con brotes importantes (aun cuando no reunían las condiciones para albergar una zona COVID con garantías), han tenido que acomodar sus instalaciones a tal fin.
- Falta de previsión ante posibles casos de positivos o brotes masivos. La mayoría de las residencias no contemplaban que pudiera haber un brote masivo y tuvieron que gestionar los casos internamente. Cuando ese brote masivo ocurrió, todo se hizo a posteriori, «a salto de mata», trasladando residentes, cerrando espacios como se pudo, etc. pero sin ningún tipo de planificación y preparación previa.

- Los planes de contingencia no contemplaban las actuaciones ante los diferentes escenarios, la reserva de un número suficiente de habitaciones disponibles para su uso inmediato en caso de necesidad de aislamiento, los accesos y servicios adecuados para poder sectorizar y aislar la “zona sucia”.
- Residentes «errantes». No se ha contemplado la actuación en estos casos, con los problemas derivados de que uno de ellos fuera un caso positivo o tuviera que estar en aislamiento preventivo.

No se han establecido unos requisitos mínimos para abordar con garantías la sectorización y separación de las zonas de aislamiento. Estas deficiencias se han paliado con ayudas directas al centro en caso de brote.

3. Equipos de protección individual

Existen evidencias de que la protección respiratoria es de gran importancia, sobre todo en lugares cerrados y coincidencia con otras personas, por lo que es vital que estos equipos de protección ofrezcan garantías. A ello se le ha dedicado mucho esfuerzo y tiempo. En un primer momento, por su escasez generalizada y, a partir de mayo, para lograr tener suministros adecuados y con productos homologados.

En casi la totalidad de los centros visitados (50), se constata que los equipos de protección respiratoria (tanto EPI como productos sanitarios) no eran adecuados y que no ofrecían garantías suficientes de protección frente a la inhalación de aerosoles.

Entre las deficiencias detectadas, podemos destacar:

- Mascarillas que filtran menos partículas de lo que estipula la normativa.
- Mascarillas sin certificación (ISO, EN, etc.), por lo que no ofrecen garantías de que la filtración que anuncian sea real.
- Mascarillas con documentación falsa (pruebas de laboratorio falsificadas, por ejemplo), por lo que se desconoce su filtración real.

Las causas por las cuales se han utilizado tantas mascarillas inadecuadas son diversas:

- Tras la primera «ola» se comercializó un volumen muy elevado de mascarillas fraudulentas. Y en algunos casos no es sencillo detectarlas. Se ha echado en falta una mayor información institucional sobre la existencia de un elevado número de mascarillas falsas, así como los medios para poder identificarlas.
- Muchos centros, fundamentalmente los que fueron afectados en la primera ola, recibieron gran cantidad de mascarillas fruto de donaciones. Parte de dichas mascarillas se conservaron como stock, utilizándose posteriormente. En las visitas a las residencias comprobamos que la gran mayoría de este material era fraudulento. Respecto a las donaciones, no solo recibieron mascarillas, también batas, guantes, pantallas faciales, etc.
- Los centros de trabajo no disponen de un protocolo de adquisición de EPI y producto sanitario, en el que se definan los requisitos que debe cumplir cada equipo y se designe a una persona cualificada para su adquisición, revisión y verificación (Servicio de Prevención, por ejemplo).
- Las personas que adquieren dichos productos son en su mayor parte el propio personal de dirección del centro que, de forma general, desconoce la legislación y normas que deben cumplir estos.

- En centros de mayor tamaño o grupos de empresas grandes la compra se realiza a través de la unidad correspondiente, pero no se constata que haya comunicación con su Servicio de Prevención para que verifique la eficacia de ese material.
- No están definidos los EPI que tienen que utilizar las personas trabajadoras externas (peluquera, podólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, etc.) y no hay una supervisión, en ocasiones ni siquiera un conocimiento por parte de la residencia, de qué EPI están utilizando estas personas trabajadoras externas. Además, en algunos casos, dicho personal realiza tareas en dos o más residencias, por lo que puede convertirse en un vector de contagio.

En aquellos casos en los que fuese detectado un brote en un centro social residencial, estaba previsto que parte del material de protección se suministrara a través del Departamento de Derechos Sociales. Dentro del plan de contingencia de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas ante la pandemia de COVID 19, existe un apartado que indica que, desde el 1 de julio del 2020 *«el suministro de los equipos de protección necesarios para la atención de casos sospechosos o la atención de casos COVID-19 y/o aislamientos dentro de la residencia, se realizará por parte del Departamento de Derechos Sociales»*. También recoge que las residencias deberían contar con un stock de material de protección para 1 mes.

A pesar de la indicación del Departamento de Derechos Sociales, en ciertos brotes se ha evidenciado la falta de provisión de los EPI necesarios para atender los casos COVID.

Una medida que hubiera mejorado tanto la calidad de los productos adquiridos, como la eficiencia en su compra y gestión, hubiera sido la compra centralizada de material para los centros residenciales.

Con la intención de solventar las deficiencias observadas, desde el SSL, se elaboraron listados de proveedores «seguros» tras el análisis de los materiales ofertados por los distintos proveedores. En el boletín emitido por la Unidad Sociosanitaria, del 22 de octubre, se dio a conocer un listado con varios proveedores para que las residencias pudieran realizar sus compras.

4. Organización y gestión de los recursos humanos. Personal cuidador

El colectivo con mayor contacto con los residentes en los centros son el personal cuidador (término que englobaría a gerocultoras, ayudantes de geriatría, y similares); personal mayormente femenino y con un porcentaje importante de personas extranjeras.

Para poder asumir los cambios organizativos (diferentes turnos de comedor, atención a unidades convivenciales, movimiento de residentes para reorganizar las unidades, entrada y salida escalonada, etc.), en la mayor parte de los casos se requiere incremento de plantillas.

Además, ante la pandemia, el personal ha debido realizar una serie de tareas adicionales (colocación y retirada de EPI con más frecuencia, traslado de residentes mediante un único ascensor, tareas de limpieza y desinfección) a las habituales.

En general, no ha habido control sobre las medidas preventivas adoptadas por el personal externo al centro (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, técnicos SPA, etc.). Este personal trabaja en distintos centros residenciales, lo que ha supuesto un riesgo añadido para la propagación de la enfermedad.

La pandemia ha conllevado una alta rotación de profesionales en los centros residenciales y la necesidad de contratar a personas sin experiencia ni formación en el entorno, la atención a población usuaria y los procedimientos seguros. La escasez de personal ha provocado que personas de la plantilla con síntomas de infección siguieran realizando su actividad laboral. En ocasiones, a pesar de haber comunicado la existencia de síntomas, no se les retiró de su puesto de trabajo.

En entrevistas con personas trabajadoras, se ha evidenciado una importante carga emocional. Nos han transmitido situaciones de altísimo estrés que han dejado un importante impacto psicológico en el personal. Se ha evidenciado también una falta de atención a los riesgos psicosociales de las plantillas.

Personas de las diferentes direcciones de los centros nos han transmitido su soledad al abordar los problemas que el virus ha generado, actuando en ocasiones sin tener ningún criterio para ello. Han evidenciado la ausencia y falta de asesoría por parte de los SPA que contratan para la prevención de riesgos laborales. Esta ausencia ha sido más llamativa en la primera fase de la pandemia.

En las zonas comunes y áreas de descanso, donde se relajan la adopción de medidas preventivas (distancia, ventilación, protección respiratoria etc.), es donde con frecuencia se han producido contagios entre personas trabajadoras. El traslado al centro de trabajo (compartir vehículo) también ha sido un punto crítico en la transmisión del virus entre las plantillas.

En relación a la formación/información de las plantillas podemos afirmar que ha sido muy deficiente.

En el caso de la información, en pocas ocasiones el personal tenía información completa y actualizada de los planes de contingencia del centro, ni había participado en su elaboración.

Falta de formación e información adecuada, continua, y actualizándola según cambian los conocimientos sobre el virus y los procedimientos seguros para minimizar posibles exposiciones.

5. Vigilancia de la Salud en el Trabajo

En este apartado se recogen las deficiencias observadas en relación con: protocolos de actuación para el personal trabajador sintomático, procedimientos de pruebas diagnósticas en el personal trabajador asintomático, búsqueda de contactos estrechos laborales y actuaciones específicas ante personal especialmente sensible.

A destacar:

- No existe un canal de comunicación fluido, ágil y eficaz entre las empresas y los SPRL.
- La falta de personal de los SPRL en los centros se manifiesta en la ausencia de investigación por parte de los SPRL en muchos de los casos de contagios y brotes masivos, así como en la nula propuesta de medidas correctoras.
- Deficiencias en la aplicación del protocolo a trabajadores sintomáticos. Un porcentaje elevado de personas trabajadoras PDIA+ han trabajado con síntomas previamente a conocer el resultado de la prueba, lo que ha supuesto un vector de transmisión del virus.

V. ALGUNOS DATOS. CRIBADOS PERIÓDICOS Y SEPROSANA

1. Realización de cribados quincenales en trabajadores de los centros sociales residenciales de Navarra. Papel del SSL

En diciembre de 2020, el Departamento de Salud planteó, dentro de la Estrategia frente a la COVID en los centros sociosanitarios, la realización de cribados quincenales entre las personas trabajadoras de los centros residenciales de Navarra. El objetivo era evitar la entrada a través de los vectores (personas trabajadoras) de la COVID-19 durante la tercera onda de la pandemia y mientras se desarrollaba la campaña de vacunación de residentes y personal trabajador de los centros.

Esta actuación implicó la coordinación del SNS-O, de la UAS y del propio SSL. Aunque también era necesario coordinarse con los responsables de área de Estella y Tudela, con el servicio de aprovisionamiento de Atención Primaria y, por supuesto, con cada una de las residencias participantes que alcanzaban un total de 89 centros y una previsión de unas 5.500 personas trabajadoras.

La población trabajadora a la que se dirige el cribado, no son solamente aquellos que realizan tareas de atención directa con las personas residentes, sino que incluye también aquellos profesionales de otras empresas que entran en la residencia - aunque sea de un modo ocasional- para trabajar en ella y puedan actuar como vector de transmisión (peluqueros, podólogos, sacerdotes y personal de empresas de limpieza o elaboración de comidas y restauración que trabajen en la residencia).

Resultados cribados periódicos personal trabajador.

- Hasta esta fecha, se han realizado 12.068 pruebas de PCR a 4.986 personas trabajadoras de residencias
- El 86,5% de ellas eran mujeres.
- En promedio se han realizado 2.4 pruebas por persona.
- Para todo el periodo se han detectado un 0,4% de pruebas positivas. (52 casos)

Nº Pruebas	Hombres		Mujeres		Total	
	Personas	Pruebas	Personas	Pruebas	Personas	Pruebas
1	141	141	800	800	941	941
2	197	394	1.420	2.840	1.617	3.234
3	231	693	1.602	4.806	1.833	5.499
4 o más	104	418	491	1.976	595	2.394
Total	673	1.646	4.313	10.422	4.986	12.068
Porcentaje x sexo	13,5%	13,6%	86,5%	86,4%		
promedio pruebas/persona	2,4		2,4		2,4	
Positivos		8		44		52
% pruebas positivas		0,5%		0,4%		0,4%

2. Resultados SEPROSANA

Los resultados del estudio de anticuerpos (Elisa) en el personal de residencias da los siguientes resultados:

1. Fase I.

- Número de pruebas: 2.903
- 89,1% mujeres
- % de positivos a anticuerpos totales: 23,7%
 - Varones: 20,0%
 - Mujeres: 24,2%

2. Fase II

- Número de pruebas: 2.220
- 88,2% de mujeres
- % de positivos a anticuerpos totales: 35,0%
 - Varones: 31,3%
 - Mujeres: 35,4%

3. Total ambas fases. Personas trabajadoras

- Participaron un total de 4.667 personas
- 88,3% de mujeres
- El 21,4% dieron positivo en alguna de las dos pruebas
 - Varones: 18,5%
 - Mujeres: 21,4%

En base a estos números, y si estimamos en unos 5.500 el número de personas que trabajan el ámbito social de Navarra al que se dirigió el estudio serológico de anticuerpos, tendríamos que aproximadamente el 85% de profesionales se realizaron la prueba.

Por último, destacar la alta prevalencia de positivos, que prácticamente duplica la prevalencia de la población general.

VI. CONCLUSIONES

1. Generales

Para entender el alto impacto de la COVID-19 en los centros sociales residenciales y más en concreto en las residencias de personas mayores, es necesario conocer algunas de las características fundamentales de este tipo de centros.

Por un lado, hay que destacar que estamos hablando de centros que tienen la consideración de domicilio para las personas que viven en ellos.

No obstante, un alto porcentaje de las personas mayores son dependientes o en riesgo de ser dependiente. Estas personas son las que tienen una mayor carga de comorbilidad y enfermedades crónicas y, por lo tanto, son más vulnerables y tienen más riesgo en caso de contagio.

También es necesario valorar que el sector de cuidados residenciales es altamente heterogéneo y diverso; la titularidad de las residencias, pública y privada (mercantiles o sin ánimo de lucro), la financiación de las plazas (pública o privada), los índices de cobertura y ocupación, el tamaño, la ubicación (rural vs urbano), el tipo de instalaciones, las características de las habitaciones, la capacidad para sectorizar y aislar, el grado de atención sanitaria que se provee, la profesionalidad de la gestión, etc. Tales diferencias resultan capitales de cara a la planificación de la respuesta a crisis sanitarias o de otro tipo.

Población muy vulnerable y un sector muy diverso y heterogéneo

A la vista de este complejo escenario, hay que destacar la importancia del esfuerzo de coordinación que ha supuesto y supone desarrollar las actividades que se han descrito en esta memoria.

El trabajo realizado por el SSL ha podido ser desarrollado en el marco de trabajo del Departamento de Salud, destacando la Unidad de Atención Sociosanitaria de la Gerencia de Atención Primaria, de las Subdirecciones de Asistencia Sanitaria Integrada y de Sistemas y Tecnologías para la Salud del SNS-O, de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas y el conjunto del Departamento de Derechos Sociales, del Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria y la Gerencia del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

Importante esfuerzo de coordinación entre los diferentes ámbitos de los servicios sociales y de los de salud

2. Organización y coordinación

A pesar de todo el esfuerzo de coordinación de los diferentes agentes, se han detectado algunas áreas de mejora:

- El programa se ha centrado en los centros sociales residenciales de personas mayores, actuando de forma esporádica y puntual en algún otro tipo de centros (Centro de Inclusión Social). Otro tipo de centros, con necesidades similares, como los de congregaciones religiosas o inclusión social, se han quedado fuera de las actividades del SSL.

- Dentro de la situación de incertidumbre general, ha sido complicado transmitir a las direcciones de los centros mensajes y procedimientos de forma ágil y sin contradicciones en relación con grupos burbuja, circuitos limpio-sucio, espacios utilizados para separar residentes, para hacer frente a brotes covid, etc.
- Ha habido dificultad a la hora de incorporar criterios de protección de salud laboral, orientados a la protección del personal; EPI de protección respiratoria, elementos para frenar la transmisión del virus, ventilación, etc. Destaca el tema de la protección respiratoria, pues a pesar de que la evidencia disponible indicaba que las mascarillas FFP2 en residencias permitían una mayor protección, se tardó en alcanzar un acuerdo para su utilización de forma sistemática. Resaltar la alta seroprevalencia de anticuerpos (enfermedad) encontrada en el estudio SEPROSANA en los profesionales que trabajan en estos centros.
- Ausencia de algún tipo de instancia, que fuera capaz de seguir y hacer cumplir los protocolos y medidas acordadas. Medidas correctoras de planes de contingencia, retirada de equipamiento no seguro y/o fraudulento (mascarillas, por ejemplo), incumplimiento de medidas preventivas en el aislamiento de profesionales, etc.

3. Modelo residencial. Infraestructuras y planes de contingencia

Tal como se ha comentado, el modelo residencial es altamente heterogéneo y diverso, con unas situaciones de partida, organizativas y estructurales muy variadas, que han favorecido que su capacidad de respuesta y adaptación a la situación de pandemia hayan sido muy diferentes.

Un segundo elemento a tener en cuenta es que un alto porcentaje de las personas que viven en estos centros tienen edades elevadas, con multimorbilidad y extrema fragilidad.

Actualmente, en el Estado español, la media de edad de las personas usuarias de servicios residenciales es de 84,3 años, y de media, el 77,4% de las personas ingresadas son dependientes, en un grado de dependencia en un rango que oscila desde el 39,34% al 98,25% en algunas residencias.

Esto provoca que la población residencial sea especialmente susceptible a complicaciones graves y elevada mortalidad por la COVID-19, pues, como muchas otras enfermedades, esta infección ha golpeado principalmente a las personas mayores.

