

Poco, tarde y mal

El inaceptable desamparo
de los mayores en
las residencias durante
la COVID-19 en España



2	Resumen
10	Contexto e intervención de MSF
10	Contexto y origen de la intervención
14	Objetivo, estrategia y justificación de la intervención en residencias
17	Actividades de los equipos de MSF
20	Metodología: testimonios y fuentes primarias y secundarias
27	Trabajo de incidencia en MSF
29	Los mayores en residencias en España y su vulnerabilidad frente a la epidemia
29	Perfil de los residentes: vulnerabilidad y alta mortalidad
30	El modelo de residencias en España
31	Impacto en la salud
32	Competencias durante el estado de alarma: el rol de las CC. AA.
32	Régimen de las residencias
35	Retos encontrados y la respuesta de MSF
35	Falta de anticipación y de planes de contingencia
39	Reducido margen de maniobra para implementar las medidas de aislamiento, cuarentena y distancia
41	Falta de formación para la utilización de EPI
44	Falta de organización, dirección y recursos humanos en las medidas de control del contagio
48	Limitaciones de los test diagnósticos y falta de capacidad para actuar según los resultados
50	Denegación de derivaciones a los servicios hospitalarios: ¿negligencia u omisión del deber de socorro?
58	Aislamiento en detrimento de la salud y de los cuidados dignos
60	Falta de protocolo para cuidados paliativos, final de la vida, despedidas y visitas
64	Carencia de atención psicosocial a residentes y personal
66	Estudio de caso representativo de una residencia durante la COVID-19
70	Conclusiones
74	Recomendaciones

*LAS FOTOGRAFÍAS QUE ILUSTRAN ESTE INFORME
NO CORRESPONDEN ESPECÍFICAMENTE A LAS CASUÍSTICAS,
PROBLEMÁTICAS NI TESTIMONIOS RECOGIDOS EN EL MISMO.*

> FOTO DE PORTADA: © OLMO CALVO

Resumen

La situación vivida en las residencias de mayores durante la epidemia de COVID-19 en España **nunca debería volver a ocurrir**. Las lecciones aprendidas y las vidas perdidas deberían provocar un **cambio profundo**. El riesgo de que las personas mayores que viven en residencias vuelvan a resultar afectadas no ha remitido; hay que estar preparados, para reducir el sufrimiento y limitar al máximo la mortalidad.

El modelo actual de residencias tuvo un impacto directo en la salud y mortalidad durante la COVID-19

La mortalidad excesiva durante esta crisis señala problemas estructurales y sistémicos en relación al modelo español de residencias; destaca en particular la necesidad de mejorar la atención médica que debe brindarse a quienes viven en estos centros, sean públicos, privados o concertados. La lógica del modelo de residencias actual responde más a las condiciones del proveedor de servicios que a las necesidades sociales y sanitarias de las personas mayores. Esto ha tenido un grave impacto directo en su salud y mortalidad: se estima que las personas mayores fallecidas en residencias (27.359 entre el 6 de abril y el 20 de junio, según el Ministerio de Sanidad) representan el 69% de las personas fallecidas por COVID-19 en toda España.

La respuesta a la COVID-19 puso de manifiesto la **falta de capacidad y asistencia a este colectivo tanto en los servicios de atención primaria como en el sistema hospitalario**. Durante el pico de la epidemia, este modelo no dejaba opciones viables ni adaptadas a muchas residencias; en sus propias palabras, “fueron abandonadas sin posibilidad de derivación hospitalaria y sin asistencia adecuada de la atención primaria”.

Las residencias tuvieron que asumir una responsabilidad, la atención médica, para la que no estaban preparadas

En el primer momento de la crisis, el foco de la respuesta se centró en el colapso del sistema sanitario, en los servicios de urgencias y las ucis de los hospitales, llegándose al punto de obstaculizar las derivaciones de pacientes desde las residencias. Estas últimas **tuvieron que asumir de facto una responsabilidad para la que no estaban preparadas, ni dotadas, ni protegidas**, con unas consecuencias desastrosas para residentes, personal y equipos de gestión, y un impacto directo en la alta mortalidad.

Es necesario desarrollar planes de contingencia ante posibles nuevos brotes de COVID-19 o de epidemias similares, para **asegurar una alerta temprana y una respuesta inmediata** en las residencias. El plan se ha de acompañar de medidas orientadas hacia el bienestar y la calidad de vida de los mayores. Especial atención merecen la prevención y control de infecciones (PCI) y los diferentes elementos del cuidado digno, como son las despedidas, los cuidados profesionales de confort y las visitas o contactos con familiares.

Respuesta de MSF

Médicos Sin Fronteras dio apoyo a casi 500 residencias de mayores

El 19 de marzo, Médicos Sin Fronteras (MSF) inició el trabajo de apoyo a residencias con equipos presenciales formados por personal sanitario y logístico. Nuestros equipos carecían de experiencia ante este nuevo virus, pero la experiencia de 50 años de trabajo en epidemias con estrategias innovadoras y de urgencias nos permitió solventar los retos que esta pandemia supuso para la organización en su trabajo en España. MSF se centró en aliviar la carga de un personal sobrepasado, desorientado, desinformado y desprovisto de materiales de protección.

La organización dio apoyo al personal de **casi 500 residencias**, en los ámbitos de separación de pacientes por cohortes; diseño de materiales, circuitos y protocolos para la sectorización adaptados a la situación; sensibilización y capacitación sobre protección y control de infecciones; uso de equipos de protección individual (EPI) adaptados a las necesidades; formación, planes de contingencia y evaluaciones de estructuras; y con donaciones de EPI cuando fue necesario.

Como organización médico-humanitaria, MSF incluyó en su respuesta la dimensión más humana y ética: el trato y cuidado digno, y el refuerzo de la autonomía del paciente.

Interlocución con las autoridades

MSF ofreció su colaboración y propuso medidas concretas en todos los niveles de la Administración

Desde el inicio de su respuesta, MSF comunicó, además de ofertas de colaboración, una serie de peticiones concretas a las máximas autoridades. Cabe destacar las realizadas durante los primeros días del estado de alarma al presidente del Gobierno, Pedro Sánchez; al ministro de Sanidad, Salvador Illa, y a Consejerías y Delegaciones en las diferentes comunidades autónomas. En estas comunicaciones, una vez iniciadas las actividades en residencias, **MSF abogó por una colaboración inicial y propuso medidas de cambio concretas**, enunciando los retos y proponiendo las soluciones que se detallan en este informe.

Los mensajes y dificultades clave trasladados en esta interlocución con las autoridades fueron, esencialmente, la falta de información transparente, liderazgo y acciones claras y decididas; las deficiencias en prevención y control de infecciones; la falta de refuerzo de la capacidad y programas de atención primaria, así como de derivación hospitalaria oportuna desde las residencias; la insuficiencia en estas últimas de EPI y de protocolos y formación adecuados para su uso; la poca claridad de los protocolos de final de vida y despedidas de familiares, con las dificultades que esto último causó; la necesidad de mejorar el trato, cuidados y dignidad del paciente; la ineficiencia y retrasos en las estrategias de diagnóstico; y la falta de recursos humanos disponibles y formados.



© OLMO CALVO

Los fallos del sistema
causaron que muchas
personas mayores
murieran solas

El modelo residencial

Las residencias tenían un déficit estructural de recursos y de supervisión sanitaria y ningún plan de contingencia. Esta combinación hizo **inviable que pudieran responder** a la epidemia. Carecían de recursos sanitarios y asistenciales, lo que tuvo un impacto directo en la salud de los residentes, cuando recayó en estructuras diseñadas para situaciones sociales (de vivienda) la responsabilidad de un recurso sanitario de urgencia, de vida o muerte. Esto condujo a que la asistencia médica quedara desatendida, a una alta mortalidad y a una merma en la calidad de la atención social. **Muchas personas mayores murieron aisladas y solas.**

Sea cual sea el modelo de gestión y gobernanza que se adopte, ha de traducirse en un marco normativo que proteja adecuadamente a las personas mayores. Las deficiencias detectadas en el funcionamiento, con su coste dramático en vidas y sufrimiento, han de subsanarse radicalmente.

Retos

Durante su intervención en cerca de 500 residencias en varias comunidades autónomas, MSF encontró los siguientes retos:

No había planes de contingencia, y sí una gran descoordinación de los múltiples organismos competentes

Los EPI llegaron tarde, eran insuficientes y no se acompañaron de formaciones para su uso

- 1. Falta de anticipación y de planes de contingencia**, agravada por la descoordinación y multiplicidad de interlocutores, entre ellos Consejerías de Servicios Sociales y de Sanidad, Diputaciones, Ayuntamientos, servicios de atención primaria, servicios de salud pública, patronatos de las fundaciones y gerencias de centros privados y de centros religiosos.
- 2. Reducido margen de maniobra para implementar las medidas de aislamiento, cuarentena y distancia**, debido especialmente a la inadecuación de infraestructuras y espacios para conseguir un aislamiento efectivo, y a la alta ocupación.
- 3. Falta de formación en la utilización de los EPI** de un personal nada habituado al uso de estos elementos. Los EPI, que llegaron tarde, además de ser insuficientes, no siempre estaban adaptados a las necesidades de las residencias.
- 4. Falta de organización, dirección y recursos humanos en las medidas de control del contagio**. Con un número creciente de bajas y sin una estrategia alternativa de contratación, el personal restante tuvo que asumir otras tareas casi médicas (sin instrucciones ni conocimientos precisos), que no eran propias de sus funciones sociales.
- 5. Limitaciones de los test diagnósticos y falta de capacidad para actuar según los resultados** y dar respuesta una vez identificados los casos positivos.
- 6. Denegación de derivaciones a los servicios hospitalarios** para cientos de personas mayores, lo que obligó a las residencias a mantener alojados a pacientes positivos con pronóstico muy grave, facilitando así que el virus se propagara con rapidez, afectando a otros residentes y al personal. Esto impactó directamente en la calidad y cuidados a los residentes y, en muchos casos, probablemente contribuyó o fue causa de fallecimiento.

MSF considera que se debieron proponer alternativas con los medios y recursos disponibles, procediendo a derivaciones a centros sociosanitarios, extensiones hospitalarias, hoteles “confort” o medicalizados u hospitales privados, ya que, en todos estos lugares, hubo plazas libres incluso durante el pico epidemiológico.

La realidad que observaron los equipos de MSF es que se dejó la asistencia sanitaria en manos del personal de las residencias, que no están equipadas para ello. La población más vulnerable quedó en manos de las buenas intenciones de las personas que los cuidaban, solas frente al enorme desafío, en ocasiones, de salvarles la vida o acompañarlos en la muerte.

La atención médica se dejó en manos de las residencias, que no estaban equipadas para ello

- 7. Aislamiento en detrimento de la salud y de los cuidados dignos**, con medidas férreas (debido a la incertidumbre generada por los casos asintomáticos y a la escasez y poca credibilidad de las

pruebas diagnósticas), que en muchos casos fueron indiscriminadas y desproporcionadas y tuvieron un grave impacto en la salud de los residentes.

8. Falta de protocolo para cuidados paliativos, final de la vida, despedidas y visitas, en parte debido a la falta de personal experimentado o en número suficiente en las residencias para dar estos cuidados, y en parte a las dificultades de la atención primaria en el momento más agudo de la crisis.

9. Carencia de atención psicosocial a residentes, personal y familiares.

Conclusiones y recomendaciones

El informe ofrece una serie de conclusiones y recomendaciones que pueden consultarse al detalle en las páginas que siguen.

Mantener a los enfermos en espacios cerrados y sin atención produjo situaciones indignas e inhumanas

Durante su intervención, MSF pudo constatar que, **debido al perfil de las personas que viven en residencias de mayores,** muchas de ellas frágiles y con pluripatologías, mantener a quienes cayeron enfermos en espacios cerrados y sin la atención médica y psicológica adecuada multiplicó los contagios, aceleró la mortalidad y **produjo situaciones indignas e inhumanas.**

No hubo una respuesta coordinada con los servicios de salud

No se priorizaron las derivaciones hospitalarias ni los circuitos preferentes para que las personas contagiadas fueran trasladadas a otros centros u hospitales. Y las residencias, lugares para la convivencia y el cuidado y no para el tratamiento medicalizado, **tuvieron que dar unos cuidados para los que no estaban preparadas.** Las residencias carecen de recursos, infraestructura, formación o responsabilidad para la atención médica y tampoco hubo una respuesta inmediata, adecuada y orientada a salvar vidas, y coordinada con los servicios asistenciales y de salud.

La capacidad en la prevención y control de infecciones, que es clave en una epidemia, también fue deficiente. Una de las consecuencias fue el aislamiento, a veces de forma indiscriminada, y la restricción o denegación de despedidas, visitas o movilidad personal, lo que tuvo también consecuencias físicas y psicosociales graves para los mayores.

Pudimos constatar también la **falta de medidas de protección y formación adaptada, oportuna y con protocolos de uso claros** que protegieran a personal y residentes. Asimismo, los perfiles profesionales estaban poco desarrollados en términos de competencias y capacitación, y las bajas laborales provocadas por los contagios no fueron sustituidas al ritmo y en ratio adecuados.

Al priorizar la respuesta en la red hospitalaria, las Administraciones dejaron atrás a los mayores que viven en residencias

Finalmente, entre las conclusiones, MSF incluye la **descoordinación y falta de estrategias de las instituciones.** Las Administraciones priorizaron la respuesta asistencial en hospitales, lo que dejó atrás a las personas mayores en las residencias, a pesar de ser el colectivo más vulnerable y con mayor mortalidad.

Nuestra labor presencial y de proximidad a las personas afectadas, junto con la experiencia en situaciones epidémicas, nos ha permitido identificar una serie de lecciones aprendidas, que traducimos en las recomendaciones que detallamos al final de este informe.

Las recomendaciones se dirigen al Gobierno central y los Gobiernos autonómicos; a las empresas, fundaciones y entidades privadas o de participación pública que gestionan o subcontratan la gestión de las residencias; a la Fiscalía General del Estado y Fiscalías territoriales competentes; al Defensor del Pueblo y sus homólogos en las CC. AA.; y a los colegios profesionales y sindicatos.

Urgen planes de contingencia adaptables a cada residencia y con sistemas de vigilancia de infecciones

Con vistas a proteger a los mayores que viven en residencias, aliviar su sufrimiento y mejorar la preparación y respuesta a emergencias relacionadas con un posible segundo brote de COVID-19 o con brotes de otras enfermedades infecciosas en el futuro, MSF considera esencial **elaborar planes de contingencia fácilmente adaptables a cada residencia**. Estos planes deberán incluir sistemas de vigilancia pasiva y activa que detallen el umbral de alerta, disponibilidad de material de protección e higiene (con un canal de compras ya establecido), equipos formados de supervisión y apoyo a las medidas de prevención y control epidémicos, así como protocolos detallados de acceso de visitas o proveedores a las residencias en situaciones de alerta, derivaciones a hospitales y atención primaria, acceso a cuidados paliativos y acceso a diagnósticos de calidad y oportunos. Son esenciales también los planes de sectorización, circuitos, medidas de higiene y correcta y racional utilización de EPI en las residencias, además del apoyo psicosocial para residentes, familiares y personal de estos centros; todo ello deberá acompañarse de programas de formación continuada.

MSF recomienda que se aseguren en las residencias **ratios de personal formado que garanticen un cuidado digno y adecuado de las personas mayores, que incluya cuidados paliativos y de confort**. Por supuesto, debe asegurarse también el aprovisionamiento de materiales de protección y fungibles, así como almacenamiento de reserva.

MSF recomienda la incorporación de personas con formación en prevención y control de infecciones

En materia de **detección, vigilancia y control de la infección**, MSF recomienda, entre otras medidas, disponer de **profesionales formados en este ámbito**, para asesorar, formar y supervisar al personal asistencial; para ello, resultará esencial identificar y formar una figura de supervisión de PCI, articular protocolos para el caso de rebrote y poner mayor atención presupuestaria y formativa a esta cuestión.

En todo caso, debe establecerse un principio de **equilibrio entre aislamiento, cuarentena y convivencia**, y asegurar que las medidas de sectorización responden asimismo a las necesidades de socialización (tanto psicosociales como físicas) de las personas mayores y priorizan en todo momento su salud en un sentido integral.

Para ello, MSF recomienda **asegurar cierta flexibilidad en la ocupación de los centros**, especialmente en los periodos más críticos, para que se pueda proceder a una zonificación. En los casos que no sea viable tener

Protocolos de visitas
y despedidas y apoyo
psicosocial son
elementos esenciales

habitaciones individuales, debe identificarse un espacio preventivo que esté al menos disponible para los periodos de riesgo. En todo momento, **se deberá velar por que el aislamiento físico no conlleve aislamiento social** y MSF considera importante mantener los servicios destinados al cuidado y bienestar de los residentes, como las actividades educativas, de trabajo social, peluquería o fisioterapia.

Es también crucial que existan un espacio físico y calendarios para las **visitas de familiares, y protocolos de despedidas** que garanticen que, en situaciones de crisis, las personas mayores puedan, llegado el caso, **afrontar el final de su vida de la forma más digna y acompañada posible.**

Los **mecanismos de apoyo psicosocial** también son fundamentales. MSF recomienda un paquete mínimo de medidas, tanto para personal y residentes como para familiares, que sean gratuitas, confidenciales y de fácil acceso.

Finalmente, las recomendaciones de MSF incluyen la necesidad de **recopilar, sistematizar, publicar y analizar datos**, para que sirvan como mecanismo de alerta y respuesta adecuada, tanto preventiva como proactiva.

Con este informe, el objetivo de MSF es contribuir a **evitar que se repita la inaceptable situación de abandono y desatención** de las necesidades de salud y cuidados de las personas más vulnerables, nuestros mayores, así como la falta de protección de las personas más expuestas, el personal de las residencias. **La asistencia sanitaria a las personas mayores y la protección de quienes las cuidan no son una opción: son una obligación** médica, ética, social y normativa.

Contexto e intervención de MSF

Debe haber cambios que eviten que la situación de desprotección de los mayores se repita

Este informe describe las actividades y lecciones aprendidas por los equipos de MSF en su apoyo a las personas mayores en residencias en España durante la epidemia de COVID-19. El propósito del documento es compartir la experiencia de MSF en la crisis y aportar una serie de recomendaciones orientadas a provocar cambios para la actual respuesta y para la preparación ante nuevos brotes de COVID-19 u otras enfermedades infecciosas. Todo ello se realiza en aras de reducir la mortalidad en las residencias y procurar que las personas que viven en estos centros reciban una atención digna y de calidad y que el personal que cuida de ellas tenga garantizada una protección adecuada.

CONTEXTO Y ORIGEN DE LA INTERVENCIÓN

La llegada de la pandemia de COVID-19 a España nos situó en un momento excepcional en la historia reciente y nos enfrentó a un enorme reto en términos de salud pública. La sociedad española, al igual que sucedía en el resto de países del entorno europeo, vivió una situación inesperada: una epidemia desconocida que se propagó rápidamente ante la sorpresa e incredulidad y la falta de datos, agilidad, preparación y respuesta tanto de los organismos internacionales y regionales como del Gobierno central y las diferentes Administraciones autonómicas. Este desconcierto también afectó a MSF.

Los retos y dificultades fueron enormes tanto para el Gobierno como para la sociedad, y también para los equipos de MSF. Los dilemas afrontados y las opciones asumidas se tradujeron con frecuencia en decisiones difíciles y se ha de reconocer el esfuerzo realizado por todas las partes, y en particular por el personal de las residencias, las personas mayores y sus familiares.

La epidemia de COVID-19 era una situación de emergencia humanitaria y se debía actuar en consecuencia

La COVID-19 resultó ser una enfermedad contagiosa en la que no existía experiencia clínica, tratamiento ni vacuna, propagada rápidamente incluso por personas asintomáticas, y que presentaba un largo periodo de incubación. La respuesta a este virus debería ser la correspondiente a **una emergencia humanitaria** en la que, en un corto periodo de tiempo, un mismo evento tiene una incidencia mortal sobre un gran número de personas y desafía al sistema de salud y a la comunidad. A diferencia de otros entornos donde MSF acostumbra a trabajar, España tiene recursos capitales de salud, aunque carece de planes de contingencia sólidos, de una fortaleza e inversión adecuadas en salud pública y de vigilancia epidemiológica. La falta de preparación y descoordinación, así como la improvisación y parálisis inicial en la respuesta, condujeron en algunas comunidades autónomas a la saturación de los servicios esenciales de urgencias y ucis y al colapso de la red hospitalaria.

El sistema falló a los más vulnerables al virus, los mayores, y a quienes los cuidaban en las residencias

La estrategia de priorizar la red hospitalaria sin detectar a tiempo que las personas más vulnerables estaban en las residencias hizo que estas estrategias también fracasaran a la hora de proteger a los mayores. **Se falló y abandonó a las personas más vulnerables y afectadas por la COVID-19.** Muchas gerencias de residencias y su personal y equipos sanitarios y cuidadores se vieron negligentemente abandonados a su suerte, no ya en su función de cuidar a las personas mayores, sino incluso a la hora de tener que procurarles atención sanitaria en situaciones extremas, de vida o muerte (ya que, sin oxígeno, un paciente crítico de COVID-19 generalmente no logra sobrevivir). Las residencias tuvieron que **asumir de facto una responsabilidad para la que no estaban preparadas, dotadas ni protegidas, con consecuencias desastrosas** para residentes, personal, equipos de gestión y familiares.

Evitar que se repita lo sucedido en las residencias es una obligación médica, ética y social

Compartimos aquí las lecciones aprendidas durante la intervención de los equipos de MSF, que, como mencionamos anteriormente, también carecían de experiencia con esta enfermedad y fueron aprendiendo en tiempo real de qué forma afrontar los innumerables retos que esta pandemia supuso a diferentes niveles. Nuestro objetivo es contribuir a **evitar que se repita la inaceptable situación de abandono y desatención de las necesidades de salud y cuidados de las personas más vulnerables, nuestros mayores, así como la falta de protección de las personas más expuestas, el personal de las residencias. La asistencia sanitaria a las personas mayores y la protección de quienes las cuidan no son una opción: son una obligación médica, ética, social y normativa, tanto a nivel local, autonómico y regional como a nivel estatal.**



© OLMO CALVO

Cronología de la intervención de MSF en España

13.03.20 La Unidad de Emergencias decide iniciar una intervención en España.

14.03.20 Hacemos pública nuestra disponibilidad.

15.03.20 El Ministerio de Sanidad pide apoyo a MSF para expandir la capacidad hospitalaria en el Corredor de Henares en Madrid.

16.03.20 Algunos responsables de residencias de Barcelona piden apoyo a MSF.

17.03.20 Iniciamos actividades en Cataluña, en la extensión hospitalaria del Hospital Sant Andreu de Manresa.

19.03.20 Comienzan nuestras actividades en residencias de mayores en Barcelona.

21.03.20 Enviamos una carta al presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, para solicitar una reunión urgente en la que proponer soluciones, a la luz de “la situación de excepcionalidad y el desbordamiento de las estructuras médicas”.

22.03.20 Iniciamos actividades en Madrid dando apoyo a la extensión del Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés.



23.03.20 En Barcelona, colaboramos en las extensiones de los hospitales Vall d'Hebron y Santa Creu i Sant Pau.



27.03.20 Lanzamos la web especializada msfcovid19.org, dirigida a personal sanitario y de cuidado de mayores.



Empezamos a dar apoyo a residencias de mayores en el País Vasco.

29.03.20 En una comunicación al Ministerio de Sanidad, pedimos que se refuerce el sistema de referencias y contrarreferencias de pacientes entre los lugares más afectados y los menos afectados.

30.03.20 Emitimos el primer seminario en línea, 'Circuitos de pacientes en estructuras sanitarias y sociosanitarias', al que asisten 122 personas.



01.04.20 Llegan a 5.088 las residencias de mayores contactadas para ofrecerles apoyo confidencial y gratuito, que además puede ser presencial o virtual.

04.04.20 Realizamos las primeras visitas a las residencias en las comunidades de Madrid, Castilla-La Mancha y Castilla y León.



© OLIMO CALVO

09.04.20 Junto con Amnistía Internacional, publicamos una carta abierta al Gobierno, para pedir más protección para el personal sanitario.

Comenzamos actividades de apoyo a residencias en Andalucía.

18.04.20 A partir de esta fecha, trasladamos a los órganos de decisión del Gobierno nuestras recomendaciones prácticas y propuestas para soluciones operativas.

08.05.20 Tras la respuesta del Ministerio de Sanidad, MSF insiste en la necesidad de un plan de movilización para las residencias de mayores, "efectivo y proporcional a las necesidades" y que garantice "cuidados de calidad y un trato digno", además de recursos humanos y materiales de protección para la geriatría en atención primaria.

