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)

6 de octubre de 2020

CSIC
Consejo Superior de Investigaciones Científicas

IPP
Instituto de Políticas y Bienes Públicos

Índice

RESUMEN EJECUTIVO 3
Preparación 4
Coordinación en las respuestas 4
Capacidades 5
El futuro del sector 6
CONCLUSIONES DE ESTE INFORME 8
1. OBJETIVOS, ENFOQUE Y METODOLOGÍA UTILIZADOS EN ESTE DOCUMENTO 19
2. LA CRISIS DE LA COVID-19 Y SU IMPACTO EN LAS RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA 22
2.1. El impacto de la COVID-19 en las residencias de personas mayores: una aproximación cuantitativa 22
2.2. El sector de los cuidados residenciales en España 26
3. QUÉ PUEDE APRENDERSE DE LA CRISIS DE LA COVID-19 Y DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ORGANIZATIVA DE LAS RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES 29
3.1. La gestión institucional de la crisis de la COVID-19 29
3.1.1. Diseño de una Estrategia Nacional de Emergencias en Salud y revisión de los Planes de Preparación y Respuesta ante Epidemias y Pandemias que contemplen los alojamientos colectivos habituales 29
3.1.2. La coordinación intersectorial de Ministerios y Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales es imprescindible para responder adecuadamente a la crisis sanitaria en los centros de personas mayores 33
3.1.3. Mejora de la coordinación intergubernamental de las respuestas a las crisis sanitarias en relación con los centros de personas mayores y otras residencias 35
3.2. La gestión en el nivel organizativo de la crisis de la COVID-19 41
3.2.1. La coordinación entre las estructuras de las Consejerías de Sanidad y de Servicios Sociales, los dispositivos sanitarios (salud pública, atención primaria y hospitales) y las residencias es eficaz, ágil y evita muchas tensiones 41
3.2.2. Normalizar el uso de protocolos, planes de contingencia, capacitación sobre los mismos, ejercicios de entrenamiento y evaluación periódica 48
3.2.3. Implementar un sistema de vigilancia de la evolución de la pandemia en el sector residencial (datos y tecnología) 55
3.2.4. Reforzar el personal: número, formación y condiciones laborales 59
3.2.5. Garantizar la capacidad de respuesta en las residencias: diagnósticos y protección 64
3.2.6. Diseñar adecuadamente medidas de confinamiento, segmentación y aislamiento 68
3.2.7. La buena práctica de derivar a los residentes positivos a centros de tercer nivel 71
3.3. Garantizar una atención sanitaria de calidad en las residencias de mayores 73
3.3.1. Asegurar el diálogo intersectorial en el nivel operativo entre Sanidad y Servicios Sociales 73
3.3.2. Clarificar y reforzar los vínculos entre las residencias y la atención primaria 77
3.3.3. Aclarar los criterios de derivación a hospitales 81
3.3.4. Asegurar la continuidad de cuidados generales de los residentes durante la crisis 86
3.3.5. Garantizar el fin de la vida y cuidados paliativos 88
3.3.6. Humanizar la atención a residentes y familiares 90
3.4. La recuperación de la actividad y futuro del sector residencial 93
4.REFERENCIAS 101
LISTA DE TABLAS Y FIGURAS 106
LISTA DE ACRÓNIMOS 107

Este Informe ha sido elaborado por POSEB (Políticas Sociales y Estado del Bienestar), Grupo de Investigación del Consejo Superior de Investigaciones Científicas en el Instituto de Políticas y Bienes Públicos en el marco del proyecto Mc-COVID-19 financiado por el CSIC y en el que participan equipos de 15 países de la Unión Europea.

Cómo citar el informe: Eloísa del Pino, Francisco Javier Moreno-Fuentes, Gibrán Cruz-Martínez, Jorge Hernánez-Moreno, Luis Moreno, Manuel Pereira-Puga, Roberta Perna (2020) Informe *Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*. Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC) Madrid.

http://dx.doi.org/10.20350/digitalCSIC/12636

—

Coordinadores del estudio

Eloísa del Pino
eloisa.delpino@csic.es

Francisco Javier Moreno Fuentes
javier.moreno@cchs.csic.es

—

Equipo de investigación

Gibrán Cruz-Martínez
gibran.cruz@csic.es

Jorge Hernández-Moreno
jorgejose.hernandez-moreno@cchs.csic.es

Luis Moreno
luis.moreno@csic.es

Manuel Pereira-Puga
manuel.pereira@csic.es

Roberta Perna
roberta.perna@csic.es

RESUMEN EJECUTIVO[1]

Pese a que los datos son provisionales, al no haberse publicado aún datos oficiales específicos, España es uno de los países desarrollados más afectados por el virus y uno de los que muestra peores resultados en relación al número de fallecidos en residencias de personas mayores. 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 estos centros, que en 2019 eran la vivienda habitual de más de trescientas mil personas.

Aunque es prematuro establecer cuál es el peso relativo de la gestión de la pandemia frente a otros factores en el recuento de víctimas de la COVID-19, todo indica que, si hubiera habido medidas para prevenir la entrada del virus y controlar los contagios en las residencias, la cifra de fallecidos en España podría haber sido menor. Con el propósito de entender mejor lo que ha ocurrido en estos centros de mayores y facilitar la incorporación de la experiencia que tanto ha costado adquirir en esta crisis, en nuestro estudio se han identificado dificultades de gestión de la COVID-19 a las que se enfrentaron los responsables organizativos e institucionales de las residencias de personas mayores españolas entre enero y agosto de 2020.

Con este fin, se han llevado a cabo 25 entrevistas en profundidad a responsables de residencias (directores, gerentes y directores médicos) en distintas Comunidades Autónomas (CCAA), así como a responsables de la gestión de los servicios sociales y la sanidad de las administraciones autonómicas y central. Además de las entrevistas, se han consultado numerosos documentos producidos tanto por las propias administraciones, como por organizaciones independientes, y las respuestas a un cuestionario elaborado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) que solicitaba información sobre lecciones aprendidas a las administraciones autonómicas, a las administraciones locales a través de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), a los sindicatos y a las patronales de las residencias.

Mientras no se disponga de un tratamiento o de una vacuna eficaz, la mejora de algunos de los aspectos destacados en este informe relativos a la gestión de la pandemia resultará particularmente importante, ya que estos factores pueden contribuir a explicar al menos parte de los pobres resultados que España presenta en este ámbito. Aunque los expertos en crisis afirman que ni con la mejor planificación se es capaz de dar una respuesta perfecta a las situaciones de emergencia, la literatura científica sobre el tema (e incluso algunos informes que han estudiado los planes españoles de respuesta) explican con claridad muchos de los problemas de gestión que también han aparecido durante esta crisis.

Casi todos los actores, institucionales y organizativos directamente implicados en la gestión de la crisis en estos meses han tenido ocasión de reflexionar sobre los puntos débiles del entramado institucional responsable de proporcionar cuidado y mantener la salud de las personas mayores residentes en centros geriátricos. Aunque aún no se ha realizado una

1
Desde POSEB agradecemos a las personas entrevistadas su colaboración, que ha sido imprescindible para la realización de este estudio y al IMSERSO el habernos facilitado contactos y documentación. Estamos agradecidos también a los tres revisores anónimos propuestos por el CSIC y al Dr. Antonio Pareja Bezares, Médico Epidemiólogo, por sus aportaciones. Cualquier error u omisión es responsabilidad exclusivamente nuestra.

evaluación sistemática y en profundidad de la gestión de lo ocurrido, han podido identificar buen número de fallos y algunos de ellos han podido ser corregidos.

¿Qué creemos que se puede hacer mejor para atajar los brotes en las residencias, o evitar que ocurran, ahora y en futuro?

Preparación

En las residencias, las personas mayores viven colectivamente, lo que, como es lógico, favorece el contagio. Además, estas personas reúnen otros tres elementos que las hacen particularmente vulnerables frente a la COVID-19: su avanzada edad, la frecuente presencia de enfermedades concomitantes y su generalmente limitada autonomía, lo que implica la necesidad del contacto humano cotidiano para ser atendidas.

Estas características y el muy importante hecho de que estas personas mayores, más de trescientas mil, no tienen un hogar alternativo (el centro es su hogar), convierten a **las residencias en un servicio esencial** y su atención durante una epidemia en una prioridad para el conjunto de la sociedad.

Desde esta perspectiva, resulta necesario integrar su protección en **las estrategias nacionales de seguridad y los planes de preparación y respuesta ante emergencias, en especial, frente a potenciales epidemias**. Las crisis se caracterizan con frecuencia por la fugacidad de la fase inicial, en la que la intervención resulta más eficaz, por lo que **los planes ante este tipo de eventualidades deben ser bien conocidos por las autoridades**, para lo que es imprescindible la formación y, en particular, los ejercicios de entrenamiento.

Además, no deben **subestimarse las amenazas lejanas y sobreestimarse las capacidades internas**, sobre todo, tras haber atravesado una crisis que afectó gravemente a la sanidad y, mucho más aún, al **sector de la dependencia, que presenta importantes carencias**. Aunque la inversión se recuperó parcialmente en los últimos años, la prórroga presupuestaria no ha permitido reforzar de manera suficiente los servicios públicos sociales y sanitarios en los últimos años.

Coordinación en las respuestas

La coordinación intersectorial entre sanidad y servicios sociales, tanto 1) entre Ministerios como 2) entre Consejerías, y 3) entre las residencias y los centros sanitarios, **debe plantearse inmediatamente en una epidemia. La descoordinación entre los dos sectores puede resultar extremadamente grave, como se ha podido constatar en el caso de la COVID-19.**

Tras la pandemia de 2009, por ejemplo, algunos países **se replantearon quién debía ser el responsable de la crisis por el desbordamiento de Sanidad** (Ministerios o el equivalente a las Consejerías regionales). Algunos

optaron por alguien con una visión más transversal y/o con un liderazgo político mayor, encargado de coordinar varios Ministerios; otros por el establecimiento de mecanismos de enlace.

El perfil de los **expertos debe ser establecido con anticipación**. El equipo debe **integrar** expertos de reconocido **prestigio con expertos grises, es decir, personas** que conozcan lo que gestionan y que provengan de **diversas especialidades**: en el caso de las residencias, al menos de salud pública, en organización y gestión del Sistema Nacional de Salud (SNS), en servicios sociales y en el funcionamiento del Estado autonómico.

Las tareas que debe y puede hacer cada nivel de gobierno deben estar establecidas con anticipación. Con la ley en la mano ¿quién puede hacer qué? y teniendo en cuanta la *expertise* en gestión de crisis ¿quién es mejor haciendo qué? ¿cuándo lo debe hacer? ¿qué instrumentos de política pública (organizativos, legales, económicos, de comunicación) necesita para hacerlo bien? Es especialmente relevante definir el contenido y el alcance de la función de coordinación por parte de los Ministerios. En el caso de las residencias ha sido tímida y escasa.

Si las crisis se gestionan bien son muy positivas para el "propietario de la crisis"; si se gestionan mal pueden ser extremadamente negativas. En España, un **73% de los ciudadanos cree que la crisis en las residencias se ha gestionado mal** (encuesta propia, con 7.175 casos, realizada entre finales de agosto y mediados de septiembre de 2020). La responsabilidad por la gestión de las residencias está claramente repartida: un 45% de los ciudadanos cree que las principales responsables de la gestión son las CCAA, un 24% piensa que es el Gobierno Central y un 28% ambos niveles de gobierno. Sin embargo, la **politización de la crisis por parte de los gobiernos hará dudar a los ciudadanos de con cuánta seriedad deben cumplir las medidas** de salud pública (además de deslegitimar los sistemas sanitarios y social).

Capacidades

El sistema en su conjunto (Ministerios, Consejerías y dispositivos de prestación de servicios) ha mostrado serios problemas de capacidad, entendida como la habilidad de asegurar recursos, tecnología y profesionales para lograr sus objetivos. **La falta de capacidad (obtención de datos, material, realización de test y su análisis) condicionó las respuestas de salud pública.**

Resulta muy urgente acordar un **sistema de información compartido** sobre el sistema residencial entre niveles de gobierno. Es muy importante que, durante una epidemia, **las residencias reciban *feedback*** de los datos con los que alimentan al sistema. Estos datos serán muy útiles para su gestión.

Todas las residencias deben tener **planes de contingencia informados *in situ*** y no en la distancia por expertos y su personal debe estar formado en ellos. Los **protocolos sanitarios a aplicar en residencias no pueden diseñarse sin el concurso de los servicios sociales** (en muchas ocasiones

reclaman acciones que las residencias –debido a su configuración arquitectónica, la organización del modo de trabajo y las especificidades de los residentes– no pueden ser llevadas a cabo sin un severo menoscabo de las funciones de cuidado que les dan sentido y, aun peor, contribuyendo a que se produzcan más contagios).

Hay que anticiparse a la segura sobrecarga que sufrirá el sistema de residencias debido al número de **bajas de trabajadores en los brotes**. En la primera fase de esta crisis se produjo debido a los contagios, el temor y los protocolos demasiado rigurosos (o lo contrario). Ello sobrecargó al resto del personal, que tuvo que asumir tareas para las que no estaba a veces preparado, incluidas tareas sanitarias, y desatendió en momentos decisivos a los residentes.

Debemos destacar que **la implicación del SNS** (salud pública, atención primaria y hospitales) marcó **un antes y un después en la situación de las residencias durante la primera fase de la epidemia**. En algunas CCAA, a las Consejerías de Sanidad les costó mucho entender que debía involucrarse de manera rápida y decidida.

En **crisis, el desbordamiento hospitalario debe estar previsto y los criterios de atención deben estar éticamente informados.** No se debe equiparar residentes en centros geriátricos con enfermos terminales.

La gestión del **fallecimiento de mayores en algunas residencias** requiere de una reflexión que evite que vuelva a repetirse lo ocurrido, incluido el injusto señalamiento a los trabajadores que estaban tratando de atender a los mayores.

Una de las practicas más eficaces para contener los brotes ha sido **derivar pacientes COVID-19 a otros centros temporales.** Además, **es muy** importante también para que el **resto de residentes pueda hacer una vida lo más parecida posible a la normalidad**, lo que es muy relevante para su salud física y mental.

El futuro del sector

Finalmente, **hay que repensar el futuro del sector del cuidado de mayores** y evaluar cómo ha funcionado el sistema de atención a las personas en situación de dependencia tras de 14 años y los recortes del RDL 20/2012. En ese sentido, parece fundamental:

- Asegurar cuidados de calidad para las personas mayores y empleo de calidad para quienes les cuidan, muy mayoritariamente mujeres. **La sociedad, jóvenes y mayores, podrá aprovechar el retorno de la inversión que se dedique a este fin.**
- Desarrollar **estructuras de coordinación entre el sistema sanitario y el de servicios sociales.**
- **Huir de la "medicalización" de las residencias, explorando alternativamente la "sanitarización".**

- Prestar atención a propuestas que implicarían la ruptura del Sistema de Servicios Sociales y su desprofesionalización.

Todavía es pronto para analizar cuál ha sido el peso de la gestión de la pandemia en el recuento de víctimas de la COVID-19. Sabemos que otros factores, como el momento en que el virus llegó al país o la 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 el impacto de la pandemia. Sin embargo, la literatura científica sobre gestión de crisis, tras analizar la respuesta gubernamental a decenas de eventos de distinta naturaleza (terrorismo, accidentes y catástrofes de salud pública, naturales, bélicas o económicas), ha detectado una serie de fenómenos que entorpecen la adopción de decisiones y la implementación de las respuestas a las emergencias en situaciones de mucha presión. Muchos de ellos han estado presentes en esta crisis y deberían ser estudiados para planificar nuestra respuesta ante futuras emergencias.

CONCLUSIONES DE ESTE INFORME

En el resumen que se presenta a continuación se destacan las dificultades aparecidas en la gestión de la COVID-19 en las residencias. A lo largo de esta investigación hemos identificado también un conjunto de buenas prácticas, tanto institucionales, del Gobierno de España y de las CCAA, como organizativas de los centros residenciales. Estas iniciativas positivas se mencionan a lo largo del informe con el objeto de que puedan ser aprovechadas por quienes al comenzar el otoño de 2020 todavía no las conocen o no han decidido aún aplicarlas.

Las áreas de mejora en relación con la gestión de la pandemia en las residencias de **personas mayores** que se han identificado en esta investigación son las siguientes:

> **(A) La preparación institucional y organizativa, que implica la capacidad de identificar las amenazas, la valoración de las mismas en su justa medida y la planificación, organización, entrenamiento y evaluación de las respuestas a los incidentes ocurridos.**

Debe mejorarse la preparación acerca de cómo actuar en los centros residenciales en casos de contagios esporádicos o de brotes, **tanto en lo que se refiere a los planes generales de las administraciones, como a los planes de los propios centros**. Esto contribuiría a reducir el tiempo de reacción, que ha demostrado ser un factor muy importante en la gestión de las residencias durante la pandemia. Las residencias de mayores alojan a individuos que además de vivir colectivamente, lo cual lógicamente favorece los contagios, reúnen tres elementos adicionales de vulnerabilidad: su elevada edad, la presencia de enfermedades concomitantes y la limitación de la autonomía, lo que implica la necesidad del contacto humano cotidiano para ser atendidos. Aun habiendo podido anticipar que estos centros podrían sufrir gravemente las consecuencias de este tipo de pandemias por sus peculiares características, la preparación para intervenir en ellos ha sido notoriamente inadecuada e insuficiente.

Por ejemplo, a pesar de que se prevé la participación expresa tanto de las CCAA como de autoridades vinculadas a los servicios sociales en los comités de elaboración de los Planes de Preparación, los planes anteriores a la pandemia redactados con el liderazgo del Ministerio de Sanidad no especificaban cómo actuar en las residencias de personas mayores (ni otros alojamientos colectivos). En el marco de la Estrategia de Seguridad Nacional no se recogen previsiones para estos centros, a pesar de ser un servicio esencial para los cientos de miles de personas que viven habitualmente en ellos y no tienen vivienda alternativa.

Las residencias vivieron una situación de desconcierto durante mucho más tiempo que otros centros sobre los que se actuó prioritariamente, como los sanitarios, o que directamente podían cerrarse, como los centros escolares u otros servicios. Algo similar ha ocurrido en relación con los planes de

contingencia y los protocolos existentes antes de la pandemia y los que se han puesto en marcha a nivel organizativo durante la misma.

El esfuerzo de las autoridades y de las organizaciones a lo largo de la pandemia ha sido muy grande, en parte para compensar la insuficiente planificación previa. Algunos responsables regionales han mostrado su desconocimiento de la existencia de estos Planes de Preparación para epidemias en su territorio previos a la crisis a pesar de que debían existir. A nivel de los centros, los planes y protocolos no siempre se han elaborado o se están elaborando con el debido asesoramiento. Quienes debían implementarlos no han contado con la formación o los recursos necesarios. Distintos informes y documentos han reconocido un déficit de los muy relevantes ejercicios y entrenamientos en materia de Planes de Preparación en España (de hecho, el Gobierno de España tenía previsto el primero de ellos a nivel nacional durante la primavera de 2020).

El hecho de que el mundo se enfrentara a un virus de comportamiento incierto, hace que ahora, con la ventaja que proporciona analizar los hechos a posteriori, nos sorprenda aún más la infravaloración que se hizo de sus posibles consecuencias cuando ya se tenía conocimiento de lo que estaba ocurriendo en China y en Italia. Se confió en que quizá el virus no llegaría a España y puede que pesase demasiado la reacción muy prudente que se había adoptado en anteriores pandemias, por ejemplo, con la compra de vacunas en el caso de la gripe pandémica A (H1N1), que luego tuvieron que destruirse. No se receló lo suficiente de lo que estaba pasando en China debido a la creencia, incluso entre los expertos y responsables públicos, de que nuestros sistemas sanitario y de servicios sociales podrían afrontar una epidemia que, como también había ocurrido en otras ocasiones, no se convertiría en una pandemia con tan graves consecuencias humanas como la actual (cualquiera de las pandemias ocurridas desde principios del siglo XXI hasta la fecha han provocado una cantidad muchísimo menor de fallecidos que los que la COVID-19 ha ocasionado hasta la fecha, a pesar de tener un potencial mayor de letalidad). Tampoco se dimensionó suficientemente el impacto del nuevo virus para el que no existe más medios que la contención de su expansión y la prevención de contagios, a pesar de ser conocido el impacto anual de la gripe entre la población de más edad.

(B) La coordinación intersectorial en el nivel institucional y en el organizativo, entendida como la sincronización de los objetivos, estrategias, procedimientos de diferentes ámbitos de política pública para garantizar su implementación eficaz.

La integración de políticas públicas de distintos sectores alrededor de objetivos comunes es tan crecientemente **necesaria** como compleja, incluso en tiempos de normalidad. Lo es aún más **en momentos de emergencia**, especialmente si no existe experiencia anterior ni previsiones, o si la sensibilidad de quien tiene la responsabilidad principal de la gestión con los objetivos, cultura o procedimientos y necesidades de otras áreas de políticas públicas es baja. O si, simplemente, se establecen prioridades perentorias justo en el área que ha de coordinar la crisis.

La (des)coordinación intersectorial en muchos lugares del territorio nacional ha demostrado ser una de las claves explicativas de la magnitud alcanzada por esta crisis, tanto en el ámbito político-administrativo (Ministerios y Consejerías), como en el organizativo (residencias y centros sanitarios). En algunas CCAA se han producido problemas de coordinación sectorial que han retrasado la protección de las residencias, incluso durante más de un mes, a pesar de ser los lugares donde se ha concentrado buena parte de los problemas más acuciantes. Al menos en las primeras semanas, la puesta en marcha de protocolos no fue adecuadamente coordinada entre Sanidad y Servicios Sociales por lo que estos no tenían suficiente sensibilidad con el funcionamiento de las residencias o sus características y, por consiguiente, no siempre era posible aplicarlos (al desconocer problemas como, por ejemplo, los límites arquitectónicos de los centros o los criterios de organización de los residentes y del trabajo del personal). También ha existido tensión entre las Consejerías de Sanidad y las Consejerías de Servicios Sociales en algunas CCAA acerca de en quién debía recaer la responsabilidad general sobre las residencias, o sobre determinadas tareas a realizar en las mismas (con casos de retirada de la autoridad a las Consejerías de Servicios Sociales). En un nivel mucho más operativo se han producido tensiones entre los centros sanitarios y las propias residencias.

Otro problema de coordinación intersectorial que ha aparecido de manera clara en nuestro país se ha referido a la disputa acerca qué Ministerio (o Consejería) debía responsabilizarse de recoger y publicar los datos sobre afectados en residencias y con relación al diseño e implementación de un sistema de información y alerta temprana en estos centros (que se agravó por la reticencia inicial de algunas CCAA).

Convendría haber visibilizado la necesidad del trabajo intersectorial en el nivel ministerial, por ejemplo, reuniendo ambos Ministerios a los consejeros de Sanidad y de Servicios Sociales, de la misma manera que se ha hecho en otros sectores de política pública (por ejemplo, en educación).

En la gran mayoría de los países europeos, las primeras reacciones a la crisis volcaron su esfuerzo en el terreno sanitario debido a sus implicaciones sanitarias. Sin embargo, no en todos ellos se atribuyó la responsabilidad principal de gestión de la misma al Ministerio de Sanidad (o a las administraciones públicas regionales responsables de la sanidad). Aunque en España la dirección de la crisis se encargó a cuatro Ministerios, en la práctica ha sido el de Sanidad (lo mismo en muchas CCAA) el más visible. Una importante tarea pendiente en relación a la acción intersectorial afecta a la oportunidad de **replantarse quién debe ser el "propietario" de las crisis**, usando la terminología propia de la gestión de crisis. Por mucho que la crisis sea de naturaleza sanitaria, debe evaluarse si otro Ministerio o consejería horizontal podría ser más eficaz en repensar el sistema de respuesta a estos fenómenos con una perspectiva más intersectorial (este replanteamiento se ha hecho en otros países tras algunas epidemias precisamente al verse el Ministerio de Sanidad y las Consejerías Autonómicas del mismo ramo sobrepasadas por la naturaleza de la crisis, o al ser detectados problemas intersectoriales). También convendría ponderar si el Ministerio

de Sanidad debería estar bajo **una coordinación política con más amplia perspectiva y con mayor capacidad de liderazgo**. En todo caso es importante valorar la existencia de mecanismos de enlace intersectorial.

En todos los niveles de gobierno convendría repensar la composición de los comités de expertos. Estos comités son muy relevantes en el momento de adoptar decisiones rápidas y si su composición no incluye los perfiles adecuados puede ocurrir que determinadas propuestas no sean aplicables, o se ponga el énfasis en los asuntos mejor conocidos por esos expertos y se abandonen otros, como ha ocurrido en esta crisis (por ejemplo, el énfasis en el rastreo y la atención primaria llegó tarde; o hubo desconcierto al no tener claro qué responsabilidades debían y podían asumir los distintos niveles de gobierno dadas su capacidades y sus competencias). Por ello, es necesario incluir a expertos de diferentes sectores, disciplinas (incluyendo las ciencias sociales) y personas con diversos bagajes (tanto científicos de prestigio como lo que se denomina "expertos grises", personas que conocen de primera mano el funcionamiento de los sistemas gracias a que los gestionan. No solo expertos en salud pública, sino también expertos que conozcan el funcionamiento del sistema sanitario nacional, expertos en servicios sociales o en las peculiaridades de la organización territorial de un Estado compuesto y descentralizado como el nuestro). Además, la composición, al menos el perfil, de los expertos que han de formar parte de estos comités debe ser estar planificado cuidadosamente con anticipación de modo que no haya que decidirlo sobre la marcha.

(C) Fortalecer la coordinación intergubernamental entendida como el ejercicio de identificar objetivos, diseñar e implementar políticas y resolver conflictos entre diferentes niveles de gobierno.

A pesar de que buena parte de la discusión pública se ha centrado en **la coordinación intergubernamental**, el funcionamiento de ésta es **difícil de valorar**, entre otras razones por el excesivo ruido general que ha provocado el juego de culpabilización cruzada entre niveles de gobierno, en particular procedente de algunas CCAA y determinadas fuerzas políticas de oposición. Este juego político, en el que no todas las CCAA han participado, puede ser comprensible dado que casi dos tercios de la ciudadanía cree que la gestión de las residencias ha sido mala o muy mala y dado que los ciudadanos distribuyen las responsabilidades por ella entre los dos niveles de gobierno. Sin embargo, es posible que esta práctica genere incertidumbre entre la población y contribuya a que se politicen las medidas de salud pública y, por lo tanto, su aceptación se complique.

En la primera fase de la crisis, el Gobierno Central recibió críticas relacionadas con la excesiva centralización de las decisiones. En la segunda se le acusó de falta de implicación y de coordinación intergubernamental. Por su parte, algunas CCAA han sido criticadas de ser volubles en su opinión acerca de quién debía ser el responsable principal de la crisis, si eso traía consigo réditos políticos electorales; y, en particular, de no cumplir con los

requisitos que el Gobierno estableció para gestionar la desescalada, a pesar de asegurar que sí lo hacían, lo que habría provocado un resurgimiento del virus antes de lo esperado.

A diferencia del caso del Ministerio de Sanidad, que asumió la autoridad en la gestión de la crisis, la iniciativa del sector de servicios sociales por parte de la Vicepresidencia de Derechos Sociales no se ha llegado a plantear y concretarse públicamente a lo largo de esta crisis. El Gobierno decidió que la Vicepresidencia no asumiría este papel, aunque esto habría sido posible desde un punto de vista competencial. Hubiera contribuido a reforzar el papel coordinador de ese departamento ministerial de Derechos Sociales y, en particular, del IMSERSO (con competencias en materia de atención a la dependencia), al menos durante las primeras semanas de la crisis en las que había quejas sobre la situación de abandono de las residencias en algunas CCAA. En esta situación, según el Real Decreto 463/ 2020 de 14 de marzo por el que se declaraba el estado de alarma, en referencia a los servicios sociales, la autoridad competente delegada eran el ministro de Sanidad y las CCAA (debe recordarse que el estado de alarma no desapodera a las administraciones competentes en servicios sociales, es decir, a las CCAA). Debería revisarse si esta decisión fue la adecuada dado el desbordamiento del Ministerio de Sanidad, su falta de vinculación directa con el sector de los servicios sociales y la propia existencia de la Vicepresidencia de Derechos Sociales (por su propio rango y debido al carácter social de las residencias). Todo ello hacía muy complejo ese liderazgo.

Aun así, en el caso del Ministerio de Sanidad, la coordinación de su sector en términos formales sí se ha producido a juzgar por el número de reuniones de los órganos de gobernanza del SNS en las que, en ocasiones, se ha tratado el problema de las residencias, aunque no queda claro si con la suficiente profundidad debido a los problemas intersectoriales ya señalados. Se han reunido en más de una centena de ocasiones (contando las 45 reuniones del Consejo Interterritorial del SNS y otros órganos interterritoriales de segundo nivel). Por su parte, especialmente en la primera parte de la crisis, la Vicepresidencia de Derechos Sociales ha sido menos activa en la coordinación que se expresa en los órganos formales de las relaciones intergubernamentales de su sector (el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y sus comisiones) con cuatro reuniones, probablemente debido en parte a que el equipo que asumía la responsabilidad del Ministerio acababa de tomar posesión de sus cargos. Se hubiera esperado de ella propuestas de acción intergubernamental conjunta e impulso de la acción autonómica, lo que, en parte, sí ha comenzado a realizarse en el segundo tramo de la crisis.

Respecto al contenido de la actividad de coordinación, desde el Ministerio de Sanidad se han diseñado protocolos que intentaban contribuir a orientar la actuación de los gobiernos regionales en el sector de los servicios, pero no siempre han llegado a tiempo debido a problemas de transmisión. Otras veces necesitaban coordinarse con los que ya habían elaborado las CCAA o incluso, por recomendación de estas, las propias residencias. Se han acordado numerosas medidas durante el confinamiento, la desescalada y

la llamada “nueva normalidad” y relacionadas con el personal a movilizar, los recursos disponibles o los estudios a realizar. En el caso de los servicios sociales, ha habido diferentes iniciativas para facilitar la gestión de las CCAA en relación con las residencias mediante la dotación de recursos financieros y la modificación de la normativa de contratación de personal, entre otras. Ya avanzada esta crisis, el IMSERSO ha puesto en marcha varias medidas de recogida de información y de revisión de lo ocurrido en las residencias. Sin embargo, recurrentemente se ha constatado la queja de que estas iniciativas deberían haberse iniciado con anticipación.

En todo caso, la gestión intergubernamental de los datos sanitarios y en particular de los datos sobre residencias, elemento clave para el control de la epidemia, ha sido problemática y deficiente. Nuevamente aparecen aquí los problemas de coordinación intersectorial en todos los niveles de gobierno, como las reticencias de algunas CCAA en esta materia, al menos durante los primeros meses de esta crisis. De manera muy insistente se reclama con razón a los dos Ministerios, en particular al de Derechos Sociales, pero también al de Sanidad, un mayor papel en la coordinación de iniciativas, sobre todo en aquellas que, por motivos políticos, resultan muy difíciles de adoptar en una única Comunidad Autónoma. También se demanda al Gobierno Central medidas relacionadas con la recogida de datos y de compartir información, entre ellas, buenas prácticas internacionales y de las CCAA. En todo caso, las residencias han tenido como referencia principal a las Consejerías autonómicas, en unos casos a las de Servicios Sociales y en otros a las de Sanidad.

(D) La capacidad de gestión o habilidad de asegurar recursos materiales, tecnología y profesionales para alcanzar determinados objetivos.

La capacidad de gestión se ha visto puesta a prueba tanto a nivel gubernamental, como en las propias residencias de personas mayores. La crisis mostró rápidamente la imposibilidad de gestionar una pandemia como esta sin el concurso de las administraciones autonómicas, que acumulan en la actualidad la experiencia y los recursos para gestionar la sanidad y los servicios sociales. Las CCAA tienen la capacidad sectorial, de la que el Gobierno Central carece, y, además, conocen mejor las especificidades de su territorio. Por ello, junto con otras consideraciones importantes de tipo político, tras las primeras semanas, las CCAA acabaron liderando la respuesta a la pandemia.

Aun así, las CCAA poseen una capacidad administrativa, jurídica y políticamente limitada en relación con la posibilidad de usar algunos instrumentos legales y funcionales que les permitan responder con eficacia a los problemas que ha planteado la pandemia. Por ello, además de **entender bien de qué capacidades dispone cada nivel de gobierno cuando se enfrenta a una crisis**, es muy necesario realizar un inventario de recursos y de instrumentos de política pública (organizativos, de autoridad, económicos y comunicativos) para responder a las emergencias y avanzar en su diseño lo antes posible, de modo que no tenga que discutirse de quién es la competencia, o cómo articular las soluciones en medio de una catástrofe.

En el terreno de los recursos materiales, las primeras semanas pusieron de manifiesto que se estaba produciendo una circunstancia que aparece en todas las emergencias: el de la convergencia masiva, consistente en que muchos agentes (en este caso países y organizaciones) compiten por recursos (o espacios) escasos. La gestión de las compras del material sanitario y su distribución reveló problemas de capacidad administrativa, tanto en las CCAA, como en el Ministerio de Sanidad, que acababa de pasar por un profundo proceso de reorganización y tuvo que solicitar ayuda a otros Ministerios. Quizá más llamativos fueron los equívocos acerca de quién debía responsabilizarse de la adquisición y reparto de material (el Ministerio tuvo que publicar una nota interpretativa), tanto en lo referido al nivel de gobierno, como al sector que debía comprar y al que se debía repartir prioritariamente el material, lo que, en último término, contribuyó al retraso de la llegada del material a las residencias y por lo tanto a la desprotección de su personal durante un período crítico de desarrollo de la pandemia.

Los problemas de capacidad se mostraron muy significativamente en la adquisición de test, la realización de test rápidos y pruebas PCR, así como en su análisis y la comunicación de los resultados. En este sentido, el desconocimiento por la comunidad científica internacional de las características y el comportamiento del virus explica algunos de los problemas aparecidos en las residencias de mayores en la etapa inicial de la crisis. En dichas residencias no se buscó a los usuarios contagiados entre los asintomáticos hasta pasadas varias semanas. Más tarde se tomó conciencia de que los asintomáticos también contagiaban la enfermedad y se dispuso además del material necesario para realizar los test. Estos problemas influyeron de manera decisiva en la aparición y la transmisión de casos en las residencias. La adopción de otras medidas de salud pública estuvo claramente condicionada por la disponibilidad de material y recursos.

Las propias residencias de personas mayores acusan problemas estructurales de capacidad que han sido reiteradamente analizados por los expertos, por los agentes sociales, el propio sector y recientemente por el Defensor de Pueblo (2020) y por Médicos Sin Fronteras (2020) en el contexto de esta crisis, en la que las dificultades se han hecho aún más evidentes si cabe. A la lista de problemas previos, se han sumado los derivados de la COVID-19. Entre los primeros figura la bien conocida y creciente precarización del empleo en el sector de residencias, incluidos los bajos salarios que dificultan la cobertura de algunos puestos, las inadecuadas ratios profesionales por categoría, las carencias de información sobre diferentes aspectos del funcionamiento de las residencias o la mejorable inspección e intervención de las autoridades en algunas CCAA. A éstos se sumaron numerosas dificultades relacionadas con el déficit de protección de la salud de los trabajadores vinculadas a las carencias de material y al cambio de especificaciones en los protocolos. En algunos casos, esto se debió a la aparición de nuevas informaciones acerca del comportamiento del virus. En otros casos, a la tardanza o difícil aplicación de algunos protocolos y también a las dudas –que persisten aún hoy– entre el personal sobre el uso de materiales de protección, como los guantes, no solo derivadas de las carencias formativas, sino también de la inseguridad que

en ocasiones han trasladado las autoridades (los Planes de Preparación deberían tener evidencia actualizada de modo que no sea necesario refrescarla durante las emergencias). Esta última circunstancia sigue siendo muy llamativa puesto que los trabajadores son en la mayoría de los casos uno de los principales vectores de contagio en las residencias.

Otros problemas se relacionaron con el elevado número de **bajas entre los trabajadores** de las residencias derivado de una pluralidad de motivos (contagios, temor, protocolos demasiado rigurosos o lo contrario), lo que contribuyó a la sobrecarga del personal que permaneció en el puesto y a que estos trabajadores tuvieran que asumir algunas tareas para las que no estaban suficientemente preparados al no guardar relación con su desempeño habitual. En algunos casos se produjo la ausencia durante semanas de algunos perfiles profesionales imprescindibles para garantizar la atención cotidiana y, más grave, la atención sanitaria. Ello hizo necesario que, al menos para determinadas tareas, se reclutara personal sin preparación. Muchos profesionales han sufrido también un fuerte desgaste psicológico, provocado por el estrés, por el temor, la incertidumbre, las relaciones no siempre sencillas con las familias, el foco mediático centrado en los casos más llamativos y, muy, destacadamente por la percepción de falta de apoyo y por la fuerte estigmatización del sector debido a sus malos resultados durante esta crisis, pese a los ingentes esfuerzos que muchos trabajadores realizaron.

