



**Informe analítico de gestión en
centros residenciales en España
durante Covid-19 V**

(VERSIÓN 1)

*Comisión para la Reconstrucción
Social y Económica*

Grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública

5 de junio de 2020

ÍNDICE

1. QUIENES SOMOS _____	pág. 3
2. Introducción _____	pág. 4
a. Sustitutas del hogar, no establecimientos sanitarios _____	pág. 6
b. Afección diversa en los territorios _____	pág. 8
3. Avisos previos desoídos _____	pág. 11
4. Declaración de alarma y denegación de atención sanitaria _____	pág. 15
a. Atención a la salud en residencias en circunstancias normales _____	pág. 16
b. Atención a la salud en residencias durante la pandemia _____	pág. 16
c. Dificultad de prestación de servicios sanitarios durante la pandemia _____	pág. 19
5. Gestión de recursos humanos _____	pág. 20
6. Material de protección _____	pág. 21
a. conocimiento por parte de la administración de falta de EPIs _____	pág. 22
b. Inseguridad jurídica en relación a los EPIs _____	pág. 23
7. Test diagnósticos _____	pág. 25
8. Instrucciones diversas _____	pág. 27
9. Conclusiones _____	pág. 41
10. Visión CEAPS _____	pág. 43
• ¿Qué ha pasado?	
• ¿Qué ha fallado?	
• ¿Qué proponemos?	
11. Infografías explicativas _____	páginas 46 en adelante



QUIENES SOMOS

El Círculo Empresarial de Atención a la Dependencia (CEAPS) es la mayor asociación de atención a la Dependencia de España. De hecho, cuenta con alrededor de 200.000 plazas y servicios que aportan las respectivas patronales territoriales y las empresas (más de 1.800) que emplean a más de 90.000 trabajadores.

Creado hace dos años, está integrado por las patronales mayoritarias de atención a los mayores y personas con capacidades diversas de Cataluña, Castilla la Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Asturias, Aragón, Madrid, Navarra, País Vasco y Andalucía, y empresas de ámbito nacional como Tunstall Televida y Macrosad.

Nuestra organización está formada por personas, profesionales que han trabajado con gran esfuerzo y dedicación para proteger a un colectivo tan vulnerable como los mayores con dependencia. Sin materiales de protección, sin acceso a pruebas serológicas ni tests PCRs y sin consideración de servicio esencial hasta unas semanas después de iniciarse la crisis sanitaria de la COVID-19, las residencias públicas y privadas de España han respondido al mayor reto sanitario de los últimos cien años en nuestro país.

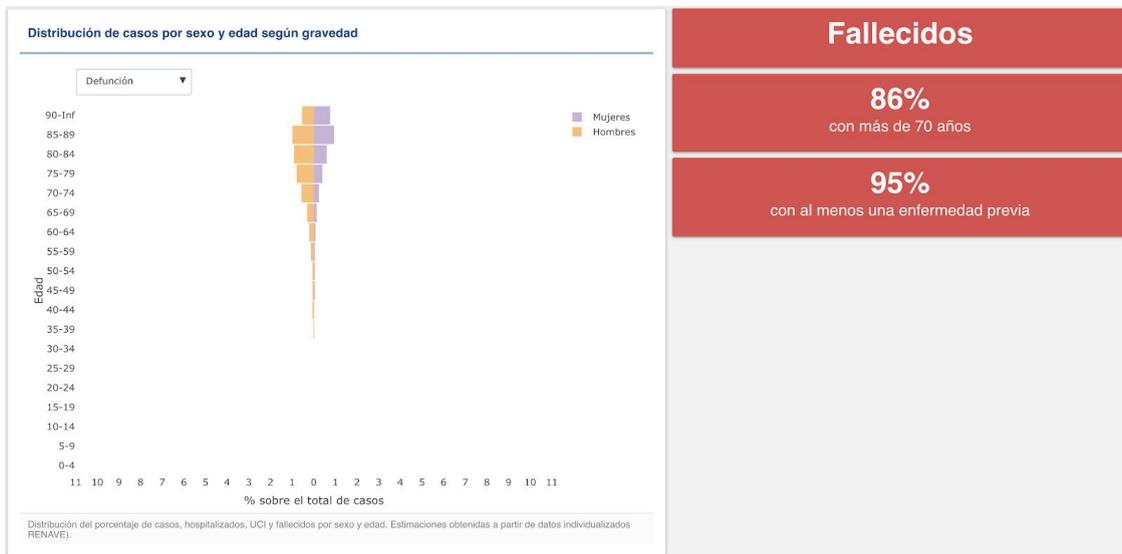
Introducción

La extensión de la pandemia ocasionada por el coronavirus Covid-19 originada en China a finales de 2019 se ha extendido por todo el mundo ocasionando millones de infectados y miles de muertos.

Se ha demostrado que el virus SARS-Cov 2, responsable de la enfermedad de COVID19, es más contagioso y letal que el virus de la gripe. Así, el SARS-Cov 2 presenta un mayor número reproductivo, es decir, que cada infectado puede pasar la enfermedad a un mayor nº de personas (3 en promedio). Su contagiosidad depende de la cantidad de virus en la persona infectada, que varía a lo largo de la infección. Se sabe que el virus está presente incluso días antes de que aparezcan los síntomas de la enfermedad y antes de que sea detectado por las pruebas diagnósticas disponibles moleculares y serológicas, lo que ha multiplicado su capacidad de propagación y ha complicado su detección. El tiempo en que la persona es contagiosa es menor en personas sin síntomas (asintomáticas) que en las que presentan un curso clínico más grave, donde la cantidad de virus en sangre (carga viral) es hasta 60 veces mayor que las que tienen un curso más leve y la carga viral elevada más duradera. El periodo de incubación de la infección por SARS-Cov2 puede oscilar entre 1 y 14 días. El 97,5% de los casos sintomáticos se desarrollan en los 11,5 días tras la exposición. De acuerdo con la evidencia existente, la transmisión de la infección ocurriría fundamentalmente en los casos leves en la primera semana de la presentación de los síntomas, desde 2-3 días antes hasta 7-8 días después. En los casos más graves esta transmisión sería más intensa y más duradera.

Todos los estudios coinciden en que las personas con más de 80 años han presentado la letalidad más alta de todos los grupos de edad, cercana al 15%, siendo la población más vulnerable a la infección. Ello probablemente ha sido debido a la presencia de otras patologías, como enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad respiratoria crónica, hipertensión, y demencia genotipo APOE e4e4 o cáncer, factores que aumentan la tasa de letalidad en las distintas series de pacientes estudiados. (Informe del Ministerio: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>)

Esto ha producido que la gran mayoría de fallecimientos ocasionados por el virus, en España y en todo el mundo, corresponda a personas de más de 70 años, especialmente aquellos que tenían enfermedades previas.



<https://cnecovid.isciii.es/covid19/#grupos-de-poblaci%C3%B3n> (26 mayo 2020)

Concretamente el 86% de los fallecidos tienen más de 70 años y el 95% sufrían alguna enfermedad además de la ocasionada por el covid19

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_100_COVID-19.pdf

O sea, es una enfermedad que concentra su mortalidad en personas mayores con estado de salud frágil.

En España hay unas 382.000 plazas en residencias de personas mayores. Allí viven, aproximadamente un 4,2% de los mayores de 65 años <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>, o un 13% de los mayores de 85 años.

Quienes viven en residencias suelen ser personas mayores muy dependientes de más de 85 años, que padecen a su ingreso más de 3 enfermedades activas, consumen más de 7 medicamentos diarios. Un 44% ingresan con serios riesgos de sufrir úlcera por presión, un 77% padeciendo algún tipo de incontinencia, un 17% sufren de insuficiencia respiratoria.

<https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/sociosanitario/perfil-sanitario-de-personas-ingresadas-en-centros-residenciales-edad-y-vida.pdf>

Residencias como sustitutos del hogar, no establecimiento sanitario

En España las residencias de personas mayores son consideradas por la legislación sectorial de cada comunidad autónoma como establecimientos de servicios sociales, no sanitarios. Lo que motiva el ingreso, según nuestra legislación, es la situación de dependencia y no la enfermedad.

A modo de ejemplo:

Comunidad	Normativa	
Andalucía	Orden de 5 diciembre 2007 Art 3	Centros Residenciales para personas mayores: son aquellos centros de carácter social que ofrecen alojamiento, convivencia y atención social. Tienen una función sustitutoria del hogar familiar.
Madrid	Orden 766/1993 Art. 3 b y 22	“Fomento de la normalización, entendida como el desarrollo de un estilo de vida similar al del entorno de referencia” “La atención sanitaria y farmacológica que se presta en las residencias es complementaria a la pública o privada que pudiera corresponderle al residente”
Cataluña	Decreto 284/1996 Punto 2.3.2 del anexo Art. 20.4.a)	“Facilitar un entorno susitutorio del hogar” “Acceso de los usuarios a los recursos sanitarios públicos sin perjuicio de la existencia de otros recursos sanitarios”
Castilla la Mancha	Orden de 21 de mayo de 2001 Art. 6 Punto 8.5.3. anexo	“Ofrecen alojamiento convivencia y atención integral a las personas mayores” Ofrecerán “Asistencia médica”
Castilla y León	Decreto 14/2017*	Artículo 2.a) introduce el concepto de “vida cotidiana” como elemento esencial.
Aragón	Decreto 111/1192	Sólo habla de “establecimientos sociales especializados”
Comunidad Valenciana	Orden 20/12/2005 Artículo 1. n)	Derecho a considerar en su caso como domicilio propio el establecimiento residencial que lo acoge, [...]

Ninguna normativa de autorización y funcionamiento de residencias obliga a éstas a disponer de personal de enfermería 24 horas al día. I

El informe del Defensor del Pueblo de 2019 https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/05/Separata_personas_mayores_centros_residenciales.pdf lo expone de forma clara:

Atención sanitaria

En conexión con las ratios de personal, debe dejarse constancia de que la atención sanitaria a las personas mayores que viven en las residencias depende del sistema de salud correspondiente.

El sistema residencial da una atención sanitaria a sus residentes de carácter general. En caso de que se detecten problemas o se necesite una atención más especializada, los residentes son derivados al Sistema Nacional de Salud.