Teniendo en cuenta estos aspectos nos encontramos con:

- Este modelo organizativo residencial previo ha influido en la definición y adaptación real de los centros y sus planes de contingencia. En muchos casos las deficiencias que se encontraban eran estructurales (ventilación nula o escasa, falta de espacios físicos, circuitos limpios/sucio, espacios aislamiento covid, espacios para el personal trabajador inexistentes o insuficientes, necesidades de los «errantes», etc.), que eran o han sido muy difíciles de resolver.
- Tal y como se ha comentado, el modelo residencial es altamente heterogéneo y diverso, con situaciones de partida, organizativas y estructurales muy variadas, lo que ha favorecido que su capacidad de respuesta y adaptación a la situación de pandemia, haya sido muy diferente.
- El que previamente no se hubiera desarrollado un modelo de unidades de convivencia y, teniendo en cuenta la extrema vulnerabilidad de las personas residentes de estos centros, es un elemento que ha favorecido que, una vez que la infección entraba en el centro, esta se transmitiera de forma intensa.
- También la escasez de personal formado y con ratios de plantilla muy ajustados, son elementos que dificultan modelos convivenciales.

- Desconociendo los medios económicos de los que disponen las residencias, no parece que hayan invertido todos sus esfuerzos en implantar las medidas necesarias. Por desgracia, muchas veces nos hemos encontrado con respuestas del tipo «no se puede», cuando eran medidas que, con una inversión menor o poco más personal, parecían factibles.
- Sería necesario clarificar los criterios para la utilización de los recursos intermedios. También analizar cada uno de los centros residenciales y determinar aquellos que, por sus características estructurales, no puedan disponer de una adecuada zona COVID (no disponen de plazas libres para gestionar los casos, habitaciones no individuales, falta de espacios para ubicar la zona de colocación/retirada segura de EPI, acceso único, etc.).

4. Servicios de Prevención

Otro de los problemas al que nos hemos enfrentado como SSL ha sido lo que consideramos baja implicación de muchos de los SPRL en la puesta en marcha de las distintas acciones propuestas desde el ISPLN. Esta falta de presencia en las residencias ha sido extensible tanto a la parte técnica como a la sanitaria y puede haber sido motivada por:

- En la primera fase de la pandemia, los SPRL optaron por el teletrabajo lo que no hizo posible el trabajo sobre el terreno.
- Residencias con Servicios de Prevención Propio o Mancomunado con profesionales en otras comunidades autónomas sin presencia física en los centros de Navarra
- También se ha podido detectar algunas reticencias por parte de las direcciones de los centros a colaborar con los SPRL, por las implicaciones económicas que pudieran derivarse de sus actuaciones y medidas a incorporar.

Todo ello nos permite concluir que existen varias áreas de mejora en relación con la función de los SPRL:

- Mayor compromiso y asunción de competencias y actuaciones ante la situación de pandemia de la empresa o entidad gestora de la residencia.
- Proporcionar desde los SPRL instrucciones adecuadas de actuación a los responsables de los centros sociosanitarios, independientemente del tipo de modalidad organizativa de la empresa: SPA o SPM. Por el contrario, destaca el Servicio de Prevención de las residencias públicas que si se implicaron y realizaron acciones adecuadas.
- Impulsar la instauración de medidas eficaces frente al virus (grupos convivenciales, medidas para impedir la transmisión por aerosoles, EPI adecuados, planificar actuaciones ante brotes, formaciones adecuadas, etc.) y seguimiento de las medidas correctoras propuestas.
- Asumir por el SPRL las funciones propias de vigilancia de la salud de los y las trabajadoras: identificación de contactos estrechos en el ámbito laboral, vigilancia de la salud de especialmente sensibles, identificación de personal contagiado en su actividad laboral, etc.

5. Material de protección

A destacar que el SSL ha desarrollado una importante labor de investigación al respecto de la identificación de mascarillas no adecuadas, y con objeto de controlar los circuitos por los que los centros residenciales reciben los EPI.

La dispersión en la provisión y adquisición de productos, a través de múltiples fuentes (en muchos casos no verificables), ha provocado que un porcentaje importante de residencias estuviera utilizando materiales de protección (principalmente respiratoria) no seguros.

Fue positivo el trabajo con el Departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra, a la hora de informar sobre suministradores adecuados y controlar la validez de todos los EPI que adquiere el Departamento para su distribución a las residencias.

También fue efectivo el trabajo con Patrimonio del Gobierno de Navarra, dado que adquieren EPI. Estos agradecieron la colaboración y expresaron la dificultad que habían experimentado para adquirir el material con las correspondientes certificaciones, sobre todo en los meses iniciales de la pandemia. Actualmente suministran al SSL (ISPLN) la información solicitada y remiten la documentación ante compras futuras.

6. Recursos humanos y personal cuidador

Además del impacto en las personas mayores residentes, el virus ha afectado de forma importante al personal trabajador de las residencias, tal y como demuestran los datos sobre personas contagiadas.

Destacar que más del 21% de los profesionales que participaron en SEPROSANA habían pasado la enfermedad. Lo que permite afirmar que es uno de los colectivos más afectados por la enfermedad, superando incluso al del personal sanitario.

El alto impacto en bajas laborales y las dificultades para cubrir las mismas con personal cualificado y formado son elementos que presumiblemente han dificultado la correcta puesta en marcha de medidas de protección y preventivas.

La falta de equipos de protección individual durante el primer período de pandemia (o el uso de equipos no adecuados), la falta de pruebas diagnósticas y, en algunos casos, la complejidad organizativa y falta de preparación y formación específicas del personal, también pueden haber contribuido a una mayor propagación de los contagios en este colectivo laboral.

VII. PROPUESTAS DE MEJORA Y RECOMENDACIONES

Diversos análisis y documentos de múltiples y variadas fuentes coinciden en que esta crisis contribuye y está contribuyendo a que afloren carencias importantes en nuestro actual sistema de cuidados.

Muchos de los aspectos que se analizan y reflejan en algunos de esos estudios se han detectado y confirmado a través de los trabajos y actividades descritos en esta Memoria.

Describimos algunas de las líneas básicas a mantener o desarrollar

1. Mantener y fomentar la coordinación intersectorial. Servicios sociales y Servicios de salud

En el momento de redactar este informe, la alta cobertura vacunal de las personas que viven en centros sociales residenciales, al igual que del personal trabajador, ha provocado que sea prácticamente nula la incidencia de casos en estos centros.

Aun así, y dadas las características ya comentadas y la extrema vulnerabilidad de las personas residentes, se considera necesario seguir manteniendo una vigilancia preventiva proactiva e ir generando nuevas condiciones para una atención social y sanitaria más integral y coordinada, que incluya la prevención de otros posibles riesgos futuros, desconocidos o incluso conocidos (como el de la gripe, por ejemplo).

Todas las residencias deben tener planes de contingencia aprobados por los Departamentos de Salud y Derechos Sociales, adaptados a su realidad, su personal debe estar formado sobre ellos y dichos planes deben tener en cuenta:

- a) Protocolos para agilizar pruebas diagnósticas.
- b) Disponibilidad de EPI. Mejora en la gestión de las compras de material de protección adecuado.
- c) Planes de refuerzo del personal ante posibles situaciones con carencia de trabajadoras/es.
- d) Gestión de la infraestructura (sectorizaciones, zonas de aislamiento, zonas comunes de trabajadores y trabajadoras, etc.).
- e) Una rápida valoración integral de la persona y planes de decisiones anticipadas para adecuar la actuación en caso de epidemia.

2. Modelo de centros sociales residenciales

Desde el ámbito de la salud laboral hay dos áreas que es necesario desarrollar para contribuir a un cambio de modelo (al cual ya se hace referencia en el *Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones*).

Se detallan a continuación:

a) Infraestructuras e instalaciones adecuadas

A la vista de las deficiencias y áreas de mejora detectadas, se propone la elaboración de una guía de ayuda para construcción de espacios residenciales más seguros y confortables. Con requisitos y recomendaciones para centros nuevos o adaptación de los ya existentes, que contemple al menos los siguientes apartados:

- Habitabilidad de las personas residentes. Fomentar instalaciones con habitaciones y baños individuales, que deben adaptarse a las diferentes realidades de las personas residentes y disponer de equipos y ayudas técnicas que faciliten tanto la vida de estos como la asistencia por parte del personal.
- Espacios comunes: ventilación, luz, circulaciones, tamaño. Se deben habilitar varios espacios comunes adecuados para los residentes, con espacio suficiente, adecuadamente ventilada, etc.
- Espacios laborales: vestuarios, espacios de descanso. Habilitar espacios para el personal que cumplan lo indicado en la legislación sobre prevención de riesgos laborales (vestuarios adecuados, locales de descanso, locales de primeros auxilios en su caso...) y que dispongan de los medios necesarios (duchas, lavabos, retretes, taquillas, etc.).
- Circuitos seguros. Limpio/sucio, lavandería, alimentación. Fomentar instalaciones en las que se puedan habilitar circuitos limpios/sucios (personal trabajador y residentes, visitas, lavandería y cocina, residuos, etc.).
- Ayudas ergonómicas y a la movilidad. Movilización de residentes en habitaciones, baños, etc. (centros que cuenten con instalación de grúas de techo, sillas acopladas en barra en los baños geriátricos, barras de sujeción, ayudas mecánicas suficientes, etc.).

Incrementar estándares en infraestructuras e instalaciones para facilitar un nuevo modelo de cuidados.

Se propone contemplar que en los pliegos de condiciones de los contratos con la administración se puedan incorporar mejoras en el cumplimiento de la normativa mínima y/o de recomendaciones, que sirvan para valorar las diferentes ofertas.

b) Personal trabajador. Perfiles profesionales y formación

Otro elemento básico a la hora de poder diseñar un nuevo modelo de atención en cuidados a las personas residentes es el desarrollo profesional y laboral del personal que les atiende y cuida.

Mejorar la formación y cualificación del personal, de sus condiciones laborales, incluyendo refuerzo de plantillas e incentivos, modalidad de contratos, etc. son aspectos que hay que priorizar urgentemente.

Garantizar una formación continuada al personal, adaptada en metodología y nuevas tecnologías a las nuevas situaciones que se están generando (formación on-line, realidad, virtual, técnicas de simulación, etc.) así como establecer canales de información eficaces y accesibles a toda la plantilla de forma continuada.

También los equipos directivos de estos centros deben dotarse de planes de formación continuada, con el objetivo de mejorar los canales de comunicación e información, disminución del estrés, detección de riesgos psicosociales, etc.

Mejorar las condiciones laborales del personal de cuidados de los centros sociales y planes de formación en conocimientos y habilidades.

Por último, debe haber una mayor implicación de los Servicios de Prevención en este tipo de centros, con actuaciones específicas dirigidas al personal. La crisis provocada por la COVID-19 ha puesto en evidencia las condicionantes laborales y riesgos específicos de este personal: la falta de preparación, la presencia

de múltiples tareas, la excesiva carga de trabajo y el desgaste psicológico en muchas de las personas trabajadoras, que han supuesto una dificultad a la hora de llevar a cabo las medidas preventivas y el control de la infección.

Debe valorarse, en colaboración con Derechos Sociales, una mayor implicación del SSL del ISPLN en la prestación de las competencias sanitarias preventivas y la atención a los riesgos psicosociales junto con la atención primaria del SNS-O.

3. Los Servicios de Prevención

El análisis de las características propias de los centros sociales que prestan cuidados, y la estrecha relación que tienen las condiciones laborales y la salud del personal de estos centros con la salud del personal que reside en los mismo, debería llevar a una revisión del modelo de Servicio de Prevención actualmente instaurado.

Dada la estrecha relación entre el estado de salud de las personas residentes y del estado de salud del personal laboral, como ha puesto en evidencia la pandemia, la gestión de la prevención de riesgos laborales debe ser integrada en la gestión de la empresa/entidad. Esta integración exige el compromiso de la dirección de los centros con la salud de sus trabajadoras/es y el establecimiento de procedimientos y prácticas que garanticen la participación de las plantillas, especialmente eficiente en las primeras fases del ciclo de gestión de los riesgos (<https://riesgoslaboralesnavarra.es/>), concretamente, en la identificación de peligros y riesgos y su eliminación o control.

Además, se podrían constituir Servicios de Prevención Mancomunados (SPM) con recursos suficientes presenciales en Navarra, con cobertura, por su similitud, extensible a otros centros y servicios sociales del mismo territorio, que de forma especializada atienda situaciones de especial complejidad. Los SPM que atiendan a la entidades públicas y municipales deberían tener carácter público.

Esta propuesta deberá contar en cualquier caso con una importante implicación del SSL en la asesoría directa y apoyo técnico en los centros más autónomos y con el control del hacer de los SPM más allá de lo establecido en la actual legislación preventiva.

4. El papel del SSL. Coordinación de agentes

Mantener e impulsar la coordinación: garantizar una atención simultánea y coordinada con los diferentes agentes implicados; responsables sanitarios de los centros residenciales, Salud Pública, atención primaria, atención hospitalizada, SPRL, Derechos Sociales y Servicio de Salud Laboral con el fin de poder garantizar una protección adecuada, tanto de usuarios como de personas trabajadoras.

Creación de grupos de trabajo desde los diferentes ámbitos. Creación de grupos técnicos interdisciplinarios y sectorialmente mixtos (sanidad-servicios sociales) en los distintos niveles de la administración, que propongan, revisen y adecúen las recomendaciones y medidas a adoptar en cada momento por los centros.

Estas actuaciones podrían verse reforzadas por el **desarrollo de un modelo territorial** (comarcas/distritos) con recursos técnicos para prestar la atención preventiva del personal de los centros y unidades de atención a los centros sociales con sinergias claras con los diferentes servicios y prestaciones del ámbito sociosanitario.

VIII. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias. *Ministerio de Ciencia e Innovación*

https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Informe_residencias_GDT_MinisterioCyl.pdf

Efectos de la COVID-19 en las residencias de personas mayores en Navarra. *Observatorio de la Realidad Social. Departamento de Derechos Sociales. Gobierno de Navarra.*

<https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/efectos-del-covid-19-en-las-residencias-de-mayores-de-navarra/es-551974/>

Las mujeres en actividades de cuidado de personas mayores. Exposición a factores psicosociales en establecimientos residenciales y servicio de ayuda a domicilio. *Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo O.A., M.P. (INSST).* <https://www.insst.es/el-instituto-al-dia/las-mujeres-en-actividades-de-cuidado-de-personas-mayores.-exposicion-a-factores-psicosociales-en-establecimientos-residenciales-y-servicio-de-ayuda-a-domicilio>

Coronavirus: The Swiss Cheese Strategy. How Any Country Can Learn to Dance and Stop the Coronavirus.

Tomas Pueyo. Nov 8, 2020. <https://tomaspueyo.medium.com/coronavirus-the-swiss-cheese-strategy-d6332b5939de>

Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes. Grupo de Investigación 'Políticas Sociales y Estado del Bienestar' (POSEB). *Instituto de Políticas y Bienes Públicos. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.* 6 de octubre de 2020.

https://digital.csic.es/bitstream/10261/220460/5/Informe_residencias_COVID-19_IPP-CSIC.pdf

Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia covid-19 en España. *Amnistía Internacional, diciembre de 2020.* <https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/recordmedia/1@000032802/object/43888/raw>

Plan de contingencia de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas ante pandemia de COVID

19. 14 de septiembre de 2020. https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/8770715D-79B4-4F28-88EC-4710862EB22D/466217/PLAN_CONTINGENCIA_ANADP_COVID19_1492020.pdf

Reporte nº 1. Enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Centros Residenciales y Centros de Mayores.

Actualizado a 21.02.2021. *IMSERO. Febrero de 2021.*

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informe_Semanal_Residencias_20210302.PDF

Actualización nº 6. Enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Centros Residenciales. *IMSERO 14/4/2021.*

https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/inf_resid_20210328.pdf

Evaluación del gasto público. 2019 estudio gasto hospitalario del sistema nacional de salud: farmacia e inversión en bienes de equipo. Anexo 11 Impacto de la crisis sanitaria por el COVID19. *Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal.* Noviembre de 2020.

<https://www.airef.es/wp-content/uploads/2020/10/SANIDAD/ANEXOS/Anexo-11-Impacto-de-la-crisis-sanitaria-por-el-COVID19.pdf>



ANEXOS

ANEXO A: Relación de centros residenciales.

- Recursos sociales residenciales de personas mayores.
- Recursos sociales residenciales de personas con discapacidad.
- Recursos residenciales de inclusión social.