(E) Garantizar la atención simultánea, coordinada y estable de los servicios sanitarios y sociales a las personas que requieren un abordaje integral y continuado de sus cuidados basada en la colaboración institucional, la cooperación profesional efectiva y la adecuación de las intervenciones y los recursos.

Las CCAA han buscado las soluciones a esta crisis que han considerado más oportunas dadas sus características (por ejemplo, el equilibrio entre salud pública, atención primaria y hospitalaria en su relación con las residencias no ha sido siempre el mismo; en algunas se ha producido una mejor coordinación de los dispositivos sanitarios y de servicios sociales con las Consejerías de sus respectivos sectores para abordar la situación de las residencias).

En un nivel operativo, en algunas CCAA, especialmente durante las primeras semanas de la crisis, **el (des-)encaje entre las residencias y el sistema sanitario**, en particular los centros de atención primaria y los hospitales, ha sido uno de los asuntos más relevantes de la crisis de la COVID-19.

Las diferentes estrategias han podido estar condicionadas por el tiempo con el que contaron para organizarse desde que se declaró la pandemia o por la existencia de mecanismos de coordinación sociosanitaria definidos previamente (de nuevo aparecen aquí los problemas de coordinación intersectorial). Entre las cuestiones más destacadas en este informe está el modo en que **la implicación del SNS**, en unas CCAA a través de la atención primaria y en otras de los hospitales, **ha marcado un antes y un después en el impacto de la epidemia en la mayoría de las residencias**. En todas

ellas constituyó un enorme alivio al importante tensionamiento de sus capacidades que ha supuesto la pandemia. Sin embargo, hasta que esto se produjo, en algunas CCAA se presentaron una serie de problemas derivados de sus peculiares características, tales como: (a) empeoramiento de las relaciones entre los centros de atención primaria y las residencias (en algunos lugares las relaciones ya eran difíciles previamente); (b) sensación de abandono por parte de las residencias y necesidad de asumir tareas y responsabilidades sanitarias para las que no existían preparación ni personal; (c) ausencia de medicamentos y equipos sanitarios; (d) atención inadecuada o desatención a los residentes; o (e) saturación de los centros de atención primaria (y hospitales) dedicados a atender a la población general y a realizar tareas de detección y rastreo vinculadas a la COVID-19.

Por lo que se refiere a los hospitales, una de las circunstancias más dramáticas y polémicas fue la relacionada con los posibles obstáculos planteados desde distintas instancias a la hospitalización de las personas mayores residentes en centros geriátricos contagiados por coronavirus. En un **contexto de desbordamiento absoluto de los hospitales en algunas CCAA**, el establecimiento de mecanismos de triaje (método de selección y clasificación de los pacientes empleado en la enfermería y la medicina de emergencias y desastres) era probablemente inevitable. Pero en una sociedad que no está acostumbrada a visibilizar los mecanismos de racionamiento en el ámbito sanitario (aunque éstos existan, empezando por las propias listas de espera hospitalarias), esta situación resultó extremadamente controvertida, particularmente porque existía la grave sospecha de que la selección de los pacientes que ingresaban en planta (y especialmente de aquellos que eran trasladados a las Unidades de Cuidados Intensivos - UCI) no era siempre el resultado de una evaluación individualizada del estado de salud del paciente, sino que se pudiese estar equiparando a residentes en centros geriátricos con enfermos irrecuperables y que esto se tradujese en la no admisión hospitalaria. Se trata de un problema moral pero también jurídico. En todo caso, una vez en el hospital la decisión es médica, según la situación clínica del paciente. Por esta razón, el Ministerio de Sanidad elaboró el “Informe sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia por el SARS-CoV-2”, publicado el 2 de abril.

El modo en que se gestionó el **fallecimiento de los mayores en algunas residencias** durante el pico de la pandemia, en soledad y sin poder comunicarse con sus familiares y amigos en los últimos momentos de su vida, resultó también particularmente dramático y requiere de una reflexión que permita evitar la repetición de dichas situaciones. Aquí, como en otros casos, existe el sentimiento entre los profesionales de las residencias de haber sido injustamente señalados, cuando se estaban enfrentando a una situación de desbordamiento en la que las funerarias tampoco eran capaces de gestionar el enorme volumen de fallecimientos.

La capacidad para **garantizar los servicios y su continuidad** se ha visto muy mermada durante la crisis de la COVID-19 en diversos sectores de política pública (por ejemplo, educación). Desde que se adoptaron medidas en los centros de mayores, la prioridad era proteger a los residentes contra la

COVID-19 y algunas medidas trastocaron el funcionamiento cotidiano de estos centros. Por ejemplo, (a) la conversión de los espacios comunes en zonas de atención a pacientes COVID-19; (b) la aplicación a los residentes de criterios de gestión hospitalaria dejándoles en sus camas durante toda la jornada; (c) el confinamiento de los centros; (d) el aislamiento de los residentes en sus habitaciones; (e) la reducción de la vida social dentro y fuera de las mismas; (f) la suspensión de determinadas actividades de continuidad de cuidado por la escasez de personal; (g) la clausura de centros externos a las propias residencias donde las personas mayores recibían determinados servicios; (h) los retrasos excesivos en la comunicación de los resultados de las PCR que obligaban a cerrar plantas y a suspender actividades; o (i) las opiniones y preferencias de los usuarios dejaron de ser tenidas en consideración.

A pesar del esfuerzo de muchos trabajadores, no se han podido garantizar los cuidados de forma adecuada. Dado que es posible que la situación actual se prolongue y que ello puede tener consecuencias especialmente negativas para las personas mayores, es necesario valorar otras respuestas para facilitar la continuidad de los tratamientos y cuidados profesionales cotidianos de estas personas. Una de estas alternativas es la **derivación de los pacientes COVID-19 a otros centros de tercer nivel.** Debe destacarse que **esta medida ha sido considerada por los entrevistados en este estudio como una de las más relevantes para contener** los brotes en las residencias. Además, esta medida **permite que el resto de los residentes pueda hacer una vida lo más parecida a la normalidad**, lo que es muy importante para mantener su salud física y mental.

(F) Repensar el futuro del cuidado de las personas mayores.

Como hemos visto, un acercamiento a la gestión de la COVID-19 en las residencias ha puesto de manifiesto que, en sucesivas olas de esta crisis o en próximas epidemias, resultará necesario adoptar medidas generales y específicas para preparar mejor a estos centros. Pero en este proceso de análisis también se ha vuelto a evidenciar un asunto que emerge recurrentemente en el debate entre los expertos. Se trata de la necesidad acuciante de evaluar cómo ha funcionado el sistema de atención a las personas en situación de dependencia después de 14 años de su puesta en marcha, y tras atravesar la grave crisis económica que comenzó en 2007 y afectó seriamente a su adecuada financiación y a su implementación, a partir de las modificaciones introducidas en el RDL 20/2012.

Asimismo, la crisis sanitaria actual ha revelado que **la organización y gestión de los cuidados presentan un amplio margen de mejora** si, por un lado, se quiere garantizar una atención adecuada a las personas mayores que viven en las residencias; y, por otro, se quiere asegurar también que las personas que les cuidan, la gran mayoría mujeres, lo hacen desde un puesto de trabajo de calidad, para lo que se precisa una mayor profesionalización del sector de cuidados y la atención personal. Solo de esta manera,

y apostando por la tecnología y conocimiento que las tareas de cuidados modernas demandan, **la sociedad, jóvenes y mayores, podrá aprovechar el retorno de la inversión que se requiere**.

Particularmente relevante será el **desarrollo de estructuras de coordinación entre el sistema sanitario y el de servicios sociales**. La larga tradición de debates acerca de la forma en que debería alcanzarse la integración sociosanitaria debe trasladarse de forma concreta al diseño y aplicación de procedimientos de coordinación y de sistemas de información compartida entre los profesionales sanitarios y de los servicios sociales. La idea de una "**medicalización**" de las residencias **no** parece resultar de gran ayuda ni despierta simpatías entre los profesionales del sector del cuidado, ni probablemente entre los residentes que no querrían ver su hogar convertido en un hospital. Por ello, **profundizar en la "sanitarización" y mayor profesionalización del sistema puede ofrecer una vía mucho más fructífera** para la colaboración entre ambos universos organizacionales. A nivel práctico, esto debería traducirse en mecanismos de coordinación entre la atención primaria, la hospitalaria, los dispositivos de urgencias, los sistemas de salud pública, los servicios sociales de atención primaria y los centros residenciales para garantizar la continuidad de la atención y del cuidado a las personas mayores residentes en dichas instituciones. Las estructuras de coordinación con el sistema sanitario implementadas durante la pandemia (o preexitentes en al menos una Comunidad Autónoma) pueden constituir un primer paso en esa dirección, habida cuenta del alto nivel de apoyo que esas iniciativas han tenido entre los profesionales de las residencias.

La reflexión sobre el futuro de las residencias de personas mayores deberá hacerse a partir de **una discusión general acerca de la situación y funcionamiento del sistema de atención a las personas en situación de dependencia** en nuestro país y acerca de **cuál debe ser el papel de los centros residenciales** en dicho modelo. La creciente vulnerabilidad de los residentes ha ido transformando las demandas que éstos plantean a los centros en los que residen y esto debe llevar a la adopción de una serie de medidas respecto a la potencial especialización de las residencias, la adecuación de sus infraestructuras, así como acerca de la financiación del sistema.

La necesidad de garantizar la disponibilidad de **trabajadores adecuadamente formados** para las distintas tareas asociadas al ámbito sociosanitario requiere también de una serie de reformas en los procesos formativos, además de una mejora significativa en las condiciones laborales y contractuales de dichos rabajadores.

La importancia y la urgencia de transformar el sistema de cuidados no recomienda sin embargo la precipitación puesto que cualquier transformación puede tener **consecuencias no solo sobre el propio sistema y sobre las personas mayores, sino también en las mujeres,** que asumen todavía en nuestra sociedad el principal papel en los cuidados. Los cambios por abordar deberán ser el resultado de un proceso de debate y discusión entre la pluralidad de actores implicados en el ámbito sociosanitario y las propias personas mayores.

1. OBJETIVOS, ENFOQUE Y METODOLOGÍA UTILIZADOS EN ESTE DOCUMENTO

En este informe se han identificado las dificultades de gestión de la COVID-19 con las que se enfrentaron los responsables organizativos e institucionales de las residencias de personas mayores en España entre enero y julio de 2020. Es necesario constatar que mientras no exista vacuna o tratamiento para la COVID-19, la gestión de la situación es muy relevante para controlar la pandemia. Sin embargo, aunque la crisis aún no ha terminado, no debe esperarse a que ello suceda para incorporar las lecciones que se han aprendido de la dura experiencia del impacto de la COVID-19 en las residencias en las que, en 2019, vivían habitualmente más de trescientas mil personas mayores. En este informe se incluyen también algunas de esas lecciones y aprendizajes que puedan servir para afrontar nuevos posibles brotes o para otras epidemias futuras.

Diferentes indicadores demuestran que al menos la mitad de las personas fallecidas con COVID-19 o sintomatología compatible en España entre marzo y finales de agosto de 2020 eran personas mayores que vivían en residencias, y que estas cifras son más altas que en la mayoría de los países del mundo desarrollado de los cuales disponemos de datos. Todavía es pronto para poder analizar cuál es el peso de la gestión de la pandemia en el recuento de víctimas de la COVID-19. Sabemos que otros factores, como el momento en el que el virus llegó al país o la región, la incidencia en el territorio, el grado de apertura económica, 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 el impacto de la pandemia.

Sin embargo, la literatura científica sobre gestión de crisis, tras analizar la respuesta gubernamental a decenas de eventos de distinta naturaleza (terrorismo, accidentes y catástrofes de salud pública, naturales, bélicas o económicas), ha detectado una serie de fenómenos problemáticos que entorpecen la adopción de decisiones y la implementación de las respuestas a las emergencias en situaciones de mucha presión. Algunos de estos problemas son, por ejemplo: la infravaloración de los riesgos debido a múltiples factores como la incredulidad, el exceso de confianza en el propio sistema, la lejanía de su origen; la fugacidad de la fase inicial en la que la intervención es más certera; la posible indecisión sobre quién debe ser el "propietario" de la crisis y las razones por las que ello ocurre. Entre estas últimas pueden señalarse la falta de previsiones legales o el peso de motivos electoralistas en las decisiones a tomar; el llamado "dilema de la escala", referido a qué nivel de gobierno debe ser el principal responsable; la falta de capacidad (recursos, *expertise*, personal); la falta de empatía y simplificación sobre las dinámicas de funcionamiento de otros sectores de política pública y actores; la falta de voluntad de algunas organizaciones para cooperar con otras; la excesiva rigidez en el cumplimiento de protocolos, a veces anticuados, y la escasa flexibilidad para adaptarse a la situación; la deficiente divulgación de los planes y protocolos existentes; la mala comunicación; el solapamiento innecesario y los conflictos entre organismos y actores involucrados en las operaciones de crisis (la llamada "batalla

de los samaritanos"); la incapacidad de dar sentido a la crisis y conseguir credibilidad para que las medidas sean aceptadas; el problema de la convergencia masiva consistente en que muchas personas y organizaciones quieren utilizar determinados recursos escasos (espacios, material); el colapso de los sistemas y la incapacidad de continuar prestando determinados servicios que no por estar inmersos en una emergencia, por ejemplo sanitaria, dejan de ser muy relevantes, como la educación, el trasporte, los cuidados; la resistencia a la evaluación por temor a las consecuencias políticas y el escaso aprendizaje, entendiendo por tal un "... esfuerzo intencional de (re)examinar, (re)evaluar y (re)calibrar las creencias, las políticas y los arreglos institucionales existentes y propuestos)" (Boin, 2007, p. 143; Ansell et al., 2010; Drennan et al., 2015).

Es plausible que la gestión haya influido en el impacto de la crisis en las residencias. Para entender de primera mano las dificultades a las que estos centros se han enfrentado, se han llevado a cabo 25 entrevistas en profundidad a responsables de residencias (directores y directores médicos) en distintas CCAA, así como a responsables de la gestión de los servicios sociales y de la sanidad de las administraciones autonómica y central. Para la realización de estas entrevistas se ha utilizado un guion que buscaba obtener información sobre la actuación de los responsables de los centros en cada una de las fases de esta crisis y acerca de los aspectos que se han mencionado más arriba. Estas entrevistas tuvieron una duración media de 90 minutos, fueron transcritas y analizadas. Además de las entrevistas, se han consultado numerosos documentos producidos por las propias administraciones, así como las respuestas a un cuestionario elaborado por el IMSERSO que solicitaba información sobre lecciones aprendidas a las administraciones autonómicas, a las administraciones locales a través de la FEMP, a los sindicatos y a las patronales de las residencias.

Como anticipo de las conclusiones, varios asuntos aparecen recurrentemente en el análisis de la gestión de la crisis de la COVID-19. El nivel de preparación previo de los centros para afrontar situaciones de este tipo ha afectado a la velocidad con la que se adoptaron las primeras medidas de reacción, lo que en las epidemias es muy relevante, así como la disponibilidad de recursos de protección. Las previsiones sobre coordinación vertical y horizontal con las administraciones han podido determinar el alcance de las medidas, la rigidez o la flexibilidad con la que se ha actuado o incluso la ayuda que los centros podían recibir. La profesionalización ha influido en la habilidad para proteger, reclutar o formar al personal en la elaboración e implementación de planes de contingencia o la rapidez con la que las residencias organizaron la atención sanitaria a sus moradores, elemento que, como se verá más adelante, parece ser crucial en la gestión de esta crisis. Finalmente, la experiencia de la gestión de la COVID-19 ha hecho que se generalice una preocupación, que hasta ahora parecía estar solo en el debate entre los expertos, sobre el futuro del modelo de cuidados en una sociedad cada vez más envejecida.

A partir de ahora, este documento se organiza del siguiente modo. En el siguiente epígrafe se revisan los datos disponibles sobre el impacto de la

COVID-19 en las residencias de personas mayores españolas en perspectiva comparada y se explican algunas de las características del sector que son necesarias para entender las dificultades de gestión durante la pandemia. El tercer epígrafe está dedicado a las lecciones aprendidas durante la pandemia en relación con distintos aspectos de la gestión. En primer lugar, se analizan tres elementos de la gestión institucional: la preparación, la coordinación intersectorial y la coordinación intergubernamental. Después se examinan distintos aspectos de la gestión en el nivel organizativo de las residencias. En tercer lugar, se dedica un epígrafe a los problemas encontrados en las residencias para garantizar una asistencia sanitaria de calidad durante esta crisis. Finalmente, en el cuarto apartado, se discuten algunas cuestiones relacionadas con el futuro del sector de los cuidados.

2. LA CRISIS DE LA COVID-19 Y SU IMPACTO EN LAS RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

2.1. El impacto de la COVID-19 en las residencias de personas mayores: una aproximación cuantitativa

España se ha visto altamente afectada por el virus SARS-CoV-2, con 439.286 casos confirmados y 29.011 fallecidos (letalidad 6,6 %)[2] hasta el 28 de agosto de 2020. Estos datos convierten a nuestro país en el segundo más impactado en el entorno europeo en términos de casos confirmados, solo por detrás de la Federación Rusa (975.576 casos [16.804 fallecidos] letalidad 1,7 %) y seguido de Reino Unido (330.368 [41.477] letalidad 12,6 %), Italia (263.948 [35.463] letalidad 13,4 %), Turquía (262.507 [6.183] letalidad 2,4 %), Francia (259.698 [30.576] letalidad 11,8 %) y Alemania (239.507 [9.288] letalidad 3,9 %).[3,4] Al igual que en el resto de países, los fallecimientos relacionados con la COVID-19 en España se concentran fundamentalmente en las personas de mayor edad, debido a la vulnerabilidad de este colectivo, en el que es frecuente encontrar problemas de inmunidad, enfermedades crónicas degenerativas, comorbilidad y/o alto grado de dependencia.[5,6]

Las residencias de personas mayores acumulan una proporción importante del total de los decesos relacionados con la COVID-19 en los países desarrollados (OMS, 2020a); y esta tendencia se ha mostrado con especial dureza en España desde que la crisis sanitaria estallara.

El Gobierno Central todavía no ha hecho público el dato de fallecimientos por coronavirus o sintomatología compatible en las residencias de mayores. En el marco del estado de alarma, la Orden del Ministerio de Sanidad SND 275/2020 (modificada por la Orden SND/322/2020), instaba a las CCAA a remitir al Ministerio información relativa a los centros de servicios sociales de atención residencial antes del 8 de abril y, a partir de ese día, a actualizarla los martes y los viernes antes de las 21 horas.

La información solicitada incluía, entre otras cuestiones, el número de fallecimientos en centros sociales de carácter residencial ocurridos desde el 8 de marzo, el número total de fallecimientos por COVID-19 confirmados y el total de fallecidos con sintomatología compatible (no confirmados), ambos datos también desde el 8 de marzo.

En ausencia de publicación de las cifras de fallecimientos en residencias por parte del Gobierno Central, Radio Televisión Española (RTVE) ha estimado, en base a datos de las propias CCAA, que, en España, desde principios de marzo hasta el 27 de agosto, casi 20.000 personas mayores han perdido la vida con COVID-19 o sintomatología compatible en estos centros (tabla 1).

Siendo esta cifra tan elevada, cabe preguntarse qué proporción de las muertes totales relacionadas con la COVID-19 en España se han producido en el ámbito de las residencias de personas mayores. Algunas informaciones

2
En lo relativo a la letalidad, debe tenerse en cuenta que depende en muy buena medida de la realización de test PCR, que fue muy escasa y variable en los distintos países durante la primera ola de la pandemia.

3
Actualización nº195: enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) 28.08.2020. Accedido el 31 de agosto de 2020.

4
En sus informes, el CCAES advierte de que “las cifras de fallecidos por COVID-19 notificadas por cada país varían en su definición”, lo cual hace que indicadores como la letalidad “no sean directamente comparables”. Asimismo, diversas cuestiones relativas a la detección y reporte de casos por parte de los Estados dificultan la construcción de tasas o índices fiables que faciliten la comparación internacional. Por ello, en esta sección ofrecemos los datos absolutos publicados por el CCAES, aun sabiendo que éstos están afectados por el tamaño de país.

5
El informe de la RENAVE de 27.08.2020 constataba que tanto el porcentaje de hospitalizaciones como el de fallecimientos por COVID-19 aumentaba con la edad. Alcanzaba al 22 % y al 5 % respectivamente en mayores de 79 años.

6
Por su parte, según los datos del Sistema de Vigilancia de la mortalidad diaria (MoMo), el exceso de muertes (de 13 de marzo a 26 de agosto) entre personas de 65-74 ha sido del 20 % (5.056 personas), alcanzando el 29 % (37.337) entre mayores de 74, frente a un exceso de solo el 8 % (2.020) entre el grupo de personas menores de 65 años (Acceso a los datos el 4 de septiembre de 2020).

Tabla 1. Fallecimientos COVID-19 en residencias de personas mayores por Comunidad Autónoma

Comunidad Autónoma	*Fallecimientos en residencias*	*Última actualización*
Madrid	5.984	26 de junio
Cataluña	4.131	27 de agosto
Castilla y león	2.610	27 de agosto
Castilla-La Mancha	2.534	27 de agosto
Aragón	831	24 de agosto
País Vasco	636	24 de agosto
Comunidad Valenciana	566	27 de agosto
Andalucía	563	27 de agosto
Extremadura	432	6 de julio
Navarra	433	26 de agosto
Galicia	279	27 de agosto
Asturias	271	26 de agosto
La Rioja	211	24 de agosto
Cantabria	152	27 de agosto
Baleares	92	27 de agosto
Murcia	68	20 de junio
Canarias	19	20 de junio
Ceuta	-	-
Melilla	-	-
TOTAL España	**19.812**	**-**

Fuente: Elaboración propia con datos consultados en RTVE.es. Accedido el 28.08.2020.

aparecidas a lo largo de la crisis estiman que alrededor de dos terceras partes de los fallecimientos relacionados con la enfermedad se habrían dado entre personas residentes en este tipo de establecimientos.[7]

No obstante, el IMSERSO, en un documento interno, considera que estos trabajos habrían sobreestimando la cifra real al relacionar el total de fallecimientos en residencias (que incluiría los casos confirmados más los no confirmados) con el total de fallecimientos por COVID-19 en España según la RENAVE (que solo incluye los casos confirmados).

En ese sentido, conviene señalar que las distintas estimaciones existentes han de ser tomadas con cautela debido a sus potenciales sesgos y limitaciones. Por ejemplo, Zalakain, Davey y Suárez-González (2020) especifican que algunas CCAA habrían estado reportando el valor agregado

7
Según el informe del Canadian Institute for Health Information (CIHI, 2020), con datos de dieciséis países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), a 25 de mayo de 2020, España habría sido el segundo Estado con mayor porcentaje de fallecimientos en centros de cuidados de larga duración con respecto al total de fallecimientos relacionados con la COVID-19 (66 %), únicamente superado por Canadá (81 %), con una media para el conjunto de países con datos disponibles del 42 %. Por su parte, a 28 de agosto de 2020, RTVE estimaba que las muertes en residencias suponían un 68 % del total.

◂ volver al índice

de fallecimientos en distintos tipos de residencias sociosanitarias (residencias de personas mayores, personas con discapacidad y personas con enfermedad mental), en lugar de facilitar el dato desglosado por tipo de centro, y que algunas de ellas no habrían distinguido entre fallecimientos de casos confirmados con COVID-19 y casos no confirmados.

Además, diversas CCAA no habrían informado en tiempo y forma. Junto con ello, es importante tomar en consideración que, según diversos participantes en este estudio, se ha dado un limitado testeo, especialmente durante las primeras semanas de la crisis, lo cual podría perjudicar la fiabilidad de los datos. Adicionalmente, según algunos actores, entre los que destacan responsables sindicales, habría que poner en cuestión los datos reportados por algunas residencias a las autoridades regionales (véase Peinado & Quesada, 2020).

Debido a todas estas cuestiones, el propio IMSERSO, en su documento interno, ha propuesto medidas alternativas del impacto del virus SARS-CoV-2 en las residencias. Una de ellas sería la mortalidad en el conjunto de la población residencial, que cifra en el 6,1 %, lo que convertiría a España en el país más afectado de entre aquellos para los que hay datos disponibles.

A su vez, valiéndose de los datos sobre personas dependientes con prestación económica vinculada a residencia y con Programa Individual de Atención (PIA) de residencia, y de los de MoMo, el IMSERSO estima un 7,6 % de afectación de la COVID-19 en personas vinculadas al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en residencias, para la primera oleada de la pandemia.

Otro modo de estimar el impacto de la crisis de la COVID-19 en residencias es a través de la fracción de fallecimientos en residencias con respecto al exceso de mortalidad. Usando también los datos de MoMo y los de mortalidad de RTVE, Jiménez-Martín y Viola (2020, p. 35) han calculado este indicador a 30 de julio de 2020. La fracción de fallecidos en residencias en relación con el exceso de mortalidad rondaría el 100 % en Baleares y La Rioja y lo superaría en Cantabria y Aragón. No obstante, aquí también debe tenerse en cuenta que MoMo ofrece una estimación (no un registro) y que sus datos han de interpretarse con las cautelas metodológicas de las que el propio Instituto de Salud Carlos III advierte.[8]

Vistas todas estas estimaciones, conviene tener presente que el impacto de la COVID-19 en centros residenciales es diverso entre regiones y, como también sabemos, entre residencias ubicadas en la misma Comunidad Autónoma (CA). **Algunos centros residenciales se han visto gravemente sacudidos por esta enfermedad, mientras que otros no han reportado fallecidos por coronavirus hasta el momento**. ¿A qué se deben estas diferencias?

De acuerdo con el análisis de Jiménez-Martín y Viola (2020, p. 39), el número de fallecidos por COVID-19 en las residencias correlaciona positivamente con la incidencia inicial de la pandemia en la CA, así como con el tamaño de los centros y su grado de ocupación. Estos autores también encuentran

8
Véase documentación sobre MoMo, disponible en: https://momo.isciii.es/public/momo/dashboard/momo_dashboard.html#documentacion

indicios de que la ratio de empleo y la disponibilidad de camas UCI correlaciona con la mortalidad, pero los datos no están lo suficientemente desagregados como para asegurarlo (Jiménez & Viola, 2020, p. 39). Por su parte, Daly (2020) analizando el caso de las residencias en Inglaterra, sugiere que la alta mortalidad en este tipo de centros podría estar relacionada con la separación entre el sector sanitario y el de las residencias, el elevado peso relativo del mercado en el sector, la complejidad de las políticas y del sistema de provisión de cuidados a personas mayores, la inadecuada regulación en la materia y los limitados recursos económicos disponibles.

Una auditoria recién publicada sobre el caso navarro (Fresno, 2020, p. 12 y ss.) concluye que más del 90 % de los contagiados y de los fallecidos se han concentrado en 24 centros (de los 70 existentes). Encuentra que la prevalencia de la zona de salud donde se localiza la residencia es un factor estadísticamente significativo para explicar la afectación de los centros. Además, el número de residentes y las ratios de personal, la anticipación en la adopción de medidas y la capacidad diagnóstica han sido medidas que explican la incidencia de la pandemia. Otros factores que aparecen en el debate, como la titularidad de la residencia, no parecen influir de manera significativa en el alcance de la pandemia.

Es necesario contar con más análisis que incluyan variables como la estructura y sectorización de las instalaciones, cuánto tardaron en proporcionarse los equipos de protección, el número de test que se realizaron (y cuándo), el momento en el que el personal sanitario intervino sistemáticamente en las residencias o las medidas de preparación previa en la CA. Estas variables aparecen con frecuencia en las entrevistas como factores decisivos para comenzar a controlar la epidemia en estos centros.

Aunque se requiere mucha más evidencia para responder a la pregunta anteriormente formulada, estos análisis sí denotan la complejidad que, dada la gran heterogeneidad y diversidad del sector residencial en España, resulta intrínseca a la toma de decisión estratégica y la puesta en marcha de políticas públicas eficaces en un ámbito que se ha hecho prioritario debido a su importancia epidemiológica, la alarma social generada en la ciudadanía y las consecuencias legales que la gestión de esta crisis pueda acarrear.

Sobre esto último, las muertes de mayores en residencias encuentran ya una derivada en el ámbito judicial. Según la última actualización semanal de la Fiscalía General del Estado (23 de julio), en España hay abiertas 178 diligencias civiles y 228 diligencias de investigación relativas a personas mayores y/o con discapacidad, la mayoría de las cuales se circunscriben al ámbito de las residencias. Si tenemos en cuenta también las que han sido archivadas, la cifra se multiplica (tabla 2), nuevamente con una distribución muy desigual entre territorios.

Más allá del número de fallecimientos, sería también necesario conocer datos sobre contagios, tanto entre residentes, como entre trabajadores de las residencias. Todavía no hay demasiada investigación publicada (aunque

Tabla 2. Actividad de la Fiscalía en residencias de personas mayores y/o con discapacidad por la COVID-19

Comunidad Autónoma	*Diligencias penales*	*Diligencias civiles*	*Procedimientos judiciales*
Madrid	140	5	6
Cataluña	45	73	7
Castilla y León	40	26	10
Castilla-La Mancha	27	9	2
Galicia	21	20	1
Extremadura	12	10	2
Comunidad Valenciana	8	23	0
Aragón	6	5	9
Andalucía	5	17	0
Canarias	3	3	0
Cantabria	3	3	0
Asturias	3	0	0
Baleares	2	2	0
La Rioja	2	1	0
Navarra	1	3	0
País Vasco	1	2	0
Murcia	0	4	3
TOTAL	**319**	**206**	**40**

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de NOTA INFORMATIVA actualizada a 20 de julio – Fiscalía General del Estado. Incluye casos acticos y archivados.

algunas CCAA, como la Comunidad de Madrid, ya han puesto en marcha estudios serológicos en sus centros sociosanitarios). No obstante, sí contamos ya con alguna información relevante en este sentido. Un estudio llevado a cabo en sesenta y nueve residencias catalanas arroja un 23,9 % de test positivos entre ancianos y un 15,2 % entre trabajadores. Además, un 55,8 % del personal positivo y un 69,7 % de los residentes resulta ser asintomático (Borrás-Bermejo et al., 2020).

2.2. El sector de los cuidados residenciales en España

No sería posible comprender el alto impacto de la COVID-19 en las residencias de personas mayores, ni extraer lecciones útiles para la mejora de la coordinación intersectorial e intergubernamental en el ámbito sociosanitario, sin conocer las características fundamentales del sector de la atención residencial en España.

El **sector de cuidados residenciales en España es altamente heterogéneo y diverso**. Lo es en variables clave como la titularidad de las residencias, la financiación de las plazas (pública o privada), los índices de cobertura y ocupación, y el tamaño y características de las residencias, entre otras. Asimismo, las residencias de personas mayores difieren notablemente en hábitat (rural vs urbano), tipo de instalaciones, características de las habitaciones, capacidad para sectorizar y aislar, grado de atención sanitaria que se provee, o profesionalidad de la gestión, por ejemplo. Tales diferencias resultan capitales de cara a la planificación de la respuesta a crisis sanitarias o de otro tipo.

No resulta sencillo ofrecer un dato exacto sobre el número de residencias de personas mayores en España. Como es sabido, las competencias en esta materia están transferidas a la CCAA, y existe disparidad de criterios entre ellas en la definición del concepto (Abellán García et al., 2019). Estas potenciales diferencias en torno a qué se considera una residencia implican ciertas limitaciones a la hora de obtener una foto precisa de la atención residencial a nivel nacional y establecer comparaciones entre CCAA.

Según datos del IMSERSO (2019), en España hay unos 5.457[9] centros residenciales[10] para personas mayores, 4.063 de ellos (74,5 %) son de titularidad privada y 1.394 (25,5 %) pública. En total, sumarían 381.158 plazas, lo que representa un índice de cobertura del 4,21 %[11] (el cual varía significativamente entre el 7,6 % de Castilla y León y el 1,42 % de Murcia).

A pesar de que la titularidad de los centros sea fundamentalmente privada, la mayoría de las plazas, casi 6 de cada 10, se financian con fondos públicos (59,8 %), produciéndose notables diferencias entre las CCAA.

El tamaño medio es de 69,8 plazas por residencia, aunque también aquí se denota una gran dispersión tanto entre CCAA (tabla 3), como entre centros. Según los datos del IMSERSO (a 31 de diciembre de 2018), la ocupación del sector rondaría el 72,6 %.[12]

Respecto al número de personas residentes, el Portal Envejecimiento en Red del CSIC ha publicado recientemente varias estimaciones. En 2019, en las residencias de mayores de España vivirían alrededor de 333.920 personas (de 60 y más años) (Abellán García et al. 2020). Por su parte, el IMSERSO (2019), a falta de datos en 4 CCAA, cifra en 276.924 el número de personas (en este caso de 65 y más años) residentes en estos centros, de los cuales el 70,4 % son mujeres y el 29,6 % hombres. Su edad media es muy avanzada, el 81,8 % tiene 80 o más años[13], lo que contribuye a explicar la potencial vulnerabilidad de este grupo social frente a una amenaza sanitaria como el virus SARS-CoV-2.

Según Jiménez-Martín y Viola (2020), con datos de la Encuesta de Población Activa (EPA), **el sector emplea a alrededor de 320 mil personas**, lo que representa un 1,7 % del total de ocupación. Se trata de un sector claramente feminizado (83 % de mujeres); y la mayor parte de los puestos están en el sector privado (80 %). De hecho, el crecimiento experimentado por el

9
Este dato se refiere a los centros residenciales y no tiene en cuenta, por tanto, las viviendas para mayores.

10
El IMSERSO define los centros residenciales como “equipamientos sociales que ofrecen alojamiento y atención especializada a aquellas personas mayores que por su situación familiar, económica y social, así como por sus limitaciones de autonomía personal, no pueden ser atendidas en sus domicilios”.

11
El índice de cobertura es el porcentaje de plazas en residencias de mayores sobre el total de población de 65 y más años.

12
Se expresa la ocupación como el porcentaje de personas usuarias sobre el total de plazas disponibles.

13
Estos datos excluyen Aragón, Canarias, Extremadura y Galicia, para las que no hay datos disponibles.

empleo en este sector en los últimos años se debe fundamentalmente al sector privado.

Como ha ocurrido en otros sectores, el empleo repuntó a partir de 2015, pero en cierto modo lo ha hecho a costa de salarios más bajos que en el resto de los sectores. Además, en este periodo se ha producido una significativa precarización del empleo: el empleo indefinido cae, mientras sube, además del temporal, el empleo a tiempo parcial (Jiménez-Martín & Viola, 2020).

Tabla 3. Características residencias para personas mayores por Comunidad Autónoma

	Nº de centros residenciales			*Plazas por centro (valor medio)*	*Número de plazas (tipo de financiación %)*			*Índice de Cobertura (tipo de financiación)*		
Comunidad autónoma	*Total*	*Públicos*	*Privados*		*Total*	*Pública (%)*	*Privada (%)*	*Total*	*Pública*	*Privada*
Andalucía	658	150	508	67,3	44.255	62,4 %	37,6 %	3,07	1,92	1,16
Aragón	277	73	204	64,8	17.939	30,1 %	69,9 %	6,28	1,89	4,39
Asturias	247	46	201	59,9	14.788	51,4 %	48,6 %	5,62	2,89	2,73
Balears	68	28	40	95,2	6.472	51,7 %	48,3 %	3,62	1,87	1,75
Canarias	198	69	129	48,8	9.665	40,1 %	59,9 %	2,84	1,14	1,70
Cantabria	63	10	53	96,2	6.060	69,3 %	30,7 %	4,78	3,31	1,47
Castilla y León	702	195	507	68,1	47.798	77,4 %	22,6 %	7,86	6,08	1,77
Castilla La Mancha	343	135	208	77,3	26.498	71,0 %	29,0 %	6,86	4,87	1,99
Cataluña	1.157	170	987	55,4	64.093	71,4 %	28,6 %	4,44	3,17	1,27
Comunidad Valenciana	331	69	262	82,6	27.327	47,7 %	52,3 %	2,84	1,35	1,48
Extremadura	289	211	78	49,7	14.352	64,2 %	35,8 %	6,49	4,17	2,32
Galicia	215	52	163	89,0	19.128	40,7 %	59,3 %	2,81	1,15	1,67
Madrid	473	63	410	109,1	51.582	41,9 %	58,1 %	4,37	1,83	2,54
Murcia*	55	11	44	60,1	3.304	100,0 %	0,0 %	1,42	1,42	0,00
Navarra	74	28	46	77,7	5.749	56,1 %	43,9 %	4,48	2,51	1,96
País Vasco	270	73	197	68,6	18.522	75,5 %	24,5 %	3,77	2,84	0,92
La Rioja	31	9	22	103,5	3.210	53,3 %	46,7 %	4,85	2,58	2,26
Ceuta	4	1	3	49,0	196	94,4 %	5,6 %	1,97	1,86	0,11
Melilla	2	1	1	110,0	220	59,1 %	40,9 %	2,48	1,46	1,01
España	**5.457**	**1.394**	**4.063**	**69,8**	**381.158**	**59,8 %**	**40,2 %**	**4,21**	**2,52**	**1,69**

Fuente: IMSERSO (2019): SERVICIOS SOCIALES DIRIGIDOS A LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA. Con datos de Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.

