



Un año COVID

INFORME LARES

INFORME LARES

Un año de COVID-19 en residencias de mayores

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	3
2. LOS CENTROS ANTES DE LA PANDEMIA	5
3. LA IRRUPCIÓN DE UNA PELIGROSA AMENAZA	7
El rostro tras el dato.....	8
4. ACCIÓN – REACCIÓN. LA BATALLA POR LA VIDA	9
Aspectos éticos.....	11
5. NUESTRAS MAYORES VÍCTIMAS	13
Una tercera ola con un impacto más atenuado.....	14
6. EL RETO DE LA VACUNACIÓN	15
Datos de vacunación en España.....	15
Grupos de población a vacunar.....	16
7. Y AHORA, ¿QUÉ? RETOS PARA EL FUTURO	18
Repensar el futuro del cuidado de las personas mayores.....	18
Abordaje integral de los cuidados.....	19
Coordinación sanitaria y social.....	21
Coordinación entre administraciones.....	22
8. BIBLIOGRAFÍA	24

1. INTRODUCCIÓN

Nuestra noche más larga: Un año de Covid-19 en las residencias

No ha sido un año, han sido 365 días, y lo que es peor, 365 noches, noches muy largas, muy tristes, muy solitarias, las que hemos vivido en las **residencias de personas mayores**.

Aún estamos en medio de la pandemia, y aunque **las vacunas han traído sosiego y tranquilidad**, es demasiado pronto para poder hacer un análisis racional y sereno sobre lo ocurrido, eso se lo dejamos a los políticos y tertulianos. Nosotros seguimos en shock, y **sólo podemos hablar dese las emociones que hemos vivido** y que aún estamos viviendo.

Ha sido un año rebotante de sentimientos. Hemos visto morir a personas que queríamos, **hemos visto dolor y tristeza**, soledad, **mucha soledad**. Hemos visto enfermedad, desamparo, abandono. Hemos sentido el **edadismo en su peor versión**, la discriminación en el sistema sanitario. Hemos visto a los profesionales desbordados, contagiados y enfermos. Hemos trabajado **sin material de prevención adecuado**. Hemos sentido el alejamiento y falta de comunicación de familiares. Y hemos visto como los medios de comunicación, en muchas ocasiones, nos culpabilizaban de lo que estaba ocurriendo. Ha sido **el año en el que hemos visto más lágrimas**. Hemos llorado mucho durante estas 365 noches.

Pero también hemos visto **muestras de cariño** infinitas, apoyo mutuo, **solidaridad permanente**, trabajadores comprometidos mucho más allá del deber, familiares cooperando y apoyando, mayores pacientes y agradecidos, personas, empresas e instituciones donando los materiales preventivos lo que podían. **Nos hemos sentido acompañados** en estas interminables 365 noches.

Demasiados sentimientos, demasiadas emociones. Y todas ellas muy intensas. Nuestros corazones no son capaces aun de asimilar todo esto. Primero porque **seguimos en la tarea**, y en segundo lugar porque necesitaremos un tiempo de sosiego para asimilar este carrusel emocional.

Los políticos y los medios de comunicación, en ese país ficticio de trincheras y crispación que han creado, se dedican a **culpabilizar a otros de lo ocurrido**. Cualquier cosa menos hacer autocrítica. Ellos ya tienen su relato sobre lo ocurrido. Con eso se conforman. Allá ellos.

Nosotros seguimos, como durante los **365 días y 365 noches**, en la tarea de los cuidados, adaptándonos a las diferentes circunstancias y **falta de recursos y coordinación**. Denunciando cuando lo consideramos oportuno, pero buscando soluciones y **alternativas para las personas que viven en las residencias, que trabajan en las residencias, que tienen familiares en las residencias**.

Durante estas 365 noches nuestro **objetivo** no ha variado: **garantizar y mejorar la calidad de vida de las personas**. Los objetivos de otros son diferentes: obtener rédito político, aumentar audiencias, ganar cuota de mercado, culpabilizar al que piensa diferente. No criticamos esos objetivos, pero no son el nuestro.

Para nosotros lo importante es **la mirada de esa mujer mayor** que ha estado nueve o diez meses sin ver a sus familiares; **el recuerdo de aquel señor** que tras vivir en la residencia cinco años, murió ante nuestros ojos en su habitación; **el rostro de esa cuidadora** que decidió quedarse a vivir en la residencia para evitar contagiar a otro y que está exhausta tras una jornada laboral de 14 horas. Nuestra memoria nos recuerda aquella mano, llena de manchas y rugosa, que se agarraba a la nuestra para mostrarnos **agradecimiento y cariño**; o el primer abrazo de una madre y una hija tras nueve meses sin verse, abrazo en el que los plásticos podían frenar los virus, pero no la emoción y la alegría.

Ha sido un año de aprendizajes, de descubrimientos, de innovaciones. Mayores, trabajadores, directoras, familiares, hemos sufrido mucho, hemos perdido mucho, y a muchos, pero **hemos vencido juntos esta pandemia**.

Comenzamos a salir del túnel, salimos tristes, cansados, pero también salimos satisfechos, y sabiendo que **la buena gente está por todas partes**, las buenas personas están ahí, a nuestro lado, ofreciéndonos la mano y la mirada limpia.

Ya estamos en el segundo año de la pandemia. Dedicaremos algún tiempo a lamernos las heridas, no nos olvidaremos de los ausentes, pero nuestro objetivo sigue siendo el mismo **garantizar y mejorar la calidad de vida de las personas en las residencias**.

Pero hemos añadido un segundo objetivo: **contribuir a mejorar el actual sistema de cuidados de personas mayores y dependientes**. La pandemia ha puesto de manifiesto los fallos del actual sistema y sus límites, y no podemos permanecer impasibles, es evidente que existe muchas áreas de mejora. Y esta **reestructuración del modelo** sólo será posible con la participación de todas las instituciones: gobiernos, partidos políticos, parlamento, agentes sociales, y sociedad civil organizada.

Desde **Lares** ofrecemos, desde el minuto uno, nuestra colaboración a esta tarea. Esta participación en el diseño del nuevo modelo forma parte del amanecer que ya vislumbramos y que anuncia el **fin de la noche más larga**.



Juan Ignacio Vela Caudevilla
PRESIDENTE NACIONAL GRUPO SOCIAL LARES

2. LOS CENTROS ANTES DE LA PANDEMIA

Nunca hasta la fecha los **centros en los que viven las personas mayores** habían gozado de tanto protagonismo mediático. Una circunstancia que venía acompañada, por desgracia, de unas altísimas cifras de mortalidad, vinculadas a la **aparición del Coronavirus SARS-CoV-2**. Su irrupción en la sociedad española trajo consigo una sensación de miedo, soledad y desamparo que paralizó en seco tanto la economía como la vida de las personas.

