



XLIX Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 159 de 2020

S/C

Comisión de
Derechos Humanos

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Programa Nacional del Adulto Mayor

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 14 de julio de 2020

(Sin corregir)

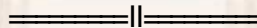
Preside: Señora Representante Verónica Mato.

Miembros: Señores Representantes Guillermo Besozzi, Pedro Irigoín Macari y Martín Sodano.

Invitados: Señores Subsecretario, licenciado José Luis Satdjian y Director de la Dirección General de Salud, doctor Miguel Asqueta, señoras Subdirectora de la Dirección General de Salud, doctora María Luján Giudici, Directora de la Dirección General de Coordinación, doctora Karina Rando y por el Departamento de Comunicaciones, Gabriela Gómez.

Secretaria: Señora Ma.Cristina Piuma Di Bello.

Prosecretaria: Señora Lourdes E. Zícarí.



SEÑORA PRESIDENTA (Verónica Mato).- Habiendo número, está abierta la reunión.

—Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se lee)

—Corresponde recibir a la delegación del Ministerio de Salud Pública.

(Ingresan a sala las autoridades del Ministerio de Salud Pública)

—La Comisión de Derechos Humanos da la bienvenida al subsecretario de Salud Pública, licenciado José Luis Satdjian; al director de la Dirección General de Salud, doctor Miguel Asqueta; a la subdirectora de la Dirección General de Salud, doctora María Luján Giudici; a la directora de la Dirección General de Coordinación, doctora Karina Rando, y a la integrante del departamento de Comunicaciones, señora Gabriela Gómez.

Esta Comisión cursó invitación a las autoridades del Ministerio de Salud Pública a efectos de conocer su visión sobre los temas que fueron planteados en la nota que se les envió.

Concretamente, la nota que dirigimos al señor ministro de Salud Pública, doctor Daniel Salinas, dice lo siguiente: "La Comisión de Derechos Humanos acordó realizar una serie de invitaciones a efectos de tomar conocimiento sobre los lineamientos previstos para el quinquenio y los planes de contingencia que se han desarrollado y se desarrollarán respecto de la pandemia por Covid 19.- Por lo antes expuesto, esta Asesora Parlamentaria tiene el agrado de invitar al señor Ministro, si así lo estima pertinente y, por su intermedio, al Director del Programa Adultos Mayores, con el fin de ilustrar al respecto. [...] Asimismo, solicitamos confirmación de asistencia y nómina de concurrentes que, dadas las condiciones sanitarias que exigen una serie de recaudos a seguir, no deberán superar el número de cuatro".

Esta nota es de fecha 1º de julio. Por suerte, el protocolo ha cambiado. Así que son bienvenidas y bienvenidos.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- En primer lugar, debo excusar al señor ministro de Salud Pública, doctor Daniel Salinas, por no concurrir a esta reunión. En este momento, él está en el departamento de Treinta y Tres porque en el día de hoy se inauguró un CTI público en el hospital de ASSE de la ciudad de Treinta y Tres. Esa es la razón por la cual se requirió su presencia en ese lugar, donde, como todos saben, estamos combatiendo el reciente brote de coronavirus que se detectó hace unos días. Con el esfuerzo de la Dirección Departamental de Salud de Treinta y Tres, de la Digecoor, de 1a Digesa y de ASSE, se pudo implementar un CTI público en ese departamento. Como decía, por eso el ministro tuvo que viajar a Treinta y Tres. De cualquier manera, no quisimos dejar de concurrir a esta Comisión porque entendemos que la invitación que nos cursaron es muy importante y porque siempre nos parece muy oportuno venir a conversar y a rendir cuentas al Parlamento, en este caso, a esta asesora, cada vez que se entienda necesario.

Entendemos que el tema que hoy nos convoca, como se adelantó en la invitación, es el relativo a los adultos mayores.

Al respecto, elaboramos un breve racconto de las acciones tomadas a partir del día 2 de marzo, cuando asumimos el control del Ministerio de Salud Pública, con el ministro Salinas y los directores. De manera que vamos a hacer una breve descripción de lo realizado, de la situación actual de los establecimientos de larga estadía para personas

mayores (Elepem) y de cómo hemos combatido la pandemia en ese segmento de población vulnerable al coronavirus.

Vale la pena destacar que, en las primeras semanas del mes de marzo, desde el Ministerio de Salud Pública se trabajó en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social - estos son los dos ministerios que tienen más injerencia en lo que refiere a la población de adultos mayores- para la unificación de los datos sobre el número de los Elepem, es decir, los establecimientos de larga estadía para personas mayores, que había hasta la fecha en todo el país, dado que no existía una base única de datos. Hasta ese momento, había datos dispares, que no estaban centralizados, y cada ministerio contaba con su propia base de datos, siendo distinta una de otra. Se unificó el criterio, previamente, entre ambos ministerios para poder elaborar una definición y un listado de establecimientos críticos. Para ello, se identificaron ciertas variables que determinan que un establecimiento sea crítico. La primera de ellas es no tener director técnico. A cada establecimiento se le exige que haya una dirección técnica responsable; para nosotros, no contar con director técnico es una cuestión crítica.

Otra de las variables es el hacinamiento constatado. Hay varios establecimientos en los cuales el hacinamiento es, de verdad, bastante riesgoso.