*Los datos sobre plazas en residencias de la Región de Murcia incluyen viviendas de personas mayores.

volver al índice

3. QUÉ PUEDE APRENDERSE DE LA CRISIS DE LA COVID-19 Y DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL Y ORGANIZATIVA DE LAS RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES

3.1. La gestión institucional de la crisis de la COVID-19

3.1.1. Diseño de una Estrategia Nacional de Emergencias en Salud y revisión de los Planes de Preparación y Respuesta ante Epidemias y Pandemias que contemplen los alojamientos colectivos habituales

Las crisis que afectan periódicamente a los países incluyen una amplia gama de eventos de distinta naturaleza que pueden tener un gran alcance social, económico y político. Los Planes de Preparación y Respuesta para prevenir y responder a esas situaciones requieren una gran inversión de recursos si se quiere garantizar que son elaborados por expertos, revisados periódicamente, coordinados internacional y nacionalmente y diseminados entre las autoridades y organizaciones de la sociedad civil que en algún momento puedan activarlos.

En la primera sección de este informe ya se ha mencionado que la planificación es necesaria para acortar los tiempos de respuesta a las crisis, lo que es un elemento de particular relevancia especialmente en los primeros momentos de emergencia. Los planes tratan de anticiparse a los problemas típicos que aparecen en situaciones de crisis y que ya han sido enumerados en la sección primera. Tras cada emergencia, deben ser revisados como también deben revisarse durante el periodo postcrisis (en este caso postpandémico) todas las actividades llevadas a cabo en la misma.

En España la labor de coordinación general de la política sanitaria corresponde constitucionalmente al Ministerio de Sanidad. Dentro del Ministerio, en la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, el CCAES establecido en 2004 tiene como función elaborar los Planes de Preparación y respuesta para hacer frente a las amenazas de salud pública, así como coordinar la gestión de la información y apoyar en la respuesta ante situaciones de alerta o emergencia sanitaria nacional o internacional que supongan una amenaza para la salud de la población. Además, en 2013, se creó el Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida (SIAPR), compuesto por los centros de enlace autonómicos. El CCAES debe también realizar un seguimiento sobre los requisitos de las capacidades nacionales recogidos en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI, de 2005) y trabajar con las CCAA y la Administración General del Estado (AGE) para garantizar su implementación. Mediante el RSI, los países acordaron desarrollar su capacidad de detectar, evaluar y notificar eventos de salud pública. Finalmente, coordina la RENAVE.

Antes de la llegada de la pandemia provocada por el SARS-CoV-2, el Ministerio de Sanidad contaba con un plan de preparación que se había desarrollado para responder al Influenza virus A (H5N1). El Plan se actualizó en 2006 con la participación de las CCAA y consta de catorce anexos, incluido uno dirigido a las empresas. Siguiendo este Plan, todas las CCAA

prepararon el suyo con un Comité Ejecutivo/Asesor con representantes de la Consejería de Sanidad, de los servicios de emergencias que se encargarían de establecer la cadena de responsabilidad en la CA y representantes de las instituciones públicas y privadas que desempeñasen algún rol en las distintas fases de la pandemia. Este plan fue el utilizado en 2009, con el virus Influenza A (H1N1). Igualmente, existe un protocolo para actuar en casos sospechosos de enfermedad por virus Ébola actualizado en enero de 2020. También un Plan nacional frente a enfermedades trasmitidas por vectores (Dengue y Zika) que se actualizó en 2016, entre otras razones para atender a los estrechos vínculos de España con América Latina. En 2017, el Ministerio elaboró un primer protocolo para profesionales frente a un caso del coronavirus MERS-CoV. Los responsables regionales entrevistados para este trabajo, quizá debido a que algunos llevaban poco tiempo al frente de sus responsabilidades institucionales, han manifestado su desconocimiento de los Planes de Preparación para epidemias previos a la crisis a pesar de que debían existir en sus respectivas CCAA.

Junto al trabajo realizado por el Ministerio de Sanidad, en España existe un Sistema de Nacional de Seguridad, regulado en la Ley Nacional de Seguridad de 2015, que tiene entre sus ámbitos de interés la seguridad sanitaria. Sin embargo, y a diferencia de los que ocurre con otras áreas de interés que recoge la ley, no existe una estrategia nacional sobre esta materia ni un comité especializado en ella, aunque el Ministerio de Sanidad participa en estos comités. Estas estrategias, incluida la Estrategia Nacional de Protección Civil, que tampoco recoge entre los riesgos que identifica el sanitario, son muy recientes. El Informe de Seguridad Nacional que se publica anualmente, dedica desde 2017 un capítulo a epidemias y pandemias. En la primavera de 2020, el Gobierno Central había previsto el primer ejercicio nacional de seguridad.

La mayor frecuencia con la que las pandemias se han producido en los últimos años, ha hecho que algunos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) hayan animado a los países a poner en marcha o revisar sus Planes de Preparación y Respuesta. Tras la pandemia de 2009, la OMS (2012) realizó diferentes recomendaciones a los países, entre ellas: pensar en respuestas para distintos escenarios de severidad de una pandemia, mejorar los sistemas de vigilancia, los sistemas y estrategias de compra pública de vacunas y su despliegue, así como mejorar la comunicación con los implicados en la respuesta de primera línea y el público en general.

En un análisis sobre el sistema de vigilancia epidemiológica tras la pandemia de 2009 (Amela et al., 2010) se detectan algunas debilidades: (a) las dificultades para tomar decisiones que afectan a distintos territorios contando con información nacional o internacional y no con información de cada territorio; (b) problemas con la transmisión y el análisis de información entre distintos escalones del sistema; (c) problemas al intentar realizar las tareas de análisis de los datos y al mismo tiempo tener que satisfacer las demandas de información de los medios; (d) problemas de

intercambio de información con los servicios asistenciales; y (e) percepción de que el procedimiento para aprobar las decisiones, retrasa la adopción de las mismas.

En 2015, fueron revisados los Planes de Preparación de España y otros países para afrontar los virus respiratorios elaborados contra el MERS-CoV (ECDC, 2015). El informe planteaba una serie de recomendaciones para los tres países analizados (Grecias, Reino Unido y España) y otros particulares de cada país. Entre las primeras figuraban: (a) fortalecer las capacidades de salud pública mediante la formación, la realización de ejercicios y la evaluación de los mismos; (b) garantizar la dotación de recursos humanos y técnicos; (c) analizar los desafíos de implementación de los planes sobre todo cuando el diseñador no es el que se tendrá que ponerlo en marcha; (d) mejorar la comunicación pública; (e) reforzar la colaboración con otros países; e, importante de señalar, (f) la necesidad de coordinación intersectorial. Por lo que se refiere a lo que el informe denomina "vulnerabilidades" (p. 21 y 22) del caso español, se señalaba la carencia de recursos; la necesidad de mejorar la comunicación; la ausencia de ejercicios, que además son percibidos como una "pérdida de tiempo"; las diferencias entre las CCAA que no se deben a las condiciones particulares de cada una; y, de nuevo, cuestiones que tienen que ver con la coordinación intersectorial.

Todos los informes mencionados insisten en la necesidad de fortalecer la deficiente colaboración intersectorial (cuestión que será analizada en un epígrafe posterior). Probablemente sea una de las razones por las que en los planes existentes las previsiones sobre los centros no estrictamente sanitarios, en particular de servicios sociales, son escasas en los documentos elaborados por las autoridades españolas.

Ninguno de los documentos mencionados más arriba, las Estrategias Nacionales y los Planes de Preparación, contemplan previsiones para intervenir en alojamientos colectivos, como pueden ser las residencias de personas mayores (aunque también otros centros como los de personas con discapacidad, menores o centro penitenciarios entre otros). Tales centros podrían incluso encajar con la definición de "infraestructuras críticas", puesto que para ellos no hay alternativa (son hogar habitual de alrededor de 500.000 personas, más de trecientas mil en el caso de las residencias de mayores) y son necesarios para el mantenimiento de las funciones sociales básicas, la salud, la seguridad, el bienestar social y económico de los ciudadanos, o el eficaz funcionamiento del sector público, tal como se definen en el marco del Sistema Nacional de Seguridad.

Junto a los efectos de las gripes anuales, ya en la pandemia de 2009, se puso de manifiesto el problema que suponen los centros colectivos con el caso del contagio producido en una academia militar en Hoyo de Manzanares (Mayo Montero et al. 2010). En particular, las residencias de personas mayores alojan a individuos que además de vivir colectivamente, lo cual favorece los contagios, reúnen tres elementos de vulnerabilidad: su elevada edad, la presencia de enfermedades y fragilidad y la necesidad del contacto humano cotidiano para ser atendidos. Aun habiendo podido anticipar

que estos centros podrían sufrir gravemente las consecuencias de este tipo de pandemias por sus peculiares características, la preparación para intervenir en ellos ha sido deficiente.

Además, a pesar de que en los Planes de Preparación se prevé la participación expresa tanto de las CCAA como de autoridades vinculadas a los servicios sociales en los comités de elaboración de estos documentos, los planes anteriores a la pandemia redactados a iniciativa del Ministerio de Sanidad no especificaban cómo actuar en las residencias de personas mayores. En un apartado posterior se analizarán específicamente la situación de los protocolos y planes de contingencia en los centros residenciales.

Numerosos informes internacionales más recientes, surgidos durante la pandemia, han reconocido la necesidad de integrar la protección de las residencias de personas mayores en todas las fases de respuesta a la pandemia tras haber sido afectadas de forma tan grave por la COVID-19 y por tanto en los planes institucionales de preparación (OMS, 2020a).

En el caso de España, los Planes de Preparación y Respuesta para Pandemias deben integrar en particular la protección de los centros residenciales donde se alojan de manera habitual cientos de miles de personas que no disponen de un hogar alternativo.

La Estrategia de Seguridad Nacional debe considerar la inclusión de los centros residenciales como infraestructura que necesita especial protección y la posibilidad de integrarlas en una estrategia nacional sanitaria.

Los Planes de Preparación que contemplen a las residencias requieren inversión de recursos para ser elaborados por expertos de diferentes bagajes, revisados periódicamente a través de la evaluación de ejercicios de entrenamiento, coordinados nacionalmente y diseminados entre las autoridades y organizaciones de la sociedad civil que en algún momento pueden tener que ponerlos en marcha.

En numerosos análisis sobre gestión de la crisis en diferentes países, se concluye que los riesgos fueron subestimados y las capacidades sobreestimadas. La situación preexistente en el sector de las residencias, debería haber hecho sospechar que la pandemia podía tener serias repercusiones en los centros.

Finalmente, la literatura científica sobre crisis advierte de que, con cierta frecuencia, se subestiman los riesgos y, lo que probablemente es más grave, se confía en que se ha aprendido de lo ocurrido y no volverá a suceder. Numerosas personas entrevistadas han manifestado esa percepción. Es posible que España, uno de los primeros países europeos en sufrir el impacto de la COVID-19, se confiara demasiado debido a la capacidad de respuesta de su sistema sanitario que figura en varios rankings internacionales entre los mejores del mundo y puntúa razonablemente bien en el Global Health Security Index (2019). Se confió en que quizá el virus no llegaría a España y puede que pesase demasiado la reacción muy prudente que se había

adoptado en anteriores pandemias con, por ejemplo, la compra de vacunas, en el caso de la gripe pandémica A (H1N1), que luego tuvieron que destruirse. Tampoco se dimensionó suficientemente el impacto del nuevo virus en particular en las residencias para personas mayores a pesar de ser conocido el impacto anual de la gripe entre la población de más edad.

3.1.2. La coordinación intersectorial de Ministerios y Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales es imprescindible para responder adecuadamente a la crisis sanitaria en los centros de personas mayores

Las evaluaciones de los Planes de Preparación y Respuesta que se realizan periódicamente, así como las propuestas para su diseño insisten crecientemente en la necesidad de reforzar la coordinación intersectorial tanto en el nivel institucional como en el organizativo, entendida como la sincronización de los objetivos, estrategias, procedimientos de diferentes ámbitos de política pública para garantizar su eficaz implementación. Precisamente este asunto parece haber sido muy relevante en la gestión de la COVID-19 en las residencias, tanto a nivel institucional, como veremos en este apartado, como a nivel organizativo, como veremos en un apartado posterior.

En concreto la ECDC explica que:

> Es posible que existan planes escritos en todos los sectores pertinentes. Sin embargo, es necesario garantizar la interoperabilidad de esos planes. Aunque la coordinación entre los sectores sanitario y zoosanitario es excelente, con intercambios recíprocos en grupos de trabajo técnicos y, según se informa, buenas relaciones personales entre el personal implicado, es posible que relaciones similares no sean tan prominentes entre el sector sanitario y algunos otros sectores no sanitarios. En el contexto de la Decisión 1082/2013 de la Unión Europea, el desarrollo de una buena coordinación y colaboración intersectorial en la preparación para una pandemia es una prioridad. La preparación en otros sectores [...] podría abordarse, por ejemplo, mediante la participación de los funcionarios [...] procurando que éstos reconozcan mejor la preparación para una pandemia como un proyecto de interés nacional vital. Los ejercicios de simulación intersectoriales a nivel nacional y de la UE pueden ayudar a mejorar la interoperabilidad de los Planes de Preparación de los diferentes sectores, como la protección civil, el transporte, etc... (ECDC, 2015, p. 7).

En particular para el caso español, en la evaluación de los Planes de Preparación para afrontar los virus respiratorios elaborado contra el MERS-CoV, la ECDC especificaba que en "la mayoría de los sectores no sanitarios no existen planes oficiales de comunicación con las autoridades sanitarias, ni tampoco listas formales y exhaustivas de contactos entre las instituciones para iniciar un proceso de colaboración en caso de pandemia" (2015, p. 21-22).

La llamada integración de políticas públicas de distintos sectores alrededor de objetivos comunes es muy compleja en tiempos de normalidad, pero lo es aún más en momentos de emergencia. Esto es especialmente cierto si no existe experiencia ni previsiones, o si la sensibilidad con los objetivos, cultura o procedimientos de quien tiene la responsabilidad principal de la gestión respecto a las características y necesidades de otras áreas de

políticas públicas son bajas; o si, simplemente, se establecen prioridades perentorias justo en el área que ha de coordinar la crisis. Recuérdese que, en España, como en el resto de los países europeos, las primeras reacciones a la crisis volcaron su esfuerzo en el terreno sanitario debido a la naturaleza de esta crisis. Sin embargo, no en todos los países se atribuyó la responsabilidad principal para gestionar la misma al Ministerio de Sanidad (o a los equivalentes a nuestras Consejerías de Sanidad). Aunque en España la dirección de la crisis se encargó a cuatro Ministerios, en la práctica ha sido el de Sanidad (lo mismo en muchas CCAA) el más visible.

Aparentemente, en las CCAA, donde la coordinación entre las Consejerías de Sanidad y de Servicios Sociales (a iniciativa propia o por la existencia de un responsable de la gestión interdepartamental) ha sido mejor y más rápida, se ha respondido antes a la crisis de las residencias. Sin embargo, no en todas ellas esto se ha producido desde el principio. Algunos entrevistados en el nivel institucional han hablado "de mucha tensión que duró semanas" entre las dos Consejerías "hasta que Sanidad comprendió que el enfoque en las residencias debía ser sanitario, que las residencias tenían sus peculiaridades y que no podían valerse por sí mismas porque no tienen los medios para hacerlo".

En el nivel central, el Ministerio de Sanidad, a propuesta del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, ha fijado algunos de los criterios de funcionamiento y organización de los centros residenciales y marcado las pautas de su relación con otras administraciones.[14] Por ejemplo, estableciendo las bases y facultando a las CCAA para que puedan intervenir estos centros, con todo lo que ello implica en términos de gestión de los residentes, funcionamiento diario de los propios centros (como la "medicalización", si fuera necesario), o la organización y el reclutamiento de los recursos humanos presentes o necesarios en un futuro.

Sin embargo, también se han producido algunos problemas de coordinación intersectorial, como la disputa aún hoy sobre qué Ministerio (o Consejería) debe responsabilizarse de recoger y publicar los datos sobre víctimas en residencias y sobre el sistema de información y alerta temprana sobre residencias (que se agravó por la reticencia inicial de algunas CCAA). En el ámbito administrativo (Ministerios y Consejerías) se han producido problemas de coordinación sectorial que han retrasado la protección de las residencias, en algunas CCAA incluso durante más de un mes, a pesar de ser los lugares donde se ha concentrado una buena parte de los problemas más acuciantes.

En ciertos casos, se han puesto en marcha protocolos que no han sido debidamente coordinados entre sanidad y servicios sociales por lo que no tenían suficiente sensibilidad con el funcionamiento de las residencias o sus características y, por consiguiente, no siempre era posible aplicarlos (al desconocer problemas como, por ejemplo, los límites arquitectónicos de los centros o los criterios de organización de los residentes y del trabajo del personal). Han existido desacuerdos entre Ministerios, no solo Sanidad y Derechos Sociales, y entre las Consejerías de Sanidad y las Consejerías

14
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 el COVID-19.

volver al índice

de Servicios Sociales en algunas CCAA acerca de quién era la responsabilidad general sobre las residencias o sobre determinadas tareas a realizar en las residencias (con casos de retirada de la autoridad a las Consejerías de Servicios Sociales).

La necesidad de trabajo intersectorial debe propiciarse y visibilizarse en el nivel ministerial, reuniendo ambos Ministerios a los consejeros de Sanidad y de Servicios Sociales, de la misma manera que se ha hecho en otros sectores de política pública (por ejemplo, en educación o agricultura).

En todos los niveles de gobierno se debe repensar la composición de los comités de expertos. Estos comités, con un carácter más técnico, son muy relevantes en el momento de adoptar decisiones rápidas. Si su composición no incluye los perfiles adecuados puede ocurrir que determinadas propuestas no sean aplicables o se ponga el énfasis en los asuntos mejor conocidos por los expertos y se abandonen otros, como ha ocurrido en esta crisis (por ejemplo, el énfasis en el rastreo y la atención primaria llegó tarde; o hubo desconcierto sobre el papel que debía jugar el Gobierno Central y las CCAA). Por ello, se necesita incluir a expertos de diferentes sectores y personas con diferentes bagajes (no solo científicos de reconocido prestigio sino también lo que se denomina "expertos grises", personas que conocen de primera mano el funcionamiento de los sistemas gracias a que los gestionan. Es decir, no solo expertos en salud pública sino también en el funcionamiento del sistema sanitario nacional; los servicios sociales o en las peculiaridades de la organización territorial de nuestro Estado).

Una importante tarea pendiente en relación a la acción intersectorial tiene que ver con la oportunidad de replantarse quién debe ser el "propietario" de las crisis. Por mucho que la crisis sea de naturaleza sanitaria, debe evaluarse si otro ministerio o Consejería horizontal podría ser más eficaz en repensar el sistema de respuesta a estos fenómenos con una perspectiva más intersectorial. Tras la pandemia de 2009, algunos países llegaron a plantearse "si un Ministerio distinto al de Sanidad debía liderar la respuesta a una pandemia" al verse el Ministerio (o el equivalente regional) de Sanidad sobrepasado por la naturaleza de la crisis o al ser detectados problemas intersectoriales (OMS, 2012, p. 6).

Debe valorarse si conviene situar al Ministerio (o Consejería) de Sanidad bajo una coordinación política con más amplia perspectiva, mayor capacidad de liderazgo y menor desbordamiento por la cercanía de la gestión inmediata; y en todo caso es importante valorar la existencia de mecanismos de enlace intersectorial.

3.1.3. Mejora de la coordinación intergubernamental de las respuestas a las crisis sanitarias en relación con los centros de personas mayores y otras residencias

A diferencia del caso de la sanidad, sector que asumió la autoridad de la crisis, la asunción del liderazgo del sector de servicios sociales por parte de la Vicepresidencia de Derechos Sociales y Agenda 2030 no se ha llegado a plantear públicamente a lo largo de esta crisis. De acuerdo con los juristas,

esto habría sido perfectamente posible y para algunos oportuno, al menos durante las primeras semanas de la crisis, en las que había quejas sobre la situación de abandono de las residencias en algunas CCAA.

Una vez decidido que la Vicepresidencia no asumiría este papel, según el Real Decreto que establecía el estado de alarma (y los decretos de prórroga), por lo que se refiere a los servicios sociales, la autoridad competente delegada eran el ministro de Sanidad y las CCAA (debe recordarse que el estado de alarma no desapodera a las administraciones competentes en servicios sociales, es decir, a las CCAA) (Roig & Galán, 2020). Tampoco las iniciativas normativas/regulatorias del Gobierno Central relacionadas directamente con el sector de las residencias de personas mayores, como las órdenes ministeriales[15] del Ministerio de Sanidad en el ejercicio de la competencia delegada o los documentos técnicos[16] elaborados por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (focalizados en ambos casos en la prevención y control de la infección y la atención sanitaria de los residentes afectados) han erosionado la capacidad de autogobierno o autonomía en materia de servicios sociales de las CCAA.

Los gobiernos subnacionales son los actores más relevantes en la gobernanza de ambos sectores de política social, encargados de la implementación y gestión diaria de los servicios. En el caso de las CCAA, algunas han incorporado las competencias constitucionales en materia de servicios sociales a sus estatutos de autonomía en la última ronda de reformas entre 2006 y 2008 (como Comunidad Valenciana, Cataluña, Andalucía, Aragón, Islas Baleares o Castilla y León), y elaboran las correspondientes leyes sectoriales, que incluyen previsiones referidas al papel de los gobiernos locales, los actores privados y los ciudadanos. A grandes rasgos, la legislación autonómica, que en los últimos años contempla de manera expresa la atención social como un derecho subjetivo de los ciudadanos, define como propias las siguientes competencias: determinación del número de servicios sociales a prestar por la CA, planificación del sistema autonómico de servicios sociales en sus diferentes aspectos, así como la supervisión y control del mismo (Salvador, 2015, pp. 123-124). Por lo que respecta al papel de los gobiernos locales en este entramado institucional, la normativa de las CCAA muestra una diversidad de situaciones. En algunos casos hay atribución de determinados servicios a los municipios en función del tamaño, o se prevén mecanismos de delegación a nivel supramunicipal.

El desbordamiento del Ministerio de Sanidad, su falta de vinculación directa con el sector de los servicios sociales y la propia existencia de la Vicepresidencia de Derechos Sociales y Agenda 2030 (por su propio rango y debido al carácter social de las residencias), hacía muy complejo su liderazgo. Aun así, en el caso de Sanidad, la coordinación, al menos en términos formales, sí se ha producido si la juzgamos por el número de reuniones de los órganos de gobernanza multilateral del SNS, más de cien si contamos con las 45 reuniones Consejo Interterritorial del SNS y otros órganos de segundo nivel. Además, en ciertas ocasiones se ha tratado el problema de las residencias aunque no queda claro sí con la suficiente intensidad debido a los problemas intersectoriales ya señalados[17].

15
El documento técnico del 5 de marzo sobre Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19; 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 el COVID-19; 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 el COVID-19; la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos en el ámbito de los servicios sociales ante la situación de crisis ocasionada por el COVID-19; la Orden SND/322/2020, de 3 de abril, por la que se modifican la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo y la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, y se establecen nuevas medidas para atender necesidades urgentes de carácter social o sanitario en el ámbito de la situación de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

16
Un ejemplo de esto es la “lista de verificación de los planes de contingencia de los centros sociales residenciales”, que constituye una adaptación a este sector concreto del “Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19”.

17
Fuera del periodo analizado en este informe que alcanza hasta el 30 de agosto, el Pleno del CISNS acordó el 30 de septiembre una serie de medidas concretas respecto a los centros sociosanitarios de carácter residencial (limitación de las visitas y limitación de las salidas de los residentes).

Respecto al contenido de la actividad de coordinación, desde el Ministerio de Sanidad se han diseñado protocolos que intentaban contribuir a orientar la actuación de los gobiernos regionales en el sector de los servicios sociales. Sin embargo, no siempre han llegado a tiempo debido a problemas de circulación, y otras veces necesitaban coordinarse con los que ya habían elaborado las CCAA o incluso, por recomendación de estas, las propias residencias; se han acordado numerosas medidas durante el confinamiento, la desescalada y la llamada nueva normalidad y relacionadas con el personal a movilizar, los recursos disponibles o los estudios a realizar.

A diferencia de lo que ha ocurrido en el ámbito sanitario, donde la crisis ha dado un impulso sin precedentes a las relaciones intergubernamentales (RIG) en el seno del CISNS, en el sector de los servicios sociales no se ha desarrollado esta dinámica con la misma intensidad. Entre el estallido de la crisis, a comienzos del mes de marzo, y el momento de redacción de este informe (septiembre de 2020), el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD, la institución que concentra las RIG en este ámbito, ha registrado unos niveles de actividad bajos en comparación con su equivalente en materia sanitaria ya que tan solo se ha reunido en dos ocasiones (Ministerio de Política Territorial y Función Pública, 2020), probablemente debido a la incorporación reciente de un nuevo equipo completo al Ministerio. Aun así, ante la situación verdaderamente excepcional vivida en el sector de las residencias, la dinámica de acuerdo ha sido dominante, como lo ejemplifica la aprobación de un "régimen provisional excepcional" para flexibilizar el funcionamiento de los servicios de atención a la dependencia, con especial hincapié en la gestión y el reclutamiento de los recursos profesionales[18].

Frente al reducido nivel de actividad del foro político intergubernamental, el impulso a la cooperación sectorial, ya en un escenario de "control de la pandemia", se ha dado fundamentalmente en un nivel más técnico. Destaca especialmente el papel desempeñado por la Comisión Delegada del SAAD, un órgano que reúne a los directores generales del ramo (tanto autonómicos como estatales), la cual ha impulsado y aprobado la creación de dos grupos de trabajo sobre el ámbito específico de las residencias. El Grupo de Trabajo "Residencias y COVID-19" se ha constituido como el principal foro intergubernamental en la coordinación de la respuesta de los centros sociales residenciales a la pandemia. Desde su establecimiento de manera formal, el 25 de junio, se ha reunido en tres ocasiones (todas de forma telemática) con tres objetivos principales: realizar un análisis comparado de los Planes de Contingencia elaborados por las residencias en los distintos territorios; obtener evidencias y generar estrategias de buenas prácticas en la gestión de las residencias ante la COVID-19; y adaptar el sistema de recogida de datos propuesto por el ECDC, al caso español.

En el marco de esta cooperación sectorial más técnica, se han llevado a cabo las actualizaciones periódicas de los documentos técnicos que son enviados a las CCAA y a las propias residencias. En este sentido, ese Grupo de Trabajo aprobó en su reunión del 5 de agosto un "Marco común para la aplicación del Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de

18
Resolución de 23 de marzo de 2020, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que modifica parcialmente el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

la pandemia por COVID-19 en el ámbito de los centros sociales residenciales", que recoge los ejes principales en base a los cuales dar una respuesta adecuada a posibles rebrotes (y al que volveremos en la siguiente sección para ver su aplicación a nivel de territorios).

El segundo de los espacios de cooperación institucional y de diálogo creado, el Grupo de Trabajo "Modelo de Atención Residencial", que debe consensuar entre todas las administraciones propuestas para mejorar el modelo residencial y de calidad de la atención, carece de actividad en el momento de redacción de este informe (septiembre de 2020). Se espera que las conclusiones de estos comités técnicos formados *ex profeso* sean públicas en breve.

Por último, en relación con los mecanismos y herramientas de coordinación intergubernamental, en el contexto de la segunda oleada de la pandemia, se ha activado un nuevo foro de cooperación (un nuevo "estadio"), en este caso entre el Gobierno Central y los gobiernos locales (estos últimos a través de la FEMP). El objetivo de ese foro es el de activar la acción política en materia de salud pública en el nivel de la administración más cercano a los ciudadanos (FEMP, 2020). Aun así, se desconoce el papel o la incidencia que el sector de las residencias tendrá en estos encuentros que se espera tengan lugar de manera regular.

En el nivel regional también se han producido relaciones horizontales entre los gobiernos regionales de distintas CCAA vecinas. Por ejemplo, recientemente, ante el agravamiento de los contagios en esta segunda ola de la pandemia, las Comunidades de Madrid, Castilla y León y Castilla-La Mancha han llevado a cabo acuerdos o convenios para establecer una estrategia conjunta en materia de gestión de datos, evaluación de la evolución de la pandemia y homogeneización de esfuerzos para frenar la expansión de la enfermedad (muy similar a las iniciativas de coordinación entre regiones que se han dado en otros sistemas federales como Estados Unidos, por ejemplo, entre Nueva York, Nueva Jersey y Connecticut [New York State, 2020]). Además, han formalizado un canal de reuniones al máximo nivel político que se prevé que se mantenga en el corto y medio plazo. Algunos entrevistados institucionales han mencionado que algunos Directores Generales disponen de un chat para comunicarse iniciativas y pasarse información, pero señalan que disponen de muy poco tiempo para participar en el mismo a pesar de que les hubiera gustado compartir sus inquietudes y buenas prácticas. Otros, sin embargo, mencionan que no están en ninguno de estos grupos.

En todo caso, también se han producido dificultades de gestión intergubernamental. La gestión de las residencias recibe una valoración negativa por parte de la ciudadanía. Tres cuartas partes de los ciudadanos creen que se ha gestionado mal o muy mal (figura 1). Y la responsabilidad por esta gestión negativa está repartida entre los niveles de gobierno: un 45 % de los ciudadanos cree que las principales responsables de la gestión son las CCAA, un 24 % piensa que es el Gobierno Central y un 28 % ambos niveles de gobierno (figura 2)[19].

19
Los datos presentados en las Figuras 1 y 2 han sido obtenidos mediante encuesta online entre finales de agosto y mediados de septiembre de 2020. La muestra consiste en 7.175 encuestados residentes en España y mayores de edad. Utilizando la población española a 1 de enero de 2020, el tamaño de la muestra es representativo con un nivel de confianza del 99 % y un margen de error del +/- 2 %. Se utilizaron cuotas de sexo, edad y nivel educativo con el propósito de tener una muestra con una composición demográfica similar a la de las encuestas realizadas por el el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Cada una de las 17 Comunidades Autónomas tiene una muestra representativa de su población con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del +/- 5 % (384-385 encuestados), con la excepción de la sobremuestra deliberada de Cataluña y el País Vasco (cada caso con 700 encuestados).

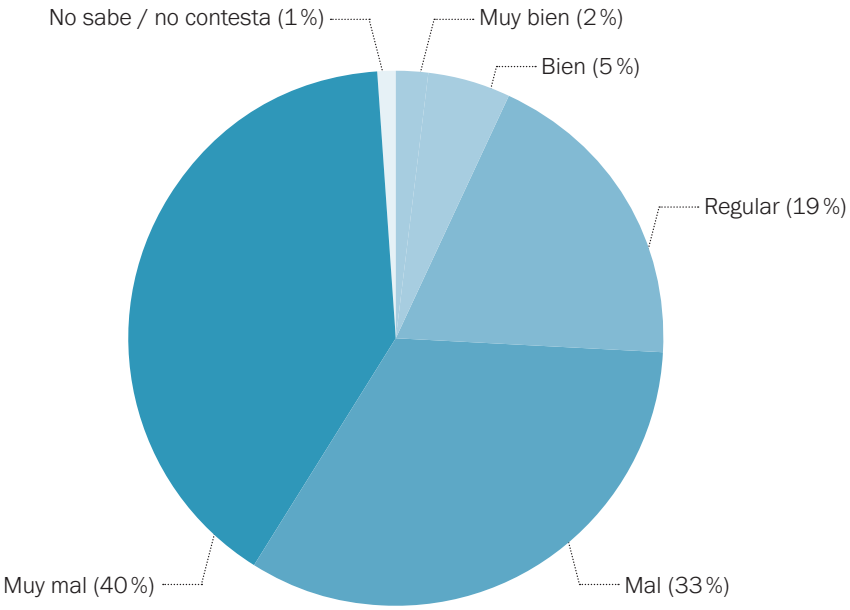

Figura 1. Valoración de la gestión de las residencias de personas mayores durante la gestión de la COVID-19. Fuente: Encuesta realizada en el marco del proyecto Mc-COVID-19. Realizada entre el 31 de agosto y el 23 de septiembre de 2020 entre 7.175 ciudadanos que viven en España. Pregunta: "Dígame por favor cómo valora usted la gestión de la COVID-19 en las residencias de personas mayores"

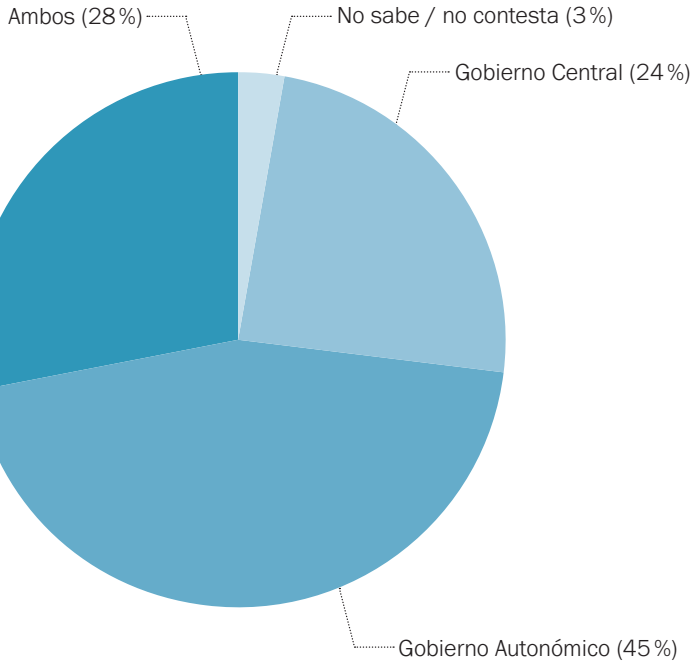

Figura 2. Nivel de gobierno al que los ciudadanos atribuyen la gestión de la COVID-19 en las residencias para personas mayores. Fuente: Encuesta realizada en el marco del proyecto Mc-COVID 19. Realizada entre el 31 de agosto y el 23 de septiembre de 2020 entre 7.175 ciudadanos que viven en España. Pregunta: "¿Quién cree que ha sido el principal responsable de atender los contagios en las residencias de ancianos?"

◂ volver al índice

Es posible que esta sea la razón por la que se ha producido un juego de intercambio de culpas que si bien puede ser comprensible dado lo que los actores pueden percibir que está en juego, es muy posible que también genere incertidumbre entre la ciudadanía y contribuya que se politicen las medidas de salud pública y, por lo tanto, su aceptación (Choi y Wehde, 2020).

En las primeras semanas desde la declaración de pandemia, las CCAA acusaban al Gobierno Central de unilateralismo y opacidad en la adopción de las decisiones sobre cómo gestionar la crisis y para decidir los expertos y los criterios de lo que se llamó desescalada. En la segunda parte de la misma, ha sido acusado de falta de implicación y coordinación. En la segunda etapa, a partir del comienzo de la desescalada, a algunas CCAA se les ha acusado de no cumplir con los requisitos de capacidad para rastrear que habían prometido, lo que de acuerdo con algunos expertos estaría detrás de los rebrotes aparecido antes del otoño de 2020. Las CCAA han advertido de que no siempre contaban con los instrumentos de política pública necesarios para responder a la pandemia y han requerido la ayuda del Gobierno Central.