15.05.20 Comunicamos a las autoridades pertinentes que nuestras actividades en España terminarán el 22 de mayo, al tiempo que ofrecemos los recursos disponibles en el portal web y un teléfono para peticiones urgentes.

19.05.20 Junto con ocho organizaciones sanitarias, entre ellas la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, publicamos una carta abierta al Gobierno y las comunidades autónomas centrada en la protección del personal de salud y de las residencias.

25.05.20 Comunicamos oficialmente el cierre de nuestros programas en España y empezamos a enviar personal y material hacia otros países, como Yemen o Perú.

31.05.20 Damos por oficialmente cerrada la intervención, aunque dejamos un pequeño equipo de contingencia encargado de hacer *advocacy* y mantenemos abierta la web.

02.06.20 Junto con Amnistía Internacional, nos reunimos con portavoces de las Comisiones de Sanidad del Congreso de los Diputados y del Senado, para ampliar las peticiones realizadas a principios de abril y mayo y pedir un plan de contingencia adecuado a posibles brotes, con especial atención a las residencias.

Introducción a la intervención de MSF

MSF inició su apoyo a residencias de mayores el 19 de marzo

A mediados de marzo, tras analizar la situación, MSF ofreció su colaboración directa a las autoridades competentes. Casi de inmediato, la llamada de un médico asesor de gerencias de residencias nos alertó de la situación en estos centros. Asumiendo su responsabilidad en consonancia con sus casi 50 años de acreditada experiencia en crisis sanitarias complejas (muchas de ellas ligadas a episodios epidémicos), y a la vista del colapso sufrido por el sistema en las primeras semanas, MSF decidió concentrar su esfuerzo inicial en proponer y ejecutar soluciones para la descongestión de los servicios de urgencia hospitalarios, el suministro de oxígeno y el mantenimiento de los sistemas de referencia en las dos comunidades autónomas con mayor número de personas infectadas y fallecidas en hospitales: Cataluña y Madrid. Inmediatamente se hizo evidente que el colectivo de especial vulnerabilidad eran las personas mayores que viven en residencias. **El 19 de marzo, iniciamos este apoyo con equipos presenciales** en algunas de las residencias más afectadas en Cataluña y, a partir de ese momento, nuestro marco de actuación se extendió también a otras comunidades y multiplicamos los equipos y la atención.

MSF prestó también ayuda presencial, con asesoría técnica y formación, en otros tipos de centros residenciales, como son los centros de personas dependientes y los centros de menores, atendiendo a solicitudes procedentes de la Administración o de los propios centros. Aunque la mayor parte de las recomendaciones desgranadas aquí pueden fácilmente aplicarse a las circunstancias de estos centros, no son objeto específico de este informe, que se centra en las residencias de mayores como principal origen de morbimortalidad durante la pandemia.

Se necesitaban soluciones urgentes e imperfectas en una situación complicada y extenuante

En ese esfuerzo, presenciamos los principales obstáculos enfrentados por la mayoría de los centros, al tiempo que recogíamos los testimonios de las personas que, tanto desde la Administración como desde las propias residencias, tenían que buscar **soluciones urgentes e imperfectas en una situación complicada y extenuante**. Esta labor presencial y de proximidad a las personas afectadas, junto con nuestra experiencia en epidemias, nos permitió extraer una serie de lecciones que, traducidas a recomendaciones, son el objetivo final de este informe (y han sido positivamente valoradas por gerencias y personal de residencias).

OBJETIVO, ESTRATEGIA Y JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN RESIDENCIAS

Encontramos a personal sobrepasado, desorientado, desinformado y desprotegido

El propósito de la intervención de MSF en las residencias fue la prevención y control de la infección para reducir la transmisión y, con ello, reducir la mortalidad. Con este fin, el objetivo era proteger del virus a residentes y personal, con las mejores prácticas, sin menoscabar la dignidad en los cuidados y aportando soluciones útiles. Para ello, MSF se orientó a **aliviar la carga de un personal que estaba sobrepasado, desorientado, desinformado y desprovisto de material de protección**. Así, decidimos apoyar directamente al personal de las residencias en los siguientes ámbitos:

- Separación de pacientes por cohortes.
- Diseño de materiales, circuitos y protocolos para la sectorización, adaptados a la situación.
- Sensibilización y capacitación sobre prevención y control de infecciones (PCI).
- Uso de equipos de protección individual (EPI) adaptados a las necesidades.
- Formación, planes de contingencia y evaluación de estructuras.
- Donación de EPI.

Nos centramos en identificar las dificultades y proponer soluciones adaptadas

La **estrategia** consistió en trabajar directamente en las residencias y para ello nos coordinarnos con las gerencias territoriales de Servicios Sociales y de Sanidad de las comunidades autónomas, con las Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos y responsables de las residencias públicas y privadas, y con las familias. MSF estableció siete equipos móviles, con varios subequipos compuestos al menos por un perfil sanitario y un perfil logista, acompañados a veces de una persona de coordinación y/o un psicólogo. En coordinación con los equipos gestores de las residencias, el **modus operandi** consistía en identificar retos y consensuar e implementar medidas de impacto inmediato en la protección y el acceso a la salud de residentes y personal. Dadas la diversidad y complejidad técnica de algunos espacios y las dificultades para una respuesta urgente para la que no había siempre una evidencia científica, MSF creó varios grupos de trabajo para acompañar y completar la intervención desde una perspectiva más especializada¹ y desde una perspectiva ética, siempre de manera transparente y consensuada con las residencias. Casi un centenar de personas de MSF trabajaron a lo largo de dos meses y medio en esta respuesta.

Para ayudar a los profesionales enfrentados a la COVID-19, MSF lanzó la web especializada msfcovid19.org

MSF tuvo dos opciones: atender a unas pocas residencias volcando todo su esfuerzo en ellas o intentar alcanzar la mayor cantidad posible de centros. MSF decidió llegar a tantas residencias como fuera posible, ya que identificar a las más expuestas y vulnerables se hacía imposible, a la luz de la urgencia de la situación y la falta de datos precisos y de tiempo. Por tanto, desde un inicio, se desarrolló una web específica (msfcovid19.org) para las Administraciones, gerencias y profesionales de la salud y del cuidado, con el objeto de multiplicar el impacto de nuestra acción; también se desarrolló una aplicación para móvil² para facilitar la consulta de información y un *chatbot*.

1 Grupo de Espacios y de Control de Infecciones, compuesto por perfiles especializados en gestión de hospitales y manejo de espacios (arquitecto) y dos logistas con experiencia en grandes epidemias de cólera y Ébola; Grupo de Test Rápidos de Diagnóstico, compuesto por especialistas que revisaban los cambios en las herramientas y estrategias diagnósticas; Grupo de Salud Mental y Apoyo Psicosocial, para ofrecer orientación sobre el soporte emocional; y Grupo de Cuidados Paliativos, destinado a recabar información de diversos ámbitos profesionales para alimentar la reflexión de los equipos enfrentados a esta realidad en las residencias.

2 Disponible como aplicación telefónica para Android (https://play.google.com/store/apps/details?id=appappmsfCOVID_19org.wpapp) e iOS (<https://apps.apple.com/es/app/COVID-19-f%C3%B3rma-e-inf%C3%B3rma/id1518790380>).

Nuestra organización decidió dar un paso adelante y trabajar en nuestra sociedad de origen y con las personas mayores, un contexto alejado de nuestra misión social habitual. Esto nos permitió no solo aprender sobre la COVID-19 y trasladar el conocimiento a otros países, sino aprender a trabajar en un entorno nuevo (las residencias) y con una población que no es habitual en nuestros proyectos (ya que trabajamos principalmente en lugares con una esperanza de vida muy reducida, al contrario de lo que ocurre en España). Por tanto, hemos ganado sensibilidad hacia las necesidades específicas de las personas mayores y esto amplía nuestra misión humanitaria, para abarcar acciones que no solo salvan vidas, sino que también otorgan dignidad a un grupo con diferentes necesidades y capacidades físicas, sociales y psicológicas.

Abogamos por cambios que nos preparen para un repunte o un futuro escenario similar

En el ámbito técnico, desarrollamos herramientas para la toma de decisiones adaptadas a las residencias, que ya extrapolamos a otros contextos. También desarrollamos recomendaciones muy pragmáticas, con las que continuamos abogando ante las autoridades y responsables para contribuir al cambio en la preparación para un repunte o escenario infeccioso similar; vemos que estas recomendaciones están comenzando a ejecutarse poco a poco en diversas comunidades autónomas.

Nuestro trabajo ha sido valorado positivamente, por haber aportado **soluciones prácticas, creativas y adaptadas a cada residencia visitada, así como por haber facilitado apoyo emocional a equipos gestores, personal y familias**, en un momento en que se sentían olvidados por el sistema. Para el personal y los responsables de los centros, la sensación de impotencia y soledad a la hora de responder a una situación urgente



© OLMO CALVO

A menudo nuestro primer contacto con el personal de las residencias servía para que desahogaran su miedo, frustración y dolor

y desconocida, que ponía en riesgo su propia vida, ha sido muy difícil de sobrellevar; estas personas demostraron un enorme compromiso ante tal desafío humano y profesional y en unas condiciones muy adversas. Sin excepción, la presencia de los equipos de Médicos Sin Fronteras sirvió para desahogar el miedo, la frustración por la falta de medios, de apoyo y de instrucciones concretas y adaptadas, y sobre todo el dolor por las muertes. La presión llegó a picos muy altos y las sesiones de trabajo con nuestros equipos empezaban facilitando ese espacio de alivio emocional, en el que muchas personas lloraban, se lamentaban por la imposibilidad de llegar a todo y compartían el sufrimiento de asistir impotentes a la enfermedad, el deterioro y la muerte de residentes a los que en ocasiones conocían desde hacía años.

La crisis de la COVID-19 debería servir como una llamada de atención para el diseño de programas humanitarios que tengan en cuenta la edad de las personas atendidas. El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU estima que el número de personas mayores en todo el mundo se duplicará y superará los 1.500 millones en 2050. Con ello, aumentará sin duda la necesidad de atenderlas en las crisis humanitarias.

ACTIVIDADES DE LOS EQUIPOS DE MSF

MSF dio apoyo a 486 residencias, en el 89% de ellas, presencial

En dos meses de intervención, MSF dio apoyo a 486 residencias; en un 89% de los casos, las actividades fueron con presencia directa de nuestros equipos y, en un 11%, la colaboración fue telemática, con evaluaciones técnicas de las estructuras por Skype, Zoom o teléfono.

Durante este periodo, visitamos o dimos apoyo a 200 residencias en Cataluña, 114 en Castilla y León, 79 en la Comunidad de Madrid, 17 en Andalucía y 10 en Castilla-La Mancha. En otras CC. AA., como La Rioja, Aragón, la Comunidad Valenciana y Galicia, prestamos apoyo mediante llamadas telefónicas o consultas rápidas a todos los centros que lo solicitaron.

- A fecha de 1 de abril de 2020, MSF había establecido contacto para ofrecer apoyo técnico gratuito y confidencial, tanto presencial como telemático, a 5.088 residencias de toda España.
- En total, se realizaron 435 visitas presenciales y 51 virtuales, además de casi 800 interacciones, que incluyeron llamadas telefónicas, formaciones y seguimiento. También donamos EPI a 57 centros.
- A fecha de 22 de junio, el trabajo en residencias representaba el 78% de las interacciones realizadas por MSF durante su intervención en España (que incluyó también el apoyo a hospitales para la ampliación de sus capacidades).³

³ Información detallada sobre la respuesta de MSF en España en el informe 'Nuestra respuesta a la COVID-19 en España. Informe de rendición de cuentas'. Disponible en: <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/informe-intervencion-covid-msf-en-espana.pdf>.

Asimismo, asesoramos sobre la utilización de los equipos de protección, sobre pautas y protocolos para extremar la higiene y la prevención del contagio, y sobre la ejecución de circuitos y zonas de aislamiento en función de la presencia de casos positivos o sospechosos. Consolidamos estas prácticas con sesiones de formación impartidas tanto al personal de residencias como de la Administración y otras entidades que prestaban su apoyo y acompañamiento, por ejemplo las gerencias territoriales, las Diputaciones, los centros de atención primaria, los servicios de salud pública, cuerpos de Bomberos, Cruz Roja y Protección Civil.

La web especializada de MSF msfcovid19.org recibió más de 76.000 visitas

Además de los canales abiertos para consultas y peticiones, y de la web de apoyo a profesionales, MSF organizó *webinars* de formación e intercambio de experiencias, y también de apoyo y orientación a familiares, en los que se compartieron herramientas y pautas técnicas con soluciones prácticas. Para finales de julio, la web había recibido casi 76.000 visitas y más de 9.500 personas habían participado en alguno de los 38 seminarios en línea organizados. Esta web se utiliza también en numerosos países de habla hispana y **sigue abierta para que cualquier persona interesada pueda acceder a la documentación y las formaciones publicadas.**

La intervención abordó también el trato y cuidado digno de los mayores

Además de la dimensión técnica, los equipos de Médicos Sin Fronteras abordaron la dimensión más humana y ética: **el trato y cuidado digno** y el refuerzo de la autonomía del paciente. Dimos apoyo al personal de las residencias para facilitar la movilidad de los residentes (cuando fuera posible y respetando estrictamente las medidas de protección), así como para **facilitar contactos telefónicos o por videollamada con sus familias o visitas presenciales** (ya en la fase de la desescalada).⁴ Ayudamos a establecer circuitos amigables que permitieran estos encuentros sin quebrantar las normas de protección. En su caso, también dimos asistencia en los protocolos de final de vida y de confort, facilitando información y apoyo, en particular, para las despedidas.

4 Guía para la apertura de residencias en Estados Unidos, con detalles aplicables al contexto español de residencias. Center for Clinical Standards and Quality/Quality, Safety & Oversight Group. Disponible en: <https://www.cms.gov/files/document/qso-20-30-nh.pdf>. Consultado el 13.07.2020.

FIGURA 1. RESIDENCIAS QUE RECIBIERON EL APOYO DE MSF ENTRE MARZO Y MAYO DE 2020

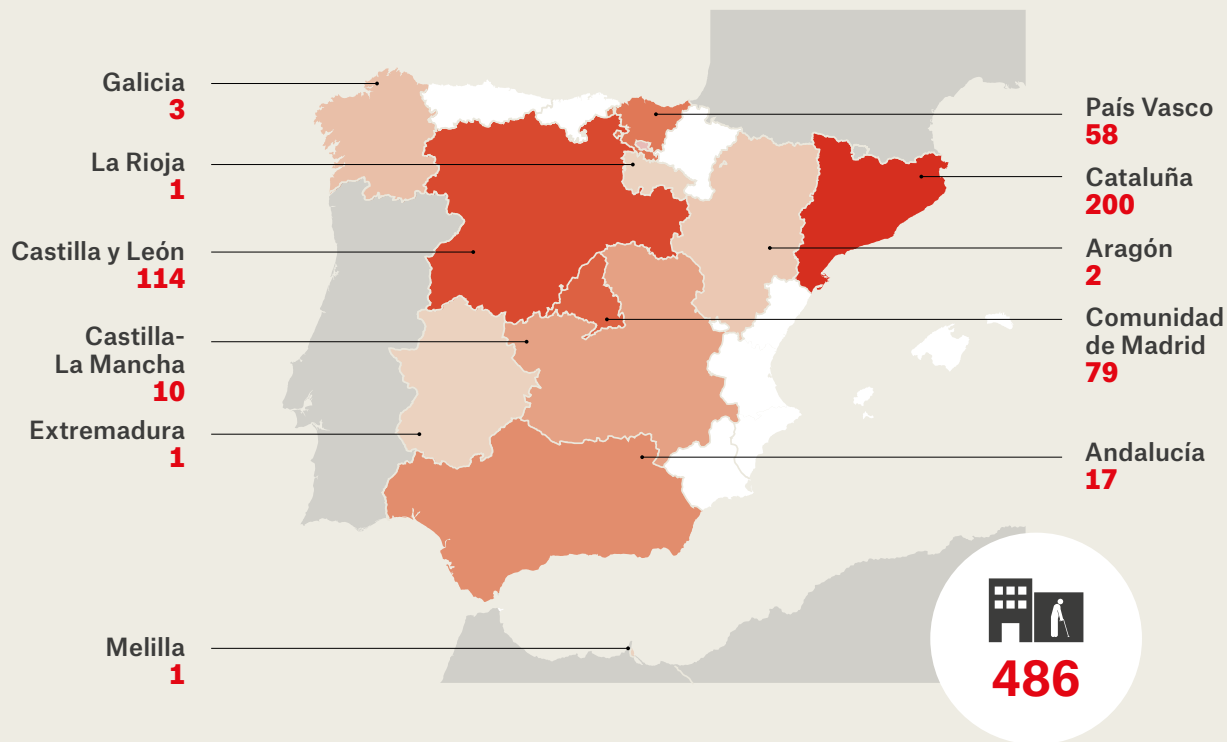
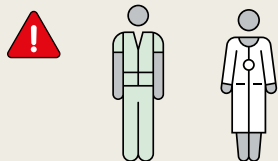


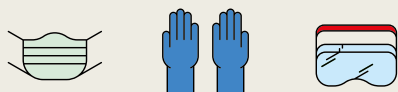
FIGURA 2. RESPUESTA DE MSF A LA COVID-19 EN RESIDENCIAS DE MAYORES EN ESPAÑA

Apoyo prestado

- Asesoramiento a autoridades sanitarias para impulsar un **enfoque de emergencia** y el refuerzo de los **recursos humanos**



- Asesoramiento a los equipos directivos y formación del personal sobre evaluación de riesgos y **control y prevención de infecciones**



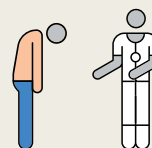
- Asesoramiento sobre procedimientos de **desinfección**



- Asesoramiento sobre **circuitos de residentes y personal** para prevenir infecciones



- Sensibilización sobre **dignidad del paciente** y comunicación con las familias



METODOLOGÍA: TESTIMONIOS Y FUENTES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

Las situaciones descritas en el informe confirman un patrón de abandono y desatención sanitaria

Este informe se basa en la colaboración y testimonios de personas directamente afectadas por la situación: residentes, personal y responsables de las residencias, familiares, gerencias territoriales, personal médico de atención primaria y especialista, y personal de enfermería, trabajo social, educación, salud pública, gerontología, psicología y psiquiatría, cuidados paliativos, servicios funerarios, limpieza y lavandería, así como el personal de registro civil y cuerpos de Bomberos y responsables políticos. Con varias de estas personas hemos vuelto a contactar durante la elaboración de este informe para actualizar, contrastar y completar algunos aspectos o testimonios.

En lo que respecta a las fuentes documentales, inventariamos y analizamos el ámbito que rige las residencias en las diferentes comunidades autónomas, en particular los protocolos que afectan a la respuesta en caso de infecciones, las visitas, la movilidad y las despedidas al final de la vida del paciente.⁵

En el capítulo de fuentes secundarias de información y análisis, consultamos los informes del Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria (MoMo), del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) y la Red Nacional de Vigilancia en Salud Pública (RENAVE); los boletines diarios del Ministerio de Sanidad; los datos del Instituto de Salud Carlos III; y los informes de las comunidades autónomas. También fueron tenidas en cuenta las webs de colegios profesionales, sindicatos y patronal de residencias, así como las informaciones de la prensa nacional e internacional y las escasas pero certeras recomendaciones y análisis de organizaciones y publicaciones especializadas, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Unión Europea, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), su homólogo estadounidense (Centers for Disease Control and Prevention's, CDC), *The Lancet*, la London School of Economics (LSE) y el Center for Clinical Standards and Quality/Quality, Safety & Oversight Group (CMS).

Las situaciones aquí descritas fueron recogidas en los informes de los equipos de MSF, tras visitar casi 500 residencias e interactuar con otras 800. Lejos de ser anecdóticas, **confirman un patrón en el que, de forma generalizada, observamos las mismas dificultades y comportamientos** (de hecho, para este análisis, hemos huido de situaciones particulares que, por muy duras que fueran, no reflejaran la situación general).

5 'Resumen Normativa de residencias', elaborado por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG). Revisado el 17.06. 2020. Disponible en: <https://www.segg.es/> y https://www.segg.es/media/descargas/Cuadro_resumen_SEGG_Normativa_Residencias_Rev.18mayo2020.pdf. Consultado el 13.08.2020.
Otros: <https://www.inforesidencias.com/contenidos/reglamentacion>. Ver comparativa de ratios de personal, camas y licencias en: <https://www.inforesidencias.com/contenidos/reglamentacion/nacional/cuadro-comparativo-en-tre-normativas-sobre-residencias-geriatricas-en-espa-a>.



ITALIA © VINCENZO LIVIERI

Asimismo, utilizamos la información recogida en las intervenciones de Médicos Sin Fronteras en residencias de mayores en Francia, Italia y Bélgica,⁶ para contrastar experiencias y recomendaciones; en este proceso, llegamos a la conclusión de que los retos afrontados fueron muy similares y la respuesta práctica de nuestra organización, equivalente. En los cuatro países, nuestras acciones de incidencia política estuvieron y están encaminadas a provocar un cambio en los elementos y criterios que afectan directamente a la atención sanitaria de calidad⁷ a las personas mayores en las residencias.

6 'Marginados en la respuesta a la COVID-19'. Informe de MSF Bélgica. Disponible en inglés y francés. Versión francesa en: https://www.msf-azg.be/sites/default/files/imce/Rapport_MaisonsDeRepos/MSF_lessons%20learned%20report_FR_FINAL.pdf. Consultado el 17.07.2020.

7 Modelos comparativos de gestión de la calidad en las residencias en Europa: <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/modelos-de-gestion-de-calidad-en-la-atencion-las-personas-con-dependencia-revision>. Consultado el 14.07.2020.

Alcance terminológico y confidencialidad

Las personas mayores deben ser consultadas

A efectos de alcance, este informe considera personal de las residencias al personal cuidador, sanitario, de limpieza, lavandería, cocina y mantenimiento, educación y trabajo social, así como al personal especializado que interactúa y participa de las actividades que se desarrollan en un centro residencial de mayores. De la misma forma, a falta de una definición oficial o consensuada, el concepto de “residencia de mayores” se emplea en su acepción más generosa, desde los pisos de reducida capacidad hasta las grandes estructuras, sean residencias públicas, privadas, concertadas o mixtas, o centros sociosanitarios. Nos referiremos a los adultos mayores de 65 años como “mayores” y “vulnerables” en atención a su gran exposición al virus, debido a la estructura de las residencias (orientadas a la convivencia) y a la habitual existencia de patologías previas. Es decir, la edad por sí sola no es un criterio de vulnerabilidad o fragilidad. La autonomía de las personas mayores debe ser considerada y deben participar y ser consultadas.

Para proteger su derecho a la intimidad y confidencialidad, MSF ha modificado los nombres asociados a los testimonios, aun teniendo consentimiento expreso en todos los casos, y ha querido que las referencias geográficas fuesen genéricas (sin que por ello se desvirtúe el contenido).

Limitaciones

Los equipos de MSF no participaron en el manejo clínico de pacientes

En lo que se refiere a las limitaciones, hemos de señalar que los equipos de MSF no participaron de manera directa en el manejo clínico de pacientes, más allá de alguna excepción de carácter urgente, cuando estaba en juego la vida de la persona. Por tanto, nuestros datos se basan en la observación y el testimonio directo y no en datos o historias clínicas. Así, este informe refleja qué hemos visto, hecho y aprendido, así como nuestras recomendaciones basadas en tales acciones.

Este informe se refiere por tanto a datos cuantitativos, extraídos de fuentes oficiales (mencionadas anteriormente), cuya interpretación queda limitada por la diversidad de criterios, definiciones y métodos de recogida de datos, que impide comparaciones rigurosas. No obstante, era y es importante compartir los datos públicos sobre la cifra de personas infectadas y fallecidas, incluso de manera imperfecta, para poder alertar a los responsables que correspondan sobre **la magnitud del impacto en la salud de los mayores que han tenido las decisiones que se han tomado durante la pandemia** y lograr su atención y una asignación proporcional de recursos. Los equipos de MSF utilizaron las fuentes disponibles en cada momento, junto con los testimonios individuales recogidos, para alertar a las autoridades y gerencias de las residencias y subrayar la necesidad de cambios.

A día de hoy, la disponibilidad de datos, la disparidad de las fuentes y la interpretación fragmentada de la información dificultan aún más el análisis del impacto de la pandemia en las residencias de mayores en España, y consideramos que merece un apartado propio.