Otra variable son las denuncias previas con tenor de riesgo sanitario. Esto refiere a si se han recibido denuncias en el Ministerio de Salud Pública o en el Ministerio de Desarrollo Social en las que se establezca un riesgo sanitario.

Asimismo, se tuvo en cuenta el incumplimiento en el trámite de habilitación, ya sea por no presentar la documentación solicitada o porque hay reiteración de observaciones no subsanadas, así como los establecimientos bajo apercibimiento o aquellos casos en los que hay solicitud de sanciones por la parte técnica a la superioridad. Después vamos a referirnos a cómo es el trámite de habilitación o de registro.

Esto se llevó a cabo en los primeros días del mes de marzo, apenas tomamos control del ministerio. En forma paralela, se firmó un convenio entre los ministerios de Salud Pública y de Desarrollo Social y la Cruz Roja para hacer entrega de kits de equipos de protección personal, mascarillas quirúrgicas, alcohol en gel y productos de limpieza, a una serie de establecimientos para adultos mayores.

En esas primeras semanas, se comienza a trabajar en conjunto con el área programática de personas mayores en la elaboración de recomendaciones y protocolos para abordar el tema del impacto de la pandemia en esta franja etaria.

Desde el principio, priorizamos la prevención y la precaución en adultos mayores porque ha habido experiencia y evidencia en otros lugares del mundo, en otros países, donde la pandemia ha sido por demás crítica o agresiva con estas personas. En nuestro país, también hubo varios casos. Por eso, desde el principio nos preocupamos y nos ocupamos de estas personas.

Si me permiten, voy a ceder la palabra a la subdirectora general de Salud, la doctora Giudici, para que haga un breve repaso de las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública, dado que desde la Dirección General de Salud, con el doctor Asqueta, se elaboraron las recomendaciones y los protocolos, así como el plan de contingencia.

SEÑORA GIUDICI (María Luján).- Buenas tardes.

Cuando comenzamos a hacer las recomendaciones, en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social -teniendo presente que en el abordaje y las estrategias que tienen que ver con las personas no debe existir una fragmentación sociosanitaria- y con el área programática de personas mayores del Ministerio de Salud Pública, tuvimos presente los

cinco actores vinculados a un establecimiento de larga estadía: los directores técnicos, los dueños, los residentes, los trabajadores y la estructura edilicia. Entendimos que íbamos a tener que trabajar y abordar cada uno de estos factores, haciendo recomendaciones en cada una de estas áreas, a fin de que el impacto en la morbimortalidad en esta franja etaria fuera la menor posible.

Como sabemos, en el mundo hay lugares -por ejemplo, España- en los que hubo más de treinta mil muertos en residenciales, algunos de ellos, sin atención médica.

Desde el punto de vista de las recomendaciones, algunas de ellas están dirigidas al rol del director técnico, como responsables de los establecimientos. Enfatizamos mucho en la comunicación y en la capacitación, así como en el rol de acompañamiento del Ministerio de Salud Pública, de manera que cada uno de los residentes, de los residenciales, en definitiva, cada uno de los actores, se sienta acompañado en este camino y en el impacto que podría tener la pandemia en esta franja etaria.

Como decía, con respecto al rol de los directores técnicos, tuvimos en cuenta varios puntos. Recomendamos que se contactaran con los familiares de los residentes, que capacitaran, que comunicaran, que explicaran cuál era la situación del lugar, que instaran a medidas de higiene, tanto el lavado de manos, uso de alcohol en gel, uso de tapabocas, explicando la importancia y la razón por la cual deberían usarlos tanto los residentes como los cuidadores. También recomendamos que se reforzara la vacunación contra la gripe, lo cual podría disminuir la morbilidad en otro tipo de patologías. ¿Qué pasaba si existían en ese residencial nuevos ingresos? ¿Cómo debía actuar el director técnico ante esta situación? Si eran personas asintomáticas, se aconsejaba que mantuvieran cuarentena dentro del lugar por catorce días, en aislamiento. Si eran sintomáticas, no podían ingresar al lugar hasta que no se le diera el alta médica.

En cuanto a los titulares, en el abordaje que hicimos se les indicó que tuvieran un personal de retén y que crearan una lista de cuidadores y de personas que podrían suplantarlos en el caso de que ellos enfermaran. Además, que se restringieran las visitas de los familiares, y que cuando hubiera un residencial con casos positivos, se prohibiera su ingreso. Esto es en cuanto al rol de los titulares del lugar.

En estas recomendaciones, se les explicó cómo actuar ante contactos y/o casos confirmados y cuál era el camino a seguir. A cada director técnico se le envió un correo, con acuso de recibo, con un número telefónico disponible las veinticuatro horas del día, a efectos de que si había casos sospechosos o algún caso positivo, hiciera la denuncia obligatoria al Ministerio de Salud Pública. Se pidió a la División de Epidemiología que cuando llegara información acerca de un caso, dos o más sospechosos o alguno a confirmar, me avisaran inmediatamente a mí o a alguna de las encargadas del Elepem, para hacer el abordaje inmediato, es decir, en tiempo y forma.