Los informativos de radio y televisión comenzaron a contabilizar cada uno de los **fallecimientos** provocados como consecuencia de la Covid19. Cada día, arrojaban cifras como si se tratase de un parte de guerra. Una situación grave que, sin embargo, empeoraba aún más si mirábamos hacia lo que estaba sucediendo en el **interior de residencias y centros para personas mayores**.

La historia, seguro, recordará el mes de marzo de 2020 como “un antes y un después”. Un momento decisivo donde la **sociedad**, acostumbrada al bienestar social, volvió a sentirse **vulnerable y desconcertada**. Por eso, es imprescindible saber cuál era la situación que se vivía en los centros previa al coronavirus para poder elaborar un informe riguroso, abordando todas las circunstancias que se han visto, de alguna u otra forma, afectadas tras **vivir un año de pandemia**.

Según Envejecimiento en Red¹ (EnR) el número de **centros residenciales en 2019 ascendía en España a un total de 5.358**, de los cuáles, el **71% son de propiedad privada** y el **29% de titularidad pública**. Cataluña (1.002), Castilla y León (690) y Andalucía (630) son las Comunidades Autónomas que más centros sumaban. Por el contrario, Murcia (58), La Rioja (32) y las ciudades autónomas de Ceuta (3) y Melilla (2), las que menos. Estas instalaciones albergaban un total de **372.985 plazas residenciales**. De ellas, el 73% corresponden a plazas privadas; y el 27% a plazas públicas.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) indicó que la **población mayor de 65 años** en España era de **9.055.580² personas**. Con estos datos, el ratio de plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 65 años en España es de 4,1, lejos del 5 que es la cifra recomendada por la OMS. Por Comunidades Autónomas, las que cuentan con un ratio más elevado son: Castilla y León (7,6), Castilla-La Mancha (6,9) y Aragón (6,5); en el lado opuesto, se encuentran: Comunitat Valenciana (2,8), Canarias (2,2) y Murcia (2,2).

Detrás de las cifras hay personas que bien están ya viviendo en uno de esos centros, bien se encuentran a la espera de poder acceder a una de las **plazas libres**. Además, es imprescindible conocer cómo son los cuidados que reciben estos residentes y las condiciones laborales de los cuidadores.

¹ Plataforma web colaborativa impulsada por la Fundación General CSIC y el Instituto de Economía, Geografía y Demografía (IEGD) del CSIC. (<http://envejecimientoenred.es/>)

² Estadísticas de Padrón continuo, datos provisionales a 1 de enero de 2019.

El concepto **centro residencial** varía entre Comunidades Autónomas, abriéndose paso hasta las **viviendas tuteladas para personas mayores válidas**, especialmente desarrollada en determinadas CC.AA., como Castilla La Mancha. Sin embargo, debe extenderse a unidades de convivencia que, no siendo formalmente residencias, requieren de especial apoyo, como son las llamadas “enfermerías” o **congregaciones religiosas y sacerdotes**, sean cuales fueren las religiones que profesan, desatendidas en sus necesidades durante la crisis del Covid19.

Creemos, sinceramente, que son vagas justificaciones las **quejas del ámbito sanitario** sobre su ausencia de datos para dimensionar adecuadamente las necesidades en centros residenciales. De un lado, lejos de lo que se señala desde el ámbito sanitario, muchas CC.AA. no tienen el domicilio como **parámetro de asignación de una cartilla médica**; por otro lado, cada CC.AA. tiene detalle de los centros que hay y es posible dimensionar la necesidad con adecuada comunicación con el sector y con servicios sociales. El problema más bien es, de un lado, la **falta de correlación entre áreas sociales y sanitarias en muchas CC.AA.** a partir de la falta de diálogo entre iguales entre ambas áreas, y de otro lado, la **rigidez del modelo de relaciones laborales** que, junto a la falta de recursos económicos, son el obstáculo para la adecuada atención domiciliaria sanitaria y, dentro de ella, la atención residencial.

Según el estudio **Análisis de la situación de las residencias sociosanitarias en España**³, una enfermera tiene asignado un total de 46 residentes por la mañana y 71 por la tarde, un valor muy elevado que se multiplica en el caso de los domingos y festivos (71 pacientes por enfermera en los turnos de mañana y 92 por la tarde). Estos datos se multiplican cuando se trata de residencias del ámbito privado, donde se llegan a superar los 100 residentes asignados en los turnos de tarde de fin de semana. Los centros de gran tamaño, tienen menor **ratio de enfermeras por residente** y, en el turno de noche, se reduce drásticamente la dotación de profesionales, incluso en la atención a grandes dependientes que requieren una elevada demanda de cuidados.

Los datos de **asignación de residentes por enfermera** resultan preocupantes al dejar en evidencia la **vulnerabilidad que tiene el sector sociosanitario en España**. Difícilmente se puede prestar el cuidado adecuado a las personas residentes cuando **una sola enfermera tiene entre 50 y 100 personas a su cargo** y, otros muchos centros, ni siquiera cuentan con enfermeras en su plantilla.

Por otro lado, desde el punto de vista asistencial, destaca el hecho de que las **residencias públicas** son las que cuentan, en mayor medida, con una unidad de hospitalización frente a las privadas (38,6% vs 21,8%). Asimismo, llama la atención que **un 29,5% de los centros analizados no tiene ningún tipo de coordinación con Atención Primaria**. Esta coordinación es mayor en las residencias públicas (77,1%) que en las privadas (66,8%).

³ El borrado por el Consejo General de Enfermería (<https://www.consejogeneralenfermeria.org/>) y el Sindicato de Enfermería SATSE (<https://www.satse.es/>).

3. LA IRRUPCIÓN DE UNA PELIGROSA AMENAZA

España es uno de los países desarrollados más afectados por la pandemia de Covid19 y uno de los que muestra peores resultados en relación con el **número de fallecidos en residencias** de personas mayores, con **29.379 fallecidos** desde que se iniciase la pandemia, según datos del IMSERSO⁴. Entre marzo y agosto de 2020, al menos la mitad de las personas fallecidas en España con Covid19 o sintomatología compatible, lo han hecho en estos centros, que en 2019 eran la vivienda habitual de más de trescientas mil personas.

Aunque es prematuro establecer cuál es el peso relativo de la **gestión de la pandemia** frente a otros factores en el recuento de víctimas de la Covid19, todo indica que, si hubiera habido **medidas para prevenir la entrada del virus y controlar los contagios** en las residencias, la cifra de fallecidos en España podría haber sido menor.