Otro modelo de residencias de mayores, más propiamente socio-sanitario, que contara con una atención médica y de enfermería más amplia y extensa, o en el que al menos y dado el perfil muy dependiente de los residentes se aumentaran las exigencias a los centros de contar con más medios sanitarios, sería posible y quizá conveniente. Pero en España no está organizado así, de forma general, para todo el sistema de residencias.

Al no ser concebidos como establecimientos sanitarios sino como establecimientos para vivir, las normativas y los diseños de los inmuebles no consideran el confinamiento y la sectorización como elementos relevantes sino la convivencia, apertura al exterior y fomento de las visitas.

Los residentes, tanto antes como durante y después de la pandemia mantenían el mismo derecho que cualquier otra persona que viviese en su domicilio a recibir toda la atención sanitaria que requiriese, tanto de los servicios de atención primaria como especializada. Tenían el mismo derecho de acudir a un servicio de urgencias hospitalario y de haber recibido tratamiento o, como mínimo de haber sido sometido al triaje en urgencias.

Para evitar un mayor colapso del sistema sanitario en lo que se refiere a atención hospitalaria, se ha utilizado a las residencias de mayores como barrera de contención para minorar, en lo posible, el ingreso de los mayores de estos Centros en el sistema sanitario, apoyándose éste en los profesionales de las residencias, sin que se hubiera definido previamente la necesaria coordinación y una colaboración suficiente para que no hubiera discriminación de trato entre los mayores de las residencias y los que viven en sus domicilios. Este insuficiente trasvase de recursos del sistema sanitario al sistema social además se ha visto agravado por la falta de previsión de la elevada tasa de contagio que se produce en un lugar de alta convivencia de personas mayores y con múltiples patologías de base.

La realidad, en definitiva, ha sido que el tipo de atención sanitaria que han recibido las personas mayores que viven en residencia ha sido diferente a quienes vivían en sus casas: se ha limitado la posibilidad de acceder a servicios de urgencias y a ingresos hospitalarios.

Las residencias, como instituciones, también han sido tratadas de una forma no ajustada a la normativa que las regula ya que se les ha exigido funcionar como socio-sanitarios sin disponer todas ellas de los recursos arquitectónicos, medidas de protección, suficiente personal cualificado, medios diagnósticos ni recursos para adaptarse a requerimientos cambiantes.

O sea, se les ha impuesto una función nueva para la que no estaban preparadas, sin dotarlas de recursos suficientes e incluso impidiéndoles que pudiesen acceder a ellos.

“El sistema de salud no ha estado a la altura para garantizar la salud de las personas en las residencias y se les ha pedido a estas residencias una responsabilidad que no es su competencia porque no tienen el mandato legal, cultural y organizacional". "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, la vicepresidenta de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología ([SEGG](#)).

https://dependencia.info/noticia/3470/actualidad/provocara-la-pandemia-del-coronaviruss-un-cambio-en-el-modelo-de-las-residencias.html?fbclid=IwAR3Vf4LXDikwsLIPJpuMIQj6i9gkjcMW2Dv4_PalXj8fFCr3TzqXKW1k9Cw

Afectación diversa en diferentes territorios

La fuerza con la que ha afectado la pandemia en España, allí donde se ha manifestado con más virulencia, ha producido un número de fallecimiento elevado. Aunque sí existe una clara diferenciación geográfica, no hay datos que permitan afirmar que se hayan visto más afectadas las residencias públicas o privadas; pertenecientes a empresas o a entidades sin ánimo de lucro o en relación con el tamaño.

Según datos de las asociaciones patronales:

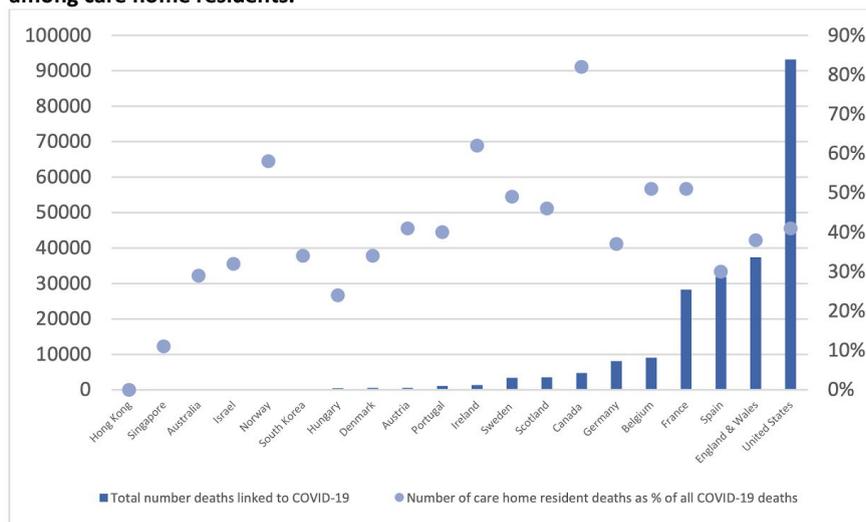
Comunidad	Porcentaje de residencias con casos	Porcentaje de residencias con fallecimientos
Castilla la Mancha	60%	18%
Castilla y León	25%	18%
Cataluña	50%	
Madrid	58% - 60%	
Andalucía	3 % de tests realizados en residencias han dado positivo	

Comunidad Valenciana	47.70%	
Aragón	52%	

Como ejemplo, en Comunidad Valenciana, según los datos de la Consellería de Sanidad, la tasa de mortalidad (personas fallecidas/casos confirmados) en residencias (22.30%) está 7.37 puntos por debajo que la total en la Comunidad Valenciana en mayores de 80 años (29.67%), con un porcentaje de plazas en residencias privadas del 80.3% .

Este fenómeno trasciende nuestras fronteras. En países de nuestro entorno, allí donde la pandemia ha causado mortalidad, la proporción de víctimas que vivían en residencias ha sido elevada, con una media de aproximadamente un 50% (un dato que hay que tomar con cautela debido a que todos los estudios reconocen que cada país está recogiendo los datos de forma diferente por lo que, hasta dentro de un tiempo no tendremos una visión exacta). No se ha podido determinar todavía por qué países con modelos de atención residencial y coordinación sociosanitaria tan dispares han visto porcentajes tan elevados de mortalidad en sus residencias.

Figure 1. Total number of deaths linked to COVID-19 in the total population compared to the number of deaths among care home residents.



Source: based on figures collected in this report

<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Mortality-associated-with-COVID-21-May-7.pdf>

Este informe demostrará cómo las residencias de personas mayores, como organizaciones se han adaptado a los retos planteados por la pandemia y por la respuesta que se ha dado desde los poderes públicos. Cómo, a pesar de no haber dispuesto del material de protección, los medios diagnósticos, suficiente personal debido a las bajas, ni unas instrucciones homogéneas; las residencias intentaron proteger la vida y los derechos de los residentes que en ellas viven ingresados.

AVISOS PREVIOS DESOÍDOS

Un punto en el que los epidemiólogos están de acuerdo es que, para afrontar la pandemia el tiempo es un factor importantísimo. Debido a que existe evidencia de que una persona puede estar enferma sin mostrar síntomas, pero aún así contagiando, deben avanzarse al máximo decisiones como la limitación de entrada de personas ajenas a la residencia y el uso de Equipos de Protección Individuales por parte del personal como medidas para evitar la extensión del contagio. Los primeros contagios se han producido en residencias porque alguien enfermo ha entrado en contacto en el interior y ha interactuado con los residentes.

La repercusión de la enfermedad ha sido desigual en diferentes zonas de España y dentro de las zonas entre residencias lo que supone que allí donde se han tomado medidas antes de que hubiese contagios ha habido más posibilidades de contener mientras, en los centros que ya tenían a enfermos, con o sin síntomas, la difusión de la enfermedad se ha producido con mayor virulencia.

"Como todas las enfermedades, la competencia de la gestión clínica, el diagnóstico y el tratamiento es del sistema de salud", "mantener a un anciano contagiado en estas residencias no parece la mejor idea". "Es un disparate. Se va a estudiar en los libros de epidemiología como la mayor barbaridad del siglo XXI", declaró el presidente de la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría (SGXX), Miguel Ángel Vázquez, el 15 de Abril de 2020.

<https://www-lavanguardia-com.cdn.ampproject.org/c/s/www.lavanguardia.com/local/galicia/20200415/48531905115/la-sociedade-de-xerontoloxia-avisa-a-autoridades-de-la-responsabilidad-penal-de-mantener-casos-de-covid-en-residencias.html?facet=amp>

Cuanto antes se hubieran tomado las medidas, más posible hubiese sido hacer una contención. Así lo indica el informe sobre España de LTCCovid.org (pág 9) al recoger que la rápida extensión de la enfermedad en residencias durante principios de marzo puede deberse al tiempo que se dejó transcurrir entre la detección de los primeros casos y la emisión de la primera instrucción <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCCovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>



Un repaso cronológico demuestra que la respuesta pública no fue lo suficientemente rápida:

El Gabinete de prensa de presidencia del gobierno empezó el día 9 de febrero a [informar diariamente](#) sobre el coronavirus Covid-19

Durante el mes de febrero diferentes asociaciones patronales del sector de la dependencia contactan con la correspondiente administración autonómica para manifestar su preocupación y comunican a sus asociados la situación y la necesidad de adoptar medidas.

El 5 de marzo, aunque se entrega el seis, nueve días después de que se registraran los primeros casos, se publica la primera versión del Documento técnico Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19. <https://dependencia.info/imagenes/protocolo-residencias.pdf> En ella ya se hace constar la vulnerabilidad de las personas que viven en residencias frente a la enfermedad “Los residentes y usuarios de los centros sociosanitarios se encuentran en una situación de vulnerabilidad ante la infección por COVID-19 por varios motivos:

- Habitualmente presentan patología de base o comorbilidades
- Suelen presentar edad avanzada
- Tienen contacto estrecho con otras personas (sus cuidadores) y otros convivientes
- Suelen pasar mucho tiempo en entornos cerrados y con población igualmente vulnerable”.

El 11 de marzo la Organización Mundial de Salud declaró la situación de pandemia.

Mediante instrucciones de las comunidades autónomas comunicadas a las residencias se prohibió las visitas a residencias y se ordenó la suspensión de actividades de los centros de día.

11 de marzo: prohibición de visitas en Canarias.

12 de marzo: prohibición de visitas en Cataluña y Castilla-La Mancha.

13 de marzo: prohibición de visitas en Murcia y Castilla y León.