En estos protocolos se recomendó cómo iba a ser el aislamiento dentro del residencial cuando hubiera contacto con un caso positivo o con casos sospechosos, es decir, que no tuvieran la confirmación de que fuera *covid-19* positivo, pero con sintomatología respiratoria. En la recomendación se indica cómo realizar el aislamiento, cómo dividir a las cohortes cuando hay un contacto estrecho con casos sospechosos. Si la edilicia no tuviera el lugar para poder hacer el aislamiento en una habitación privada, habría que dividir las cohortes; si no se pudiera hacer y hubiera un paciente con sintomatología, habría que determinar si es mayor o menor el grado de gravedad. Esto quiere decir que si tenían un baño único, primero lo usarían los que no son casos sospechosos y, después, los que son casos sospechosos sin confirmación de *covid-19*.

En estas recomendaciones se tomaron medidas que contemplan a los trabajadores. Se le pide al director técnico que se brinde capacitación e información porque ellos están en la primera línea de batalla; es decir, son quienes van a estar cuidando a las personas mayores, que son las que tienen más riesgo, letalidad y mortalidad, como ha venido sucediendo en el mundo.

Se les indicó a los trabajadores que la indumentaria fuera de uso exclusivo del lugar, que se cambiaba en el recinto y que tenía que ser lavada a determinada temperatura. Además, que se tenían que lavar las manos antes y después de actuar con cada uno de los residentes, limpiar todas las superficies y qué productos usar para la higiene y desinfección de los lugares, a efectos de bajar la curva de contagio al mínimo posible. A su vez, que existiera una cadena de comunicación interna permanente entre el director técnico y las cuidadoras del lugar. Por ejemplo, si hubiera algún paciente con sintomatología respiratoria, ellas deberían informar inmediatamente al director técnico y este a la División de Vigilancia Epidemiológica, que tiene una cobertura de veinticuatro horas para poder informar.

Asimismo, en estas recomendaciones se explica lo referido a la gestión de residuos del lugar, cómo lavar la ropa de cama, la vestimenta, a cuántos grados, cómo dividirla.

Por otro lado, en las recomendaciones se indica que el dueño del establecimiento debe tener la identificación de contacto, es decir, debe llevar un listado de las personas que ingresaban al lugar, aun las que llegan para abastecerlo, y que debe hacer un seguimiento. La razón es que si hay un caso positivo, se debe hacer un nexo epidemiológico, y es fundamental saber qué personas ingresaban durante el día al residencial.

En cuanto a los controles de salud de los residentes, se trabajó mucho con los directores técnicos en cuanto a suspender aquellas interconsultas que no fueran urgentes o pertinentes. Por eso, se creó una comisión virtual de trabajo permanente entre el Ministerio de Salud Pública y el Mides. Estamos en permanente vigilancia y evaluación de la situación con dos teléfonos de contacto: 08001919, en caso de dudas, y 19344010, para que los directores técnicos denuncien casos sospechosos o positivos de *covid-19* en el lugar.

Según los equipos técnicos que trabajamos en este tema, una de las cosas fundamentales en estas recomendaciones es evitar el edadismo, es decir, la discriminación por edad y la no asistencia por ser personas mayores, por tener ochenta años. Como ustedes saben, la expectativa de vida en el Uruguay ha aumentado muchísimo, vivimos más y debemos luchar por vivir con una mejor calidad de vida y menor dependencia.

Lo que quisimos hacer con estas recomendaciones es poner puntos indicadores claros de aquellos pacientes que no se beneficiarían de un ingreso hospitalario. Me refiero a aquellos que tuvieran un índice de Barthel menor de 25 -es un test de screening, que maneja la dependencia- o un GDS 5 o 7 -que tiene que ver con una escala de deterioro neurodegenerativo-, porque es tal el grado de deterioro que no se beneficiaría con el ingreso a un hospital. Estos son criterios de terminalidad para la persona, que se merece tener calidad de vida y no que se le agregue más sufrimiento. Estos aspectos fueron evaluados desde el punto de vista bioético, teniendo presente que si la curva epidemiológica aumentaba -como pasó en muchos países- y el impacto de esta franja etaria en el sistema de asistencia sanitaria era muy alto, debíamos saber que esas personas tendrían mejor calidad de vida quedándose en el lugar, pero con un seguimiento médico y sanitario de la institución.

Estas fueron las recomendaciones que realizamos con los actores de los diferentes residenciales.

SEÑOR SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA.- Vale la pena destacar que todo lo actuado, estas recomendaciones, así como los protocolos y el plan de contingencia para estos establecimientos, los vamos a dejar a disposición de la Comisión para que los señores diputados cuenten con el material.

Retomando los hechos, como todos saben, sobre fines de abril se detectó un brote en algunos residenciales. Al no recibir ninguna denuncia luego de establecer todos estos protocolos y mecanismos de denuncia, enviamos comunicaciones a los establecimientos y a las direcciones técnicas para saber si efectivamente había casos sospechosos o casos confirmados. Ahí fue cuando se detectaron los primeros casos que luego desembocaron en un brote y, lamentablemente, hubo personas que fallecieron.

Luego de que pudimos pasar esa instancia, se establecieron mecanismos de acción y de seguimiento para el resto de los establecimientos y de las instituciones. En ese sentido, se están realizando hisopados al universo de establecimientos, comenzando por Montevideo y Canelones y, luego, siguiendo por el resto de los departamentos del interior. Se creó un equipo de estudio y de respuesta rápida de brote para los establecimientos de adultos mayores, con el objetivo principal de operativizar la respuesta eficaz, oportuna y coordinada ante la ocurrencia de casos confirmados o sospecha de brote en los Elepem.