Existe una creciente **evidencia internacional** de que las personas que viven en centros sociosanitarios son particularmente vulnerables a las infecciones graves por SARSCoV-2 y están experimentando altas tasas de mortalidad. La **edad avanzada** y las **comorbilidades** que presentan los residentes son **factores de riesgo de gravedad**. Esto es lo importante, lo que hace especialmente vulnerables las residencias, como ocurre a las personas más jóvenes con patologías subyacentes. Afirmar que las residencias, como centros cerrados, están expuestas, desvía nuestra atención del verdadero problema: escuelas, cuarteles, cárceles, centros de protección de menores, también se considerarían centros cerrados y, sin embargo, las consecuencias de la entrada del virus son muy distintas.

Debe establecerse, claramente, que es **competencia del Sistema Público de Salud** hacer los **PCR y test rápidos** y es competencia del Gobierno de España garantizar, en todo caso, precios que no sean abusivos (hasta 60 € cobran los servicios de prevención de riesgos laborales por hacer una prueba que vale 4,5 euros), la ausencia de reventas (hasta 3 veces el valor del test se está comercializando), la venta a residencias sin exigencias de cantidades mínimas (hasta 6.000 test) o con plazos que ponen a los centros residenciales a la cola de las necesidades sanitarias (en estos momentos, algunos proveedores, ya a 40 días).

Todo el material debe ser suministrado por Sanidad y, por ende, también financiado. LARES, en su argumentario del 18 de marzo de 2020, ya destacaba la “necesidad urgente de que las Autoridades de Salud Pública, hagan llegar todo el material necesario, especialmente, los **equipos de protección y prevención para controlar la expansión del virus dentro del centro** y proteger a los profesionales, para que no caigan contagiados y, así, puedan seguir con el cuidado de sus mayores”.

⁴ IMSERSO. Reporte nº 1. Enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Centros Residenciales. Actualizado a 21/02/2021 ([acceso al informe](#)).

El rostro tras el dato

Carmen Rosa Morón fue ingresada el domingo 1 de marzo de 2020 en el hospital Gregorio Marañón (Madrid), con una neumonía bilateral. Había pasado un fin de semana terrible con fiebre y tos. También cayeron enfermos otros mayores que se sentaban junto a ella en el comedor. Dos días después del ingreso, el 3 de marzo, el hospital informó a la residencia de la muerte de Carmen Rosa. Era una comunicación usual en estos centros habituados a tratar con el final de la vida, pero la noticia entristeció a las cuidadoras del centro, que habían tratado con ella durante años. Era una mujer de 99 años que vivía en la residencia pública La Paz de Madrid y se convirtió, sin pretenderlo, en la **primera víctima por Covid en una residencia en España**.

Celestina Candelas García, la doctora de la residencia, insistió al teléfono para que el hospital hiciera una prueba de Covid al cadáver. Había demasiados indicios de que el coronavirus estaba causando estragos en el centro y la doctora estaba especialmente concienciada porque vivía en Torrejón de Ardoz, el municipio que tenía más afectados. El miércoles 4, el hospital comunicó a la residencia el resultado positivo. Por la tarde, los sanitarios hicieron **pruebas a los 80 residentes del centro y a las trabajadoras** que atendían la planta en la que vivía Carmen Rosa. El resultado fue 31 positivos entre residentes y seis entre el personal. La puerta del centro quedó cerrada a visitas.

Lo que vino después del brote en La Paz es una historia bien conocida. Dos semanas después de la muerte de Carmen Rosa, saltó la noticia de que al menos 19 mayores habían fallecido en la residencia Monte Hermoso. Quedó claro que **cuando el virus entraba en un geriátrico tenía efectos devastadores**.

Tras el brote en esta residencia madrileña, la primera medida relevante que tomó la Comunidad de Madrid se adoptó ese mismo día: un **protocolo de aislamiento para los enfermos**. Dos días más tarde las autoridades regionales ordenaron a las residencias que limitaran las visitas de familiares a las estrictamente necesarias. Más tarde fue decretado el estado de alarma y el Ministerio de Sanidad tomó el control.

Ninguna administración dotó de recursos a los centros. Nadie envió a los centros mascarillas, guantes o gel. Era lo mínimo indispensable, pero ahora ese material parece insuficiente para contener esta crisis. Las residencias denuncian que las autoridades debían haberles enviado esos recursos de protección. También se quejan de que nadie las consideró igual de críticas que un hospital. Por ley, **las residencias no están obligadas a tener un médico de forma permanente**. Quizá sería bueno recordar que las residencias son “solo” el hogar para quienes los habitan.

4. ACCIÓN – REACCIÓN. LA BATALLA POR LA VIDA

Más allá de la **fragilidad y vulnerabilidad intrínsecas de las personas mayores**, que seguramente condicionan la necesidad de prestar de manera diferente la asistencia sanitaria a los residentes, a nivel internacional se han destacado diferentes **aspectos organizativos y de financiación** que coinciden entre países, algunos relativos al abordaje de la pandemia, y otros estructurales y preexistentes.

A nivel nacional hay un amplio consenso sobre la trascendencia, en particular, de los siguientes aspectos⁵:

- Falta y **retraso en las pruebas diagnósticas**: este punto es importante sobre todo a la luz de las informaciones sobre la capacidad de contagio de personas y residentes asintomáticos, así como de la presentación atípica de los síntomas en los mayores;
- Falta de **EPIs**;
- **Falta de trabajadores** debido a sus bajas y dificultad de sustitución por contratos y tareas poco atractivas, a los que se une el **alto riesgo personal**; la falta de profesionales también incrementa la carga asistencial del personal que permanece activo, reduciendo su adherencia a medidas de protección;
- Falta de **priorización durante la pandemia**: el abordaje ha sido el de una emergencia sanitaria, priorizando e invirtiendo esfuerzos, inicialmente, en los **hospitales**; esto está causado en parte por el estigma de las personas que viven en residencias, que, a nivel social, se consideran a menudo lugar donde las personas van a morir. La misma consideración y crítica ocurre en otros países, como UK, donde se ha priorizado históricamente el Sistema Nacional de Salud (NHS), lo que ha retardado actuaciones en el ámbito residencial;
- Sobrecarga de hospitales y **poca capacidad inicial de reacción temprana de atención primaria de salud**. En algunos países se han producido también errores estratégicos como favorecer la vuelta de residentes con Covid19 desde hospitales a residencias.