14 de marzo; prohibición de visitas y salidas de usuarios en Andalucía. (https://www.juntadeandalucia.es/boja/2020/506/BOJA20-506-00005-4133-01_0017_1550.pdf)

15 de marzo: prohibición de visitas en Madrid y Navarra.

16 de marzo prohíben la visitas en Aragón

18 de Marzo. Prohibición de las visitas en Comunidad Valenciana. Instrucción número 4 de la Vicepresidenta y Consellera de Igualdad y Políticas Inclusivas por la que se establecen las condiciones de atención a personas en el sistema residencial del ámbito de servicios sociales y socio-sanitarias independientemente de su titularidad o gestión.



En España se declaró el estado de alarma el día 14 de marzo de 2020 https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-3692 concentrándose el ejercicio de ciertas competencias (salud y transportes principalmente) en la administración del estado.

El 21 de marzo se publica la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-3951

El 24 de marzo se publica la orden SND/275/2020 de 23 de marzo, por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Esta orden declara que los centros de servicios sociales de carácter residencial de titularidad privada tendrán la consideración de operadores de servicios esenciales, lo que cambia su consideración a efectos de obtención de equipos de protección y tests.

El 24 de marzo se difunde La guía de prevención y control frente al COVID19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Residencias_y_centros_sociosanitarios_COVID-19.pdf

Antes de esas fechas, en alguna comunidad autónoma, la patronal representativa de las residencias pidió a la administración de la comunidad autónoma instrucciones:

- Cataluña 25 de febrero ACRA mantiene contacto con la consejera de Salud.
- Comunidad Valenciana. El 26 de Febrero AERTE pide a la Dirección General de Salud Pública de la Consellería de Sanidad y a la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas un protocolo de actuación.
- Castilla León el 3 de marzo ACALERTE, solicita reunión con la Consejera de Familia e Igualdad, y se lleva a cabo el 9 de marzo.
- Andalucía, el 11 de marzo CECUA, mantiene una reunión junto con el resto de patronales en la Consejería de Igualdad, políticas sociales y conciliación.

Las patronales empezaron a informar a sus asociados antes incluso de recibir la información sobre afectación en residencias de mayores del Covid-19 en otros países afectados antes que España, sobre todo Italia, existía semanas antes de que se tomaran las medidas.



Las patronales se avanzaron a la información enviada por las administraciones:

Comunidad	Patronal	Fecha primera información a asociados
Cataluña	ACRA	25 de febrero
Castilla La Mancha	ARTECAM	26 de febrero
Aragón	ARADE	26 de febrero
Comunidad Valenciana	AERTE	26 de Febrero
Castilla y León	ACALERTE	2 semanas antes de declaración de pandemia
Madrid	AMADE	6 de marzo
Andalucía	CECUA	11 de marzo

Incluso en Castilla y León, ACALERTE indicó a sus asociados que cerrasen los centros a visitas a pesar de existir un mail de gerentes territoriales donde se indicaba que no se podían prohibir las visitas a los centros.

En Aragón, también varias residencias cerraron las puertas a las visitas en contra de las directrices, por escrito, de la Administración.

En Comunidad Valenciana, AERTE solicitó el 9 de Marzo en una reunión con la Directora General de Salud Pública que se pudieran negar las visitas a criterio de la dirección del centro.

En Navarra los responsables de salud pública y derechos sociales reunieron a todas las residencias el 9 de marzo y trasladaron que el covid era como una gripe, que no se iban a cerrar los centros

Todo ello indica que la respuesta pública fue tardía y dispersa. Si se hubiese podido tomar dos o tres semanas antes la medida de cerrar las residencias a visitas y dotar de EPIs a las residencias, podría haberse reducido uno de los factores de riesgo de entrada de la enfermedad por parte de los familiares y trabajadores y su contagio a los residentes.

DECLARACIÓN DE ALARMA Y DENEGACIÓN DE ATENCIÓN SANITARIA

Derecho de protección a la salud

La Constitución Española reconoce el Derecho a la protección de la Salud y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, dice: «Artículo 3. Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.

1. Son titulares del derecho a la protección de 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 traduce en la práctica en la existencia de un Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/docs/prestaciones08.pdf>. Cada Comunidad Autónoma, en el ámbito de sus competencias, aprueba sus respectivas carteras de servicios, que incluye la cartera de servicios comunes que debe garantizarse a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud, pudiendo incorporar otras prestaciones.

Un ciudadano que viva en una residencia de personas mayores tiene derecho a recibir exactamente lo mismo del Sistema Público de Salud que otra persona que resida en un domicilio que no sea una residencia de mayores.

Dentro del apartado Atención Primaria el CPSNS reconoce especialmente a las personas mayores al indicar que incluye “Atención a las personas mayores: promoción y prevención de la salud, detección y atención al anciano de riesgo, atención domiciliaria a personas inmovilizadas”.

En relación con la atención hospitalaria de urgencias el CPSNS indica 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”.

La atención de urgencia, según el CPSNS “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. Puede prestarse por la atención primaria, la especializada, o los servicios especialmente dedicados a esta atención urgente”.

Sobre el transporte sanitario, indica el CPSNS que incluye el “Desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte, en situaciones de urgencia o imposibilidad física del interesado”.

Derivados de estos derechos puede entenderse que existen también el de la atención mediante cuidados paliativos y la hospitalización domiciliaria.

Atención a la salud en residencias en circunstancias normales

En circunstancias normales la atención sanitaria que reciben las personas mayores que viven en residencias es idéntica a la de otros ciudadanos con la peculiaridad de que el personal sanitario de la residencia ofrece un apoyo a la Sanidad Pública que varía entre comunidades autónomas y centros. Eso se traduce en que el residente recibe la atención médica, la prescripción de medicamentos/absorbentes y la posibilidad, cuando es necesario, de recibir tratamiento hospitalario urgente o planificado.

La existencia de personal con titulación sanitaria en las residencias no sustituye la prestación pública, sino que supone un complemento y apoyo, que además descarga de una parte muy importante de trabajo a la atención primaria ya que los residentes, por sus características, hacen un uso intensivo de los servicios de salud.

Atención a la salud en residencias durante la pandemia

Durante la pandemia este derecho se ha visto limitado de la siguiente forma:



- Limitación de acceso a servicios de urgencias hospitalarias.
- Limitación de acceso a servicio de transporte sanitario.
- Limitación al acceso a tratamientos. Priorización de los cuidados paliativos frente a los tratamientos curativos, escasa implantación de los servicios de hospitalización domiciliaria, no derivación a las UCIS a Mayores de 80 años, ausencia de material clínico (respiradores, O2)

Aunque no se puede demostrar que haya existido una exclusión sistemática de la atención en urgencias, si se aprecia como una conducta reiterada y consistente durante los meses de marzo y abril de 2020.

Existen documentos que indican que existió una indicación genérica a que los residentes enfermos permaneciesen en las residencias y una amplia cobertura mediática de casos concretos.

Lo siguiente es una muestra:

En el Documento técnico “Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19 Versión de 5 de marzo de 2020” (Anexo) Del Ministerio de Sanidad se indica que “Como norma general, todos aquellos residentes que presenten sintomatología respiratoria aguda, deberán restringir sus movimientos lo máximo posible y quedarse en una habitación con buena ventilación (preferiblemente al exterior) e idealmente con un baño propio”.

En Castilla León, el [Informe del Comité Ético de Castilla y León \(He subido el documento entero del comité ético.](#) MEDIDAS GENERALES PARA CONTENER EL IMPACTO DE LA CRISIS DEL COVID-19 EN LAS RESIDENCIAS DE CARÁCTER SOCIAL.

Apartado 4: Se atenderá a los residentes sin necesidad de movilizarlos ni derivarlos al Hospital, para lo cual, se pondrán en marcha todas las medidas necesarias y de soporte para garantizar la atención sanitaria: personal de apoyo de cuidados paliativos, prescripción de oxigenoterapia, control de nutrición, tratamiento antibiótico intravenoso, etc...”

En la Comunidad de Madrid en una de las versiones originales del PROTOCOLO DE COORDINACION PARA LA ATENCION A PACIENTES, INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS RESIDENCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID DURANTE EL PERIODO EPIDEMICO OCASIONADO POR EL COVID-19 Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria aparecía como “Criterios de exclusión de derivación hospitalaria ante una infección respiratoria:



Se procederá a derivar al hospital a los pacientes que NO tengan las siguientes características, serían CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes en situación de final de vida subsidiarios de cuidados paliativos
- Pacientes con criterios de terminalidad oncológica, de enfermedades de órgano avanzada.
- Pacientes con criterios de terminalidad neurodegenerativa (GDS de 7) Deterioro funcional severo.
- Deterioro funcional grave más deterioro cognitivo moderado. Lo ideal sería visita/atención en la misma residencia”

El protocolo de coordinación de 20 de marzo de la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria, establece como objetivo principal dar soporte al sector de las residencias desde el sector sanitario para contribuir a la sostenibilidad del sistema de salud, evitando su colapso, recogiendo los criterios de exclusión de derivación hospitalaria: terminalidad, deterioro funcional (pgs 3 y 4 del documento)

En la Comunidad Valenciana no ha habido una orden por parte de la Consellería de Sanidad en ese sentido pero los protocolos de derivación hospitalaria de diversos departamentos de salud tienen criterios de derivación, aunque correctos profesionalmente hablando, que podrían dejar fuera a muchas de las personas residentes por los perfiles de los mismos, como nivel de demencia, enfermedades previas o la esperanza de vida menor a un año.

Los medios de comunicación se han hecho eco de estos criterios.

- En la Comunidad de Madrid un protocolo, después revocado, no permitía que los mayores de residencias fuesen derivados a hospitales https://cadenaser.com/emisora/2020/04/01/radio_madrid/1585742389_982120.html
- La SEGG dice que las derivaciones de mayores de residencias a hospitales debe limitarse https://www.consalud.es/pacientes/derivaciones-personas-mayores-residencias-hospitales-limitarse_76110_102.html

- Existe una orden de rechazar a residencias procedentes de residencias en un hospital
https://www.elconfidencial.com/espana/2020-05-18/ancianos-orden-pacientes-residencias-hospital_2593211/
- <https://www.publico.es/politica/residencias-mayores-nuevo-documento-prueba-criterios-exclusion-ayuso-no-hospitalizar-ancianos-residencias.html>
- Posible denegación de traslados a hospitales en Cataluña
https://www.eldiario.es/catalunya/Familias-geriatricos-Barcelona-coronavirus-diagnosticar_0_1012098905.html

Dificultad de prestación servicios sanitarios en residencias

Las residencias de personas mayores, establecimientos de servicios sociales no fueron diseñadas para afrontar una situación en la que a sus usuarios se les niega sistemáticamente el acceso a servicios de salud que precisan.