En el Ministerio elaboramos un mapa sanitario con georreferenciación de todos los establecimientos, con la dirección, el número de residentes y el número de funcionarios, y para lograr eso, capacitamos a los directores técnicos. Se arman equipos de evaluación para posibles acciones internas dentro de los establecimientos. Si en la semana epidemiológica hay un aumento esporádico de los casos de *COVID-19*, se realiza un diagnóstico situacional para valorar las posibilidades de aislamiento en dicho lugar.

Vale la pena destacar que, por primera vez en la historia del Uruguay, vamos a poder obtener una actualización de los datos de los establecimientos existentes en todo el territorio en tiempo real. A raíz de este trabajo, se pudieron detectar establecimientos que no estaban en la órbita del Ministerio de Salud Pública. Al principio de marzo, en los registros existían 1.018 establecimientos, y luego del relevamiento realizado durante la pandemia y de este trabajo, esa cifra creció a 1.151. Quiere decir que hay 133 establecimientos que no estaban dentro de la órbita institucional, si se puede llamar así. En el interior del país, estaban detectados 541 establecimientos, y hoy estamos en 643; hay 102 de esos 133 nuevos que son del interior. Y en Montevideo, había 477 y hoy hay 508; hay 31 establecimientos más.

De acuerdo con el criterio de clasificación que les relataba al principio, en abril se establecieron como críticos un total de 208 establecimientos, considerando que 110 presentan características infrahumanas de funcionamiento. Estos son los que denunciamos que están por debajo de la línea del respeto a los derechos humanos o de la tolerancia de los derechos humanos.

En cuanto a los establecimientos habilitados al día de hoy, en el Ministerio de Salud Pública, son 45, de los cuales hay 10 que están en trámites de renovación. De las 45 habilitaciones actuales, 10 se otorgaron en 2014; 2, en 2015; ninguna en 2016; ninguna en 2017; ninguna en 2018; 27, en 2019, y 16, en 2020. Al día de hoy, de los 1.151 establecimientos, hay 411 que están con certificado de registro, que es la primera etapa del trámite de habilitación. En 2020 se han realizado 525 inspecciones a los establecimientos, con la colaboración del Mides y del Ministerio de Salud Pública.

Estos datos son referidos a la situación actual de estos establecimientos y a las estrategias que instauramos desde el Ministerio de Salud Pública para el combate al coronavirus.

Si bien actualmente no tenemos casos confirmados de coronavirus en establecimientos de larga estadía, todos los días van surgiendo casos sospechosos. En ese sentido, voy a pedir al director General de Salud, doctor Miguel Asqueta, si nos puede relatar cómo se identifican los casos sospechosos de coronavirus y qué seguimientos se hacen al respecto.

SEÑOR ASQUETA (Miguel).- Tenemos una definición de caso sospechoso que ha ido variando a lo largo del tiempo.

Es por todos sabido que a partir del 2 de abril a los pacientes que tengan síntomas o signos de la enfermedad se les realiza el test de RT-PCR -el que incorporó el decreto-, que es el único que se utiliza en el Uruguay para diagnosticar la presencia de virus en tiempo real en el organismo, porque ha sido el más fiel y ha sido clave en el combate a la pandemia. A cualquier persona que tengan síntomas y que, a entender de su médico tratante, sea sospechosa, se le realiza este estudio sin ningún requisito ni ningún trámite. Es por eso que todos los días están viendo que se hacen novecientos, mil, ochocientos cincuenta o mil cincuenta estudios, que son los que indican los médicos.

Es muy bueno que los legisladores sepan que cuando hablo de mil estudios no quiere decir que se hayan sido mil indicaciones médicas por síntomas; también se hacen estudios a contactos y se hacen estudios por el interés epidemiológico que despierta

Muchas veces se realizan treinta o cuarenta hisopados, a personas que pudieron haber sido contactos, o en el caso de los brotes. Por ejemplo, la Dirección General de Coordinación, en su andar por todo el país permanentemente detecta determinadas situaciones que, a su entender y según los protocolos de los epidemiólogos asesores del personal, tanto de la Digecoor como de la Digesa, requieren que se testeen. Quería explicar esto para que se entendiera bien.

Si tomamos el número de mil test diarios, debemos saber que va a haber un número de personas con síntomas y un número de personas sin síntomas, pero que son contactos estrechos. Por lo tanto, a nuestro entender y del protocolo, va a haber un número de personas que requieran ser hisopadas.

Debemos aclarar que todos los días se nos realiza un informe; es parte de la tarea de vigilancia epidemiológica.

Como estamos hablando de adultos mayores y de establecimientos de larga estadía, podemos brindar el informe de ayer. Para darles un ejemplo, en el día de ayer tuvimos cinco casos a estudio, porque en algunos casos son funcionarios que trabajan en esos lugares. Esto habla de la estrechez con la que se sigue el tema. Por ejemplo, un funcionario que trabaja en equis lugar y su familiar cercano es un contacto estrecho, e imaginemos que haya dado positivo: se envía a estudiar, porque no puede existir la posibilidad de brotes en estos establecimientos.