ANEXO B: Criterios cumplimentación y cuestionario recogida datos COVID-19 «RESIDENCIAS»

ANEXO A: RELACIÓN DE CENTROS RESIDENCIALES

Recursos sociales residenciales de personas mayores

Área y Zona Básica		Población	Residencia / Centro	Nº camas
NAVARRA NOROESTE				
1	Altsasu/Alsasua	Alsasua	Aita Barandiaran	42
3	Irurtzun	Betelu	Amavir Betelu	45
5	Lesaka	Lesaka	Andra Mari	41
5	Lesaka	Bera	San José Zahar Etxea de Bera	40
6	Elizondo	Elizondo	Francisco Joaquin Iriarte	155
9	Auritz/Burguete	Erro	Amavir Ibañeta de Erro	50
10	Aoiz	Aoiz	San Jose de Aoiz	56
PAMPLONA Y COMARCA				
8	Ultzama	Guerendiain	Santa Teresa Jornet de Guerendiain	65
13	Burlada	Burlada	Salus Infirmerum de Burlada	42
13	Burlada	Burlada	Landazabal de Burlada	177
17	Rochapea	Pamplona	El Mirador de Pamplona	78
18	Chantrea	Pamplona	El Vergel de Pamplona	161
20	Il Ensanche	Pamplona	Las Angelicas de Pamplona	50
20	Il Ensanche	Pamplona	Amavir Argaray de Pamplona	171
20	Il Ensanche	Pamplona	Residencia Beloso Alto (S. Miguel)	90
21	Milagrosa	Pamplona	San Fermín de Pamplona	71
23	San Juan	Pamplona	Amavir Oblatas de Pamplona	173
23	San Juan	Pamplona	Solera La Vaguada de Pamplona	159
24	Ermitagaña	Pamplona	Clinica Universidad de Navarra	20
24	Ermitagaña	Pamplona	Solera Urban Mendebaldea	47
61	Azpilagaña	Pamplona	Misericordia de Pamplona	575
66	Buztintxuri	Pamplona	Hermanitas de Los Pobres (Residencia)	64
68	Aranguren	Mutilva	Amavir Mutilva	200
NAVARRA NORESTE				
29	Sangüesa	Lumbier	San Isidro de Lumbier (tercera edad)	89
29	Sangüesa	Caseda	Tomas, Lydia y Javiera Recari	52
29	Sangüesa	Sangüesa	San Vicente de Paul de Sangüesa	71
30	Valle de Salazar	Ochagavía	Valle de Salazar de Ochagavía	34

Área y Zona Básica		Población	Residencia / Centro	Nº camas
ESTELLA				
32	Estella	Estella	Santo Domingo	100
32	Estella	Estella	Luz de Estella	163
32	Estella	Estella	San Jerónimo	62
27	Puente la Reina	Muruzabal	Betania de Muruzabal	40
34	Allo	Lerin	Nuestra Señora del Pilar	24
35	Ancin-Améscoa	Eulate	Residencia Las Amescoas. Eulate	32
36	Los Arcos	Los Arcos	Santa María	24
37	Viana	Viana	Nuestra Señora de Gracia	71
38	Lodosa	Sesma	Virgen del Carmen	42
38	Lodosa	Mendavia	Dionisio Salcedo Sadaba	48
38	Lodosa	Lodosa	Residencia de ancianos	85
39	San Adrián	San Adrian	DomusVi San Adrián	138
39	San Adrián	Carcar	Virgen de Gracia	45
39	San Adrián	Andosilla	San Sebastián de Andosilla	46
TAFALLA				
40	Tafalla	Barasoain	Santa Elena	25
40	Tafalla	Tafalla	San Francisco Javier	100
40	Tafalla	Tafalla	San Manuel y San Severino	98
40	Tafalla	Tafalla	Nuestra Señora de La Caridad	72
41	Artajona	Artajona	Virgen de Jerusalén	44
41	Artajona	Miranda Arga	Virgen del Castillo	28
42	Carcastillo	Carcastillo	Nuestra Señora del Rosario	31
43	Olite	San Martín de Unx	Santa Zita	38
43	Olite	Olite	La Milagrosa	60
43	Olite	Caparroso	Jose Ramon Zalduendo	33
44	Peralta	Falces	San Francisco Javier	44
44	Peralta	Funes	San Miguel	42
44	Peralta	Peralta	San Miguel	56
44	Peralta	Marcilla	San Bartolomé de Marcilla	36
TUDELA				
45	Tudela Oeste	Tudela	Nuestra Señora de Gracia	90
45	Tudela Oeste	Tudela	Real Casa de Misericordia	184
46	Tudela Este	Tudela	Torre de Monreal	120
47	Valtierra-Cadreita	Valtierra	San Jose	75
47	Valtierra-Cadreita	Villafranca	Virgen del Portal	58
47	Valtierra-Cadreita	Milagro	El Pinar	53
48	Corella	Corella	Hogar San Jose	58
48	Corella	Castejón	Mixta Solidaridad	34
49	Cintruénigo	Cintruenigo	San Francisco de Asís	85
49	Cintruénigo	Fitero	San Raimundo de Fitero	43
50	Cascante	Cascante	Nuestra Señora del Rosario	94
51	Buñuel	Buñuel	San Gregorio	46
51	Buñuel	Cortes	Carmen Bellido	49
51	Buñuel	Fustiñana	San Francisco Javier	40

Recursos sociales residenciales de personas con discapacidad

Área y Zona Básica			Población	Residencia / Centro	nº camas
PAMPLONA Y COMARCA					
	11	Huarte	Elcano	RESIDENCIA JAVIER	65
	18	Chantrea	Pamplona	Valle del Roncal de Pamplona	104
	22	Iturrama	Pamplona	RESIDENCIA CARMEN ALDAVE	40
	25	Zizur-Echavacoiz	Pamplona (Echavacoiz)	San José CAIDIS de Pamplona	80
	25	Zizur-Echavacoiz	Cizur Menor	RAMON Y CAJAL	92
	28	Noain	Cordovilla	CAIDIS Infanta Elena	70
	28	Noain	Imarcoain	CIAN	40
	67	Sarriguren	Sarriguren	LAS HAYAS	60
	68	Aranguren	Mutilva	ADACEN	9
ESTELLA					
	32	Estella	Estella	CAIDIS Oncineta	61
TUDELA					
	46	Tudela Este	Tudela	La Atalaya	50

Recursos residenciales de inclusión social

Entidad	Recurso	Población	Plazas
Sin Fronteras	Residencia "ALAIZ"		16
Xilema	Albergue personas sin hogar	PAMPLONA	50
Sin Fronteras	Albergue personas sin hogar	TUDELA	18
Batuka Sakana	Albergue personas sin hogar "Marino Ayerra"	ALSASUA	8
Traperos de Emaús	Residencia Belzunce	BELZUNCE	21
Asociación Cristiana Vida Nueva	Complejo Residencial	CIRIZA	155
Asociación Casa de acogida y cuidado de la vida	Pisos mujeres altamente excluidas y sus menores	PAMPLONA	12 mujeres/ 7 menores
Fundación Ilundain	Vivienda de emancipación Autono+	A concretar con la Entidad	3
Fundación Santa Lucía-ADSI	Pisos de Transición a la Vida Adulta	A concretar con la Entidad	12
Itxaropen Gune	Pisos mujeres en abandono de prostitución	A concretar con la Entidad	15
Salhaketa Nafarroa	Piso acogida permisos de salida penitenciarios	BARAÑAIN	7
Cruz Roja Navarra	Pisos acogida personas refugiadas	A concretar con la Entidad	variable
CEAR Navarra	Pisos acogida personas refugiadas	A concretar con la Entidad	variable
Caritas Diocesana de Pamplona y Tudela	Residencia Santa María	Burlada	de 20 a 30

ANEXO B: CRITERIOS CUMPLIMENTACIÓN CUESTIONARIO COVID-19 “RESIDENCIAS”

* Los enlaces a documentos externos pueden sufrir modificaciones como consecuencia de las revisiones que se realizan a estos.

DETALLE DESARROLLADO DE LOS ITEMS

Ref. visita: A cada visita se le asignará una referencia por parte del SPA. Por ejemplo, mediante acrónimo y un número correlativo (GSN001).

Campaña subvenciones, como información a las residencias:

Base 3.1.1. Inversiones en adaptación, sustitución o adquisición de máquinas o equipos de trabajo u otras medidas de protección colectiva aplicadas al origen del riesgo o al medio de propagación, realizadas con criterios higiénicos, con objeto de limitar los contagios de SARS-CoV-2 de las personas trabajadoras <https://bit.ly/3jTngN4>. La Resolución 114E/2020 publica una convocatoria de ayudas plurianual, es decir, en la misma se abren dos periodos de solicitudes en función de qué gastos vayan a acogerse. Para los gastos realizados entre el 3 de noviembre de 2020 y el 2 de noviembre de 2021, se subvencionan con cargo al Presupuesto de Gastos de 2021 (habrá 250.000 euros). Para estos gastos el plazo de presentación de solicitudes se abrirá el 1 de febrero y finalizará el 1 de abril de 2021. (Base 5.1.b)

Que estén atentas y presenten, sabiendo que el importe de la subvención será del 25% del gasto subvencionable (IVA excluido), sin que en ningún caso la cuantía de la misma supere la cantidad de 30.000 euros por beneficiaria y año (o del 30% si cumplen la cláusula de igualdad de la base 4.

1. Actualmente se están llevando a cabo un nuevo estudio de seroprevalencia de profesionales sanitarios - sociosanitarios de Navarra [Seprosana 2](#) (desde ordenador corporativo). Animamos a participar.
2. Bolsa de trabajadores: Derechos Sociales cuenta con una bolsa de trabajo para personal que puede realizar tareas en residencias.
3. Planos instalaciones. Solicitarlos (puede ser importante a la hora de establecer y determinar las zonas).
4. ¿Hay delegados/as de prevención? Que esté presente en la visita.

ITEMS
PLAN DE CONTINGENCIA
1. Disponen de él.
2. Actualizado en base a medidas (ISPLN, Unidad Sociosanitaria, Salud).
3. Conocido por el personal.
4. Elaborado con colaboración del Servicio de Prevención.
5. Descripción del centro.
5.1. Plano con la información necesaria. Núcleos de comunicación, ubicación de los principales servicios: habitaciones de enfermería, lavandería, cocina, vestuarios. Locales de uso común: terapia ocupacional, rehabilitación, salas de estar, biblioteca, comedores, zonas exteriores, salas de descanso de trabajadores, circuitos de personal, residuos.
5.2. Análisis detallado de las infraestructuras del centro. Espacios disponibles, distribución de habitaciones (dobles, individuales) y baños.
5.3. Accesos controlados, con vestíbulo con elementos desinfección y registro personas.

6.	Se dispone de un procedimiento que recoja la actuación ante casos confirmados o sospechosos de contagio por Covid-19. Se incluye procedimiento a seguir al detectar un posible caso sospechoso hasta su confirmación (ej.: aislamiento en propia habitación si esta es individual, o movimiento a una habitación preparada para estos supuestos o cambio del compañero de habitación si esta es doble etc.) Si no existe posibilidad de albergar una zona vacía para posibles COVID se determinan los cambios de habitaciones, movimientos necesarios que se realizarán en el supuesto de que haya casos, así como zonas destinadas a aislamientos preventivos. Se dispone de los elementos necesarios (plásticos, puertas, alfombras, etc.).
6.1.	Previstas e identificadas en plano las zonas COVID, zona de aislamiento preventivo.
6.2.	Identificación de sus límites, los elementos que las componen, etc.: entrada, zonas de colocación y/o retirada de EPI, habitaciones, baños, y salida de la zona.
6.3.	Circuitos «limpio» y «sucio».
6.4.	Ascensor, escaleras restringidas para personal zona COVID.
7.	Residentes.
7.1.	Se identifica el número.
7.2.	Se han establecido grupos convivenciales.
7.3.	Se han clasificado los residentes en función de dependencia funcional, cognitiva.
8.	Recurso Humanos.
8.1.	Disponibles, cualificación, puesto de trabajo que ocupan, organización de turnos de trabajo.
8.2.	Personal sanitario propio.
8.3.	Recursos sanitarios externos.
8.4.	Existencia de trabajadores que vayan a otros centros.
8.5.	Medidas que aseguren la continuidad de la prestación del servicio ante posibles bajas de personal. Gestión de posibles nuevas contrataciones, análisis de dificultades, etc.
8.6.	Estimación del personal necesario ante distintas situaciones de riesgo (casos concretos, brote masivo, elevado número de contactos estrechos ante un caso, etc.).
8.7.	Relación detallada de los recursos disponibles (personal sanitario y no sanitario) para la atención a usuarios con COVID-19.
8.8.	Medidas de formación para el personal del centro dirigidas a mejorar la seguridad en el trabajo y a cumplir adecuadamente las pautas de higiene y prevención.
9.	Resto de personas (usuarios, prestadores de servicio...)
9.1.	Medidas de información dirigidas a personas usuarias, personal del centro, en su caso, visitantes y otros prestadores de servicio.
9.2.	Definido Plan de visitas.
10.	Material.
10.1.	Inventario (solución hidroalcohólica, EPI, material de limpieza y desinfección, contenedores de material infeccioso). Relación detallada de los equipos de protección individual y producto sanitario y una estimación de las necesidades en un eventual escenario de aumento acusado del número de casos. (Los trabajadores deberán protegerse según el nivel de riesgo al que estén expuestos).
10.2.	Se ha asegurado una reserva y reposición.
11.	Protocolos.
11.1.	Gestión de los EPI. Desde su adquisición al mantenimiento necesario o a su eliminación.
11.2.	Limpieza y desinfección.
11.3.	Coordinación con subcontratas, ETT y trabajadores autónomos externos.
11.4.	Gestión de residuos.
11.5.	Gestión de lavandería.
11.6.	Ventilación.

12. Medidas técnicas y organizativas.

En el plan se contemplan medidas de aforos reducidos de espacios comunes, barreras, sectorizaciones, espacios en unidades de convivencia de menor dimensión, turnos escalonados en zonas comunes, etc.).

RESIDENTES

13. Se han establecido grupos de convivencia.

Son unidades reducidas de residentes definidas para convivir únicamente con los miembros de su grupo. Esta segregación se debe establecer de tal forma cada grupo sea totalmente independiente del resto de grupos, estableciendo para ello zonas comunes independientes para cada unidad. La separación de cada una de las unidades se debe realizar mediante puertas o tabiquería de tal forma que no se comparta espacio físico ni pueda existir transmisión aérea. En aquellos centros en los que se deba compartir espacios comunes (como el comedor), y mientras no se consigue lo anterior, se deberán establecer turnos para cada grupo convivencial ventilando y desinfectando adecuadamente tras la salida de cada unidad. El personal trabajador preferentemente debe realizar su actividad laboral únicamente en su grupo convivencial. Para aquellos trabajadores que deban prestar atención en todos ellos (médico, enfermería, etc.) se deberán establecer medidas preventivas en cada uno.

Se recomienda que los grupos sean de unos 20 usuarios. Puede variar en función del volumen de residentes del centro y las instalaciones.

14. Los residentes de cada grupo que conviven en habitaciones contiguas comparten los mismos espacios, que son exclusivos para ellos.

Se debe tener en cuenta también a los errantes.

Contemplar todas las posibles zonas: Algún baño geriátrico, enfermería, zona de fisioterapia, zonas de fumadores, exterior de la residencia, etc.

Las divisiones entre las zonas deberían ser tales que impidan el contacto entre los grupos: tabiques, puertas, etc. No podrían considerarse espacios exclusivos si se han colocado separaciones tales como biombos, cintas, líneas, etc.

14.1. Se han establecido barreras físicas al menos disuasorias entre los diferentes espacios de las unidades convivenciales. Separaciones tales como biombos, cintas, líneas, etc.

14.2. Si las características del centro no permiten lo anterior (es decir, se comparten espacios) se establecen horarios y/o división de las zonas comunes.

En caso de que lo anterior fuera imposible, se deben establecer unas medidas muy estrictas para evitar la coincidencia de diferentes grupos en los mismos espacios (zonas diferenciadas, ventilación adecuada, desinfección del mobiliario y elementos de uso común entre cada uso, etc.).

De cara al informe, es vital conocer tales datos.

15. Los usuarios que comparten habitación o baños comunes también comparten mesa de comedor.

16. El personal es exclusivo para un único grupo convivencial o se encarga de varios grupos.

16.1. Personal de atención continua (gerocultoras o auxiliares).

16.2. Enfermería, médico, fisioterapeuta, etc.

17. En la visita se comprueba que los residentes portan mascarilla (al menos mascarilla quirúrgica).

Se recomienda que la suministre la residencia para mejor control.

18. Hay evidencia de que se establecen los cauces necesarios para concienciar a los residentes válidos/autónomos de la importancia de cumplir las medidas preventivas así como del uso de mascarilla quirúrgica.

ZONAS COVID Y/O AISLAMIENTO PREVENTIVO

19. Se dispone de un procedimiento que recoja la actuación ante casos confirmados o sospechosos de contagio por Covid-19.

Tal y como se indica en el apartado de Planes de contingencia, es necesario que se disponga de un procedimiento detallado de la actuación cuando se constate que uno de los residentes presenta síntomas compatibles (por la causa que sea) con la COVID-19.

Debe indicar desde el aislamiento temporal del residente hasta confirmar o no la enfermedad, el aislamiento preventivo en caso de considerarse contacto estrecho con un positivo, la ubicación de las zonas COVID y de aislamiento, los «circuitos» para acceder y salir de ellas, el personal que se asignará a dichas zonas, etc.

Debe reflejar las modificaciones temporales en función de que los casos en unas u otras zonas vayan aumentando o disminuyendo. Esto puede implicar una nueva ubicación de la zona intermedia para la puesta y retirada de EPI, por ejemplo, así como de los cerramientos necesarios.

20. Existe una zona para casos confirmados por Covid-19.

Se debe estudiar cada residencia individualmente.

Preferentemente se debe aconsejar a la residencia disponer una zona vacía que pueda ser destinada de forma rápida a albergar a uno o varios casos positivos.

En aquellas que cuentan con zonas, plantas o edificios separados de otros, se intentará definir como zona COVID una de ellas.

En aquellas residencias en las cuales únicamente se pueda destinar el final de los pasillos como zona COVID, además de las condiciones mínimas de sectorización que se definen más adelante, debe existir un protocolo para el traslado de residentes que garantice la seguridad y salud de trabajadores y residentes.