Todos estos asuntos han afectado a las residencias: la confusión generada sobre las compras de material; los problemas surgidos en relación con los datos y su gestión problemática y deficiente (debido tanto a problemas de coordinación intersectorial en todos los niveles de gobierno, como las reticencias de algunas CCAA en esta materia); las dificultades para identificar los recursos sanitarios y sociales disponibles, incluidos los tecnológicos; la escasa capacidad para identificar buenas prácticas y diseminarlas; la descoordinación en la diseminación de información. Respondiendo a estos problemas, el Gobierno Central ha respaldado a las CCAA con ayuda financiera y soporte jurídico a pesar de lo cual su liderazgo ha sido discreto. En todo caso, las residencias han tenido como referencia principal a las Consejerías autonómicas, en unos casos a las de Servicios Sociales y en otros a las de Sanidad.

Son numerosos los informes emitidos por organizaciones internacionales que apuntan que una mejora de la coordinación intergubernamental pasa por clarificar qué competencias y responsabilidades debe asumir cada nivel de gobierno durante las crisis de salud pública. Esto permitirá optimizar la respuesta a la crisis y las estrategias de salida y recuperación (véase OCDE, 2020).

Es necesario identificar los recursos y capacidades de cada nivel de gobierno y los mecanismos de cooperación intergubernamental verticales y/o horizontales para complementar las carencias.

La mejor gestión intergubernamental de los datos sanitarios y en particular sobre residencias es un elemento clave para el control de la epidemia.

De manera muy insistente, a los dos Ministerios, en particular al de Derechos Sociales, pero también al de Sanidad, se le reclama mayor disponibilidad para dar asistencia a las CCAA en las cuestiones técnicas que pueden requerir; y un mayor papel en la propuesta y coordinación de iniciativas para gestionar las

residencias, sobre todo en aquellas que, por motivos políticos, resultan muy difíciles de adoptar solo en una CA.

Al mismo tiempo, se debe tratar de garantizar la flexibilidad legal y operativa suficiente para que cada nivel de gobierno (regional y local) pueda adaptar las directrices centrales a sus particularidades y a las situaciones "sobre el terreno".

Se han demandado medidas relacionadas con la identificación de buenas prácticas internacionales y autonómicas y la distribución de información entre las CCAA.

Se ha sugerido la mejora de la comunicación interna (entre instituciones) y externa (de cara a los ciudadanos) sobre las características de las crisis.

La anticuada normativa vigente sobre estados de alarma y otros instrumentos jurídicos para actuar en caso de pandemia debe revisarse; así como otras herramientas organizativas o económico-financieras.

En particular, en el sector de los servicios sociales se hubiera esperado de los órganos de cooperación al más alto nivel político propuestas de acción intergubernamental conjunta e impulso de la acción autonómica, lo que, en parte, sí se ha comenzado a hacer en el segundo tramo de la crisis.

La crisis ha sido una oportunidad para mejorar la colaboración intergubernamental horizontal, pero es necesario fortalecerla. La cooperación entre municipios y regiones puede ayudar a minimizar los riesgos de respuestas inconexas y garantizar pautas coherentes de actuación.

Debe valorarse el trabajar, como se ha comenzado a realizar recientemente, con asociaciones o agrupaciones "nacionales" de regiones y/o municipios para fortalecer la coordinación vertical. Por ejemplo, en la difusión y el apoyo a la implementación de medidas de emergencia.

La evidencia sugiere que la confianza en los gobiernos afecta a la aceptación de las medidas de salud pública. Con el fin de evitar la politización de las medidas debe llegarse a acuerdos intergubernamentales sobre su necesidad y alcance.

3.2. La gestión en el nivel organizativo de la crisis de la COVID-19

3.2.1. La coordinación entre las estructuras de las Consejerías de Sanidad y de Servicios Sociales, los dispositivos sanitarios (salud pública, atención primaria y hospitales) y las residencias es eficaz, ágil y evita muchas tensiones

A partir del "Marco común para la aplicación del Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19 en el ámbito de los centros sociales residenciales" compartido, debatido y elaborado por el Gobierno Central y las CCAA (con una participación más incisiva de las Consejerías de Servicios Sociales), las diferentes administraciones han puesto en marcha un amplio abanico de mecanismos para hacer efectiva

esta coordinación. Todas estas medidas han perseguido cinco objetivos fundamentales: (1) la identificación y comunicación de casos COVID-19 desde las residencias al SNS; (2) la atención específica de casos COVID-19 por el SNS en centros y servicios del SAAD; (3) el establecimiento de protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD al SNS; (4) la supervisión de la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD; y (5) la provisión de recursos sanitarios y sociales necesarios para atender a las personas dependientes que viven en las residencias. Los registros de información oficiales llevados a cabo por la Secretaría de Estado de Derechos Sociales de forma centralizada nos indican que en casi todos los territorios se han adoptado medidas en forma de protocolos de actuación, guías de apoyo, plataformas de seguimiento, equipos o "centrales" de coordinación en torno a los objetivos enunciados anteriormente. Si bien es cierto que esto ha tenido lugar con diferente alcance e intensidad.

Más temprano en unas y más tarde en otras, las CCAA se han dado cuenta de la necesidad de que las estructuras de las Consejerías de Sanidad y de Servicios Sociales, los dispositivos sanitarios (de salud pública, atención primaria y hospitales) y las residencias para personas mayores debían trabajar de forma coordinada porque era mucho más eficaz, rápido y evitaba muchas tensiones.

La **relación de las Consejerías de Sanidad y de Servicios Sociales con las residencias ha sido diferente en función de los territorios y en las distintas fases de la pandemia**. Además, en algunas CCAA, las Consejerías han tenido una relación que podría calificarse como de tipo administrativo con las residencias, dejando al sistema sanitario regional la relación operativa. Asimismo, las CCAA han organizado la atención sanitaria **con actuaciones diferentes que, dentro de las mismas CCAA, han podido variar a lo largo del tiempo** (el IMSERSO ha recopilado estas iniciativas). En algunas han tenido más protagonismo los servicios de **salud p**ública, que creaban y facilitaban a las residencias los dispositivos de detección y diagnóstico; en otras, la relación y coordinación con las residencias se llevaba a cabo principalmente con los **hospitales**, mediante el servicio de geriatría (como en la Comunidad de Madrid o en la Comunidad Valenciana, entre otras) o, alternativamente, a través prioritariamente de la **atención primaria** (como en Cataluña o Asturias, entre otras).

En buena parte de las CCAA, las Consejerías de Servicios Sociales fueron las primeras autoridades en ponerse en contacto con un buen número de residencias. Un responsable de residencia entrevistado afirma que ya a finales de febrero y principios de marzo: "... nos dijeron qué teníamos que hacer, las medidas estrictas para el control de visitas, higiénicas, la organización de los espacios, mantener a cada usuario en una habitación individual, etc." (EN:10). En algunos casos los directores de los centros exponen que el contenido de esta relación con la Consejería se limitó esencialmente a la petición de datos: "Hemos tenido un seguimiento diario por parte del Servicio: cuántos casos había con síntomas, si había residentes, cuántos

había en aislamiento, cuántos por contacto... todo esto era diario" (EN:8). En otra CA han manifestado que "Servicios Sociales ha estado totalmente ausente [...] solo nos llamaba para preguntar si estábamos cumpliendo ratios" (EN:17). Los directores de algunos centros declaran haber estado desamparados por parte de la Consejería del ramo: "... no han estado, debería de habernos apoyado como han hecho el resto de organismos: UME, ayuntamientos, policía, etc." (EN:2). En otra CA, sin embargo, el entrevistado afirma que desde el principio fueron los Servicios Sociales quienes se encargaron de reestructurar el sistema de servicios sociales y comunicarlo a las residencias ante la inacción del Ministerio y la incomprensión de sus problemas por parte de la Consejería de Sanidad.

En algunas CCAA, por parte de las Consejerías de Servicios Sociales se describe impotencia y "encontronazos muy duros con el ámbito sanitario" porque "no entendían el riesgo en el ámbito residencial".

> En los dos primeros meses de epidemia la relación fue mala. Luego las cosas se tranquilizaron, pero los sanitarios no advirtieron del incendio que iba a significar el tema de las residencias porque muchos centros no tenían atención médica". La primera discusión fue sobre que una parte muy importante del problema era que la COVID-19 llegaba a las residencias cuando los mayores volvían a la residencia después de un ingreso hospitalario cualquiera, venían infectados. En varias residencias nos dieron este mensaje. Estábamos en continuo contacto con las residencias y con las empresas que operan en la región. Pidieron pruebas PCR para las personas mayores que venían a la residencia y la respuesta fue absolutamente negativa por parte de Sanidad. Además, alegaban criterios de tipo científico según los cuales los asintomáticos no contagian; o que en el hospital nadie se contagia, o que los trabajadores podían ir a trabajar con síntomas. Los medios fueron todos para sanidad en la primera semana. No tuvimos absolutamente ningún medio. La prioridad era la protección del sistema sanitario.

Otro responsable político y varios entrevistados añaden que en el caso de algunas CCAA se produjo un doble problema que convendría tener muy en cuenta como lección aprendida. Además de las dificultades para que en nivel político-administrativo de las Consejerías de Sanidad se tomara conciencia sobre los problemas de las residencias y la necesidad de intervenir sanitariamente en ellas, en algunas ocasiones fue complejo conseguir incluso la atención sanitaria básica por parte de los centros de salud, que manifestaban estar colapsados con la población general, y más aún por los hospitales, que alegaban colapso o que tenían instrucciones restrictivas sobre derivación de pacientes.

A veces, la coordinación entre Consejerías tardaba en producirse y las residencias recibían el mismo tipo de información por dos vías diferentes, pero en ocasiones con contenidos contradictorios. En palabras de otro de los directores de residencias entrevistados, la falta de coordinación entre departamentos en la definición de los protocolos e indicaciones al principio de la crisis ha generado ciertos problemas:

> Nosotros aquí recibimos la primera comunicación de restricciones de salidas de residentes el 14 de marzo. Esto viene firmado por las dos Consejerías, Salud y Bienestar Social [...] y al día, a los dos días, hacía alguna corrección, matización, Bienestar Social, para que nos enteráramos un poquito mejor, porque había dudas (EN:3).

Varios de los responsables de los centros residenciales hacen hincapié en que, sobre todo, después de pasadas varias semanas ha habido un trabajo conjunto entre las Consejerías de Servicios Sociales y Sanidad. Así, un director de una residencia de Castilla-La Mancha destaca: "Sanidad y Bienestar Social han ido de la mano como nunca. Ha funcionado muy bien [...] ambas Consejerías han mantenido una línea de contacto estrecha con las residencias y la siguen manteniendo" (EN:13). En esta región, se constata que ambos departamentos han elaborado de forma conjunta y trasladado a las residencias protocolos de actuación (como ha sucedido también entre otras CCAA, en Galicia, Aragón o en Asturias) con medidas sobre las salidas de los residentes, el régimen de visitas, o las medidas higiénicas y de prevención.

Fruto de esta coordinación y cooperación en Castilla-La Mancha se ha constituido un Grupo de Trabajo Sanidad-Bienestar Social para la redacción de un "Plan de Respuesta Temprana de control de la pandemia por COVID-19 en Centros Residenciales", que va a contener todos los protocolos de actuación en materia de coordinación sociosanitaria. En el momento de redacción de este informe (septiembre de 2020) este documento está muy avanzado y se encuentra próximo a su finalización, según fuentes oficiales (Gobierno de Castilla-La Mancha, 2020).

En algunas CCAA, el mando único a nivel regional se centró en casi todos los casos en los departamentos de salud y desde ese momento la relación de las residencias de mayores pasó a ser mucho más estrecha con las Consejerías de Sanidad en muchos territorios. De esta forma se convirtieron en los centros de recepción de información (básicamente datos) así como de emisión de documentación de carácter técnico hacia las CCAA y las residencias. En Castilla-La Mancha, la relación de las residencias con la Consejería de Sanidad se canalizó a través de los coordinadores sanitarios que se han creado a nivel provincial y que fueron puestos en marcha por la gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) para ir a los centros y realizar acciones de control e inspección de la situación. En Madrid, se articuló después de que la Consejería de Sanidad asumiera el mando único autonómico:

> La Consejería de Sanidad asumió el mando por encima de Bienestar Social (la mayoría de las residencias pertenecen a Bienestar Social) tuvo la visión y se formó un equipo de trabajo a nivel regional, y en cada provincia se nombró a un coordinador (EN:1)

Sin embargo, la opinión sobre la conveniencia de que fuesen las Consejerías de Sanidad las que asumiesen el control, no siempre ha sido la misma. Mientras que en unas se ha valorado positivamente tener un interlocutor único; en otras aparece de forma recurrente la necesidad de una

coordinación entre Consejerías, que tenga en cuenta las especificidades de los servicios sociales (esto se verá con más detalle en el epígrafe 3.6.).

Uno de los casos en el que por el momento se ha realizado un mejor control de la epidemia ha sido el de Asturias. El entrevistado lo atribuía a los siguientes factores: la distancia "de más de un estornudo a la que estábamos de Madrid", el margen de tiempo con el que pudimos prepararnos, el buen funcionamiento de primaria y de salud pública, la atención en los domicilios, el sistema de rastreo, la ciudadanía responsable, liderazgo (político y técnico), mucho trabajo en equipo, coordinación sanitaria y social rápida desde el principio y el sistema de Vigilancia Reforzada en Residencias (que ahora van a aplicar a educación) que daba lugar a una intervención rápida en los centros residenciales. En cuanto había un caso activo, el sistema sanitario intervenía y ponía una enfermera para revisar protocolos y las prácticas en las residencias.

En el caso de Asturias y fruto de la cooperación y colaboración de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar y la Consejería de Sanidad, a partir del 16 de marzo se estableció el Sistema de Vigilancia y Alerta Temprana COVID-19 en Centros Residenciales de Servicios Sociales (SisVAT-COVID-19). Se trata de un sistema de recopilación y análisis de un conjunto amplio de indicadores diseñados para monitorizar la situación de los centros (residentes y personal) frente a la pandemia de manera diaria. A través de un formulario online, los responsables de los centros residenciales (tanto públicos como privados) trasladan la situación particular de su centro a la Dirección General de Planificación, Ordenación y Adaptación al Cambio Social. El objetivo último es el de facilitar la toma de decisiones de una forma ágil e informada, así como el establecimiento de medidas concretas por parte de la autoridad pública de acuerdo a la evolución de la crisis en cada momento. El desarrollo de este sistema tuvo una muy buena acogida entre los propios responsables de las residencias, ya que unificó la recogida de datos, aportó transparencia y simplificó las gestiones y el proceso de información: "En un principio proporcionaban datos a Planificación de Servicios Sociales y a Vigilancia Epidemiológica. Después esto se unificó en una única encuesta que era gestionada por Servicios Sociales que lo pasaba a Salud" (EN:16).

Uno de los entrevistados manifiesta que, en su opinión, ha sido muy importante establecer un sistema de vigilancia en las residencias. Según el director de un centro residencial:

> Nos habían nombrado a casi todas las residencias, que estábamos "intervenidas" por Sanidad. Se nombró un coordinador del centro de salud. La verdad es que fue una experiencia muy positiva y es una demanda que estamos haciendo ahora a la administración ¡qué no nos lo retiren! (EN:3).

Además de las Consejerías, las residencias también se han relacionado con las **autoridades locales** sobre todo que les han proporcionado apoyo

logístico e interesarse por sobre la situación de los centros. En muchas ocasiones, especialmente en residencias de personas mayores situadas en zonas rurales, ante la escasa capacidad para movilizar recursos de todo tipo (materiales, económico y humanos, fundamentalmente):

> La residencia solicitaba el apoyo del ayuntamiento, y, al mismo tiempo, éste se lo trasladaba a otros actores superiores [...] es un poco como se vive aquí en los pueblos pequeños. Luego hay que señalar que sí que te llamaban, pero era más un infórmame si hay algún fallecido más, pero por saber (EN:1).

Es común la opinión de que la comunicación con los responsables de las residencias de personas mayores ha sido fluida, aun con sus limitaciones.

Las residencias también se han relacionado con la Unidad Militar de Emergencias (UME), Protección Civil, Guardia Civil, Policía Local, Bomberos y ONGs. Esta relación ha sido muy intensa desde el comienzo de la pandemia, incluyendo el apoyo moral y la solidaridad. El contenido de la misma se basó en el suministro de protocolos relativos a temas como la gestión de la retirada de cadáveres. Asimismo, se hicieron valoraciones e inspecciones del estado y situación de las residencias, y les indicaron qué pautas de actuación eran más apropiadas, además de llevar a cabo intensas campañas de desinfección.

Así lo señala uno de los responsables directivos de un centro residencial de Andalucía: “Si no hubiera sido por lo voluntarios de protección civil [...] esto hubiese sido imposible” (EN:10). Otro de los responsables de los centros residenciales, en este caso de Castilla-La Mancha, declaró: “Cuando vino la UME, fue nuestra estrella polar, nos instruyeron muchísimo” (EN:5). En todas las entrevistas destacan la labor concreta de la UME que, además de ser periódica y continua, les sirvió de gran ayuda para mejorar las acciones de desinfección y organización de los espacios. Aun así, algunos responsables directos de la gestión de las residencias en Cataluña también nos han indicado que: “... la UME no llegó, los procesos de desinfección los ha realizado la propia empresa a través de la contratación de servicios externos de desinfección” (EN:9).

También la Guardia Civil ha tenido un papel activo en el seguimiento de la evaluación de la pandemia. En palabras de uno de los directores de residencias, entrevistado en Galicia: “... la Guardia Civil acudía diariamente al centro y nos facilitó un número de contacto por si necesitábamos ayuda de cualquier tipo” (EN:6).

Las universidades, como la Universidad Complutense de Madrid o el propio CSIC colaboraron, por ejemplo, en la Comunidad de Madrid con la realización de miles de test, en el diagnóstico de residencias completas, tanto a trabajadores como a residentes.

Igualmente, han intervenido ***otro tipo de actores*** en la coordinación de la respuesta a la crisis en el sector de las residencias. Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid, la Asociación Madrileña de Atención a la Dependencia

(AMADE) ha sido un vínculo importante entre los propios centros y las Consejerías de Política Social (en concreto, con la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia) y Sanidad (a través de la Dirección General de Salud Pública). Estos departamentos remitían a las residencias a través de AMADE las actualizaciones de los protocolos y los planes de contingencia destinados al ámbito específico de las residencias de mayores. En algunos centros de Asturias también señalan la importancia de asociaciones de este tipo, como el Círculo Empresarial de Atención a Personas (CEAPs), incluso antes del inicio de la pandemia, como un actor con el que se intercambian información, preocupaciones y alertas entre los diferentes miembros. Así lo indicaba precisamente uno de los directores de residencias entrevistado en esta región:

> Al estar en esta asociación, como CEAPs, también hay un grupo de intercambio de alertas o de alarmas, te hacía ir viendo las cosas con alerta, y con alarma, y sobre todo porque te estaban diciendo: No te puedes creer como, que mal lo están pasando en Italia, por ejemplo, en las residencias (EN:3).

También ***la fiscalía*** mantuvo, y continúa haciéndolo, una relación con las residencias durante la crisis, básicamente constituyendo un flujo de información más (facilitando un teléfono de contacto). Esto ha sido señalado por responsables de residencias de personas mayores, por ejemplo, en Galicia (EN:6).

El establecimiento de un liderazgo reconocible en el nivel autonómico ha permitido, en la mayoría de los casos, establecer un canal fluido de comunicación, información, control e inspección de la situación de la pandemia en las residencias de personas mayores.

Sin embargo, la rápida concentración y centralización del proceso de toma de decisiones en los departamentos de salud ha generado, especialmente en los meses de marzo y abril, cierta confusión y desconcierto en las residencias en torno a quién acudir y a qué órdenes y directrices seguir.

Cuando se ha comprendido que era necesaria la actuación sistémica y coordinada de salud pública, atención primaria, hospitales y residencias con el apoyo logístico y administrativo de las Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales ha sido posible una repuesta más eficaz y rápida.

La articulación de espacios, mecanismos y herramientas de cooperación, colaboración y comunicación constante entre sanidad y servicios sociales se vuelve apremiante y necesaria.

El fortalecimiento de este diálogo intersectorial de forma constante y activa debe perseguir establecer un enfoque compartido sobre la actuación en estos centros que debe ser prioritaria; instrucciones unívocas y no contradictorias en torno a las diferentes cuestiones que engloban la gestión de la crisis en las propias residencias, tanto desde un punto de vista organizativo (régimen de visitas,

restricción de salidas y entradas, organización de espacios, gestión de personal o desinfección de zonas, por ejemplo) como en lo que respecta a la relación con otros actores (atención primaria o hospitales por citar los principales).

Estos espacios de coordinación intersectorial, tanto al más alto nivel político como en un nivel más técnico (grupos, unidades o equipos de trabajo específicos [como los equipos de coordinadores sociosanitarios y de sanidad creados a nivel provincial en Castilla-La Mancha y el País Vasco]), tanto formales como informales (chats, grupos de correo o de mensajería instantánea como whatsapp), han sido útiles para compartir el conocimiento adecuado sobre el funcionamiento diario de este sector. Sus peculiaridades deben ser entendidas también desde las Consejerías de Sanidad.

En el contexto de una sociedad cada vez más envejecida, esta interlocución intersectorial ha de mantenerse en el tiempo y no limitarse a una coyuntura crítica como la experimentada a raíz de la pandemia de la COVID-19.

3.2.2. Normalizar el uso de protocolos, planes de contingencia, capacitación sobre los mismos, ejercicios de entrenamiento y evaluación periódica

Los protocolos y planes de contingencia existen para guiar a una institución, actor u organismo en buenas prácticas a seguir ante un sin número de potenciales eventos (por ejemplo, incendios, terremotos, ataques terroristas o enfermedades contagiosas). Para poder afrontar estas circunstancias inesperadas es necesario disponer de protocolos actualizados y bien conocidos por las organizaciones (en particular por sus responsables).

La normativa que regula el ámbito de los servicios residenciales para personas mayores contempla las situaciones de riesgo y de emergencia. Cabe destacar que distintas normas[20] obligan a las residencias a contar con un plan de emergencia y señalan que en cumplimiento del deber de protección, la empresa garantizará la seguridad y la salud de su personal en todos los aspectos relacionados con el trabajo y, en caso necesario, le entregará con carácter previo el protocolo de actuación para evitar los riesgos laborales.

En el contexto específico de la crisis de la COVID-19, las residencias para personas mayores han sido impelidas a elaborar planes de contingencia para la lucha contra la pandemia (véase el "Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19").

Por ello, a nivel autonómico, las CCAA han ido elaborando diversos documentos, como guías de apoyo, para orientar a las residencias en la elaboración de sus planes de contingencia (por ejemplo, la del Gobierno de Aragón o la de la Comunidad de Madrid).

20
Entre ellas, resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia; y la resolución de 25 de abril de 2012, de la Dirección General de Empleo, por la que se registra y publica el VI Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal.

La elaboración de los protocolos en España ha sido problemática desde distintos puntos de vista. Varios altos cargos aseguran que antes de la crisis no había Planes de Preparación para afrontar pandemias en sus CCAA a pesar de que debía haberlos (como se ha explicado en el punto 3.1 de este informe). A nivel residencial, el inicio de la crisis obligó a la actualización y adaptación de planes de contingencia y protocolos. Hubo que hacerlo a toda prisa.

> Parecía que viene el lobo, viene el lobo (...) Y, realmente, parecía que, bueno, que sí, que podía ser algo [con] cierta importancia pero que no iba a ser tan importante, ¿no? Y yo creo que hasta que no tuvimos el problema, en el caso de las residencias, más cercano con el primer caso que nos dijeron, que fue a principios del mes de marzo, pues realmente pensábamos que el tema, bueno, pues que teníamos suficientes medios como para poderlo atajar. Y yo creo que luego se ha demostrado que estuvimos durante meses o un mes, por lo menos, absolutamente a ciegas y con el virus circulando seguro por, en este caso, [nombre de la Comunidad Autónoma], y por las residencias sin que fuéramos conscientes de ello (EN:14).

El cuento de Pedro y el lobo mencionado por varios de los informantes resalta la falta de preparación adecuada de las residencias de personas mayores ante una eventualidad como la pandemia que nos ocupa, así como la regulación y supervisión ineficaz por parte de las administraciones en la materia. Directores y trabajadores de las residencias reconocen que la falta de información y de protocolos en un inicio ocasionó caos e incertidumbre y no permitió poner en práctica una acción armonizada y estandarizada por el bienestar de los residentes. No estaba claro con quién había que comunicarse, las tareas que debían realizarse, no se disponía de un *stock* adecuado de material de protección individual, material fácil de almacenar y que pudo haber evitado la propagación del virus en muchas residencias.

Hubo una desigualdad evidente entre residencias que se ajustaron mejor a las consecuencias de la pandemia, y la falta de equipos de protección, comprando material a principios de 2020. Aquellos que no actuaron con prontitud estuvieron semanas utilizando bolsas de plástico, e inclusive compartiendo mascarillas entre el personal, al no disponer de los EPI necesarios. Se reconoce que se debió haber reaccionado en enero, máximo principios de febrero. Aunque también se reconoce que es más fácil asumir esto ahora, después que pasó la primera oleada de la pandemia.

Las residencias analizadas pusieron en marcha su primer protocolo en momentos tan tempranos como febrero y tan relativamente retrasados como abril; es decir, con hasta dos meses de diferencia entre las residencias más y menos previsoras.[21] En otros casos los protocolos se elaboraron a mediados de abril. En una residencia se elaboró el primer plan de contingencia en torno al 18 de abril en colaboración con el centro de salud (EN:17). Desde este momento la residencia comenzó a disponer de un plan para gestionar los positivos, los compañeros de cuarto de las personas infectadas, y el aislamiento y la sectorización del centro.

21
El primer protocolo por parte de las autoridades gubernamentales fue publicado 9 días después del primer caso positivo en España (Zalakaín & Davey, 2020).

Algunas residencias se adelantaron a la elaboración de planes y protocolos al percibir la amenaza de la pandemia. Fueron elaborados por los responsables de calidad de la empresa o por la dirección. Así, un informante destaca:

> Estuvimos 20 días, que parece poco, pero para nosotros fue mucho, adoptando nosotros nuestro propio protocolo y las medidas que la experiencia y, a veces, un poco el sentido común y la lógica nos parecía que eran las más coherentes, desde el punto de vista de prevención (EN:6).

Durante la pandemia, los protocolos y Planes de Preparación y contingencia fueron elaborados y modificados conforme llegaba nueva información e instrucciones desde la administración pública, o desde las propias direcciones de las residencias. Los responsables de calidad de los grupos empresariales a cargo de las residencias privadas tenían con frecuencia la responsabilidad de transcribir la normativa aprobada a nivel estatal y autonómico, y adaptarla a los planes de contingencia que se debían desarrollar en los centros. Existía un temor a no estar haciendo las cosas de manera correcta, y sin respaldo legal, y que esto pudiera conllevar el cierre de los centros, la cancelación de visitas u otras restricciones.

Cuando comenzaron a llegar protocolos a las residencias, lo hicieron desde una multiplicidad de actores locales, regionales, y centrales, así como gubernamentales y no gubernamentales. La falta de coordinación en la elaboración y publicación de protocolos implicó que las residencias tuvieran que disponer de personal para que se encargasen de estudiar detenidamente todos los protocolos y asegurarse de implementar/actualizar las medidas que les eran requeridas por los distintos actores. Por ejemplo, en una CA se destaca que llegaron tres normativas distintas y no son siempre coincidentes al mismo tiempo. Algunos informantes señalan que es fundamental reducir o eliminar las tareas de armonización de protocolos, sobre todo para grupos de residencias privadas con centros en múltiples CCAA, si se publican protocolos más homogéneos entre CCAA, o inclusive uno para todas las residencias.

Aunque todas las residencias hicieron un gran esfuerzo en la elaboración y adaptación de los protocolos, no en todas se hizo de la misma manera debido a los perfiles profesionales con los que se contaba. Mientras que en algunas CCAA la responsabilidad la asumió una sola persona inicialmente, en otros se evidencia la multiplicidad de actores internos trabajando en la elaboración de protocolos (EN:13). Así, en su elaboración participaron el médico geriatra, la coordinadora de enfermería, el director de la residencia, el responsable de calidad, el jefe de mantenimiento e incluso representantes de la patronal de las residencias (ARTECAM).

En algunas residencias recibieron las indicaciones oficiales tardíamente. Las indicaciones ministeriales del 5 de marzo, demasiado generales, tenían que ser adaptadas por las administraciones regionales y después por las residencias. Ello hizo que en muchos casos no se dispusiera de más protocolos que los que habían desarrollado las residencias hasta bien

avanzado el mes de marzo. A modo de ejemplo, las Consejerías de Política Social y Sanidad de Galicia publicaron un protocolo conjunto inicial sobre la COVID-19 el 13 de marzo de 2020, y otro el 20 de marzo con la suspensión de las salidas y las visitas, así como la publicación de medidas higiénicas y de prevención.

Para algunos directores ha sido difícil mantenerse al día de las actualizaciones, producidas en muchos casos debido a la nueva evidencia científica, en un contexto de mucha presión asistencial y escaso personal. Un director sanitario de un grupo de residencias considera que el Ministerio ha ido mejorando con el transcurso de los meses (EN:12). La mejoría se evidenciaba desde el lugar donde se publicaban los nuevos protocolos e indicaciones, hasta cómo los distribuían en la página web. En varias CCAA, las residencias han constituido grupos de ayuda mutua a través de aplicaciones tecnológicas o se veían en foros en los que estaban colaborando con el propio gobierno regional o central. En estos casos han podido implementar las decisiones tomadas antes de que se hiciera oficial las medidas en los protocolos de actuación y en la desescalada. Por ejemplo, en la Comunidad Valenciana el primer protocolo lo elaboraron el 28 de febrero.

Asimismo, destacan que los cambios y actualizaciones al plan de contingencia sucedían en algunos casos durante el fin de semana, entrando en vigor el lunes, lo cual dificultaba enormemente que se pudieran actualizar procedimientos, informar y entrenar al personal, así como acometer los cambios requeridos en las residencias.

Los informantes destacan la necesidad de crear un canal de comunicación eficaz entre las distintas administraciones públicas y las residencias. La creación y establecimiento de este canal de comunicación servirá tanto en tiempos de normalidad, como en posibles crisis o pandemias futuras. Un entrevistado reconoce que cuando el virus estaba en Italia no recibieron información desde ningún organismo. Tampoco la recibieron cuando el virus estaba ya en España:

> ¿Que nos pasó a nosotros? Que, al principio, nos sentimos un poco olvidados, por parte de las administraciones, tanto a nivel autonómico como a nivel estatal, (...) no había ningún protocolo (...) O, por lo menos, ningún protocolo guía. Al principio carecíamos de un montón de información (EN:6).

Además de lo anterior, el análisis de los casos estudiados nos permite destacar que:

- El desconocimiento de las características del virus llevó a que los protocolos incluyeran algunas recomendaciones relativas al manejo de los residentes, o del personal asintomático, que contribuyeron claramente a la diseminación del virus en el interior de las residencias.
- Como se menciona en varias ocasiones a lo largo de este informe, la opinión generalizada ha sido que los protocolos no tenían la suficiente sensibilidad con las especificidades del sector social. En palabras

de un entrevistado: “El protocolo del Ministerio de Sanidad era correcto en lo sanitario, pero deficiente en la parte social” (EN:2).

- Además, los protocolos COVID-19 no han sido suficientemente sensibles a la realidad arquitectónica y espacial de las residencias. Muchas residencias no cuentan con espacio para la sectorización. Nuevamente esta cuestión debe tenerse en consideración a la hora de prever una posible evacuación de los contagiados, o de los sospechosos de ser positivos en contagio por coronavirus. Por ejemplo, en buen número de residencias la mayoría de las habitaciones son dobles, lo cual dificulta considerablemente el aislamiento. En muchas se han aprovechado las zonas comunes habituales o incluso zonas de paso, pero esto ha supuesto la clausura de parte del edificio.
- Los protocolos no tienen suficientemente en cuenta el modo en el que están organizados los servicios. Por ejemplo, algunos perfiles profesionales son únicos en las residencias y durante, como mínimo, las primeras semanas de la pandemia debieron atender a personas sanas y contagiadas, lo cual pudo facilitar la propagación del virus.
- Lo mismo ocurre con las modalidades de convivencia de los residentes. Durante una pandemia hay que organizar a los residentes en función de criterios epidemiológicos, mientras que habitualmente la convivencia está organizada en función de su grado de dependencia (u otros criterios). La nueva organización en tiempos de pandemia puede hacer muy difícil la convivencia y la atención a las necesidades de los residentes. “Los protocolos iniciales no tienen en cuenta a los usuarios con demencia, por ejemplo. Los usuarios se echaban de menos y se escapaban por las noches para verse (...)” (EN:2).
- Los protocolos iniciales fueron elaborados a nivel interno en algunas de las residencias estudiadas mediante la actualización de antiguos protocolos de enfermedades contagiosas, aunque no todas las residencias tenían elaborado un protocolo de contagios. Por ejemplo, una residencia señala haber tenido un protocolo basado en la experiencia previa con la crisis del SARS, mientras que en otra residencia existían protocolos para gastroenteritis y gripe común. La mayoría de las residencias que disponía de un protocolo para enfermedades contagiosas era de los tiempos de la gripe aviar. El problema es que estos protocolos, en su gran mayoría, no se habían puesto en práctica, no estaban adecuadamente estudiados ni adaptados para responder a un virus como el SARS-CoV-2. Un director sanitario de un grupo de residencias destacaba que los protocolos que provenían de la alerta sobre la gripe aviar contenían medidas generales de carácter interno del centro (por ejemplo, tipo de aislamiento, según tipo de infección y tipo de protección) (EN:7). Sin embargo, esos protocolos no especificaban la coordinación con el sector sanitario, ni con los hospitales como fue necesario activar en el pico de la pandemia de la COVID-19. Otra residencia destaca que disponen de protocolos frente a emergencias, ya que esto es un requisito para la habilitación. Sin embargo, se enfatiza que estos protocolos son para emergencias “previsibles”. En palabras de un informante: “Una emergencia sanitaria pienso que es bastante diferente a lo que realmente hemos vivido. Esto nos ha pillado desprevenidos a todos. Y el

> protocolo como tal se alejaba de la situación. El protocolo no trata de situaciones excepcionales, [sino de] situaciones que se pueden dar con más normalidad que lo que es una pandemia" (EN:8).

Al examinar estos documentos las autoridades concluyen que:

> Hay planes de contingencia muy bien elaborados y hay otros que todavía necesitan bastante más elaboración. Yo creo que necesitan ayuda por parte de la Administración (EN:14).

Las residencias destacan que echaban en falta que algún organismo les confirmará que su plan de contingencia estaba bien hecho. Ya no solo la creación, sino también la monitorización e implementación de protocolos requiere de una colaboración intersectorial, principalmente entre Sanidad y Servicios Sociales, e intergubernamental entre Gobierno Central y regional, así como de colaboración entre residencias y actores (no) gubernamentales.

Un informante nos describe cómo las enfermeras de coordinación de los centros de salud monitorizaron la puesta en práctica de los protocolos y planes de contingencia en temas de evolución de la pandemia, necesidades de material y pruebas, falta de personal, y altas médicas de pacientes (EN:4). Un director de residencia reconoce que recibieron una inspección por parte de Servicios Sociales y Sanidad a mediados de abril. Actualmente, se están llevando a cabo reuniones de los directores de las residencias con equipos en los distintos distritos sanitarios para valorar los planes de contingencia, pero: "sobre los papeles", no sobre la realidad de las residencias. Directores de residencias señalan la lentitud burocrática.

> Una vez que pasó lo gordo, nos vino, por un lado, una inspección [en relación al] ratio por parte de Servicios Sociales, una inspección en toda regla. Después de esto, se recibió una llamada del inspector de Sanidad, donde se nos pedía un plan de contingencia y un plan de actuación del centro. Esto era una cantidad de documentación a preparar, con planos, flujos de salida de trabajadores, (...) en fin, muchísima documentación que había que remitir. Esa documentación había que remitirla para que después se nos citara en el distrito sanitario (...) con epidemiólogos, inspector de Sanidad, enfermero, gestor de casos (...) Una vez que ellos estudien estos papeles, vendrán a ver si se está llevando a cabo lo que hay en papel. Yo estoy citada para [principios de otoño], pero según lo que me comentan directores de otros centros, durante estas reuniones te ayudan, pero no deja de ser algo que no está en situ. A mí me gustaría que alguien viniera a ver la residencia, diciéndome si mi plan de contingencia está acorde con las características de las residencias y los perfiles de los residentes está bien o está mal, y si está mal, cómo lo hacemos (EN:8).