En el día de ayer tuvimos cuatro internados a quienes se les hizo hisopado. Para que se entienda, esto no es un riesgo mayor. Lo que ocurre es que cuando es detectado un caso clínico, concurre al médico, como se hace habitualmente. Casi todos los días hay llamados a médicos de urgencia por determinados síntomas. Si el paciente tiene síntomas sospechosos, inmediatamente se le hace el estudio y se toman medidas, tal como explicó la subdirectora General de la Salud. Sería muy largo detallar cuáles son esas medidas para disponer de esas personas en el período de sospecha, que no es más

de un día o dos después del hisopado hasta que esté el resultado. Es por eso que todos los días tenemos el parte y, a última hora, tenemos los resultados. Lo bueno es que desde hace un tiempo importante hay muy pocos resultados positivos, casi ninguno.

Quisiera agregar un dato. Al inicio el señor subsecretario relató que para nosotros esto fue de fundamental importancia, porque estábamos mirando lo que había ocurrido en el mundo. Ustedes saben que esto se inició en China, recorrió Asia, pasó a Europa, cruzó el Atlántico y llegó a las Américas. Desde el punto de vista científico, obviamente, para nosotros es muy rico ver qué es lo que ocurrió.

Cuando vimos algunos de los principales problemas, observamos que habían sido brotes en establecimientos de larga duración, y vaya si hubo mortalidad muy importante. Tengamos en cuenta que, pese al perfil demográfico de nuestra población, pese al enorme número de personas mayores de sesenta y cinco años -no solo en el Uruguay son gran parte de la población sino que, además, muchos están internados en establecimientos de larga estadía-, leyendo la actualización epidemiológica del día de ayer, podemos decir que la distribución de casos confirmados por laboratorio, según sexo y grupo de edad, muestra que una enorme mayoría de esas personas está por debajo de los sesenta y cinco años. De los 989 casos confirmados que había en el Uruguay a la noche de ayer, 13 de julio, solo 176 son personas de sesenta y cinco años. Podrá haber muchas variables y hasta una discusión científica de por qué tenemos un número relativamente bajo comparado con otras poblaciones y con otros países, pero tenemos una idea de la razón de ese control, porque acá no se puede hablar de éxito.

Esta población es vulnerable y está muy propensa no a contraer la enfermedad - porque la enfermedad la puede contraer cualquiera-, sino a que tener complicaciones. En marzo se planteaba una situación amenazante de mayor ocupación de camas hospitalarias, debido a una mayor cantidad de complicaciones y, por ende, un posible mayor número de muertes. Nosotros creemos que el número que tenemos se debe al control que hubo y -como decía el señor subsecretario- a que desde abril, desde el primer brote, esto estuvo siempre en el primer lugar, con el fin de evitar la enorme repercusión y diseminación que pudo haber tenido la pandemia si no era controlada.

SEÑORA RANDO (Karina).- Voy a agregar poca cosa, pero voy a traer a tierra lo que han dicho el director y el subdirector de la Dirección General de Salud, que es un poco nuestra función. Voy a dar algún ejemplo de cómo se trabajó en algunos departamentos, para que tengan una idea un poco más clara y más concreta, porque a veces es mucha la información.

Me puedo equivocar en algún dato porque no tengo todo grabado en la cabeza, pero según las directivas que recibimos de la Dirección General de Salud, particularmente de la doctora Giudici -que es quien está llevando al frente este programa de evaluación de los Elepem-, tuvimos distintas etapas.

En la primera etapa hubo que realizar un relevamiento de los Elepem para confirmar cuántos había y si lo que estaba documentado era la cantidad que realmente existía. De esa primera etapa, el 7 de mayo obtuvimos un informe, que fue un resumen de la situación de los Elepem. En él encontramos diferenciados los diecinueve departamentos y el porcentaje de Elepem que se consideraron críticos y no críticos, según los criterios definidos por la Digesa.

Los criterios para definir a los Elepem críticos eran: no tener director técnico; que existiera hacinamiento; que tuviera más de una denuncia realizada o una de carácter grave; que no continuara el proceso de certificación. Tomando en cuenta estos criterios, todas las Direcciones Departamentales de Salud hicieron relevamientos de todos los

Elepem en todos los departamentos, y se tuvo una primera impresión, una primera fotografía de lo que estaba sucediendo en ese momento. Como resumen, se desprende que los departamentos que tenían mayor cantidad de Elepem en situación crítica eran Canelones, con un 26% del total; Soriano, con un 12%, y Colonia, con un 9%. De ahí para abajo, había algunos que tenían un 6% de Elepem críticos. Muchos de estos Elepem eran críticos por no tener director técnico; otros tenían director técnico, pero cumplían algunas de las otras características como para considerarlos críticos. De esa etapa tenemos el informe de cada una -no los voy a leer, porque sería bastante largo y engorroso- de las Direcciones de Salud cuando se llevó a cabo este primer relevamiento. Para que tengan una idea de cómo se hizo, voy a leer uno. Por ejemplo, la evaluación general de Río Negro, que fue buena:

"En el departamento se cuenta con 6 Elepem, todos con DT a cargo, con visitas diarias, semanales y/o quincenales de los mismos.