21. Existe una zona de aislamiento preventivo (casos sospechosos por Covid-19).

Además de la zona COVID, también debe establecerse la ubicación de los casos sospechosos o que han sido contactos estrechos de positivos (mientras ellos mismos no sean positivos). O al menos cómo se va a actuar ante ellos.

22. Tienen sectorizada físicamente las diferentes zonas (COVID, aislamiento preventivo, NO COVID).

Las diferentes zonas deben quedar separadas entre sí mediante sistemas que eviten una transmisión del virus (incluyendo la transmisión aérea). Por lo tanto, se deben interponer barreras físicas que eviten o reduzcan la transmisión del mismo.

Lo ideal es contar con barreras arquitectónicas que faciliten dicho aislamiento (puertas y paredes).

En caso de que no se disponga de ello, se estudiará cada caso (se pueden establecer separaciones temporales, desde el suelo hasta el techo, creando espacios intermedios entre cada zona).

En algunas residencias cuentan con varias plantas y todos los pasillos de las habitaciones dan a un mismo patio interior abierto. En ese caso, las zonas COVID y aislamiento preventivo se debe cerrar de tal forma que se evite una posible transmisión del virus al resto de plantas a través del patio interior.

23. Se dispone de zonas intermedias entre los diferentes espacios (COVID, aislamiento preventivo, NO COVID).

Se trata de disponer de zonas intermedias, de forma que permitan una mejor separación de estas, puesta y retirada de los equipos de EPI, evitar una contaminación cruzada de una a otra zona (traslado de ropa, comida, elementos de limpieza, residuos, etc.).

Lo ideal es que dichas zonas cuenten con un acceso a una habitación vacía que pueda servir entre otras cosas como zona de colocación/retirada de EPI.

Como última opción, mientras no se dispone de un mejor sistema para la sectorización de las zonas, se pueden utilizar sistemas de separación (de techo a suelo) mediante plásticos laminados superpuestos.

24. La ventilación en las zonas intermedias es adecuada.

En estos casos, la ventilación es primordial, por lo que será necesario constatar los caudales de aire exterior (consultar apartado de ventilación). Teniendo en cuenta los flujos de aire que se pueden generar (desde la zona contigua COVID o hacia la zona NO COVID) es muy posible que dichos espacios requieran el uso de «purificadores» de aire.

25. Existe un procedimiento de puesta y retirada de los EPI después del acceso a cada zona

Incluyendo:

- Zonas específicas para la retirada y puesta
- Correcta higienización de manos (antes de colocar y después de su retirada)
- Los equipos de protección individual específicos para cada zona y actividad
- Criterios para la correcta desinfección de EPI (pantallas faciales) y zona de almacenamiento.
- Actuación en caso de situaciones excepcionales (vómitos de un residente, por ejemplo). Se debe disponer de EPI para dichos casos en las zonas intermedias (no expuestos al virus).

Acceso a la zona de aislamiento preventivo con FFP2, bata adecuada, protección ocular, guantes, y gorro (consultar EPI adecuados en su apartado correspondiente).

Acceso a la zona COVID con FFP2, bata adecuada, protección ocular, guantes, y gorro (consultar EPI adecuados en su apartado correspondiente).

Para el paso desde la zona COVID a la de aislamiento preventivo es necesario la sustitución de los EPI y la desinfección de la protección ocular.

Para el paso desde la zona de aislamiento preventivo a la zona NO COVID es necesario la sustitución de los EPI y la desinfección de la protección ocular.

26. Tienen trabajadores designados para cada una de las zonas.

Incluyendo turno de noche, fines de semana, etc. En caso negativo, se entiende que se comparten.

27. Se dispone de un acceso directo a la zona COVID y/o aislamiento preventivo.

¿Cómo se realizan los accesos a las zonas COVID y/o aislamiento preventivo? Se debe contemplar la salida de los trabajadores de una zona de casos confirmados hasta los vestuarios del centro de trabajo. En este caso se evitará el uso de ascensores comunitario (excepto cuando cuentan con un ascensor diferenciado para la zona sucia).

Por escaleras de emergencia, ascensor (existe uno para zona limpia y otro para la zona sucia, etc.). Importante contemplarlo en el informe.

En el caso de los ascensores, lo ideal si se dispone de 2 es que uno de ellos sea «sucio» y el otro «limpio» (se puede recomendar establecer sistemas que eviten que uno y otro paren en las plantas no indicadas).

PERSONAL EXTERNO

28. Se ha informado a todo el personal externo (trabajadores del centro de salud, contratas, autónomos, etc.) sobre las medidas implantadas por la residencia y los requisitos para acceder a ella.

En cada zona, el personal externo debe utilizar los mismos EPI señalados a la residencia.

En el caso de que vaya a trabajar en las diferentes zonas, es necesario que disponga de varios para poder desecharlos entre cada espacio.

El trabajador debe disponer de ropa de cambio para realizar su actividad laboral (en aquellos casos en los que sea necesario). En estas situaciones, la residencia debe establecer dónde debe realizarse dicho cambio (en los vestuarios generales, vestuarios por unidades convivenciales, etc.), dónde debe guardarla (si disponen de taquillas vacías, deberán hacer uso de ellas y en caso contrario, se debe garantizar que no quedan encima de superficies sin ningún tipo de protección), etc. En caso de acceder a zona Covid, se le debe indicar el turno en el que puede utilizar el vestuario. Todo ello debe quedar articulado en un procedimiento que debe ser entregado a la empresa/autónomo para que conozca el procedimiento de actuación.

Cualquier equipo de trabajo utilizado debe ser desinfectado tras su uso.

29. En el acceso a la residencia, se comprueba que el personal externo cumple las medidas indicadas.

VISITAS

30. Se dispone de procedimiento de visitas.

Se debe informar a las familias previo al ingreso, de la existencia de un procedimiento de acceso. Este debe contener la sintomatología compatible con Covid-19 y la prohibición de entrar en el centro con ella, los equipos de protección individual a utilizar (mínimo FFP2 nueva), la correcta higienización de manos al entrar, así como las zonas a las que tienen permitido el acceso [exteriores preferentemente (asociado a una climatología compatible) y las zonas de tránsito por el interior de la residencia hasta llegar a la sala de reuniones]. El procedimiento debe recoger la posibilidad de que los familiares deban acceder a zona de sospecha o zona Covid y los equipos de protección individual a utilizar y las actuaciones necesarias.

Debemos comprobar si existen estas pautas o procedimiento, que se ha informado a los familiares previamente, y que los trabajadores implicados conocen dichas medidas.

Regulado por OF 410/2020 a partir del 26 de noviembre de 2020. Obliga a disponer de procedimiento por escrito. Dicha OF define uso de FFP2 para la visita y para el residente, salvo que el residente no la pueda tolerar, en cuyo caso utilizará quirúrgica IIR o utilizará quirúrgica si ya ha superado la enfermedad.

31. Se informa previamente a la visita sobre el procedimiento que regula estas. Se registran las visitas.

OF 410/2020 obliga al sistema de cita previa y limita las visitas a una visita semanal por residente, sólo 1 persona y durante 30 minutos (salvo las excepciones ya contempladas en la normativa anterior).

Deberá estar definido cuantas visitas diarias se pueden realizar teniendo en cuenta los espacios disponibles, el mantenimiento de la distancia y el tiempo de limpieza de los espacios utilizados.

Se debe llevar un registro de las visitas incluyendo fecha, hora y datos identificativos y de contacto.

Las visitas tienen que firmar una declaración responsable (compromiso de cumplimiento de normas, ausencia de sintomatología compatible, no ser contacto estrecho ni estar en situación de cuarentena o confinamiento, y compromiso de comunicar en caso de síntomas los siguientes 14 días).

32. En el acceso a la residencia, se comprueba que las visitas cumplen las medidas indicadas.

Regulado por OF 410/2020. Se debe designar un responsable de visitas que deberá supervisarlas.

33. El centro cuenta con una zona adecuada para visitas.

En el exterior si se puede, o zonas muy bien ventiladas si ello no es posible (por frío, circunstancias residentes, etc.).

La zona dispondrá de cartelería (uso de mascarilla y limpieza de manos), gel hidroalcohólico, y papelería. Si está previsto para el uso simultáneo de más de una visita deberán poder mantener en todo momento la distancia de seguridad.

La zona tiene que tener un acceso independiente o establecer un circuito adecuado de acceso.

Se procederá a la limpieza y desinfección de la zona de forma previa y posterior a la visita.

ACOMPANIAMIENTO A RESIDENTES AL CENTRO HOSPITALARIO

34. Se dispone de unas instrucciones adecuadas para el acompañamiento de los residentes al centro hospitalario/centro de salud.

Debe recoger las diferentes opciones para su transporte: ambulancia, vehículo de empresa, etc.

El trabajador únicamente acompañará a la visita en última instancia (siempre que no puedan acompañar los familiares, o por cuestiones que hagan necesaria su presencia.)

Siempre que sea posible el residente portará una mascarilla FFP2 que se colocará antes de abandonar el centro residencial.

El trabajador igualmente deberá utilizar en todo momento una mascarilla FFP2.

Se deberá llevar un pequeño estocaje de mascarillas para posibles imprevistos.

En el traslado en vehículo se deben extremar las precauciones, portando en todo momento las mascarillas, circulando (si es posible) con ventilación natural. En el vehículo irán el mínimo de personas posible.

El trabajador acudirá a estas salidas siempre con su ropa de trabajo.

A la vuelta al centro de trabajo el trabajador debe desechar la mascarilla, utilizando otra nueva.

Siempre que sea posible, se programarán las visitas de tal forma que al regreso al centro residencial el trabajador que ha acompañado a la cita médica finalice el turno de trabajo, evitando que tenga que incorporarse nuevamente a planta. En caso contrario, deberá realizar un cambio de ropa antes de acudir nuevamente a su puesto de trabajo.

GESTIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

35. Existe protocolo para la adquisición de EPI y Productos Sanitarios:

35.1. Define los requisitos que debe cumplir cada equipo.

35.2. Define uno o más responsables.

35.3. Incluye la revisión/verificación por parte del Servicio de Prevención.

35.4. Está incluido en el Plan de Contingencia del Centro.

36. Están claramente definidos (por puestos y tareas) los EPI a utilizar.

36.1. Para el personal propio.

36.2. Para el personal externo:

37. Es suficiente el stock de equipos de protección disponible (para 1 mes mínimo).

38. Se ha designado a una o varias personas responsables de la distribución y abastecimiento de EPI a los trabajadores (mínimo uno por turno).

39. Se colocan carteles en las puertas o paredes donde se describe claramente el tipo de precauciones necesarias, los EPI requeridos en cada zona y las instrucciones de colocación, uso y retirada.

40. Se dispone de las instrucciones del fabricante de cada EPI.

41. El centro sociosanitario tiene conocimiento del sistema de abastecimiento de EPI establecido por Derechos Sociales en caso de casos Covid en residentes.

Conforme al documento sobre "Utilización de Equipos de Protección Covid y abastecimiento material en Centros Sociosanitarios de Navarra" de 30 de agosto de 2020 el suministro de los equipos de protección necesarios para la atención de casos sospechosos o la atención de casos COVID y/o aislamientos dentro de la residencia (si así se considerara), se realizará por parte del Departamento de Derechos Sociales. Se contempla un suministro aproximado de 6 equipos/usuario afectado/día para los materiales desechables, ajustándose el número en el caso de ser varias las personas residentes afectadas. El material que se proporcionará será: mascarilla FFP2, protector ocular y bata que podrán ser desechables o reutilizables. Este material irá reponiendo el que se utilice del stock propio de los centros, con el objeto de que las residencias tengan siempre un almacenaje que permita la atención de los posibles casos. Las solicitudes de estos equipos de protección se remitirán al correo:

seccion.sociosanitaria@navarra.es

USO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS

42. Existe un protocolo sobre utilización, mantenimiento, almacenamiento y desinfección de EPI reutilizables: gafas, pantallas, etc.

43. Los EPI son de uso individual.

44. Se prioriza el uso de ropa desechable en la zona de aislamiento preventivo y Covid.

45. Los equipos reutilizables como gafas, pantallas, etc. se identifican con el nombre del trabajador.

46. Los EPI reutilizables se desinfectan siguiendo las instrucciones de los fabricantes.

46.1. Gafas y pantallas.

46.2. Batas y buzos.

46.3. Otros.

47. Se almacenan en un espacio habilitado de forma que se evita la manipulación y posible contaminación por parte de otros trabajadores.

EPI - TIPO DE TAREA	
48. En tareas sin contacto directo con residentes ni en zonas que puedan ser ocupados por estos.	
48.1. Mascarilla quirúrgica II.	
Se podrá utilizar mascarilla quirúrgica II en tareas sin contacto directo con residentes o en zonas que no vayan a ser ocupadas por residentes, siempre que:	
- estén adecuadamente ventiladas y poco concurridas, - no haya exposición a objetos contaminados (residuos, ropa, vajilla etc.) y se mantenga distancias de más de 1,5 m entre trabajadores.	
48.2. Mascarilla FFP2.	
48.3. Otras.	
49. En tareas de atención directa a residentes (aseo, alimentación, atención sanitaria, etc.) o contacto con objetos contaminados disponen y utilizan:	
- Al menos EPI respiratorio FFP2 - Guantes - Protección ocular si se realizan tareas a distancias inferiores a 1,5m en las que se pueden producir contacto por gotas (alimentación, aseo, etc.).	
49.1. Guantes.	
49.2. EPI respiratorio FFP2.	
49.3. Mascarilla quirúrgica IIR.	
49.4. Protección ocular: (UNE-EN 166:2002).	
49.4.1. Gafas antisalpicadura o gafa quirúrgica con protector lateral sencillo.	
49.4.2. Cubregafa (como alternativa, especialmente si se llevan gafas graduadas).	
49.4.3. Pantalla facial:	
50. En tareas en Zona COVID o de aislamiento por sospecha el personal sanitario y otro personal (auxiliares, limpieza, etc.) dispone y utiliza los siguientes equipos de protección individual:	
- Guantes (EPI frente a virus, UNE-EN ISO 374-5:2016) - Al menos EPI respiratorio FFP2 - Ropa de trabajo: Bata quirúrgica (EN 13795) Bata resistente a líquidos y desechable o Buzo resistente a fluidos tipo 5b,6b, desechable. - Protección ocular (UNE-EN 166:2002)	
50.1. Guantes (EPI frente a virus, UNE-EN ISO 374-5:2016).	
50.2. EPI respiratorio FFP2.	
50.3. Ropa de protección.	
50.3.1. Bata quirúrgica (EN 13795).	
50.3.2. Bata resistente a líquidos y desechable.	
50.3.3. Buzo resistente a fluidos tipo 5b ,6b, desechable.	
50.4. Protección ocular (UNE-EN 166:2002).	
50.4.1. Gafa antisalpicadura gafa quirúrgica con protector lateral sencillo.	
50.4.2. Cubregafa quirúrgica con protector lateral reforzada (como alternativa, especialmente si se llevan gafas graduadas).	
50.4.3. Gafas de protección integral gafa seguridad biológica cerrada, campo de uso 3,4,5, frente a salpicaduras, aerosoles, vapores.	
50.4.4. Pantalla facial pantalla de protección facial larga EPI.	
51. El personal que realice procedimientos médicos que generen aerosoles dispone del equipo de protección individual:	
- Guantes (EPI frente a virus, UNE-EN ISO 374-5:2016). - Mascarilla FFP3. - Ropa de protección: Bata Impermeable o buzo desechable, impermeable, con capucha y con cremallera tipo 4-4B, (costuras herméticas frente a líquidos pulverizados). - Protección ocular: gafas de protección integral/montura integral. Gafas seguridad biológica cerrada, campo de uso 3,4,5, frente a salpicaduras, aerosoles, vapores (EPI conforme a UNE-EN 166:2002).	
51.1. Guantes (EPI frente a virus, UNE-EN ISO 374-5:2016).	
51.2. Mascarilla FFP3.	