Falta de información para dimensionar la magnitud y gravedad de la situación

Entre 27.000 y 33.000 personas mayores podrían haber fallecido en las residencias

Basta decir que, siendo el sector de las residencias de mayores el más golpeado por la crisis sanitaria provocada por la pandemia, el Gobierno central aún no ha publicado datos definitivos cumulativos de personas fallecidas. La cifra en residencias, a 22 de julio, oscilaba entre las 19.645 personas que se deducían de los datos aportados por las CC. AA.,⁸ y las entre 27.359 y 32.843 de que habían informado en diferentes ocasiones el Ministerio de Sanidad, las propias comunidades y otras publicaciones.⁹

El dato de personas fallecidas es el más relevante y el más difícil de obtener con rigor. Existen tres enfoques principales para registrar las muertes relacionadas con la COVID-19. Es importante considerar cada uno de estos enfoques a la hora de generar la información necesaria para dimensionar el impacto de la epidemia.¹⁰ Son los siguientes:

- Muertes de personas con resultados positivos por PCR.
- Muertes de personas con sospecha de COVID-19.
- Muertes en número mayor que el habitual para una fecha y lugar determinados.

Faltó sistematización y claridad en la recogida de datos en el principal foco de la epidemia

El 23 de marzo, mediante la Orden SND/275/2020,¹¹ el Ministerio de Sanidad pidió a los Gobiernos regionales que enviaran los datos de personas fallecidas en hospitales con PCR positiva y con síntomas compatibles con la COVID-19. Pero **no fue hasta el 16 de abril** (Orden SND/352/2020¹²), **tras el pico de la epidemia y con más de 5.000 fallecidos en residencias** –como en la Comunidad de Madrid–, cuando **se requiere a las comunidades que remitan un formulario con el número de personas fallecidas** en residencias. Esta nueva orden de recogida de datos no se acompañó de un mecanismo eficaz y consensuado entre las Administraciones para realizar un trabajo riguroso; al contrario, hubo quejas sobre lo complejos y burocráticos que resultaban los

8 <https://www.rtve.es/noticias/20200721/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>. Consultado el 22.07.2020.

9 <https://elpais.com/sociedad/2020-07-07/el-gobierno-cifra-en-27359-el-numero-de-fallecidos-en-residencias-aunque-no-lo-hace-publico-porque-cuestiona-los-datos-de-las-comunidades.html> (consultado el 06.07.2020) y <https://www.lainformacion.com/asuntos-sociales/residencias-muertes-espana-sanidad-COVID/2809726/> (consultado el 14.07.2020).

10 Zalakaín, J., Davey, V. & Suárez-González, A. The SARS-COV-2 on users of Long-Term Care services in Spain. LTCCOVID, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 28 May 2020. Disponible en: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCCovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>. Consultado el 06.07.2020.

11 Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, sobre remisión de información de Comunidades Autónomas al Ministerio de Sanidad, orden que cambiaron los criterios de recopilación de datos. La Orden establece que solo se recogerán en el reporte diario emitido por el CCAES casos confirmados por PCR, tanto para personas fallecidas como para contagiadas; pero aun en ese momento, no todos los hospitales, y aún menos los centros de atención primaria o las residencias, tenían PCR a su disposición. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/24/pdfs/BOE-A-2020-4010.pdf>. Consultado el 10.06.2020.

12 Orden SND/352/2020, de 16 de abril, que se implementa el 26 de abril. Disponible en: <https://boe.es/boe/dias/2020/04/17/pdfs/BOE-A-2020-4493.pdf>.

formularios en un momento de urgencia y escasez de recursos. Para el 7 de julio, aún había varias comunidades autónomas que no habían entregado ningún dato al Ministerio; otras lo hicieron solo una vez.

La falta de sistematización y claridad documental y el cambio de protocolos y definiciones de caso a nivel central impide que datos y resultados sean comparables. Mientras algunas CC. AA. distinguen entre los fallecimientos diagnosticados por PCR y los sintomáticos sin confirmación diagnóstica, otras comunidades no establecen tal diferenciación. Además, algunas comunidades han incluido en esta estadística las muertes de mayores en centros para personas con discapacidad o con enfermedad mental. El cruce de información y de fuentes oficiales lleva a situaciones tan absurdas como el que, en Cataluña, la tasa de mortalidad en residencias de mayores de la Generalitat (obtenida de los datos de los servicios funerarios) duplique la cifra que maneja el Ministerio de Sanidad.¹³

A nivel internacional, no existen tampoco criterios adaptados en ausencia de tests diagnósticos.¹⁴ La nueva Clasificación Internacional de Enfermedades, en su Décima Revisión (CIE-10),¹⁵ aplica el código de emergencia "U07.1" en la codificación de mortalidad por COVID-19, siendo la confirmación solo mediante prueba de laboratorio. Sin embargo, al principio de la epidemia, no había medios de diagnóstico disponibles en las residencias y las personas asintomáticas en estos centros alcanzaron cifras muy elevadas: un 69,7% en los residentes que habían dado positivo y un 55,8% en el personal, según un estudio realizado en Barcelona.¹⁶ La definición de caso debería haberse adaptado a los medios diagnósticos disponibles y, en todo caso, estas redefiniciones también contribuyeron a la discordancia de cifras.

Las webs oficiales son ejemplo claro de disparidad de datos y criterios, tal y como se observa en el siguiente recuadro.

Las webs oficiales son un ejemplo claro de la disparidad de la información

13 https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/generalitat-reconoce-ahora-casi-doble-muertos-por-coronavirus-en-cataluna_338616_102.html (consultado el 10.06.2020) y <https://elpais.com/sociedad/2020-04-15/cataluna-cambia-la-forma-de-contar-casos-y-hace-aflorar-3242-fallecidos-mas-con-coronavirus.html> (consultado el 11.07.2020).

14 <https://ltcCOVID.org/2020/04/12/mortality-associated-with-COVID-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>. Consultado el 11.07.2020.

15 <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/U07.1>. Consultado el 11.07.2020

16 https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/9/20-2603_article. Para este estudio, se obtuvieron 5.869 muestras (3.214 de residentes y 2.655 de trabajadores); un 23,9% de los residentes (768) y un 15,2% de los trabajadores (403) dieron positivo en COVID-19. Entre quienes dieron positivo (y de los que existiera información sobre los síntomas), eran asintomáticos el 69,7% de los residentes y el 55,8% del personal.

Datos de personas fallecidas de acuerdo a diversas fuentes públicas

Si bien fechas y criterios no son comparables, se demuestra la disparidad de cifras

- 1 Ministerio de Sanidad, 'Actualización nº 161'. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_161_COVID-19.pdf. Consultado el 14.07.2020.
- 2 <https://www.lainformacion.com/asuntos-sociales/residencias-muertes-espana-sanidad-COVID/2809726/>. Consultado el 14.07.2020.
- 3 https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo_Situacion%20a%2019%20de%20julio_CNE.pdf. Consultado el 27.07.2020.

28.406
defunciones

Ministerio de Sanidad

La 'Actualización nº 161', de 14 de julio, establece la cifra total de fallecidos en España (todos los grupos de edad e independientemente del lugar de fallecimiento, sean hospitales o residencias) en **28.406 personas**.¹

27.359
defunciones en residencias

Ministerio de Sanidad

El 7 de julio informa de que al menos **27.359 personas fallecieron** en residencias entre el 6 de abril y el 20 de junio.

El recuento excluye las fechas del pico y mayor mortalidad, "no especifica causas de defunción y deja fuera a una comunidad autónoma; la cifra supone el 7,1% del total de residentes en España y, lejos de disipar las dudas, abre un agujero de más de 5.000 decesos, ya que ni siquiera el departamento que lidera Salvador Illa avala la calidad de un número que podría oscilar hasta las **32.843 defunciones**".²

43.945
defunciones más que en el mismo periodo de 2019

Instituto Nacional de Estadística (INE) y Registros Civiles (exceso de mortalidad)

Según los datos del INE recibidos de los Registros Civiles, la cifra de personas fallecidas entre el 1 de enero y el 24 de mayo asciende a 225.930, **un aumento del 24,1% (43.945 personas más)** respecto al mismo periodo de 2019. La mortalidad se disparó en España en la peor semana de la crisis sanitaria, con un aumento del 155%. Según los datos a **27 de julio**, el exceso de mortalidad por todas las causas a nivel nacional, del 13 de marzo al 22 de mayo, fue del 58%; este exceso se concentró en los mayores de 74 años (**67%**), seguido del grupo de 65 a 74 años de edad (**47%**).³

19.406
defunciones en residencias

Comunidades autónomas

Según los datos ofrecidos el 13 de julio por RTVE, que a su vez cita datos proporcionados por las comunidades autónomas, el número de víctimas mortales que el coronavirus ha dejado en las cerca de 5.400 residencias de mayores españolas se sitúan en **19.634**.

205.638
pensiones contributivas menos que en el mismo periodo de 2019

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones

En mayo de 2020, se pagaron 38.508 pensiones contributivas menos que en abril; es la disminución **más alta de los últimos 15 años**. Entre enero y mayo, las bajas (que se deben muy mayoritariamente al fallecimiento del pensionista) crecieron hasta las 205.638, un 17,5% más que en el mismo periodo del año anterior.



© OLMO CALVO

En este momento no es posible hacer un balance riguroso de los mayores fallecidos en residencias u hospitales

Respecto a la recogida de datos y no solo de fallecimientos, el ECDC¹⁷ creó un modelo específico para la COVID-19, definido como “fiable, accesible, sostenible, transparente, comparable e interoperable”, que las autoridades españolas aún están valorando para adecuar el modelo actual.

Por todo ello, a fecha de cierre de este informe, resulta impreciso cualquier balance riguroso y diferenciado de personas fallecidas en hospitales o en residencias. Tampoco podemos distinguir, de entre quienes murieron en residencias, a quienes lo hicieron por causa directa de la COVID-19 o por otras patologías sin haber sido referidos a atención primaria u hospitales. La estimación se aproxima a los **30.000 fallecimientos en residencias.**

17 Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades. Surveillance of SARS-COV-2 in long-term care facilities in the EU/EEA, 19 May 2020. Stockholm: ECDC; 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-COVID-19-long-term-care-facilities-EU-EEA> Páginas 8-10. Data reporting. Disponible solo en inglés.

TRABAJO DE INCIDENCIA EN MSF

Faltó liderazgo, coordinación y transparencia orientada a acciones eficaces

Desde el inicio de su intervención, MSF compartió, además de propuestas de colaboración, una serie de peticiones concretas a las máximas autoridades.¹⁸ Cabe destacar las realizadas durante los primeros días de declaración del estado de alarma al presidente del Gobierno de España, Pedro Sánchez; al ministro de Sanidad, Salvador Illa; y a Consejerías y Delegaciones en las diferentes comunidades autónomas. En estas comunicaciones, MSF abogó por una colaboración inicial y propuso medidas de cambio concretas una vez iniciadas las actividades en residencias, enunciando los retos y proponiendo soluciones (como veremos en los siguientes apartados).

Los mensajes y dificultades clave trasladados en la interlocución con las autoridades fueron los siguientes:

- Ausencia de información transparente, liderazgo y acciones claras y decididas para atajar el brote en las residencias.
- Deficiencias en la prevención y control de infecciones y necesidad de un perfil profesional que asuma la supervisión de estas tareas.
- Falta de capacidad aumentada y refuerzo de programas de atención primaria.
- Falta de derivación hospitalaria oportuna.
- Insuficiencia de equipos de protección individual, protocolos y formación adecuada para su uso.
- Falta de claridad en los protocolos al final de la vida y de despedidas, y dificultades manifiestas en las despedidas de familiares.
- Necesidad de mejora en el trato, cuidados y dignidad del paciente.
- Ineficiencia y retrasos en las estrategias de diagnóstico.
- Falta de recursos humanos con disponibilidad y formación.

Ya el 29 de marzo, MSF pidió a Sanidad criterios claros en las referencias hospitalarias

El 29 de marzo, MSF solicitó en correspondencia directa al **ministro de Sanidad**, entre otras medidas, “ejecutar un procedimiento y criterio claro de referencias y contrarreferencias entre los lugares más afectados y los menos afectados”.

El 9 de abril, MSF publicó, en colaboración con Amnistía Internacional, la carta ‘Es aquí y es ahora’, pieza clave a la que el Gobierno respondió de forma detallada en mayo. Dándole seguimiento, MSF envió una segunda carta (cuando la mortalidad de los mayores necesitaba mayor atención y recursos) al **Ministerio de Sanidad y a la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados**, así como a otros interlocutores clave: **Presidencias autonómicas y Consejerías de Sanidad de las CC. AA.**

¹⁸ Todas estas cartas pueden consultarse.

Las comunicaciones de MSF a las Administraciones fueron numerosas

También se difundió entre los **colegios profesionales de medicina, enfermería, educación social y técnicos sanitarios, entre las patronales de las residencias, los sindicatos, los grupos empresariales de residencias privadas, colectivos de familiares y funerarias**, para retroalimentar y en su caso adecuar las actividades de MSF en su apoyo a las residencias. Recibimos respuesta de diversas Administraciones públicas y trabajamos de manera bilateral para hacer seguimiento de la evolución y los avances.

El 8 de mayo, MSF insiste por carta al **Ministerio de Sanidad** sobre la necesidad de “un plan de movilización de personal efectivo y proporcional a las necesidades de los residentes para unos cuidados de calidad y un trato digno en recursos personales y materiales de protección, así como la dotación de los recursos necesarios para la gestión geriátrica en atención primaria”. El 19 del mismo mes, se refuerzan estas mismas peticiones en una carta abierta conjunta con varias asociaciones sanitarias profesionales, entre ellas la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG).¹⁹

Con fecha 2 de junio, y como seguimiento a todas las iniciativas mencionadas, MSF mantuvo una reunión con **portavoces de las Comisiones de Sanidad del Congreso de los Diputados y del Senado**. La reunión amplió las peticiones realizadas a principios de abril y mayo, centrando las solicitudes en la evaluación del impacto y el establecimiento de un plan de contingencia adecuado que prepare al sistema sanitario para posibles brotes, con especial atención a las residencias.

Durante la epidemia, trasladamos también al **CCAES** nuestras observaciones y recomendaciones prácticas (el 18 de abril, el 1 de mayo y el 22 de junio), con el objetivo de que fueran compartidas en las reuniones que el Centro de Coordinación mantenía con el ministro de Sanidad y el presidente del Gobierno.

Finalmente, el 15 de mayo, remitimos una carta al **Ministerio de Sanidad y a todas Consejerías y demás actores relevantes** para informar del fin de la intervención de apoyo directo de MSF (el 22 de mayo), al tiempo que facilitamos el acceso a los recursos disponibles en la web y un teléfono para peticiones urgentes.

A finales de julio, como seguimiento a conversaciones bilaterales, entregamos una nota conjunta con las lecciones aprendidas del trabajo de MSF en **Bélgica, Portugal y España** a diversas personalidades e instituciones clave de la **Unión Europea**; en esta comunicación, pedimos un plan de contingencia para las residencias, que esté acompañado de una clara dotación de recursos para el fortalecimiento de los sistema de salud en atención primaria y hospitalaria.

19 Asociación de Enfermería Comunitaria, Consejo General de Enfermería, Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria, Organización Médica Colegial, Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Los mayores en residencias y su vulnerabilidad frente a la epidemia

Las rutinas de convivencia y socialización inherentes a las residencias facilitan la propagación de los virus

Quienes viven en residencias están integrados en el Sistema Nacional de Salud, con los mismos derechos que cualquier otra persona

PERFIL DE RESIDENTES: VULNERABILIDAD Y ALTA MORTALIDAD

Las personas mayores que viven en residencias están en una situación especial de vulnerabilidad frente a la COVID-19 por diversos motivos:

- Habitualmente, son personas de edad avanzada que presentan pluripatologías, comorbilidades y enfermedades crónicas, que debilitan su estado de salud y su resistencia frente a una infección.
- Las rutinas de convivencia estrecha y dinámicas comunitarias facilitan la propagación de los virus.
- Las tareas de cuidado personal, especialmente si los residentes tienen cierto grado de dependencia, requieren contacto físico estrecho. Actividades como lavar el cuerpo, vestir, alimentar o ayudar en el baño facilitan el contagio.
- El personal encargado de estos cuidados entra y sale de las residencias y a menudo trabaja en varios lugares, debido a la precariedad laboral, lo que aumenta la posibilidad de contraer y propagar el virus entre diferentes centros.

Otro factor muy importante a tener en cuenta es que las residencias de mayores no están concebidas en España como centros sociosanitarios y por tanto quienes viven en ellas **se mantienen integradas en el Sistema Nacional de Salud de la misma forma que cualquier otra persona que resida en su propio domicilio**, lo que incluye el acceso a las estructuras de salud (centros de salud, especialistas y hospitales) y la atención domiciliaria, es decir, la atención en la propia residencia por parte de los equipos de atención primaria. Las residencias **son hogares, donde el propósito es la convivencia y la seguridad de los cuidados básicos, no la cura de las enfermedades o la asistencia médica de urgencia o con criterio hospitalario**. Por ello, el personal no está formado, en general, en cuidados médicos.

La situación de la COVID-19 ha revelado que no existían en las residencias mecanismos de respuesta adecuados a esa vulnerabilidad o fragilidad de las personas mayores, lo que se tradujo en una elevada mortalidad y convirtió a esta población en **la más afectada por la COVID-19, y también en la más abandonada**.

En el primer momento de la crisis, la respuesta se centró en el colapso del sistema sanitario, en los servicios de urgencias y en las ucis de los hospitales, llegando al punto de obstaculizar las derivaciones desde las residencias de mayores. No se las dotó de los recursos necesarios para contrarrestar esa vulnerabilidad y no hubo instrucciones claras en términos de sectorización, medidas de desinfección, protección, estrategias diagnósticas y acceso a la salud, ni siquiera cuando las residencias pasaron a depender de la responsabilidad y gestión de las Consejerías de Salud de las comunidades autónomas.

EL MODELO DE LAS RESIDENCIAS EN ESPAÑA

Buena parte de las dificultades durante la COVID-19 se deben a deficiencias estructurales en el modelo de residencias

El alto índice de mortalidad que la COVID-19 ha provocado en las residencias revela que una buena parte de las dificultades durante la crisis estuvieron ligadas a las deficiencias estructurales, así como a la precariedad laboral y a recortes en el sector que han sido contrastados. Para MSF, el debate no está en el cambio de un modelo por otro, o en si las residencias tienen que pasar al Sistema Nacional de Salud o deben seguir siendo parte de los servicios sociales, o en si la gestión debe seguir descentralizada en la comunidad autónoma, o en si el modelo debe ser público o privado. Para MSF, el debate debe estar en cómo asegurar **que las personas mayores y sus necesidades de cuidados y salud se pongan en el centro del modelo.**



© OLMO CALVO

Sea cual sea el modelo de gestión y gobernanza que se adopte, ha de traducirse a un marco normativo que proteja adecuadamente a este colectivo. Las deficiencias detectadas en el funcionamiento, con su coste dramático en vidas y sufrimiento, han de subsanarse radicalmente. Los requisitos y las obligaciones que cumplan y contraigan quienes asuman la responsabilidad del cuidado de estas personas tienen que estar a la altura de los desafíos que esta crisis ha evidenciado. Esta situación no se debe repetir.

IMPACTO EN LA SALUD

La respuesta eficaz a esta epidemia en las residencias era, de hecho, inviable

Las residencias tenían un **déficit estructural de recursos y de supervisión sanitaria y ningún plan de contingencia**. Esta combinación hizo inviable la respuesta a la epidemia. Carecían de recursos sanitarios y asistenciales, lo que tuvo un impacto directo en la salud de los residentes, cuando recayó en **estructuras diseñadas para situaciones sociales (de vivienda o residencia) la responsabilidad de un recurso sanitario de urgencia, de vida o muerte**. Esto condujo a que la asistencia médica quedara desatendida, a una alta mortalidad y a una merma en la calidad de la atención social. **Muchas personas mayores murieron aisladas y solas, hasta el punto de que, en algunos casos, se las encontró ya sin vida en sus habitaciones al cabo de varias horas o incluso días.**



La potencial falta de eficiencia se traduce no solo en una merma en la salud y en la calidad de vida de las personas, sino en un incremento del coste, puesto que no atendemos adecuadamente las fases posagudas y crónicas, produciendo incapacidades, reincidencias y reagudizaciones que podrían evitarse”.

Alberto Giménez, presidente de la Fundación Economía y Salud.²⁰

Es necesario mejorar la coordinación con la sanidad pública, a través de la atención primaria

Para evitar este impacto, es necesaria una mayor cohesión de los servicios sociales y sanitarios y una mayor coordinación, supervisión y apoyo del sistema público de salud a través de los centros de atención primaria, con el fin de garantizar asistencia médica y cuidados dignos donde sea necesario: domicilio, ambulatorio, ambulancia, centro de atención primaria, residencia, centro sociosanitario, hospital, hotel medicalizado, “hotel confort”, pabellón, etc.

²⁰ <http://isanidad.com/100778/que-significa-sociosanitario-consenso-de-50-expertos-de-la-fundacion-economia-y-salud/>. Consultado el 16.06.2020.

COMPETENCIAS DURANTE EL ESTADO DE ALARMA: EL ROL DE LAS CC. AA.

Durante el estado de alarma, se trasladaron las competencias sobre las residencias de las Consejerías de Asuntos Sociales a las Consejerías de Sanidad

Las competencias sobre las residencias corresponden a las 17 comunidades autónomas.²¹ El modelo es por tanto diverso y abierto a la discrecionalidad de cada organismo autonómico competente; además, debemos sumar la alteración sujeta a la declaración del estado de alarma.²² Las competencias autonómicas y locales no quedaron directamente modificadas, pero el ejercicio ordinario de las mismas sí quedó parcialmente afectado, dado que las medidas del Gobierno durante el estado de alarma podían alcanzar a cualquier materia. Concretamente, las competencias sobre las residencias corresponden a la Consejería de Asuntos Sociales de cada comunidad autónoma. La estructura de gobernanza de las residencias en España se compone de diferentes niveles y elementos de servicios sociales, que se gestionan separadamente del sistema nacional de salud, distribuyéndose la responsabilidad de forma vertical entre las Administraciones nacionales, autonómicas, provinciales y municipales. Durante el estado de alarma, la Orden SND/265/2020,²³ que entró en vigor el 23 de marzo, trasladó las competencias de las Consejerías de Asuntos Sociales a las Consejerías de Sanidad. En algunas comunidades autónomas, como Cataluña, este estatus dependiente de Sanidad se prolongó más allá de la finalización del estado de alarma.

RÉGIMEN DE LAS RESIDENCIAS

La segmentación del sector de las residencias dificulta la armonización y supervisión de prácticas

Como resultado de esta fragmentación y multiplicidad de partes involucradas, las residencias y sus servicios se rigen y gestionan mediante una combinación de proveedores y de entidades públicas, privadas con ánimo de lucro y privadas sin ánimo de lucro, siempre conectadas al sistema nacional de salud. Esta segmentación genera desafíos importantes a la hora de armonizar y supervisar la calidad de los servicios prestados, provocando que la responsabilidad de inspección sea difusa y que los recursos sociales y sanitarios se gestionen de manera descoordinada. En lo que concierne a la vinculación de la empresa privada con los servicios de titularidad pública, existen dos tipos de acuerdos con las Administraciones

21 El artículo 137 de la Constitución Española establece que “el Estado se organiza territorialmente en municipios, en provincias y en las Comunidades Autónomas que se constituyan”. Señala asimismo que “todas estas entidades gozan de autonomía para la gestión de sus respectivos intereses”. Con la disolución del INSALUD en 2002, las competencias sanitarias fueron transferidas a cada comunidad autónoma. La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud se promueve cuando todas las CC. AA. han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad y se ha establecido un modelo de financiación que abarca a todas las competencias transferidas.

22 Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma.

23 Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, que permite a los Gobiernos autonómicos intervenir en la gestión de las residencias de titularidad pública o privada. La orden establece que se podrá “modificar la prestación de servicios del personal médico, de enfermería u otro tipo de personal sanitario vinculado con las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios”. En su apartado 7, faculta a los Gobiernos autonómicos a “dictar las resoluciones, disposiciones e instrucciones interpretativas que, en la esfera específica de su actuación, sean necesarias”.

Existe una preocupación generalizada por la disminución de los estándares de calidad como resultado de los esfuerzos para contener los costes y generar los márgenes de beneficio esperados

Las personas más vulnerables deben ser la prioridad de cualquier modelo de atención

responsables de las competencias: el modelo de concierto (el dinero público financia el uso de plazas en residencias privadas) y el modelo de concesión (se cede la gestión de centros públicos a empresas privadas).²⁴

El sector de las residencias está cada vez más dominado por proveedores privados con ánimo de lucro. Entre los numerosos familiares con los que estuvimos en contacto, entre otras fuentes, existe una preocupación generalizada por la disminución de los estándares de calidad como resultado de los esfuerzos para contener los costes y generar los márgenes de beneficio esperados. Las instalaciones del sector público que gestionan proveedores privados afrontan los mismos problemas.