Asimismo, se hace evidente la necesidad de elaborar planes de contingencia en cada centro, pero con indicaciones más detalladas por parte de las autoridades en términos de requisitos, coordinación y modelo. Sobre todo, parece imprescindible una mayor agilidad en la interlocución con los centros de salud. Es decir, es necesaria la profundización de la colaboración entre los sistemas social y sanitario como, veremos con más detalle en la sección 3.3.

Algunas CCAA han regulado la obligatoriedad de contar con protocolos por parte de las entidades titulares de residencias de personas mayores y personas con discapacidad.[22] Otras CCAA han publicado una guía de mínimos en relación a los protocolos a disposición en sus sedes electrónicas. Ante la falta de material durante la pandemia, algunas CCAA han obligado a disponer existencias de equipos de protección individuales en los centros residenciales (Cuestionario IMSERSO).

Finalmente, como se explicará más adelante, a pesar del esfuerzo, las residencias han encontrado muchas dificultades en formar al personal sobre las novedades de los protocolos. La falta de tiempo, la escasa preparación de parte del personal que tuvo que ser contratado en los momentos de máxima urgencia son solo algunos de los problemas que los directores han mencionado de manera reiterada. Las trabajadoras expresan que aún hoy, en septiembre de 2020, existen muchas dudas sobre la utilización de algunos materiales de protección en un contexto de pandemia.

Los Planes de Preparación a nivel residencial permiten anticipar decisiones que protegen la vida de los residentes y de los trabajadores. Evitan que durante la pandemia haya que destinar muchas capacidades, que deben utilizarse en otras actividades, a la elaboración de los planes.

Las residencias deben contar con planes de actuación para afrontar eventos de salud pública. La administración debe articular medidas de apoyo y supervisión para que, sin importar su tamaño y ubicación, dispongan de ellos.

Los planes han de ser flexibles para adaptarse a la incertidumbre.

Deben identificar cuáles son las áreas más vulnerables y qué materiales se necesitan para tener residencias de mayores resilientes. Mahy et al. (2016, pp. 359-360) proponen siete áreas de prioridad que de estar desarrolladas en residencias podrían ayudar a afrontar de una manera más resiliente la actual y futuras pandemias: (1) detección de las amenazas y rápida comunicación a actores relevantes; (2) transmisión y evaluación de datos tomando en cuenta riesgos y amenazas; (3) desarrollo de capacidades de preparación y de asistencia técnica; (4) movilización de expertos en la salud pública para asesoramiento a gobiernos y residencias; (5) actualización o establecimiento de protocolos; (6) la ayuda de autoridades gubernamentales, resaltando buenas prácticas; y (7) cooperación intersectorial, intergubernamental e internacional

Es fundamental desarrollar los mecanismos de coordinación externo e internos. Importa tanto la elaboración de protocolos como la existencia de una gobernanza institucionalizada en las residencias de personas mayores.

El personal debe capacitarse en las respuestas a la crisis y en la aplicación de los protocolos. Deben llevarse a cabo ejercicios de preparación periódicamente que servirán para formar al personal y corregir el funcionamiento de los protocolos.

22
Decreto ley 5/2020, de 18 de junio de medidas extraordinarias para la atención social en centros residenciales de personas mayores y personas con discapacidad en Castilla y León.

La colaboración intersectorial es imprescindible para garantizar que los protocolos son sensibles a las peculiaridades de las residencias y las características de sus usuarios (OMS, 2020).[23] Recuérdense los problemas aparecidos en España debido a que los protocolos no siempre eran aplicables al sector residencial

3.2.3. Implementar un sistema de vigilancia de la evolución de la pandemia en el sector residencial (datos y tecnología)

La gestión de los datos ha sido y sigue siendo muy controvertida. Algunas de las dificultades con las que los gestores se han encontrado están relacionas con problemas previos a la llegada de la pandemia y vinculadas a la insuficiente información que existía sobre el sector de las residencias de personas mayores que atañe incluso al número de residencias existentes, su ubicación y también a sus características, por ejemplo, número de plazas ocupadas, perfil de los ocupantes o del personal. En el epígrafe 2 de este informe ya se han explicado algunos de los problemas de los datos disponibles en la actualidad y la necesidad de recurrir a distintas fuentes de información para poder estimar lo que realmente ha pasado. Estas consideraciones no se repetirán aquí. En este espacio se mencionarán solo las dificultades que los entrevistados han trasladado en las entrevistas.

La situación previa a la pandemia mencionada arriba hacía muy complejo que pudiera recogerse información rápida y sistemáticamente desde el principio. Por ello, como ya se ha mencionado en el epígrafe 2 de este informe[24], el Ministerio de Sanidad instó a las CCAA a remitirle información relativa a los centros de servicios sociales de atención residencial antes del 8 de abril y, a partir de ese día, a actualizarla dos días por semana.

Sin embargo, a finales de septiembre de 2020, el Gobierno Central todavía no ha hecho público el dato de fallecimientos con COVID-19 o sintomatología compatible en las residencias de personas mayores. La no publicación de los mismos se ha justificado debido a la falta de consistencia de los datos reportados por las CCAA y las residencias (a su vez explicada por la poco amigable plataforma puesta en marcha, las definiciones ambiguas de los indicadores, entre otros factores). Sin embargo, algunos entrevistados han sugerido razones políticas que llevan a que ningún Ministerio quiera asumir estos datos.

La mayoría de las CCAA han realizado un gran esfuerzo por recabar información, pero no siempre se ha reportado o no se ha hecho en tiempo y forma. Aun así, ha habido numerosas iniciativas para recoger datos de las propias residencias. En la Tabla 4 podemos destacar algunas de las medidas adoptadas en CCAA en relación a la recolección y diseminación de datos que ayudará a vigilar la evolución de la pandemia.

El segundo cuello de botella ha estado en el reporte de las residencias. Durante la pandemia las residencias han tenido que **reportar datos a un**

23
La OMS (2020b) destaca un plan de contingencia multinivel en Inglaterra (ver O'Moore et al., 2017) así como una lista de verificación de un centro correccional en Estados Unidos (ver CDC, 2007)

24
Orden del Ministerio de Sanidad SND 275/2020 (tras ser modificada por la Orden SND/322/2020)

Tabla 4. Ejemplos de medidas implementadas en relación a recolección y diseminación de datos

Comunidad Autónoma	*Medidas implementadas*
Baleares	• Creación de base de datos con información diaria que remiten las residencias. • Elaboración de un informe con la base de datos por el equipo de coordinación sociosanitaria para llevar un seguimiento de la evolución de la pandemia.
Canarias	• Creación de una base de datos para el seguimiento de la situación epidemiológica de todos los centros de carácter residencial. • Utilizar los datos recogidos para redactar informes diarios o semanales sobre la situación epidemiológica. • Remisión periódica de la base de datos al órgano de la Consejería designado para el suministro de material a los centros. • Remisión periódica de la base de datos a la DG de Salud Pública para coordinación de actuaciones, entre otras los cribados (PCR y test serológicos) a residentes y trabajadores de los centros. • Remisión periódica de la base de datos a la Policía Autonómica para coordinar las actuaciones que ellos realizaban en el ámbito de los Centros.
Navarra	• Creación de plataforma "Seguimiento de Coronavirus" donde las residencias vuelcan datos sobre incidencia y prevalencia de COVID-19 en residentes y personal.
País Vasco	• Uso de los procedimientos existentes de registro diario en las residencias para recolectar datos sobre casos, cohortes y fallecimientos. • Este registro se comparte con el Departamento de Salud para confirmar la oficialidad y con Fiscalía (semanalmente) para informar sobre casos COVID positivos, y fallecimientos COVID y no COVID.

Fuente: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2020)

variado número de actores e instituciones. Algunos directores de estos centros han hablado de reportes diarios de datos similares hasta a cinco instituciones diferentes, por diversos canales. Como en cualquier enfermedad de declaración obligatoria, se comunica a las CCAA y estas los comunican posteriormente al sistema de vigilancia.[25] Los informantes destacan una multiplicidad de actores, entre los que encontramos: la Consejería de Servicios Sociales, la Consejería de Sanidad (Inspección, Salud Pública, la Dirección de Área sanitaria), el hospital correspondiente a la localización de la residencia, la Fiscalía, el Ayuntamiento, el personal de enfermería del centro de atención primaria correspondiente, la Guardia Civil y/o la policía. Este esfuerzo consume un tiempo muy valioso a directores médicos y directores de residencias en un contexto de pandemia. Además, había que asignar una persona a esta tarea.

Los **datos que eran solicitados variaban** según la Comunidad Autónoma donde se encontraba la residencia. A continuación, destacamos la gran variedad de datos que eran requeridos: número de contagiados, datos de trabajadores en activo (por ejemplo, nombre, categoría profesional y teléfono de contacto), altas y bajas hospitalarias junto con la razón para el ingreso hospitalario, evolución de la pandemia en la residencia, necesidades de

25
A nivel europeo la decisión del Parlamento Europeo y del Consejo de 22/10/2013 (L293 05/11/2013) fija los procedimientos para la notificación de alertas en relación a amenazas transfronterizas graves para la salud. A nivel de España, el Real Decreto 2210/1995 creó la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Le compete al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad "la coordinación de las acciones e intercambios de información tanto a nivel nacional como a nivel de la Unión Europea, la Organización Mundial de la Salud y demás organismos internacionales" (BOE núm. 65, de 17 de marzo de 2015, página 24012).

pruebas, materiales de prevención (p. ej. EPI, mascarillas, guantes), necesidades de personal, listado de pacientes, listados de trabajadores, listado de fallecidos, residentes en aislamiento, ratio de trabajadores por residentes, ingreso de nuevos residentes. Algunas residencias y responsables públicos han resaltado que a veces se pedía información que "no se recoge así por las residencias y era imposible prepararla de otro modo".

La **periodicidad también variaba** entre CCAA. En gran parte de las residencias los datos sobre efectos del brote se comunicaban con una periodicidad diaria, mientras que las necesidades de material y personal se comunicaban semanalmente. El teléfono, las aplicaciones informáticas y el correo electrónico fueron **las vías principales para la comunicación de datos**. Las videoconferencias también formaron parte de estos canales, sobre todo cuando la comunicación de datos se combinaba con la formación de personal.

En una de las residencias estudiadas vemos ejemplificado la duplicidad de recogida de datos similares por diferentes actores (EN:6). Los hospitales y centros de salud recogían registros de síntomas diarios para prevenir potenciales contagios y derivaban a los residentes a los centros de salud para realizar pruebas diagnósticas. Por otro lado, la Consejería de Sanidad llevaba un registro de residentes con síntomas, temperatura y fallecidos por medio de la utilización de una plataforma informática regional. Una residencia describe cómo tuvieron que transmitir la misma información en diferentes formatos y a distintas administraciones (EN:6). Por ejemplo, en Asturias esta plataforma lleva el nombre de SUSTENTA, mientras que en Aragón se denomina SIRCOVID. Los entrevistados reconocen que recientemente ha habido una mejora sustancial en este terreno mediante la creación de una ventanilla única en la plataforma regional –página web– donde las residencias podían informar sobre fallecimientos, derivaciones a hospitales, nuevas altas, traslados al domicilio, entre otros.

Un director de una residencia destaca que la transmisión de datos a múltiples actores no era lo único que consumía mucho tiempo, ya que además los directores de las residencias debían entregar entre ocho y nueve informes diarios (EN:17).

Un alto cargo político a nivel regional destaca la evolución de la transmisión de datos y la necesidad de crear una ventanilla común para todas las residencias en todas las CCAA (EN:10). En un principio, el informante destaca que las residencias volcaban datos en una hoja de Excel. Sin embargo, el sistema no operaba eficientemente, así que se decidió que los inspectores y otro tipo de personal contactaran a las residencias para obtener información diaria (durante tres meses) de: "número de contagiados, número de aislados, número de fallecidos, cuántos estaban en residencias, cuántos en hospital, qué necesidades de EPI tenían (...)". Finalmente implantaron un sistema informático del cual las instituciones pueden extraer los datos volcados por las residencias sin necesidad de intermediarios –sea un funcionario, o una hoja de Excel. Ahora bien, este responsable político destaca la necesidad de desarrollar una aplicación de reporte de datos común a

todas las CCAA que facilite la comunicación entre residencias y la administración pública, así como entre administraciones, tanto a nivel horizontal como vertical.

Un director sanitario destaca la importancia de desarrollar un índice de posible rebrote en un territorio, y que ese índice permita, de una manera científica, poner en marcha el resto de las medidas que deban ser adoptadas (EN:12). Obtener datos sobre la incidencia acumulada a 14 días, el factor de contagio, entre otra información clave es casi imposible a nivel de municipio en el momento de escribir este informe. Este responsable sanitario reconoce la importancia de recoger y publicar datos a nivel municipal, o incluso por territorios más pequeños. Durante la pandemia este informante podía obtener este tipo de datos a nivel de provincia, pero solo con una actualización semanal. La clave reside en la accesibilidad de datos a nivel diario y a nivel de municipio con objeto de poder tomar decisiones con una base más científica.

Para solventar algunas de estos problemas el IMSERSO propuso el desarrollo de un sistema de vigilancia y alerta temprana residencial al Consejo Territorial partiendo de una propuesta diseñada en el mes de abril y que tomaba en consideración la información que propone el o la que utiliza CSIC en la encuesta que realiza el Portal Envejecimiento en Red. Sin embargo, por el momento no se ha llegado a un acuerdo entre los Ministerios.

Es necesario implementar un sistema de información compartido entre las distintas administraciones públicas. A la falta de publicación de los datos hay que sumar que, por el momento, ya en otoño de 2020, los Ministerios centrales y las CCAA no han acordado un sistema de información compartido entre los niveles de gobierno.

La gestión de las epidemias requiere una actualización diaria de la información. A la hora de diseñar el sistema, es relevante entender las limitaciones de las residencias para alimentar el sistema de información. La utilización de una ventanilla única de registro podría ser la solución a la multiplicidad de actores, vías y horarios a los que directores de residencia tiene que informar en tiempos de crisis sanitaria. Para que los datos sean útiles se requiere que recojan la información necesaria, válida y fiable que sirva para actuar sobre la enfermedad.

La utilización de la tecnología para el manejo de datos facilita la accesibilidad y actualización de la información. Datos accesibles y actualizados facilitan el análisis la toma de decisiones a nivel central, regional y local. Si los datos sobre contagiados, pruebas PCR, serológicas realizadas, población inmunizada, entre otros están accesibles, actualizados y disponibles, al menos a nivel local, se podrían construir modelos estadísticos para predecir le expansión del contagio. Conociendo la expansión del contagio se pueden tomar medidas anticipadas sobre confinamiento o uso de equipos de protección individual si se prevé un brote cercano, o, por el contrario, se podría proveer a los residentes de mayor libertad para salir del centro, o al menos tener una mayor movilidad en el interior de la residencia.

Siguiendo las reglas del contagio de Adam Kucharski (2020), sería necesario publicar diariamente, y al nivel micro, datos que permitan calcular la duración de la infección, por ejemplo, tiempo en aislar personas relacionadas con un positivo al virus), número de personas que han tenido contacto con el infectado, número de personas inmunizadas a la variante actual del virus (por ejemplo, resultados de pruebas serológicas y test rápidos). Conociendo este tipo de información, sería posible calcular la tasa de reproducción del virus a nivel local y medir que tan cerca o lejos estaría cada calle, barrio o ayuntamiento de enfrentarse a un rebrote.

El "European Centre for Disease Prevention and Control" propone crear un sistema general de información periódico (semanal y/o mensual), en función de la situación epidemiológica, y que nutra a las autoridades locales, regionales y nacionales de datos. Para un escenario epidémico sugiere la remisión de una información básica con periodicidad diaria[26].

Es muy importante motivar a las residencias de la importancia de la remisión de información social, demográfica, epidemiológica, etc. En el ámbito sanitario existía más cultura y tradición de la importancia que tiene remitir información con un retorno útil. La falta de retorno en el ámbito sanitario y el exceso de demanda de información pueden haber actuado negativamente. Pero utilizando sistemas de feed-back, si la información generada por las residencias les retorna con análisis de las diferentes situaciones y propuestas de actuación concretas, específicas y sobre todo útiles pueden estimular positivamente a quién generó la información. Sería algo similar al concepto de Alexander Langmuir de la vigilancia epidemiológica "conocer para que se pueda actuar".

Se deben tener en cuenta tres ejes básicos la información necesaria, la periodicidad con que se recoge y se remite la misma y la tecnología con la que se recoge y se remite. Las residencias deben contemplar dos escenarios, uno la información en situaciones no epidémicas y otro la información en situaciones epidémicas. Además, las situaciones epidémicas pueden ocurrir en una o varias residencias y/o en la Comunidad. Por tanto, hay que combinar esos tres ejes con esos dos escenarios.

Para ello propone que las administraciones autonómicas, estatal y las propias residencias acuerden un conjunto de datos que se dispongan con periodicidad semanal y facilitados mediante tecnologías que se capture, por ejemplo, directamente de los registros. Ese conjunto de datos debe aportar información básica que sirva como denominadores, factores de riesgo, elementos de prevención etc. Estamos ante un escenario no epidémico, por tanto, será información continua y estable. Cuando se diseñe este sistema hay que incluir residencias públicas y privadas, de tamaña grande, mediano y pequeño, con recursos suficientes y recursos escasos, es decir, todas las situaciones posibles.

3.2.4. Reforzar el personal: número, formación y condiciones laborales

El sector de la dependencia presenta en muchos países de la OCDE déficits relacionados con el número de personal empleado que los sistemas de cuidados necesitan para atender a una población crecientemente envejecida. En el caso de España, los problemas que sufre el sector en materia

26
European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of COVID-19 in long-term care facilities in the EU/EEA, 19 Mayo 2020. Estocolmo: ECDC; 2020.

de recursos profesionales son conocidos desde hace tiempo. La deficiente implementación de la Ley de la Dependencia debido a la crisis que se inició en 2008, las políticas de recortes y los continuos bloqueos presupuestarios en la administración del Estado, así como otros problemas del sector, han agravado la situación. En este sentido, la COVID-19 ha tenido que ser gestionada por centros que ya tenían problemas que podemos considerar casi estructurales, los cuales han sido reiteradamente analizados por los expertos, los agentes sociales y el propio sector. Ahora, estos problemas se han hecho más evidentes, como la creciente precarización del empleo, incluidos los bajos salarios que dificultan la cobertura de algunos puestos, o las inadecuadas ratios profesionales por categoría.

Algunos entrevistados se han referido a este tipo de problemas previos. Un alto cargo político entrevistado señala que cuando se diseñaron las residencias, el perfil del residente era el de una persona menos dependiente y las previsiones de ratios por residente son ya insuficientes para atender las necesidades actuales (EN:14). Además, en muchos casos, es personal poco "formado" argumenta el mismo alto cargo político. Según él, hay que mejorar mucho en la formación sanitaria del personal. Se refiere también a la precarización del empleo en el sector, algo que "... tenemos que corregir". Describe que los profesionales del sector prefieren trabajar en la sanidad porque tienen menor carga de trabajo, más prestigio social y remuneración. Y habla de una suerte de "competencia desleal" del sector público. Esto último lo han confirmado diversos directores de residencias al momento de dar cuenta de las dificultades que encontraron a la hora de tratar de suplir personal que se daba de baja por enfermedad durante la pandemia. Además, en varias de las entrevistas realizadas se destacaba las diferencias de salarios entre CCAA, así como las diferencias entre el sector público y el privado.

En el contexto de la crisis de la COVID-19, han aparecido numerosas dificultades en materia de personal. Precisamente, como se ha mencionado anteriormente, una de las principales ha sido la falta del mismo, debido a las bajas que no siempre se han podido cubrir. Las bajas laborales en las residencias se debieron principalmente a: (a) los contagios entre el personal; (b) la necesidad de cumplir con las medidas de aislamiento al haber estado en contacto con personas contagiadas, o (c) tener algún factor de riesgo. También se produjeron bajas por el temor a ser contagiados, por las presiones familiares o a causa de situaciones traumáticas como resultado del estrés asociado a la pandemia y la situación de vulnerabilidad en que se encontraban.

La situación de las bajas laborales en las residencias varió. Mientras en algunos casos no se produjeron, principalmente en residencias donde no hubo infectados de COVID-19, en otros hubo momentos en que el 75 % del personal estuvo de baja. El mayor número de bajas en un mismo día que reportaron las directoras de residencias en nuestro estudio fue de 48 trabajadores (EN:17). Una directora médica argumenta que no había suficientes test disponibles. En ocasiones, las bajas se podían extender más de 15 días y en muchos casos resultaron no estar infectados por coronavirus (lo

que posteriormente se ha denominado “falsos positivos”) (EN:7). En aquellos casos que daban positivo, la baja llegaba a prolongarse durante un mes, ya que ante la escasez de medios resultaba complicado hacer el segundo PCR, necesario para poder darle el alta definitiva. Se requiere por lo tanto capacidad diagnóstica y la realización de pruebas a trabajadores y residentes por igual de modo regular. Un informante describe que un estudio serológico a una gran cantidad de la población trabajadora en residencias de su CA confirmó que cerca de un 30 % del personal tenía anticuerpos. Similar cifra menciona un director médico de una de las principales aseguradoras médicas del país con residencias en múltiples CCAA (EN:12).

El problema de falta de personal también ha mostrado diversas caras y ha tenido una evolución heterogénea. Aquellos centros más grandes, urbanos, con diversidad de funciones (por ejemplo, incluyendo centros de día) o pertenecientes a empresas más grandes, han tenido mayor facilidad para suplir personal. Por ejemplo, una residencia destaca que al cerrar los centros de día de la empresa se pudieron redirigir los trabajadores de estos centros hacia las residencias para cubrir las bajas (EN:9). En otros casos, los directores no encontraron la manera de reforzar su plantilla, porque “... no había personal por ningún sitio” (EN:7). Una directora médica nos detalla cómo todas las bajas de auxiliares, médicos y enfermería se intentaban suplir, pero en ese momento no se encontraba a nadie para trabajar. Destaca que se trabajó bajo mínimos en los centros y hubo días sin personal médico (EN:7).

Ante esta situación, algunos de los responsables directos de la gestión de las residencias tuvieron que flexibilizar la contratación y los requisitos previos (formativos y de experiencia) así como continuar prestando los servicios de cuidado con los medios profesionales que disponían en cada momento. Una directora de residencia reconoce que, como consecuencia del gran número de bajas y la poca disponibilidad de trabajadores cualificados, tenían que “... aceptar a cualquiera que se presentara a la convocatoria porque se necesitaban trabajadores” (EN:10). Otra directora señala las dificultades para contratar personal médico. “Cayó la enfermera, el médico y han tenido una auxiliar de enfermería que ha sido la que ha estado trabajando. Sí pudieron sustituir al fisioterapeuta, enfermera y trabajadora social” (EN:9).

En muchos casos, se tuvieron que reforzar la plantilla de limpieza, así como los auxiliares para atender a los residentes. Un gerente de varias residencias entrevistado destaca una estrategia utilizada por su empresa en materia de recursos humanos, basada en disponer de una bolsa de empleo con personal dispuesto a trabajar (EN:4). Desde el sector público, por ejemplo, el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) proporcionó trabajadores de limpieza, enfermería, lavandería a una de las residencias, aunque el informante considera que frecuentemente eran personas sin experiencia previa, procedentes del paro y que no habían trabajado en residencias anteriormente. El Instituto Aragonés de Servicios Sociales abrió dos bolsas de trabajo con personas dispuestas a trabajar en medio de la pandemia, una con acreditación y otras sin ella. El resultado fueron dos listas con alrededor de 2.500 personas en cada una, de los cuales 1.500

currículos fueron facilitados a las residencias para la eventual contratación de personal (Cuestionario IMSERSO). También se activó a personal procedente de otros servicios públicos que en ese momento no estaban operativos.

En algunas CCAA, cuando las residencias acudieron a las bolsas de empleo, estaban agotadas. Por momentos, la situación en materia de recursos profesionales fue verdaderamente compleja, y en determinadas zonas tuvieron que recurrir a publicar anuncios en páginas populares de venta por internet para conseguir trabajadores (EN:17).

En algunos casos, los entrevistados hacen referencia a que, en plena pandemia, tuvieron grandes dificultades para formar al personal recién contratado que no tenía los conocimientos adecuados. Además, era necesario formar a todos los trabajadores en relación con la pandemia. En este sentido, la OMS propone cuatro contenidos para la formación de los trabajadores: (1) conocimiento básico sobre la enfermedad, modos de transmisión, y sintomatología de la enfermedad en sus diferentes etapas; (2) prácticas de higiene; (3) uso apropiado de equipos de protección individual; y (4) medidas de prevención como la limpieza y desinfección de áreas comunes (OMS, 2020a, p. 14). En línea con estas recomendaciones, las residencias analizadas fueron implementando progresivamente los cuatro elementos en la formación de su personal. El material provisto por el Ministerio y las Consejerías de Sanidad se destaca como de gran utilidad en algunas residencias y complementario a los desarrollados por los directores médicos en otras residencias.[27]

Las residencias inciden en que formaron de manera continua a sus trabajadores según iba surgiendo información sobre la pandemia y se iban redactando protocolos por parte de la dirección de la residencia, adaptándose a los consejos y requerimientos elaborados por las administraciones. La formación se realizaba esencialmente mediante la elaboración de infografías, así como a través de video llamadas con el personal de las residencias.

La tecnología tuvo un papel importante para facilitar la transmisión de información, instrucciones y formación ante la diversidad de actores y la actualización continua de protocolos. Una directora sanitaria confirma que en las semanas de mayor intensidad de la crisis se realizaban dos sesiones de formación cada siete días, y en las semanas de más normalidad una sesión (EN:7). En ese mismo centro, en el mes de agosto de 2020, se estaba haciendo una sesión de formación cada quince días. Había formación de uso de EPI y protocolos médicos. Además, en la residencia se han hecho videos y material en PDF que se ha distribuido entre los trabajadores.

En algunas residencias, los directores detallaron que la formación sobre sectorización especificaba qué residentes tenían que estar en qué lugares, qué equipos se tenían que poner según la zona en la que se encontrasen, cómo debían manejar la ropa sucia y la distribución de alimentos, cómo se debían colocar los EPI, qué medidas específicas de higiene se deberían

27
Material de información provisto por el Ministerio de Sanidad se puede consultar en la siguiente página web del Ministerio: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos.htm (Consultado el 17 de septiembre de 2020).

adoptar, cómo gestionar los residuos y la señalización de zonas sectorizadas, zonas de paso y áreas limpias, entre otros contenidos.

En términos generales, las propias residencias desarrollaron un rol fundamental en la formación de su propio personal, mientras que, según algunos entrevistados, el Ministerio de Sanidad jugó un papel complementario con el envío de videos informativos. Un responsable de una de las residencias que forman parte de esta investigación, señala que la formación fue sobre la marcha, a partir de los propios grupos de médicos y de gestión de la residencia especialmente al inicio de la pandemia- (EN:17). El director de dicha residencia señala que en el mes de mayo se comenzó a ofrecer algún tipo de formación externa por parte de las autoridades sanitarias y los centros sanitarios.

La UME participó también en la formación en materia de higiene y desinfección de espacios. Un director de residencia describe así el papel de la UME:

> Utilizábamos dotaciones ingentes de lejía, un poco por la obsesión. De hecho, cuando luego vino la UME, que fue nuestra estrella polar, para orientarnos un poco, ya nos instruyeron, sobre todo para el uso de desinfectante. (...) La UME, vinieron aquí [por primera vez] el día 2 de abril, (...) concretamente estudiaron nuestros planos, cómo estábamos haciendo la desinfección, el tema de no usar tanta lejía (EN:5).

Otro grave problema fue la sobrecarga de trabajo del personal, derivada de la propia carencia de trabajadores, de la (a veces escasa) formación de los profesionales y de las nuevas tareas que había que asumir en el contexto de la pandemia. Las residencias adoptaron una serie de medidas para aliviar la carga, como promover la rotación de trabajadores y concentrar el horario de trabajo en menos turnos.

Algunas residencias establecieron turnos de 12 horas para que los trabajadores contaran con más días libres y hubiera una menor rotación en la residencia. Una directora sanitaria confirma que algo similar sucedió en sus residencias donde los turnos fueron más intensos para que el personal trabajara tres días y librara otros tres (EN:7). Esta estrategia no solo reducía la rotación, sino que también tenía la ventaja de dar un mayor tiempo a que los potenciales trabajadores contagiados mostraran síntomas antes de regresar al centro.

En algunos casos se produjeron situaciones en las que los trabajadores se confinaron con los residentes en determinados centros. Dicha estrategia puede ser examinada como una potencial alternativa coste-eficiente y efectiva en términos de reducción de la probabilidad de dispersión del virus en la gestión de la actual o futuras pandemias (Cuestionario IMSERSO). Trabajadores de otras residencias se reunieron en grupos y alquilaron apartamentos por miedo a contagiar a sus respectivas familias. En algunos casos, llegaron a solicitar a los responsables de los centros el pernoctar en la propia residencia. Una petición que fue atendida en algunas ocasiones y no recomendada en otras (EN:2).

El personal fue sectorizado en un buen número de residencias para evitar que los trabajadores vulnerables estuvieran en contacto con residentes contagiados. La sectorización de trabajadores buscaba a su vez reducir el movimiento en el interior de la residencia.

En ninguna de las entrevistas se destacó retribución adicional alguna, en forma de incentivos o un aumento de salarios. Los directores de residencia sí que destacan el agradecimiento explícito y reiterado hacia los trabajadores que se podría considerar como un incentivo o retribución moral.

En línea con las recomendaciones de la OMS, la experiencia española ante la COVID-19 indica que es necesario desarrollar un plan de contingencia de personal en los centros residenciales prestando atención a diferentes aspectos.

La disponibilidad de personal suficiente en todas las categorías y de un sistema para cubrir los servicios esenciales mínimos. Las plantillas deben poder no solo cubrir bajas, sino también reforzarse en tiempos de pandemia. Las bolsas de empleo, convenios entre residencias y entre administraciones, la puesta a disposición del personal de otros servicios públicos no esenciales o que no estén funcionando, la movilización de profesionales jubilados o de estudiantes son algunas de las estrategias que se han seguido en España en los sectores sanitarios y social.

El personal debe estar entrenado y capacitado, para lo cual debe proporcionarse formación periódica y valorarse la conveniencia de ejercicios de preparación. La tecnología permite hoy en día la elaboración y difusión de material formativo y el intercambio de conocimiento.

Deben diseñarse un catálogo de medidas sobre recursos humanos (refuerzo de plantillas, turnos, incentivos) que pueda garantizar la cobertura de las necesidades de las residencias a la vez que el descanso del personal y su seguridad en situaciones de crisis.

El personal que presta servicio en las residencias debe considerarse personal esencial ya que atienden servicios que son imprescindibles en momentos de pandemia.

Por último, deben atenderse los problemas estructurales en materia de personal que presenta el sector.

3.2.5. Garantizar la capacidad de respuesta en las residencias: diagnósticos y protección

Ya se ha mencionado más arriba que uno de los problemas más sobresalientes de esta crisis a nivel internacional ha sido el de la convergencia masiva de países y organizaciones tratando de conseguir recursos sanitarios para afrontar la crisis. El aumento exponencial y simultaneo de la demanda mundial de materiales de protección, desinfección y diagnóstico,

y los problemas relacionados con su distribución entre los distintos actores involucrados en la gestión de la crisis en cada CA (entre ellos: salud pública, atención primaria, hospitales de distintos niveles, centros sociosanitarios) han puesto en tensión los *stocks,* a menudo escasos, de los cuales disponían las residencias antes de la pandemia (principalmente, guantes y mascarillas). También se ha mencionado que la disponibilidad de los mismos condicionó la adopción de determinadas medidas de salud pública.

La detección precoz del virus en residentes y trabajadores constituye una prioridad para prevenir la propagación del virus en los centros de personas mayores, así como la precondición para mitigar su trasmisión a través de medidas de sectorización y aislamiento. Sin embargo, la falta de disponibilidad de pruebas fiables (PCR en particular) y el retraso en la llegada de los resultados de los test, sobre todo en los primeros meses de la pandemia, han representado uno de los principales problemas señalados por las direcciones de residencias, contribuyendo asimismo a la ineficacia de los protocolos. Sin la realización de pruebas diagnósticas y la confirmación de casos con síntomas, la implementación de las medidas de sectorización y aislamiento previstas en los protocolos nacionales y autonómicos, distinguiendo entre personas positivas a COVID-19 (con síntomas y, sobre todo, asintomáticos) y personas sin sintomatología (por no haber contraído el virus o por haberlo ya superado), se ha visto gravemente afectada.

Los directores de residencias consultados coinciden en que el tiempo trascurrido entre la petición de pruebas PCR y la posibilidad de realizarlas ha sido significativo, de varios días a más de una semana (sobre todo durante el mes de marzo y la primera mitad de abril), y con diferencias relevantes entre CCAA.

En unos casos, este período de tiempo ha sido aún más largo a la hora de recibir los resultados de las pruebas (hasta 15 días, según lo referido por unos entrevistados), destacando las dificultades del sistema en la realización simultánea y procesamiento de un volumen masivo de test. En una residencia, al día de hoy siguen esperando los resultados de PCR realizadas a finales de marzo (EN:5).

Además de la disponibilidad de pruebas, las modificaciones de las indicaciones recibidas por las autoridades sanitarias, a menudo en cuestión de días y a veces debido a la incorporación de la nueva evidencia que se iba produciendo, ha contribuido a generar confusión entre el personal de las residencias ya que muchas veces les resultaba difícil procesarla. A nivel nacional, por ejemplo, la "Guía para la utilización de test rápidos de anticuerpos para COVID-19" del Ministerio de Sanidad, de 7 de abril de 2020, establecía que, en el caso de los centros de mayores, solo se debía hacer test rápidos a los residentes que presentaran síntomas. En el caso de que un solo paciente diera positivo por COVID-19, ya no se realizarían más test, dando a todos los residentes como contagiados (a diferencia de otros centros e instituciones extra-hospitalarias, donde sí se establecía que se realizaran pruebas a pacientes sintomáticos y asintomáticos).[28] Para algunos ese protocolo "es muy restrictivo, demuestra un absoluto desconocimiento

28
Ministerio de Sanidad, Guía para la utilización de test rápidos de anticuerpos para COVID-19", actualizado a 7 de abril de 2020. Disponible en: https://www.areasaludbadajoz.com/docencia_investigacion/biblioteca/Guia_test_diagnosticos_serologicos_20200407.pdf. Consultado el 06.09.2020.

del funcionamiento de nuestros centros y una clara desconsideración hacia las personas mayores, al tratarlas de forma indiscriminada y, lo que es más grave, esta falta de realización de test puede incrementar los contagios, en lugar de disminuirlos" (Federación FED, 2020).

Al mismo tiempo, las indicaciones procedentes de las autoridades sanitarias sobre los destinatarios de las pruebas diagnósticas a menudo no distinguían de forma clara entre pruebas para residentes y trabajadores. Tal como destaca una entrevistada de la Comunidad de Madrid,

> No teníamos mucha información de lo que nos iban a dar [desde IFEMA]. Era un poco aquí te pillo aquí te mato. Pensábamos que los test rápidos eran para trabajadores y usuarios, y empezamos a hacerlos a la par. A todos. Pero luego vinieron desde [otro] hospital, y nos dijeron que no, que los test rápidos eran solamente para los usuarios. (EN:11).

La falta de disponibilidad de EPI (mascarillas, pantallas, guantes, gel desinfectante, batas, monos u otros elementos) es probablemente una de las problemáticas más conocidas y debatidas sobre la gestión de la crisis ocasionada por la COVID-19 en España.

Un estudio realizado por Comisiones Obreras (CCOO) Sanidad Madrid en las 475 residencias de personas mayores privadas y concertadas de la CA indica que, a principios de mayo de 2020, en solo un 27 % se había protegido a los trabajadores con EPI adecuados, y que en un 37 % de las residencias seguía reutilizándose el material de protección, con el riesgo de contagio que ello conlleva (CCOO Sanidad Madrid, 2020).

La mayoría de los directores coinciden que las dificultades encontradas en conseguir EPI aumentaron significativamente tras la declaración del estado de alarma y la consiguiente decisión de centralizar la compra y requisar materiales por parte de las administraciones públicas.[29] Según los entrevistados, esa decisión ha implicado problemas tanto de abastecimiento (residencias que anteriormente tenían sus propios proveedores no han podido contar con ellos para seguir comprando materiales) como de especulación sobre el precio de materiales (EN:3, EN:5, EN:9, EN:11). En palabras de una directora de residencias,

> Lo que me llegaba a través de los proveedores era que les habían requisado todo. Mira, yo tengo un proveedor habitual, ¿no? No tenía siete, porque es absurdo tener siete... A lo mejor ahora ya he aprendido y a lo mejor tienes que tener alguno más, porque si te requisan todo y no tienes otro proveedor, ¿quién te va a suministrar en esa época? (EN:11).