51.3. Ropa de protección.
51.3.1. Bata quirúrgica.
51.3.2. Bata Impermeable.
51.3.3. Buzo desechable, impermeable, con capucha y con cremallera tipo 4-4B, (costuras herméticas frente a líquidos pulverizados)
51.4. Protección ocular: gafas de protección integral/montura integral. Gafas seguridad biológica cerrada, campo de uso 3,4,5, frente a salpicaduras, aerosoles, vapores (EPI conforme a UNE-EN 166:2002).
52. Se utilizan los EPI de protección respiratoria adecuados. Se podrá utilizar mascarilla quirúrgica II en tareas sin contacto directo con residentes o en zonas que no vayan a ser ocupadas por residentes, siempre que: - estén bien ventiladas y poco concurridas, - no haya exposición a objetos contaminados (residuos, ropa, vajilla etc.) y - se mantenga distancias de más de 1,5 m entre trabajadores. En el resto de los casos, se deberá utilizar al menos una mascarilla FFP2.
Normativa EPI cat III El Reglamento (UE) 2016/425 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2016, relativo a los equipos de protección individual y por el que se deroga la Directiva 89/686/CEE del Consejo, Según el riesgo a proteger para el que estén diseñados, los EPI pueden ser de Categoría I, II o III. Todos los EPI de Categoría III (además de protección respiratoria, los guantes y la ropa de protección química o biológica) requieren de un PROCESO DE ASEGURAMIENTO de su calidad antes de poder ponerse a la venta en la Unión Europea. Este proceso requiere, en primer lugar, que se fabrique conforme a. NORMA ARMONIZADA UNE-EN - Protección respiratoria consistente en mascarilla autofiltrante (FFP1, FFP2 y FFP3) EN 149:2001+A1:2010. - Ropa de protección: - Ropa de protección contra agentes biológicos EN 14126:2003+AC:2004. - Ropa de protección contra productos químicos líquidos EN 14605:2005+A1:2009. - Guantes de protección - Guantes de protección contra los productos químicos y los microorganismos peligrosos. UNE-EN ISO 374-5:2016.
Marcado CE Los EPI deben llevar marcado CE. Para el caso de los EPI de Categoría III, junto al logotipo "CE" deben aparecer las 4 cifras del número de identificación del Organismo Notificado que participa en el procedimiento relativo al control de la producción (<i>módulos C2 o D</i>). CE YYYY
Organismo notificado En el caso de EPI de categorías II o III, previamente a la puesta del marcado CE, interviene un Organismo Notificado durante el procedimiento de evaluación de la conformidad que compruebe/verifique que se cumple dicha NORMA UNE-EN. Dicho ON realizará: - un examen UE de tipo y emitirá un Certificado de examen UE de tipo (<i>módulo B</i>). - relativo al control de la producción (<i>módulos C2 o D</i>).de los equipos de categoría III El ON deberá estar acreditado para la realización de este tipo de ensayos https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/nando/index.cfm?fuseaction=directive.notifiedbody&dir_id=155501

Declaración UE de Conformidad (contenido Anexo IX)

Sólo cuando ambas comprobaciones son correctas (comprobación de producto (a través de muestras, lo que se conoce como examen UE de tipo *Módulo B*) y una comprobación del proceso de producción (*Módulo C* o *Módulo D*)), el fabricante puede colocar el marcado CE seguido de las cuatro cifras identificativas del ON y emitir una Declaración UE de Conformidad.

La Declaración UE de conformidad debe llevar la información que se indica en el Reglamento (identificación del EPI, datos del fabricante, identificación del producto (número de lote...), certificados de cumplimiento de los módulos B y C1 o D y Organismo Notificado responsable, etc.

Autorización temporal

Los problemas de desabastecimiento de EPI durante los primeros meses de la crisis sanitaria provocó que los Estados Miembros buscaran otras alternativas, debido a la imposibilidad de acceder a EPI fabricados conforme a las normas armonizadas europeas y por lo tanto con marcado CE. Así, se publicó la [Recomendación \(UE\) 2020/403 de la Comisión](#) de 13 de marzo de 2020 relativa a la evaluación de la conformidad y los procedimientos de vigilancia del mercado en el contexto de la amenaza que representa el COVID-19. Y en España_

- la *Resolución de 23 de abril de 2020* ([Resolución de 23 de abril de 2020, de la Secretaría General de Industria y de la Pequeña y Mediana Empresa, referente a los equipos de protección individual en el contexto de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.](#)) y
- ([Resolución de 28 de septiembre de 2020, de la Secretaría General de Industria y de la Pequeña y Mediana Empresa, referente a los equipos de protección individual en el contexto de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.](#)),

En caso de desabastecimiento de mascarillas fabricadas conforme a normas UNE-EN, se podría optar, de manera excepcional, por el uso de EPI respiratorios equivalentes como son las mascarillas KN95, N95 u otras siempre y cuando dispongan de una Autorización Temporal concedida por una Autoridad con competencias de Vigilancia del Mercado o un Certificado UE de tipo emitido por un Organismo Notificado europeo.

CRITERIO PARA LA VERIFICACIÓN DE EPI RESPIRATORIOS

En estos momentos, pueden ser aceptados los EPI de protección respiratoria que cumplan uno de los siguientes supuestos:

a- Marcado CE con norma armonizada. Situación estándar (proceso de aseguramiento de la calidad previo a la situación de pandemia),

Para comprobar que estos equipos cumplen la normativa indicada, se solicita la declaración de conformidad del equipo y se comprueba que el ON tiene acreditación en relación a los EPI, cuestión que se puede comprobar en el siguiente listado (Base de datos NANDO)

https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/nando/index.cfm?fuseaction=directive.notifiedbody&dir_id=155501

b- Autorización temporal emitida por organismo de vigilancia de mercado de las CCAA sobre equipos de protección respiratoria conformes a especificaciones técnicas distintas de las normas europeas.

Respecto a mascarillas, los productos fabricados conforme a normas internacionales distintas de la norma UNE EN-149 (mascarillas KN95, conforme a la norma china GB 2626-2006 o mascarillas N95, conforme a la norma NIOSH-42CFR 84 y otras). Según la Resolución de 23 de abril de 2020 y ([Resolución de 28 de septiembre de 2020, de la Secretaría General de Industria y de la Pequeña y Mediana Empresa, referente a los equipos de protección individual en el contexto de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19](#) referida anteriormente, para la aceptación de estos productos es necesaria una autorización temporal emitida por las autoridades de vigilancia de mercado de las Comunidades Autónomas, incluidas las que realizan su función en el ámbito aduanero.

En Navarra, estas competencias recaen en la Sección de Registro de Empresas y Seguridad Industrial del Servicio de Ordenación Industrial, Infraestructuras Energéticas y Minas del Departamento de Desarrollo Económico y Empresarial. Esta autorización es temporal.

Conforme a la recomendación (UE) 2020/403, estos productos deberán haber iniciado previamente el proceso para certificación el ON europeo para poder obtener esta autorización temporal, aparte del resto de requisitos que las autoridades puedan solicitar.

c- Equipos de protección respiratoria con marcado CE en base a una especificación técnica distinta de las normas armonizadas. Son el mismo tipo de EPI citados en el apartado anterior, habiéndose ya finalizado el proceso de certificación europea con éxito, obteniendo el producto su marcado CE. De cara a la comprobación del equipo, se debería actuar al igual que con los EPI fabricados conforme a Norma Armonizada (situación estándar).

Mascarillas KN95

Principalmente nos encontramos dos situaciones respecto a las KN95:

1- CERTIFICADOS “COMPLETOS”

Esto supone que el fabricante, o su representante europeo, hicieron la solicitud de certificación en un ON europeo incluso antes de que se publicara la Recomendación (UE) 2020/403 de la Comisión de 13 de marzo de 2020 relativa a la evaluación de la conformidad y los procedimientos de vigilancia del mercado en el contexto de la amenaza que representa el COVID-19, por eso el ON hizo la **comprobación completa de la norma EN149**, porque en ese momento no había otra opción para certificar y que, en cuanto a certificación, disponen tanto del Módulo B como del C o el D.

2- CERTIFICADOS CONFORME A LA RfU

Las “Recommendation for Use” (RfU) son “acuerdos” a los que llegan los Organismos Notificados para consensuar su forma de proceder frente a diferentes problemáticas en la comprobación del cumplimiento de las Normas UNE de los diferentes EPI que tienen que certificar (no sólo mascarillas, sino protección auditiva, protección frente a caídas, guantes, etc.).

En la versión inicial de la RfU del 6 de abril se reducen y eliminan algunos de los ensayos que marca la Norma UNE149

En la revisión de la RfU del 19 de junio **se ha retirado la exigencia del ensayo con parafina**, porque la mayoría de las KN95 no pasaban esta prueba. Esto es así porque en realidad en la Norma China GB2626-2006 (que también se acaba de actualizar) las mascarillas KN sólo pasan la prueba del NaCl, mientras que las clasificadas/denominadas como KP pasan tanto el ensayo de NaCl como de parafina.

En los certificados aparecen expresiones del tipo “**Certificado sólo para COVID**” o “**Solo para personal sanitario**”.

Productos sanitarios: Mascarilla quirúrgica EN 14683:2019

Tipos I, II o IIR

Para verificar las **mascarillas quirúrgicas** es comprobar que dispone:

1. Declaración de Conformidad del fabricante,
2. Resultados del laboratorio según los cuales se clasifique la mascarilla en Tipo I, II o IIR conforme a la norma EN 14683:2019
3. Si no dispone de marcado CE, conforme a la normativa de Productos Sanitarios, tiene la Autorización temporal emitida por la Agencia Española del Medicamento y los Productos Sanitarios (AEMPS).
4. El distribuidor está autorizado mediante licencia de la Agencia Española del Medicamento y los Productos Sanitarios (AEMPS). <https://fabricaps.aemps.es/fabricaps/faces/login.xhtml>

DESPLAZAMIENTO HASTA EL CENTRO DE TRABAJO

53. Se han proporcionado instrucciones para el transporte hasta y desde el centro de trabajo.

54. Dichas instrucciones incluyen evitar todo lo posible compartir vehículo (vehículo propio o transporte colectivo) o, en todo caso, hacer uso continuado de la mascarilla FFP2.

ORGANIZACIÓN ACCESO AL CENTRO DE TRABAJO Y MÉTODOS DE FICHAJE UTILIZADOS

55. La entrada y salida al trabajo está organizada, de forma que no se forman aglomeraciones, y manteniendo las distancias interpersonales.

¿Se han establecido entradas escalonadas? ¿Están señalizadas las distancias interpersonales a mantener?

56. Fichaje mediante huella dactilar.

Si se ficha mediante huella dactilar, es necesario que se disponga de producto desinfectante, para limpiar/desinfectar el dispositivo y las manos.

57. Fichaje mediante papel y bolígrafo

Si se hace mediante papel y bolígrafo, o los elementos son de uso individual o se desinfectan tras cada uso. Podría ser recomendable que una persona se encargara de tal registro (recepción, por ejemplo).

58. Fichaje mediante tarjeta.

Es necesario revisar dónde se almacenan las tarjetas. Si es un tarjetero común hay que incidir en la limpieza/desinfección tras cada uso, recomendando que cada tarjeta la porte el propio trabajador.

COCINA

59. Se dispone de un circuito para la limpieza de la vajilla usada por residentes en zona COVID o de aislamiento preventivo.

Limpieza preferentemente, si existen medios, en la propia zona COVID o de aislamiento preventivo.

En caso contrario, transporte hasta la cocina por el circuito «sucio» mediante carro cubierto.

60. Se dispone de lavavajillas o tren de lavado.

Principalmente para la vajilla de zona COVID o de aislamiento preventivo.

Para inactivar el virus es vital que se trabaje con productos químicos adecuados y/o temperatura.

Es más complejo asegurar su activación en un lavado de la vajilla «a mano».

61. El personal de cocina utiliza los EPI adecuados.

Consultar apartado EPI. Uso de FFP2 al manipular vajilla procedente de la zona COVID o de aislamiento preventivo, así como la comida.

62. Se desinfectan las cargas recepcionadas en la zona de cocina.

Los que no dispongan de embalaje o retráctilado, y no sean de papel o cartón, se desinfectarán externamente.

ACTUACIÓN ANTE CASO DE DECESO

63. Se dispone de procedimiento ante tales situaciones.

Se debe basar en el documento del Ministerio de Sanidad "Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19:

https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_cadaveres_COVID-19.pdf

64. En el procedimiento se incluye la supervisión de la actuación de la funeraria.

Todas las personas que participen en el traslado del cadáver desde la sala o espacio de aislamiento deberán tener la formación suficiente y deberán estar en número suficiente para realizar esta operación minimizando los riesgos. Deberán estar provistas de los equipos de protección individual adecuados, similares a los establecidos para el personal sanitario que atienda a casos posibles, probables o confirmados contemplados en el.

El cadáver debe introducirse en una bolsa sanitaria estanca biodegradable y de traslado, que reúna las características técnicas sanitarias de resistencia a la presión de los gases en su interior, estanqueidad e impermeabilidad, tal y como está establecido en la Guía de Consenso sobre Sanidad Mortuoria. Asimismo, podrá utilizarse una bolsa impermeable específica para ese fin o dos sudarios impermeables no estancos. La introducción en la bolsa se debe realizar dentro de la propia habitación de aislamiento.

Una vez cerrada la bolsa con el cadáver en su interior o colocados los dos sudarios con una cremallera a cada lado, se deberá pulverizar con desinfectante de uso hospitalario o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 5.000 ppm de cloro activo (dilución 1:10 de una lejía con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente).

ZONAS COMUNES PERSONAS TRABAJADORAS

65. Las características y medidas preventivas en los vestuarios son adecuadas.

Deben de contar como mínimo con una taquilla por trabajador (incluyendo sustituciones, turnos, fines de semana, personal externo, etc.) para guardar la ropa de calle (la ropa de trabajo debe sustituirse diariamente y depositarse en cubos para su limpieza), tener establecido un aforo en función de las características del local (< 4 m² solo 1 persona, para el resto, calcularlo de forma que se pueda respetar la distancia de seguridad interpersonal), dotarlo únicamente con sillas (no usar bancos corridos) ubicadas a suficiente distancia, disponer de duchas suficientes para el personal que utilicen dicha estancia (cumpliendo con el Real Decreto 486/1997), ventilación natural y/o mecánica suficiente (consultar apartado ventilación), dos cubos con tapa de apertura pedal y bolsas para la ropa de trabajo y para las mascarillas de protección respiratoria (las bolsas deberán identificarse con colores diferentes). Se debe establecer una entrada y estancia escalonada, definiendo de manera concreta los grupos, sus horarios y lugares en el cual colocarse.

66. Las características y medidas preventivas en las salas de descanso son adecuadas.

Debe contar con una zona intermedia para que los trabajadores puedan retirarse los equipos de protección individual (batas, pantallas de protección facial), un aseo para el lavado de manos y la zona propiamente "limpia" para el descanso. Deben contar igualmente con un aforo máximo en función de las características del local (< 4 m² solo 1 persona, para el resto, calcularlo de forma que se pueda respetar la distancia de seguridad interpersonal), dotarlo únicamente con sillas (no usar bancos corridos), ventilación natural y/o mecánica suficiente (consultar apartado ventilación), y productos desinfectantes (viricidas autorizados) para la limpieza de mesas y sillas tras su utilización. Señalar y/o inhabilitar la posibilidad de que el personal beba a "morro" de fuentes o lavabos.

67. Las características y medidas preventivas en los baños son adecuadas.

Pueden estar integrados en los vestuarios.

Deben contar igualmente con un aforo máximo en función de las características del local (< 4 m² solo 1 persona, para el resto, calcularlo de forma que se pueda respetar la distancia de seguridad interpersonal), urinarios contiguos inhabilitados, ventilación natural y/o mecánica suficiente (consultar apartado ventilación). Señalar y/o inhabilitar la posibilidad de que el personal beba a "morro" de fuentes o lavabos.

68. Existen zonas comunes (vestuarios, salas de descanso, baños) diferenciadas para el personal que atiende zonas «sucias» (COVID y zonas de aislamiento preventivo) y zonas «limpias».

Se pretende conocer si, en la situación el día de la visita, se dispone de zonas diferenciadas. Se trata de zonas donde el personal puede relajar las medidas preventivas y en los cuales se retira la mascarilla (ducha o a la hora de comer y/o beber). En algunos casos también va asociado a una ventilación insuficiente.

Si por las características de las instalaciones no existen zonas diferenciadas, se deben adecuar los espacios actuales (por ejemplo: instalando "tabiques" delimitando las zonas, adquisición de módulos prefabricados, etc.).

69. En caso de que no cuenten con zonas diferentes (al no haber casos o sospechosos), existen los recursos para disponer de ellas de manera inmediata cuando pudieran aparecer casos.

Aun cuando no existan casos en la actualidad, es necesario adelantarse a una posible situación en la que aparezcan casos en el centro.

Se deberá estudiar la situación de cada centro y las características de los residentes, pero es necesario disponer de zonas comunes diferenciadas en cuanto aparezcan casos.

70. Se dispone de una instrucción de trabajo de cómo actuar en zonas comunes.

Uso obligatorio de protección respiratoria (excepto en el momento de la ducha y comer y beber).

El documento tiene que contener al menos: como se accede, como se retira los EPIs y donde se depositan, ¿Cómo llegan a ella? Cambio de EPI (necesario). Ventilación. Asientos señalizados y a distancia. Puede ser necesario instalar mamparas. Aforos. < 4 m² solo 1 persona. Establecer turnos, si no hay suficiente espacio. Gel adecuado en zonas de máquinas de café, por ejemplo.

71. El personal sale al exterior a descansar (tanto para fumar como para comer).

Se deben revisar los espacios en el exterior para la realización de estos descansos (habilitados por las empresas o usados de forma informal por la plantilla). Implantando medidas para garantizar la distancia en dichos lugares (restricciones, señalización en el suelo para mantener las distancias, establecimiento de turnos, etc.). Si es posible establecer zonas separadas para trabajadores Covid y no (si realmente existe esa diferenciación). Se debe tener en cuenta el acceso hasta ahí.

VENTILACIÓN

72. El edificio (o parte de sus modificaciones) es posterior al año 1998.

Teniendo en cuenta que cada vez parece más claro que existe transmisión aérea del virus, debemos revisar el tema de la ventilación en profundidad. Tanto para la protección de los residentes como del personal de la residencia. Tomando ventilación como sustitución del aire interior por aire exterior.