Lo que motiva el ingreso en una residencia es una necesidad de tipo social que normalmente viene asociada a una de tipo sanitario. El sistema funciona si la persona mayor sigue teniendo acceso a los servicios del Sistema de Público de Salud, si éste deja de prestar sus servicios no hay forma de que un servicio social pueda sustituirlo.

No hay datos que demuestren que la derivación hospitalaria y acceso a servicios de urgencias de todos los residentes que lo hubiesen necesitado y al que tenían derecho hubiese rebajado el número de fallecimientos. Sí los hay de que, en las circunstancias que se produjeron y con los síntomas que presentaban, en una circunstancia normal una alta proporción de residentes que han fallecido en residencias hubieran sido trasladados a servicios de urgencias hospitalarias donde hubieran sido tratados.

Las direcciones, gerencias y profesionales de las residencias no han tenido en ningún momento durante la pandemia la capacidad de decidir sobre traslados o derivaciones de forma que han sido meros instrumentos de los sistemas sanitarios públicos.

El sector lleva reclamando desde hace más de 25 años una buena coordinación sociosanitaria para que el sistema de salud y el social puedan atender de manera óptima a las personas residentes. Esta crisis ha mostrado las carencias que tiene esa coordinación actualmente por lo que debe ser uno de los puntos fundamentales de planteamiento de soluciones para el futuro inmediato.

GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Los servicios que prestan las residencias de personas mayores tienen como elemento esencial la atención personal por parte de un equipo de profesionales.

Factores esenciales durante la pandemia en relación con recursos humanos en residencias:

- Decisión de que el personal que hubiese estado en “contacto estrecho” con un enfermo dejase de trabajar durante 14 días para mantener una “cuarentena domiciliaria” contenida en el «Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-COV-2)». Ministerio de Sanidad, mar. 15, 2020 https://www.sedar.es/images/site/BIBLIOGRAFIA_COVID-19/Doc%20Oficial/DOC_MSC_Procedimiento%20prevencion%20y%20control_COVID_19.pdf y la dificultad para el regreso al trabajo pasado el plazo por la resistencia a dar altas laborales a falta de tests. Dicho diagnóstico lo llevaba a cabo los centros de salud, colapsados y mediante atención telefónica, por lo que las bajas podían alargarse mucho tiempo.
- Decisión de que el personal que tuviera enfermedades de riesgo anteriores estuviera de baja durante la crisis sanitaria.
- No aplicación del Artículo 4.2 de la Orden SND/265/2020 19 de marzo “Si el personal sanitario médico, de enfermería u de otro tipo, ha tenido contacto estrecho con un caso posible o confirmado de COVID-19 y no presenta síntomas, seguirá realizando su actividad normal así como la vigilancia de síntomas”.
- La posibilidad de obtener la baja laboral telefónicamente sin tener que visitar a un facultativo.
- Sensación de miedo que cundió entre parte de los trabajadores de los centros, causada en parte por la falta de suficiente material de protección y la situación propia de pandemia.
- Imposibilidad de acceso a tests efectivos para saber si la persona estaba afectada.



En conjunto un número que varía entre Comunidades pero cercano al 20% del personal de atención directa de las residencias dejase de trabajar. Oscila entre el 5% en Andalucía, 18% en Cataluña, 25% en Navarra y 35%-40% en Comunidad de Madrid.

La puesta en marcha por parte de las comunidades autónomas de bolsas de trabajo a disposición de las residencias se demostró totalmente insuficientes cuando no inútiles. La mayor parte de personas inscritas rechazaron sistemáticamente las ofertas de trabajar en residencias en situación de pandemia. Esta iniciativa fue apoyada por las asociaciones patronales que pusieron en marcha sus propias bolsas de trabajo de apoyo, por ejemplo en Cataluña y Castilla y León y Aragón, incluso creando dos listados de personas con titulación para trabajar en el sector y sin titulación, permitiendo a estas últimas su contratación.

Además se ha producido la llamada constante de personal sanitario de los centros residenciales, por parte de las Consellerías de Sanidad de las distintas CCAA, a través de las bolsas de personal de la que forman parte los profesionales por lo que este personal dejaba la residencia. Esto ha provocado una dificultad añadida de cubrir estos puestos tan necesarios en esta situación. Esto ha sucedido en comunidades como la Valenciana, Castilla León y Castilla La Mancha.

La situación provocada ha sido la de una reducción del personal de atención directa, con personal de baja sin ningún síntoma que ha tardado más de 14 días en reincorporarse, con la dificultad de encontrar sustitutos.

Desde la perspectiva de los recursos humanos hay otros factores que han incrementado el estrés en el funcionamiento de las residencias:

- Necesidad de formar al personal en el uso de EPIs, cuando éstos han estado a disposición.
- Necesidad de más dedicación, sin posibilidad de tenerla, debido a que la sectorización y confinamiento en habitaciones individuales obliga a invertir más tiempo en la atención.
- Necesidad de formar al nuevo personal incorporado durante el período.
- Aumento de dedicación de personal para atender los requerimientos de información por parte de diferentes administraciones.
- Aumento de dedicación de tiempo para informar a familiares, que en muchas ocasiones tenían más "información" que nosotros mismos.
- Ausencia o retraso en los test diagnósticos que incrementaron las bajas y retrasaron la vuelta al trabajo
- Criterios arbitrarios para el otorgamiento de altas y bajas de trabajadores al no disponer de test.

MATERIAL DE PROTECCIÓN

Una clave para limitar el contagio en residencias y otros lugares donde puede haber personas contagiadas por el coronavirus Covid-19 es el uso de Equipos de Protección Individual EPIs (mascarillas, pantallas, guantes, gel desinfectante, batas, monos u otros elementos). Los diferentes equipos deben ser homologados, requieren de una formación para su uso adecuado y de una renovación periódica.

Estos equipos no forman parte del funcionamiento normal de una residencia de personas mayores debido a que, cuando un residente sufre una enfermedad infecciosa que los requiere para su tratamiento, éste se presta en establecimientos sanitarios. El tener una enfermedad infecciosa es precisamente un criterio excluyente de ingreso o permanencia en una residencia geriátrica.

En una situación de pandemia como la que estamos viviendo, la demanda de EPIs se ha multiplicado en relación con circunstancias normales y se ha generado la necesidad de utilizarlos en residencias y otros servicios donde normalmente tampoco se usaban.

Esta circunstancia ha generado una situación de tensión especial para las residencias:

Por un lado, el art. 17.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) establece la obligación del empresario de proporcionar a sus trabajadores equipos de protección individual adecuados para el desempeño de sus funciones y velar por el uso efectivo de los mismos cuando, por la naturaleza de los trabajos realizados, sean necesarios.

Por otro lado, la Orden SND/275/2020 en su artículo 2.2 establece que las residencias son servicios esenciales y deberán mantener su actividad, no pudiendo adoptar medida alguna que, en relación con la situación de emergencia originada por el COVID-19, conlleve el cierre, reducción o suspensión de actividades.

Debido a que el Estado ha podido adquirir preferentemente los equipos EPI disponible y ha priorizado su entrega a establecimientos y servicios sanitarios, las residencias han dependido principalmente de la entrega de estos EPIs por parte de las administraciones públicas, entidades varias pudiendo además intentar adquirirlos en el mercado. En ningún caso se ha cumplido el protocolo establecido de que estos EPIs fueran suministrados a las residencias por los hospitales al no disponer estos de suficientes EPIs para ellos mismos.

Estas circunstancias han generado que durante la pandemia las residencias intentasen adquirir en un primer momento los equipos de protección que necesitaban para sus empleados resultando esta adquisición imposible o muy difícil por dos motivos:

- La demanda ha superado ampliamente la oferta (tanto en España como a nivel internacional) lo que ha dificultado encontrar proveedores con material disponible.
- La administración sanitaria ha obtenido una preferencia a la hora de comprar e importar material lo que ha dejado a los proveedores privados sin posibilidad ni siquiera de acceder a EPIs en el mercado internacional.

Ejemplos ilustrativos son los precios que se han llegado a pagar por mascarillas quirúrgicas, geles desinfectantes:

- Una mascarilla quirúrgica cuesta habitualmente 0,03 euros, este precio se incrementó un 2027% durante la pandemia, ha sido habitual pagar a 5.-€ la mascarilla quirúrgica
- La caja de guantes ha pasado de costar 3.5 euros a 10 euros La caja de guantes de 1000 unidades ha pasado de costar 19,50.-€ a 59,50.-€.

También ha sido llamativo la imposibilidad de hacer importaciones directas de material por parte de las asociaciones patronales. Un intento al menos supuso la llegada del material a España y su requisamiento por parte las administraciones públicas, según informó la empresa que gestionaba la importación.

En principio, la respuesta por parte de las administraciones autonómicas ha sido la de entregar EPIs a las residencias aunque esa entrega ha sido esporádica, insuficiente y desordenada.

Conocimiento por parte de la administración de la falta de EPIs

Durante toda la pandemia, de forma diaria, las administraciones han estado informadas directamente por parte de todas las residencias del material que necesitaban y del que disponían.

No existe un censo que permita saber cuántos EPIs se han entregado a las residencias en las diferentes comunidades pero desde todas las asociaciones patronales se recibe información de que éstas, en ningún caso, ha permitido el uso de los equipos de forma adecuada.



Las residencias, de forma individual y a través de las asociaciones que las representan han afrontado esta situación tomando motu proprio las siguientes iniciativas:

- Compra a precios muy elevados de material en el mercado nacional.
- Intento de obtención de material de otras instituciones.
- Intento de importación de material.
- Reutilización y reciclaje de material más allá de las recomendaciones técnicas.
- Elaboración propia de equipos EPI no homologados.

La actuación del sector residencial ha sido reactiva (respondiendo todos los requerimientos de información sobre necesidad de material que se les hacía desde las administraciones) y proactiva, intentando obtener los equipos.