Los problemas comentados se han sumado a otras **debilidades preexistentes**:

- Fallos regulatorios por **falta de delimitación de competencias** entre los tres niveles de la administración (Estado, CC.AA., corporaciones locales) y por una **infrafinanciación estructural** de la atención a la dependencia: existe una enorme fragmentación entre las instituciones públicas que tienen que regular y velar por la **aplicación de normativas y la calidad**; también las instituciones y empresas que proveen servicios son muy heterogéneas, privadas (grandes grupos frente a centros pequeños) o públicas;

⁵ Según datos del Informe del GTM sobre el impacto de la Covid19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias. [Ministerio de Ciencia e Innovación](#).

- Fallos en la **financiación**, los **salarios** y la **atracción**, **selección** y **formación del personal**: a pesar de los diferentes modelos, es muy común en distintos países que los trabajadores de residencias cobren salarios bajos, tengan contratos precarios y, en algunos casos, bajas no remuneradas. Esto crea poca atracción por el trabajo, que en sí está **poco reconocido**, con altísima rotación de profesionales, por lo que estos tienden a estar poco formados y familiarizados con el entorno y los residentes; lo que **dificulta poder realizar una atención individualizada y centrada en la persona**. Además, estas condiciones favorecen el pluriempleo en múltiples residencias o como cuidadores en domicilios o que estos trabajadores sigan trabajando aunque se encuentren sintomáticos; todo ello puede haber favorecido los contagios de los residentes.

No podemos olvidar el hecho de la **contratación de personal sanitario de las residencias por los hospitales en medio de la epidemia**. Esto debe evitarse: prohibiéndose esta contratación en estas situaciones y garantizándose a estos trabajadores los mismos derechos y consideración que quienes prestan su trabajo en el sistema sanitario. Asimismo, es necesario transformar el marco convencional, pues el actual, rígido, no es adecuado con personal estable por módulos y la flexibilidad necesaria en la organización de turnos y tareas. De facto, el **Convenio Colectivo** ha quedado en un segundo plano durante la epidemia. Ese espíritu constructivo de todos a la hora de abordar esa realidad debería tener una plasmación permanente en el tiempo a través de un nuevo Convenio Colectivo de atención a personas en situación de dependencia, siendo imprescindible un **acercamiento de posiciones entre los diferentes agentes sociales**. No es menos importante que esto se produzca en el ámbito sanitario, donde algunas CC.AA., como Castilla y León, ya han pedido esa mayor capacidad de reubicación de los recursos humanos disponibles en función de las necesidades, incluidas las de atención en el domicilio o el propio centro residencial para, así, poder garantizar las prestaciones públicas sanitarias;

- **Limitaciones infraestructurales**: en muchos casos las habitaciones son compartidas, lo que dificulta ya de entrada el poder prestar la **atención personalizada que dignifica la persona y mejora su calidad de vida**, y claramente dificulta la organización de la respuesta a un brote epidémico;
- Modelo a menudo centrado sobre **aspectos de eficiencia y de organización**, que no profundiza en el conocimiento de la historia de vida, preferencias y necesidades particulares de los residentes. La tristeza influye en la inmunidad. En toda Europa existe una gran preocupación sobre el trato que se está dando a las personas mayores con las **medidas de confinamiento y aislamiento** establecidas por las autoridades de salud pública. Tenemos cosas que cambiar si lo que buscamos es una **calidad de vida** y no simplemente evitar responsabilidades ante terceros: de lo contrario, no morirán de Covid19 pero morirán de pena;

- **Modelo mercantil**, por el cual el sector de las residencias ha atraído, en los últimos años, un modelo de negocio con importantes beneficios para empresas privadas, sin que **el control y la regulación pública** haya exigido, de forma estricta y rigurosa, un control de calidad exhaustivo;
- **El soporte sanitario a las residencias es heterogéneo**: en muchos casos, no hay presencia de personal de enfermería las 24 horas, y la atención primaria de salud se ha ido delegando a profesionales contratados por las residencias, muchos de los cuales trabajan solos y reciben poca formación;

A todo esto, se suma la importante **falta de datos**, homogéneos y estandarizados, que ya de base dificulta incluso saber con precisión cuántas plazas residenciales hay, a día de hoy, y cuántos residentes las ocupan.

A pesar de que el sector de las residencias ha realizado un **importante esfuerzo para encaminarse hacia cuidados más centrados en la persona**, hay todavía muchos aspectos que mejorar, algunos básicos relacionados con la calidad de vida, la seguridad y la ética, así como el uso de medidas físicas de contención personal que en España se siguen empleando. Para mejorar estos aspectos son imprescindibles **cambios e inversiones a nivel de personal y de tecnología**, que faciliten las intervenciones y cuidados centrados en la persona (planes individualizados, vigilancia de la persona con riesgo de caídas, etc.).

Aspectos éticos

Desde una perspectiva ética, las cuestiones que afectan a las personas mayores en residencias y, en particular, ante la situación de pandemia por Covid19, tienen que enmarcarse en el **respeto a los derechos humanos** internacionalmente reconocidos y a los **principios bioéticos de autonomía, beneficencia, equidad y transparencia**. Asimismo, la longevidad está asociada a la vulnerabilidad personal y las personas mayores que viven en residencias son un **colectivo especialmente vulnerable**. En este sentido, y especialmente durante la pandemia y en la salida del confinamiento, se debería respetar el principio de vulnerabilidad humana y la integridad personal, que se refiere a que estos grupos especialmente vulnerables deberían estar protegidos, incluida su integridad personal, también en cuanto a la investigación científica e este campo, la medicina y la aplicación de la tecnología.

Conviene hacer hincapié en que las personas mayores pueden acumular capas de vulnerabilidad en función de su **situación socioeconómica** y de las discapacidades que padezcan. No todos los mayores gozan de la misma autonomía, ni tienen capacidad plena para tomar decisiones sobre su estado de salud (consentir por sí mismos determinados tratamientos e intervenciones, etc.), no siempre se conocen sus expectativas ni su concepto de calidad de vida, que es determinante para la toma de decisiones en el ámbito socio-sanitario. En situación de pandemia por Covid-19 se ha demostrado además la posible **discriminación a la que se exponen las personas mayores por razón de su situación** y por el contexto, en un **sistema**

sanitario desbordado que debe establecer criterios de priorización en la atención de los pacientes. Un ejemplo ha sido la toma de decisiones en situación de conflicto en unidades de cuidados especiales y en relación al triaje. Sociedades científicas, comités de ética y grupos académicos y de investigación, entre otras voces acreditadas, han alertado sobre la situación en la que se han encontrado los pacientes, fundamentalmente personas mayores, y la necesidad de **articular todos los medios disponibles para evitar un triaje basado únicamente en la edad**. Esta situación de pandemia ha evidenciado las **consecuencias de los recortes sanitarios de los últimos tiempos** y la necesidad de mejorar la preparación del personal, que sin duda ha mostrado la máxima solidaridad y entrega, para tomar decisiones en situación de conflicto y con recursos escasos, en particular en competencias éticas.

