

**EnR?**

# Informes

Envejecimiento en red

**Número 26, Octubre 2020**



[envejecimientoenred.es](http://envejecimientoenred.es)

**Covid-19 y residencias**  
**¿Qué se puede hacer mejor?**

ISSN:  
2340-566X

---

# Covid-19 y residencias. ¿Qué se puede hacer mejor?

Eloísa del Pino  
Francisco Javier Moreno-Fuentes  
Gibrán Cruz-Martínez  
Jorge Hernández-Moreno  
Luis Moreno  
Manuel Pereira-Puga  
Roberta Perna

POSEB (Políticas Sociales y Estado del Bienestar). Instituto de Políticas y Bienes Públicos. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)

## Resumen

Se recogen las principales conclusiones del “Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y covid-19 en España: dificultades y aprendizajes”, elaborado en el marco del proyecto Mc-COVID-19 financiado por el CSIC, que identifica los problemas surgidos en la gestión de la crisis tanto en el nivel institucional como en el nivel organizativo, los planes de preparación, estrategias de seguridad, protocolos y planes de contingencia, la coordinación intergubernamental e intersectorial, la capacidad de respuesta, la relación entre los dispositivos de prestación de servicios del sistema sanitario y el sistema de atención a las personas en situación de dependencia.

## Palabras clave

Personas mayores, cuidados de larga duración, estado del bienestar, sistemas de salud, salud pública, políticas públicas, residencias para personas mayores, dependencia, covid-19

---

Para citar este documento: DEL PINO, E; MORENO-FUENTES, F.J; CRUZ-MARTÍNEZ, G.; HERNÁNDEZ-MORENO, J.; MORENO, L; PEREIRA-PUGA, M.; PERNA, M. (2020). “Covid-19 y residencias. ¿Qué se puede hacer mejor?”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 26, 18 p. [Fecha de publicación: 28/10/2020].

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-covid-19-residencias.pdf>



26

 ÍNDICE

## Índice

Introducción .....	5
Recomendaciones.....	7

26

⬇️ INTRODUCCIÓN

## Introducción

España es uno de los países desarrollados más afectados por la pandemia de covid-19 (provocada por el coronavirus SARS-CoV-2) y uno de los que muestra peores resultados en relación al número de fallecidos en residencias de personas mayores, aunque los datos son todavía provisionales, al no haberse publicado aún datos oficiales específicos.

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.

Nuestra investigación se ha publicado en un informe más amplio que este (113 páginas) que lleva por título **“Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes”**, que puede consultarse en Digital CSIC. Ha sido realizada 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.

Presentamos ahora en la serie Informes Envejecimiento en Red una síntesis de las principales recomendaciones del citado informe, que versan sobre las dificultades aparecidas en la gestión de la covid19 en las residencias, y sobre un conjunto de buenas prácticas, tanto institucionales, del gobierno de España y de las comunidades autónomas (CCAA), como organizativas de los centros residenciales. Estas iniciativas positivas se mencionan 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.

El informe completo puede consultarse en:

**Eloísa del Pino, Francisco Javier Moreno-Fuentes, Gibrán Cruz-Martínez, Jorge Hernández-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>

26



## RECOMENDACIONES



### Recomendaciones

Las recomendaciones se agrupan en seis apartados:

- 1.- Preparación institucional y organizativa.
- 2.- Coordinación sanitaria y social.
- 3.- Coordinación entre administraciones.
- 4.- Capacidad de gestión.
- 5.- Abordaje integral de los cuidados.
- 6.- Repensar el futuro del cuidado de las personas mayores.

#### 1.- PREPARACIÓN INSTITUCIONAL Y ORGANIZATIVA

*La preparación institucional y organizativa 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.

## 2.- COORDINACIÓN SANITARIA Y SOCIAL

*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 sus 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.

### 3.- COORDINACIÓN ENTRE ADMINISTRACIONES

***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.

### 4.- CAPACIDAD DE GESTIÓN

*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.

### 5.- ABORDAJE INTEGRAL DE LOS CUIDADOS

***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 socio-sanitaria 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 irre recuperables 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.

### 6.- 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 despertar 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 preexistentes 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.

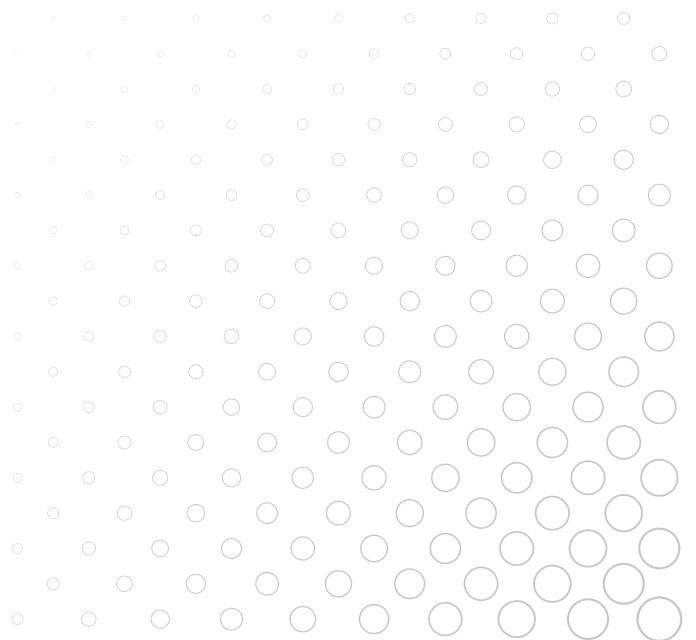
La necesidad de garantizar la disponibilidad de trabajadores adecuadamente formados para las distintas tareas asociadas al ámbito sociosanitario requiere también de una serie de reformas en los procesos formativos, además de una mejora significativa en las condiciones laborales y contractuales de dichos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

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.



# EnR?

Envejecimiento en red





Los Informes Envejecimiento en red son publicados por el portal web **Envejecimiento en red. EnR?** | [www.envejecimientoenred.es] del Laboratorio EnR- Departamento de Población, Instituto de Economía, Geografía y Demografía del Centro de Ciencias Humanas y Sociales, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

Son documentos elaborados con un objetivo de divulgación, abordándose **cuestiones estadísticas, demográficas, legales, psicológicas, sanitarias, sociales**, entre otras, sobre el envejecimiento. Son elaborados por el propio equipo del Portal y por profesionales especialistas de distintos campos de la **gerontología y la geriatría**.

La serie se inicia en 2013 sin periodicidad fija, inspirada en los Informes Portal Mayores (2003-2012). Son gratuitos y se presentan en formato digital (pdf).

**Envejecimiento en red. EnR?** | no se responsabiliza de las opiniones vertidas por los autores de estos informes. Es obligatorio citar la procedencia en cualquier reproducción total o parcial que se haga de los mismos.

### Informes Envejecimiento en red

**Director:** Antonio Abellán García

**Redacción técnica y maquetación:** Isabel Fernández Morales y Pilar Aceituno Nieto.

**Dirección postal:** CSIC / CCHS. Laboratorio Envejecimiento en red. c/ Albasanz 26, 28037 Madrid, España

**Correo electrónico:** enred@cchs.csic.es

**Web:** www.envejecimientoenred.es





# EnR?