En Comunidad Valenciana, se informó de esta carencia de material a la Consellerías de Sanidad y la de Igualdad y Políticas Inclusivas durante los primeros días de Marzo y también se informó a Fiscalía por correo electrónico el 24 de Abril

En Andalucía se puso en conocimiento de la Consejería de Salud y Familias, así como de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación la situación de desabastecimiento de EPIS el mismo 14 de marzo tras recibir las recomendaciones de actuación en centros residenciales de mayores y otros sociosanitarios asimilados.

Inseguridad jurídica en relación a los EPIs

Resulta relevante que el clima jurídico en el que se ha vivido la pandemia en este aspecto también ha generado inseguridad para las residencias.

Algunas residencias han recibido inspecciones de trabajo en las que se les ha instado a dotar de Equipos de Protección a los trabajadores y se han producido resoluciones judiciales contradictorias sobre si existe un derecho de los trabajadores a disponer de EPIs adecuados para trabajar y sobre sí pueden negarse a trabajar sin los mismos.

En Aragón el gobierno autonómico informó a la patronal representativa ARADE el 14 de abril que a partir de ese momento, se iba a inspeccionar de forma semanal. Se trata de un procedimiento nuevo en el que de modo presencial van tres personas; médico de familia, representante de la inspección sanitaria y la enfermera de referencia. Dicha inspección se lleva a cabo con la finalidad de verificar la existencia o no de un adecuado plan de contingencia. Los resultado son muy diversos, y arbitrarios, varía en función de la relación que la Residencia tiene con el Centro de Salud asignado.



Algunas repercusiones judiciales:

Ante una demanda del sindicato CSIF, el TSJ de Madrid en resolución de 13 de abril, ordena a la Comunidad entregar los EPIs necesarios a personal sanitario y de residencias.

[Auto del Juzgado de lo Social n 8 en Santa Cruz de Tenerife de 23 de marzo](#), que el deber del personal de servicios de ayuda a domicilio de ir a trabajar, aun sin EPI adecuados –solo con guantes– sobre su derecho a una protección suficiente, en aras del derecho de las personas en situación de dependencia a recibir servicios esenciales para su vida, salud y bienestar. También hay constancia de que en el País Vasco se han desestimado demandas <https://www.diariovasco.com/gipuzkoa/justicia-desestima-demandas-ela-residencias-20200424165027-nt.html> presentadas contra residencias por no poner a disposición suficiente material EPI debidas las circunstancias especiales producidas durante la pandemia.

[Auto del Juzgado de lo Social n.º 41 de Madrid de 19 de marzo de 2020 \(Procedimiento de Medidas Cautelares Previas 356/2020\)](#), reconoce el derecho del personal Letrado de Administración de Justicia a disponer de inmediato de EPI para hacer frente a su riesgo de contagio del COVID-19 en su trabajo.

Soluciones tomadas desde las residencias

Ante esta compleja situación las residencias han reaccionado ampliando la vida útil de los EPIs disponibles mediante la reutilización y reciclado, elaborando su propio material e intentando obtenerlo mediante cualquier medio.

En este sentido las mismas recomendaciones de la Consejería de Salud, ya hacen mención a la reutilización de EPIS.

Dada la situación de inseguridad, en Aragón la patronal ARADE puso la situación en conocimiento de la Fiscalía.

TESTS DIAGNÓSTICOS

Todos los expertos coinciden en que la realización de tests periódicos tanto a los residentes como al personal de la residencia resulta crucial para prevenir y eventualmente afrontar las consecuencias del contagio. Pudiendo la enfermedad manifestarse de forma asintomática, pero con posibilidad de contagiar, y además resultando contagiosa en los primeros días de la enfermedad cuando todavía no hay sintomatología, resulta fundamental utilizar esos tests diagnósticos para saber quién en la residencia está o no enfermo.

“La forma más efectiva de controlar su propagación comprobada hasta ahora parece ser 1) una prueba general del personal y los residentes y 2) el aislamiento de cualquier caso positivo . Si bien los protocolos ahora permiten las pruebas generales del personal y los residentes, con prioridad en los hogares de cuidado donde está presente COVID-19, las pruebas en los hogares de cuidado han tardado en materializarse, aunque con algunas excepciones notables” (Informe sobre España de LTCCovid) <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCCovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>

Resulta relevante que los resultados de tests llevados a cabo en residencias de Cataluña han dado que el 30% de los positivos eran asintomáticos.

Durante la pandemia, se han usado tres tipos diferentes de tests para detectar si una persona está o ha estado infectada de COVID-19: La PCR, que detecta y cuantifica el virus en la muestra y se ha considerado más fiable; así como 2 tipos de test rápidos que detectan anticuerpos si la persona ha estado contagiada o todavía está contagiada, permiten obtener datos más rápidos, pero menos fiables.

En el caso de la Comunidad de Madrid, los test rápidos entregados a las residencias selectivamente/no masivamente a partir de la segunda semana de abril eran de una sola banda, con una fiabilidad inferior al 70% y que no permitían diferenciar por el tipo de anticuerpos si la enfermedad ya había pasado o todavía estaba presente. Resultando de ellos una información absolutamente errónea, tal y como se ha demostrado con test posteriores y que podía dar lugar a sectorizaciones equivocadas. Solo ahora en el mes junio es cuando la Comunidad de Madrid va a mapear con test serológicos fiables la situación de los residentes.

El uso de los tests se ha visto influido por su escasez mundial lo que ha ocasionado que se haya tendido a su racionalización y uso preferente en determinados perfiles de pacientes o profesionales.

El documento “Recomendaciones para el manejo de la epidemia de COVID19 en Residencias de mayores”.

<https://www.segg.es/media/descargas/Recomendaciones%20SEGG%20para%20COVID19-residencias.pdf> de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología lo indica así:

- Residentes: Una proporción elevada de las personas infectadas por COVID19 e ingresadas en residencias de mayores son asintomáticas. Además, otros muchos presentan sintomatología no respiratoria como diarrea, desorientación, pérdida de apetito, etc. Por lo tanto, es necesario realizar test diagnósticos a todos los residentes, tengan o no sintomatología, siguiendo las recomendaciones actualizadas de los servicios de Salud Pública de cada territorio.
- Profesionales de la residencia: para evitar el contagio y posterior diseminación tanto dentro del establecimiento residencial como la transmisión comunitaria al volver a su domicilio habitual es necesario realizar test a los trabajadores, siguiendo las recomendaciones actualizadas de los servicios de Salud Pública.

El hecho de pasar un test diagnóstico a una persona sospechosa de sufrir una enfermedad es parte de la atención sanitaria pública a la que los residentes tienen derecho y corresponde a la Sanidad Pública determinar a quién debe hacerse el test.

Diversas instrucciones elaboradas por parte de las administraciones para su cumplimiento por parte de las residencias han hecho depender la forma de actuación del resultado de tests (la información a facilitar, la sectorización, el confinamiento de personas que hubieran estado en contacto). La referencia a estas instrucciones están en el apartado 7.

Como ejemplo:

El protocolo de Navarra era que solo se hacía test hasta que apareciese el primer caso positivo.

<https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/25F8B47D-8877-4EDC-BE7D-B85ADC8EC4B8/459493/ProtocoloSociosanitario22marzo1.pdf> Posterior a ese caso positivo se consideraban todos los residentes positivos sin necesidad de realizar ningún test más a ningún residentes. Esta medida fue tremendamente dañina en la gestión de los contagios y sectorizaciones. Fue imposible gestionar adecuadamente la enfermedad y contagios en los centros.



La correcta clasificación de los residentes, según el resultado del test es un elemento esencial para la sectorización. La de los empleados permite evitar que un posible vector de contagio llegue a contagiar.

Siendo de crucial importancia: a finales de mayo de 2020 todavía hay residencias en España en la que no se ha llevado a cabo un diagnóstico de todos los residentes y empleados.

En ninguna residencia se ha seguido un plan de testeo sistemático semanal o quincenal a residentes y profesionales.

Durante el mes de marzo y parte de abril la política sanitaria fue la de sólo realizar tests en el ámbito hospitalario a personas sintomáticas y personal sanitario. No se consideró a las personas mayores que viven en residencias como prioritarios.

Los tests generalizados a trabajadores empezaron en Castilla y León, Cataluña, Navarra, Comunidad Valenciana o Andalucía en Abril, y se generalizaron hasta el 27 de ese mes existiendo una distribución desigual. En Madrid, Castilla La Mancha, Aragón y zonas de Castilla León, todavía no han empezado a hacerse de forma generalizada.

En Comunidad Valenciana, se empiezan a hacer alrededor de la semana del 24 de Abril, tanto a residentes como a profesionales. Se empezó por los centros que tuvieran algún caso confirmado y se ha seguido con los que no. Todavía, a dos de junio de 2020, quedan centros a los que no se les ha hecho la prueba.

En la Comunidad de Madrid, comienzan a distribuirse en la segunda semana de abril test rápidos de una banda solo para residentes sintomáticos, posteriormente se han ido realizando test selectivos y según disponibilidad del área sanitaria a distintos grupos de residentes. En esta primera semana de mayo se nos ha comunicado que se va realizar test masivos de tipo serológicos a todos los residentes.

Bajas por contacto con posibles enfermos

El regreso al trabajo de personal de baja preventiva y confinamiento por haber estado en contacto con personas sospechosas de estar enfermas se ha vinculado de hecho al disponer de un test resultado negativo en la enfermedad. En el caso de la comunidad de Madrid, estas bajas por factores de riesgo se han producido por trabajadores de cualquier edad y no solo por valoración del riesgo del trabajador sino también de los familiares a cargo del trabajador. A esto se suma que los mayores de 60 años pudieran acogerse a la baja cuando hubiese factores de riesgo.



La restricción en el uso de los tests ha generado que se retrase indebidamente el retorno al trabajo de muchos de estos trabajadores. En algunos casos se ha prolongado por más de dos meses, manteniéndose este tipo de situaciones en la actualidad.

Ante la dificultad de poder diagnosticar a los residentes y empleados y, aunque no existiese obligación, residencias de diferentes comunidades autónomas compraron o contrataron en laboratorios privados tests diagnósticos para ser pasados a residentes y empleados de las residencias. Esta posibilidad se vio limitada a partir de la Orden SND/344/2020, de 13 de abril, que pone a disposición de las comunidades autónomas los laboratorios privados que podrían estar llevando a cabo los tests impidiendo en algunos casos en la práctica que se pudiese contratar una prueba libremente, existiendo casos de confiscación de pruebas por la Administración.