Referencias:

- [Evaluación del riesgo de transmisión mediante aerosoles](#) (Ministerio Sanidad).
- [Información científico-técnica](#) (Ministerio Sanidad).
- [Revista Science](#)
- [CDC EEUU](#)
- [Sistemas de ventilación y climatización](#) (Ministerio Sanidad)
- [Ventilación en colegios CSIC](#)
- [Informe científico](#) (Ministerio de Ciencia e innovación)
- [Consejo interterritorial de Salud](#)
- [OMS](#) (es posible pero hay que investigar más).

Para ello, en primer lugar, se trata de establecer si la residencia ya fue diseñada y construida bajo unos criterios que también incluyen exigencias sobre su ventilación. Teniendo en cuenta los criterios constructivos de cada época, se toma el RITE de 1998 como referencia mínima en cuanto a caudales de aire exterior.

Depende de dicho año, las exigencias sobre el caudal de aire exterior mínimo eran:

- Para edificios posteriores (o con modificaciones posteriores) a 2008, las residencias deben cumplir el [RITE \(2007\)](#). En él, el caudal debe ser al menos de 12,5 l/s por persona (IDA 2 – aire de buena calidad).
- Para edificios entre **1998 y 2007** (o con modificaciones en dicho periodo), se debe cumplir lo establecido en la norma UNE 100-011-91: 15 l/s y habitación; y en las zonas comunes 10 l/s por persona.
- Para edificios entre **1981 y 1998** (o con modificaciones en dicho periodo), se debe cumplir lo dispuesto en la IT.IC.02 de 1981: en los dormitorios de residencias el caudal mínimo será de 3,5 l/s y persona; en los salones sociales de estas, será de 7 l/s y persona.

73. El edificio dispone de una **instalación mecánica de ventilación**.

Se pretende determinar si el edificio (o parte de él) dispone de un sistema de ventilación mecánica que asegure un determinado caudal de aire exterior:

- integral (entrada y salida de aire forzada),
- o mixta (o la entrada o la salida de aire debe hacerse sin sistema mecánico).

Es posible que parte del edificio disponga de ventilación forzada (por una reforma reciente, por ejemplo) y otra no. De cara a elaborar el informe, es importante especificar qué sistema existe en cada zona.

73.1. En caso afirmativo, ¿se han verificado los caudales de entrada de aire exterior durante 2020 por parte de empresa mantenedora autorizada?

Se pretende determinar si durante el año 2020 se han realizado tareas de mantenimiento del sistema de climatización por parte del mantenedor autorizado, y si esta ha incluido una verificación de los caudales de entrada de aire exterior.

Como parte de las medidas recomendadas frente al virus, se debe verificar que los equipos encargados de la renovación de aire trabajen al menos en sus condiciones nominales de diseño. Lo recomendable es que funcione con el caudal máximo que permita el sistema y que las posibles pérdidas de carga sean mínimas (filtros con colmatación, etc.).

73.2. En caso de que se disponga de instalación de ventilación, este **recircula el aire**.

Es necesario conocer si el sistema de ventilación mecánica recircula el aire (en algún porcentaje, es posible que lo mezcle con aire procedente del exterior) o no.

En caso de que se disponga de sistemas que recirculen el aire, eliminar esta recirculación siempre que sea posible (cerrar compuertas de recirculación, «bypass» en la sección de recuperación, etc.) o tener en cuenta el punto siguiente.

Para los equipos interiores de pared (fancoils o splits) únicamente deberían funcionar si se incluyen en instalaciones con ventilación exterior.

73.3. El sistema de recirculación del aire cuenta al menos con **filtros HEPA H13**.

Si el equipo lo permite se puede incluir un filtrado mediante filtros HEPA H13 mínimo.

En caso contrario, debe estudiarse, por ser potencialmente un foco para la transmisión del virus (eventualmente, puede ser necesario desconectarlo).

74. Se dispone de **datos** sobre la **ventilación** de las diferentes áreas (caudales de aire exterior, en caso de ventilación mecánica y/o estudio de la ventilación natural necesaria por zonas).

Tanto si se dispone de ventilación mecánica o no, es necesario comparar los datos de dicha ventilación con los que se han considerado suficientes para impedir una transmisión aérea del virus (ver ítem siguiente).

Es posible que con la ventilación existente ya se alcancen los niveles necesarios (y por tanto bastaría con un control indirecto mediante medición del CO₂) o que sea necesario aumentarla; pero para ello son necesarios datos.

75. Si se dispone de datos, dichos caudales de **aire exterior** son **suficientes**.

Aún se desconoce cuál es el caudal de aire exterior mínimo para impedir una transmisión aérea.

Los siguientes límites se han establecido en base a diferente documentación:

- Habitaciones COVID o zonas comunes COVID residentes: 160 l/s/paciente (tasa de ventilación media por hora), con un mínimo de 80 l/s/paciente en edificios posteriores al año 1998. **Para edificios anteriores a dicha fecha, las tasas podrían ser la mitad.**
(nota: el hecho de establecer un mínimo es para que se garantice una renovación de aire continua, no 30 minutos con 320 l/s/paciente y el resto 0).
- Pasillos COVID: 2,5 l/s/m³.
- Zonas comunes no COVID residentes. 60 l/s/persona.
- Resto zonas: 14 l/s/persona.

Se deben comparar los datos disponibles en cada residencia con los indicados más arriba.

En caso de no disponer de ellos, en el informe se debe reflejar e instar a las residencias a conseguirlos. Mientras tanto, se puede optar por realizar mediciones de CO₂ en las diferentes zonas, como método indirecto para determinar la ventilación existente.

Referencias:

- En el RITE (2007) se especifica que el caudal de aire exterior mínimo debe ser de 12,5 l/s por persona (IDA 2 – aire de buena calidad. Como referencia, para hospitales, establece 20 l/s/persona). Teniendo en cuenta que estamos ante un virus con transmisión aérea, el caudal no puede ser el mismo. A pesar de que el parque edificatorio es muy diverso, y las normas de referencia para su diseño de distintas épocas, es necesario que el aporte de aire exterior sea siempre el máximo que permita el sistema que atienda el edificio.
- Tabla 5 norma UNE 100713:2005 – Instalaciones de acondicionamiento de aire en hospitales. Para la mayor parte de las zonas indica 10 m³/(h y m²).
- Ventilación natural para el control de las infecciones en entornos de atención de la salud (OMS): La tasa recomendable de renovaciones de aire que indica la OMS deberían ser al menos 12 en salas donde se pretende prevenir una transmisión aérea en un edificio nuevo, o 6 en edificios antiguos <https://bit.ly/3mbbPSz> (aplicable a habitaciones o zonas comunes COVID).
- El documento del CSIC sobre aulas, indica que un posible valor adecuado para reducir riesgo de contagio en colegios es 14 litros por persona y segundo.

76. Se ha elaborado alguna **instrucción** específica sobre la **ventilación natural** del centro.

Debemos preguntar sobre la ventilación natural del centro (si se hace).

Es importante que se consigan unas tasas de ventilación mínimas. Normalmente, no es suficiente con mantener una ventana abierta, es necesario combinar ello con sistemas centralizados de extracción o generar una ventilación cruzada (corriente).

Se debe tener en cuenta que vamos hacia una época invernal y no se va a ventilar de la misma manera que se puede hacer ahora.

En general, los centros no tienen alternativa a la ventilación natural (apertura de ventanas). Por lo tanto, es muy probable que, si la ventilación mecánica es inexistente o insuficiente, la renovación de aire se va a ver muy disminuida.

Deben establecerse medidas concretas, por ejemplo:

- Ventilación siempre cuando los usuarios abandonan la sala [ventanas abiertas de par en par, hasta que se consiga la concentración adecuada de CO₂ (consultar apartado 9)].
- Durante la permanencia de los usuarios, y en base a la concentración de CO₂, ir abriendo ventanas y puertas (teniendo en cuenta también las condiciones termohigrométricas del lugar).
- Todo ello, en conjunto con las medidas que se plantean en este cuestionario.

77. Existen **ventanas** en los siguientes espacios (si no es así, comprobar la disponibilidad de aperturas para su ventilación forzada):

- Zonas comunes residentes [comedores, salas de estar, servicios comunes, otras salas (fisioterapia, gimnasio, sala TV, capilla, sala de fumar, etc.).
- Zonas comunes personal (vestuarios, comedores).
- Otros, personal [zonas intermedias (zona de separación entre las zonas COVID, aislamiento preventivo y/o zona NO COVID), servicios, zona oficinas, recepción, enfermería, etc.).

Se pretende analizar la posibilidad (o no) de contar con cierta ventilación natural en las diferentes estancias del edificio.

Anotad aquellas zonas que no cuente con ventanas, y determinar si aquellas estancias que no cuentan con ventana disponen de sistema de extracción (zonas de baños, por ejemplo).

78. En la generación de corrientes de aire mediante ventilación natural, se tiene en cuenta los **flujos de aire** entre zonas COVID y NO COVID o Sospechosos.

Es necesario determinar la dirección del flujo de aire. Para evitar, por ejemplo, que el flujo de aire de una zona COVID no termine en una zona «limpia».

De forma muy simplificada, si se abren las ventanas de los dos extremos de un pasillo, el aire circulará por ella en función de la dirección del viento (creando una presión positiva en la zona de entrada y negativa en la contraria). Esto puede ser muy complicado de controlar en aquellas residencias en las cuales se dispone de una zona COVID en el extremo del pasillo.

79. Se dispone de algún otro sistema para las zonas con dificultades para obtener una ventilación adecuada («**purificadores**», por ejemplo).

En una gran parte de las residencias la ventilación actual no parece ser suficiente.

Además, y tal y como se indica antes, se debe tener en cuenta que vamos hacia una época invernal y no se va a ventilar de la misma manera que se puede hacer ahora. En general, los centros no tienen alternativa a la ventilación natural y por lo tanto es muy probable que, si la ventilación mecánica es inexistente o insuficiente, la renovación de aire se va a ver muy disminuida.

Ante situaciones donde la ventilación es dificultosa o nula, en los siguientes documentos se plantea la posibilidad de utilizar sistemas de filtración y purificación portátiles:

[Ministerio de Sanidad](#) lo recomienda para casos de locales con dificultad para obtener ventilación satisfactoria.

[CSIC](#) también lo recomienda cuando no hay posibilidades de ventilación natural y/o forzada central o individual, o son insuficientes.

[CDC EEUU](#) lo indica como medida cuando no hay otras soluciones para la ventilación.

[ASHRAE](#) también lo indica como una alternativa.

Como referencia, existen equipos con caudales de hasta 4500 m³/h (1250 l/s) [ejemplo](#) (unidad vertical página 26), caudales de 2400 m³/h ([ejemplo](#)), etc.

Características deseables:

- Al menos deberán contar con filtros HEPA H13.
- Debe calcularse adecuadamente el caudal necesario a filtrar.
- No deben contar con ningún otro sistema (radiación ultravioleta, iones, ozono, etc.) para inactivar los virus.
- Se recomienda, por las zonas en las que se ubicará, que el ruido emitido sea el mínimo posible.

En el siguiente [Anexo \(CSIC\)](#) se indican características y algunos ejemplos comerciales. Y el [excel adjunto](#) a dicha guía se puede utilizar para efectuar los cálculos necesarios a la hora de decidirse por un ejemplo en concreto

80. Se dispone de algún equipo, calibrado, para realizar mediciones de CO₂ en la residencia.

Como método indirecto para la comprobación de las condiciones de ventilación en una zona, pueden utilizarse mediciones de la concentración de CO₂ en ella.

En el siguiente [documento](#) (CSIC) se establecen dos métodos para verificar que la ventilación es correcta. Y el [Excel adjunto](#) a dicha guía se puede utilizar para efectuar los cálculos necesarios.

Como referencia general, se pueden tomar 600 ppm de CO₂ como límite para considerar que la ventilación puede ser inadecuada en una sala (teniendo en cuenta que dicho valor no tiene en cuenta ni las dimensiones de esta ni su ocupación. Sería necesario efectuar los cálculos adecuados para ajustar el dato).

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN.

81. Existe un procedimiento o instrucciones específicas para la limpieza y desinfección a fondo (por escrito).

Deben ser instrucciones concretas y claras. Y se debe establecer qué se limpia y/o desinfecta (puede recomendarse utilizar una lista de chequeo para ello, por ejemplo), cómo y cuándo se realizan estas.

Se debe diferenciar entre zonas COVID, zonas no COVID y zonas de aislamiento.

Consultar con el personal de limpieza (qué-cómo-cuándo se limpia). ¿Se cubren los 3 turnos + fines de semana?

También se debe garantizar la limpieza y desinfección de las zonas comunes (salones, baños y lavabos, vestuarios, salas de descanso, zona de visitas, etc.).

Deben ser instrucciones, concretas, por ejemplo: dilución de 20 ml de lejía (que contenga 50 gr/l de hipoclorito sódico) en 980 ml de agua preparada diariamente.

No se ha encontrado evidencia sobre la eficacia y seguridad de la desinfección de SARS-CoV-2 con dispositivos [ozono](#).

En el caso de [productos que utilizan radiaciones Ultravioleta.C para la desinfección del SARS-CoV-2](#), el Ministerio de Sanidad elaboró una nota sobre ello.

El uso inadecuado de los mismos puede suponer un doble riesgo, por posibles daños a la salud humana así como por dar una falsa sensación de seguridad.

El procedimiento debe incluir los equipos de protección necesaria para el personal de limpieza (FFP2, guantes frente a riesgo biológico con el símbolo «virus», ropa de trabajo adecuada, etc.). Así como indicaciones claras y concretas para pasar de unas zonas a otras (retirada de mascarilla, sustitución de bata, material específico en cada zona o su desinfección previa, etc.).

82. Se dispone de productos adecuados para la limpieza y desinfección de superficies, materiales, manos y/o equipos de trabajo [lejía, productos [viricidas autorizados](#), [antisépticos para piel sana](#) y/o etanol (> 70 %) en cada caso].

Debemos comprobar que los productos químicos utilizados son adecuados a lo indica a continuación.

Se recomienda hablar personalmente con el personal de limpieza y comprobar «in-situ» los productos químicos de los carros.

■ Productos de limpieza:

- Deben estar en el listado de [viricidas autorizados](#) (TP2, o TP4 en la cocina).
- La lejía* es adecuada (depende de las diluciones). Por ejemplo:
 - Lejía de 50 gr/l: al menos 20 ml en 980 ml de agua.
 - Lejía de 35 gr/l: al menos 30 ml en 970 ml de agua.
- Producto clorado con hipoclorito al 1% (por ejemplo): sería necesario, al menos, 100 ml en 900 ml de agua.
- Para utilizar en el lavado de las prendas, revisar aquellos que en el enlace anterior indican desinfección de tejidos mediante lavado automático (en TP2).

*Nota: Se entiende por lejías «las soluciones de hipoclorito alcalino, tal y como se producen por la industria, incluyan o no los aditivos necesarios para su puesta en el mercado, siendo su contenido en cloro activo no inferior a 35 gramos por litro ni superior a 100 gramos por litro»:

■ Higiene de manos:

- Deben estar en el listado de [viricidas autorizados](#) (TP1) o en el de [antisépticos para piel sana](#) autorizados por AEMPS.
- Hidrogeles con un contenido en etanol mínimo del 70% (no alcohol denat). Podría ser válido. En el documento de [Información científico-técnica del Ministerio de Sanidad](#) se indica que: «En condiciones experimentales, el SARS-CoV-2 se redujo [...] a los 5 minutos de aplicar lejía casera en concentraciones de 1:49 y 1:99, etanol 70%...». En cualquier caso, se recomendará que adquieran viricidas autorizados.
- La norma UNE-EN 14476 establece unos ensayos para estos productos. Pueden tener una actividad viricida «total» (ensayo con *Poliovirus*, *Adenovirus* y *Murine Norovirus*), actividad viricida del espectro limitado (*Adenovirus* y *Murine Norovirus*) o actividad contra virus con envoltura (ensayo con *Vacciniavirus*). En todos los casos serían efectivos frente a los *Coronavirus*, que al ser virus con envoltura son menos resistentes a los productos desinfectantes. Y debe ser efectivo en un periodo máximo de 2 minutos.
- En el listado de los viricidas autorizados hay varios, acreditados a nivel europeo, que únicamente tiene acción viricida frente al virus de la gripe A. Estrictamente, no cumplen la norma UNE (esta indica que se pueden hacer ensayos con otros virus, pero al menos deben ser los indicados). En cualquier caso, se recomendará que adquieran viricidas autorizados.

Para el informe, es necesario indicar todos aquellos productos (tanto de limpieza como para higiene de manos) que no cumplen las condiciones anteriormente especificadas.

83. En caso de existir zona COVID o ante la aparición eventual de casos: se dispone de material de limpieza exclusivo para dicha zona (carro de limpieza, cubos, fregonas, mopas, trapos...).

Lo ideal es que se disponga de material de limpieza exclusivo para cada zona («limpia», COVID y sospechosos).

En caso contrario, es necesaria la desinfección exhaustiva de cada equipo de trabajo/material antes del paso a la zona contigua (a realizar en la zona intermedia).