Aunque algunos gestores han puesto en duda que esto se haya producido, subrayando las diferencias percibidas de trato entre niveles y estructuras hospitalarias y extra-hospitalarias, otra directora de residencia lamenta lo mismo: "Nos requisaron dos camiones, por Sanidad. El correo electrónico que llega dice: 'No sois personal de primer nivel, los tenemos que requisar para pasarlos a hospitales'." (EN:9).

29
Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3434&p=20200408&tn=2#:~:text=Real%20Decreto%2Dley%206%2F2020,protección%20de%20la%20salud%20pública; consultado el: 07.09.2020. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-3692; consultado el: 07.09.2020; Orden SND/233/2020, de 15 de marzo, por la que se establecen determinadas obligaciones de información de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.Consultados el 06.09.2020. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3701; consultado el: 01.09.2020.

Frente a dichas barreras, las residencias, individualmente y/o a través de sus asociaciones, han tenido que adquirir el material en el mercado nacional o internacional a precios muy elevados o tratado de obtenerlo de otras instituciones y actores privados, incluyendo los propios ciudadanos. Se reconoce que se ha reutilizado y reciclado el material más allá de las recomendaciones técnicas y que se ha usado material de elaboración propia, como EPI no homologados.

No todas las residencias han sufrido de problemas de abastecimiento de manera parecida. Algunas residencias consiguieron comprar anticipadamente material y mantener el *stock* lo suficientemente alto durante el pico de la pandemia. Por ejemplo, según lo referido por unos directores de grupos empresariales privados, su mayor capacidad de compra autónoma en el mercado, en comparación a centros residenciales de menor tamaño, y el aprendizaje resultante de la epidemia originada por el SARS-CoV-2, ocasión en la cual el sistema también sufrió de problemas de abastecimiento, facilitaron la decisión de realizar compras significativas de material de manera anticipada (mes de enero). Como destaca el representante de uno de estos grupos,

> En cuanto salió la noticia de China, a mediados de enero, compramos ya material de protección individual, porque recordábamos la anterior crisis que hubo del SARS y recordábamos también que había habido problemas de suministro de este tipo de equipamiento. Entonces, hacia el final de enero, hicimos ya una primera compra de material. Esa fue una de las primeras acciones que tomamos, aparte de refrescar nuestro sistema de contingencia (EN:12).

En numerosos casos, los directores de las residencias han destacado el papel fundamental de asociaciones, empresas locales y de la misma población en el suministro de EPI, incluyendo equipos de protección artesanales, así como de las derivaciones de materiales por parte de otras residencias o estructuras sanitarias que no estaban sufriendo problemas de abastecimiento.

La detección precoz del virus en residentes y trabajadores constituye una prioridad para prevenir la propagación del virus en los centros de personas mayores, así como la precondición para mitigar su trasmisión a través de medidas de sectorización y aislamiento. Por consiguiente, sería importante:

Definir las responsabilidades entre los diferentes actores sobre quién debe comprar, distribuir, financiar y formar en el uso del material sanitario y de protección en condiciones de normalidad y durante las crisis de salud pública.

Realizar pruebas generalizadas en residentes y en trabajadores en aquellas residencias donde se han encontrado casos, para agilizar la adopción de otras medidas como sectorización y aislamiento si es posible o derivación a un centro de tercer nivel (ver los dos siguientes epígrafes de este informe) para evitar la propagación del virus, como consecuencia de la falta de detección de casos

volver al índice

asintomáticos; crear equipos específicos dedicados a cuidar exclusivamente de los residentes positivos en áreas designadas, incluyendo personal clínico y auxiliar. En general, prever la creación de 'unidades de convivencia', de menor tamaño y con equipos de personal dedicado, puede contribuir a reducir el riesgo de contagios cruzados y facilitar los procedimientos de sectorización.

Asegurar el acopio de equipos de protección de primera necesidad o establecer canales 'seguros' de compra; establecer previsiones de producción nacional propia si es necesario.

Monitorizar la disponibilidad de EPI en las residencias, creando canales de comunicación entre proveedores y residencias; clasificar las residencias como 'centros esenciales', para garantizar su priorización en la distribución de EPI al igual que otras estructuras sanitarias;

Finalmente, identificar centros de tercer nivel para derivar residentes positivos puede contribuir a mitigar la propagación del virus, sobre todo en aquellas residencias con dificultades a sectorizar y aislar, dotando estos centros de equipos de profesionales que tengan formación específica para responder a las necesidades de los pacientes mayores (aún más en casos de personas con patologías crónicas, como demencia o similares).

3.2.6. Diseñar adecuadamente medidas de confinamiento, segmentación y aislamiento

El cierre de las residencias a visitas ha representado una de las primeras medidas adoptadas por estos centros como mecanismo de aislamiento frente a la COVID-19. Según lo indicado por nuestros entrevistados, en la gran mayoría de los casos esta decisión fue adoptada por las mismas direcciones de las residencias ya a finales de febrero y principios de marzo, ante la falta de indicaciones claras y actuaciones concretas por parte de las administraciones públicas. Como destaca un informe de junio de 2020 elaborado por CEAPs (2020), en el mes de febrero diferentes asociaciones patronales del sector contactaron con la correspondiente administración autonómica, comunicando al mismo tiempo a sus asociados la necesidad de adoptar medidas.

A modo de ejemplo, la Tabla 5 destaca la diferencia entre la adopción de indicaciones por parte de algunas patronales y la emisión de las primeras instrucciones por la correspondiente administración autonómica sobre la prohibición de visitas a residencias.

Paradójicamente, este sentido de anticipación de las residencias ha implicado también que las primeras asumieran la responsabilidad, también jurídica, de dicha medida hasta la adopción de protocolos por parte de las Consejerías correspondientes, tanto con respecto a los residentes, como a las familias. En palabras de uno de nuestros entrevistados,

Tabla 5. Cierre de las residencias: comunicaciones de patronales e instrucciones de Consejerías

Comunidad	*Patronal*	*Primera comunicación desde la patronal*	*Instrucción desde la Consejería*
Cataluña	ACRA	25 de febrero	12 de marzo
Castilla-La Mancha	ARTECAM	26 de febrero	14 de marzo
Aragón	ARADE	26 de febrero	16 de marzo
Comunidad Valenciana	AERTE	26 de febrero	18 de marzo
Castilla y León	ACALERTE	1 de marzo	13 de marzo
Madrid	AMADE	6 de marzo	15 de marzo
Andalucía	CECUA	11 de marzo	14 de marzo

Fuente: CEAPs, 2020

> Antes del día 13 de marzo, hubo unas residencias, entre ellas nosotros, que quisimos ya disminuir las visitas. Estábamos viendo que ya se estaba produciendo unos casos. [...Frente a esa decisión], nos llegó una comunicación de Bienestar, diciendo que no nos aconsejara que tomáramos esa medida porque podíamos atentar contra los derechos de las personas mayores que vivían en el centro, y que no asumirían, llegado el caso, esa decisión. A los dos días fueron ellos los que mandaron ya una comunicación, diciendo que era mejor que cerráramos. (EN:3).

Todos nuestros entrevistados coinciden que el *timing* de su aplicación resultó central. Como nos explicó claramente uno de ellos, que decidió volver a cerrar su residencia a visitas a mediados de julio,

> La única manera que ahora mismo te cierran las visitas es si hay un caso positivo. Si tienes un caso te cierran visitas y te cierran ingresos. ¡Pero esto significa que ya tienes un caso dentro! Yo lo que no quiero es que haya un caso. (EN:5).

La sectorización de los centros y el aislamiento de personas en función de los síntomas (aún más en ausencia de pruebas diagnósticas apropiadas y fiables) han sido unas medidas necesarias y complejas de aplicar en las residencias.

Por lo que se refiere al aislamiento de los residentes en distintas áreas (distinguiendo entre personas con contagio confirmado, personas con sintomatología compatible con COVID-19, y personas aparentemente no afectadas), la ejecución de esta medida ha dependido considerablemente de la realidad arquitectónica de cada residencia y de su nivel de ocupación, mientras que su eficacia se ha visto afectada por la disponibilidad y organización del personal, así como por la disponibilidad de pruebas diagnósticas.

En cuanto a la primera, las residencias con una dotación significativa de habitaciones individuales sobre el total de habitaciones, o incluso

estructuradas en distintas "unidades de convivencia", las unas separadas de las otras, han podido beneficiarse de estos recursos de infraestructura para afrontar las necesidades de sectorización y aislamiento de los residentes. Por el contrario, en aquellos centros con una dotación mayoritaria de habitaciones compartidas, la ejecución de dichos protocolos se ha revelado particularmente difícil, implicando a menudo la reubicación de residentes en áreas no adecuadas (por ejemplo, centros de día que habían quedados desocupados, comedores, salas de estar y otras áreas comunes), o en habitaciones individuales, como consecuencia del creciente número de residentes fallecidos o derivados a un hospital o un centro de tercer nivel.

Estos testimonios apuntan en la misma dirección que estudios previos sobre el impacto de la COVID-19 en residencias en España. Analizando la relación entre nivel de ocupación y tamaño medio de los centros, Jiménez-Martín & Viola (2020, p. 40) sugieren la existencia de una correlación positiva entre tamaño de las residencias y fallecimientos: las CCAA que muestran un tamaño medio de más de 70 plazas (por ejemplo, Madrid y Castilla-La Mancha) han experimentado un mayor número de fallecimientos en residencias, mientras que CCAAs con residencias caracterizadas por un número medio de plazas inferior a 50 (como Extremadura, Canarias y Asturias) experimentan una mortalidad más baja.

La reorganización de las residencias ha sido necesaria en la mayoría de ellas. Sin embargo, debe advertirse que no todas ellas pueden adoptar las medidas que serían convenientes debido a limitaciones arquitectónicas (habitaciones compartidas, son edificios demasiado pequeños o con demasiadas zonas comunes), el tipo de personas a las que alojan (a veces con enfermedades mentales que no pueden ser aisladas; o simplemente personas que necesitan socializar o hacer ejercicio) y el personal del que disponen (algunos perfiles son únicos; a veces hay poco personal o ha habido muchas bajas).

En paralelo a las medidas de aislamiento de los residentes, la (re-)organización del personal y su asignación a diferentes sectores ha representado otra medida clave para mitigar el riesgo de contagio. La organización del personal en equipos de trabajo y su sectorización, una práctica en cierta medida ya desarrollada por aquellas residencias estructuradas según el modelo de las "unidades de convivencia", pero más difícil de implementar en residencias con un número menor de trabajadores debido a carencias estructurales o bajas por COVID-19, ha permitido evitar contaminaciones cruzadas entre áreas, previendo la total separación de los equipos no solo a grupos de residentes, sino también a áreas comunes (zonas de entrada, vestuarios, comedores).

Como señala una de los entrevistados,

> Nuestro modelo de trabajo, ya desde hace tiempo, tenemos un modelo implantado por unidades convivenciales [...] de grupos de entre 20-25 personas en lo que nosotros denominamos 'casa para vivir' [...], agrupando las perso-

> nas en función de sus capacidades, de su perfil, de sus intereses. Y los teníamos ubicados ya en distintas unidades, con sus habitaciones, su comedor, su salón. Y también ya teníamos auxiliares de referencia, que trabajaban con los mismos grupos. Esto nos permitió sectorizar previamente. (EN:17).

Independientemente de la dotación infraestructural y de la organización del personal en cada residencia, todos los entrevistados coinciden en que la falta de pruebas diagnósticas —tanto a residentes como a trabajadores— ha sido la principal causa de la baja eficacia de las medidas de sectorización. En palabras de un director de residencia: "¿Qué es lo que hicimos nosotros? Aislar, aislar, aislar. Pero claro, ¿cómo aíslas, o sectorizas, si no sabemos quién está y quién no está, porque no había pruebas, ni nada? ¿Qué vamos a sectorizar?" (EN:5).

El aislamiento de las personas residentes en función de los síntomas, en particular al principio de la pandemia, se ha visto dificultado, como se ha mencionado ya, por la ausencia o recepción tardía de los resultados, de pruebas diagnósticas fiables, así como por el elevado número de personas asintomáticas (tanto residentes, como trabajadores) que han representado un vector indetectable de propagación del virus. Efectivamente, como destacan varios entrevistados, la misma sectorización en ausencia de pruebas ha podido contribuir al empeoramiento de la situación, ya que se comenzaron a mezclar población asintomática con población no afectada por el virus (EN:2, EN:9).

El confinamiento de las residencias tiene también algunos efectos negativos. Estos y las dificultades para sectorizar aconsejan valorar la puesta en marcha de los llamados centros de tercer nivel.

3.2.7. La buena práctica de derivar a los residentes positivos a centros de tercer nivel

Debido a las dificultades relacionadas con el aislamiento de las personas positivas a la COVID-19 dentro de las mismas residencias (sobre todo en el caso de centros "no medicalizados"), algunas CCAA han habilitado estructuras de tercer nivel específicas para derivar casos positivos desde las residencias donde se habían producido brotes. Según nuestros entrevistados, estos centros, allí donde se han creado, se han demostrado fundamentales para aliviar la ocupación de las residencias afectadas y ofrecer a las personas mayores atención más personalizada en relación con su circunstancias clínicas y epidemiológicas.

En Aragón, por ejemplo, las Consejerías de Sanidad y de Ciudanía y Bienestar Social identificaron varios centros de referencia para derivar casos diagnosticados desde las residencias que no pudieran trasladarse a hospitales por no cumplir con los criterios de hospitalización (específicamente, en Yéqueda, Miralbueno, Casetas, Alfambra y Gea de Albarracín).[30] De manera parecida, en Castilla-La Mancha, la Consejería de Sanidad creó una red regional de residencias de mayores, dedicando 600 plazas a la derivación de pacientes positivos por COVID-19.[31]

30
Comunidad de Aragón, Orden de 21 de marzo de 2020, de la Consejería de Sanidad, sobre medidas relativas a residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, con motivo de la situación de crisis sanitaria provocada por el COVID-19. Disponible en: http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1112377624141&type=pdf; consultado el 06.09.2020.

31
Comunidad de Castilla La Mancha, Resolución de 20/03/2020, de la Consejería de Sanidad, por la que se acuerdan medidas excepcionales en relación con las actuaciones sanitarias en las residencias para personas mayores, independientemente de su titularidad y tipología de gestión, como salvaguarda de la salud pública a causa de la COVID-19. Disponible en: https://docm.castillalamancha.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2020/03/21/pdf/2020_2460.pdf&tipo=rutaDocm; consultado el 07.09.2020.

Tabla 6. Principado de Asturias: niveles asistenciales y circuitos de derivación –Protocolo de 11 de junio de 2020

Nivel asistencial	*Criterios*	*Circuito de derivación*
Nivel 1	Casos confirmados activos COVID-19, casos sospechosos sin confirmación de laboratorio o casos probables con sintomatología leve que pueden realizar el aislamiento domiciliario	Atención en el domicilio
Nivel 2	Casos confirmados activos COVID-19, casos sospechosos sin confirmación de laboratorio o casos probables con sintomatología leve que no pueden realizar el aislamiento domiciliario	Alojamiento residencial en la Residencia de Estudiantes de Mieres (102 plazas)
Nivel 3	a) Casos confirmados activos COVID-19, casos sospechosos sin confirmación de laboratorio o casos probables con sintomatología leve y paciente paucisintomático: i. Sin disnea ni dolor torácico pleurítico; ii. Sin datos de descompensación de su patología de base; iii. Con buen estado general; b) Casos confirmados activos COVID-19 o casos probables que, en caso de empeoramiento clínico, no serían subsidiarios de beneficio de ingreso en UCI por mala situación funcional y cognitiva (dependencia funcional total, definida como índice de Barthel previo a enfermedad aguda ≤15); c) Casos confirmados activos COVID-19 o casos probables, que cumplen criterios clínicos de alta en hospitales de agudos pero que precisan aislamiento domiciliario, no pueden realizarlo en su residencia habitual por razones clínicas y/o sociales.	• Residencia Santa Teresa de Oviedo, para sus propios residentes; • Residencia Mixta de Gijón para sus propios residentes; • CREDINE: actualmente recibe casos confirmados, casos sospechosos y altas clínicas procedentes de otros centros que no pueden regresar a su domicilio.
Nivel 4	Casos confirmados activos COVID-19 o casos probables sintomáticos con criterios de hospitalización (insuficiencia respiratoria; descompensación importante de su patología de base) y: a) 80 años o más con dependencia funcional leve a grave (Barthel<20-85) o deterioro cognitivo leve o moderado (Pfeiffer 3-7 o MMSE 10-24); b) Menores de 80 años con dependencia funcional leve a grave (Barthel 20-55), con función cognitiva normal a deterioro cognitivo leve o moderado (Pfeiffer 0-7 o MMSE ≥10-24).	hospitales de Agudos: HUCA, Cabueñes, San Agustín
Nivel 5	Casos confirmados activos COVID-19 o casos probables sintomáticos con criterios de hospitalización (insuficiencia respiratoria; descompensación importante de su patología de base) y: a) mayor de 80 años independiente (Barthel ≥90) y situación cognitiva normal (Pfeiffer 0-2 o MMSE 25-30); b) menor de 80 años con dependencia funcional leve o independiente (Barthel ≥60) y situación cognitiva normal (Pfeiffer 0-2 o MMSE 25-30).	hospitales de Agudos: HUCA, Cabueñes, San Agustín
Nivel 6	Casos confirmados activos COVID-19 o casos probables que precisa cuidados críticos	hospitales de Agudos: HUCA, Cabueñes, San Agustín

Fuente: Principado de Asturias, Niveles de Atención y Criterios Clínicos de Clasificación de Pacientes. Circuito específico para centros sociosanitarios; última actualización: 10.06.2020.

En Asturias, la Consejería de Salud, la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar y el SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias) han desarrollado un protocolo específico sobre derivaciones, estableciendo circuitos distintos en función de la clasificación de pacientes (situación clínica y epidemiológica). A modo de ejemplo, la última versión del Protocolo (junio de 2020) clasifica los pacientes en seis niveles asistenciales en base a criterios clínicos (caso confirmado activo COVID-19 y situación clínica basal), criterios de necesidad de cuidados y criterios sociales (posibilidad

de aislamiento domiciliario).[32] Como indica la tabla 6, en base a dicha clasificación, el paciente es derivado a distintos circuitos, cada uno con su protocolo de actuación e instrucciones técnicas de referencia.

Como se mencionará más abajo, la práctica de derivar a las personas contagiadas a centros de tercer nivel ha tenido efectos muy positivos tanto para evitar la expansión de la enfermedad como por permitir que la vida de las residencias desde la que se deriva a los enfermos conserve cierta normalidad.

3.3. Garantizar una atención sanitaria de calidad en las residencias de mayores

3.3.1. Asegurar el diálogo intersectorial en el nivel operativo entre Sanidad y Servicios Sociales

Uno de los aspectos centrales para la comprensión del impacto de la pandemia en las residencias de personas mayores en España es el de la posición de estos centros en el espacio institucional, en el que se solapan los ámbitos social (cuya lógica fundamental gira en torno al cuidado de las personas) y sanitario (centrado esencialmente en prevenir la enfermedad y restaurar la salud). La discusión sobre la necesidad de imaginar y poner en práctica un modelo en el que las dimensiones social y sanitaria estén adecuadamente equilibradas e integradas parece intensa y extendida en el tiempo. Permanece como un difícil desafío de materializar de manera eficaz y tangible en el funcionamiento práctico y cotidiano de las organizaciones responsables de la atención a las personas dependientes, incluyendo a las personas mayores.

Los obstáculos para la materialización de la intervención sociosanitaria integrada son aparentemente múltiples y de no fácil articulación. Existen bloqueos que es necesario afrontar, tanto de tipo institucional como organizacionales (y hasta psicosociológicos) porque obstaculizan la construcción de un espacio sociosanitario integrado, proceso acerca de cuya conveniencia parece existir un amplio consenso. Hasta entonces persistirá la percepción ampliamente extendida entre los profesionales de las residencias de personas mayores (extensible, sin duda, al conjunto de profesionales del ámbito de los cuidados) sobre el escaso reconocimiento de su actividad en comparación con la desempeñada por el sector sanitario.

> (El trabajo de los profesionales de cuidado) no se ha puesto en valor en ningún momento. Aquí se ha hablado solamente de los sanitarios y hay un sector que es inmenso, inmenso, que son los que lavan culos, sí, pero son también los últimos que le dan la mano al residente por la noche, los que le dan el beso, los que se ríen con ellos, los que saben cómo están y estas personas han sido, en mi opinión, muy maltratadas por los medios, por las familias... (EN: 17).

Tal y como señala el director de una de las residencias entrevistadas, su ámbito de trabajo es: “Un poco a caballo, un poco el hermano pobre de Sanidad. (...) siempre ves que es un mundo paralelo pero muy poco

32
Principado de Asturias, Niveles de Atención y Criterios Clínicos de Clasificación de Pacientes. Circuito específico para centros sociosanitarios (última actualización: 10/06/2020). Documento vinculado al Procedimiento de atención sanitaria a posibles casos y confirmados SARS-CoV-2 (COVID-19) en residencias de personas mayores y centros sociosanitarios (23.03.2020). Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/31867/973133/Niveles+de+Atencion+y+Criterios+Clinicos+de+Clasificacion+del+Pacientes+circuito+especifico+para+centros+sociosanitarios-V-2++31032020.pdf/205a5ce6-8c7e-2830-3009-23c31a1b6b65; consultado el 06.09.2020.

reconocido. Y por eso hay que pelear mucho." (EN: 3). La metáfora del "hermano pobre" aparece de manera recurrente entre los directivos y gerentes de las residencias de personas mayores, señalando una percepción ampliamente compartida acerca de la relación actualmente existente entre Sanidad y Servicios Sociales: "Nosotros siempre lo decimos (Servicios Sociales) es la hermana pobre de Sanidad, y esto no puede ser, hay que dotarla de otra manera." (EN: 5).

La centralización de las responsabilidades sobre la respuesta a la pandemia en manos de las autoridades sanitarias visibilizó de modo claro esta situación de subordinación, nítidamente percibida por los gestores de las residencias (funcionalmente dependientes de las Consejerías de Servicios Sociales). Ello hizo emerger las fricciones existentes entre diferentes colectivos profesionales (trabajadores del ámbito social por una parte y profesionales sanitarios de otra), y el marcado conflicto entre las culturas organizativas de los ambitos del cuidado y de la salud. Aunque desde las residencias se aceptó la primacía de lo sanitario ("Toda la situación fue tan dramática que lo social pasó a un segundo plano" [EN: 16]), las medidas puestas en práctica por los profesionales médicos para hacer frente a la pandemia fueron señaladas, con frecuencia, como contraproducentes para el bienestar e incluso para la salud de los residentes en los centros de mayores.

> Al no conocer a las personas y sus patologías crónicas, se tomaban decisiones sobre su viabilidad que no estaban basadas en criterios más sociales, sino que trasladaban una lógica sanitaria-hospitalaria (...) Tú puedes ver a alguien que parece que se está muriendo, pero no se está muriendo. Es que vive así. Esto no es una planta de hospital. Lo podemos tratar como una planta de hospital, pero no lo es. (EN:17).

Los profesionales del sector de las residencias afirman sufrir las consecuencias del desconocimiento de las peculiaridades de lo que es un centro social por parte de las autoridades sanitarias, que durante la pandemia han tendido a asimilarlos a un centro sanitario.

> Lo que quedó patente es que desde Salud hay un desconocimiento de cómo se trabaja en una residencia. No por la enfermera interventora, que ha ido muchas veces a la residencia y tenemos una relación muy estrecha de nuestra médica con ese centro de salud, relaciones muy cordiales y de mucha colaboración. Pero las altas esferas de Salud tienen la mente puesta en otra parte, no en lo que se tenía entre manos. Eran muy importantes los hospitales... (EN:15).

En buen número de ocasiones, tal desconocimiento pudo repercutir negativamente sobre las capacidades físicas y cognitivas de las personas mayores residentes, al tiempo que implicaba la pérdida de su interacción social dentro y fuera del centro. La directora de una residencia señala cómo tras la intervención del centro por la Consejería de Sanidad de su CA, el personal sanitario que se hizo cargo del centro pretendió organizarlo como un hospital, dejando a muchos residentes todo el día en la cama,

o sentados en una butaca, y sin vestir, lo cual es interpretado desde su perspectiva (centrada en el cuidado y con la residencia como lugar de vida de las personas mayores) como una negligencia que puede resultar en un deterioro de la salud física y emocional de los residentes (EN:15).

Otro director señala cómo "Salud pedía encerrar en sus cuartos a las personas con trastornos de conducta, sin tener en cuenta las especificidades de estos residentes (se pueden autolesionar o hasta intentar suicidarse)" (EN:17). Ello refleja la preocupación de los gestores de las residencias por la necesidad de adaptarse a los perfiles de los usuarios, los cuales pueden ser bastante variados y diversos. Esta pluralidad de perfiles presenta también una variedad de capacidades, ante lo cual los directores de las residencias cuestionan la legitimidad de la restricción de movimientos a la que se ha sometido a las personas mayores, mucho más dura que la sufrida por los ciudadanos durante la fase de confinamiento, y que ha pasado por alto la libertad y capacidad de decisión de los residentes (que sí tenían los que residían en sus domicilios):

> En un primer momento se trató de explicar a Salud las dificultades de aplicar esta situación (confinamiento en sus habitaciones) en las residencias. En un segundo momento hubo una aceptación del dramatismo del momento y la inevitabilidad de asumir la primacía de la salud. En un tercer momento, al inicio de la desescalada y ante el hecho de que tal desescalamiento no comenzó a aplicarse en el ámbito de las residencias hasta el final, comenzó de nuevo a plantearse consideraciones acerca de la restricción de derechos de los residentes (EN:16).

Un sentimiento ampliamente compartido por los directores de residencias es el de falta de apoyo y acompañamiento por parte de las autoridades sanitarias durante la peor fase de la pandemia.

> Nunca nos han hecho caso de nada. No hemos obtenido respuesta de nada (EN:2).

> Principalmente hemos tenido inspecciones en las residencias. Sobre plan de contingencia, personal, sectorialización de habitaciones. (El acompañamiento) ha sido muy escaso, muy escaso. Y para colmo, hemos tenido, el Viernes Santo, la visita de un inspector de Sanidad, estando en la situación en la que nos encontrábamos. No fue ni siquiera una visita al centro, de decir: '¿Cómo estáis? ¿Qué estáis haciendo?' No, todo era documental. (...) Yo no me he sentido escuchada. Al contrario [...]. No me he sentido escuchada. En estos momentos difíciles que hemos pasado, hablar, como estamos haciendo aquí: ¿Qué has necesitado? ¿Cómo te has sentido? ¿Qué crees que ha fallado? ¿En qué te podemos ayudar?' No, esta circunstancia todavía no la he vivido (EN:8).

> (Desde Salud) deberían de habernos mirado un poco más. No solo a través de esta coordinadora, sino habernos preguntado ¿Qué necesitáis? ¿Cómo podemos hacer esto? No se nos preguntó opinión. Se nos dieron órdenes que continuamente eran contradictorias. Esta chica llegaba, no decía esto y al día siguiente, qué digo al día siguiente, a las dos horas, nos estaba diciendo total-

> mente lo contrario (...). Era un problema de ellos, de falta de coordinación a su propia gente. (...) Aquí hay un Inspector (de Servicios Sociales) que tiene un trato muy directo. Tú le llamas y él te coge el teléfono en cualquier momento. De salud todavía no nos ha cogido el teléfono nadie (EN:15).

> Hay una cosa que es más triste todavía. Aquí todo el mundo está 'sálvese quien pueda'. Todo el mundo está haciendo normas, haciendo instrucciones, para cubrirse sus espaldas. No para ayudar. No para buscar soluciones, sino para 'si pasa algo, yo ya te lo dije'. Vamos a cubrirnos. Y claro, trabajar de esa manera. Nosotros también nos vemos obligados a trabajar defendiéndonos. Porque nosotros nos tenemos que defender de las administraciones, de la opinión pública, de las familias, de los residentes, de todos, de los trabajadores. (...) Yo estoy mandando correos que nadie me contesta. Porque nadie se moja en nada. (...) Está bien que lo que digamos (en esta entrevista) sea confidencial, porque es importante que se sepa lo que hemos vivido para que esto tenga utilidad. Nosotros nos hemos sentido abandonados y acosados. Esos son los dos sentimientos que compartimos muchísimos de mis compañeros. A nosotros se nos ha exigido todo, como si nosotros tuviéramos la culpa del hambre en el mundo. Ha habido momentos en que la culpa del COVID ha sido de las residencias, mediáticamente, socialmente, se nos ha volcado todas las responsabilidades. Nosotros debíamos tener equipos, nosotros teníamos que tener previsión, teníamos que tener personal, todo (...) Sin tener conocimientos, porque la parte sanitaria de un centro residencial es menos de un 10 %. Nosotros somos centros que nos dedicamos a cuidar. (...) Todo el mundo dijo lo que había que hacer, pero nadie apareció (EN:17).

Las distintas culturas organizacionales de los ámbitos social y sanitario, así como las diferencias de estatus profesional entre los responsables de las residencias y los profesionales sanitarios (esencialmente los médicos), constituyeron también un punto de fricción que con frecuencia es señalado por el personal de los Servicios Sociales como arrogancia de los sanitarios.

> Los de Sanidad fueron allí, cuando teníamos todas esas diarreas, como en plan... Como acusándonos, como diciendo 'no creáis que cuando esto pase... esto va a cambiar muchísimo' me decía uno de ellos. ¡Hombre, eso espero! Pero a día de hoy yo estoy cumpliendo al 100 % con lo que tengo que cumplir, con lo cual no entendía muy bien el tono que me llevaba (...) pues, claro, ahí hubo un momento de tensión, pero no me parece que sea manera esa de llegar a un centro (...) ¿no? (EN:15).

> Los de Salud tenían un desconocimiento tan grande de lo que es un centro residencial. Y como son de la clase A, tampoco preguntan. (...) Nos hemos encontrado situaciones muy desagradables en las que la forma de actuar de Salud con la forma de actuar nuestra, como desconocedores que somos de la parte sanitaria, estábamos dispuestos a aprender. Pero una cosa es estar dispuesto a aprender y otra es... hasta aquí hemos llegado, ¿no? (EN:17).

Avanzar hacia una articulación más eficaz y eficiente de los servicios sociosanitarios requiere ser conscientes de las dificultades organizacionales e institucionales que obstaculizan la colaboración entre los profesionales de los sectores sanitario y social en una pluralidad de niveles. Superar dichos obstáculos requerirá conocimiento preciso de los puntos de fricción existentes a nivel conceptual y aplicado entre ambos mundos, capacidad de liderazgo para reducir la capacidad de bloqueo de dichas fricciones, y recursos para articular las nuevas estructuras organizativas en las que dicha colaboración pueda desarrollarse.

De igual modo que la pandemia ha mostrado las debilidades del sistema, reflejando dramáticamente las consecuencias de la falta de coordinación entre los ámbitos social y sanitario, ésta ha constituido también una "ventana de oportunidad" para iniciar líneas de colaboración y de trabajo conjunto que pueden funcionar para construir confianza entre los profesionales de ambos sectores. Analizar detenidamente el funcionamiento y las consecuencias derivadas de la coordinación entre residencias y sector sanitario durante la pandemia permitirá extraer lecciones acerca del modo en que dicha articulación podría ser puesta en práctica de ahora en adelante.

3.3.2. Clarificar y reforzar los vínculos entre las residencias y la atención primaria

La atención primaria constituye una pieza esencial del SNS como puerta de acceso al sistema y como responsable de garantizar la continuidad de los tratamientos sanitarios de los pacientes y el mantenimiento de la salud del conjunto de los ciudadanos. El vínculo de las residencias de personas mayores con el sistema de atención primaria resulta también clave en la articulación entre los ámbitos social y sanitario. La percepción entre los responsables de las residencias acerca de su relación con los centros de atención primaria de la localidad en la que está ubicado su centro es, sin embargo, generalmente ambivalente.

Un buen número de ellos afirman tener una relación relativamente fluida con los profesionales sanitarios de su centro de atención primaria de referencia. En la mayor parte de los casos, los médicos y enfermeras contratados por las residencias llevan el peso del seguimiento de la salud de los residentes y se apoyan en el centro de atención primaria de referencia para que los médicos de atención primaria articulen el acceso de estas personas mayores a los servicios que precisen (seguimiento de crónicos, medicación, pruebas clínicas, consultas con especialistas, derivaciones a hospitales, etc.): "(...) esto es una descarga de trabajo muy importante para los centros de salud" (EN:3).

Más raro resulta (aunque en algunos casos ocurre con algún tipo de regularidad) que los médicos del centro de atención primaria visiten personalmente a los ancianos en la residencia. Con frecuencia los directores y gerentes de las residencias expresan su malestar con la adecuación del

seguimiento de la salud de las personas mayores por parte del sistema de atención primaria, que consideran claramente insuficiente.

> (A las personas mayores ingresadas en residencias) no se las ha atendido de manera correcta en los centros de salud (...) los médicos de familia y las enfermeras no se han desplazado a la residencia (...) se han limitado a la gestión de recetas (tramitan a través de la receta electrónica lo que ha ido pautando el médico de la residencia) (EN:10).

Los responsables de las residencias expresan con frecuencia su desagrado también con tener que asumir la responsabilidad sobre las curas y tratamientos postoperatorios de los residentes, al considerar que esto no debería ser su responsabilidad y/o que no están necesariamente preparados para ello.

> Somos centros de atención residencial y en nuestro catálogo de prestaciones no están incluidas las curas. Podemos colaborar de manera activa con el centro de atención primaria en curas, extracciones, etc., pero no puede ser que un favor se convierta en obligación (EN:17).

En otras ocasiones, las relaciones entre las residencias y los centros de atención primaria de referencia no son particularmente fluidas, lo cual redunda en un deterioro de la coordinación sociosanitaria y puede traducirse en una peor atención sanitaria a las personas mayores:

> Desde los centros de salud no hay una especial relación con las residencias. Es como un usuario normal, pero con menos derechos (...) Choca que las bajas laborales se puedan pedir por internet, pero nosotros tenemos que ir todos los días al centro de salud a llevar todas las actuaciones de nuestro médico, con cita previa, para que el médico del centro de atención primaria las registre (...) Ha habido momentos en que el médico de nuestro centro ha recetado un medicamento a un residente, lo hemos encargado a la farmacia y el médico del centro de salud se ha negado a realizar la receta (EN:11).

Durante la pandemia la centralidad de la atención primaria ha aumentado sustancialmente al asignársele una parte importante de la responsabilidad de la contención de la enfermedad mediante su participación en las tareas de rastreo, identificación y acompañamiento de los contagiados. Así mismo, la atención primaria jugó también un importante papel en buen número de CCAA durante la fase de intervención de las residencias de mayores (en algunas Comunidades, solo aquellas residencias que hubiesen tenido casos positivos, pero en otras incluyendo al conjunto de residencias de la región), ya que la responsabilidad de representar a las autoridades sanitarias en las residencias fue generalmente delegada en enfermeras de los centros de atención primaria de referencia. Dicha intervención (que en ocasiones implicaba la presencia de la gestora de casos en la propia residencia, pero en otras consistía esencialmente en un canal directo de comunicación) fue recibida de forma entusiasta por la mayor parte de los directivos de las residencias de personas mayores. Ello significaba reducir la sensación de abandono que habían

experimentado desde los inicios de la pandemia, y podrían así recibir apoyo y consejo respecto al mejor modo de abordar las consecuencias de la pandemia y elaborar planes de contingencia, así como coordinar la actuación ante pacientes contagiados o con síntomas, facilitar el acceso a test o a material sanitario (particularmente los fines de semana o en otros momentos en que el canal normal vía centro de atención primaria no funcionaba). También implicaba modificar sustancialmente la situación de relativa desconexión de sus instituciones con el sistema sanitario estableciendo un canal de comunicación fluido con las autoridades sanitarias, algo que quisieran mantener indefinidamente como muchos de ellos han expresado de modo explícito. Algunas CCAA establecieron también unidades de seguimiento y apoyo a las residencias que visitaban regularmente las instalaciones de estos centros proporcionando apoyo al equipo directivo respecto al modo de hacer frente a la pandemia y sus consecuencias (EN:10).