En la ciudad de Fray Bentos hay un solo establecimiento, [...] 64 residentes a la fecha, 33 funcionarios, sin visitas en este momento. Planta física amplia, ventilada, en muy buenas condiciones, todos los dormitorios con baño. Con sala de aislamiento preparada, utilizando todas las medidas de protección y recomendaciones propuestas por este Ministerio. Cuentan con un cupo cama BPS. Habilitación vencida, se está trabajando en la nueva habilitación".

El informe describe en cada una de las ciudades del departamento -en Young hay tres establecimientos; en San Javier, en Gladys Alicia Gilardoni; ese es el nombre del lugar-, con detalle, cada uno de los residenciales.

Algunos departamentos hicieron un informe más completo; otros hicieron un resumen un poco más general, pero tenemos una muy buena impresión inicial de cuál es la situación en la que están los distintos Elepem.

Después hubo una segunda etapa, en la que pasamos a la parte asistencial, y en la cual -como explicó muy bien la doctora Giudici- se contactó a los directores técnicos de los Elepem, y si no, a los responsables, se les dieron claves, y se inició un trabajo informatizando la situación de cada uno para actualizarla.

Algo que se nos pidió fue que en cada departamento se hiciera una división para que los Elepem fueran asistidos por un solo prestador, de manera que si teníamos tres o cuatro prestadores en cada Elepem -en uno de los Elepem tal vez podíamos tener cuatro prestadores distintos-, no existiera la exposición a cuatro grupos diferentes y no existiera infección cruzada. Entonces, una de las dos normas que tenemos fue un acuerdo realizado para Montevideo, el que primero se efectivizó; fue el más fácil porque si bien estuvieron todo un día trabajando, en el día lograron la división de los Elepem entre cada uno de los prestadores. En el interior fue más engorroso y más costoso dado que cada Dirección Departamental de Salud se tuvo que poner de acuerdo con los prestadores, pero se logró hacer en la mayor parte de los departamentos. Salto, Soriano, Maldonado, Colonia, Río Negro, Tacuarembó, Cerro Largo, Flores, Lavalleja, Rivera, Canelones, Durazno, Florida, Rocha y Montevideo tienen una división bien clara de qué prestador se va a encargar de cada uno de los Elepem. Los cuatro departamentos que faltan están en ese proceso, porque en algunos de ellos había dos prestadores, en general el prestador privado y ASSE. Por lo tanto, hay alguna cosita que pulir en esos cuatro departamentos.

Por otra parte, cuando se hizo la visita inicial a todos los Elepem, se realizó la vacunación completa de todos los pacientes y los cuidadores, y se hizo una recopilación del número de pacientes y de cuidadores.

O sea que hasta ahora tenemos la inspección inicial para hacer el diagnóstico de situación de cada uno de los Elepem en cada uno de los departamentos. Después, tenemos una segunda instancia en la cual se hizo la división de los prestadores que se van a encargar de cada uno de los Elepem en caso de que existan brotes en algunos de ellos. Además, las Direcciones Departamentales de Salud en la mayoría de los departamentos han procurado que cuando no existe posibilidad de dividir en cohortes a los pacientes positivos de los negativos, se cuente con algún centro de contingencia que, de alguna manera, permita dividirlos dentro del Elepem. Si bien lo mejor es no sacar a los pacientes de su medio, la verdad es que en algunos de ellos es inviable y, por las dudas, siempre hay un *backup* con algún plan B por si hubiese que aislar a algún paciente del resto.

Para finalizar -como explicó el doctor Asqueta-, los Elepem se han ido hisopando. En algunos de ellos ya hizo el hisopado del cien por ciento de los residentes, aunque no ha sido en la mayoría de los departamentos. La mayoría de los departamentos todavía está coordinando el hisopado del universo de los pacientes, pero lo que permanentemente se controla y se tiene muchísimo cuidado es en la aparición de enfermedades respiratorias que podrían ser sospechosas de covid-19. En ese caso, tenemos los hisopados que se realizan a causa de una necesidad específica, no ese hisopado que universal que ya se hizo en algunos lados.

A modo de ejemplo de lo que se está haciendo, en Lavalleja tenemos 26 Elepem, de los cuales se relevaron 388 residentes, con una cantidad de 148 funcionarios, donde se han realizado 20 hisopados a residentes -por necesidad, con indicación- y 31 hisopados a funcionarios.

La idea es continuar en el futuro con este plan, con el hisopado de todos los residentes de los Elepem en cada uno de los departamentos, y seguir las directivas que nos indique la Dirección General de Salud.

SEÑORA PRESIDENTA.- En primer lugar, quiero agradecer la buena gestión que se ha realizado y la dedicación con que se ha llevado a cabo para que -como es de público conocimiento- no haya más brotes y que no haya afectados del covid-19 en estos centros.

Una de mis preocupaciones, desde esta Comisión de Derechos Humanos, tiene que ver con la salud mental de estas personas mayores al establecerse el protocolo. Quizás la gran mayoría recibía visitas y tenía determinadas actividades, pero una de las grandes preocupaciones ahora es la soledad. Muchas veces un Elepem ya es un espacio de soledad en el cual viven los adultos mayores, y por esta situación de no poder recibir visitas, de alguna forma eso se fue agravando. Muchos quizás tengan sus celulares, pero estamos hablando de personas muy mayores, para algunas de las cuales estos nuevos dispositivos no son tan fáciles de utilizar. Por eso me pregunto cómo se están gestionando las visitas y las actividades extras a partir de que se generó el protocolo. Quisiera saber si hubo un pienso en cuanto a la salud mental y de los derechos de las personas mayores en esta situación.