Según los últimos datos del CISC disponibles, en España hay 5.417 centros residenciales de mayores, con un total de 372.985 plazas.²⁵ El 72,8% son **de titularidad privada** (271.579, cifra en la que se incluyen las 49.832 privadas sin ánimo de lucro); el resto son plazas de titularidad pública (un 27,2%, es decir 101.406). En términos de gestión de las plazas, el 84,8% de todas las plazas residenciales **están gestionadas por empresas privadas**.²⁶

Actualmente no existen estudios determinantes que permitan comparar el impacto de la mortalidad en los diferentes modelos de gestión pública o privada,²⁷ ni tampoco entre los modelos de gestión centralizada o con competencias total o parcialmente transferidas.

MSF considera que, ante una emergencia como la COVID-19, sería recomendable **un sistema basado en la atención a las personas más vulnerables, allí donde sea necesario, con estrategias innovadoras y emergencistas, aunque en un comienzo puedan ser imperfectas; es el criterio de intervención que más reduce la mortalidad y mejor controla, protege y previene la infección.**

24 Un ejemplo concreto y relevante lo representa la multinacional líder del sector de residencias en España, DomusVi, que mantiene acuerdos con 82 administraciones públicas autonómicas y municipales y con diputaciones provinciales. Ver: https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/04/13/82_administraciones_alimentan_con_dinero_publico_expansion_multinacional_las_residencias_domusvi_105819_1012.html. Consultado el 14.04.2020.

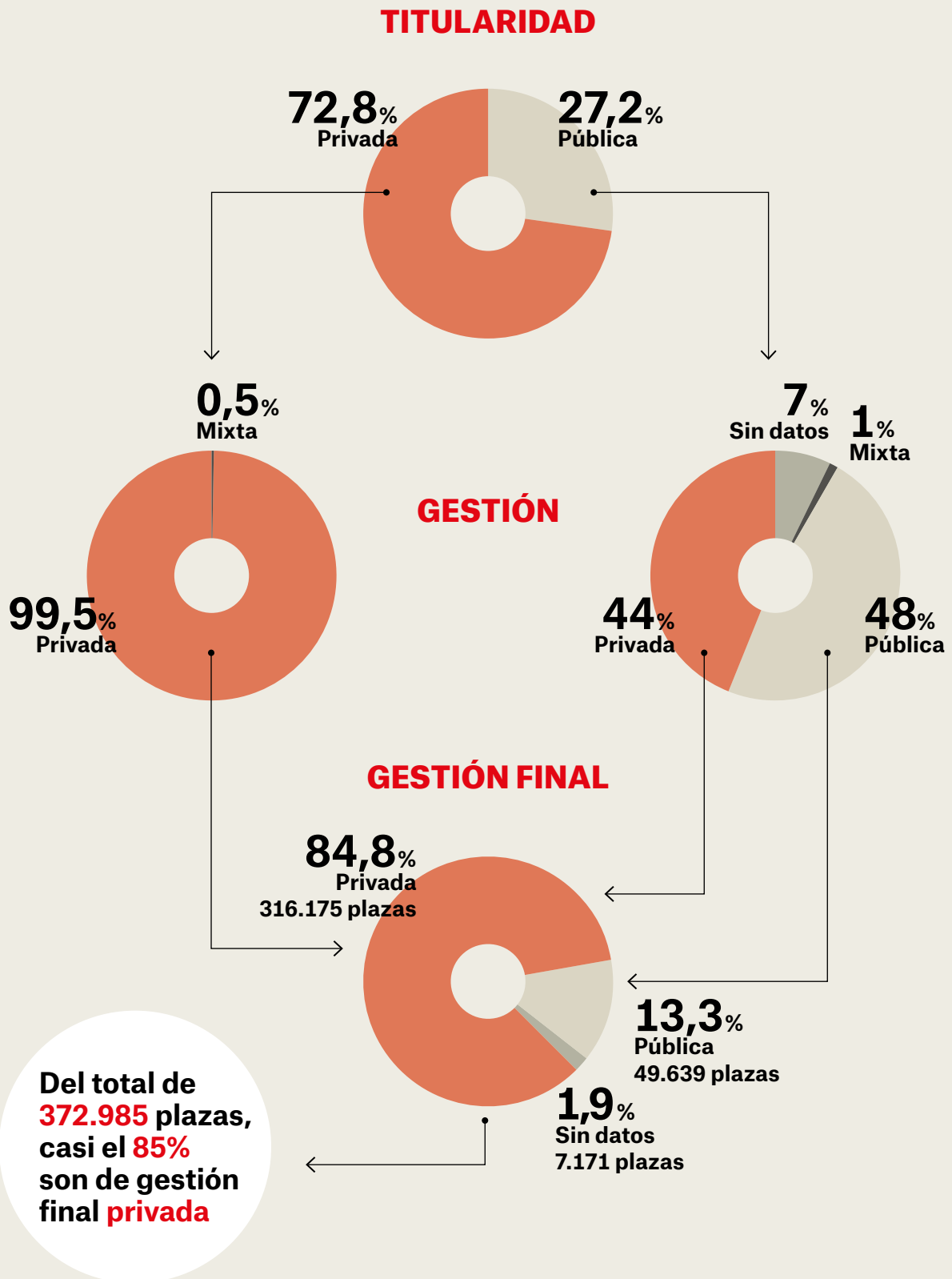
25 <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf>. Consultado el 05.08.2020.

26 <http://envejecimientoenred.es/quien-gestiona-las-residencias-en-espana/> y <http://envejecimientoenred.es/quien-gestiona-las-residencias-en-espana/>. Consultado el 05.08.2020.

27 De las 486 residencias que MSF visitó o a las que dio apoyo, el 16% de son de gestión pública y el 84% privadas.

FIGURA 3. TITULARIDAD Y GESTIÓN DE LAS RESIDENCIAS EN ESPAÑA

● Privada ● Pública ● Mixta ● Sin datos



Fuente: Envejecimiento en red, 2019

Retos encontrados y la respuesta de MSF

“ ‘Cuando despertamos, el virus ya estaba aquí’. Domingo remarca las sílabas al pronunciar esta frase, como haría quizás con los alumnos en sus tiempos aún cercanos de profesor de instituto. Nos causa simpatía la alusión al famoso microrrelato y se lo hago saber: ‘Este bicho se esconde mejor que un dinosaurio’, le digo, buscando la chispa de orgullo que aparece en la mirada de alguien cuando reconoces su ingenio. Pero lo único que vemos en sus ojos es su tristeza apagada. Gira el rostro, contempla la cama vacía del compañero de cuarto con el que ya no volverá a jugar a las cartas y mueve la cabeza con expresión de estupor. ‘Yo no sé cómo nadie se dio cuenta antes’”.

Testimonio de un miembro de los equipos de MSF que prestaron apoyo presencial en residencias.

Sin pretenderlo, Domingo resumía en dos frases el sentimiento de perplejidad que encontramos en las casi 500 residencias a las que dimos apoyo en España. Si sabíamos que este virus es muy contagioso y se ceba en las personas mayores, ¿por qué hemos tardado tanto en protegerlas? ¿Qué ha fallado? ¿Qué podemos hacer para que no se repita?

FALTA DE ANTICIPACIÓN Y DE PLANES DE CONTINGENCIA

La COVID-19 reveló la importancia de los planes de contingencia

La situación de epidemia en España reveló la importancia de los planes de contingencia, que anticipan escenarios de epidemia y respuestas operacionales adecuadas. En el caso de las residencias de mayores, esta falta de anticipación²⁸ tuvo un efecto devastador. Según las estimaciones de Sanidad disponibles y aún por confirmar, el número de personas fallecidas en las residencias oscila **entre las 27.359 y las 32.843**.

El escenario menos grave que ha ofrecido Sanidad sitúa las víctimas mortales en 27.359. Del total, 9.003 casos (32,9%) sí contaron con un diagnóstico de COVID-19, mientras que en 9.830 (35,9%) se detectó sintomatología atribuible al virus, aunque no se llegó a confirmar.

28 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID_19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf. Consultado el 07.07.2020.



© OLMO CALVO

El resto de las defunciones en estos centros (31,2%) se atribuyeron a otras causas, entendiéndose con ello casos relacionados con otras enfermedades que no fueron atendidos por falta de cuidado asistencial, de traslado al hospital o por la interrupción de las pautas en la administración de la medicación.²⁹

La repercusión negativa de esta falta de anticipación aumenta cuando la respuesta depende además de una multiplicidad de interlocutores, como se ha explicado ya en el apartado dedicado a la gestión de las residencias en España: Consejerías de Servicios Sociales y de Sanidad, Diputaciones, Ayuntamientos, servicios de atención primaria, servicios de salud pública, patronatos de las fundaciones y gerencias de centros privados y de centros religiosos. Todas estas instancias deben trabajar de manera coordinada y con una estrategia común, debatida y consensuada de antemano, en la que los roles y responsabilidades de cada cual estén bien determinados. La **complejidad de los modelos** (gestión pública, concertada, privada, fundaciones y órdenes religiosas) no hace sino aumentar esa necesidad de anticipación, ya que la **fragmentación favorece los cuellos de botella y el retraso o acierto en el proceso de toma de decisiones.**

²⁹ <https://www.lainformacion.com/asuntos-sociales/residencias-muertes-espana-sanidad-COVID/2809726/>. Consultado el 07.07.2020.

La falta de entendimiento entre Administraciones de distinto signo político pesó negativamente en la respuesta

La falta de entendimiento entre las Administraciones gobernadas por diferentes partidos políticos y las desconfianzas entre los propios órganos de Gobierno responsables de la legislación, supervisión y fiscalización de las residencias, así como la dependencia presupuestaria del Estado o de los familiares, **pesaron, en ocasiones, más que el dar una respuesta eficaz e inmediata a las necesidades identificadas.** El volumen de negocio del sector privado, que como vimos corresponde al 72,8% en España,³⁰ dificulta aún más las tareas de vigilancia, coordinación y supervisión por parte de la Administración y ejerce una presión mercantil sobre los procedimientos, que conduce en muchos aspectos a la indefinición, así como a la indefensión de los residentes y familiares cuando se produce una falta de atención sanitaria adecuada.

Observamos, por ejemplo, falta de criterio y de agilidad para determinar el cierre de las residencias a visitas y a proveedores, como mecanismo de aislamiento frente al virus mientras no se tuviesen materiales de protección, recursos y protocolos adecuados, y esto ocurrió tanto en residencias de gestión pública como privada. A pesar de que ya a finales de febrero algunas residencias proponían esta medida, no fueron capaces de hacer suyo este sentido de anticipación. La falta de legislación y el temor a las consecuencias jurídicas de decisiones unilaterales provocaron que muchas gerencias, paralizadas y sobrepasadas por las circunstancias, esperaran a que otras instancias asumieran la responsabilidad.

Miguel, gerente territorial de Servicios Sociales en una de las CC. AA. más afectadas, explicaba lo siguiente a MSF sin disimular su arrepentimiento:

“ Aquí hubo dos residencias que quisieron cerrar a las visitas en la última semana de febrero y en la primera de marzo, cuando ya se iban conociendo casos. ‘Imposible’, les dije yo, ‘no hay amparo legal para lo que estáis proponiendo, nos lloverán las denuncias de los familiares’. Diez días después, todos los Gobiernos autonómicos habíamos seguido ese mismo camino a raíz del decreto de alarma, pero el virus estaba ya en muchos de los centros. No sé si hubiese servido de algo, pero yo no paro de darle vueltas a lo que podíamos haber evitado si estas decisiones se hubiesen tomado antes, cuando ya veíamos lo que se nos venía encima”.

Faltaron criterios y agilidad para proteger y blindar las residencias al comienzo de la crisis

La ausencia de planes de contingencia no afecta únicamente al momento de identificar cuando se está afrontando una crisis, sino también a la manera de navegar en ella, así como a la fase de desescalada y a las medidas para favorecer la recuperación y la preparación para un posible nuevo brote.

30 Datos de abril de 2019 del CSIC y el CCHS. Disponibles en: <http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/indicadores/residencias/index.html>. Consultado el 07.07.2020.

Hubo indefinición en el papel que debía desempeñar la atención primaria

Esta falta de planificación invita al caos en situación de crisis: déficit de asistencia médica y de las posibilidades de derivación de pacientes a los hospitales, indefinición del papel que debían jugar la atención primaria y los servicios de salud pública, ausencia de soluciones para gestionar los casos necesitados de cuidados médicos, cuidados paliativos y al final de la vida, negligencia en los aspectos humanos del confinamiento, dificultades en el suministro de los materiales de protección y de higiene, multiplicación de protocolos desde diferentes ámbitos y con escasa aplicación a la realidad de los centros, carencias en la formación específica, ausencia de planes para cubrir las bajas de personal, falta de estrategias para la prevención del contagio, incertidumbre en el liderazgo y en las responsabilidades entre las diferentes Administraciones y entidades, escasa fiabilidad de las herramientas y estrategias diagnósticas (que llegaron con mucho retraso), y, finalmente, el hecho de que las residencias no fuesen incluidas en la reflexión cuando llegó el momento de proponer los planes de desescalada y se optara por mantener aisladas o en cuarentena a las personas mayores, que en algunos casos llevaban ya 70 días sin contacto exterior.



Tras este aprendizaje, MSF desarrolló un modelo de Plan de Contingencia adaptado a las residencias, que sintetiza los elementos que necesitan una preparación, coordinación y preposicionamiento.³¹

31 <https://msfCOVID19.org/plan-de-contingencia-para-residencias/>



REDUCIDO MARGEN DE MANIOBRA PARA IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS DE AISLAMIENTO, CUARENTENA Y DISTANCIA

Los protocolos internos permiten decidir de antemano cómo aislar a las personas contagiadas

En ausencia de los debidos equipos y protocolos de protección, de capacidad de diagnóstico, de personal y de formación específica, el cierre de las residencias a visitas y proveedores sirve, si acaso, para mitigar el riesgo, pues el personal del centro sigue entrando y saliendo, con el peligro de infección exterior. Por tanto, el esfuerzo detallado se debe poner en los protocolos internos. Hay que decidir de antemano cuál es la manera de aislar a las personas con contagio confirmado y poner en cuarentena³² a los casos sospechosos, así como decidir qué hacer con las personas que no se han visto afectadas. Deben mantenerse circuitos funcionales en las áreas aisladas sin caer en una contaminación cruzada, todo ello asegurando el máximo respeto por la dignidad y la calidad en los cuidados de quienes viven en estos espacios de convivencia, sus hogares, en definitiva. Tal y como señala Elena Estrada, asesora de Asuntos Humanitarios de MSF, **“el confinamiento no debe hacerse a expensas de las facultades físicas y cognitivas de las personas mayores, sino en atención a ellas”**.

En este sentido, los equipos de MSF detectaron dos dificultades principales para la ejecución de las medidas de sectorización y aislamiento: la inadecuación de infraestructuras y espacios, y la alta ocupación de las residencias.

Infraestructuras y espacios inadecuados

El testimonio de una de las responsables médicas de los equipos de MSF en la respuesta de apoyo en Cataluña resume lo que constatamos en cada uno de los territorios en los que trabajamos de forma presencial:

“ Los edificios y la distribución de espacios en las residencias de mayores no favorecen las medidas de aislamiento y prevención del contagio. No existe una tipología de residencia pensada en términos de prevención de infecciones. No hemos encontrado una residencia igual a otra. Son todas diferentes en lo que respecta a los accesos, la distribución de las habitaciones y de las áreas comunes, los servicios de cocina y de lavandería, los vestuarios, los circuitos de ventilación natural, el acceso a zonas al aire libre o por el contrario edificios completamente cerrados... En cada centro, nos hemos enfrentado a un rompecabezas para asesorar e implementar las medidas de zonificación y de circulación más adecuadas, y en muchas ocasiones hemos tenido que escoger el mal menor para llegar a proponer algo funcional”.

“En cada residencia, nos hemos encontrado con un rompecabezas”

32 Para entender la diferencia entre aislamiento, cuarentena o distancia social, ver: <https://academic.oup.com/jtm/article/27/2/taaa020/5735321>. Consultado el 03.07.2020.

De hecho, estos rompecabezas eran en ocasiones tan complejos que en algunas residencias nuestros equipos se veían incapaces de encontrar soluciones apropiadas *in situ*, y pedíamos los planos del edificio para elaborar propuestas detalladas con ayuda de otro equipo técnico formado por arquitectos y especialistas en control de infecciones y en higiene y saneamiento.

Alta ocupación de los centros en el momento de la crisis

La mayoría de residencias estaban casi al 100% de capacidad al comenzar la crisis

La necesidad de separar a las personas residentes en cohortes en función de los síntomas (y mientras no hubiese pruebas diagnósticas fiables) chocaba con el hecho de que la mayoría de las residencias estuviesen casi al 100% de su capacidad al comienzo de la crisis. Esto generó muchísimas dificultades para la estrategia de zonificación. La resistencia de muchos centros a su ejecución procedía de la carga de trabajo del personal, ya desbordado y diezmado por las bajas médicas, a la hora de realizar labores extras de desinfección, traslado de residentes y señalización, pero sobre todo por la incertidumbre que generaba el utilizar espacios susceptibles de estar ya contaminados para dividir a los mayores sin que ello trajera un beneficio evidente, pues persistía la inseguridad en el manejo de los casos asintomáticos y de las personas con otras enfermedades. Ahora sabemos que hasta un 70% de los residentes y un 55% del personal podían ser asintomáticos, de acuerdo a un estudio realizado en Barcelona.³³

Andrés, jefe de Bomberos, dirigió labores de desinfección y apoyo a la zonificación en colaboración con MSF y se enfrentó en ocasiones a esta resistencia por parte de las gerencias de los centros:



Respiraban un poco cuando les decías que la desinfección profunda de paredes, de suelos, de armarios, de camas, la íbamos a hacer nosotros, porque no veían cómo podían dedicarse a esto con tanto personal de baja y tantas cosas por hacer en momentos tan críticos. Esta barrera mental disminuía cuando sentían que no iban a estar solos en esa tarea, pero persistía el miedo a mover a las personas, con todas sus pertenencias, de un lugar a otro, para crear zonas limpias y sucias. Preferían muchas veces que los mayores, mientras no hubiese resultados fiables de las pruebas, quedasen encerrados en sus habitaciones, en lugar de reagruparlos en zonas, por miedo a perder el control y que todo el edificio se viese así contaminado. El resultado era espantoso: una sucesión de puertas cerradas, en ocasiones con llave, y personas golpeando y suplicando por salir. Un horror”.

33 https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/9/20-2603_article. Ver nota 16.



Las medidas de sectorización implementadas, discutidas y desarrolladas con los equipos de MSF y las residencias visitadas se encuentran también disponibles en la web msfcovid19.org, con varios protocolos prácticos.³⁴

No solo es esencial la disponibilidad de EPI: también las formaciones para su uso correcto

FALTA DE FORMACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE EPI

La falta de suministro de EPI durante los meses de marzo y abril y la necesidad de emplear alternativas caseras –los llamados “subestándares”, confeccionados por particulares o por colectivos organizados de forma espontánea para ayudar a hospitales y residencias– están lo suficientemente discutidas y documentadas y no es necesario subrayarlas en este informe.

Sin embargo, la disponibilidad de EPI no bastaba para mitigar de manera eficaz la transmisión del virus. Al contrario, la mala utilización de los equipos de protección se convierte fácilmente en vector de contagio entre personal y residentes. En la maniobra de ponerse y quitarse las batas, los buzos, los guantes, las pantallas y las mascarillas es donde se asume el mayor riesgo de contaminación. Sin embargo, **los suministros que fueron llegando poco a poco no se vieron acompañados de actividades de formación** y entrenamiento para el personal, nada habituado al uso de estos elementos, pues incluye personal de lavandería, limpieza, trabajo social, etc. Las guías de utilización y protocolos que llegaban por correo electrónico demostraron ser insuficientes y no había tiempo para leerlos o incluso para saber de su existencia. Además, los EPI que llegaban no siempre estaban adaptados a las necesidades en residencias, muy especialmente los buzos, cuyo procedimiento de retirada es muy complejo y por ello son más susceptibles de provocar contagio.

La respuesta de Alba, directora de una residencia en Castilla y León, resume la justificación de la mayor parte de responsables de residencias cuando preguntábamos por la falta de protocolos que observábamos durante las primeras semanas de crisis:



Sinceramente, yo no tengo tiempo de ver todo el bombardeo de correos que llega al ordenador. Tengo a mucho personal de baja, los familiares llaman constantemente y tengo que elaborar dos o tres informes cada día con la misma información para diferentes Administraciones. Además, cuando he tenido oportunidad de ver lo que llega, me encuentro con recomendaciones y protocolos que se contradicen. Es una confusión total y mientras tanto los residentes van cayendo enfermos y alguien tiene que atenderlos. Nos estamos ocupando de atenciones médicas que no hemos hecho antes y aquí no viene nadie a ayudar. Hacemos los que podemos, pero aquí tiene que venir alguien que sepa de qué va todo esto”.

³⁴ <https://msfCOVID-19.org/?s=sectorizaci%C3%B3n>.

Así lo relata Laura, auxiliar de enfermería en una de las residencias privadas que recibieron el apoyo de MSF:

“Se han dejado las cajas con los materiales y ya, a aprender solitos”

“ Nosotras estamos acostumbradas, bien o mal, a trabajar con materiales de protección como los guantes y las mascarillas, pero en las residencias hay mucha gente que no sabe usarlos. Las cuidadoras, el personal de mantenimiento y limpieza o el personal de cocina están despistadísimos y al final es un caos. Unos van sobreprotegidos por todas partes, sin diferenciar en qué zona estén, llevando la contaminación de un lado a otro, y otros van a pelo, como quien dice, sin preocuparse de protegerse porque es muy incómodo, y, ‘total, ya está todo infectado’, te dicen. Yo he hecho lo que he podido para sensibilizar a todos, armonizar el uso, para que lo que cuida un turno no lo estropee el otro, y sobre todo para que se lo pongan y se lo quiten en el sitio correspondiente y de la manera adecuada; pero aquí tenía que haber venido alguien para hacer este trabajo de forma experta y metódica. Aquí y en todas las residencias, porque a mis compañeras en otros centros les pasa igual. Pero en nuestro caso, con el poderío que tiene esta empresa, resulta increíble que no se hayan molestado en dar una formación. Se han dejado las cajas con los materiales y ya, a aprender solitos. Habéis tenido que venir vosotros para que la gente aprenda a utilizarlo”.

Presenciamos la errónea utilización del EPI en personal sanitario que daba atención en diferentes residencias

La falta de formación específica con acento en la prevención y control de infecciones y en el uso de los materiales de protección no atañe solo al personal de las residencias, sino que debe extenderse al personal sanitario de atención primaria que participaba en los cuidados asistenciales de los residentes. Uno de los errores presenciado a lo largo de nuestras intervenciones de apoyo fue la deficiente utilización de los EPI por parte de profesionales sanitarios que daban asistencia en diferentes residencias. Esta mala utilización por falta de protocolos y formación adecuada, consistente sobre todo en sobreprotegerse a sí mismos sin respetar los circuitos o las pautas de retirada del EPI, ha podido convertirse en uno de los principales vectores de contagio desde una residencia a otra. Vimos a personal médico llegar ya vestido con el buzo en su coche, entrar en una residencia, hacer la ronda de los residentes sintomáticos y marcharse a otra residencia sin cambiarse el EPI.

Luis, médico de primaria en un centro de salud al que encontramos dando apoyo en una de las residencias visitadas, se lamentaba por la falta de reflexión y formación ante un virus que era nuevo para todo el mundo:

“ Nos hemos dejado llevar por el coraje y por las ganas de ayudar sin estar preparados. Había que ir porque la situación era catastrófica y los médicos de las residencias o de los centros de salud que les correspondían estaban de baja. Y se iba; con toda la buena voluntad, metiéndole muchas horas y siempre con miedo, pero se iba. En algunos sitios los médicos no han querido ir a las residencias, pero en otros muchos sí, porque había que estar. Ahora bien, no me cabe duda de que hemos jugado un papel activo en la transmisión del virus.

“No me cabe duda de que hemos jugado un papel activo en la transmisión del virus”

Se asumía que nosotros, por nuestra profesión, sabíamos utilizar todo esto, pero no es así. No es lo mismo ponerte un par de guantes con cada paciente o una mascarilla de vez en cuando, que tener que hacer visitas domiciliarias y a las residencias con todo un equipo que te tienes que poner, quitar y desechar varias veces al día. En los centros de salud nos ha faltado un responsable de riesgos biológicos, alguien que se preocupara de que tuviésemos los equipos, estuviésemos formados en su utilización y pudiese darnos seguridad en lo que hacíamos”.