> Nosotros con nuestro centro de salud hemos tenido muy buena relación, con el enfermero gestor de caso hemos estado trabajando codo con codo. Nosotros no llevábamos a cabo ningún tipo de actuación, sino se consultaba previamente con epidemiología (EN:8).

> Nos habían nombrado a casi todas las residencias que estábamos 'intervenidas' por Sanidad (una geriatra y una enfermera gestora de casos, ambas de su centro de salud de referencia). Y la verdad es que fue una experiencia muy positiva, y es una demanda que estamos haciendo ahora a la administración, ¡que no nos las retiren! (EN:3).

Los casos más intensos de intervención implicaban la "medicalización" de la residencia y con ello el envío de plantillas completas de personal para sustituir (en ocasiones complementar) al personal de la propia residencia: "(La medicalización) suponía que nos iban a mandar recursos públicos. Teníamos EPI, médicos, enfermeras [...] esto fue exactamente el 3 de abril" (EN:2).

Con frecuencia los responsables de las residencias destacan la utilidad de estos programas de apoyo:

> Las enfermeras de coordinación primero venían a ver si estabas con los protocolos instaurados de una manera correcta, cómo llevabas el tema de aislamiento. 'Voy a aportarte tanto material, veo que necesitas más pruebas (...). Te llevaban este tipo de cuestiones: un informe diario sobre la evolución en el centro, las necesidades detectadas, tanto de material como de pruebas, altas y bajas que ibas teniendo, el personal qué te faltaba o no te faltaba. (EN:3).

> La extrema eficacia de la interventora de la segunda residencia resultó clave para el acceso a material, a test para trabajadores y residentes (en esa residencia se les llegó a hacer PCR tres veces gracias a la intervención de la enfermera gestora de casos) y a muchas otras cuestiones tiene que ver con la capacidad de la persona que ocupa esta posición (EN:15).

El choque de lógicas de actuación entre el ámbito social y el sanitario planteó sin duda un buen número de retos, como señalábamos anteriormente.

> A ella (la enfermera gestora de casos) le cogió también un poco de nueva y ella quería controlar todo, todo, todo. Y vamos, como que creía ya que ella... se iba a hacer con la residencia en tres días. Y no. Una residencia te lleva un tiempo hacerte, ¿no? Pero bien ¿eh? A día de hoy no hay ninguna residencia intervenida en nuestra Comunidad y nosotros seguimos (informándole diariamente de la situación de la residencia), 'tranquila que está todo bien' (EN:15).

Más allá de aquellos casos de "medicalización", que supusieron un nivel de intervención más intensivo por parte de las autoridades sanitarias (al destacar a las residencias intervenidas de esta forma a plantillas completas, o al menos a equipos compuestos por enfermeras y personal de enfermería), los responsables de las residencias expresan su sorpresa ante la escasa implicación de los médicos de los centros de atención primaria en la situación de las residencias durante la pandemia:

> Lo que no conocí es ningún médico del Sistema Regional de Salud, te lo garantizo. Y te pongo la mano en el fuego que no pisó ni uno (EN:3).

> Las residencias no las quería pisar ni el tato (EN:17).

Uno de los planos en los que se ha hecho más evidente la necesidad de mejorar la articulación entre los ámbitos sanitarios y sociales en relación con la atención institucionalizada a personas mayores es el de la atención primaria. Pese a que en el día a día ambos niveles han encontrado un equilibrio (a menudo inestable y precario) de coexistencia, el tensionamiento provocado por la pandemia ha mostrado claramente la necesidad de poner en marcha sistemas mucho más intensos y fluidos de colaboración entre los centros de atención primaria y las residencias. El hecho de que buen número de residencias tengan alguna capacidad de diagnóstico e intervención en el plano sanitario (a través de sus médicos y enfermeras), esto no debería eximir a la atención primaria del sistema sanitario de realizar un seguimiento mucho más exhaustivo de los residentes en dichos centros. La saturación de trabajo de los profesionales de los centros de atención primaria tampoco debería constituir un argumento legítimo para que dicho seguimiento directo de los internos no se produzca.

La pandemia ha mostrado cómo una mayor implicación de los centros de atención primaria en el funcionamiento de las residencias de personas mayores ha constituido un elemento clave a la hora de revertir la dinámica de contagios en el interior de las residencias. El papel clave desempeñado por las enfermeras gestoras de casos asignadas a las residencias a partir de la intervención del sector constituye un ejemplo claro de este tipo de iniciativas de colaboración entre el ámbito del cuidado y de la salud que requiere un mayor estudio.

3.3.3. Aclarar los criterios de derivación a hospitales

Una de las circunstancias más dramáticas de la pandemia, ampliamente reflejada en los medios de comunicación, ha sido la relativa a los obstáculos planteados desde distintas instancias a la hospitalización de los ancianos residentes en centros geriátricos contagiados por coronavirus. En un contexto de desbordamiento absoluto en buen número de hospitales (particularmente en las UCI), el establecimiento de mecanismos de triaje (como sistematización de los enfermos de acuerdo a la urgencia de la atención) era difícilmente evitable. No por ello resultó menos devastador para una sociedad en estado de *shock*.

Las consideraciones éticas en torno al racionamiento del acceso a un recurso sanitario crítico del que dependía literalmente la vida de los pacientes no podían por menos que resultar complejas en un contexto de escasez extrema. Pero la sospecha de que esa discriminación (es decir, proceso de "seleccionar excluyendo", utilizando la primera acepción de ese término según el diccionario de la RAE) no estuviera basada en una evaluación individualizada del estado de salud de cada paciente (tratando de discernir de entre todos los aspirantes a una cama de hospital, cual se beneficiaría más en términos de salud de recibir ese tipo de tratamiento), sino en una categorización genérica por la cual todos los residentes en centros geriátricos fueran considerados irrecuperables, resultó moralmente inaceptable y provocó la indignación de amplios sectores de la sociedad.

Además de plantear dudas acerca de la posible existencia de prácticas de discriminación por edad, ese debate abrió una reflexión más general acerca de los vínculos entre las residencias geriátricas y los hospitales antes de la crisis provocada por la pandemia. En términos generales, el procedimiento establecido antes de la pandemia para que los ancianos recibieran atención sanitaria especializada implicaba el diagnóstico del estado de salud de los pacientes en la residencia por parte del médico del centro. Ello se hacía en coordinación con el médico de atención primaria de referencia, tras lo cual se contactaba con los especialistas situados en medio hospitalario y se decidía la derivación para su tratamiento en el hospital.

Este protocolo funcionaba de un modo particularmente fluido en aquellos territorios en los que durante los últimos años se había procedido a establecer esquemas de coordinación sociosanitaria entre las residencias de ancianos y los hospitales, generalmente articulados a través de un geriatra basado en el centro hospitalario y en permanente conexión con el personal sanitario de las residencias de su ámbito de actuación. Como señala la directora médica de un grupo de residencias:

> En aquel momento cada residencia se comunicaba con su centro de salud y con el geriatra de referencia (aquellos que ya tenían desarrollada la colaboración sociosanitaria). Esta coordinación no estaba estandarizada en toda España, ya que dependía del hospital. En aquellas que sí había, el geriatra fue un apoyo grandísimo ayudando en todo lo que ha podido. En donde no existía, se ha establecido a posteriori, pero no funcionaba igual. En (provincia anoni-

> mizada) no había manera de comunicar con el hospital, para hacer pruebas, para trasladar. Tardó como dos semanas en haberla (EN:7).

La utilidad de dichos programas de colaboración sociosanitaria con una experiencia de funcionamiento previo a la pandemia fue destacada por otros informantes clave:

> Hace dos años comenzó un proyecto de hospitalización domiciliaria específica del departamento de salud para residencias. Tienen un geriatra y una enfermera asignados. Esto trata de darle el mayor número posible de recursos para la residencia a nivel de tratamiento para que no haya que derivar a nadie al hospital. (...) Gracias a que estaba esta unidad en marcha hemos tenido más suerte en el COVID. Han estado aquí a saco todos los días, haciendo la prueba del COVID-19. (...) La referencia fue la Unidad de hospitalización a Domicilio, enlace y a quién consultar cuando hay dudas sobre qué hay que hacer y cómo actuar. Esta unidad asesora, hace visitas, vienen a ver a pacientes y son el enlace ante posibles contagios y su análisis. (EN:2).

> Hemos tenido una relación muy continua y positiva con el hospital (anonimizado). En ese hospital está el geriatra que se ocupa de los mayores de la residencia. Lo tenemos desde hace dos años y se ocupa, entre otras cuestiones, de las derivaciones hospitalarias (EN:11).

En los casos en los que no existían dichos vínculos previos hubo que establecerlos, ya que la gravedad de la situación requería de una mejor comunicación entre el ámbito de las residencias y los hospitales:

> En la (CA anonimizada, donde existía ese vínculo previo entre residencias y hospitales de referencia), a través del geriatra del hospital, les dieron un catálogo de cosas que podían solicitar al hospital para tratar a los residentes en el centro. Por consulta telefónica les aportaban antibióticos para tratarlos en la residencia. En (provincia anonimizada), a partir de los 15 días donde no hubo relación, se estableció la relación con geriatría y funcionó bien para tratar a residentes en la residencia. Además, se comenzó a trasladar una vez establecida la relación, pero muy atrasado. (EN:7).

En pleno pico de la pandemia, proteger a los hospitales impidiendo su desbordamiento se convirtió en una prioridad absoluta para las autoridades sanitarias, lo cual provocó el cierre de los canales de derivación normales desde las residencias hacia los centros hospitalarios.

> Sí, llegados a los días de la ola, empezaba a haber muchos problemas en derivar. A nosotros nos pilló justo esta ola. (EN:3).

> La primera señora de que os hablaba (primer caso sospechoso) empezó a tener síntomas que podía ser un proceso gripal perfectamente. Pues conseguimos mandarla al hospital, porque fue cuando empezó toda la dinámica de 'nadie al hospital, si son síntomas leves que se quede en el domicilio'. En este caso el domicilio era aquí (en la residencia). (...) La asistencia en hospital, cero. Y además lo decían claro. El médico de puerta del hospital lo decía, 'Lo

> mandáis al hospital y lo devuelvo'. El hospital, el médico que estaba de puerta (EN:5).

> Poco se podía decir a partir del 15 de marzo y hasta finales de abril. Había un colapso absoluto. Las derivaciones quedaron en manos de los médicos, de los geriatras que venían del hospital. (EN:13).

La "selectividad" en el proceso de derivación de ancianos desde las residencias a los hospitales se hizo en buen número de ocasiones de modo más o menos tácito:

> En (Comunidad Autónoma anonimizada) no hubo problemas para derivar a hospitales desde la apertura de los centros intermedios. Sí que los hubo al principio, antes de la apertura de esos centros. Teníamos que luchar un poco para tener la asistencia sanitaria correspondiente. Que ahí también habría mucho que hablar. Porque aquí presencialmente…. Todo te lo han resuelto telefónicamente (…) Tenía yo que dar el diagnóstico porque aquí no venía nadie (…) Hemos estado desde el 13 de marzo hasta julio que no venía presencialmente nadie. No han venido ni a certificar una muerte. No entraban aquí para nada los médicos. De hecho, en dos ocasiones he cogido al paciente y lo he llevado yo en coche al hospital porque he dicho, tiene una infección de orina y necesita urgentemente atención de un médico especialista en urología. Y llegar a urgencias y pelearme con la enfermera de urgencias porque ella quería hacerlo entrar por la zona de COVID y yo, de verdad que no, que está limpio, que porque venga de una residencia no está contaminado (EN:18).

> Tuvimos unos casos difíciles de atender. Una noche hubo una actuación del médico (para que viniera a la residencia) que se puso en conocimiento de la Guardia Civil. ¿Por qué una persona que está en una residencia tiene menos derechos a ser atendida? (…). Este médico nos comentó que (un paciente que trataban de derivar hacia el hospital) era mejor que falleciera en la residencia que no en un hospital público, que así tenía que comunicarse a la familia (…). A día de hoy lo tenemos aquí en el centro. (EN:8).

> La primera derivación se hizo el 8 de abril. Empezaron con saturaciones bajas y fiebre y se llama al centro de atención primaria. Desde la puerta, sin entrar, dijeron 'sedación, sedación, sedación, y sedación'. Le dicen al doctor de la residencia (70 años) que se tenía que ir y aislar porque era persona de riesgo. El personal del centro de atención primaria empieza a sedar a la gente, sin derivar ni tratar. El pronóstico de una persona mayor con estas características es pobre. Una señora estuvo sedada 7 días. (…) El 7 de abril, al ver que no se derivaba ni se trataba, se consiguió una doctora en el privado (…). A partir de esa fecha se pudo conseguir derivar al hospital (anonimizado), y puedo tratar a la gente, a poner antibióticos y comenzaron los resultados positivos. Gracias a esto se salvaron muchas vidas. Ahora bien, entre el 28 de marzo y hasta el 6 de abril el tratamiento era sedación sin más nada. (EN:9).

En otros casos dicha restricción de acceso de los ancianos al sistema hospitalario tomó un carácter mucho más explícito:

> Al llamar a la ambulancia para derivar te decían que no. Llegó un video de un hospital diciendo que toda persona mayor de 65 años va para su casa, que las camas son para los jóvenes. Diciendo como que las instrucciones eran tal. (EN:9).

> (...) llegó un protocolo sobre tema de derivación (...) con unos criterios, que yo hice la revisión de las historias médicas con el médico que teníamos aquí en ese momento y mandamos las características de esos residentes al hospital (anonimizado), o sea, no sé si sabéis que ese protocolo decía que si tenía un GDS de 7 no se debería de derivar. Un GDS de 4 o 5 más un Barthel no sé ahora de qué número tampoco... Pacientes con una patología agravante como... con cáncer o afectación importante de otros órganos vitales pues tampoco... Luego ya, más tarde, mandó el hospital otro tipo de anexo en el cual teníamos que dejar justamente todo esto reflejado y combinar la derivación o no del paciente con la geriatra del hospital. Que aquí sí hubo personas que se han derivado. No todas, pero sí hubo un número de pacientes que se pudieron derivar. (EN:10).

Las extremas dificultades para derivar hacia los hospitales a pacientes desde las residencias durante el pico de la enfermedad llevaron a la puesta en práctica de estrategias destinadas a tratar de circunvalar dichas trabas. Estas estrategias fueron desarrolladas tanto por los responsables de las residencias, como por los familiares de los propios internos, frustrados ante las barreras puestas a la hospitalización de sus residentes/allegados:

> Tras el primer positivo en la residencia y ante la falta de instrucciones precisas por parte de los responsables sanitarios (que no preguntaron o asesoraron tras notificar el positivo), la carencia de medios y su imposibilidad para aislarla en la residencia, notifiqué al 112 que la persona tenía problemas graves para respirar (lo cual no era cierto) para que la llevasen al hospital. Los sanitarios de la ambulancia llegaron y dijeron que tampoco tocaban a la paciente, así que la paciente subió sola a la ambulancia acompañada por una auxiliar de la residencia. (EN:15).

> Una familia que quería derivar a un anciano llamó al hospital diciendo que era un domicilio, la ambulancia no se llevó al residente al darse cuenta que era una residencia. La familia hizo presión y logró derivar, aunque luego murió. (EN:9).

La reducción de la gravedad de la pandemia permitió una gradual relajación de los protocolos de derivación hacia hospitales, con lo que la gravedad de la afectación de la pandemia en las residencias se ha visto claramente afectada por el momento concreto en que sufrieron el contagio de sus residentes:

> Nosotros tuvimos suerte porque cuando empezó la epidemia los hospitales ya no estaban tan colapsados como al principio; porque no es lo mismo de 15 de marzo a 15 de abril, que es cuando te estoy diciendo que hubo aquí la epidemia. Hablábamos con geriatría y sí derivábamos a gente; como a la mitad

> de usuarios se derivaban. De lo único que estamos contentos es que se han muerto más en el hospital que aquí. (EN:11).

> En los meses iniciales, el sistema sanitario estaba muy tensionado y creían que en casos que pudieran cuidarlos en la propia residencia era mejor. Ya que derivarlos al hospital en aquel momento era una situación de riesgo, ya que se podían contagiar. Actualmente está todo controlado. (...) Si ahora alguien tiene o se cree que tiene COVID, el protocolo llama primero a identificarlo, aislar en habitación, hacer tratamiento, poner pauta de medición de constantes por turno, y, en el momento que cumpla con lo determinado para derivar, pues comunicarse cn el hospital de referencia para derivarse. Declararlo a la CCAA, centro de atención primaria de referencia, etc. (EN:12).

A mediados de mayo comienza la normalidad en su relación con el sistema sanitario en las condiciones que marcaban.

> Cuando ya empezamos con el bicho y la recogida de datos, vino el gerente de (hospital anonimizado), él fue el que nos dijo 'tenéis que hacer esto, lo otro'. Este fue el primer contacto con un organismo público, por así decirlo. (...) (Inicialmente) la relación (con gerencia del hospital) era de recogida de datos (...). Ahora, sigue siendo una relación más estrecha con ellos, y ahora sí que hay una labor de acompañamiento. Nos llaman frecuentemente para saber qué tal estamos, cómo estamos haciendo. (EN:5).

Algunos directores, sin embargo, señalan que persistieron algunos problemas vinculados a la inadecuación de la articulación entre el sector residencial y el ámbito hospitalario: "Por la ley de protección de datos, el hospital no nos informó de la evolución de la paciente (la familia les iba contando), que se recuperó y tras pasar por otro hospital, regresó a la residencia." (EN:15). Ante esta situación, la directora presentó protestas por escrito ya que como "guardadores de hecho" de los residentes consideraba que deberían recibir toda la información de las personas mayores que residen en sus instalaciones, algo imprescindible para poder mantener informados a los familiares. El inspector de Servicios Sociales de la CA en que se encuentra dicha residencia se mostró también indignado ante estos obstáculos a la obtención de información sobre la evolución de los pacientes. Esta misma gestora señala la falta de claridad y la existencia de contradicciones tras las altas dadas a otros ancianos, los cuales habían sido hospitalizados por otras patologías (por ejemplo, el caso de una rotura de cadera que requirió hospitalización).

Otros problemas señalados estaban relacionados con la relativa indefinición de los protocolos de regreso a las residencias de las personas mayores que habían sido hospitalizadas por COVID-19:

> El 15 de marzo se deriva a un señor al hospital porque tenía una insuficiencia cardiaca y le ponen marcapasos. El día 18 me llaman, que devuelven al señor. Desde la residencia tratamos de exigir una PCR antes de entrar de vuelta en la residencia. No logramos respuesta y a través de un contacto (amistad) en el hospital logramos hablar con el director médico. El director médico se ríe, y

> me dice 'parece mentira que me estés exigiendo esto sabiendo cómo está la situación, que no tengo UCI. (...) Este paciente ha estado en una zona aislada, y no se le puede hacer PCR'. Se le pidió al hospital que no lo trajera de vuelta, pero el hospital igual lo regresó a la residencia. Al regresar esta persona, se la aísla, y aún no teníamos ni idea de cómo trabajar con esta persona que acaba de regresar de un hospital. No había EPI suficientes, no había conocimiento de cómo colocárselo. No sabemos si la planta se infectó por este señor, o por el trabajador que llegó enfermo en la noche. (EN:9).

En el ámbito residencial, la derivación de pacientes hacia el ámbito hospitalario planteaba además la inquietud de que los ancianos que regresasen del hospital pudiesen introducir la enfermedad en la residencia, por lo que los protocolos de reincorporación planteaban dudas considerables:

> Si un residente enfermaba, era llevado al hospital, pero nos lo devolvían con pauta de aislamiento que no podíamos cumplir. Nunca se lo quedaban en el hospital. Si esto se extiende no lo podemos controlar y nos tenéis que ayudar. Nos lo devolvían a la residencia y asumíamos que el compañero de habitación se tenía que contagiar (EN: 3).

> (Tuvieron otro enfermo de COVID-19) que iba todos los días al centro de diálisis del hospital (anonimizado), que estaba infectado (y sospechan que se infectó allí). (EN:5).

Las prácticas de racionamiento en el ámbito sanitario son siempre difíciles de diseñar y de aplicar, además de éticamente complejas, máxime cuando la vida de los pacientes puede estar en juego. Además de una serie de debilidades estructurales de nuestro sistema hospitalario (relativamente escaso número de camas de planta y de UCI, ajustadas plantillas, precariedad laboral, entre otros), la pandemia ha mostrado la necesidad de profundizar en los vínculos entre las residencias de personas mayores y la atención sanitaria especializada y hospitalaria. Donde dichos vínculos eran más fluidos con anterioridad a la crisis sanitaria se ha podido responder de un modo más eficaz ante el tensionamiento extremo del sistema. El establecimiento de geriatras de referencia, procedimientos de articulación entre la atención primaria, los profesionales sanitarios de las residencias y el hospital constituyen elementos clave para garantizar una adecuada atención sanitaria a los residentes, incluso en contexto de pandemia.

3.3.4. Asegurar la continuidad de cuidados generales de los residentes durante la crisis

En los países occidentales con Estados del Bienestar desarrollados la cobertura de las necesidades sociales más importante es una responsabilidad de titularidad pública. Puede que en algunos casos se gestione a través de la provisión de servicios que presta directamente la Administración y otras veces las organizaciones de la sociedad civil, como empresas o el tercer sector. Esta forma de organización tiene muchas más ventajas

que inconvenientes ya que con ella se puede atender a gran número de ciudadanos con equidad y calidad evitando que solo quienes pueden permitírselo reciban determinados servicios. Además, el hecho de que en último término la responsabilidad de la garantía de derechos y servicios sea pública, se traduce en que, en condiciones normales, se asegure la continuidad de los mismos en todo el territorio, indiscriminadamente y en todo momento.

Sin embargo, la capacidad para garantizar los servicios y su continuidad se ha visto muy afectada durante la crisis de la COVID-19. Se han cerrado colegios y universidades que atienden al derecho fundamental a la educación; los servicios sociales han visto extraordinariamente disminuida la atención al público cuando más se necesitaba; los servicios sanitarios se han saturado, lo que ha agravado las dolencias de personas no atendidas, y así podría continuarse con una dilatada enumeración de casos.

Esta situación ha afectado también a las residencias para personas mayores. Desde que se adoptaron medidas en estos centros, la prioridad era proteger a los residentes contra la COVID-19. Ello trastocó la organización y el funcionamiento cotidiano de las residencias, alterando rutinas y actividades fundamentales para la salud, la calidad de vida y la garantía de los derechos de los residentes.

Aunque es comprensible que esto sucediera durante las primeras semanas, esta situación se prolongó demasiado en el tiempo, incluso cuando comenzó la desescalada. La alteraciones en el funcionamiento cotidiano de las residencias se han producido por distintas vías: la conversión de los espacios comunes en zonas de atención a pacientes COVID-19; la aplicación a los residentes de criterios de gestión hospitalaria, como, por ejemplo, dejar a los residentes todo el día en la cama y no vestirles; el confinamiento de los centros residenciales; el aislamiento de los residentes en sus habitaciones; la reducción de la vida social dentro y fuera de las mismas; la suspensión de determinadas actividades o su disminución; la escasez de personal que impedía realizar actividades de forma apropiada; la clausura de centros externos a las propias residencias (a veces para aprovechar al personal) donde las personas mayores recibían determinados servicios; así como retrasos excesivos la comunicación de los resultados de la PCR que obligaban a cerrar plantas y suspender actividades. Las opiniones y preferencias de los usuarios dejaron de ser tenidas en consideración de manera suficiente.

En este periodo no se ha logrado garantizar que los residentes de muchos centros, en particular los más afectados, puedan seguir recibiendo los cuidados que habitualmente necesitan y puedan desarrollar una vida más parecida a la normalidad de forma adecuada. Dado que es posible que la situación actual se prolongue y que ello pueda tener consecuencias especialmente negativas para las personas mayores debido a su condición, y dado que las alternativas existentes

para la organización de los cuidados en nuestra sociedad no están claras aún ni son desde luego fáciles de implementar en estas circunstancias, es necesario valorar respuestas más creativas para facilitar la continuidad de los cuidados cotidianos de estas personas. Una de estas alternativas es la derivación de los pacientes con COVID-19 a otros centros, ya no solo por el hecho de que puedan contagiar al resto de los residentes, sino para que el resto de los residentes pueda hacer una vida más parecida a su vida normal, lo que es muy importante para mantener su salud física y mental. Además, convendría pensar en otras.

3.3.5. Garantizar el fin de la vida y cuidados paliativos

Una de las situaciones más difíciles provocadas por la pandemia fue el estricto aislamiento al que se vieron sometidos los enfermos de COVID-19. Particularmente dramáticas fueron las circunstancias de aquellos que no pudieron superar la enfermedad y fallecieron en soledad, sin poder comunicarse con sus familiares y amigos en los últimos momentos de su vida. Durante la fase más aguda de la enfermedad, miles de personas murieron solas en hospitales y residencias de mayores y sus familias debieron afrontar su duelo sin haber podido despedirse de sus seres queridos. Además, las circunstancias en que se produjo el óbito y los procedimientos previos a la celebración de las honras fúnebres resultaron particularmente frustrantes y dolorosas. Como señalaba el director de una residencia, en un contexto en que las prioridades de carácter sanitario primaban sobre cualquier otra consideración y ante la carencia de recursos humanos y materiales que hubiesen podido permitir un abordaje diferente de estas situaciones (por ejemplo la disponibilidad de EPI y de espacios acondicionados que permitiesen a los familiares visitar a los enfermos), en las pautas organizativas tanto de las residencias como de los hospitales: “No se tenía en cuenta a los usuarios que están en el final de su vida. Hay gente que ha muerto sola. Hasta mediados de abril no nos enviaron protocolos para el final de la vida digna”. (EN: 2).

Otros responsables de residencias incidían en este mismo aspecto, enfatizando la difícil situación vivida por las familias a las que ni siquiera se les permitía ver el cuerpo del pariente fallecido:

> La familia no podía verlos. En la mayoría de los casos no podían ni ir al centro y eran de la propia funeraria los que iban a coger los datos a la casa de los familiares. (EN:2).

> En el primer momento, en el caos inicial, con el tema de cuando venía la funeraria, el no tocar, la recogida de objetos personales... es verdad que en eso hemos tenido un pequeño desbarajuste de todo. Es que no dejaban tocar. (EN:5).

Los protocolos establecidos durante la pandemia dictaban que en el momento del fallecimiento de un residente los propios médicos de la residencia, o el médico de guardia del centro de atención primaria, eran responsables de certificar la muerte y en consenso acordaban la causa oficial

de la muerte (COVID-19, u otro proceso), siendo el médico del centro el encargado de contactar a la familia. La residencia era también responsable de ponerse en contacto con la empresa funeraria para el traslado del cuerpo al tanatorio.

Entre los directores de las residencias a los que hemos entrevistado es generalizado el sentimiento de haber sido injustamente señalados por las dramáticas situaciones relacionadas al fallecimiento de los residentes y respecto al tratamiento dado a los cuerpos de los finados y a sus familiares en tan duro trance. La aparición en los medios de noticias acerca de cadáveres no retirados de las habitaciones durante horas en presencia de sus compañeros de cuarto, o sobre la falta de información de las familias acerca de donde se encontraba el cuerpo de sus parientes fallecidos, se tradujo en acusaciones explícitas hacia las residencias cuando, como éstas aclaran, eran las empresas funerarias las responsables de manipular los cuerpos y trasladarlos al tanatorio.

> Las funerarias no llegaban porque estaban colapsados. (EN:12).

> En lugar de criminalizar las residencias se debió de haber aclarado que ante el desbordamiento de trabajo por parte de los tanatorios se requería de mayor tiempo para retirar a un fallecido de las residencias. (...) Esas residencias estaban haciendo lo que el protocolo les marcaba. El problema no era de la residencia sino de la funeraria que no daba abasto. Ya todo eso ha pasado, pero queda en las mentes, porque se ha viralizado y ha criminalizado a todo el sector. (EN:12).

> Esto fue caótico, el director de la residencia que me substituyó cuando estuve de baja tuvo que poner a una persona en una caja para bajarla, porque del tanatorio no subían a buscarla. Preguntaban si han muerto de COVID, y como no sabían pues no entraban. (EN:9).

Los responsables de las residencias señalan como sus residentes que fallecieron en los hospitales tuvieron en ocasiones la posibilidad de ser visitados por sus familiares, al tiempo que se hacen eco del sufrimiento de las familias por las durísimas circunstancias que hubieron de afrontar:

> Un anciano que falleció por otra causa y estaba pendiente de resultados del test no pudo ser enterrado con el traje que su mujer había preparado porque la funeraria se negó a tocar el cuerpo sin saber el resultado del test, lo cual provocó una gran frustración a la familia. (EN:18).

La dureza de la situación que han tenido que abordar los profesionales de las residencias no debe ocultar las dramáticas circunstancias en que residentes y familiares han vivido la pandemia aislados y en el mejor de los casos comunicados tan solo a través de medios tecnológicos. La preparación ante el riesgo de un recrudecimiento de la pandemia debe pasar también por una reflexión respecto al mejor modo de acompañar a las personas mayores en los últimos momentos de

su vida y cómo las familias pueden ser partícipes de ese proceso, iniciando así su duelo de una manera más humana. La disponibilidad de EPI, infraestructuras y protocolas adecuados debería permitir dicho acompañamiento en circunstancias extremas, incluso en contextos de cuarentena en el medio residencial.

3.3.6. Humanizar la atención a residentes y familiares

El concepto de humanización hace referencia al abordaje holístico de la persona, que incluye simultáneamente las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual y sus interacciones (March, 2017). En otras palabras, humanizar la atención y el cuidado de las personas implica otorgar igual importancia a sus necesidades físicas, sociales, emocionales y psicológicas. En la práctica, eso requiere proveer de distintos perfiles profesionales, recursos y medidas no solo para promover y proteger la salud y curar las enfermedades de las personas, sino también para garantizar que vivan en un entorno que favorezca una vida sana a nivel físico, emocional y social.

En el caso de las residencias de personas mayores, estos centros se convierten en el "nuevo hogar" de la persona, por lo que resulta fundamental garantizar tanto las visitas por parte de las familias como la posibilidad de que las personas mayores mantengan un vínculo con la sociedad (por ejemplo, saliendo de la residencia durante el día, participando en actividades de aprendizaje permanente o disfrutando de las oportunidades ofrecidas por la tecnología).

Sin embargo, la necesidad por parte de las direcciones de las residencias de adoptar respuestas rápidas frente a la COVID-19, y en particular las medidas de cierre de residencias, sectorización de los espacios y aislamiento de los residentes, así como la imposibilidad por parte de los familiares de despedirse de sus seres queridos, ha afectado enormemente la humanización de la atención y del cuidado en los centros residenciales.

De hecho, como se señaló anteriormente, el cierre de las residencias a las visitas de familiares de los residentes ha representado una de las primeras medidas adoptadas por los centros como mecanismo de aislamiento frente a la COVID-19.

Frente a estas restricciones, la comunicación con los familiares de los residentes ha representado una herramienta de seguimiento fundamental adoptada de manera sistemática en todos los centros, con llamadas diarias a los familiares de personas positivas o con síntomas por parte de la dirección y/o el equipo sanitario y llamadas periódicas (una/dos veces a la semana) a los familiares de personas sin síntomas.

Sin embargo, como destaca una entrevistada, implantar las llamadas sistemáticamente ha representado un desafío para muchas residencias, sobre todo en los meses de pico de la crisis y frente a la reducción de personal.

> A las residencias se nos exigía una comunicación diaria con los familiares. Yo eso lo considero una locura, especialmente cuando estás en el pico alto; no después... No cuando la cosa ya está más relajada y más controlada. Cuando estás en el pico más alto hay cosas más importantes. ¡Y no que te llamen cinco hermanos y tienes que darles la misma información porque entre ellos no se hablan! (EN:10).

En unos casos, se han limitado las llamadas diarias a los familiares de pacientes positivos, trasmitiendo diariamente otras informaciones a través de distintos medios (por ejemplo, la página web, la app de la residencia, o grupos de Whatsapp).

Además, el cierre de las residencias y las medidas de aislamiento han afectado inevitablemente las rutinas básicas de movilidad y de sociabilidad de los residentes, subordinando las necesidades físicas, cognitivas y emocionales de las personas al cumplimiento de las medidas de confinamiento. Aunque comprensible, sobre todo en las primeras semanas de la pandemia, las medidas de cierre y aislamiento a menudo se han tomado de forma indiscriminada, debido a la falta de pruebas diagnósticas para detectar casos positivos (en particular, asintomáticos).

Reconociendo la existencia de estas problemáticas, por ejemplo, la Consejería de Salud y Familias de Andalucía ha puesto en marcha distintas iniciativas en el marco del "Programa de Humanización para pacientes hospitalizados y personas usuarias de los centros residenciales de mayores en aislamiento debido al COVID-19", aprobado el 15 de abril de 2020,[33] con los objetivos de: (a) implementar un protocolo de atención psicosocial a pacientes hospitalizados aislados y personas mayores en residencias, según los principios de la Psicología de la Salud, de aplicación por los profesionales sociosanitarios y sanitarios del Sistema Andaluz de Salud; y (b) facilitar la comunicación audiovisual a distancia entre pacientes hospitalizados en aislamiento y sus familiares directos. En este sentido, se hace referencia a la importancia de asegurar una adecuada dotación de dispositivos electrónicos a los centros hospitalarios públicos y residencias de personas mayores en Andalucía; abrir canales de comunicación para que la ciudadanía pueda dirigirse a los pacientes a través de cartas de ánimo, facilitando así la gestión de las distintas iniciativas de este carácter promovidas en la comunidad andaluza por numerosos colectivos. Por ejemplo, a principios de mayo de 2020, la Consejería de Salud y Familias impulsó la campaña institucional "Andalucía somos familia", con la cual se pretendía que la ciudadanía pudiera enviar mensajes de apoyo (en formato texto o video) a pacientes hospitalizados y a personas mayores que se encuentren aislados en residencias con motivo de la COVID-19 a través de un buzón en la web "familiasandalucia.es".

De hecho, el recurso a medidas tecnológicas ha sido fundamental para garantizar la comunicación entre residentes y familiares durante los meses de confinamiento y disminuir la ansiedad de los familiares sobre la evolución de la situación en las residencias. En particular, la utilización de teléfonos móviles y tablets para videollamadas se ha revelado como una

33
Andalucía, Acuerdo de 15 de abril de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del Programa de humanización para pacientes hospitalizados y personas usuarias de centros residenciales de mayores en aislamiento debido al COVID-19. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/eboja/2020/517/BOJA20-517-00002-4588-01_00171998.pdf. Consultado el 06.09.2020.

herramienta esencial a lo largo de la pandemia, sobre todo en el caso de pacientes con problemas de depresión preexistentes a la crisis u originados por la misma.

Sin embargo, el recurso a estas medidas ha destacado la existencia de una "brecha digital" importante entre los residentes de los centros, sobre todo en las áreas rurales. Como ha señalado una entrevistada (EN:18), la gran mayoría de personas mayores no tienen medios tecnológicos (solo un 10 % de los residentes en su caso disponía de ellos), no saben usarlos o, en caso de personas con dificultades de movimiento, no los pueden utilizar autónomamente, limitando de manera significativa las posibilidades ofrecidas por las tecnologías a la hora de favorecer la comunicación entre residentes y familiares.

Si en general la comunicación entre residencias y familiares de personas mayores no parece haber representado una fuente de conflicto, los entrevistados han detectado más dificultades a la hora de explicar a los residentes la situación originada por la COVID-19 y de conseguir que aceptaran las restricciones introducidas en materia de salidas y visitas, en particular en el caso de personas con problemas cognitivos. En este sentido, se ha destacado la necesidad de adaptar la comunicación a las particularidades de las personas mayores, explicando de forma clara y con un lenguaje comprensible las circunstancias y el motivo del asilamiento, así como la prohibición de las visitas.

Tras la adopción del "Plan para la transición hacia la nueva normalidad", aprobado por el Consejo de Ministros el 28 de abril de 2020, la abertura progresiva de las residencias a visitas ha constituido una de las primeras medidas tomada por los centros certificados "libres de COVID-19". Siguiendo las indicaciones proporcionadas en los Planes de transición adoptados por las distintas CCAA en materia de centros residenciales de personas mayores (en algunos casos, con protocolos específicos sobre los requisitos y las condiciones para la progresiva abertura a las visitas de familiares de los centros)[34], se han introducido distintas medidas de control para permitir la flexibilización progresiva de las restricciones previas. Entre ellas, la limitación del número diario de visitas permitidas por residente y bajo cita previa, la distribución de gel hidro-alcohólico y la toma de temperatura a los familiares en la entrada de las residencias.