Por otro lado, ustedes mencionaron que hay un servicio 0800: quiénes son las personas que responden ese número.

Vemos con gran preocupación que haya establecimientos que no cumplan con condiciones mínimas. Es importante el relevamiento que ustedes han hecho al respecto.

(Murmullos)

—Agradezco que mis compañeros, por favor, no se rían cuando estoy hablando y por eso quiero que conste en la versión taquigráfica. Como se dijo, se detectaron algunos establecimientos que no cumplían con las normas mínimas en cuanto a los derechos humanos. Más allá de esta fotografía y del covid, qué pasos tiene pensado dar el Ministerio de Salud Pública, porque esta situación es muy grave. Además, muchos de estos lugares cobran mucho dinero a las personas por estar ahí. Esta problemática es muy preocupante. ¿Cuál es el plan que tienen con respecto a los Elepem que no cumplen esas condiciones?

A su vez, ustedes nos decían que habían encontrado establecimientos que no estaban dentro del registro. Quisiera saber si esos establecimientos cumplen con las condiciones mínimas en relación a los derechos humanos, al trato a los adultos mayores y a los protocolos del Ministerio de Salud Pública.

En definitiva, consulto en qué condiciones están actualmente esos lugares -más allá de detectarse en qué condiciones estaban- y cuál va a ser el seguimiento que hará el Ministerio con respecto a ellos.

Por otra parte, la doctora Karina Rando hizo referencia a un informe, del cual leyó parte. Quería pedirles que, si es posible, nos lo envíen. Les damos las gracias por leer lo bueno, pero también necesitamos saber lo malo -por lo menos, eso es lo que a mí me interesa; ¡ni que hablar!- para ver qué se puede hacer al respecto.

SEÑOR PEDRO IRIGOIN MACARI (Pedro).- En primer lugar, corresponde aclarar que la conversación que estábamos manteniendo mientras la señora presidenta hacía uso de la palabra no era de risas; estábamos hablando sobre las preguntas que íbamos a plantear a los invitados y, sin darnos cuentas, subimos el volumen de la voz. Junto al diputado Sodano, pedimos las disculpas del caso.

En segundo término, agradecemos a la delegación por su presencia y por la claridad del informe que ha realizado.

Obviamente, este es un tema muy sensible para todos, por cómo está conformada nuestra población y, sobre todo, por los picos de brotes que se dieron en determinado momento. Creo que hay un consenso nacional en cuanto al buen abordaje de esta problemática y se felicita el trabajo desarrollado. Más allá de los diferentes puntos de vista, los resultados hablan por sí solos.

Queremos plantear algunas dudas. Al principio del informe se habló de la coordinación con el Ministerio de Desarrollo Social y se mencionaron cifras de establecimientos.

A raíz de la pandemia, el Mides también ha creado establecimientos que tienen como principal objetivo atender a las personas mayores de sesenta y cinco años, y con vulnerabilidades. Me refiero, sobre todo, al centro Veracierto, a los hoteles que se alquilaron -sinceramente, ahora no recuerdo su nombre- y a una base en el Prado, que tenían como objetivo atender a los adultos mayores para atenuar su vulnerabilidad evitando que estén en la calle permanentemente. Queremos saber cómo han llevado adelante esa buena coordinación entre ambos ministerios, cuáles fueron las recomendaciones que dio el Ministerio de Salud Pública y si hay cifras de las personas que ha atendido el Mides que pertenecen a esa población.

También preguntamos -se trata de una cuestión bastante menor, pero es bueno que esa información conste en la versión taquigráfica- si los establecimientos eran públicos y privados, o solo privados.

Por otra parte, nos interesa saber cómo han trabajado con las distintas intendencias. Sabemos que en algunos establecimientos les corresponde la atención y el mantenimiento. Imaginamos que han encontrado dificultades a superar en muchos de estos casos, sobre todo, teniendo en cuenta la nueva realidad de la pandemia.

Asimismo, me gustaría tener la respuesta más concreta en cuanto a las situaciones que encontraron en algunos residenciales, que tenían que ver, como se describió, con la violación a los derechos humanos debido a la calidad de estos lugares. ¿Cuál ha sido la relación con la Institución Nacional de Derechos Humanos al respecto? ¿Piensan abordar esta problemática en conjunto?

Con respecto a este último tema, ni qué hablar que estamos a las órdenes para trabajar en la búsqueda de una solución. Esta es una situación que no es agradable; no debería sufrirla ningún uruguayo. Así que, sinceramente, nos ponemos a las órdenes para trabajo en lo que se pueda llevar adelante desde esta Comisión.

Antes de terminar, vuelvo a decir -por reiterarlo no es menos importante- que agradezco no solamente la presencia de la delegación, sino también el buen informe que nos dieron.

SEÑOR SODANO (Martín).- En primer lugar, damos la bienvenida a la delegación y le agradecemos la presentación que hizo, que fue muy completa. Es más: muchas de las preguntas que iba a formular ya fueron respondidas a través de esa exposición.