MSF creó fichas de formación y organizó numerosos seminarios *online* sobre el uso de los EPI; este fue el tema que más dudas suscitaba y al que dedicamos más materiales (que incluyeron alternativas creativas en caso de escasez³⁵), al tiempo que insistíamos ante las autoridades en la necesidad de proporcionar materiales y protocolos adaptados a la realidad.

35 <https://msfCOVID-19.org/epi-material-modo-empleo/> y <https://msfCOVID-19.org/como-fabricarse-unas-mangas-de-plastico-protectoras/> Consultados el 09.07.2020.



© ANNA SURINYACH

FALTA DE ORGANIZACIÓN, DIRECCIÓN Y RECURSOS HUMANOS EN LAS MEDIDAS DE CONTROL DEL CONTAGIO

MSF recurre en situaciones excepcionales a la delegación supervisada de tareas para cubrir la falta de personal

Durante esta epidemia, quedó claro que, para ofrecer asistencia sanitaria³⁶ y no solo social en residencias de mayores, se deben tener recursos humanos adecuados tanto en número (ratios³⁷) como en cualificación, para garantizar una atención adecuada. Los cuidados médicos siguen correspondiendo a la atención primaria o a los hospitales. Tanto es así que los tribunales ordenaron a algunas comunidades que dotaran de manera inmediata de personal sanitario a las residencias.³⁸ En caso de crisis, se podría contratar a personal no cualificado que, con la formación básica, pudiera asumir por delegación una serie de tareas específicas. El CDC estadounidense ha desarrollado estrategias en este sentido,³⁹ aplicables en España, como es emplear estudiantes voluntarios o formar a miembros de la comunidad para que asuman tareas concretas, guiados por una persona formada y experimentada. MSF recurre con frecuencia a esta práctica de delegación de tareas en el ámbito sanitario en contextos donde faltan recursos y en momentos de crisis agudas. En este ámbito, MSF desarrolló materiales de apoyo específico.⁴⁰ Esta solución no debe suponer la validación de prácticas incorrectas o abusivas o la dejación de responsabilidades, y debe seguir, por encima de todo, el principio de “no causar daño”.

Los criterios de exigibilidad de la presencia durante ciertas horas del día de personal médico y de enfermería, en función del número de residentes y su grado de dependencia,⁴¹ también varían según la comunidad autónoma. Al revisar la normativa de las 17 CC. AA.,⁴² se constata que no existe en ninguna de ellas la obligación expresa de contar con personal de enfermería durante el turno de noche,⁴³ lo que señala el carácter

36 Según la OMS, la asistencia sanitaria abarca todos los bienes y servicios diseñados para promover la salud, incluyendo las “intervenciones preventivas, curativas y paliativas, ya sean dirigidas a individuos o a poblaciones”. Ver también ‘Declaración de Derechos Humanos’, artículo 25.1. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>. Consultado el 09.07.2020.

37 Comparativa de ratios de personal, camas y licencias por comunidades autónomas <https://www.inforesidencias.com/contenidos/reglamentacion/nacional/cuadro-comparativo-entre-normativas-sobre-residencias-geriatricas-en-espa-a>. Consultado el 14.07.2020.

38 La Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en sus autos del 21 y 27 de abril de 2020, adoptó medidas cautelarisimas, inaudita parte, ordenando a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid que dotara de manera inmediata a residencias de mayores del personal sanitario necesario, así como de los medios precisos para desarrollar pruebas diagnósticas y cumplir, precisamente, lo previsto en la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo.

39 ‘Strategies to Mitigate Healthcare Personnel Staffing Shortages’. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/mitigating-staff-shortages.html>.

40 <https://msfCOVID-19.org/wp-content/uploads/2020/04/CV042-ORG-Modelo-respuesta-COVID-19-en-residencias-presentaci%C3%B3n-30042020-V1-ok.pdf>.

41 El índice o escala de Barthel, utilizado por profesionales sanitarios, permite la valoración funcional de la autonomía de un paciente y su rehabilitación. Ver: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004.

42 La Generalitat de Cataluña se ha comprometido a tener personal de enfermería en turno de noche en centros con más de 60 residentes, según las declaraciones sobre residencias celebradas en el Parlamento catalán el 7 de julio de 2020.

43 SEGG y otros. Ver nota 5.

En ninguna comunidad autónoma es obligatorio que las residencias tengan personal de enfermería disponible en turno de noche

No hubo estrategias de contratación para sustituir al creciente personal de baja

eminentemente social de las residencias. El elevado coste de estos servicios ha motivado que solo las residencias privadas pertenecientes a grandes grupos incluyan entre sus servicios una cartera más o menos amplia de servicios médicos *in situ*. Esto les ha permitido cobrar más por cada plaza, generando largas listas de espera para las residencias públicas con atención médica o de enfermería durante las 24 horas. La escasez de personal experimentado se agrava por las precarias condiciones laborales, así como por la percepción de que el trabajo es poco cualificado; tanto es así que las trabajadoras migrantes constituyen una gran proporción de la fuerza laboral,⁴⁴ pues las condiciones distan mucho de ser atractivas para el mercado nacional.

“ Las ratios actuales de personal [por residente] de las normativas son insuficientes, especialmente en las ratios de auxiliares-gerocultores/as y, adicionalmente, para un buen planteamiento interdisciplinar, es necesario incorporar en todas las normativas (actualmente solo se detallan en menos de 10 de las 17 comunidades) las ratios de presencia de los siguientes perfiles profesionales: Educación Social, Enfermería, Fisioterapia, Medicina, Psicología, Terapia Ocupacional y Trabajo Social, entre otros”.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.⁴⁵

El hecho de que la mayoría de las residencias se cerrasen tarde y de que no llegasen a tiempo los medios de protección impidió actuar en modo preventivo. Muchísimas residencias tuvieron que organizarse sin el conocimiento básico sobre las medidas para prevenir la infección y aislar los casos sospechosos. La única alternativa no puede ser encerrar a personal y residentes, tal y como se hizo en algunas residencias, por tiempo indefinido, hasta que la amenaza pasara. Para empeorar las cosas, **el número creciente de personal de baja, sin una estrategia alternativa de contratación para mantener o incluso incrementar las ratios de recursos humanos, obligó al personal restante a asumir otras tareas sin recibir instrucciones precisas.** Hubo muchas bajas por enfermedad en las gerencias de los centros y el personal más cualificado para asumir labores organizativas, y quienes no enfermaron se vieron rápidamente desbordados y obligados a multiplicar sus funciones, perdiendo muchas veces de vista las tareas esenciales de gestión, supervisión y coordinación del resto de la plantilla. La ratio de paciente por cuidador también impacta en la adherencia al tratamiento (que muchos residentes reciben para sus enfermedades crónicas), dados los problemas de abastecimiento en los centros y la falta de recursos humanos para asegurar las tomas regulares y las prescripciones.

44 'Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care' (vv. aa.) es uno de los pocos informes al respecto. Citado por OMS en: <https://www.euro.centre.org/publications/detail/403>. Consultado el 18.06.2020.

45 SEGG y otros. Ver nota 5.

Las tan necesarias rutinas de cuidado, convivencia, sociabilidad y movilidad quedaron perjudicadas

La falta de personal clave tampoco permitió a gerencias y personal dar seguimiento a la información recibida desde diferentes canales o atender a las peticiones de información de las familias, ni tan siquiera a sus propias necesidades de apoyo psicosocial. Todo ello dificultó también la humanización de los confinamientos de los residentes y la implantación de **medidas que preservasen la convivencia, la calidad de los cuidados, las rutinas básicas de movilidad y de sociabilidad** y, en definitiva, la dignidad. Decisiones a veces evidentes para quienes llegábamos de fuera estaban fuera del alcance de quienes trabajaban en condiciones de estrés, angustia, desconcierto y agobio por la sensación de no llegar a todo lo que había que hacer. La novedad del virus y la complejidad de muchos centros hacían necesaria una supervisión, que estaba fuera del alcance de la gran mayoría de gestores públicos y privados, y por ende de su personal. Isabel, directora de una residencia perteneciente a una comunidad religiosa a la que MSF prestó su apoyo, expresaba la frustración vivida en muchas residencias por el desconocimiento de los pasos a dar y la incapacidad para tomar el control de la situación:

“ A principios de marzo, cuando llegó este reto a nivel mundial, ya vimos que la amenaza se nos venía encima y decidimos restringir las visitas. Esto fue complicado, porque todavía no había una conciencia del riesgo y costó mucho que tanto las residentes como las familias lo asumieran. A finales de marzo se nos presentó el primer caso. Este hecho marcó un antes y un después. De ahí fuimos en cascada. Yo intentaba tener el control, pero no era posible, el virus iba tomando ventaja. Solicité apoyo a la Junta de Andalucía; me decían ‘ya irá alguien’. Y así pasaban los días. Llegó Semana Santa y yo trabajaba 12 y hasta 14 horas diarias. Pero no conseguía controlar, el virus nos controlaba. Yo estaba como en *shock*, bloqueada. Venían los de inspección de Salud Pública, la UME,⁴⁶ Protección Civil, y desinfectaban, nos daban información, pero la situación no mejoraba. Yo improvisaba e inventaba cómo hacer. Tenemos un sistema muy participativo, pero yo me preguntaba cada día: ‘¿Lo que hacemos estará bien?’”.

El acompañamiento de las Administraciones fue insuficiente


La tarea de acompañamiento y supervisión desde la Administración ha sido deficiente. Los trabajadores de Servicios Sociales o de Salud Pública a los que se asignaba el seguimiento de las residencias afectadas no tenían conocimientos ni formación para dar un apoyo efectivo a los problemas que iban apareciendo en los centros. A pesar del interés y la voluntad de muchos de ellos, no pudieron ir en su labor más allá de recoger datos para los informes y de insistir con instrucciones que ellos mismos, en ocasiones, no entendían. La prohibición de reuniones y de formaciones como parte de las medidas tomadas por la Administración para limitar el contagio los forzó a prepararse de manera autodidacta, lo que se tradujo en un apoyo desigual, falto de criterios, infructuoso y en muchos casos inexistente y generador de más desconcierto.

46 Unidad Militar de Emergencias.

Así lo explicó Beatriz, trabajadora social en una de las gerencias territoriales de Servicios Sociales, al equipo de MSF que estuvo dando apoyo a algunas residencias:

“No sé nada de circuitos, ni de zonas, ni siquiera sé cómo me estoy poniendo el EPI”

“ No hemos parado de hacer visitas. Somos muy pocos para todas las residencias afectadas y la situación es cada vez más grave. Pero ayudar, lo que se dice ayudar, no podemos hacer nada más que recordar en cada sitio las instrucciones que deben seguir y escuchar sus quejas. Yo tengo la misma información que tienen ellos en las fichas y en los protocolos enviados; nadie nos ha enseñado nada, yo soy incapaz de saber si lo están haciendo bien. No sé nada de circuitos, ni de zonas, ni siquiera sé cómo me estoy poniendo el EPI. Por lo que acabáis de contar aquí, me lo pongo mal. He aprendido más en dos horas de visita con vosotros que en todo lo que llevo leído desde que empezó esta pesadilla. Yo creo que ahora voy a ser de más utilidad; voy a ser capaz de ver si algo no se está haciendo bien o no se está haciendo, pero no creo que pueda llegar a orientarles debidamente si me encuentro una situación desastrosa. No estamos preparados para esto. Rellenamos nuestro informe, servimos de desahogo en aquellos centros donde hemos logrado tener una relación de confianza (porque en otros nos ven solo como visitas de inspección), y hacemos llamadas de seguimiento. Pero yo siempre me quedo con la sensación de que tendríamos que poder hacer más. Ayer vi una película en la que un hombre se está ahogando, no lo pueden rescatar, y me dieron ganas de llorar”.

 **Los materiales sobre control de vectores desarrollados por MSF tras estas experiencias, basados en el control de infecciones de otras enfermedades, están disponibles en nuestra web especializada,⁴⁷ junto con una ficha específica sobre la delegación de tareas acompañada de estrecha supervisión.**

Una de las recomendaciones clave de MSF es incorporar profesionales de supervisión de la PCI

MSF intentó varias estrategias de selección de personal e incluso alguna alianza provincial con los servicios autonómicos de empleo, pero los resultados no fueron satisfactorios. Una de las recomendaciones clave de MSF, también recogida por el CDC para los casos de COVID-19,⁴⁸ es incluir una figura de Prevención y Control de Infecciones en residencias y centros de atención primaria, debido a la amplitud de actividades necesarias.

47 <https://msfCOVID-19.org/webinar-valoracion-y-apoyo-en-prevencion-y-control-de-la-infeccion-en-residencias-de-mayores/>

48 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html>. “Las instalaciones deben asignar a al menos una persona con capacitación en PCI, para asegurar el manejo *in situ* de las actividades de prevención y respuesta a la COVID-19, debido a la amplitud de actividades que son competencia de un programa de IPC, y que incluyen el desarrollo de políticas y procedimientos, la vigilancia de infecciones, la capacitación del personal sanitario en base a competencias y la verificación del cumplimiento de las prácticas recomendadas”. Solo disponible en inglés.

LIMITACIONES DE LOS TEST DIAGNÓSTICOS Y FALTA DE CAPACIDAD PARA ACTUAR SEGÚN LOS RESULTADOS

No había capacidad para dar respuesta a la identificación de casos positivos

En base a la experiencia acumulada por MSF en la respuesta a epidemias, sabemos que el uso de test diagnósticos está recomendado siempre bajo dos premisas: que sus resultados sean fiables y que exista la capacidad de implementar las medidas que se deriven de tales resultados, como el traslado de algunos residentes a otros centros. Sin embargo, se ha constatado que ninguno de los supuestos ha estado presente en la estrategia de diagnóstico y de respuesta a la identificación de casos positivos, lo que ha tenido consecuencias tanto de falta de credibilidad y confianza en el sistema, como en el estado de salud de las personas afectadas por la enfermedad. De hecho, al diagnosticar sin el algoritmo de decisión adecuado, sin EPI adecuados ni precauciones universales, aumenta el riesgo de provocar infección cruzada.

La teoría y la práctica

La Orden SND/265/2020, de 19 de marzo,⁴⁹ entre otras, aborda medidas para el diagnóstico, seguimiento y derivación de las personas enfermas. A estos efectos, prevé que, “siempre que exista disponibilidad, deberá realizarse la prueba diagnóstica de confirmación a los casos que presenten síntomas de infección respiratoria aguda para confirmar posible infección por COVID-19”. Para ello, establece que **“el personal de la residencia deberá ponerse en contacto con el centro de atención primaria asignado, que actuará de forma coordinada con el médico de la residencia, si se cuenta con este recurso”,** y que, **“si se cumplen criterios de derivación a un centro sanitario, se activará el procedimiento establecido para tal efecto”.** Sin embargo, en la práctica, en muchas ocasiones los equipos de MSF fueron testigos de que no existía la posibilidad de efectuar esas pruebas diagnósticas, ni de aislar efectivamente a las personas, debido al desconocimiento de las medidas de PCI. Además, en la casuística de residencias, podía o no disponerse de médico interno, por horas o algún día, y este podría o no coordinarse con el centro de salud correspondiente; durante el pico de la epidemia, en general ningún médico podía acudir.

La escasa fiabilidad de los test diagnósticos (distribuidos tras semanas de espera) y la falta de idoneidad para las decisiones que había que tomar supusieron en muchos centros un freno a las actividades de sectorización que tratábamos de implementar para proteger a los residentes sin síntomas de la enfermedad. **La tardanza en comunicar los resultados de los test más fiables (PCR) generó confusión** entre el personal que debía reorganizar los espacios y la sectorización, creando un círculo

⁴⁹ De adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros sociosanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.

La incertidumbre sobre la fiabilidad de los tests dificultó la sectorización de las residencias

El retraso en los resultados también incidió en el tratamiento de otras patologías

“Dos semanas reclamando las pruebas y, cuando por fin llegan, son pocas, insuficientes para testar también al personal, y además dan resultados falsos”

vicioso de sobrecarga de trabajo, incapacidad de gestionar la PCI y empeoramiento del cuidado de los mayores. Se han dado casos de un 80% de falsos positivos, que originaban gran carga de trabajo en traslados de habitaciones y plantas, incrementándose así la sensación de que se estaban tomando medias a ciegas y poniendo en riesgo la salud de los residentes y del personal, que no sabía a qué atenerse y sentía que su esfuerzo por establecer una lógica de aislamiento era inútil.

El retraso en la llegada de los resultados del test PCR contribuyó asimismo a la ineficacia de los protocolos, puesto que las personas testadas debían ser aisladas hasta la llegada del diagnóstico, para evitar que pudieran infectarse tras la realización de la prueba, algo que muy pocas residencias lograron llevar a cabo. **Ese retraso contribuyó asimismo a que el tratamiento de otras patologías importantes fuese postergado o subestimado**, con el consiguiente perjuicio para la salud de muchas personas; este impacto aún está por valorar. En ciertas residencias, el porcentaje de personas infectadas era tan alto que una estrategia de separar “residencias limpias” de “residencias COVID” no era viable, ya que no había capacidad extra para trasladar a residentes a otros lugares. El testeo sistemático requiere personal de enfermería, en detrimento de otras tareas como el manejo clínico de pacientes, los cuidados paliativos, etc.

Algunos de los (pocos) rechazos que MSF ha recibido a su oferta de colaboración en residencias estuvieron motivados, precisamente, por la falta de fiabilidad de los test diagnósticos. Así nos respondía el director de una empresa que gestiona cuatro residencias en una misma provincia:



Lo hemos estado hablando con el equipo y hemos decidido considerar a las cuatro residencias como ya contaminadas, así que no hace falta que vengáis a trabajar en la sectorización. Vamos a seguir con el aislamiento por habitaciones hasta que no haya test fiables. Así, si hay algún residente que todavía no esté infectado, quizás podamos protegerlo. Si empezamos a moverlos y mezclarlos según los test que se han hecho, acabarán todos infectados, porque ya estamos viendo en la prensa que los test no sirven. Los que acaban de retirar son los mismos que se hicieron aquí. ¿Cómo vamos a fiarnos de lo que digan? Llevamos dos semanas reclamando las pruebas y, cuando por fin llegan, son pocas, insuficientes para testar también al personal, y además dan resultados falsos. Como si no tuviéramos ya suficiente con todas las trabas que nos están poniendo para tratar a los que ya están enfermos”.

Las trabas mencionadas se referían precisamente al bloqueo en las derivaciones hacia los hospitales de residentes con criterios hospitalarios (cuadros necesitados de asistencia médica urgente).

DENEGACIÓN DE DERIVACIONES A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS: ¿NEGLIGENCIA U OMISIÓN DEL DEBER DE SOCORRO?

Atención a la salud de residentes antes y durante la COVID-19: hospitalización

La atención médica que puedan proporcionar algunas residencias no sustituye al Sistema Nacional de Salud

La atención sanitaria a las personas mayores depende del sistema de salud de cada comunidad autónoma. En caso de necesitarse una atención especializada (médica), se las debe derivar –como a cualquier persona– al Sistema Nacional de Salud. **La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**,⁵⁰ detalla las prestaciones sanitarias y los criterios de urgencia, con una clara referencia a la atención hospitalaria⁵¹, y se complementa con las disposiciones de la Ley 33/2011, General de Salud Pública, que establece claramente la no discriminación etaria.⁵² En aquellas residencias donde existe atención médica, esta no sustituye al sistema de salud, sino que lo complementa, como parte del catálogo de servicios extra que ofrece la residencia.

Médicos, directores de centros de atención primaria, internistas, enfermeros de ucis y expertos en paliativos y ética consultados por MSF coinciden que el traslado al hospital de personas mayores muy graves, con una situación base de fragilidad y falta de autonomía, en ocasiones no es en el mejor interés del paciente. Es más, la hospitalización puede crear otras complicaciones, especialmente en personas con deterioro cognitivo; **pero entonces debe ofrecerse una alternativa viable a la no hospitalización y la COVID-19 no debe ser una excepción.** Denegar la derivación hospitalaria sin ofrecer una alternativa viable adecuada podría incurrir en una omisión del deber de socorro, que actualmente varios tribunales están estudiando.

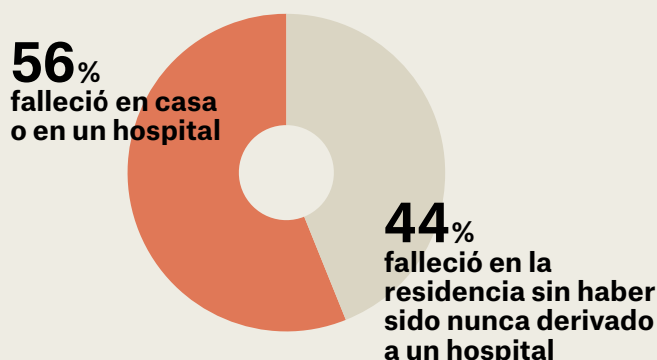
50 Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>. En su artículo 3, la Ley establece que son titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria “todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español”. Este derecho se refleja en el Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud: <https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/docs/prestaciones08.pdf>. Consultado el 04.07.2020.

51 El Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud establece que “el acceso del paciente a la atención de urgencia hospitalaria –que se presta durante las veinticuatro horas del día a pacientes que sufran una situación clínica aguda que obligue a una atención inmediata de los servicios del hospital– se realiza por remisión del médico de atención primaria o especializada o por razones de urgencia o riesgo vital que puedan requerir medidas terapéuticas exclusivas del medio hospitalario”. Asimismo, según el CPSNS, la atención de urgencia “se dispensa en aquellos casos en que sea necesario atender al paciente de forma inmediata”, “se realiza tanto en los centros sanitarios como fuera de ellos (domicilio del paciente, in situ...) durante las 24 horas del día” y “puede prestarse por la atención primaria, la especializada o los servicios especialmente dedicados a esta atención urgente”. Disponible en: <https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/docs/prestaciones08.pdf>. Consultado el 17.07.2020.

52 Artículo 6.1. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33/con>. Consultado el 04.07.2020.

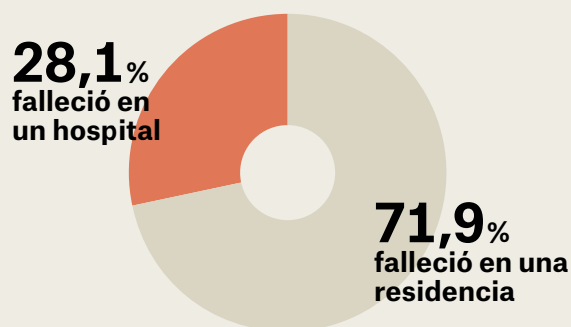
FIGURA 5. DENEGACIÓN DE DERIVACIONES A HOSPITALES DESDE LAS RESIDENCIAS DE MAYORES

Del total de **infectados por COVID-19 en residencias** en España (entre 27.000 y 33.000, según el Gobierno)



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, finales de mayo

Del total de **mayores residentes que fallecieron con COVID-19** en marzo y abril en **Cataluña** (3.891, según la Generalitat)



Fuente: Datos de la Generalitat de Catalunya, finales de julio

Derivaciones hospitalarias y su alternativa: testimonios

Entre finales de marzo y principios de abril, cientos de residentes vieron denegada la solicitud de acceder a los servicios de urgencias e ingresos hospitalarios, restringiendo su acceso según comunidades autónomas y días de evolución de la epidemia. Sin alternativa, las residencias se vieron obligadas a mantener alojados a pacientes positivos con pronóstico muy grave.

Se denegó la derivación hospitalaria o a urgencias a cientos de residentes enfermos

Según datos del Gobierno, entre **27.000 y 33.000** personas fallecieron en las residencias, muchas de ellas sin ser trasladadas a un hospital. El último informe de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, de finales de mayo, señalaba que un **44%** de las personas mayores que se contagiaron en las residencias nunca fueron derivadas a un hospital y fallecieron en sus centros.⁵³ Esta práctica implica además una **progresión perversa**: no hablamos de la salud de un individuo, sino de una cuestión de salud pública, de la salud de todo el grupo, que no solo afectó a los pacientes con COVID-19, sino también a pacientes con otras patologías y a sus cuidadores. En esta situación, el virus se extendió rápidamente y afectó a residentes y personal, que, sin medios adecuados para protegerse, fue enfermando, de forma que las plantillas quedaron mermadas.

53 Incluye una comparativa de admisión hospitalaria y defunciones por edad (página 9 y siguientes). Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2032.%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2021%20de%20mayo%20de%202020.pdf#search=RENAVE%20informe%20mayo%202020>. Consultado el 17.07.2020.