En particular, la disponibilidad de espacios externos (patios, jardines, terrazas) y la instalación de mamparas se han revelado fundamentales para permitir la apertura de los centros a las visitas de familiares. Esto se ha hecho claramente visible durante la fase de desescalada, cuando algunas residencias con jardín externo han permitido visitas en el exterior garantizando la distancia de seguridad entre el residente y el familiar a través de la instalación de una mampara, o mediante la habilitación de un espacio específico en la terraza de la residencia (cerca de la entrada del edificio, para evitar que los familiares entren en el centro) con mesas para garantizar la distancia entre la persona residente y la familia. Cuando estas posibilidades no existen debe pensarse en otras medidas.

34
Por ejemplo, Castilla La Mancha: Resolución de 27/05/2020, de la Consejería de Sanidad, por la que se adoptan medidas en relación con las visitas a viviendas tuteladas y centros residenciales de personas con discapacidad y centros residenciales de mayores. Disponible en: https://docm.castillalamancha.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2020/05/29/pdf/2020_3276.pdf&tipo=rutaDocm; consultado el: 07.09.2020; Resolución de 19/06/2020, de la Consejería de Sanidad, por la que se establecen los requisitos para realización de visitas en centros sociales especializados y centros socio-sanitarios residenciales, una vez superada la fase III del Plan para la transición hacia una nueva normalidad, con el fin de adaptarlas a la evolución de la crisis sanitaria del SARS-CoV-2 en Castilla-La Mancha. Disponible en: https://docm.castillalamancha.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2020/06/22/pdf/2020_3981.pdf&tipo=rutaDocm; consultado el: 07.09.2020.

A pesar de las limitaciones inevitables que una crisis como la ocasionada por la COVID-19 implica, es fundamental adoptar unas medidas que permitan seguir garantizando una atención diaria y de calidad a las personas mayores que viven en centros residenciales. Entre estas:

Informar, con un lenguaje comprensible, a residentes y familiares sobre la emergencia de situaciones excepcionales y los protocolos existentes en materia de derivaciones, realización de pruebas y visitas; nombrar una persona informadora/ de contacto con las familias;

Identificar circuitos en las residencias que permitan el desarrollo de rutinas básicas de movilidad para los residentes;

Garantizar el seguimiento de las actividades educativas y de trabajo social para los residentes, siempre cumpliendo con las medidas de seguridad e higiene y procurando una desinfección de los utensilios y de los espacios en cada sesión.

Establecer indicadores e identificar mecanismos de vigilancia que permitan el cierre preventivo de las residencias a las visitas frente al riesgo de nuevos brotes; prever protocolos de apertura de las residencias a visitas de familiares lo antes posible, incluyendo las medidas de prevención y precaución necesarias para reducir el riesgo de contagios entre residentes y familiares;

Informal de manera preventiva a las familias sobre la existencia de procedimientos específicos para garantizar su ingreso y salida de las residencias de forma segura;

Crear un espacio físico de visitas de familiares, de manera que los familiares no deban transitar por distintas áreas del centro, y que cuente con dispositivos de toma de temperatura a la entrada, desinfección e higienización, puesta de EPIs y mamparas para que las visitas se realicen con garantías.

3.4. La recuperación de la actividad y futuro del sector residencial

La dramática experiencia vivida durante la primera fase de la pandemia ha acelerado la reflexión respecto al futuro del sector de las residencias de personas mayores. Esta discusión no se produce en el vacío, sino que entronca con una larga serie de debates que han venido desarrollándose desde hace más de dos décadas en los ámbitos social y sanitario y que ha tenido su reflejo en la esfera política tanto a nivel estatal (con las diferentes iniciativas relativas a la conveniencia de diseñar una estrategia de coordinación sociosanitaria), como autonómico (con el desarrollo de planes regionales de integración y coordinación sociosanitaria) (MSPSI, 2011; Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad, 2013; véase también el reciente Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria propuesto por el Ministerio de Sanidad, 2019).

Los directores y gerentes de residencias de mayores entrevistados destacan cómo esa búsqueda de una mejor articulación de los sectores social y

sanitario ha sido una constante desde hace muchos años y enfatizan cómo la epidemia ha precipitado la percepción de la necesidad de un cambio:

> (Tradicionalmente) ha sido muy fácil para Salud despreocuparse de las residencias y que el personal sanitario de las residencias dependiese de Servicios Sociales. Esto nos ha traído la necesidad de repensar la forma en que tenemos que relacionarnos con Salud. (...) Las enfermeras de residencias públicas están contratadas por Servicios Sociales, pero realizan curas que en teoría deberían ser hechas por los centros de atención primaria y los materiales los debería suministrar Salud. Las analíticas las hace la residencia, pero el transporte y el análisis los hace Salud. (...) A nivel macro Salud y Servicios Sociales no se entienden, pero el nivel micro la pandemia muestra la absoluta necesidad de que se coordinen. (EN:16).

> Hay que pensar en los mecanismos de coordinación con la sanidad pública. España no estaba preparada. La anterior gripe aviar, y amenazas de pandemia no llegaron a pasar. Esto ha generado un cierto escenario como de Pedro y el lobo. Esa relajación pudo haber hecho que la gente pensara que no iba a pasar. En España no había fabricantes de mascarillas quirúrgicas, de EPI. (EN:12).

El recientemente aprobado Dictamen de la Comisión de Reconstrucción del Congreso de los Diputados se hace eco de numerosas propuestas que han estado sobre la mesa durante los últimos años y que han ganado visibilidad con la pandemia (Congreso de los Diputados, 2020). Buen número de los planteamientos de este Dictamen relativos al futuro del sistema de cuidados a personas mayores han aparecido también de manera clara en los planteamientos realizados por las personas que han sido consultadas para la realización de este informe. Así, la preferencia por la permanencia en su hogar de los mayores siempre que estos así lo deseen, recogida en dicho Dictamen, es asumida por los directivos de las residencias como una realidad que en buena medida define ya el rol de las residencias en el conjunto del sistema de atención a las personas mayores. Como consecuencia, las residencias han ido atendiendo a una población cada vez más envejecida y con un mayor grado de dependencia (llegan cuando ya no pueden permanecer más en su domicilio y sus familias no pueden atender sus necesidades debido a su elevado grado de deterioro físico y/o cognitivo).

> No sé si otro modelo distinto de residencias sería factible para atender a las personas de las residencias. Si una persona está bien funcionalmente/cognitivamente puede estar en pisos tutelados u otro tipo de institución. Pero es que los residentes de las residencias de España son personas que necesitan muchos cuidados de atención y sanitarios. (EM:7).

Es precisamente ese perfil de extrema vulnerabilidad de los residentes el que acentúa la necesidad de mejorar sustancialmente los procedimientos de atención social y sanitaria, de modo que tanto las necesidades de cuidado como las de salud sean abordadas de manera eficaz. Para ello se hace imprescindible establecer procedimientos de coordinación y sistemas de información compartida entre los profesionales sanitarios y de los servicios sociales, algo de lo que se hacen eco los directivos de residencias de mayores:

> La planificación requiere valorar que este sector es muy demandante a nivel sanitario y que, ahora mismo, las residencias no cuentan con los medios para tratar adecuadamente a residentes gravemente enfermos. (EN:10)

> La coordinación tiene que ser más fluida (independientemente de quién dependa: historial único del usuario, programa informático único, disponer de materiales de manera rápida y fluida y como una unidad de gestión única dentro de salud). (...) (Comunidad Autónoma anonimizada) lleva 4 años trabajando con un Plan sociosanitario aprobado, con objetivos para cada año. (...) Servicios Sociales era quien empujaba, pero tras la crisis Salud ha ganado interés en desarrollarlo. No sería tan difícil de implementar ya que ese Plan recoge la creación de un servicio de analíticas conjunto, farmacia, concursos únicos para materiales, unidad de gestión como si fuesen un centro de atención primaria más, peculiaridades de coordinación que el COVID ha precipitado (pero la emergencia no permite que se aplique más rápidamente). (EN:16)

> Es muy importante desarrollar una 'historia completa del paciente' en relación con la atención primaria, abarcando tanto la parte sanitaria como social, más allá de las patologías concretas. (EN:8).

Entre los directores y gerentes de residencias entrevistados la unanimidad es casi total a la hora de apoyar la adopción de medidas que permitan avanzar en la mejora de dicha coordinación, pero es igualmente claro su rechazo a la idea de la "medicalización" de las residencias que ha sido planteada con frecuencia durante la pandemia:

> La mayoría de las residencias están medicalizadas porque atienden las patologías de los residentes, el tema es cómo atender los procesos agudos (una pandemia no es más que la exacerbación de los procesos agudos). El tema es cómo gestionar los procesos agudos cuando son masivos. El problema de la pandemia es que se ha desbordado, porque han sido mucha gente a la vez con un problema agudo de infección respiratoria. Este es el problema, no que estuviera más o menos medicalizadas. El tema es cómo resolver, cuanto tal volumen de población necesita ser atendida de manera aguda y urgente en el sistema público de salud (vengan de residencias o del domicilio). Las residencias se han dotado de balas de aire para aquellos que necesitaban oxigenoterapia, y que no necesitaban ser derivados todavía. Se han dotado de capacidad diagnóstica al hacer los test. Están haciendo seguimiento epidemiológico diario, para tener un índice de rebrotes. (EN:12)

> Estoy en desacuerdo con la idea de "medicalizar" las residencias en el sentido de incrementar el papel de los médicos en su funcionamiento. (EN:16).

> (Estoy) totalmente en contra a la medicalización. En su lugar, hay una gran necesidad de coordinación sociosanitaria y coordinación con Sanidad. (EN:5).

El argumento recurrente entre esos directivos es que las residencias constituyen el hogar de las personas mayores que en ellas habitan y que su función es cuidarles, no curarles (tarea que debe corresponder al ámbito sanitario):

◂ volver al índice

Las residencias son lugares de cuidado (...) no medicalización, sino importancia de coordinación y clara repartición de competencias entre social y sanitario. Con la medicalización, perderíamos un poco lo que es la esencia de una residencia, una residencia no es un hospital; un hospital tiene su función, una residencia tiene otra. ¿Trabajar en conjunto? Claro que sí. ¿Trabajar en coordinación? Claro que sí. ¿Trabajamos en el mismo interés, que son las personas? Por supuesto. Pero una residencia es una residencia. (EN:8).

Esta es su casa y no puede funcionar como un hospital. No veo lo de la hospitalización ni es deseable. Deben ir al hospital cuando lo necesiten. Tenemos los aparatos básicos, ponemos vías, tenemos equipo sanitario, pero las residencias son unidades de convivencia. Lo más parecido a una casa es lo más deseable. (EN:18).

A ver si por una vez Sanidad toma conciencia de que es una residencia. Eso de medicalizar las residencias es una tontería. Nosotros no queremos ser hospitales. Nosotros estamos para cuidar. (EN:5).

(Medicalizar) Yo no lo haría, nadie quiere vivir en un hospital. Aquí lo que hacemos es cuidar personas, esta es su casa (...) si se medicaliza todo esto se pierde" (EN:2).

Aunque ellos tengan una parte de hospitalización, las residencias no son lugares de tratamiento. Las residencias tienen unas características arquitectónicas distintas de una estructura hospitalaria, unos circuitos de trabajadores distintos. (EN:3).

Las residencias son domicilios, no son hospitales ni centros de salud. Para eso hay otros dispositivos en las CCAA. Yo no quiero que mi casa esté medicalizada. Quiero tener una casa, quiero tener un confort y quiero tener un sitio estable donde me atiendan y donde sepan qué me gusta hacer y qué no me gusta hacer y me traten bien y me presten los mejores cuidados. Eso es lo que quiero para cuando sea mayor y entiendo que mis residentes quieren lo mismo. No quieren estar en un hospital y que vengan allí a decirme que tengo que estar en la cama para que no se contamine el de al lado. Para eso están los hospitales, o los centros que se habiliten al efecto, pero las residencias no son eso. (EN:15).

Se plantea alternativamente la conveniencia de avanzar hacia la "sanitarización" de las residencias, haciendo referencia con ello a la misma idea reflejada en la recomendación planteada por la Comisión de Reconstrucción del Congreso acerca de la necesidad de "reforzar los mecanismos de coordinación entre atención primaria, hospitalaria, dispositivos de urgencia, Salud Pública, los servicios sociales de atención primaria y los centros residenciales para garantizar la continuidad efectiva de cuidados integrales e integrados en una red de atención sociosanitaria" (Congreso de los Diputados, 2020).

> La coordinación salud-servicios sociales debe ir por esta vía bio-psico-social, que pasa por la 'sanitarización' atendiendo dependencia y cronicidad. (...) Si queremos descargar a Salud, debemos avanzar en esa dirección de 'sanitarización' (EN:16).

Las estructuras de interacción y coordinación con el sistema sanitario puestas en marcha durante la pandemia son consideradas un paso claro en esa dirección y el apoyo a su mantenimiento y profundización resulta también claramente mayoritario entre los directores de residencias entrevistados:

> Que el apoyo de Sanidad y su implicación y de todo el sector sanitario, sea para siempre, a largo plazo en el apoyo médico-sanitario a las residencias, que son de bienestar social. (EN:1).

> Tiene que haber una coordinación sociosanitaria que en este momento no existe. Indispensable la figura de la coordinadora con Salud. Debería continuar funcionando para gestionar PCR, inspecciones, facilitar la formación, la respuesta ante los retos, etc. (...) Todo se hubiera frenado antes (de haber existido estos mecanismos de coordinación con anterioridad a la pandemia). (EN:15).

> Defíname, para hacer este plan, qué tipo de coordinación sociosanitaria voy a tener, o hacia qué tipo de centro vamos a ir. ¿Me vas a mantener, que aquí lo vemos de forma unánime en (CA anonimizada), la petición de que exista una coordinación mínima, como la que hubo en estos días? Es decir, un interlocutor directo, ágil, que favorezca las intervenciones. (EN:3).

Otro de los debates de fondo en el ámbito de la atención a los mayores y dependientes que ha reemergido a partir de las consecuencias de la pandemia es el de la necesidad y/o conveniencia de avanzar hacia una especialización de las residencias en función de los diferents perfiles de usuarios que pueden recurrir a los servicios proporcionados por estos centros. El Dictamen de la Comisión de Reconstrucción plantea la necesidad de "... desarrollar en todas las comunidades autónomas una red de hospitales de media y larga estancia como sistema de apoyo a los servicios de atención primaria en los centros residenciales" (Congreso de los Diputados, 2020). Los directivos de centros de mayores muestran actitudes más ambiguas respecto a este tipo de iniciativas. Algunos de ellos apoyan la creación de unidades de convalecencia y/o rehabilitación de media y larga estancia que ocupen un espacio intermedio entre el hospitalario y el estrictamente residencial:

> Algunos colectivos (gestores, médicos o incluso enfermeros) pueden estar pensando en rescatar los dispositivos de medias y largas estancias que existían hace dos décadas. Frente a esto, yo propongo "sanitarizar" las residencias, en el sentido de incrementar el papel de las enfermeras geriátricas. (...) El concepto residencial tiene que ser diferente, basado en el seguimiento de cuidados fundamentalmente (lo cual no impide que exista ese nivel de media o larga estancia, pero no todas las residencias), con una adecuada coordinación con el sistema sanitario (incluso con paliativos y fin de vida). (EN:16).

> (Yo estoy a favor de) la existencia de centros intermedios, donde la gente pueda ser derivada en función de los cuidados que precisa, en lugar de medicalizar las residencias. (EN:3).

> Hay que resolver el tema de esos espacios intermedios sociosanitarios. Ese concepto del que todo el mundo habla, pero que no se sabe si existe el contenido o no. (Los residentes psico-geriátricos) son pacientes que precisan un mayor grado de acompañamiento y de seguimiento sanitario, pero que no requieren medicalización. Esta figura no existe y eso significa que las residencias actuales lo asumen todo. Los hospitales te mandan a los enfermos crónicos que siguen necesitando un grado de atención sanitaria bastante intenso. Para deshacerse de ellos porque les salen muy caros. Y eso no es el trabajo de una residencia estándar. (...) Debería haber una mayor especialización de las residencias con un ajuste de los costes a los diferentes perfiles de usuarios (particularmente para atender a los residentes con enfermedades neurológicas (EN:17).

La introducción de la dimensión de la escala territorial en la que actúa el centro de mayores matiza con frecuencia las opiniones contrarias a dicha especialización de los centros residenciales:

> Apuesto por un modelo más sanitario en las zonas urbanas y un modelo más social en las zonas rurales. (EN:13).

> En un ámbito de grandes urbes, la especialización de residencias podría tener sentido, pero no en ciudades medias (en torno a 300.000 habitantes). Más en zonas rurales. La clave está en la voluntad de los residentes de permanecer en su entorno y cerca de sus familiares, amigos y de su casa. (EN:16).

Otro de los grandes ejes sobre los que se construye la narrativa acerca de la necesidad de reformar el modelo de cuidado residencial es el de la necesidad de incrementar el grado de profesionalización del personal que desempeña sus funciones en este tipo de centros.

> No hemos prestado suficiente atención a la formación de los profesionales que atienden a mayores (particularmente entre los 1980s y principios de los 2010s), y a los cuidados que precisan estos mayores. (...) Debemos potenciar que los cuidados estén liderados por profesionales de los cuidados. (...) Reivindico la figura de la enfermera especializada en geriatría presente en todos los centros y con responsabilidad en gestión y en coordinación con salud y de los equipos (este perfil es muy escaso, pero habría que potenciarlo). (...) Además, tener uno o dos médicos de referencia en el centro de atención primaria (no tener a los residentes repartidos entre todos los médicos de éste) y también un geriatra de referencia por centro (o por varios centros), que haga la interlocución con la atención más especializada. (EN:16)

> Las residencias deben estar profesionalizadas. Y cuando digo profesionalizadas quiero decir que los trabajadores deben tener las titulaciones correspondientes. (...) el principal puesto de trabajo en las residencias es el de las "gerocultoras", que son auxiliares de enfermería. Esto requiere una FP, pero

una FP puede ser un curso que no es el adecuado para esa labor. (En este sentido resulta muy importante la formación en la propia residencia). (EN:6).

(Importancia de) la inversión en formación del personal de las residencias, con la gerencia integrada de un hospital que de apoyo a las residencias. (EN:1).

Desde la dirección de las residencias de personas mayores se apunta la necesidad de garantizar la formación de un número suficiente de profesionales del ámbito sociosanitario que permita hacer frente a las situaciones de tensionamiento que con frecuencia se dan en el sector y que se exacervaron durante la pandemia. Esto afecta de modo particularmente evidente al ámbito de la enfermería.

Falta de personal de enfermería, en general en España. Hay una carencia de personal de enfermería, en todos los niveles asistenciales. En general hace falta más enfermería. Hay capacidad de producir enfermeros y enfermeras en las facultades, pero el sistema tiene un número delimitado que no se está adecuando a las necesidades del país. Eso hace que la enfermería sea un bien escaso, y que haya competencia por su reclutamiento entre diferentes sectores. Hay evidencia de que a más enfermería mejor se gestionan las residencias y los cuidados en las residencias. No los hay ni para el sistema público. Esto es un problema estructural de España. O forzar a que las facultades saquen más personas por promoción. Porque la vía de importar enfermeras de otros países no es la más efectiva. (EN:12)

El universo de las residencias es muy variopinto (desde 20 camas que funciona como una familia, hasta las de 400 que funcionan casi como hoteles). Su gran problema (de las residencias privadas y concertadas) es el de encontrar profesionales formados. Aunque las acreditaciones van aumentando, la FP va sacando perfiles, pero faltan los técnicos, particularmente con las enfermeras (en mayor medida que en el sector público, donde también es difícil). (EN:16)

Tambien será necesario redefinir los parámetros básicos de las infraestructuras y de organización interna de las residencias a partir de lo aprendido durante la pandemia:

Ahora los usuarios tienen que tener, por normativa, 2m^2. Yo entiendo que esa normativa debe ser cambiada porque no es lo mismo 2m^2 para una persona válida que para una persona dependiente porque una persona dependiente utiliza andador, utiliza silla de ruedas... Y porque, además, los metros cuadrados han de tener en cuenta a la familia. (EN:6)

Estamos iniciando una transformación de modelo de trabajo de 'unidades de convivencia'. Hemos aprovechado, de alguna manera, de la sectorización que iniciamos con el COVID, para trabajar con unidades de convivencia. (EN:8)

volver al índice

Los cambios en el modelo de atención a personas mayores y dependientes se plantean como una necesidad imperiosa tras el largo período de austeridad presupuestaria que ha sufrido el sector. Para los responsables de las residencias concertadas, las transformaciones que se reclaman deben venir acompañadas de una mejora de la financiación del sistema de cuidados que se traduzca en un incremento de los recursos transferidos por plaza.

> Lo que nos podemos pretender es a 50€ que nos pagan al día de plaza pública hacer milagros. Una plaza pública en una residencia pública de (CA anonimizada) al día les cuesta 150€. Y nosotros, una plaza concertada 50€. Yo no digo que nos vayan a dar los 150€ al día, pero con poco no se puede hacer más. Y aun así mantenemos este nivel de personal. (EN:5).

> El sector de las residencias lleva mucho tiempo afirmando que la retribución que reciben por las plazas concertadas es insuficiente en relación al incremento de las demandas por mayores cada vez más dependientes. Esto se ha agravado con la COVID y las medidas que han debido adoptar. Se deberían calcular adecuadamente los costes. De los 1500€ al mes que pagan los familiares, más de 950€ se van a gastos de personal. (...) Las 'recomendaciones' de camas vacías no son razonables. No hay nuevos ingresos, lo cual tensiona las cuentas de las residencias (están subiendo las ratios de trabajadores y no se puede despedir. (EN:17).

> Debe haber un copago justo y equilibrado, pero el coste general de la dependencia debemos asumirlo entre todos. (EN:17).

> Los criterios de concierto con las privadas, además de requisitos básicos de estructura para las estrictamente privadas, todo esto debe ser revisado para que los residentes estén protegidos y no sufran más allá de lo inevitable en caso de un confinamiento. A lo mejor hay que reducir la densidad, lo cual obviamente significa costes. Y habrá que incrementar presupuestos, tanto para las públicas, como para las concertadas. (EN:16)

Tras la experiencia vivida durante los peores momentos de la pandemia, y ante la posibilidad de un agravamiento de la enfermedad en algún momento futuro, los directores de residencias planteaban una serie de conclusiones extraídas de su propia experiencia y que deberían aplicarse para mejorar la capacidad de respuesta del sistema:

> Las instrucciones deben ser claras y sin contradicciones. (EN:15).

> (Se debe) hacer test de forma rápida (ante cualquier sospecha de posible contagio). (...) Al mínimo síntoma hay que aislar, aunque sea una sospecha muy mínima. (EM:7).

> (Que) todas las residencias puedan disponer del mismo material, (ya que) se trata de un problema de salud pública y que afecta a un colectivo particularmente vulnerable. (EN:15).

volver al índice

Sacar a los contagiados es la mejor manera de defender a los residentes. (EN:18).

La derivación de los casos positivos debe ser inmediata. (EN:15).

Importancia de centros intermedios, con personal cualificado, para atender a personas mayores con síntomas. Esto evitaría aislar personas que no tienen síntomas (y las consecuencias negativas del aislamiento), para que sigan viviendo en 'normalidad'. (EN:8).

Los centros intermedios han sido un enorme éxito (ya que no querían a los ancianos en los hospitales) y no deberían cerrarse. (EN:18).

Se deben revisar las ratios de profesionales, y también la estructura (no habitaciones colectivas, no compartir baños, espacios comunes –hay residencias que no han permitido a sus residentes usar el comedor porque o no lo tenían, o no había metros cuadrados para ello. (EN:16).

Habría que mejorar las ratios de personal. Además, debe haber personal sanitario de forma permanente (y no unas horas y días concretos a la semana). (EN:6).

La información se debe pedir con conocimiento del terreno, no en un despacho alejado de la realidad de una residencia. Que sea pragmática, que haya colaboración, que no es imposición ni amenaza, y que se coordinen entre las distintas administraciones para simplificar los procedimientos de recolección de datos. (EN:17).

En el caso de las residencias, sería importante tener en cuenta el perfil de los residentes (muy mayores, múltiples patologías, alto grado de dependencia). (EN:10).

Conveniencia de analizar el caso del psico-geriátrico (que a menudo procede de la desinstitucionalización de la salud mental, muchos de ellos relativamente jóvenes). (...) Ese perfil en una residencia son una bomba de relojería: pueden ser agresivos, violentos, obsesionarse con determinadas personas y agredirles, etc. (EN:17)

Importancia del azar en la evolución de la epidemia en una residencia. (EN:15).

4.REFERENCIAS

Abellán García, A., Aceituno Nieto, M. P. y Ramiro Fariñas, D. (2019). *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019*. Madrid, España: Informes Envejecimiento en red nº 24. Disponible en: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf

Abellán, García, A., Aceituno Nieto, P., Fernández Morales, I., Rañiro Fariñas, D., Castillo, B. y Pujol Rodríguez, R. (2020). Una nueva estimación de población en residencias de mayores. *Envejecimiento en red*. Disponible en: http://envejecimientoenred.es/una-nueva-estimacion-de-poblacion-en-residencias-de-mayores/

Amela Heras, C., Cortés García, M. y Sierra Moros, M. J. (2010). Bases epidemiológicas para la toma de decisiones sobre medidas de salud pública (no farmacológicas) durante la respuesta a la pandemia de gripe (H1N1) 2009. *Revista Española de Salud Pública*, 84(5), 497-506.

Ansell, C., Boin, A. y Keller, A. (2010), Managing Transboundary Crises: Identifying the Building Blocks of an Effective Response System. Journal of Contingencies and Crisis Management, 18: 195-207. doi:10.1111/j.1468-5973.2010.00620.x

Boin, A. (2007) La Política de la Gestión de Crisis: el _liderazgo público bajo presión. Madrid: INAP.

Borrás-Bermejo, B., Martínez-Gómez, X., San Miguel, M., Esperalba, J., Antón, A., Martin, E. Almirante, B. (2020). Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection in Nursing Homes, Barcelona, Spain, April 2020. *Emerging Infectious Diseases, 26*(9), 2281-2283.

CCAES (2020). *Actualización nº 195. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 28.08.2020*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_195_COVID-19.pdf

CCOO Sanidad Madrid (2020). Un 73 % de las residencias madrileñas, privadas y concertadas, continúan sin EPI adecuados para atender a las personas ancianas. *CCOO Madrid*. 07.05.2020. Disponible en: https://madrid.ccoo.es/noticia:490702--Un_73_de_las_residencias_madrilenas_privadas_y_concertadas_continuan_sin_EPI_adecuados_para_atender_a_las_personas_ancianas&opc_id=711af56c79ef209f3b5831a8b38f22b1

CDC (2007) Correctional Facilities Pandemic Influenza Planning Checklist. *Department of Health and Human Services*. Disponible en: https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/pdf/correctionchecklist.pdf

CEAPs (2020). *Informe analítico de gestión en centros residenciales en España durante COVID-19.* Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, Grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública, 05.06.2020. Disponible en: http://ceaps.org/wp-content/uploads/2020/06/INFORME-ANALI%CC%81TICO-GESTIO%CC%81N-COVID-V1.pdf

Choi, J., y Wehde, W. (2020). Trust in emergency management authorities and individual emergency preparedness for tornadoes. *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy*, 11(1), 12-34.

CIHI (2020). *Pandemic Experience in the Long-Term Care Sector: How Does Canada Compare with Other Countries?* Ottawa, Canada: CIHI. Disponible en: https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-en.pdf

Congreso de los Diputados, Comisión para la Reconstrucción Social y Economica (2020). Dictamen. Madrid, 03.07.2020. Disponible en: http://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf

Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad (2013) "Coordinación y Atención Sociosanitaria", Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid.

Daly, M. (2020). COVID-19 and care homes in England: What happened and why?. *Social Policy & Administration*, 2020, 1-14. https://doi.org/10.1111/spol.12645

Defensor del Pueblo (2020). *Atención a personas mayores. Centros residenciales.* Separata del Informe anual 2019. Madrid: Defensor del Pueblo. Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/05/Separata_personas_mayores_centros_residenciales.pdf

Drennan, L.T., McConnell, A. y Stark, A. (2015). *Risk and Crisis Management in the Public Sector*. Londres, Routledge.

ECDC (2015). *Preparedness planning for respiratory viruses in EU Member States – Three case studies on MERS preparedness in the EU*. Estocolmo, Suecia: ECDC. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/preparedness-planning-respiratory-viruses-eu-member-states

Fallon, A., Dunkelow, T., Kennelly, S.P., y O'Neill, D. (2020). COVID-19 in nursing homes. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(6), 391-392. https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa136

Federación FED (2020). La FED denuncia la grave discriminación y desamparo de las residencias de mayores ante los protocolos de actuación y diagnóstico de la COVID-19 del Ministerio de Sanidad. *FED*. 16.04.2020. Disponible en: https://www.federacionfed.org/la-fed-denuncia-la-grave-discriminacion-y-desamparo-de-las-residencias-de-mayores-ante-los-protocolos-de-actuacion-y-diagnostico-del-covid-19-del-ministerio-de-sanidad/

FEMP (2020). Gobierno y FEMP activan la actuación local en el ámbito sanitario. Disponible en: http://www.femp.es/comunicacion/noticias/gobierno-y-femp-activan-la-actuacion-local-en-el-ambito-sanitario

Fresno (2020). *Auditoría de los centros residenciales en Navarra ante la crisis de la COVID-19*. Pamplona: Observatorio de la Realidad Social. Disponible en: https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/auditoria-de-los-centros-residenciales-en-navarra-ante-la-crisis-de-la-covid-19/es-556293/

GHS Index (2019). *Global Health Security Index. Building collective action and accountability*. October 2019. Washington, DC, EEUU: NTI. Disponible en: https://www.ghsindex.org/report-model/

Gobierno de Castilla-La Mancha (2020). El Gobierno de Castilla-La Mancha última la aplicación del 'Plan de Respuesta Temprana frente a la COVID-19' en las residencias de mayores. *Notas de prensa.* 25/08/2020. Disponible en: https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/el-gobierno-de-castilla-la-mancha-%C3%BAltima-la-aplicaci%C3%B3n-del-%E2%80%98plan-de-respuesta-temprana-frente-la

IMSERSO (2019). *Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España Datos a 31/12/2018*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social Disponible en: https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/datos_ssppmmesp2018.pdf

Jiménez-Martín, S. y Viola, A. (2020). La asistencia residencial en España y COVID-19. *Estudios sobre la Economía Española - 2020/20*. Madrid, España: FEDEA. Disponible en: https://www.fedea.net/la-asistencia-residencial-en-espana-y-covid-19/

Kucharski, A. (2020). *The Rules of Contagion: Why Things Spread - and Why They Stop*. Londres, Inglaterra: Wellcome Collection.

Lane, S.J. y McGrady, E. (2018). Measures of emergency preparedness contributing to nursing home resilience. *Journal of Gerontological Social Work*, 61(7), 751-774. https://doi.org/10.1080/01634372.2017.1416720

Mahy, P., Collard, J.M., Gala, J.L., Herman, P., De Groof, D., Quoilin, S. y Sneyers, M. (2018). Health crises due to infectious and communicable diseases: European preparedness and responses tools in an international context. *Journal of Business Continuity & Emergency Planning*, 10(4), 353-366.

March, J.C. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(5), 245-247. DOI: 10.1016/j.cali.2017.10.001.

Médicos Sin Fronteras (2020). *Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España.* Barcelona, España: MSF. Disponible en: https://static.msf.es/web/archivos/cov-19/AAFF-MSF-Informe-COVID19-Residencias-BAJA-NOTA.pdf?_ga=2.75350546.1646388582.1601377806-1443338903.1601377806

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2020). *Información sobre los mecanismos de coordinación adoptados en cada territorio entre los servicios sociales y el sistema sanitario para asegurar la atención médica en los centros sociales residenciales en casos de covid-19, 7 de septiembre*. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ssi/imserso/docs/Coordinacion_sociosanitaria_CCAA.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

New York State (2020). Massachusetts Joins New York, New Jersey, Connecticut, Pennsylvania, Delaware and Rhode Island's Multi-State Council to Get People Back to Work and Restore the Economy. *Pressroom*. Disponible en: https://www.governor.ny.gov/news/massachusetts-joins-new-york-new-jersey-connecticut-pennsylvania-delaware-and-rhode-islands

OCDE (2020). *The Territorial Impact of COVID-19: Managing the Crisis across Levels of Government*. París, Francia: OECD. Disponible en: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=128_128287-5agkkojaaa&title=The-territorial-impact-of-covid-19-managing-the-crisis-across-levels-of-government

O'Moore, E., Howes, S., Dapaah, E. y Bailie, R. (2017). *Multi-agency contingency plan for the management of outbreaks of communicable diseases or other health protection incidents in prisons and other places of detention in England.* Londres, Inglaterra: Public Health England. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/585671/multi_agency_prison_outbreak_plan.pdf

OMS (2012). *Key changes to pandemic plans by Member States of the WHO European Region based on lessons learnt from the 2009 pandemic* Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/161664/ECDC_WHO_EURO_PiP-Workshops-Summary-Report_FINAL-26032012.pdf

OMS (2020a). *Preventing and managing COVID-19 across long care services: Policy brief.* Ginebra, Suiza: World Health Organization. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-2020.1

OMS (2020b). *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention. Interim guidance, 15/03/2020.* Dinamarca, Suecia: WHO Regional Office for Europe.

Palomera, D. (2020). Los problemas de las residencias. *Agenda Pública*, 01/04/2020. Disponible en: http://agendapublica.elpais.com/los-problemas-de-las-residencias/

Peinado, F. y Quesada, J. D. (2020). El daño del coronavirus en las residencias de mayores será imposible de conocer. *El País*, 22.03.2020. Disponible en: https://elpais.com/espana/madrid/2020-03-21/el-dano-del-coronavirus-en-las-residencias-de-mayores-sera-imposible-de-conocer.html

RENAVE (2020). *Informe nº 41. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo*. Informe COVID-19, 27/08/2020. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2041_27agosto2020_ISCIII.pdf

Roig, E. y Galán, A. (en prensa). Estado Autonómico y Crisis COVID-19: Intervención Estatal y Relaciones Gubernamentales ante la Pandemia. *Istituzioni del federalismo*.

Salvador, M. (2015). Los servicios sociales como paradigma de los cambios operados en el sistema competencial al amparo de la Ley 27/2013, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local. En J., Tudela y M. Kölling. (Eds.). *Costes y beneficios de la descentralización en un contexto de crisis: el caso español*, pp. 105-145. Zaragoza: Fundación Manuel Jiménez Abad.

Zalakain, J. Davey, V. y Suárez-González, A. (2020). *The COVID-19 on users of Long-Term Care services in Spain.* LTCcovid: International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 28/05/2020. Disponible en: https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCcovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Fallecimientos COVID-19 en residencias de personas mayores por Comunidad Autónoma

Tabla 2. Actividad de la Fiscalía en residencias de personas mayores y/o con discapacidad por la COVID-19

Tabla 3. Características residencias para personas mayores por Comunidad Autónoma

Figura 1. Valoración de la gestión de las residencias de personas mayores durante la gestión de la COVID-19

Figura 2. Nivel de gobierno al que los ciudadanos atribuyen la gestión de la COVID-19 en las residencias para personas mayores

Tabla 4. Ejemplos de medidas implementadas en relación a recolección y diseminación de datos

Tabla 5. Cierre de las residencias: comunicaciones de patronales e instrucciones de Consejerías

Tabla 6. Principado de Asturias: niveles asistenciales y circuitos de derivación – Protocolo de 11 de junio de 2020

LISTA DE ACRÓNIMOS

AMADE. Asociación Madrileña de Atención a la Dependencia

ARTECAM. Asociación de Residencias de la Tercera Edad de Castilla-La Mancha

CEAPs. Círculo Empresarial de Atención a Personas

CA - CCAA. Comunidad Autónoma – Comunidades Autónomas

CCAES. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias

CISNS. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

ECDC. European Centre for Disease Prevention and Control

EPI. Equipos de Protección Individual

IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales

MoMo. Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria

OCDE. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS. Organización Mundial de la Salud

PIA. Programa Individual de Atención

RENAVE. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

RSI. Reglamento Sanitario Internacional

SAAD. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

SIAPR. Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida

SNS. Sistema Nacional de Salud

UCI. Unidad de Cuidados Intensivos

UME. Unidad Militar de Emergencias

CSIC
Consejo Superior de Investigaciones Científicas

IPP
Instituto de Políticas y Bienes Públicos