Como miembro de esta Comisión y en mi función de vicepresidente, quiero dejar claro que si hay algo que nos preocupa a todos son los derechos humanos, más aún, los de las personas de la tercera edad, que son más vulnerables ante esta pandemia.

También quiero que quede claro que yo entiendo lo que es una pandemia. Entiendo que jugamos con el diario del lunes: muchas de las medidas que se ejecutaron, haciendo malabares, se tomaron luego de aprender de los errores extranjeros y de corregirlos. Digo esto porque nadie sabía ni nadie sabe lo que va a pasar en el futuro. Estamos jugando con una carta buena: la situación que estamos viviendo. Sin embargo, no dejamos de caminar sobre un vidrio fino.

Como decía la compañera Verónica Mato, la mayoría de estos establecimientos son privados y cobran. Sinceramente, a mí la parte del cobro no me interesa. Estos lugares no dejan de ser un negocio; fueron creados porque algunas familias no se hacen cargo de los adultos mayores. Sí me llama la atención la cantidad de establecimientos que no están habilitados y tienen en trámite las certificaciones. Aprovecho esta oportunidad para avisarles que les voy a hacer llegar un pedido de informes sobre la situación de los últimos cinco años, a fin de saber cuántas habilitaciones hay y cuántos centros se localizaron. Me interesa saber cómo se va a hacer su seguimiento y qué calidad tienen estas instituciones. He recibido varias denuncias de diferentes centros, que son calamitosos; no sé si están en los registros que ustedes manejan

En cuanto a los aspectos psicológicos, también pregunto si se tomó alguna medida junto a los directores técnicos de estos lugares para amortiguar la sensibilidad de los usuarios. Sabemos que estas personas mayores ya están desoladas por la situación que viven a diario, a lo que se le suma la pandemia, que terminó aislándolos. Entiendo que este es el efecto rebote, el daño colateral -por decirlo de alguna manera- del covid y que ante la pandemia y la emergencia sanitaria lo primero que se cuida es la salud; es claro que después van a atacar mejor esa parte. En definitiva, me gustaría saber qué estrategia tienen prevista para abarcar la parte psicológica y anímica.

Por último, me sumo a las palabras del señor diputado Irigoín: les pido disculpas. Estábamos conversando sobre la gente mayor de edad en situación en calle que hoy está en los refugios del Ministerio de Desarrollo Social. Nuestra discusión era sobre si la autoridad eran ustedes o el Mides. Entendemos que ustedes les pasaron un protocolo al Mides y que éste lo habrá ejecutado, pero sería bueno que también nos aclararan este punto.

SEÑOR IRIGOIN MACARI (Pedro).- En cuanto al último punto al que hizo referencia el señor diputado Sodano, entiendo que es posible que algunas respuestas quizás no se puedan dar hoy, pero es importante para la Comisión conocer los números relativos a las personas que están en esa situación.

Por otra parte, quiero pedirles disculpas porque a la hora 14 debemos retirarnos ya que tenemos que concurrir a otra comisión; espero no tomen esto como una falta de respeto. Como realizamos una serie de preguntas, nos comprometemos con absoluta responsabilidad a leer la versión taquigráfica para conocer las respuestas. Además, como no vamos a tener la posibilidad de repreguntar, ya adelantamos que en caso de ser necesario nos comunicaremos por otra vía.

Nuevamente, les agradecemos su presencia y el informe que han realizado.

SEÑOR BESOZZI (Guillermo).- Agradezco la presencia de la delegación.

Voy a ser breve porque quiero que los invitados contesten lo que se ha preguntado.

Si bien el informe que han dado es muy bueno, quiero formular una pregunta específica sobre un tema al que hizo referencia el señor diputado Irigoín: ¿las intendencias tienen a su cargo algún establecimiento de este tipo?

(Interrupciones)

—Colaborar es una cosa y tener a su cargo, otra. Hago esta pregunta porque no tengo clara la situación. Capaz que esto puede venir después, en el informe.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quiero hacer una aclaración.

A la hora 13 y 30 está previsto recibir a otra delegación. En virtud de que esa hora ya ha pasado y de que algunos diputados se tienen que retirar a la hora 14, voy a pedir a la delegación que nos envíe por escrito las respuestas a las preguntas. No acostumbramos hacer esto, pero en este caso lo hacemos por una cuestión de respeto a la próxima delegación ya que, de lo contrario, no estaría presente ningún otro diputado estaría solamente yo- para escucharla, y eso no corresponde.

Si están de acuerdo, les enviamos la versión taquigráfica de esta reunión con las preguntas y, luego, ustedes nos remiten las respuestas.

(Apoyados)

—Desde ya les agradecemos la gentileza de respondernos por escrito, lo que permitirá que todos conozcamos las respuestas.

La Comisión les agradece su presencia. Sabemos el trabajo que implica concurrir a estos ámbitos, sobre todo, en la situación que estamos viviendo.

También los felicitamos por el trabajo que están realizando, más allá de todo lo que tiene que ver con los adultos mayores. Sabemos de todo el trabajo que esta problemática ha implicado para el Ministerio de Salud Pública y, también, del éxito con el cual el país está saliendo de esta pandemia.

(Se retira de sala una delegación del Ministerio de Salud Pública)

≠