Por otra parte, las personas mayores sin sintomatología de COVID-19 y en buen estado de salud deberían haber sido trasladadas a hoteles medicalizados, para liberar las residencias, en prevención de más contagios. **El inaceptable resultado fue el altísimo número de contagios y fallecimientos en circunstancias indignas.**

DATOS

Entre marzo y mayo de 2020, las personas fallecidas en residencias de mayores equivaldrían a **un 69% del total** notificado oficialmente por el Ministerio de Sanidad.⁵⁴ De acuerdo al MoMo, el **exceso de mortalidad** se concentra en los mayores de 74 años (**67%**), seguido del grupo de edad de 65 a 74 años (47%).⁵⁵ Datos más recientes apuntan a unos porcentajes más elevados, puesto que Cataluña y Madrid ya sobrepasaban en junio los 10.000 fallecimientos en residencias.

En Cataluña,* a fecha de 7 de julio y de acuerdo a cifras de la Generalitat reportadas en la prensa,⁵⁶ del total de fallecimientos (3.891), **2.797 (71,9%) se produjeron en las residencias** y 1.094 en los hospitales (28,1%). En 21 centros, el 90% o más de las muertes se produjeron en la propia residencia. En seis residencias, que suman 101 fallecimientos, no se produjo ni un traslado. En los 16 centros que gestiona la Generalitat, solo 27 de las 183 personas fallecidas fueron hospitalizadas. Y de las 142 residencias con 10 o más fallecidos, solo en 15 de ellas el número de muertes fue inferior a 50.

La **Comunidad de Madrid** aún no ha publicado datos tan desgranados. Desde que comenzó la pandemia, las 710 residencias de la comunidad suman 5.984 personas fallecidas con COVID-19 o síntomas compatibles. Del total, 1.253 muertes corresponden a casos confirmados mediante PCR y el resto a casos con síntomas compatibles.⁵⁷

* A fecha de 17 de julio, habían fallecido 4.119 personas en residencias de mayores, pero no se han desglosado los detalles. Supone más del 72% del total de personas fallecidas en Cataluña, según el registro de las funerarias regionales.

Denegar las derivaciones hospitalarias es un problema ético mayúsculo

54 Ver: <https://www.rtve.es/noticias/20200707/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>. Datos a fecha de 7 de julio de 2020.

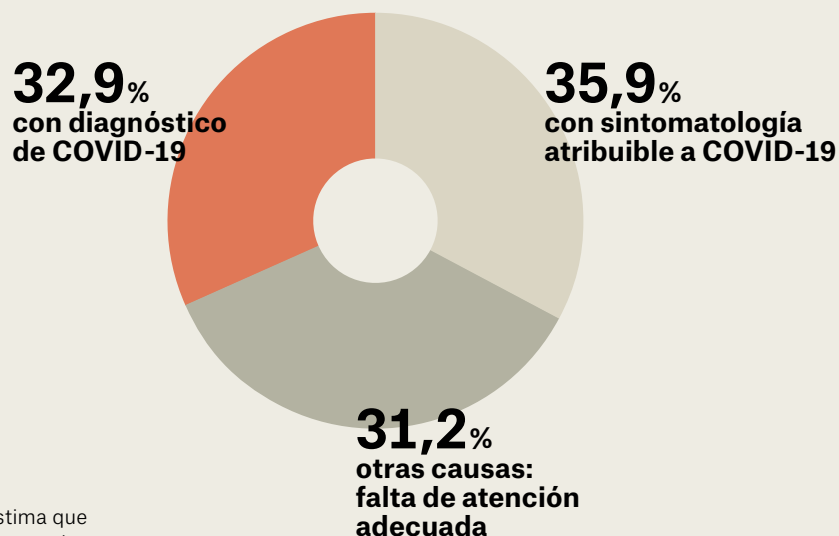
55 https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo_Situacion%20a%2019%20de%20julio_CNE.pdf. Consultado el 27.07.2020.

56 https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/07/08/2_797_mayores_murieron_marzo_abril_residencias_cataluna_sin_ser_trasladados_hospital_108573_1012.html

57 <https://www.rtve.es/noticias/20200707/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>. Consultado el 17.07.2020.

FIGURA 4. CAUSAS DE MUERTE EN RESIDENCIAS DE MAYORES

En porcentaje, sobre un total de **27.359 fallecidos***



* El Ministerio de Sanidad estima que entre el 6 de abril y el 20 de junio han fallecido entre 27.359 y 32.843 personas en residencias de mayores.

Fuente: Ministerio de Sanidad

La población más vulnerable a la COVID-19, al no ser hospitalizada, fue relegada al cuidado del personal de las residencias, que, como hemos visto, a pesar de su compromiso, no tenían ni la responsabilidad ni los medios ni los conocimientos para atender sus necesidades médicas. Esto impactó directamente en la calidad y cuidados a los residentes y, en muchos casos, probablemente contribuyó o fue causa de fallecimiento.

Testimonios recogidos confirman que los servicios de emergencia denegaban el envío de una ambulancia si la llamada procedía de una residencia

En las residencias visitadas por los equipos de MSF, se recogieron testimonios de gerentes y personal, que se lamentaban por la negativa del personal médico de los centros de salud a aceptar a pacientes de residencias; o por cómo los servicios de emergencia se negaban a enviar ambulancias si la llamada provenía de una residencia, a pesar de que la persona para la que se pedía ayuda reunía los criterios clínicos necesarios, como por ejemplo dificultad respiratoria grave.

Alejandro, enfermero en una de estas residencias, explicó a nuestro equipo estas dificultades:

“ En nuestro caso, teníamos la capacidad de atender a algunos pacientes que, en circunstancias normales, se hubiesen derivado sin problemas. Aquí hay un servicio médico y tenemos instalación de oxígeno, así que se hizo el esfuerzo mientras se pudo, porque ya nos habían dicho que el hospital no admitía los casos de residencias, por falta de camas. Pero llegó un momento en que hablábamos ya de riesgo vital, y no siempre relacionado con la COVID. Aquí los pacientes son de edad avanzada y una complicación de sus enfermedades crónicas es una amenaza.

Se intentó derivar a dos residentes para los que ya no teníamos medios, pero desde el hospital nos confirmaron no los admitirían. Me consta que nuestro médico insistió en la urgencia de esas derivaciones, pero le dejaron claro que de las residencias no se estaban haciendo ingresos. Sin más, no importaban los motivos para pedir la derivación. Los dos pacientes se murieron aquí en el plazo de dos días y, francamente, no tenía por qué haber sido así. Los dos eran recuperables”.

Magdalena, responsable de una pequeña residencia rural, además de enfermera, explicó lo siguiente al equipo de MSF, al límite de sus fuerzas, cuando acudimos a colaborar con la sectorización del centro:

“Me quedaré esta noche y las que hagan falta; soy enfermera”

“ Llevo dos días empalmando turno, porque no hay nadie más que pueda atender a los residentes que no me dejan enviar al hospital, y ya no puedo más. Ayer se murió uno y esta noche se morirá otro si no me quedo, pero tengo que descansar para poder seguir gestionando todo esto: la mitad de la plantilla está de baja, los familiares llaman sin descanso y hay un montón de protocolos por implementar. Aquí es muy difícil contratar personal sanitario, nadie quiere venir a trabajar a un sitio tan apartado. Conseguí que me echara una mano otra amiga enfermera, pero el hospital ha reclamado a todos los que estaban en las bolsas de trabajo y me he vuelto a quedar sola. El alcalde está buscando, pero ya te digo que solo encontrará gente y voluntarios para temas de limpieza, nada para los cuidados sanitarios. Yo he llamado a toda la provincia. En el hospital han montado un ‘equipo COVID’ para las residencias, pero son tres personas y por aquí no han pasado. Tampoco creo que vayan a hacer gran cosa; imagino que, como en esta residencia, se van a encontrar muchos casos y no van a prescribir derivaciones, pero al menos me podrían guiar con los tratamientos y procedimientos. Me quedaré esta noche, cómo no, y las que hagan falta. Al fin y al cabo, soy enfermera, esto es vocacional, y más aún cuando trabajas con gente mayor. Pero aquí sola no puedo hacer mucho. Aunque me quede, se seguirán muriendo”.

Muchas personas murieron sin un diagnóstico clínico individualizado o una alternativa de manejo consensuada con la familia y los clínicos. Incluso en casos con diagnóstico de derivación (en algunas residencias privadas y religiosas que contaban con personal médico), les fue negada la referencia alegando “colapso hospitalario”; en algunos casos, se limitaban las referencias a una persona al día.

Luisa, trabajadora social de una residencia que los equipos de MSF visitaron hasta cuatro veces debido a la alta mortalidad entre sus residentes, nos respondía a la pregunta de derivaciones hospitalarias de esta manera:

“ Llamabas al hospital de referencia y te decían: ‘Lo siento, hoy solo podemos admitir a una persona de residencias, elijan ustedes’. Aun así, la ambulancia no venía a recogerla y fallecían en las pocas horas o días”.



© OLMO CALVO

No se facilitaban derivaciones hospitalarias, pero tampoco alternativas

Estos mismos equipos de MSF indican que los centros visitados, sin excepción, carecían no solo de los equipamientos y la formación médica y emocional necesaria, sino también del número de personas y de los materiales de protección básicos. Lo que vimos es que no se garantizaba la referencia hospitalaria pero tampoco una alternativa, ni el consentimiento informado del paciente sobre las prácticas que debían realizarse, **ni el respeto a su autonomía y dignidad, ni sus últimas voluntades, ni la despedida de sus familias**. Muchos murieron en soledad, deshidratados, en agonía (por distrés respiratorio) y sin cuidados paliativos. Todo ello condujo a MSF a publicar un comunicado de prensa y un artículo de opinión, para defender que las personas mayores recibieran atención médica independientemente de su lugar de residencia.

“ Las residencias, en este contexto, deben ser parte esencial del sistema de salud; debe proporcionarse en ellas la atención médica adecuada y asegurarse la referencia hospitalaria de los pacientes que lo necesiten. De no estar pasando, si estos colectivos se han visto excluidos del sistema por su sobrecarga, hay que corregirlo de inmediato, explicarlo con transparencia a la sociedad y poner todos los recursos para subsanar este error. Normalizarlo sería inaceptable bajo cualquier premisa. Los más vulnerables no son los primeros que deben ser excluidos: son los que necesitan más protección”.

David Noguera, presidente de MSF, en el artículo publicado el 7 de abril de 2020 en elDiario.es.⁵⁸

⁵⁸ https://www.eldiario.es/opinion/tribuna-abierta/soledad-virus_129_1210868.html.

Triage y alternativas viables: ¿qué se hizo para dar a los pacientes una alternativa con los mejores cuidados de salud posibles en las residencias?

Como sucede con cualquier otra persona usuaria de la sanidad pública, los mayores que viven en residencias están sometidos a criterios clínicos de admisión en ucis y otros servicios hospitalarios. En una situación de saturación de las urgencias, como la que se vivió en varios puntos del país durante las etapas más agudas de la epidemia, esos criterios clínicos de admisión cobran aún más relevancia para asegurar que los medios existentes se ponen al servicio del paciente que tenga un mejor pronóstico vital. Cada caso debe ser valorado individualmente, con criterio exclusivamente clínico, psicológico y social. **Los criterios de priorización deben ser objetivos, éticos y transparentes, aplicarse equitativamente y hacerse públicos si fuera necesario.**

Ante la COVID-19, se activó el proceso de triaje⁵⁹ por el que el personal médico priorizaba casos sobre todo para las admisiones de urgencia y uci.⁶⁰ Las organizaciones médico-humanitarias acostumbradas a trabajar en emergencias y crisis humanitarias, como MSF, conocemos bien el proceso del triaje, que nos obliga a tomar decisiones difíciles y nos confronta a menudo con dilemas éticos.

Debieron hacerse derivaciones a hospitales, extensiones hospitalarias, hoteles “confort” o medicalizados u hospitales privados, ya que había camas libres

En España, y al margen de las limitaciones de las camas de uci, **debieron proponerse alternativas con los recursos disponibles**, procediendo a derivaciones a hospitales, centros sociosanitarios, extensiones hospitalarias, hoteles “confort” o medicalizados u hospitales privados, ya que, en todos estos lugares, hubo plazas libres incluso durante las semanas del pico epidemiológico. En algunas de las comunidades que desarrollaron protocolos para restringir de facto las derivaciones se derivó a hospitales privados a residentes que contaban con un seguro privado, ya que sí había camas y recursos disponibles, como alternativa a dejarlos morir en la residencia.⁶¹

59 El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. ‘Triage: una herramienta fundamental a urgencias y emergencias’, disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008.

60 ‘Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19’, elaborado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. El capítulo 6 trata sobre cómo hacer el triaje. Disponible en: <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Plan-Contingencia-COVID-19.pdf>.

61 <https://elpais.com/espana/madrid/2020-06-10/los-mayores-con-seguro-privado-pudieron-ser-trasladados-de-residencias-a-hospitales-en-madrid.html>, https://www.eldiario.es/madrid/comunidad-madrid-ancianos-trasladados-hospital_1_6025890.html y <https://www.publico.es/sociedad/COVID-19-mayores-seguro-privado-enfermos-COVID-19-llevados-residencias-hospitales-madrid.html>.

Deben movilizarse recursos en las CC. AA. menos afectadas; además en varias comunidades hay alternativas a la hospitalización convencional⁶² y/o equipos de respuesta rápida de atención primaria que se pueden activar como forma de garantizar la colaboración con los servicios de geriatría de los hospitales. **Todo ello debe estar preparado para una posible segunda ola. No hay excusa.**

No hay excusa para no estar preparados ante nuevos brotes

La realidad que observaron los equipos de MSF es que **se dejó la asistencia sanitaria en manos del personal de las residencias**, que no están en ningún caso equipadas y carecían en muchos casos de **oxigenoterapia, respiradores o antibióticos intravenosos**, elementos necesarios para algunos pacientes con COVID-19.⁶³ Incluso faltaban los equipos de protección, pero sobre todo carecían de personal sanitario en una ratio proporcional a las necesidades y con la experiencia y formación acorde. Todos estos recursos se priorizaron para los hospitales, en detrimento de las residencias y de la población más vulnerable, que **quedó en manos de las buenas intenciones de las personas que los cuidaban**, solos frente a un enorme desafío, que en ocasiones era salvarles la vida o acompañarlos en la muerte.

Posicionamiento de la OMS y de MSF

Debe asegurarse el acceso adecuado a la atención médica, tanto en las derivaciones al hospital como en sus hogares y en atención primaria

La OMS alertaba, en un informe sobre la crisis de la COVID-19 en Europa, que “varios países de la región han emitido directrices que impiden el acceso de personas mayores a la atención hospitalaria”, medidas que “no se recomiendan en los casos en los que la residencia no ofrezca estándares clínicos básicos de atención”. “Debe asegurarse el acceso adecuado y apropiado a la atención médica, tanto en las derivaciones al hospital como en sus hogares y en atención primaria”, continúa el informe, que indica que, en el caso de infección aguda, como es la COVID-19, se recomiendan el monitoreo de saturación y la suplementación temprana de oxígeno mediante máscara o cánula nasal si el oxígeno cae por debajo del 95%. En este sentido, la OMS apunta que “si los servicios e instalaciones de las residencias no pueden proporcionar este tratamiento al paciente con disnea, entonces se le debe ofrecer una ubicación donde se le pueda proporcionar”. **“No hacerlo supone denegar el acceso a cuidados a estas personas** –subraya–. Resultan preocupantes y no se recomiendan los ejemplos de personas mayores a las que se les niega atención (es decir, asesoramiento, oxígeno, monitoreo de saturación o acceso a hospitales o cuidados críticos) debido a su edad o su vulnerabilidad”.⁶⁴

62 <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-alternativas-hospitalizacion-conventional-medicina-interna-13074393?code=65WZ9X21AjKquQcCa3JYglDyPfnULF&newsletter=true>. Consultado el 27.07.2020.

63 “Las residencias no han pretendido nunca cumplir esa función, ni tienen el personal ni los espacios de un hospital. Son casas grandes donde viven muchas personas”. Lourdes Bermejo, vicepresidenta de la SEGG.

64 Strengthening the health system response to COVID-19: preventing and managing the SARS-COV-2 pandemic across long-term care services in the WHO European Region’ (May 29, 2020). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CCBY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333067/WHO-EURO-2020-804-40539-54460-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Para MSF, lo prioritario es que las personas mayores reciban la atención médica que necesiten⁶⁵ y que se asegure que sus necesidades de cuidados, salud y dignidad se ponen en el centro de toda política pública, pero también de la práctica, preparándose para que no se vuelvan a repetir estos hechos. La denegación de hospitalización fue quizás, en casos individuales diagnosticados, adecuada al triaje durante el pico de la epidemia, pero, al no estar acompañada de una alternativa viable, resultó en una alta mortalidad, probablemente evitable en muchos casos.

La medicalización de las residencias no debe prevenir o sustituir las debidas derivaciones a los hospitales u otra alternativa viable

La propuesta de “medicalizar las residencias como única vía urgente y excepcional de respuesta fue más una promesa que una realidad.

Sin embargo, de cara al futuro, es importante distinguir entre dotar a las residencias de recursos (oxígeno y quizá personal extra de enfermería o aumentando las visitas de atención primaria) y los cuidados de hospitalización (cuidados de enfermería y médico de guardia las 24 horas del día, acceso rápido y fácil a pruebas complementarias como laboratorios y rayos X, capacidad de asistencia urgente y reanimación cardiopulmonar en caso necesario, etc.). **La medicalización de las residencias no debe prevenir o sustituir las debidas derivaciones a los hospitales** u otra alternativa viable que asegure cuidados de calidad y respete la dignidad del paciente. Las residencias continúan siendo hogares.

AISLAMIENTO EN DETRIMENTO DE LA SALUD Y DE LOS CUIDADOS DIGNOS

El desconocimiento y el miedo marcaron los meses de epidemia en las residencias, quedando subordinadas las actividades en grupo, las rutinas de convivencia y la dimensión social que estos centros tienen para las personas que los habitan al estricto cumplimiento del aislamiento, durante más de 90 días en algunos casos y sin definir un límite temporal.

Las necesidades físicas, cognitivas y emocionales de las personas aisladas no se tuvieron en cuenta

Sobre todo en las primeras semanas de la epidemia, **no se tuvieron en cuenta las necesidades físicas, cognitivas y emocionales de las personas aisladas**, lo que puso en peligro su salud en todos los demás aspectos que no estuviesen relacionados con la propagación del virus. En el campo de la salud mental, por ejemplo, hay estudios que indican que un 30% de las personas mayores que viven en residencias tienen síntomas de depresión o de ansiedad; de estas, el 30% tienen criterios de enfermedad depresiva o ansiosa.⁶⁶ Si incluimos la demencia, hasta un 80% de los mayores en residencias tendrían una enfermedad mental o neurológica diagnosticable.⁶⁷

65 Sobre los derechos fundamentales del paciente, ver: https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/07/23_01.pdf

66 Dozeman et al. Depression and Anxiety, an Indicated Prevention (DIP) Protocol in Homes for the Elderly: Feasibility and (Cost) Effectiveness of a Stepped Care Programme BMC Geriatr. 2007 Mar 8;7:6. doi: 10.1186/1471-2318-7-6. También en Creighton et al. J Affect Disord. 2018 Feb;227:416-423. The Prevalence, Reporting, and Treatment of Anxiety Among Older Adults in Nursing Homes and Other Residential Aged Care Facilities. DOI: 10.1016/j.jad.2017.11.029.

67 Bartels et al. Psychiatr Serv 2002 Nov;53(11):1390-6. Models of Mental Health Services in Nursing Homes: A Review of the Literature. DOI: 10.1176/Atención Primariapi.ps.53.11.1390.

Está por tanto fuera de duda que el miedo y la incertidumbre (prolongados por causa del aislamiento), la soledad y la ruptura de las rutinas que les aportan sensación de control tuvieron un impacto en los estados de depresión y de ansiedad comunes a los residentes de estos centros.

En muchos casos, las medidas férreas de aislamiento se tomaron **de forma indiscriminada, simplemente en caso de duda, a causa de la incertidumbre generada por los casos asintomáticos y debido a la escasez y limitada credibilidad de las pruebas diagnósticas.** Pero sobre todo, y muy especialmente durante las primeras semanas, la causa fue el **desconocimiento de las estrategias de sectorización y circuitos,** que habrían permitido mantener la dimensión social deseable en algunas zonas acotadas de los centros. Un aspecto particularmente grave es que, siguiendo esta falta de lógica, se aisló a personas que ni estaban enfermas ni probablemente tenían el virus, y que acabaron viéndose igualmente afectadas en su salud física y mental debido a las medidas desproporcionadas de confinamiento.

Los pasillos se convertían en una sucesión de puertas cerradas, muchas de ellas con llave

La forma rápida de aislar, sin considerar la convivencia y los cuidados dignos, consistió en mantener a los residentes en sus habitaciones, anulando toda posibilidad de salir a los pasillos y a las áreas comunes. Los casos considerados como positivos en COVID-19, ya fuera por síntomas o por diagnóstico, eran marcados en las puertas para que el personal que debía atenderlos fuera consciente de la necesidad de utilizar allí las medidas de protección asignadas. Los pasillos se convertían así en una sucesión de puertas cerradas, algunas de ellas con llave para contener a las personas más díscolas o más difíciles debido a su estado cognitivo, o que no llegaban a entender lo que sucedía y se rebelaban. En algunos sitios, estas personas pasaron así varias semanas y nos han reportado casos de residentes con deseos de morir que dejaron de comer y de tomar la medicación, que se encontró escondida una vez fallecidos.

Hay que humanizar la respuesta: acompañar y dignificar. **Es necesario comunicar de una forma comprensible,** pero sobre todo con especial atención a las particularidades propias de la edad avanzada y su deterioro cognitivo generalizado. Deben explicarse las circunstancias y el motivo del aislamiento y la prohibición de las visitas, con un lenguaje comprensible, ya que a estas personas se les pide que cambien su comportamiento, que se distancien de otras personas, que se aislen, que dejen de ver a sus familiares, que se comuniquen solo con móviles y tabletas, y en general que cambien sus rutinas.

Carmen, directora de una pequeña residencia familiar, relata uno de estos casos, cuando le preguntamos por el impacto de estas medidas de aislamiento en los mayores que tan bien conoce:

“ Empezamos por aislar a todos en sus habitaciones, como nos recomendaban, para evitar los contagios. No sabíamos lo que iba a durar esto y enseguida vimos que había residentes que no iban a poder soportarlo. Eugenia, por ejemplo, dejó de comer y de moverse; se pasaba las horas mirando por la ventana. Había otros residentes

que se quejaban y trataban de salir de los cuartos, y la verdad es que ha sido muy doloroso tener que mantenerlos encerrados. En el caso de Eugenia, yo tenía miedo de que se dejase morir y empecé a sacarla cada día un rato, para ver si recuperaba las ganas. Y empezó a comer, empezó a ir a mejor, hasta que un día vinieron los de atención primaria justo cuando la teníamos fuera, y me dijeron que era una inconsciente y estaba poniendo en peligro a todo el mundo. No me quedó otro remedio que devolverla a la habitación; me hicieron sentir muy mal. Ella dejó de comer otra vez y a los pocos días se murió. Yo no digo que no se fuese a morir igualmente, pero tengo claro que no quiso pasar por esto. Cuando volvió el equipo de primaria y les dije que se había muerto por encerrarla de nuevo, me dijeron: 'No nos digas eso'. Se quedaron bastante tocados. Nos ha pasado a todos lo mismo. Nos entró tanto miedo con el virus que no hemos pensado en otra cosa que en aislar al máximo, sin pensar en lo que esto significaba para ellos”.

FALTA DE PROTOCOLO PARA CUIDADOS PALIATIVOS, FINAL DE LA VIDA, DESPEDIDAS Y VISITAS

Los tratamientos de confort, sedación y cuidados paliativos fueron deficientes

Durante nuestra presencia en numerosas residencias, comprobamos la falta de claridad y de ejecución de protocolos dedicados al tratamiento de confort, sedación y cuidados paliativos para las personas en estado terminal que no habían sido referidas a hospitales u otras estructuras durante la epidemia. Ello se debió en parte a la falta de personal experimentado en los centros para dar estos cuidados y en parte a las dificultades del personal de atención primaria para responder a las exigencias de los momentos más agudos de la crisis sanitaria; en ocasiones también se debió a la falta de medicación. La atención de estos casos ha resultado ser muy deficiente y la responsabilidad ha recaído en personas que no tenían los conocimientos o la preparación adecuada para estas situaciones tan sensibles, estando ellas mismas en una situación de desesperanza y desesperación.

En España, no todas las comunidades han regulado el derecho a una muerte digna que incluya cuidados paliativos: solo lo han hecho nueve de las 17 CC. AA.⁶⁸ Este es aún un debate en la sociedad española que está muy ligado a los modelos y la calidad de la atención. Sin embargo, los paliativos son un servicio esencial que debe ser integrado y mantenido como parte regular de la atención médica. Ninguna persona que necesite cuidados paliativos o cuidados al final de la vida⁶⁹ debe ser abandonada

68 <https://derechoamorir.org/2020/04/15/COVID-19-listado-de-iniciativas-para-facilitar-el-acompanamiento-al-final-de-la-vida/>. Consultado el 10.07.2020.