84. Se garantiza la limpieza y desinfección de los equipos de trabajo [carros (de medicinas, comida, de limpieza, ropa y basura), «palos portasueros», sillas para duchas geriátricas, sillas de ruedas, grúas, arneses para las grúas, termómetros, fonendos]. En algunos casos entre cada usuario (casos sospechosos) o entre zonas (COVID, sospechosos y/o NO COVID).

Como se indica en el punto anterior, lo ideal es que se disponga de equipos de trabajo exclusivos para cada zona («limpia», COVID y sospechosos).

Pero en muchos casos, no se dispone de dichos equipos en suficiente cantidad para ello.

En cualquier caso, al menos en zona No covid y/o aislamiento de sospechosos (y al salir de la zona COVID) es necesaria una desinfección exhaustiva de los equipos de trabajo.

Comprobar in situ cómo se llevan a cabo estas.

GESTIÓN DE LAVANDERÍA

85. La empresa se responsabiliza del lavado y la descontaminación de la ropa utilizada por los trabajadores.

86. En caso afirmativo, se hace en la propia lavandería del centro (en caso de respuesta negativa, se entiende que lo realiza una lavandería externa).

87. Se lava la ropa del personal externo.

88. Los trabajadores asistenciales o que realizan tareas en zonas con residentes realizan un cambio diario de su uniforme de trabajo o después de situaciones de riesgo.
89. Se han establecido unas normas por escrito del proceso de segregación, transporte y lavado de ropa.
90. Se establece un método de recogida de prendas (ropa de los residentes, ropa de cama, ropa de trabajo del personal, etc.) que provengan de una zona COVID o donde existan casos sospechosos:
90.1. Cubo con pedal, tapa y bolsa.
90.2. La bolsa con dicho material es hidrosoluble y esta se introduce en una segunda bolsa normal. En aquellos casos en los que no puedan utilizarse bolsas hidrosolubles (ropa mojada, equipos de trabajo antiguos que se atascen...) hay otras soluciones. Por ejemplo, sacos autovaciado .
90.3. Bolsa se identifica con otro color, etiqueta identificativa
91. La ropa de trabajo del personal se almacena en una zona «limpia» o en caso contrario, embolsada. Para evitar introducir virus en zonas NO COVID.
92. Está definido un recorrido para el transporte de la ropa «sucia» desde su punto de producción hasta la lavandería, estableciendo específicamente el circuito (pasillos, ascensores, etc.) para evitar en lo posible el cruce de líneas sucias y limpias
93. Se limpia y desinfecta el carro tras cada transporte de la ropa sucia.
94. Se llevan a cabo medidas preventivas en la zona de lavandería.
94.1. En la zona de lavandería se extreman las medidas habituales de separación de la zona «sucia» y de la zona «limpia».
94.2. Si hubiera que sacar la ropa de la bolsa para introducirla en la lavadora, se manipula solo en ese momento (sin pasos intermedios).
94.3. Existen instrucciones de que no se sacudirá la ropa antes de introducirla en la lavadora.
94.4. Se lava la ropa los con jabones o detergentes habituales a 60-90° C durante al menos 30 minutos o de lo contrario con productos viricidas que garanticen desinfección. En el listado de viricidas autorizados hay agentes para la desinfección de tejidos (incluyendo instrucciones para su uso en lavadoras). En tal caso, si se respetan las condiciones de uso del fabricante no sería necesario lavar a 60° C.
94.5. El personal de lavandería utiliza EPI adecuado. Consultar apartado EPI.
GESTIÓN DE RESIDUOS
95. Se dispone de procedimiento para la gestión de residuos. Zona no covid asimilables a urbanos. Zona covid clase III infecciosos. https://bit.ly/3mNNnae (Protocolo salud Navarra).
96. Se dispone de papeleras o contenedores con tapa y pedal (y bolsa) para desechar residuos de los residentes, EPI, pañuelos desechables, etc. (en cada estancia, incluyendo salas comunes, y en número suficiente).
97. Para los residuos de zona COVID se utiliza bolsa de otro color a los residuos asimilables a urbanos.
98. Está establecido el circuito de residuos desde puntos de procedencia hasta los puntos destino.
99. Se utiliza un carro específico para el transporte de los residuos.
100. Se utiliza un ascensor exclusivamente para “zona sucia”.
100.1. Si no es factible lo anterior se realiza una limpieza y desinfección tras cada uso para transporte de residuos y se hace este en horas de menor afluencia de residentes.
100.2. Se acumulan las bolsas de residuos en una zona a la que no puedan acceder los usuarios y no directamente sobre el suelo.
101. El personal utiliza EPI adecuado para el manejo de residuos. Consultar apartado EPI.
FORMACIÓN / INFORMACIÓN
102. Existen carteles con descripción de precauciones necesarias y EPI requeridos en acceso a áreas COVID-19.
103. Existen carteles con relación a la correcta higienización/ lavado de manos.

104.	Existen carteles sobre la correcta colocación, utilización y retirada de los equipos de protección individual necesarios. Lugar de ubicación de los mismos.
105.	Existen carteles de ocupación máxima en cada sala de uso común.
106.	Se realiza formación presencial. Indicad periodicidad o fecha en el informe. Y número de horas.
107.	Se realiza formación online. Indicad periodicidad o fecha en el informe. Y número de horas.
108.	Contenido. Se incluyen los siguientes aspectos: Contemplar la formación previa a la incorporación en nuevas contrataciones, así como facilitar el acceso a la formación e información a todo el personal. Sería conveniente contar con personal de referencia al cual puedan dirigirse el resto de trabajadores en el caso de presentar dudas acerca de los diferentes procedimientos, así como designación del personal que estará en contacto con los casos positivos. Deberán estar debidamente formados.
108.1.	Información sobre la enfermedad. Los Coronavirus son una familia de virus que pueden causar diferentes afectaciones. Enfermedad COVID-19. Síntomas y personal vulnerable. Mecanismos de transmisión. Tratamiento.
108.2.	Medidas preventivas y de protección frente al COVID-19.

108.2.1. Instrucciones sobre medidas de Higiene.

Al inicio de la jornada

- Retirar los anillos, reloj, pulseras y otros adornos.
- Llevar el pelo recogido y utilizar gorro.
- Hacer higiene de manos con agua y jabón.

Durante la jornada

- Utilizar, en la medida de lo posible, ropa exclusiva para el trabajo.
- Hacer higiene de manos antes de colocarse los guantes y después de su retirada.
- Solución hidroalcohólica.
- Evita uñas largas que puedan comprometer la integridad del guante.
- Evitar el uso de anillos, pulseras, pendiente, relojes de muñeca u otros adornos.
- Cortes, heridas y lesiones de las manos, cubiertas con apósitos impermeables.
- Si tienes barba y necesitas utilizar protección respiratoria, vigila que permita un buen ajuste de la mascarilla.
- Hacer un uso racional de los Equipos de Protección Individual, en base a los protocolos establecidos.
- No poner el calzado de trabajo sobre sofás, asientos, etc.
- No comer ni beber fuera de los lugares destinados para ello.
- Si se trae comida de casa que sea envasada o en una bolsa.
- No compartir cubiertos, vasos o tazas y al final de su uso lavarlos con agua jabonosa.
- Realizar la limpieza periódica de los equipos de trabajo comunes (teclados, ordenadores, teléfonos)
- Realizar las desinfecciones de las superficies horizontales de uso común con un desinfectante de superficies.

Al final de la jornada

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Ponerse la ropa de calle procurando no tocarla con el uniforme o elementos del trabajo.
- Limpiar los objetos de uso personal (el móvil, las gafas...) con un paño impregnado en alcohol o con agua y jabón dependiendo del objeto.
- Lavarse las manos con agua y jabón y hacer higiene de manos con solución hidroalcohólica.

Al llegar a casa

- Hacer higiene de manos con agua y jabón al llegar a casa y en la medida de lo posible, no tocar nada al entrar.
- Dejar, en la entrada, en una caja o similar el bolso, la mochila, las llaves...
- Intentar desconectar y descansar.
- Come de forma equilibrada.
- Realiza actividades no relacionado con el trabajo que encuentre reconfortantes, divertidas relajantes.
- Entiende que tomar un descanso adecuado derivará en una mejor atención a los residentes.

108.2.2. EPI.

Protección respiratoria.

Guantes y ropa de protección.

Protección ocular y facial

Formación teórico práctica de colocación, uso, retirada, desinfección, almacenamiento y mantenimiento de cada equipo de protección.

Persona responsable de la gestión de EPI.

No compartir los EPI, son de uso personal.

Instrucción de informar a la persona responsable de EPI sobre:

- Anomalía o daño apreciado en el equipo de protección individual utilizado que, a su juicio, pueda entrañar una pérdida de su eficacia protectora,
- Cualquier problema de abastecimiento o stock.

Preguntas a los trabajadores asignados a zona COVID-19.

- Existe una zona intermedia entre zona Covid y zona limpia, donde se ubican los EPI.
- Antes de entrar en Zona Covid o en la habitación de aislamiento los trabajadores se colocan correctamente el EPI.
- Los trabajadores no se tocan la parte externa de la bata, la protección respiratoria ni la protección ocular durante la realización de sus tareas.
- Una vez finalizada la atención, dentro de la habitación, se retira primero los guantes y después la bata.
- El EPI usado se elimina en un cubo con apertura de pedal, con bolsa de diferente color al habitual, ubicado dentro de la habitación.
- La protección ocular se colocará en un contenedor (tuper, bolsa) específico para su adecuada desinfección.
- La mascarilla se lleva puesta hasta la salida de la habitación.
- Se elimina la mascarilla y se desecha en un cubo con apertura de pedal con bolsa de diferente color al habitual, ubicado en la salida de la habitación o zona COVID.

Atención a varios pacientes COVID-19, de forma secuencial, en la misma zona de trabajo.

- Los guantes se cambian siempre entre pacientes, incluso los que ocupan la misma habitación.
- Una vez finalizada cada atención, dentro de la habitación se retiran los guantes y se realiza una higiene de manos antes de colocarse otros limpios.
- Los EPI (excepto guantes) no se retiran durante la atención a otros pacientes COVID19 cuando la asistencia se realiza de manera secuencial y en la misma zona de trabajo.
- Fuera de la habitación, se realizará la higiene de manos con gel hidroalcohólico, manteniendo la bata, gafas y mascarilla hasta finalizar la atención de todos los pacientes con clínica respiratoria.
- Al finalizar la atención:
 - La protección ocular se coloca en un contenedor específico (bolsa, tuper) para su adecuada desinfección.
 - Se elimina la mascarilla, desechada en un cubo con apertura de pedal con bolsa de diferente color al habitual, ubicado en la salida de la habitación.

108.3. Aspectos de Vigilancia de la Salud.

Establecer un canal de comunicación eficaz con el SPRL (Vigilancia de la salud) para poder llevar a cabo y coordinar desde el propio centro los protocolos correspondientes, que afecten a los trabajadores tanto propios como externos, asegurando su correcto cumplimiento.

Información sobre Test Diagnósticos. Grupos de Riesgo y Trabajadores Especialmente Sensibles.

108.4. Medidas organizativas.

Desplazamientos. Favorecer el desplazamiento al trabajo de forma individual.
En vehículos compartidos, mantener la mayor distancia entre personas con la protección respiratoria adecuada.
Garantizar la distancia interpersonal de 1,5 metros si se utiliza transporte público
Salidas y entradas escalonadas.
Vestuario y comedores. Aforo y turnos.
Evitar reuniones presenciales.
Mantenimiento de la distancia de seguridad.
Mantenimiento de las salas comunes ventiladas
Información acerca de las medidas que está tomando la empresa.

108.5. Recursos emocionales para profesionales.

Consejos para cuidar la salud emocional de los trabajadores

VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL TRABAJO

109. Todos los trabajadores que prestan sus servicios en la residencia identifican con qué SPRL tienen contratada la Vigilancia de la Salud.

110. Se cumplen los protocolos siguientes (En personal Propio y externo).

110.1. Protocolo de actuación para trabajadores sintomáticos.

Transmitir y concienciar a los trabajadores de la importancia de:
En caso de presentar síntomas compatibles con COVID-19 (Infección respiratoria aguda, fiebre, tos o sensación de falta de aire.
Otros síntomas según criterio clínico: odinofagia (Dolor de garganta), anosmia (pérdida de olfato), ageusia (Pérdida del sentido del gusto), dolor muscular, diarrea, dolor torácico o cefalea) no debe acudir al centro de trabajo o ausentarse del mismo con la protección respiratoria adecuada. Deben contactar con la empresa, SPRL, Enfermera de consejo y/o Centro de Salud. Todos los casos sospechosos se mantendrán en aislamiento a la espera del resultado de la PDIA.

110.2. Procedimiento de Tests Diagnósticos en trabajadores asintomáticos.

Se debe contemplar un procedimiento a través del cual se gestione la solicitud de test diagnóstico a los trabajadores que presenten atención directa a residentes que se incorporen por primera vez al centro de trabajo, así como aquellos que regresan de permisos o vacaciones por periodos superiores a 14 días.
También se contemplará la realización de dichos test a profesionales sanitarios en entornos de alto riesgo, según criterio de SPRL. Desde la residencia y de forma conjunta con el SPRL correspondiente a cada trabajador es importante gestionar el correcto cumplimiento del procedimiento tanto en personal propio como ajeno. Contemplando la posibilidad de presentar personal autónomo que accede a las instalaciones a prestar sus servicios en ocasiones puntuales.

110.3. Búsqueda de contactos estrechos laborales.

El SPRL debe ser conocedor de los casos positivos en trabajadores para investigar las causas y proponer medidas preventivas.

110.4. Trabajadores Especialmente Sensibles.

Establecer un procedimiento mediante el cual se facilite a los trabajadores la posibilidad de contactar a través de la empresa con el SPRL para poder evaluar la presencia de personal trabajador especialmente sensible en relación a la infección de coronavirus SARS-CoV-2, establecer la naturaleza de especial sensibilidad de la persona trabajadora si así corresponde y emitir un informe sobre las medidas de prevención, adaptación y protección. Para ello, tendrá en cuenta la existencia o inexistencia de unas condiciones que permitan realizar el trabajo sin elevar el riesgo propio de la condición de salud de la persona trabajadora.

CUESTIONARIO COVID-19 «RESIDENCIAS».

A. Técnico/a:	B. Fecha de visita:
C. Servicio de prevención (de la empresa visitada):	D. Ref. visita:
E. Razón social empresa visitada:	F. CIF:
Persona de contacto:	Telf.:
Correo electrónico persona contacto:	

Ponga una x en la columna de la derecha correspondiente.

ITEMS	SI	NO	NP
PLAN DE CONTINGENCIA			
111. Disponen de él.			
112. Actualizado en base a medidas (ISPLN, Unidad Sociosanitaria, Salud).			
113. Conocido por el personal.			
114. Elaborado con colaboración del Servicio de Prevención.			
115. Descripción del centro.			
115.1. Plano con la información necesaria.			
115.2. Análisis detallado de las infraestructuras del centro. Espacios disponibles, distribución de habitaciones (dobles, individuales) y baños.			
115.3. Accesos controlados, con vestíbulo con elementos desinfección y registro personas.			
116. Se dispone de un procedimiento que recoja la actuación ante casos confirmados o sospechosos de contagio por Covid-19.			
116.1. Previstas e identificadas en plano las zonas COVID, zona de aislamiento preventivo.			
116.2. Identificación de sus límites, los elementos que las componen, etc.: entrada, zonas de colocación y/o retirada de EPI, habitaciones, baños, y salida de la zona.			
116.3. Circuitos «limpio» y «sucio».			
116.4. Ascensor, escaleras restringidas para personal zona COVID.			
117. Residentes.			
117.1. Se identifica el número.			
117.2. Se han establecido grupos convivenciales.			
117.3. Se han clasificado los residentes en función de dependencia funcional, cognitiva.			
118. Recursos Humanos.			
118.1. Disponibles, cualificación, puesto de trabajo que ocupan, organización de turnos de trabajo.			
118.2. Personal sanitario propio.			
118.3. Recursos sanitarios externos.			
118.4. Existencia de trabajadores que vayan a otros centros.			