Si bien en el contexto de la salud pública y por razón de emergencia sanitaria es necesario tomar **medidas ponderadas para favorecer el interés colectivo**, estas no pueden anular los derechos de las personas mayores. Se han elaborado protocolos precisamente para tratar de evitar esta situación, pero, tras la experiencia de la Covid19, sería aconsejable **anticipar y desarrollar planes de actuación** para situaciones similares que puedan tener lugar en el futuro, así como potenciar la formación en competencias éticas y la toma de decisiones. Los **condicionantes sociales** que subyacen deben ser objeto de estudio también desde la perspectiva científica, así como deben serlo las condiciones de las residencias en un modelo de atención muy precarizado y el personal que trabaja en las mismas, en sentido amplio.

5. NUESTRAS MAYORES VÍCTIMAS

Un año después de que estallara en España la pandemia de Covid19, el Gobierno ha hecho públicos los **datos oficiales de las muertes de personas mayores que vivían en residencias**, el lugar donde la enfermedad causada por el coronavirus SARS-CoV-2 tuvo un mayor impacto.

En total, **29.379 personas** que vivían en residencias de mayores en España han fallecido a causa del coronavirus, según los datos disponibles hasta el 28 de febrero y recopilados por los ministerios de Derechos Sociales, Sanidad y Ciencia e Innovación⁶. De este total, **19.520 son el total de fallecidos de residentes con Covid19 confirmado**, desde el 14 de marzo de 2020 hasta el pasado 28 de febrero de 2021, a los que se añaden **9.859 decesos de personas con síntomas compatibles** con el coronavirus y que vivían en estos centros, en todo caso con independencia del lugar donde fallecieran (en hospitales y centros sanitarios, en la propia residencia, etc.).

Sin embargo, hay períodos sin información en varias de las comunidades más afectadas: Madrid, Cataluña, Castilla-La Mancha, la Comunidad Valenciana y Aragón, entre otras.

Aunque estos datos aún están en revisión, muestran la **magnitud del impacto que tuvo la pandemia de Covid19** sobre las residencias de ancianos. En lo peor de la **primera oleada**, entre marzo y junio de 2020, murieron casi 10.000 personas (9.934), más que en los ocho meses siguientes (9.586). Si se le añaden los 9.859 fallecimientos de residentes que murieron en esos tres meses con síntomas compatibles con la Covid pero sin una prueba diagnóstica, la conclusión es que **dos de cada tres muertes de mayores en residencias de ancianos ocurrieron en la fatídica primavera de la primera ola**.

Según este informe, el 22,9 % de los residentes a los que se diagnosticó la Covid19 entre marzo y diciembre fallecieron, mientras que la letalidad desciende al 18,7 % en el acumulado de este año. En las **residencias de mayores** se habrían producido **85.839 contagios confirmados** en toda la pandemia, de los cuales ocho de cada diez (69.566) se registraron a lo largo del año 2020.

En ese mismo tiempo, fallecieron en total 30.043 personas en residencias de servicios sociales, que incluyen además a los centros para personas con discapacidad y otros alojamientos. Es decir, según los **datos oficiales** que maneja **Sanidad**, las personas que vivían en centros residenciales y que murieron con Covid19 o causa compatible son **el 43 % del total de fallecidos en esa fecha en España**.

⁶ IMSERSO. Reporte nº 1. Enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Centros Residenciales. Actualizado a 21/02/2021 ([acceso al informe](#)).

Por comunidades autónomas, **Madrid es donde más mayores han fallecido por coronavirus**, con un total de 6.190 (1.481 con Covid confirmado y 4.709 con síntomas compatibles), seguida por Cataluña, donde han muerto 5.424 ancianos, (3.329 con Covid confirmado y 2.095 compatibles). La tercera comunidad es Castilla y León, donde han fallecido un total de 3.996 mayores en residencias, Castilla-La Mancha (2.806 muertes), Andalucía (2.143) y Comunidad Valenciana (1.668).

Una tercera ola con un impacto más atenuado

El informe del Gobierno hace foco para mostrar **la evolución semana a semana de la pandemia en las residencias** en los primeros meses de 2021, un desglose que no hace para ningún otro período de 2020. Así, en la semana del 4 de enero de 2021, se registraron 2.435 contagios en centros residenciales (el 0,9 % del total de residentes) y fallecieron 316 personas, mientras que en la semana del 15 de febrero, fueron solo 215 (0,1 %) y las muertes fueron la mitad, 157.

En medio, una **tercera ola que alcanzó casi los 5.000 contagios y picos de 700 fallecidos semanales en las residencias**, más de 3.200 muertes en apenas dos meses, y también una fase de restricciones para frenar la expansión de la pandemia tras las vacaciones navideñas.

En la última semana de la que se tienen datos⁷, entre el **15 y el 21 de febrero de 2021**, no se registraron contagios en los geriátricos de cinco comunidades autónomas: Asturias, Cantabria, Murcia, Navarra y La Rioja, además de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. **Y el número de fallecimientos confirmados también cayó al mínimo** de los dos últimos meses, con 157 fallecidos con Covid19 en esa semana de febrero, cuando un mes antes la cifra fue de 673, una tendencia que coincide con la **campaña de vacunación** desarrollada desde finales de diciembre en las residencias, aunque también con las restricciones puestas en marcha por los gobiernos autonómicos y la mayor inmunización natural en estos centros tras haber padecido la enfermedad, entre otros factores.

Para el **IMSERSO**, “Las medidas adoptadas han demostrado su eficacia y prueba de ello es que **el impacto de la Covid en residencias** en el periodo junio-diciembre, con ser grave, ha sido mucho menor que en la primera oleada, pese a haber tenido que hacer frente a incidencias acumuladas muy altas en el exterior de las residencias”. Asimismo, los datos reflejan la **“inmunización en las residencias de todos los territorios un mes después de iniciarse la vacunación**, lo que permite observar un tercer escenario de mayor tranquilidad en el ámbito de las residencias. Es muy importante recuperar la normalidad y los contactos para estas personas”.

⁷ A fecha de cierre de la elaboración de este informe.