69 Tanto los cuidados paliativos como la atención a pacientes terminales brindan bienestar. Pero los cuidados paliativos pueden empezar en el momento del diagnóstico y al mismo tiempo que el tratamiento. La atención a pacientes terminales comienza después de suspenderse el tratamiento de la enfermedad y cuando se confirma que la persona no va a sobrevivir.



© OLMO CALVO

o descuidada. Para ello, se requiere aumentar en las residencias las capacidades de cuidados paliativos, lo que implica involucrar al personal que no está familiarizado con estos métodos, asegurar estándares de calidad⁷⁰ y capacitar al personal para que actúe en base a decisiones informadas, inclusivas y autónomas de los pacientes o, en caso necesario, de sus familiares.

De acuerdo a las pautas de la OMS para COVID-19, los paliativos se integran con los cuidados curativos: “Todas las personas deberían tener derecho a morir con dignidad y acceso a los cuidados paliativos si se han tomado todas las demás medidas para proporcionar atención de calidad, incluida la oxigenoterapia”. Sin embargo, durante la epidemia, el volumen de cuidados paliativos proporcionados se redujo notablemente; un estudio realizado en un hospital español (y referenciado por la OMS) indicaba una reducción del 50% en los ingresos para cuidados paliativos.⁷¹

70 Ver nota 68.

71 <https://www.euro.who.int/en/countries/spain/publications/providing-palliative-care-during-the-covid-19-pandemic-experiences-from-spain-2020> y https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/445553/palliative-care-COVID-19.pdf. Consultados el 12.07.2020.

La OMS establece acciones clave sobre cuidados paliativos durante la COVID-19

Estas son, de acuerdo a la OMS, las acciones clave en materia de cuidados paliativos necesarias durante la COVID-19:

- Garantizar políticas, programas y directrices nacionales y regionales para apoyar la provisión de paliativos.
- Revisar los cuidados paliativos en residencias de mayores en el contexto de COVID-19.
- Incorporar capacitaciones en cuidados paliativos y competencias básicas para el personal que no esté ya familiarizado con este ámbito y determinar quién puede necesitar tales competencias.
- Asegurar que las personas mayores que reciben cuidados paliativos y al final de la vida, así como sus seres queridos, continúen recibiendo apoyo psicológico y espiritual.
- Incluir los datos sobre cuidados paliativos en residencias como parte de los datos e informes nacionales mínimos.
- Asegurar estándares de calidad y capacitar al personal en base a decisiones informadas, inclusivas y autónomas.

Natalia, que dirige una pequeña residencia privada donde todo el mundo se conoce, nos relató una de las experiencias que más la impresionaron. Cuando habla, está con un compañero de trabajo y ambos rompen a llorar:



Un día llegó el equipo de cuidados paliativos que enviaban desde sanidad y le pusieron la primera inyección de sedación a una de las residentes que estaba muy grave y no habíamos podido referir al hospital. Antes de irse, dejaron otras dos inyecciones cargadas para que se las pusiera yo en función de unos plazos que me indicaron. Yo miraba las inyecciones y sabía que yo no podría hacer eso, por muy sencillo que dijeran que era. No era por la inyección en sí, sino por lo que significaba. A mí nadie me ha preparado para una situación como esa y mucho menos para que sea yo quien lo haga. Nunca le puse las inyecciones y el caso es que Ana se acabó recuperando y todavía la tenemos aquí con nosotros. Es muy mayor y está muy débil, pero ahí sigue. Hemos tenido otros casos que fueron sedados por el equipo de cuidados paliativos para evitarles el sufrimiento; quizás fueron muchos, ahora ya no lo sabremos. Pero esto de que nos dejaran a nosotros la responsabilidad de hacerlo es algo que nunca hubiera podido superar”.

Tras contactar de nuevo con ella para la elaboración de este informe, Natalia nos confirmó que Ana seguía con vida.

Algunas de las deficiencias relacionadas con los cuidados paliativos en los días más duros de la epidemia, tal y como las han relatado personal de residencias y familias, son las siguientes:

- Carencia de protocolos para el tratamiento contra el dolor, la hidratación y los cambios de postura (prevención de escaras y úlceras por presión).

La limitación de los servicios de atención primaria impidió que se instauraran estos servicios con la prontitud deseada, dado el rápido empeoramiento de los pacientes en pocas horas.

- Falta de suministro de oxígeno, parte fundamental del tratamiento, ya que la disnea y la baja saturación son síntomas muy comunes en la COVID-19. Las residencias suelen utilizar concentradores de oxígeno con un flujo máximo de 5 o 10 litros por minuto, lo que resulta insuficiente para pacientes con demanda alta, como son los afectados por COVID-19. La logística asociada a este suministro estuvo ausente en muchos centros durante las primeras semanas y tan solo las residencias con servicio médico con instalación canalizada de oxígeno pudieron hacer frente a esta escasez.

Visitas y despedidas

La legislación sobre visitas y despedidas ha sido muy ambigua

La indefinición de las autoridades competentes con respecto a la posibilidad de organizar visitas de despedida para los residentes que afrontaban sus últimas horas de vida pesó enormemente en la reticencia de las residencias a la hora de dar este paso. La legislación ha sido lo suficientemente ambigua como para dejar que la responsabilidad de cualquier error pudiese recaer en las gerencias de los centros, quienes optaron en su mayoría por una postura rígida y restrictiva, y limitaron las despedidas a opciones con videollamada (e incluso esto no era muy común). Quienes sí se atrevieron a ofrecer la posibilidad de una visita presencial de despedida lo hicieron a escondidas y con miedo a sufrir una sanción o recriminación, por no hablar del temor a las denuncias en caso de que algún familiar resultara contagiado durante la visita. Incluso nos consta que, conociendo las reclamaciones de algunos familiares, se tuvo cuidado de elegir a quién se ofrecía esta posibilidad y a quién no, lo que no deja de ser un trato discriminatorio, provocado por la sensación de indefensión.

Javier es enfermero en un geriátrico y se ocupó del centro cuando la directora y la gobernanta estaban de baja. En respuesta a la pregunta de MSF sobre el dilema de las despedidas con familiares, respondió:

“Hicimos lo único que podíamos hacer, porque estábamos solos con las consecuencias”

“ A mí me costaba entenderlo cuando la directora nos dijo que había encargado unas tabletas para el tema de las despedidas. Estábamos haciendo ya las videollamadas para el contacto con los familiares, usando nuestros propios teléfonos, porque la mayoría de los residentes tienen teléfonos muy básicos, y lo de las tabletas me hizo sentir que estábamos normalizando esto, que estábamos renunciando a esta parte humana tan importante. Ya se habían muerto tres residentes sin más compañía que la nuestra y me pareció que lo de las tabletas era un parche, que había que poder organizar las cosas de otra manera. Luego, cuando me quedé a cargo de todo porque ella y la gobernanta se pusieron de baja, hablé con los compañeros para ver si estaban de acuerdo en que algún familiar de Isidro, un señor que estaba en paliativos, pudiese pasar a despedirse.

Había miedo y se negaron. ‘Nos estamos poniendo enfermos nosotros’, me dijeron, ‘¿cómo vamos a evitar que no caigan enfermos los familiares?’. En ese momento me pareció que nos estábamos equivocando y me cabré bastante, pero viendo ahora cómo están lloviendo las denuncias por todas partes, creo que hicimos lo único que podíamos hacer, porque estábamos solos con las consecuencias. Siento decirlo así, pero hay gente con muy mala intención y, si te puede culpar a ti, lo hace. No importa que estés tratando de ayudarlos. Si algo sale mal, te la cargas tú”.

En atención a la demanda del colectivo de familiares, MSF creó unas recomendaciones muy detalladas y un algoritmo para facilitar las despedidas, aplicables a las visitas cuando estas se permitieran.⁷²

CARENCIA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A RESIDENTES Y PERSONAL

El confinamiento transcurrió para los mayores sin más apoyo emocional que el que les procurara el desbordado personal de la residencia

La ruptura que supone una situación de contagio en una residencia de mayores es difícil de dimensionar si no se conocen el funcionamiento y las rutinas de estos centros. La dinámica de la residencia está orientada a favorecer la convivencia y el contacto mediante unas actividades y unas prácticas regulares que sirvan para salvaguardar la dimensión social de estos hogares y la vida de los residentes. Las zonas comunes, las actividades colectivas y los talleres buscan reducir el aislamiento. Las visitas y las salidas del centro sirven para preservar el vínculo familiar y emocional y son propias de cada residente. La situación de confinamiento supuso el destierro inmediato de todas estas prácticas, para limitar a cada residente en un espacio restringido y aislado del resto, sin la guía y el apoyo de rutinas establecidas en muchos casos durante años, y con la cancelación de su contacto regular con el exterior.

Para los residentes, esta situación transcurrió sin más apoyo emocional que aquel que les procuraba el personal del centro, desbordado igualmente por la realidad. En general, **encontramos a muchas personas mayores que no entendían lo que estaba sucediendo**, se veían atendidas por personas que les eran desconocidas o a las que no reconocían debido al EPI, y no alcanzaban a comprender las razones de todos los cambios. Es una situación que agudiza la desorientación y el deterioro cognitivo y que se suma al verse encerrado y sin contacto físico con otras personas.

⁷² <https://msfCOVID19.org/despuestas-de-familiares-en-residencias-diagrama-de-toma-de-decision/>

Uno de los miembros del equipo de MSF lo cuenta de esta manera:

“Buena parte del personal de residencias se ha visto de la noche a la mañana en medio de una pesadilla”

Apenas encontramos residencias que tuviesen acceso a apoyo psicosocial

“ Ya desde el primer día, nos dimos cuenta de que, para ayudar en las residencias, lo primero sería sacar al personal del túnel en el que estaba metido. Trabajaban sin descanso, con la sensación de ir por detrás de todo, inseguros sobre lo que hacían y dolidos por el poco reconocimiento que sentían por parte de la sociedad. ‘De nosotros se acuerdan solo cuando aparece alguna denuncia por maltrato, pero, a la hora de aplaudir a los héroes de la pandemia, ni se nos menciona’, nos han dicho en más de un centro. Hemos encontrado a mucha gente doblando turnos porque alguien estaba de baja, asumiendo tareas que no eran las suyas y sufriendo por la situación de los residentes, con los que muchos tienen vínculos que van más allá de su compromiso laboral. Son vínculos emocionales, contruidos durante años trabajando por su bienestar, y de alguna manera se consideran familia. Veías además el miedo por sus propias familias, el miedo de regresar a casa después de pasar todo el día en un ambiente contaminado. A diferencia del personal sanitario, más acostumbrado a las situaciones límite, buena parte del personal de residencias se ha visto de la noche a la mañana en medio de una pesadilla en la que podía morir gente si se hacían las cosas mal, y no encontraban apoyos. En el momento en que les dabas la oportunidad de levantar la cabeza de lo que estuviesen haciendo y hablar sobre lo que estaban viviendo, se derrumbaban. Entonces había que dejar que sacasen sus frustraciones, lloraban y se excusaban por lo que pudiésemos señalar como ineficaz o incorrecto; y solo entonces, cuando ya se habían desahogado y les mostrabas reconocimiento por los esfuerzos y los aciertos, podías comenzar a construir algo. Pero este alivio emocional ha sido anecdótico y ha alcanzado a pocos centros; la gran mayoría de residencias no han tenido quien las escuche. Y lo peor puede estar por venir, cuando baje la tensión del día a día y tengan la ocasión de revivir lo que han pasado. Esto lo sabemos bien en el mundillo de la urgencia humanitaria: Mientras estás en plena faena, la propia excitación del momento te lleva en volandas; pero cuando regresas a casa y te relajas, todo lo malo sale a flote. Es lo que habitualmente se conoce como ‘estrés postraumático’”.

Apenas hemos encontrado residencias que tuviesen acceso a un servicio de apoyo psicosocial durante las semanas de crisis sanitaria. Por otra parte, allí donde sí se habían facilitado teléfonos de ayuda por parte de las instituciones o de los grupos empresariales, existía mucha desconfianza en su utilización, dado el miedo a la falta de confidencialidad a la hora de expresar las quejas, frustraciones y desahogos mediante servicios facilitados por quienes podían percibirse como responsables de la situación, y que no dejaban de ser sus empleadores.

En la epidemia, la salud emocional y mental fue largamente ignorada por las Administraciones o por los grandes grupos que gestionan establecimientos privados. MSF identificó esta necesidad⁷³ y organizó *webinars* facilitando herramientas y proponiendo modelos de intervención. También realizamos muchas entrevistas de apoyo emocional y de contención con residentes y personal. En las fases finales de su intervención, MSF incluyó unas actividades de apoyo psicológico y social, que originaron un paquete de herramientas de apoyo emocional de fácil implementación.⁷⁴

ESTUDIO DE CASO REPRESENTATIVO DE UNA RESIDENCIA DURANTE LA COVID-19

Este caso ilustra la evolución del virus una vez dentro de la residencia y los esfuerzos realizados por el personal, por el equipo de gestión y por el equipo de MSF. Es un caso verídico, los datos son reales e ilustra lo acontecido en muchas otras residencias. **Los puntos críticos detectados de la residencia fueron:**

1. La situación de base de la residencia era frágil, con escasa preparación en prevención y control de infecciones.
2. Un primer despistaje con tests rápidos de baja sensibilidad incrementó más la falsa sensación de seguridad. Habiendo un caso confirmado de COVID-19, no se gestionó toda la residencia como foco de infección. Los tests PCR evidenciaron un alto grado de contagio entre los residentes y se desató la crisis.
3. A pesar de la evidencia del alto grado de contaminación de la residencia, los tests al personal se realizaron muy tarde, lo que incrementó el riesgo de transmisión.
4. Una vez implementados, la sectorización y los circuitos no se respetaron adecuadamente.
5. Excepto MSF, no hubo un actor claro que diera apoyo en PCI.
6. Cuando la residencia colapsó, no hubo una estrategia de drenaje eficaz. El hospital de referencia no contaba con capacidad para recibir a los pacientes que la residencia debía derivar.

73 El 2 de abril, MSF organizó el seminario online 'Cómo dar malas noticias y cómo cuidar tu salud mental', a cargo de Cristina Carreño, especialista en salud mental de la organización; el seminario trató de reforzar la conveniencia de "pedir ayuda" y ofreció herramientas básicas para dar malas noticias. MSF también abogó por la habilitación de "pabellones confort" para cuidados en salud mental y paliativos, tal y como figura en el modelo difundido el 17 abril. Webinar disponible en: <https://msfCOVID-19.org/?s=webinar+cristina+carre%C3%B1o>.



















74 <https://msfCOVID19.org/paquete-de-recursos-en-salud-mental-y-apoyo-psicosocial/> y <https://msfCOVID19.org/guia-de-apoyo-psicosocial-para-la-desescalada/>.



© OLMO CALVO

- 7.** El aumento de capacidad tanto hospitalaria como de drenaje a residencias 'COVID+' (afectadas) y 'COVID-' (no afectadas) no se llevó a cabo por falta de soluciones técnicas y por la inversión y coste que suponían.
- 8.** La supuesta medicalización de la residencia se tradujo en que personas cuya condición clínica requería ingreso hospitalario recibieron en la residencia una asistencia sanitaria inadecuada y muy deficiente.
- 9.** No se proporcionaron cuidados paliativos adecuados a residentes en fase de final de vida.
- 10.** Toda esta situación tuvo un gran impacto en la salud mental de residentes, familiares y personal.

Evolución cronológica de la situación*

Fecha	16 de abril	21 y 22 de abril	25 y 26 de abril
Situación:			
Total residentes	 173	 172	 142
Positivos COVID confirmados	 1 ⁽¹⁾	 45 ⁽³⁾	 135
Negativos COVID	 0	 0	 7
Sintomáticos COVID	 0	 21 ⁽⁴⁾	 30
Fallecimientos acumulados	 0 ⁽²⁾	 1	 5
Derivaciones	 0	 25 ⁽⁵⁾	 0
Test	Depistaje a todos los residentes con test rápido serológico (AP). Todos los residentes presentan test rápido negativo, incluido el caso confirmado por PCR (posibles falsos negativos).	Realización masiva de PCR a todos los residentes (en varias tandas).	Deben repetirse las PCR por posible contaminación en el laboratorio.
RR. HH.	Personal total: 129. Bajas: 17.		30 bajas (mayoritariamente, personal de enfermería y gericultura).
Observaciones	Ausencia de aislamiento (únicamente el residente confirmado por PCR), ausencia de circuitos, escasez de EPI, falta de personal de enfermería.		
Asistencia sanitaria	La residencia dispone de un médico a tiempo parcial y de dos enfermeras (tres enfermeras más están de baja). Apoyo puntual de AP.		Apoyo de lunes a viernes de atención primaria; por la tarde y por la noche, no hay asistencia médica (salvo urgencia, a cargo del centro de salud más cercano, a 12 km de distancia).
Actividades de MSF	Primera visita. Se realiza la sectorización, se definen circuitos y se ofrece formación básica en PCI. También se ofrece asesoramiento y hacer de enlace para reforzar los RRHH.	Seguimiento de la PCI y <i>lobby</i> en el Comité de Crisis para que se realice el test a todo el personal.	Refuerzo de circuitos y sectorización y PCI, además de donación de EPI.
Comité de Crisis	Creación del Comité regional para residencias (en el que participa MSF).		Propuesta de medicalizar la residencia con O ₂ (valoración por los servicios de emergencias médicas); se desestima debido a que la instalación es obsoleta.

(1) Confirmado por PCR (15 de abril)
 (2) Desde el 15 de marzo

(3) Y 120 test pendientes de resultados
 (4) Dos de ellos en cuidados paliativos
 (5) A dos hospitales de la zona (con capacidad sociosanitaria)

* La falta de sistematización y claridad documental, y el cambio de protocolos y de definiciones de caso dificultaron la interpretación de los datos.

29 de abril	3 al 5 de mayo	9 de mayo	20 de mayo
			
	Se decide repetir la PCR a todos los residentes.	Inicio de test PCR al personal .	Realización de una segunda PCR.
			Testado con PCR; a 24 mayo, según datos de la Dirección de la residencia, se cuentan 129 test realizados, con 91 negativos y 38 positivos. 45 bajas .
Dificultad de respeto de los circuitos por parte de atención primaria debido a la elevada presión asistencial y a la dispersión de los pacientes sintomáticos a lo largo del edificio.	Dificultad para cubrir RRHH y falta de tiempo para su formación, a la vez que aumentan las necesidades asistenciales de los residentes.		Desinfección por parte de bomberos realizada (el 13 de mayo) y resectorización indicada por MSF y servicios de salud pública.
Aumento de uno a tres equipos de atención primaria , de lunes a viernes en horario diurno.	Se incrementa el personal experimentado de enfermería, con presencia diaria, como punto de enlace clave para coordinar los cuidados y el equipo de atención domiciliaria. Se mantienen los equipos de atención primaria.	Atención psicológica a residentes, fomento de las visitas para el acompañamiento al final de la vida y despedidas por parte de un familiar.	
Apoyo para intento de refuerzo de los recursos humanos de la residencia; refuerzo de la sectorización y las medidas de PCI; incidencia ante la Dirección del centro para para aislar y sectorizar los casos negativos; y actividades de lobby relacionado con derivaciones, cuidados dignos, tests, EPI, visitas y despedidas y ratios de RR. HH. ante diversas entidades implicadas (Comité de Crisis, servicios de atención primaria y hospitalaria del área, Consejería de Salud, etc.).	<i>Lobby</i> a la Consejería de Salud para que se realicen test de forma masiva a todo el personal.	Seguimiento y donaciones de material (se detecta escasez de guantes en la plataforma regional).	Se realiza la resectorización en base a los resultados de la segunda PCR. Última visita de MSF.
	Se plantea sectorizar según la gravedad (y crear una planta de paliativos), pero finalmente se desestima; se programa la desinfección por el cuerpo de bomberos; se desestima la creación de una extensión en el hospital de referencia.		Desinfección por bomberos (13 mayo) y resectorización indicada por MSF.
	(6) Se sospecha que los resultados de los tests no son válidos. (7) 18 a hospital y 5 a residencia COVID+	(8) Dos pacientes en cuidados paliativos	(9) 40 dieron negativo tras superar la enfermedad y 7 habían permanecido negativos desde el comienzo.

Conclusiones

Los fallecidos en residencias de ancianos equivaldrían al 69,1% del total notificado oficialmente por el Ministerio de Sanidad

A fecha 21 julio, “el número de víctimas mortales que el coronavirus ha dejado en las residencias de ancianos españolas –ya sean públicas, concertadas o privadas– con COVID-19 o síntomas similares se sitúan en 19.645, según los datos proporcionados por las comunidades autónomas. **Así, los fallecidos en residencias de ancianos equivaldrían al 69,1% del total notificado oficialmente por el Ministerio de Sanidad.** Aunque Sanidad no ha facilitado el número de fallecidos en estos centros, un documento interno compartido con las comunidades autónomas al que ha tenido acceso RTVE.es calcula que son al menos **27.359** los fallecidos”.⁷⁵

La situación vivida en las residencias de mayores durante la COVID-19 nunca debería repetirse. Las lecciones aprendidas y las vidas perdidas deberían provocar un cambio profundo. El peligro de que las personas mayores que viven en residencias vuelvan a resultar afectadas no ha remitido; en caso de una segunda ola o rebrote, no hay excusa para no estar preparados, reducir el sufrimiento y limitar al máximo la mortalidad.

Faltó dotación de material, capacidad y asistencia a las personas mayores de las residencias tanto en la atención primaria como en los hospitales

La mortalidad excesiva durante esta crisis señala problemas estructurales y sistémicos en relación al modelo español de residencias de mayores; destaca en particular la necesidad de mejorar la atención médica que debe brindarse a quienes viven en estos centros, sean públicos, privados o concertados. La lógica del modelo de residencias actual responde más a las condiciones del proveedor de servicios que a las necesidades sociosanitarias de las personas mayores. Esto ha tenido un grave impacto directo en su salud y mortalidad: se estima que las personas mayores fallecidas en residencias representan el **69,1%** del total de personas fallecidas en España.⁷⁶ MSF opina que el debate no está en si las residencias tienen que pasar al Sistema Nacional de Salud, si deben seguir siendo parte de los servicios sociales, si las competencias deben seguir descentralizadas en las comunidades autónomas, si el modelo debe ser público o privado, o si se dio atención o no en un hospital concreto. Lo que importa es que las personas mayores, como todas las demás, tengan acceso a una atención médica de calidad, con unos cuidados dignos, independientemente de donde se encuentren. Sin embargo, la respuesta a la COVID-19 puso de manifiesto la falta de dotación, capacidad y asistencia a este colectivo

⁷⁵ <https://www.rtve.es/noticias/20200721/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtm>. Consultado el 22.07.2020.

⁷⁶ Ver nota anterior.

tanto en los servicios de atención primaria como el sistema hospitalario. Durante el pico de la epidemia, este modelo no dejaba opciones viables a muchas residencias; en sus propias palabras, muchas fueron “abandonadas sin posibilidad de derivación hospitalaria y sin asistencia adecuada de la atención primaria”.

Urgen planes de contingencia que garanticen la alerta temprana y la respuesta inmediata

Existe una necesidad de desarrollar planes de contingencia ante posibles nuevos brotes de COVID-19 o de epidemias similares, para asegurar una alerta temprana y una respuesta inmediata, ya que, en el caso de esta enfermedad y en pacientes tan vulnerables como las personas mayores, el deterioro es a veces cuestión de horas. El plan se ha de acompañar de medidas orientadas hacia el bienestar y la calidad de vida de los mayores, como foco principal y con un trasfondo ético. Especial atención merecen la prevención y control de infecciones y los diferentes elementos del cuidado digno, como son las despedidas, los cuidados profesionales de confort y las visitas o contactos con familiares.

A modo de conclusión, enumeramos a continuación los elementos que, desde la experiencia de MSF y tras colaborar con cerca de 500 residencias, tienen un impacto más grave en la salud, calidad y trato digno a las personas mayores. Estas 10 conclusiones contienen las disfunciones y elementos mínimos que deben corregirse para evitar se repita la situación vivida.



© OLMO CALVO

Mantener a personas enfermas y críticas en las residencias sin atención médica adecuada multiplicó los contagios

Falló la efectiva asistencia desde el sistema salud

PERFIL DE LAS PERSONAS RESIDENTES: PONERLAS EN EL CENTRO DE LA ATENCIÓN

1. Debido a la gran concentración de mayores frágiles, con pluripatologías, en lugares cerrados y con cercanía física, mantener a personas enfermas y críticas en las residencias sin atención médica adecuada multiplicó los contagios, aceleró la mortalidad y produjo situaciones indignas e inhumanas. No se priorizaron derivaciones o circuitos preferentes para que las personas contagiadas fueran trasladadas a otros centros, hospitales o centros sociosanitarios, ni se contempló al residente como centro de cualquier medida que se adoptase, según sus necesidades.