Siendo la información que dan los tests diagnósticos a residentes y trabajadores de máxima importancia para evitar la propagación de la enfermedad en residencias, estos no se han llevado de forma generalizada y periódica por parte de las autoridades sanitarias.

El no haber testado a trabajadores de baja laboral o en confinamiento preventivo ha retrasado su reincorporación al trabajo lo que a dificultado el funcionamiento de las residencias.

La decisión de a quién se le pasan los tests corresponde íntegramente a la sanidad pública.

La posibilidad de que fueran las propias residencias las que llevasen a cabo los tests se ha visto limitada o impedida por la escasez de los mismos, la existencia de diferentes tipos con diferente fiabilidad y la limitación jurídica al estar los laboratorios a disposición de las administraciones limitando su acceso a ciudadanos y empresas.

A finales de mayo todavía no se ha realizado un testeo general a todas las personas que viven en residencias en España.

En ninguna residencia de España se ha llevado a cabo un testeo sistemático y periódico.

Instrucciones diversas

La competencia sobre servicios sociales y por tanto sobre la autorización y funcionamiento de las residencias de mayores corresponde a las comunidades autónomas.

La Declaración del Estado de Alerta ha supuesto que el Estado asuma parte de estas competencias y pueda dar órdenes a las residencias de toda España

Normas y documentos del Estado en relación con el COVID y residencias (no se trata de una relación exhaustiva sino ilustrativa de la dispersión que ha existido):

Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Orden SND/295/2020, de 26 de marzo Abre nueva ventana, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos en el ámbito de los servicios sociales ante la situación de crisis ocasionada por el COVID-19.

Orden SND/322/2020, de 3 de abril Abre nueva ventana, por la que se modifican la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo y la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, y se establecen nuevas medidas para atender necesidades urgentes de carácter social o sanitario en el ámbito de la situación de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Guía de prevención y control frente al COVID19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Residencias_y_centros_sociosanitarios_COVID-19.pdf Contiene instrucciones como: Los casos probables y confirmados que han requerido ingreso hospitalario podrán recibir el alta si su situación clínica lo permite aunque su PCR siga siendo positiva, pero deberá mantener aislamiento en la residencia o centro sociosanitario con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el alta hospitalaria o hasta que se obtenga un resultado de laboratorio negativo.

Normas e instrucciones recibidas en las residencias

Comunidad	Fecha	ÓRGANO EMISOR	TÍTULO DOCUMENTO	ENLACES
ANDALUCÍA	14/03/20	Consejería de igualdad, políticas sociales y Conciliación	Acuerdo de 13 de marzo de 2020, del Consejo de Gobierno, Limitación de visitas, ingresos y salidas de los centros residenciales de personas mayores y personas de discapacidad.	https://www.juntadeandalucia.es/boja/2020/506/BOJA-20-506-00005-4133-01_00171550.pdf
ANDALUCÍA	19/03/2	Consejería de salud y Familias	Recomendaciones de actuación en personas con COVID-19, sospecha o con infección respiratoria aguda diagnosticadas con posibilidad de permanencia en centros residenciales.	https://www.juntadeandalucia.es/export/drupalida/accion_covid19.pdf
ANDALUCÍA	22/03/2	Consejería de Salud y familias, Dirección general de Cuidados Sociosanitarios.	Actuación en centros residenciales de mayores y otros sociosanitarios asimilados – COVID-19	https://www.juntadeandalucia.es/export/drupalida/Recomendaciones_Residencias_Centros_Sociosanitarios_22032020.pdf
ANDALUCÍA	03/04/20	Junta de Andalucía	Acuerdo de 26 de marzo de 2020, por el que se toma conocimiento de las medidas implementadas por la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios en relación con la medicalización y dotación de recursos de los centros residenciales como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus COVID-19.	https://www.juntadeandalucia.es/boja/2020/65/BOJA20-065-00012-4415-01_00171825.pdf
ANDALUCÍA	09/04/20	Junta de Andalucía	Acuerdo de 8 de abril de del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del informe sobre la respuesta del sistema sanitario ante los efectos de la infección por en centros residenciales y en domicilios de Andalucía.	https://www.juntadeandalucia.es/boja/2020/514/BOJA-20-514-00017-4518-01_00171928.pdf

ANDALUCÍA	10/04/20	Junta de Andalucía	Instrucción para la autorización de salida al domicilio familiar de personas residentes en centros residenciales en el marco del Real Decreto 465/2020, de 17 de marzo, por el que se modifica el real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria	
ANDALUCÍA	16/04/20	Junta de Andalucía	Acuerdo de 15 de abril por el que se toma conocimiento del Programa de humanización para pacientes hospitalizados y personas usuarias de centros residenciales de mayores en aislamiento debido al COVID-19.	https://www.juntadeandalucia.es/boja/2020/517/BOJA-20-517-00002-4588-01-00171998.pdf
ANDALUCÍA	28/05/20	Junta de Andalucía	Orden de 28 de mayo de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en los centros residenciales de servicios sociales como consecuencia de la situación y evolución de la pandemia por coronavirus (COVID-19).	https://www.juntadeandalucia.es/boja/2020/531/BOJA-20-531-00004-5537-01-00172938.pdf
CASTILLA LA MANCHA	14/03/2020	CONSEJERÍA DE SANIDAD	Resolución de 14/03/2020, sobre medidas y recomendaciones en el ámbito de los Servicios Sociales con motivo del coronavirus (COVID-19). Medidas en Centros Residenciales para la ejecución de medidas.	
CASTILLA LA MANCHA			Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria	

			ocasionada por el COVID-19.	
CASTILLA LA MANCHA	20/03/2020	CONSEJERÍA DE SANIDAD	Resolución de 20/03/2020, de la Consejería de Sanidad, por la que se acuerdan medidas excepcionales en relación con las actuaciones sanitarias en las residencias para personas mayores, independientemente de su titularidad y tipología de gestión, como salvaguarda de la salud pública a causa del COVID-19.	
CASTILLA LA MANCHA	24/04/2020	CONSEJERÍA DE SANIDAD	Instrucción relativa al manejo de los enseres de personas fallecidas por COVID-19 en Centros Sanitarios y Sociosanitarios. De la DG de Humanización y Atención Sociosanitaria	
CASTILLA LA MANCHA	28/04/2020	CONSEJERÍA DE SANIDAD	Instrucción de 22/04/2020, de la Dirección General de Recursos Humanos, por la que se aprueba el procedimiento de valoración de las personas trabajadoras en las residencias para personas mayores de Castilla-La Mancha con relación a la exposición a COVID-19.	
COMUNIDAD VALENCIANA	17/03	Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas	RESOLUCIÓN DE LA VICEPRESIDENCIA SOBRE MEDIDAS EXTRAORDINARIAS DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SOCIOSANITARIOS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA DE COVID-19	http://www.inclusio.gva.es/documents/610460/169698684/Resoluci%C3%B3n%201+VICIPI_firmado+%281%29.pdf/9d4ede7f-68ab-4be7-ae50-0e859d136db6
COMUNIDAD VALENCIANA	18/03	Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas	INSTRUCCIÓN 4 DE LA VICEPRESIDENCIA SOBRE LAS CONDICIONES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEL SISTEMA RESIDENCIAL.	http://www.inclusio.gva.es/documents/610460/169698684/Instrucci%C3%B3n%204+VICIPI+SOBRE+ATENCIÓN+A+PERSONAS+DEL+SISTEMA+RESIDENCIAL.pdf/1cbc2289-8

				204-4146-9cd5-9b16a431ae4b
COMUNIDAD VALENCIANA	31/03	Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas	PROTOCOLO ANTE LA PETICIÓN DE BAJA VOLUNTARIA DE PERSONAS RESIDENTES EN CENTROS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES Y PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL	http://www.inclusio.gva.es/documents/610460/169698684/Protocolo+conjunt+Sanitat+Universal+i+VICIPI+per+al+trasllat+de+persones+majors+afectades+per+la+COVID-19/01e3a7b7-eb34-4ca1-83e1-bf23cecb6cba
COMUNIDAD VALENCIANA	03/04	Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas y Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública	PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LA VICEPRESIDENCIA Y CONSELLERIA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS INCLUSIVAS Y LA CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA PARA EL TRASLADO DE PERSONAS USUARIAS DE RESIDENCIAS Y VIVIENDAS TUTELADAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES CON MOTIVO DEL COVID-19	http://www.inclusio.gva.es/documents/610460/169698684/Documento+t%C3%A9cnico+Recomendaciones+a+centros+residenciales+COVID-19+%281%29.pdf/59a239a8-3d66-4729-bafd-bbe9c3f72fe9
COMUNIDAD VALENCIANA	10/03	CONSELLERÍA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA	PROTOCOLO DE LA CONSELLERIA DE SANITAT PARA CENTROS SOCIO SANITARIOS PARA EL COVID 19.	http://www.inclusio.gva.es/documents/610460/169698684/RESOLUCI%C3%93N+SANIDAD+SOBRE+RESIDENCIAS.pdf/de83a27b-d365-4eea-88fb-e02a817dcc46
COMUNIDAD VALENCIANA	18/03	CONSELLERÍA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA	RESOLUCIÓN DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD SOBRE MEDIDAS EXTRAORDINARIAS EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES A CAUSA DEL COVID-19	http://www.inclusio.gva.es/documents/610460/169698684/RESOLUCI%C3%93N+SANIDAD+SOBRE+RESIDENCIAS.pdf/de83a27b-d365-4eea-88fb-e02a817dcc46
COMUNIDAD VALENCIANA	28/04, 13/05 Y 01/06	CONSELLERÍA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA	ACTUACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL FRENTE AL COVID-19 EN CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE CARÁCTER RESIDENCIAL	
COMUNIDAD CASTILLA Y LEÓN	Actualizable		Acuerdo sobre medidas y recomendaciones generales para el conjunto de Castilla y León	La Junta de Castilla y León acuerda medidas extraordinarias en relación con el COVID-19 en el conjunto de la Comunidad