6. EL RETO DE LA VACUNACIÓN

A fecha de la realización de este informe⁸, España dispone **de tres vacunas frente al Covid19 autorizadas por la Comisión Europea**, Comirnaty, de Pfizer/BioNTech, autorizada el 21 de diciembre de 2020; vacuna de Moderna, autorizada el 6 de enero de 2021; y vacuna de AstraZeneca, autorizada el 29 de enero de 2021. Las tres vacunas autorizadas han mostrado **niveles adecuados de eficacia y seguridad**, si bien presentan diferentes características en cuanto a su logística, eficacia y perfiles de población en las que han sido ensayadas.

Las vacunas disponibles se están administrando en las comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla a las personas incluidas en los grupos de población priorizada según la **Estrategia de vacunación frente al Covid19 en España**⁹. En las sucesivas actualizaciones se han ido definiendo y actualizando los grupos de población a vacunar, en función de las dosis disponibles, del tipo de vacunas y de la evidencia disponible, teniendo en cuenta la situación epidemiológica.

Todavía no ha concluido la **vacunación de las personas priorizadas** en la primera etapa, caracterizada por la disponibilidad de una cantidad limitada de dosis, en la que se han incluido cuatro grupos de población. Hay que tener en cuenta que la pauta completa de vacunación requiere la administración de dos dosis. La disponibilidad de la vacuna de AstraZeneca, cuya utilización se ha limitado de momento entre 18 y 55 años de edad, ha ocasionado la utilización simultánea de esta vacuna en personas pertenecientes a otros grupos de población consideradas esenciales, mientras se continúa vacunando a las personas más vulnerables con las vacunas de ARNm (Comirnaty y vacuna de Moderna).

Datos de vacunación en España

Entre el 27 de diciembre de 2020 y el 19 de febrero de 2021 se ha notificado al Registro de vacunación Covid19 del SNS la vacunación de un total de **1.768.688 personas**. El 71,6% son mujeres y el 66,3% recibieron dos dosis. El 88,8% de las vacunas administradas corresponde a Comirnaty (Pfizer/BioNTech), el 6,1% a la vacuna de Moderna y el 5,1% a la vacuna de AstraZeneca.

Aunque la proporción de personas vacunadas en España es todavía pequeña, apenas un 3,7% del total de la población general, **de las 351.936 personas institucionalizadas en residencias de mayores** y otras, se ha vacunado **el 94% con la primera dosis y el 82% con la pauta completa**, y ya se comienza a observar una menor proporción de personas hospitalizadas procedentes de residencias de mayores. En los países que han tenido mayor disponibilidad de vacunas se está observando un impacto positivo de la vacunación sobre la infección y las hospitalizaciones.

⁸ Marzo de 2021

⁹ Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación Covid19 de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Estrategia de Vacunación frente a Covid19 en España. Consejo Interterritorial del SNS. [Ministerio de Sanidad](#), 2 diciembre 2020.

El **principal factor de riesgo de hospitalización y muerte es la edad** superior a los 60 años y va aumentando a medida que la edad es mayor. Supone un riesgo superior a otras condiciones que también incrementan la gravedad, como son ciertas enfermedades crónicas, trasplantes y neoplasias.

La elección del tipo de vacuna no puede establecerse a nivel individual, sino que debe basarse en la información disponible sobre la eficacia, la seguridad y la indicación de las vacunas para los diferentes grupos de población, atendiendo a los diferentes riesgos entre los que prima, desde una perspectiva ética, el riesgo de morbilidad grave y mortalidad. Tampoco debemos olvidar que **el virus no nos afecta a todos por igual**, como acabamos de destacar, lo que le otorga una especial importancia al principio de equidad que recoge la Estrategia, y ello, informa claramente en contra de que cada individuo pueda elegir la vacuna.

La decisión de **vacunar a las personas más vulnerables que no están institucionalizadas** con vacunas aptas para su edad (vacuna Comirnaty, de Pfizer/BioNTech y vacuna de Moderna), comenzando por las de 80 años y mayores, se sostiene en los principios de necesidad y equidad descritos con detalle en la Estrategia del SNS. En este momento, en el que todavía disponemos de un número muy insuficiente de vacunas y de dos tipos de vacunas que administrar a distintos grupos de población por las especificidades de una de esas vacunas, es **imprescindible tomar en consideración el principio de solidaridad**. En base al mismo, procede vacunar a los grupos de más edad con las vacunas que en los ensayos clínicos han probado y acreditado su eficacia en esos grupos que, por lo demás, son los que pueden ver más afectada su salud por la Covid19.

Procede, por último, tomar también en especial consideración el **principio de factibilidad**, de modo que la atención a los distintos grupos que deben ser priorizados en la vacunación resulte compatible con una administración eficiente de las vacunas. No sería una decisión ética aquella que, por pretender **identificar a todos los grupos que deben ser priorizados**, hiciera tan complejo el proceso de vacunación que lo ralentizara indebidamente o trasladara a los ciudadanos una sensación de confusión acerca de cuándo van a ser vacunados. Como se ha dicho antes, el factor de la edad es el que más incrementa el riesgo de tener efectos graves en caso de contagio de la Covid19.

Grupos de población a vacunar

Los **grupos de población** inicialmente considerados en la etapa 1, fueron:

- **Grupo 1. Residentes y personal sanitario y sociosanitario** que trabaja en centros de mayores y de atención a grandes dependientes. La mayoría de las personas de este grupo ya han sido vacunadas. Aquellas pendientes de administración de alguna dosis se irán completando próximamente.

- **Grupo 2. Personal de primera línea en el ámbito sanitario y sociosanitario.** Este grupo incluye al personal que tiene mayor riesgo de exposición por llevar a cabo actividades de **atención directa a pacientes Covid19** (contacto estrecho y con mayor tiempo de exposición), así como por tener mayor probabilidad de tener contacto con una persona con infección por SARS-CoV-2:
 - Personal en el **ámbito sanitario** que trabaja de cara al paciente, en los siguientes entornos (incluidos los que desempeñan otras funciones distintas a la prestación de servicios sanitarios -administrativo, limpieza, voluntariado, etc.).
 - Personal del **ámbito sociosanitario**. Incluye el personal que trabaja en otros centros de atención a personas mayores y de riesgo diferentes a los residenciales incluidos en el grupo 1. De manera específica, las personas que realizan un trabajo proporcionando cuidados estrechos a personas de poblaciones de riesgo en sus hogares (mayores, personas dependientes, enfermos, etc.) se vacunarán en el grupo 4. En este grupo no se incluyen los cuidadores no profesionales (familiares, convivientes...).