ITEMS	SI	NO	NP
118.5. Medidas que aseguren la continuidad de la prestación del servicio ante posibles bajas de personal. Gestión de posibles nuevas contrataciones, análisis de dificultades, etc.			
118.6. Estimación del personal necesario ante distintas situaciones de riesgo (casos concretos, brote masivo, elevado número de contactos estrechos ante un caso, etc.).			
118.7. Relación detallada de los recursos disponibles (personal sanitario y no sanitario) para la atención a usuarios con COVID-19.			
118.8. Medidas de formación para el personal del centro dirigidas a mejorar la seguridad en el trabajo y a cumplir adecuadamente las pautas de higiene y prevención.			
119. Resto de personas (usuarios, prestadores de servicio...)			
119.1. Medidas de información dirigidas a personas usuarias, personal del centro, en su caso, visitantes y otros prestadores de servicio.			
119.2. Definido Plan de visitas.			
120. Material.			
120.1. Inventario (solución hidroalcohólica, EPI, material de limpieza y desinfección, contenedores de material infeccioso).			
120.2. Se ha asegurado una reserva y reposición.			
121. Protocolos.			
121.1. Gestión de los EPI.			
121.2. Limpieza y desinfección.			
121.3. Coordinación con subcontratas, ETT y trabajadores autónomos externos.			
121.4. Gestión de residuos.			
121.5. Gestión de lavandería.			
121.6. Ventilación.			
122. Medidas técnicas y organizativas.			
RESIDENTES			
123. Se han establecido grupos de convivencia.			
124. Los residentes de cada grupo que conviven en habitaciones contiguas comparten los mismos espacios, que son exclusivos para ellos.			
124.1. Se han establecido barreras físicas al menos disuasorias entre los diferentes espacios de las unidades convivenciales.			
124.2. Si las características del centro no permiten lo anterior (es decir, se comparten espacios) se establecen horarios y/o división de las zonas comunes.			
125. Los usuarios que comparten habitación o baños comunes también comparten mesa de comedor.			
126. El personal es exclusivo para un único grupo convivencial o se encarga de varios grupos.			
126.1. Personal de atención continua (gerocultoras o auxiliares).			
126.2. Enfermería, médico, fisioterapeuta, etc.			
127. En la visita se comprueba que los residentes portan mascarilla (al menos mascarilla quirúrgica).			
128. Hay evidencia de que se establecen los cauces necesarios para concienciar a los residentes válidos/autónomos de la importancia de cumplir las medidas preventivas así como del uso de mascarilla quirúrgica.			

ITEMS	SI	NO	NP
ZONAS COVID Y/O AISLAMIENTO PREVENTIVO.			
129. Se dispone de un procedimiento que recoja la actuación ante casos confirmados o sospechosos de contagio por Covid-19.			
130. Existe una zona para casos confirmados por Covid-19.			
131. Existe una zona de aislamiento preventivo (casos sospechosos por Covid-19).			
132. Tienen sectorizada físicamente las diferentes zonas (COVID, aislamiento preventivo, NO COVID).			
133. Se dispone de zonas intermedias entre los diferentes espacios (COVID, aislamiento preventivo, NO COVID).			
134. La ventilación en las zonas intermedias es adecuada.			
135. Existe un procedimiento de puesta y retirada de los EPI después del acceso a cada zona			
136. Tienen trabajadores designados para cada una de las zonas.			
137. Se dispone de un acceso directo a la zona COVID y/o aislamiento preventivo.			
PERSONAL EXTERNO			
138. Se ha informado a todo el personal externo (trabajadores del centro de salud, contratas, autónomos, etc.) sobre las medidas implantadas por la residencia y los requisitos para acceder a ella.			
139. En el acceso a la residencia, se comprueba que el personal externo cumple las medidas indicadas.			
VISITAS			
140. Se dispone de procedimiento de visitas.			
141. Se informa previamente a la visita sobre el procedimiento que regula estas.			
142. En el acceso a la residencia, se comprueba que las visitas cumplen las medidas indicadas.			
143. El centro cuenta con una zona adecuada para visitas.			
ACOMPANIAMIENTO A RESIDENTES AL CENTRO HOSPITALARIO			
144. Se dispone de unas instrucciones adecuadas para el acompañamiento de los residentes al centro hospitalario/centro de salud.			
GESTIÓN DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL			
145. Existe protocolo para la adquisición de EPI y Productos Sanitarios:			
145.1. Define los requisitos que debe cumplir cada equipo.			
145.2. Define uno o más responsables.			
145.3. Incluye la revisión/verificación por parte del Servicio de Prevención.			
145.4. Está incluido en el Plan de Contingencia del Centro.			
146. Están claramente definidos (por puestos y tareas) los EPI a utilizar.			
146.1. Para el personal propio.			
146.2. Para el personal externo:			
147. Es suficiente el stock de equipos de protección disponible (para 1 mes mínimo).			
148. Se ha designado a una o varias personas responsables de la distribución y abastecimiento de EPI a los trabajadores (mínimo uno por turno).			
149. Se colocan carteles en las puertas o paredes donde se describe claramente el tipo de precauciones necesarias, los EPI requeridos en cada zona y las instrucciones de colocación, uso y retirada.			

ITEMS	SI	NO	NP
150. Se dispone de las instrucciones del fabricante de cada EPI.			
151. El centro sociosanitario tiene conocimiento del sistema de abastecimiento de EPI establecido por Derechos Sociales en caso de casos Covid en residentes.			
USO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS			
152. ¿Existe un protocolo sobre utilización, mantenimiento, almacenamiento y desinfección de EPI reutilizables: gafas, pantallas, etc.?			
153. Los EPI son de uso individual.			
154. Se prioriza el uso de ropa desechable en la zona de aislamiento preventivo y Covid.			
155. Los equipos reutilizables como gafas, pantallas, etc. se identifican con el nombre del trabajador			
156. Los EPI reutilizables se desinfectan siguiendo las instrucciones de los fabricantes			
156.1. Gafas y pantallas.			
156.2. Batas y buzos.			
156.3. Otros.			
157. Se almacenan en un espacio habilitado de forma que se evita la manipulación y posible contaminación por parte de otros trabajadores.			
EPI - TIPO DE TAREA			
158. En tareas sin contacto directo con residentes ni en zonas que puedan ser ocupados por estos.			
158.1. Mascarilla quirúrgica II.			
158.2. Mascarilla FFP2.			
158.3. Otras.			
159. En tareas de atención directa a residentes (aseo, alimentación, atención sanitaria, etc.) o contacto con objetos contaminados disponen y utilizan:			
159.1. Guantes.			
159.2. EPI respiratorio FFP2.			
159.3. Mascarilla quirúrgica IIR.			
159.4. Protección ocular: (UNE-EN 166:2002).			
159.4.1. Gafas antisalpicadura o gafa quirúrgica con protector lateral sencillo.			
159.4.2. Cubregafa (como alternativa, especialmente si se llevan gafas graduadas).			
159.4.3. Pantalla facial:			
160. En tareas en Zona COVID o de aislamiento por sospecha el personal sanitario y otro personal (auxiliares, limpieza, etc.) dispone y utiliza los siguientes equipos de protección individual:			
160.1. Guantes (EPI frente a virus, UNE-EN ISO 374-5:2016).			
160.2. EPI respiratorio FFP2.			
160.3. Ropa de protección.			
160.3.1. Bata quirúrgica (EN 13795).			
160.3.2. Bata resistente a líquidos y desechable.			
160.3.3. Buzo resistente a fluidos tipo 5b ,6b, desechable.			

ITEMS	SI	NO	NP
160.4. Protección ocular (UNE-EN 166:2002).			
160.4.1. Gafa antisalpicadura gafa quirúrgica con protector lateral sencillo.			
160.4.2. Cubregafa quirúrgica con protector lateral reforzada (como alternativa, especialmente si se llevan gafas graduadas).			
160.4.3. Gafas de protección integral gafa seguridad biológica cerrada, campo de uso 3,4,5, frente a salpicaduras, aerosoles, vapores.			
160.4.4. Pantalla facial pantalla de protección facial larga EPI.			
161. El personal que realice procedimientos médicos que generen aerosoles dispone de los equipo de protección individual:			
161.1. Guantes (EPI frente a virus, UNE-EN ISO 374-5:2016).			
161.2. Mascarilla FFP3.			
161.3. Ropa de protección.			
161.3.1. Bata quirúrgica.			
161.3.2. Bata Impermeable.			
161.3.3. Buzo desechable, impermeable, con capucha y con cremallera tipo 4-4B, (costuras herméticas frente a líquidos pulverizados)			
161.4. Protección ocular: gafas de protección integral/montura integral. Gafas seguridad biológica cerrada, campo de uso 3,4,5, frente a salpicaduras, aerosoles, vapores (EPI conforme a UNE-EN 166:2002).			
162. Se utilizan los EPI de protección respiratoria adecuados.			
DESPLAZAMIENTO HASTA EL CENTRO DE TRABAJO			
163. Se han proporcionado instrucciones para el transporte hasta y desde el centro de trabajo.			
164. Dichas instrucciones incluyen evitar todo lo posible compartir vehículo (vehículo propio o transporte colectivo) o, en todo caso, hacer uso continuado de la mascarilla FFP2.			
ORGANIZACIÓN ACCESO AL CENTRO DE TRABAJO Y MÉTODOS DE FICHAJE UTILIZADOS			
165. La entrada y salida al trabajo está organizada, de forma que no se forman aglomeraciones, y manteniendo las distancias interpersonales			
166. Fichaje mediante huella dactilar.			
167. Fichaje mediante papel y bolígrafo			
168. Fichaje mediante tarjeta			
COCINA			
169. Se dispone de un circuito para la limpieza de la vajilla usada por residentes en zona COVID o de aislamiento preventivo.			
170. Se dispone de lavavajillas o tren de lavado.			
171. El personal de cocina utiliza los EPI adecuados.			
172. Se desinfectan las cargas recepcionadas en la zona de cocina.			
ACTUACIÓN ANTE CASO DE DECESO			
173. Se dispone de procedimiento ante tales situaciones.			
174. En el procedimiento se incluye la supervisión de la actuación de la funeraria.			
ZONAS COMUNES TRABAJADORES			
175. Las características y medidas preventivas en los vestuarios son adecuadas.			
176. Las características y medidas preventivas en las salas de descanso son adecuadas.			
177. Las características y medidas preventivas en los baños son adecuadas.			

ITEMS	SI	NO	NP
178. Existen zonas comunes (vestuarios, salas de descanso, baños) diferenciadas para el personal que atiende zonas «sucias» (COVID y zonas de aislamiento preventivo) y zonas «limpias».			
179. En caso de que no cuenten con zonas diferentes (al no haber casos o sospechosos), existen los recursos para disponer de ellas de manera inmediata cuando pudieran aparecer casos.			
180. Se dispone de una instrucción de trabajo de cómo actuar en zonas comunes.			
181. El personal sale al exterior a descansar (tanto para fumar como para comer).			
VENTILACIÓN			
182. El edificio (o parte de sus modificaciones) es posterior al año 1998 .			
183. El edificio dispone de una instalación mecánica de ventilación .			
183.1. En caso afirmativo, ¿se han verificado los caudales de entrada de aire exterior durante 2020 por parte de empresa mantenedora autorizada?			
183.2. En caso de que se disponga de instalación de ventilación, este recircula el aire.			
183.3. El sistema de recirculación del aire cuenta al menos con filtros HEPA H13.			
184. Se dispone de datos sobre la ventilación de las diferentes áreas (caudales de aire exterior, en caso de ventilación mecánica y/o estudio de la ventilación natural necesaria por zonas).			
185. Si se dispone de datos, dichos caudales de aire exterior son suficientes .			
186. Se ha elaborado alguna instrucción específica sobre la ventilación natural del centro.			
187. Existen ventanas en los siguientes espacios (si no es así, comprobar la disponibilidad de aperturas para su ventilación forzada): ▪ Zonas comunes residentes [comedores, salas de estar, servicios comunes, otras salas (fisioterapia, gimnasio, sala TV, capilla, sala de fumar, etc.). ▪ Zonas comunes personal (vestuarios, comedores). ▪ Otros, personal [zonas intermedias (zona de separación entre las zonas COVID, aislamiento preventivo y/o zona NO COVID), servicios, zona oficinas, recepción, enfermería, etc.).			
188. En la generación de corrientes de aire mediante ventilación natural, se tiene en cuenta los flujos de aire entre zonas COVID y NO COVID o Sospechosos.			
189. Se dispone de algún otro sistema para las zonas con dificultades para obtener una ventilación adecuada (« purificadores », por ejemplo).			
190. Se dispone de algún equipo, calibrado, para realizar mediciones de CO₂ en la residencia.			
LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN			
191. Existe un procedimiento o instrucciones específicas para la limpieza y desinfección a fondo (por escrito).			
192. Se dispone de productos adecuados para la limpieza y desinfección de superficies, materiales, manos y/o equipos de trabajo [lejía, productos viricidas autorizados , antisépticos para piel sana y/o etanol (> 70 %) en cada caso].			
193. En caso de existir zona COVID o ante la aparición eventual de casos: se dispone de material de limpieza exclusivo para dicha zona (carro de limpieza, cubos, fregonas, mopas, trapos...).			
194. Se garantiza la limpieza y desinfección de los equipos de trabajo [carros (de medicinas, comida, de limpieza, ropa y basura), «palos portasueros», sillas para duchas geriátricas, sillas de ruedas, grúas, arneses para las grúas, termómetros, fonendos]. En algunos casos entre cada usuario (casos sospechosos) o entre zonas (COVID, sospechosos y/o NO COVID).			

ITEMS	SI	NO	NP
GESTIÓN DE LAVANDERÍA			
195. La empresa se responsabiliza del lavado y la descontaminación de la ropa utilizada por los trabajadores.			
196. En caso afirmativo, se hace en la propia lavandería del centro (en caso de respuesta negativa, se entiende que lo realiza una lavandería externa).			
197. Se lava la ropa del personal externo.			
198. Los trabajadores asistenciales o que realizan tareas en zonas con residentes realizan un cambio diario de su uniforme de trabajo o después de situaciones de riesgo.			
199. Se han establecido unas normas por escrito del proceso de segregación, transporte y lavado de ropa.			
200. Se establece un método de recogida de prendas (ropa de los residentes, ropa de cama, ropa de trabajo del personal, etc.) que provengan de una zona COVID o donde existan casos sospechosos:			
200.1. Se dispone de cubo con pedal, tapa y bolsa.			
200.2. La bolsa con dicho material es hidrosoluble y esta se introduce en una segunda bolsa normal.			
200.3. Bolsa se identifica con otro color, etiqueta identificativa			
201. La ropa de trabajo del personal se almacena en una zona «limpia» o en caso contrario, embolsada.			
202. Está definido un recorrido para el transporte de la ropa «sucia» desde su punto de producción hasta la lavandería, estableciendo específicamente el circuito (pasillos, ascensores, etc.) para evitar en lo posible el cruce de líneas sucias y limpias			
203. Se limpia y desinfecta el carro tras cada transporte de la ropa sucia.			
204. Se llevan a cabo medidas preventivas en la zona de lavandería.			
204.1. En la zona de lavandería se extreman las medidas habituales de separación de la zona «sucia» y de la zona «limpia».			
204.2. Si hubiera que sacar la ropa de la bolsa para introducirla en la lavadora, se manipula solo en ese momento (sin pasos intermedios).			
204.3. Existen instrucciones de que no se sacudirá la ropa antes de introducirla en la lavadora.			
204.4. Se lava la ropa los con jabones o detergentes habituales a 60-90° C durante al menos 30 minutos o de lo contrario con productos viricidas que garanticen desinfección.			
204.5. El personal de lavandería utiliza EPI adecuado.			
GESTIÓN DE RESIDUOS			
205. Se dispone de procedimiento para la gestión de residuos.			
206. Se dispone de papeleras o contenedores con tapa y pedal (y bolsa) para desechar residuos de los residentes, EPI, pañuelos desechables, etc. (en cada estancia, incluyendo salas comunes, y en número suficiente).			
207. Para los residuos de zona COVID se utiliza bolsa de otro color a los residuos asimilables a urbanos			
208. Está establecido el circuito de residuos desde puntos de procedencia hasta los puntos destino.			
209. Se utiliza un carro específico para el transporte de los residuos.			

ITEMS	SI	NO	NP
210. Se utiliza un ascensor exclusivamente para “zona sucia”.			
210.1. Si no es factible lo anterior se realiza una limpieza y desinfección tras cada uso para transporte de residuos y se hace este en horas de menor afluencia de residentes.			
210.2. Se acumulan las bolsas de residuos en una zona a la que no puedan acceder los usuarios y no directamente sobre el suelo.			
211. El personal utiliza EPI adecuado para el manejo de residuos.			
FORMACIÓN / INFORMACIÓN			
212. Existen carteles con descripción de precauciones necesarias y EPI requeridos en acceso a áreas COVID-19			
213. Existen carteles con relación a la correcta higienización/ lavado de manos			
214. Existen carteles sobre la correcta colocación, utilización y retirada de los equipos de protección individual necesarios. Lugar de ubicación de los mismos.			
215. Existen carteles de ocupación máxima en cada sala de uso común			
216. Se realiza formación presencial.			
217. Se realiza formación online.			
218. Contenido. Se incluyen los siguientes aspectos:			
218.1. Información sobre la enfermedad.			
218.2. Medidas preventivas y de protección frente al COVID-19.			
218.2.1. Instrucciones sobre medidas de Higiene.			
218.2.2. EPI.			
218.3. Aspectos de Vigilancia de la Salud.			
218.4. Medidas organizativas.			
218.5. Recursos emocionales para profesionales.			
VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL TRABAJO			
219. Todos los trabajadores que prestan sus servicios en la residencia identifican con qué SPRL tienen contratada la Vigilancia de la Salud.			
220. Se cumplen los protocolos siguientes (En personal Propio y externo).			
220.1.1. Protocolo de actuación para trabajadores sintomáticos.			
220.1.2. Procedimiento de Tests Diagnósticos en trabajadores asintomáticos.			
220.1.3. Búsqueda de contactos estrechos laborales.			
220.1.4. Trabajadores Especialmente Sensibles.			

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA (ISPLN/NOPLOI)

Polígono de Landaben - Calle E - 31012 Pamplona -
Tfno.: 848 42 34 40/ ssl.ispln@navarra.es
[ISPLN/NOPLOI](#) - riesgoslaboralesnavarra.es