	23/03/2020	CONSEJERÍA DE SANIDAD		
COMUNIDAD CASTILLA Y LEÓN	Actualizable 23/03/2020	S. sociales (Consejería de familia) y gerente regional de salud (consejería de sanidad)	Medidas Generales para contener el impacto de la crisis del COVID-19, en las residencias de carácter social. Se dan instrucciones sobre el aislamiento de los residentes , el material de protección, los test de detección, la atención sanitaria (aquí se indica que no se deriven a los hospitales), los profesionales de referencia en el área de salud los nuevos ingresos y altas. (no se admiten nuevos ingresos)	INSTRUCCIONES AT. SANITARIA RESIDENCIAS
COMUNIDAD CASTILLA Y LEÓN	Actualizable 26/03/2020	Consejería Familia e Igualdad Consejería familia e igualdad de oportunidades (gerencia de servicios sociales)	Guía de actuación para los centros dependientes de la gerencia de servicios sociales de la Consejería de Familia de la Junta de Castilla y León en relación con el Covid-19 o enfermedad o enfermedad por el nuevo coronavirus SARS-Cov-2: Centros residenciales de personas mayores ... Informa de los síntomas del covid-19 y dan las indicaciones sobre las medidas organizativas del centro y de las medidas preventivas generales y específicas para la prevención de contagios de residentes y seguimientos de contactos. Instrucciones sobre cómo hay que hacer la notificación de los casos y los registros de contactos. Así como de las medidas de desinfección y el manejo de cadáveres y equipos, además del plan de comunicación del centro usuarios y familiares.	Guía de actuación para los centros dependientes de la gerencia de servicios sociales de la Consejería de Familia de la Junta de Castilla y León en relación con el COVID-19 o enfermedad por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2: CENTROS RESIDENCIALES (CENTROS DE PERSONAS MAYORES, CAMP, CAMPYCO, CO, Y CENTROS DE MENORES).
COMUNIDAD CASTILLA Y LEÓN	06/04/2020	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Servicios Sociales y Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud	Instrucciones o pautas a seguir para a la reubicación de las personas mayores con alta hospitalaria. Indica los pasos a seguir para las personas que han llegado procedentes de un centro residencial, siempre que sea posible deben reingresar en su centro salvo que éste no pueda garantizar las condiciones de aislamiento. Todos los ingresos se tramitarán a través de las trabajadoras sociales del Hospital, que contactaran con las residencias, servicios SAD y con las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales para dar curso a los casos de prioridad social que se puedan presentar.	Procedimiento para la reubicación temporal de las personas dependientes que ingresan en el hospital con infección por COVID-19 y otras prioridades sociales.
COMUNIDAD CASTILLA Y LEÓN		Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Servicios Sociales	Recomendaciones en las Residencias de Atención a Personas Mayores para mejorar el bienestar psicoafectivo (1.129)	https://www.jcyl.es/web/es/portada/informacion-coronavirus/residencias-mayores.html

COMUNIDAD CASTILLA Y LEÓN	16/04/2020	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Servicios Sociales y Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud	Se modifica el párrafo del aislamiento que hace referencia ya a guía de pautas de actuación ante pandemia Covid- 19 para residencias de mayores y centros sociosanitarios. En esta actualización se indica que las residencias y centros sociosanitarios tendrán prioridad para la realización test. En esta actualización suprimen la expresión "ni derivarlos al hospital", y lo dan una nueva redacción.	Actualización de las medidas generales a adoptar para contener el impacto de la crisis del COVID-19 en las residencias de carácter social.
COMUNIDAD CASTILLA Y LEÓN	20/04/2020	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Servicios Sociales	Guía de actuación para los centros dependientes de la gerencia de servicios sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades de la Junta de Castilla y León en relación con el COVID-19: CENTROS RESIDENCIALES (CENTROS DE PERSONAS MAYORES, CAMP, CAMPYCO, CO, Y CENTROS DE MENORES) Se publica como desarrollo de la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo BOE	Guía de actuación para los centros dependientes de la gerencia de servicios sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades de la Junta de Castilla y León en relación con el COVID-19: CENTROS RESIDENCIALES
COMUNIDAD CASTILLA Y LEÓN	Versión 18/05/2020	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Servicios Sociales y Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud	Plan de desescalada interna en las residencias públicas y privadas de personas mayores y personas con discapacidad de Castilla y León Actualizable.	PLAN DE DESESCALADA INTERNA
COMUNIDAD CASTILLA Y LEÓN	Versión 26/05/2020	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Servicios Sociales y Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud	Cambian los plazos de desescalada entre la fase 1 y la 2 que pasa a ser de 7 días a 14 entre una y otra.	plan de desescalada interna en las residencias https://www.jcyl.es/web/es/portada/informacion-coronavirus/residencias-mayores.html
COMUNIDAD CASTILLA Y LEÓN	Versión 29/05/2020	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Servicios Sociales y Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud	Plan de desescalada interna en las residencias y centros de día públicos y privadas de personas mayores y personas con discapacidad de Castilla y León	

La competencia sobre servicios sociales y por tanto sobre la autorización y funcionamiento de las residencias de mayores corresponde a las comunidades autónomas.

La Declaración del Estado de Alerta ha supuesto que el Estado asuma parte de estas competencias y pueda dar órdenes a las residencias de toda España



Esta realidad ha hecho que las residencias de mayores de todo el Estado hayan estado recibiendo normas, instrucciones y sometidas a protocolos que han venido de diferentes niveles administrativo, siendo en algunos casos diversas y contradictorias:

1. Clasificación de los residentes.
2. Clasificación de las residencias.
3. Contradicción en el sistema de sectorización.
4. Contradicción en las medidas preventivas de desinfección a aplicar

Las residencias no pueden reducir su capacidad de atender ni el número de personal pero dependen de la administración para poder volver a ingresar. Ni siquiera las que no han tenido la pandemia dentro.

En Andalucía las instrucciones de sectorización han sido las siguientes

Medidas relativas a la ubicación y aislamiento de pacientes COVID-19 en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios. En el marco de la situación de pandemia todos los Centro Residenciales de mayores y demás Centros Sociosanitarios deben poseer un plan de actuación (ANEXO 1) pormenorizado y adaptado ante la eventual aparición de algún positivo, sospecha o brote. De esta manera se podrá garantizar el tratamiento, los cuidados para la prevención y adecuada asistencia ante la aparición de síntomas o situaciones de agravamiento relacionadas con el COVID-19 en los residentes.

1. Los residentes de los centros deben clasificarse en:
 - a) Residentes sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.
 - b) Residentes sin síntomas, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.
 - c) Residentes con síntomas compatibles con el COVID-19.
 - d) Casos confirmados de COVID-19. Esta clasificación debe realizarse en cada centro con carácter urgente.

DESTACAMOS las siguientes pautas;

Los accesos de las cuidadoras a la habitación deben reducirse al mínimo imprescindible para evitar contagio y optimizar el material de protección individual.



Además, el número de profesionales que entren en contacto con el paciente, debe reducirse para proteger los efectivos de plantilla.

Los accesos se harán con bata, mascarilla, las manos lavadas y se colocarán guantes.

En situación de que el material no ha llegado a tiempo, se ubicará en el interior de la habitación una bata de tela que servirá en los accesos y se quedará colgada en el interior no debiendo sacarla de la habitación más que en bolsa cerrada para lavado al final del turno o en caso de mancharse. Para usar batas de tela colgadas en habitación, la secuencia de actuación será: ponerse mascarilla, la bata, lavado de manos y ponerse guantes.

En el siguiente enlace tenéis el documento completo

https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Recomendaciones_Residencias_Centros_Sociosanitarios_22032020.pdf

COMUNIDAD	FECHA	TÍTULO - DOCUMENTO	ENLACES
ARAGÓN	06/03/2020	"Protocolos de actuación" para Residencias de mayores y centros sociosanitarios frente al Covid-19, versión de 5 de marzo 2020.	DOCUMENTO 1
ARAGÓN	13/03/2020	ORDEN SAN/207/2020, de 13 de marzo, de la Consejera de Sanidad, por la que se adoptan medidas preventivas y recomendaciones de salud pública en la Comunidad Autónoma de Aragón por la situación y evolución del COVID-19. En cuanto a nuestro sector establece recomendaciones para colectivos específicos, limitando las salidas de las personas mayores y las visitas a una persona por residente en el horario que determine la dirección del centro	http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=V ERDOC&BASE=BOLE&PIECE=BOLE&DOCS=1-34&DOC R=34&SEC=FIRMA&RNG=200&SEPARADOR&&PUBL=20200313
ARAGÓN	14/03/2020	ORDEN de 14 de marzo de 2020, de la Consejera de Sanidad, por la que se adoptan medidas preventivas adicionales de salud pública en la Comunidad Autónoma de Aragón por la situación y evolución del COVID-19. Cierres de los Centros de Día	http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=V EROBJ&MLKOB=1111693624949&type=pdf
ARAGÓN	16/03/2020	Resolución del IASS para reorganizar del sistema público de Servicios sociales de Aragón.	DOCUMENTO 3

ARAGÓN	18/03/2020	Desde la Consejería de Ciudadanía, se nos reconoce mediante un correo electrónico, la falta de material, de personal, la necesidad de realizar Test. También nos solicita información de los centros.	DOCUMENTO 4
ARAGÓN	19/03/2020	Reconocimiento por parte del Ministerio de la escasez de EPIs	DOCUMENTO 5
ARAGÓN	20/03/2020	Instrucción del Gerente de IASS para no aceptar de vuelta a la residencia, un residente que ha estado hospitalizado, sin el TEST negativo del Covid 19 Departamento de Ciudadanía, responde a cuestiones de interés residencial, falta de Epis, prohibición de ingresos nuevos	DOCUMENTO 6 Y 7
ARAGÓN	21/03/2020	BOA Orden de 21 de marzo de 2020, de la Consejería de Sanidad, sobre medidas relativas a residencias de personas mayores y centros sociosanitarios, con motivo de la situación de crisis sanitaria provocada por el COVID-19. Se crean los centros COVID, la función que se nos había transmitido desde la Consejería de Ciudadanía era que se abren para poder derivar los casos positivos a estos centros intermedios evitando su mantenimiento en las residencias por miedo a la propagación, la realidad es que será la autoridad sanitaria quien decide si deja al residente positivo en la residencia o lo deriva a dicho centro o al hospital.	http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1112377624141&type=pdf
ARAGÓN	22/03/2020	Se establecen nuevos Protocolos	DOCUMENTO 9 Y 10
ARAGÓN	23/03/2020	Gobierno de Aragón, publica normas dirigidas a la prevención y control de infección en centros residenciales, provocados por el Covid-19	DOCUMENTO 11
ARAGÓN	26/03/2020	Guía de prevención y control frente al Covid-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencia, versión 24-03-2020	DOCUMENTO 15