7. Y AHORA, ¿QUÉ? RETOS PARA EL FUTURO

Las **residencias para mayores** han sido lugares donde el Covid19 ha hecho estragos. La edad de quienes las habitan (en su mayoría más de 80 años), la fragilidad de su salud y la convivencia en un mismo entorno, con ausencia de dormitorios individuales, hacen que hayan constituido uno de los **escenarios más expuestos a la enfermedad y a su contagio**, y que sus consecuencias hayan sido más letales. Este hecho nos impele a **reabrir antiguos debates** como el de las ratios de plantillas con las que cuentan los centros residenciales de mayores, especialmente pensando en la necesidad de incrementar la ratio de gerocultores/as y reformular sus funciones y su remuneración. Es, además, necesario un debate en profundidad sobre el **modelo residencial**, para superar el modelo asistencialista y sobreprotector que todavía impregna estos centros, avanzando hacia **modelos que ofrezcan entornos íntimos**, evitando la masificación y facilitando la convivencia y el desarrollo del proyecto vital de cada persona desde la perspectiva de que **estos centros son lugares para vivir y convivir** (sustituyen a los hogares familiares) y no centros sanitarios.

Repensar el futuro del cuidado de las personas mayores

Como hemos visto, un acercamiento a la gestión de la Covid19 en las residencias ha puesto de manifiesto que, en sucesivas olas de esta crisis o en próximas epidemias, resultará necesario **adoptar medidas generales y específicas para preparar mejor a estos centros**. Pero en este proceso de análisis también se ha vuelto a evidenciar un asunto que emerge recurrentemente en el debate entre los expertos. Se trata de la necesidad acuciante de **evaluar cómo ha funcionado el sistema de atención a las personas en situación de dependencia después de 14 años de su puesta en marcha**, y tras atravesar la grave crisis económica que comenzó en 2007 y afectó seriamente a su adecuada financiación y a su implementación, a partir de las modificaciones introducidas en el RDL 20/2012.

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

Particularmente relevante será el **desarrollo de estructuras de coordinación entre el sistema sanitario y el de servicios sociales**. La larga tradición de debates acerca de la forma en que debería alcanzarse la integración sociosanitaria debe trasladarse de forma concreta al diseño y aplicación de procedimientos de coordinación y de **sistemas de información compartida entre los profesionales sanitarios y de los servicios sociales**.

La idea de una “medicalización” de las residencias no parece resultar de gran ayuda ni despierta simpatías entre los profesionales del sector del cuidado, ni probablemente entre los residentes que no querrían ver su hogar convertido en un hospital.

Por ello, profundizar en la “sanitarización” y **mayor profesionalización del sistema** puede ofrecer una vía mucho más fructífera para la colaboración entre ambos universos organizacionales. A nivel práctico, esto debería traducirse en **mecanismos de coordinación** entre la atención primaria, la hospitalaria, los dispositivos de urgencias, los sistemas de salud pública, los servicios sociales de atención primaria y los centros residenciales para garantizar la continuidad de la atención y del cuidado a las personas mayores residentes en dichas instituciones. Las estructuras de coordinación con el sistema sanitario implementadas durante la pandemia (o preexistentes en al menos una Comunidad Autónoma) pueden constituir un primer paso en esa dirección, habida cuenta del alto nivel de apoyo que esas iniciativas han tenido entre los profesionales de las residencias.

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

La necesidad de garantizar la **disponibilidad de trabajadores adecuadamente formados** para las distintas tareas asociadas al ámbito sociosanitario requiere también de una serie de reformas en los procesos formativos, además de una mejora significativa en las condiciones laborales y contractuales de dichos trabajadores. La importancia y la urgencia de transformar el sistema de cuidados no recomiendan, sin embargo, la precipitación puesto que **cualquier transformación puede tener consecuencias** no solo sobre el propio sistema y sobre las personas mayores, sino también en las mujeres, que asumen todavía en nuestra sociedad el principal papel en los cuidados. Los cambios por abordar deberán ser el resultado de un proceso de debate y discusión entre la pluralidad de actores implicados en el ámbito sociosanitario y las propias personas mayores.

Abordaje integral de los cuidados

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

En un nivel operativo, en algunas CC.AA., especialmente durante las primeras semanas de la crisis, el **encaje entre las residencias y el sistema sanitario**, en particular los centros de atención primaria y los hospitales, ha sido uno de los asuntos más relevantes de la crisis de la Covid19. Las diferentes estrategias han podido estar condicionadas por el tiempo con el que contaron para organizarse desde que se declaró la pandemia o por la **existencia de mecanismos de coordinación sociosanitaria** definidos previamente.

La implicación del SNS, en unas CC.AA. a través de la atención primaria y en otras de los hospitales, ha marcado un **antes y un después en el impacto de la epidemia en la mayoría de las residencias**. En todas ellas constituyó un enorme alivio al importante tensionamiento de sus capacidades que ha supuesto la pandemia. Sin embargo, hasta que esto se produjo, en algunas **CC.AA.** se presentaron una serie de **problemas derivados de sus peculiares características**, tales como:

- Empeoramiento de las relaciones entre los centros de atención primaria y las residencias (en algunos lugares las relaciones ya eran difíciles previamente);
- Sensación de abandono por parte de las residencias y necesidad de asumir tareas y responsabilidades sanitarias para las que no existían preparación ni personal;
- Ausencia de medicamentos y equipos sanitarios;
- Atención inadecuada o desatención a los residentes;
- Saturación de los centros de atención primaria (y hospitales) dedicados a atender a la población general y a realizar tareas de detección y rastreo vinculadas a la Covid19.

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

En general, desgraciadamente, aun hoy **no se es capaz de cruzar datos entre funerarias, hospitales y Sistema de Dependencia** para, por ejemplo, dar de baja a un receptor de prestaciones económicas. Además, y pese a la sorpresa, tampoco es capaz de hacerlo la Seguridad Social con las pensiones. Está pendiente en España, y posiblemente en Europa, el reto de **conciliar sistemas de información** y repensar las posibilidades desde una política de protección de datos que también beneficie al bien común. Cabe destacar que, en Cataluña, ya se está haciendo con bastante éxito este proceso de transmisión de información, pudiendo ser esta CC.AA. una plataforma ejemplo que además, ha dado pasos a la interoperabilidad con el ámbito sanitario.

Coordinación sanitaria y social

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

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

También ha existido **tensión entre las Consejerías de Sanidad y las Consejerías de Servicios Sociales** en algunas CC.AA. acerca de en quién debía recaer la responsabilidad general sobre las residencias, o sobre determinadas tareas a realizar en las mismas (con casos de retirada de la autoridad a las Consejerías de Servicios Sociales). En un nivel mucho más operativo se han producido **tensiones entre los centros sanitarios y las propias residencias**.