ATENCIÓN MÉDICA: MEJORAR LA RESPUESTA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA

2. **Las residencias, en su mayoría, son lugares para la convivencia y el cuidado, no para curas o tratamientos medicalizados;** su objetivo es la atención social a las personas que allí viven. Carecen por tanto de recursos, infraestructura, formación o responsabilidad para la atención médica. Sin embargo, sin tener tales recursos, se vieron obligadas a responder a una crisis sanitaria. El resto de patologías también se vieron afectadas por la falta de atención médica adecuada y oportuna, lo que incrementó el riesgo de mortalidad, el dolor y el miedo en las residencias.
3. No hubo una respuesta inmediata, adecuada y orientada a salvar vidas, coordinada con los servicios asistenciales y de salud, en particular durante el pico epidémico. Falló la efectiva asistencia desde el sistema salud.
4. Ante el criterio restrictivo aplicado a la derivación hospitalaria en las CC. AA. con mayor mortalidad de personas mayores, no se propuso alternativa viable y dotada de recursos para atenderlas en otro lugar o en las mismas residencias, dejándolas agonizar, sin la atención médica debida, sin que pudieran despedirse de sus familias, sin derivación ni tratamientos compasivos al final de la vida.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES: FORMAR Y PROTOCOLIZAR

5. La capacidad en la prevención y control de infecciones (incluido el aislamiento de contactos y casos sospechosos) fue deficiente, así como el manejo de los casos para evitar su agravamiento, fueran o no casos de COVID-19. Las residencias contaban con escasa cultura de PCI y tampoco tenían a personal encargado de formar y supervisar este aspecto.

Las bajas laborales no eran sustituidas al ritmo adecuado

Las Administraciones competentes mostraron descoordinación y falta de liderazgo

6. La restricción o denegación de despedidas, visitas o movilidad generada por el aislamiento tuvo también consecuencias físicas y psicosociales que no fueron suficientemente consideradas ni atendidas.

PROTECCIÓN Y FORMACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS: ADAPTAR Y FORMAR

7. Los perfiles profesionales están poco desarrollados en términos de competencias y capacitación y las condiciones laborales son muy precarias. Las bajas laborales no eran sustituidas al ritmo y en ratio adecuados, en un momento en que se necesitaba personal formado, ágil y en mayores proporciones. Sin fuerza laboral, el resto era inviable. El personal cuidador y de la limpieza era clave y no se reforzó a tiempo.
8. Faltaron medidas y medios de protección y formación adaptada, oportuna y con protocolos de uso claros que protegieran a personal y residentes.

DESCOORDINACIÓN Y FALTA DE ESTRATEGIAS: MÁS LIDERAZGO Y COORDINACIÓN

9. Mostrando descoordinación institucional y falta de liderazgo, las Administraciones priorizaron la respuesta asistencial en hospitales, lo que dejó atrás a las personas mayores en las residencias, a pesar de ser el colectivo más vulnerable y con mayor mortalidad.
10. Es necesario desarrollar un sistema de indicadores de calidad y éticos orientado hacia el impacto en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores en residencias.

En definitiva, deben tomarse medidas que **giren alrededor de la atención a la persona mayor, con una mejor articulación de los servicios sociales y sanitarios a través de la atención primaria y los servicios de emergencia**, incluyendo unos cuidados dignos allí donde sea necesario (domicilio, ambulatorio, ambulancia, centro de atención primaria, residencia, centro sociosanitario, hospital, hotel medicalizado, etc.), pero que pivoten alrededor de las necesidades de cuidados y salud de los mayores.

Recomendaciones

Las personas mayores deben estar en el centro de toda decisión y política pública

A lo largo de su intervención contra la COVID-19 en España, Médicos Sin Fronteras desarrolló una serie de respuestas pragmáticas a las dificultades encontradas en las cerca de 500 residencias de mayores a las que dimos apoyo. Son lecciones aprendidas, cuyo objetivo es asegurar que la respuesta a nuevos brotes no esté condicionada por la agenda política o empresarial, el beneficio o la oportunidad, sino por las necesidades de las personas mayores. No hablamos por tanto de recomendaciones estructurales o de cambios de modelo (que no son sujeto del trabajo de MSF), sino del impacto que el modelo actual tiene en la salud de este colectivo.⁷⁷ **Abogamos por situar a las personas mayores en el centro de toda decisión y política pública que se desarrolle como respuesta a esta situación, para asegurar que no se repita lo sucedido, dignificar el trato y cuidados que recibe este colectivo y reforzar su autonomía como pacientes o grupo de gran vulnerabilidad.**

Estas son las principales recomendaciones:

1. Elaborar planes de contingencia que puedan adaptarse fácilmente a cada residencia.
2. Establecer políticas y mecanismos para la detección, vigilancia y control efectivo en entornos como las residencias. Garantizar el acceso a EPI y a formaciones sobre su uso para personal y residentes.
3. Asegurar capacidad de sectorización en las residencias, respetando la dignidad y cuidados de las personas mayores y protegiendo al personal.
4. Establecer mecanismos para cuidar la salud mental y emocional de residentes, personal y familiares.
5. Acompañar todo ello de recopilación, sistematización, publicación y análisis de datos, para mejorar la toma de decisiones.

⁷⁷ Las recomendaciones siguen los diez objetivos para prevenir y manejar la COVID-19 en residencias establecidos por la OMS: 'Ten policy objectives to prevent and manage the COVID-19 pandemic across LTC services'. OMS 'Strengthening the health system response to COVID-19: preventing and managing the COVID-19 pandemic across long-term care services in the WHO European Region' (May 29, 2020). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Es deber de todas las administraciones asegurar una actuación más allá de la batalla de competencias, sobre salud y bienestar social

Puedes consultar aquí la web msfcovid19.org



App disponible en:



El Gobierno central y las Administraciones autonómicas deberán proponer y garantizar los recursos para un plan de contingencia

Nos dirigimos tanto a la Administración central como a las Administraciones autonómicas, provinciales y municipales, como responsables de trasladar, desarrollar, supervisar y dotar de recursos la política de prevención y respuesta a la COVID-19 para las residencias de mayores. **Es su deber asegurar una actuación más allá de la batalla de competencias, transferidas o plenas, sobre salud y bienestar social.** Las medidas y protocolos deben tener como objeto principal y único el bienestar y el cuidado digno de los mayores que conviven en las residencias, su hogar, y la protección de las personas que trabajan cuidándolos. Estas medidas deben de agilizarse, a la luz del preocupante e incipiente clima de laxitud tras la desescalada.

Las medidas recomendadas aquí son genéricas. La información detallada, así como las fichas técnicas desarrolladas por MSF, están disponibles en nuestra web especializada msfcovid19.org y en las aplicaciones desarrolladas para Android (<https://play.google.com/store/apps/details?id=appppmsfcovid19org.wpapp>) e iOS (<https://apps.apple.com/es/app/COVID-19-f%C3%B3rmate-e-inf%C3%B3rmate/id1518790380>).

ELABORAR PLANES DE CONTINGENCIA FÁCILMENTE ADAPTABLES A CADA RESIDENCIA⁷⁸

(Todas estas medidas se refieren a la preparación y respuesta a la emergencia).

Gobierno español y Gobiernos autonómicos:

En el marco de sus competencias de salud y políticas, deberán proponer y garantizar los recursos para un plan de contingencia (con especial atención y detalle a enfermedades infecciosas de declaración obligatoria) y de respuesta urgente que incluya:

- Sistemas de vigilancia pasiva y activa aplicables que detallen el umbral de alerta.
- Disponibilidad de material de protección e higiene, con un canal de compras ya establecido.
- Equipos formados para la supervisión y apoyo a las medidas de prevención y control epidémicos.

⁷⁸ Modelo elaborado por MSF descargable en msfCOVID-19.org. Ficha técnica en: <https://msfCOVID-19.org/wp-content/uploads/2020/05/CV055-ORG-Plan-de-contingencia-residencias-de-personas-mayores-20200519-V1-ok.pdf>.

Debe abordarse el correcto y racional uso de los EPI

- Protocolos (que deben ser dictados por la autoridad competente, en particular en lo que respecta a las visitas, despedidas y movilidad como derechos fundamentales⁷⁹ conocidos y accesibles por el personal de las residencias) en relación a:
 - Acceso al centro una vez decretada la situación de alerta (aislamiento o cuarentena preventiva): visitas, despedidas, movilidad, proveedores, etc.
 - Derivaciones hospitalarias y a servicios de atención primaria.
 - Acceso a servicios de cuidados paliativos basado en decisiones informadas en coordinación con atención primaria.
- Acceso a diagnósticos de calidad y a tiempo.
- Plan de:
 - Sectorización, circuitos, medidas de higiene y correcta y racionalizada utilización de EPI.
 - Apoyo psicosocial para residentes, familiares y personal del centro.
 - Contratación y formación de personal adicional (con estimaciones previas establecidas).
- Programas de formación continuada con énfasis en modelos y simulaciones.
- Protocolo de gestión de desechos biológicos de tipo III⁸⁰ adaptado a las residencias.
- Plan territorial de desescalada y regreso a la vigilancia preventiva.
- Sistema de indicadores de calidad y de resultados orientados al impacto en el bienestar y la calidad de vida de los mayores, que haga de sus necesidades prioridad e incluya el asesoramiento médico, ético y científico.

Las residencias deberán desarrollar estos planes siempre guiadas y supervisadas a nivel territorial

Estos planes de contingencia serán el marco que deberán **desarrollar las residencias, siempre guiadas, acompañadas y supervisadas a nivel territorial**, asegurando que **las personas mayores y sus necesidades de cuidados y salud se pongan en el centro de atención**. El plan deberá incluir una **dotación de recursos** (financieros, humanos y materiales) por parte de las CC. AA. para el fortalecimiento de los sistemas de salud, tanto de atención primaria como hospitalaria. **Deberá contemplar unos criterios de evaluación dinámica**. En la medida de lo posible se deberán recoger las buenas prácticas.

79 Estos derechos no pueden ser derogables por una gestora de residencias o una empresa privada, sino por la autoridad competente, igual que ocurre para el resto de los ciudadanos.

80 Se consideran desechos infecciosos aquellos capaces de transmitir algunas de las enfermedades infecciosas que figuran en el Anexo I del Decreto 204/1994 de Gestión de Residuos Sanitarios. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/CC_AA/cl-d204-1994.html.

Fundaciones, empresas, grupos corporativos, patronal y entidades privadas o de participación pública, que gestionan directamente, subcontratan o son propietarias de residencias de mayores:

Cada centro de mayores, con independencia de su modelo de gestión o titularidad, tendrá que elaborar su plan de contingencia, que debería detallar una serie de cuestiones desarrolladas en otros documentos de MSF ya referenciados,⁸¹ con especial énfasis en estos dos elementos claves:

Recursos humanos y materiales:

- Asegurar una ratio de personal que garantice un cuidado digno y adecuado.
- Garantizar que las bajas son cubiertas, revisando al alza las ratios de personal de atención directa.
- Disponer de equipos de recursos humanos de respuesta rápida, con formación en geriatría o gerontología, además de otro personal clave, como limpieza, lavandería y cocina.
- Incluir en los criterios de selección de personal los conocimientos necesarios en cada categoría para la labor asignada en el plan de contingencia.
- En caso de emergencia, poder contratar a personal no cualificado si se le da la formación básica en las tareas propias de su rol en caso de COVID-19, siempre bajo estrecha supervisión.
- Asegurar un aprovisionamiento de materiales de protección y fungibles, que incluya almacenamiento de reserva, identificación de proveedores y capacidad de compra (con su previsión presupuestaria correspondiente), así como formaciones de uso prácticas.

Asistencia sanitaria de calidad que incluya cuidados paliativos y de confort:

- Conocer los protocolos de derivación a atención primaria y hospitalaria y en su caso de cuidados de confort en la residencia.
- Asegurar y salvaguardar las últimas voluntades.
- Incorporar un currículo de formación en cuidados paliativos y competencias básicas
- Informar a residentes y familiares en particular sobre los protocolos del centro de derivaciones, cuidados de final de vida, visitas, despedidas y realización de pruebas diagnósticas.

Debe asegurarse el personal suficiente y necesario para garantizar un cuidado digno y adecuado

81 Las medidas recomendadas aquí son genéricas; la información más detallada está disponible en <https://msfCOVID-19.org/> y en las aplicaciones para Android (<https://play.google.com/store/apps/details?id=appappmsfCOVID-19org.wpapp>) e iOS (<https://apps.apple.com/es/app/COVID-19-f%C3%B3rma-e-inf%C3%B3rma/id1518790380>).

- Nombrar a una o varias personas informadoras o de contacto con las familias, que comunique además la posibilidad de despedidas o visitas, según los protocolos establecidos por la autoridad competente en materia de derechos fundamentales como la restricción de movimientos.

Todo ello deberá hacerse en coordinación con los actores autonómicos y estatales pertinentes en términos de acompañamiento, desarrollo, supervisión y evaluación de los planes de contingencia, atendiendo a los diferentes niveles de responsabilidad y competencias.

Fiscalía General del Estado (FGE) y Fiscalías territoriales competentes:

Se debe garantizar el acceso a la atención médica de las personas que viven en residencias

- Establecer acciones para garantizar el acceso a la atención médica de las personas que viven en residencias de mayores, y en particular los protocolos de derivaciones hospitalarias.
- En su función de garantes y supervisoras, dar instrucciones para la realización de visitas, estableciendo una rutina y supervisiones tanto a instancia de parte como de oficio.
- En su función judicial, tramitar las diligencias para resolver las más de 200 denuncias de familiares y residentes presentadas, con prioridad a las relacionadas con denegación de atención médica.



© OLMO CALVO

Grupos parlamentarios y en especial las Comisiones de Sanidad del Congreso de los Diputados y del Senado, y Parlamentos autonómicos:

- Dar seguimiento a los planes de contingencia, pidiendo a las autoridades competentes una rendición de cuentas transparente y la publicación de estos planes y medidas adoptadas, para dotarlos de presupuesto. Para ello se podría solicitar la comparecencia regular del ministro de Sanidad y en su caso de los consejeros de las CC. AA., pero también de las entidades gestoras, grupos empresariales, patronal de las residencias o asociaciones de usuarios de residencias, de familiares o de mayores.

Defensor del Pueblo y sus homólogos en las CC. AA.:

- Recoger en su informe anual la situación de los mayores en las residencias, reforzando el foco en la asistencia sanitaria digna y contemplando al residente como centro de toda medida a adoptar.
- A la hora de realizar recomendaciones al Gobierno central y Gobiernos autonómicos en su informe anual o *ad hoc*, tener en cuenta las recogidas en este informe.
- Reforzar el derecho a las visitas y despedidas, en línea con lo ya recomendado por el Defensor.⁸²
- Comprobar los elementos necesarios para un trato y cuidados dignos, incluyendo protocolos de derivación y medidas de aislamiento compatibles con la dignidad y la salud física y mental de personal y residentes.

Colegios profesionales y sindicatos del sector:

- Asegurar que, en los planes de contingencia y en la práctica, las personas que estén colegiadas o afiliadas, y demás trabajadores, disponen de un paquete formativo adecuado a la respuesta de emergencia, incluyendo una estrategia de selección de personal ágil exenta de burocracia (para la rapidez de la regularización y homologación de títulos o las altas en la Seguridad Social).

⁸² El Defensor del Pueblo, Fernández Marugán, instó a “adoptar protocolos que permitieran facilitar la despedida al menos a un miembro de la familia, con el fin de tener un proceso de muerte lo más humanizado y digno posible cumpliendo con los requisitos de salud pública” y recomendó “la provisión en los centros residenciales de la debida asistencia sanitaria a los enfermos por COVID-19 sin indicación de hospitalización, con el fin de obtener el adecuado soporte médico y de enfermería”. Declaraciones del 15 de junio de 2020, en su primera comparecencia ante el Congreso tras la crisis de la COVID-19, para presentar los informes correspondientes a los años 2018 y 2019.

ESTABLECER MECANISMOS PARA LA DETECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIÓN,⁸³ INCLUYENDO EL APROVISIONAMIENTO DE EPI Y LAS FORMACIONES PARA SU USO

Gobierno español y Gobiernos autonómicos:

En el marco de sus competencias de salud y políticas sociales, y en coordinación con las Consejerías y los departamentos de Salud Pública autonómicos relevantes, pero muy especialmente con los centros de atención primaria, deben:

- Consultar con las entidades del sector para conocer los retos prácticos para el control del contagio, prestando especial atención a las necesidades existentes (materiales, formaciones, personal, etc.).
- Disponer de profesionales formados en prevención y control de infecciones para asesorar, formar y supervisar al personal asistencial; identificar y formar una figura de supervisión de PCI.
- Articular protocolos para el caso de rebrote (zonificación, circuitos, suministros, visitas, despedidas, etc.).
- Establecer un comité de crisis, con el fin de generar un espacio de coordinación, impulso y seguimiento, con estrecha coordinación con los responsables de PCI de cada residencia.
- Dar mayor atención presupuestaria y formativa a la detección, vigilancia y control, dotando a los centros de atención primaria de medios y fondos.
- Establecer herramientas de autoevaluación, con indicadores prácticos que sirvan para monitorear de manera regular la preparación y capacidad de respuesta para la detección, vigilancia y control del centro.
- Garantizar la calidad y la cantidad adecuada de material de protección y una formación adecuada sobre su uso, estableciendo programas formativos que incluyan prácticas y simulaciones periódicas.

Es crucial dar mayor atención presupuestaria y formativa a la detección, vigilancia y control

⁸³ Las medidas recomendadas aquí son genéricas; la información más detallada está disponible en <https://msfCOVID-19.org/>.

Las formaciones sobre PCI deben llegar también al personal de limpieza y lavandería

Fundaciones, empresas, grupos corporativos, patronal y entidades privadas o de participación pública, que gestionan directamente, subcontratan o son propietarias de residencias de mayores:

En coordinación con el centro de atención primaria correspondiente y la unidad de prevención o entidad designada en cada CC. AA.:

- Identificar y formar en cada centro a una persona o personas referentes en prevención, higiene y control de infección. Debe prestarse especial atención a formar al personal de limpieza y lavandería.
- Asegurar que, en el desempeño de esta labor, cuentan con todas las medidas de protección necesarias, así como de los recursos diagnósticos y terapéuticos requeridos.
- Establecer un stock preposicionado de materiales de protección e higiene;⁸⁴ identificar un canal de compras y suministros, con proveedores y plazos de distribución.

Fiscalía General del Estado (FGE) y Fiscalías territoriales competentes:

- Asegurar un mecanismo accesible para que residentes, personal y familiares puedan hacer llegar sus posibles denuncias sobre la falta de vigilancia y control, de material de protección, o de dignidad y calidad de la atención médica.

Defensor del Pueblo y sus homólogos en las CC. AA.:

- En el ejercicio de su facultad para visitar las residencias, recoger los mecanismos de detección, control y vigilancia y sus indicadores, alertando de posibles fallos o vacíos o recogiendo buenas prácticas, y haciéndolos públicos tanto en su informe anual como en monográficos, si fuera necesario.

Colegios profesionales y sindicatos:

- Asegurar que un número suficiente de personas reciben formación en prevención y control de infecciones, en particular en el personal de la limpieza y lavandería.

⁸⁴ MSF ha desarrollado una herramienta de cálculo, disponible en: <https://msfCOVID-19.org/plan-de-contingencia-para-residencias/>.

ASEGURAR LA CAPACIDAD DE SECTORIZACIÓN EN LAS RESIDENCIAS, RESPETANDO LA DIGNIDAD Y CUIDADOS DE LOS MAYORES

Debe establecerse un principio de equilibrio entre aislamiento, cuarentena y convivencia, y entre salud física y mental

Debe establecerse un principio de equilibrio entre aislamiento, cuarentena y convivencia, asegurando que las medidas de sectorización respondan asimismo a las necesidades de socialización, tanto psicosociales como físicas, de la población residente, y priorizando en todo momento la salud íntegra de los residentes.

Gobierno español y Gobiernos autonómicos:

En el marco de sus competencias de salud y políticas sociales, y en coordinación con las Consejerías relevantes:

- Asegurar cierta flexibilidad en la ocupación de los centros, una persona por habitación, especialmente en los periodos más críticos, para que se pueda proceder a una zonificación. En los casos en que no sea viable tener habitaciones individuales, debe identificarse un espacio preventivo que esté al menos disponible para los periodos de riesgo.
- Velar por que el aislamiento físico no conlleve aislamiento social, estableciendo umbrales que determinen cuándo y cómo comenzar o cancelar el aislamiento de los residentes y facilitando la movilidad intrarresidencial y las visitas de los familiares con el debido respeto a los protocolos.

Fundaciones, empresas, grupos corporativos, patronal y entidades privadas o de participación pública, que gestionan directamente, subcontratan o son propietarias de residencias de mayores:

MSF recomienda a las residencias que la sectorización no signifique limitar el espacio vital de la persona

- Incorporar las medidas de seguridad de distancia física, uso de mascarilla e higiene de manos y respiratoria, para así poder contar con zonas comunes con la desinfección e higiene adecuadas, de manera que la sectorización no signifique limitar a la habitación el espacio vital de la persona y así preservar sus rutinas de movilidad y convivencia. Circuitos, horarios y rutinas de desinfección e higiene deben ponerse al servicio de este objetivo (con desinfección tras cada uso).
- Mejorar los accesos a las zonas de lavandería, cocina, proveedores, evacuación, desechos, aseos o puntos de agua y vestuarios, de manera que el personal que entra y sale del edificio no deba transitar por áreas administrativas y residenciales cuando no sea necesario.
- Mantener los servicios destinados al cuidado y bienestar de los residentes, como las actividades educativas, de trabajo social, podólogo, peluquería o fisioterapia.
- Crear un espacio físico y un calendario de visitas de familiares, regidas por un protocolo previamente dictado por las autoridades competentes. Se implementará un protocolo de despedidas de final de vida. En ambos casos, se incluirá un documento de descarga de responsabilidad en caso de contagio tanto del residente como del familiar.

ESTABLECER MECANISMOS DE APOYO PSICOSOCIAL

Gobierno español y Gobiernos autonómicos:

Deben asegurarse servicios de apoyo a la salud mental de residentes, personal y familiares

En el marco de sus competencias de salud y políticas sociales y en coordinación con las Consejerías correspondientes, deben:

- Asegurar que las residencias tengan acceso a servicios de apoyo a la salud mental y emocional, estableciendo un paquete mínimo de medidas, tanto para personal y residentes como para familiares, que sean gratuitas, confidenciales y de fácil acceso.
- Garantizar que los planes de contingencia y respuesta a epidemias y otras catástrofes incluyan las necesidades de salud mental de residentes, familiares y personal de las residencias.

Fundaciones, empresas, grupos corporativos, patronal y entidades privadas o de participación pública, que gestionan directamente, subcontratan o son propietarias de residencias de mayores:

- Asegurar el acceso de residentes y personal a servicios de atención a la salud mental.

RECOPIRAR, SISTEMATIZAR, PUBLICAR Y ANALIZAR LOS DATOS

Esta es una recomendación transversal (y un pilar para el resto de las recomendaciones), muy relacionada con el sistema de vigilancia de datos epidemiológicos.

Gobierno español:

- Mejorar los sistemas de recogida y análisis de datos, para que sirvan como mecanismo de alerta y respuesta adecuada (preventiva y proactiva).
- Asegurar un mecanismo de recogida y procesamiento de datos armonizado entre CC. AA. y Gobierno central.
- Actualizar y armonizar la actual dispersión normativa sobre los requisitos que deben reunir los centros residenciales para su funcionamiento.

Médicos Sin Fronteras (MSF) es una organización médico-humanitaria que aporta su ayuda a las víctimas de desastres de origen natural o humano y de conflictos armados, sin ninguna discriminación por razón de origen, género, religión, filosofía o política.

Entre sus intervenciones más habituales, se cuenta la respuesta a epidemias en contextos complejos, donde la falta de recursos humanos y materiales, de seguridad y de formación son retos añadidos a la detección, control y tratamiento de la enfermedad, así como a la protección del paciente.

Los ejes básicos en cualquier respuesta a epidemias son también aplicables a la COVID-19: la detección precoz, el seguimiento de los contactos, el aislamiento de los casos positivos y la cuarentena de los posibles casos secundarios son las acciones que se han de aplicar para que no se repita esta situación inaceptable en las residencias de nuestros mayores.