Otro problema de coordinación intersectorial que ha aparecido de manera clara en nuestro país se ha referido a la disputa acerca de qué Ministerio (o Consejería) debía responsabilizarse de recoger y publicar los datos sobre afectados en residencias y con relación al diseño e **implementación de un sistema de información y alerta temprana** en estos centros (que se agravó por la reticencia inicial de algunas CCAA). Convendría haber visibilizado la necesidad del trabajo intersectorial en el nivel ministerial, por ejemplo, reuniendo ambos Ministerios a los consejeros de Sanidad y de Servicios Sociales, de la misma manera que se ha hecho en otros sectores de política pública (por ejemplo, en educación).

En la gran mayoría de los países europeos, las primeras reacciones a la crisis volcaron su esfuerzo en el terreno sanitario debido a sus implicaciones sanitarias. Sin embargo, no en todos ellos se atribuyó la responsabilidad principal de gestión de la misma al Ministerio de Sanidad (o a las administraciones públicas regionales responsables de la sanidad). Aunque **en España la dirección de la crisis se encargó a cuatro Ministerios**, en la práctica ha sido el de Sanidad (lo mismo en muchas CCAA) el

más visible. Una importante tarea pendiente en relación a la acción intersectorial afecta a la oportunidad de replantarse quién debe ser el “propietario” de las crisis, usando la terminología propia de la gestión de crisis. Por mucho que la **crisis** sea de **naturaleza sanitaria**, debe evaluarse si otro Ministerio o consejería horizontal podría ser más eficaz en repensar el sistema de respuesta a estos fenómenos con una perspectiva más intersectorial (este replanteamiento se ha hecho en otros países tras algunas epidemias precisamente al verse el Ministerio de Sanidad y las Consejerías Autonómicas del mismo ramo sobrepasadas por la naturaleza de la crisis, o al ser detectados problemas intersectoriales). También convendría ponderar si el Ministerio de Sanidad debería estar bajo una **coordinación política con más amplia perspectiva** y con mayor capacidad de liderazgo.

En todo caso es importante valorar la existencia de mecanismos de enlace intersectorial.

Coordinación entre administraciones

A pesar de que buena parte de la discusión pública se ha centrado en la **coordinación intergubernamental**, el funcionamiento de ésta es difícil de valorar, entre otras razones por el excesivo ruido general que ha provocado el juego de **culpabilización cruzada entre niveles de gobierno**, en particular procedente de algunas CC.AA. y determinadas fuerzas políticas de oposición. Este juego político, en el que no todas las CC.AA. han participado, puede ser comprensible dado que **casi dos tercios de la ciudadanía cree que la gestión de las residencias ha sido mala o muy mala** y dado que los ciudadanos distribuyen las responsabilidades por ella entre los dos niveles de gobierno.

Sin embargo, es posible que esta práctica genere incertidumbre entre la población y contribuya a que se politicen las medidas de salud pública y, por lo tanto, su aceptación se complique. En la **primera fase** de la crisis, el gobierno central recibió críticas relacionadas con la excesiva centralización de las decisiones. En la segunda se le acusó de **falta de implicación y de coordinación intergubernamental**. Por su parte, algunas CC.AA. han sido criticadas de ser volubles en su opinión acerca de quién debía ser el responsable principal de la crisis, si eso traía consigo réditos políticos electorales; y, en particular, de no cumplir con los requisitos que el gobierno estableció para gestionar la desescalada, a pesar de asegurar que sí lo hacían, lo que habría provocado un resurgimiento del virus antes de lo esperado.

A diferencia del caso del **Ministerio de Sanidad**, que asumió la **autoridad en la gestión de la crisis**, la iniciativa del sector de servicios sociales por parte de la Vicepresidencia de Derechos Sociales no se ha llegado a plantear y concretarse públicamente a lo largo de esta crisis. El gobierno decidió que la Vicepresidencia no asumiría este papel, aunque esto habría sido posible desde un punto de vista competencial. Hubiera contribuido a reforzar el papel coordinador de ese departamento ministerial de Derechos Sociales y, en particular, del IMSERSO (con competencias en materia de

atención a la dependencia), al menos durante las primeras semanas de la crisis en las que había quejas sobre la **situación de abandono de las residencias en algunas CCAA**. En esta situación, según el Real Decreto 463/ 2020 de 14 de marzo por el que se declaraba el estado de alarma, en referencia a los servicios sociales, la autoridad competente delegada eran el ministro de Sanidad y las CCAA (debe recordarse que el estado de alarma no desapodera a las administraciones competentes en servicios sociales, es decir, a las CCAA).

Debería revisarse si esta decisión fue la adecuada dado el **desbordamiento del Ministerio de Sanidad**, su falta de vinculación directa con el sector de los servicios sociales y la propia existencia de la **Vicepresidencia de Derechos Sociales** (por su propio rango y debido al carácter social de las residencias). Todo ello hacía muy complejo ese liderazgo. Aun así, en el caso del Ministerio de Sanidad, la coordinación de su sector en términos formales sí se ha producido a juzgar por el número de reuniones de los órganos de gobernanza del SNS en las que, en ocasiones, se ha tratado el problema de las residencias, aunque no queda claro si con la suficiente profundidad debido a los problemas intersectoriales ya señalados. Se han reunido en más de una centena de ocasiones (contando las 45 reuniones del Consejo Interterritorial del SNS y otros órganos interterritoriales de segundo nivel).

Por su parte, especialmente en la primera parte de la crisis, la Vicepresidencia de Derechos Sociales ha sido menos activa en la coordinación que se expresa en los órganos formales de las relaciones intergubernamentales de su sector (el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y sus comisiones) con cuatro reuniones, probablemente debido en parte a que el equipo que asumía la responsabilidad del Ministerio acababa de tomar posesión de sus cargos. Se hubiera esperado de ella **propuestas de acción intergubernamental conjunta e impulso de la acción autonómica**, lo que, en parte, sí ha comenzado a realizarse en el segundo tramo de la crisis.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Amnistía Internacional (<https://www.es.amnesty.org/>)
- Consejo General de Enfermería (<https://www.consejogeneralenfermeria.org/>)
- Defensor del Pueblo (<https://www.defensordelpueblo.es/>)
- Envejecimiento en Red (<http://envejecimientoenred.es/>)
- IMSERSO (https://www.imserso.es/imserso_01/index.htm)
- LARES (<https://lares.org.es/>)
- Ministerio de Ciencia e Innovación (<https://www.ciencia.gob.es/>)
- Ministerio de Sanidad (<https://www.mscbs.gob.es/>)
- Sindicato de Enfermería SATSE (<https://www.satse.es/>)



Calle Rios Rosas, 11 · 28003 Madrid

+34 91 442 22 25



lares.org.es