ARAGÓN	03/04/2020	Ponen en funcionamiento la plataforma COVID-19, donde diariamente tenemos que introducir toda información requerida por la administración; personal, caso de positivos o sospechosos de Covid -19, tanto residentes como trabajadores, residentes fallecidos, material de Protección	
ARAGÓN	07/04/2020	Ante la falta de recursos y los graves problemas que está atravesando el sector, solicitamos al Gobierno de Aragón medidas urgentes para responder al impacto generado por el Coronavirus	DOCUMENTO 16
ARAGÓN	08/04/2020	Se publica el BOA residencial, ORDEN SAN/298/2020, de 7 de abril, por la que se adoptan medidas relacionadas con la obtención de información de las entidades de acción social titulares de centros sociales de carácter residencial, para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Se publica la guía Salud Pública para centros residenciales, dirigida a la prevención y control del covid-19, versión 7-4-2020	DOCUMENTO 18 y 19
ARAGÓN	10/04/2020	Publicación por parte de la Dirección General de Asistencia Sanitaria Pública de "el procedimiento para la gestión de los medicamentos en centros residenciales COVID	DOCUMENTO 20
ARAGÓN	13/04/2020	Carta del director gerente del IASS, Joaquín Santos, de agradecimiento al conjunto del sector residencial. Desde un principio hacemos un reconocimiento a su apoyo personal como buen conocedor del Sector	DOCUMENTO 21
ARAGÓN	15/04/2020	Enviamos una solicitud de ayuda al sector para ser incluidos en el Plan Aragonés de Recuperación	DOCUMENTO 24
ARAGÓN	17/04/2020	BOA Del 16 de abril, del departamento de sanidad, diciendo que las pruebas diagnósticas deben de ser autorizada desde la dirección de Sanidad Pública.	DOCUMENTO 25

ARAGÓN	20/04/2020	Cambio de criterio de Sanidad y publicación de normas sobre los Test.	DOCUMENTO 26
ARAGÓN	28/04/2020	El Gobierno de Aragón, amplía los criterios para que las empresas puedan realizar pruebas del Covid 19	http://www.aragonhoy.net/index.php/mod.noticias/mem.detalle/area.1019/id.259351
ARAGÓN	04/05/2020	Publicación del BOA, 4 de mayo, Levantamiento gradual de las medidas de confinamiento en los centros de servicios sociales especializados. A partir de ahora, se permite el alta de nuevos ingresos, con una reserva del 10% de las plazas para asegurar una posible necesidad de aislamiento, sin ningún tipo de compensación económica para las residencias	DOCUMENTO 27
ARAGÓN	13/05/2020	Publicación por parte del Gobierno de Aragón de más medidas de desescalada.	DOCUMENTO 28
ARAGÓN	21/05/2020	El presidente de la Comunidad Autónoma Javier Lambán, nos convoca junto con otras entidades a un taller de trabajo sobre el sector.	DOCUMENTO 29
ARAGÓN	25/05/2020	BOA de 25 de mayo, por la que se establecen nuevas medidas relativas al desconfinamiento gradual en los centros de servicios sociales especializados Se establecen las autorizaciones de visitas, salidas de residentes con medidas de protección, nuevos ingresos de forma más ágil, desaparece la reserva del 10% si bien se obliga a la dirección de los centros a firmar una declaración responsable conforme disponen de los medios materiales y personales para el ingreso de nuevas personas.	DOCUMENTO 30

CONCLUSIONES

1. La pandemia ha sido una catástrofe que ha afectado a sociedades en todo el mundo y que ha concentrado su mortalidad en residencias de personas mayores. Esto ha sucedido en países diversos con diferentes modelos de residencias, de coordinación sociosanitaria y diferentes sistemas de protección social. La situación mundial demuestra que nadie estaba preparado.
2. Tanto la legislación como el sistema de servicios sociales en España configuran residencias de personas mayores como sustitutorios del hogar con un cierto apoyo sanitario. Las residencias son centros abiertos, centros de vida y de convivencia. Jamás han sido concebidas como centros de cuarentena, sectorización y confinamiento.
3. Todos los residentes continúan siendo, a todos los efectos, usuarios del sistema público de salud. Durante la pandemia ha fallado la protección del derecho de unos ciudadanos a la sanidad, los que viven en residencias de mayores. El trato que han recibido con relación a otros mayores que viven en otro tipo de domicilio ha sido discriminatorio.
4. Los efectos de la pandemia no han sido homogéneos en España. Allí donde el sistema sanitario se ha estresado hasta puntos cercanos al colapso el número de fallecimientos se ha incrementado. Las residencias se han visto afectadas con independencia de su titularidad.
5. Los gestores y direcciones de las residencias no han tenido capacidad de decisión durante la pandemia. Todas las decisiones relevantes: acceso a Equipos de Protección Individual; derivaciones a hospitales; testeo de residentes y personal; protocolos de funcionamiento; sistemas de sectorización, entre otras, han sido tomadas por parte de las administraciones públicas.
6. La situación vivida en las residencias ha sido conocida en todo momento por parte de los servicios sociales y sanitarios de todas las comunidades autónomas, ya que se ha informado a diario.

7. Las medidas más efectivas para evitar la mortalidad en residencias son evitar que el virus entre y, si lo hace, el poder aislar a los enfermos y proteger al personal. Estas medidas requieren de un sistema de testeo periódico y constante tanto a residentes como empleados; la dotación de suficientes equipos de protección EPI y unas instrucciones coherentes de sectorización. Durante la pandemia
 - a. No se han realizado testeos periódicos a todos los residentes y empleados en ninguna residencia.
 - b. No se ha facilitado suficiente material de protección.
 - c. Las instrucciones han sido cambiantes.

Todavía hay comunidades donde no se han realizado testeos generalizados a residentes y trabajadores de residencias.

8. Durante la pandemia las residencias han tenido que trabajar con menos personal del que disponen normalmente debido a que se han producido muchas más bajas laborales que en una situación normal, mucho personal ha sido llamado por Sanidad y ha habido una gran dificultad para cubrirlos.
9. Las residencias de personas mayores privadas han funcionado durante la pandemia tanto de forma reactiva, atendiendo las cambiantes reglamentaciones, instrucciones, requerimientos de las diferentes administraciones; como proactiva, adquiriendo por cualquier medio posible EPIs, tests; haciendo propuestas a las administraciones y manteniendo la prestación del servicio en la forma más adecuada posible para garantizar los derechos de los residentes.
10. La priorización del trabajo de atención directa frente al de relación y comunicación con familiares de residentes, en un momento de alto absentismo, puede haber sido la causa de que se haya producido una sensación errónea de desatención por parte de algunos familiares.

El sistema sanitario posicionó a las residencias como centros de contención de la enfermedad para evitar el colapso del sistema sanitario pero la coordinación sociosanitaria para aportar los recursos necesarios para las residencias llegó tarde y mal ante, precisamente el colapso del sistema sin siquiera haber dado cabida en él a los mayores de las residencias.

Ante esta situación, la visión de CEAPs es la siguiente:

¿Qué ha pasado?

La mayor crisis sanitaria por la que ha pasado España en cien años. De este modo se puede definir la COVID-19 desde su llegada hasta hoy, causando miles de fallecidos. ¿Por qué el impacto ha sido tan brusco en nuestro entorno residencial? Hay varios motivos. El primero de ellos es la alta capacidad de infección del virus, que rápidamente se ha propagado por todo el territorio nacional. En segundo lugar, la vulnerabilidad de unas personas con un gran nivel de dependencia. Para que se entienda, el usuario tipo en una residencia es una mujer de más de 80 años con pluripatologías que requiere de un gran nivel de atención asistencial. En tercer lugar, el abandono de las administraciones para con las residencias: ha fallado el sistema sanitario, las derivaciones hospitalarias de urgencia, la coordinación política para dar una respuesta coordinada que garantizase la salud de los residentes. En cuarto lugar, la inexistencia de materiales de protección, los denominados EPIs, durante muchas semanas durante las cuales el virus entró en los centros causando una gran mortalidad. En quinto lugar, un alud de bajas de profesionales, que se infectaron por el coronavirus al no contar con elementos de protección.

Todas estas razones juntas han provocado una tormenta perfecta que ha acabado situando el sector, empresarios y profesionales, en el centro de la opinión pública y publicada y no siempre de la mejor manera. Se ha querido criminalizar la atención a los mayores que se daba en las residencias en España, como si las muertes fueran provocadas por desatención cuando el problema ha sido general y ha afectado al resto de países de nuestro entorno, incluso en sistemas de atención a la dependencia mucho más desarrollados que el nuestro.

Hay que reflexionar pues sobre la percepción que se tiene del sector, lo que ha fallado y cómo podemos, entre todos y todas, corregir el rumbo para evitar que en el próximo rebrote las cosas se hagan de un modo correcto.

¿Qué ha fallado?

SIN DERIVACIONES HOSPITALARIAS, SIN ACCESO A LA SANIDAD UNIVERSAL.

Muchas personas no han podido acceder al sistema de sanidad pública durante la pandemia mediante unas derivaciones y unos cribajes no realizados siempre bajo un criterio de igualdad.

DESCOORDINACIÓN SOCIOSANITARIA. Dos mundos, sanitario y social, que no se miran. Residencias sin apoyo médico, falta de oxígeno y de un historial clínico compartido. No se han situado las residencias como primer nivel sanitario hasta a finales de marzo.

RETRASO INJUSTIFICADO EN EL ACCESO A LOS EPIs Y LAS PRUEBAS PCR. El abastecimiento se produjo después de los centros sanitarios.

DESCOORDINACIÓN POLÍTICA. Las residencias no fueron consideradas como un servicio esencial de primer nivel hasta pasadas unas semanas desde el inicio de la crisis.

FALTA DE PERSONAL. Los profesionales no han tenido la protección suficiente para combatir la COVID-19 y han causado el triple de bajas porcentuales que los profesionales del sector sanitario. Esto ha provocado que las residencias tuvieran que afrontar la crisis con muy poco personal.

DAÑO REPUTACIONAL AL SECTOR. Determinadas formaciones políticas junto a medios de comunicación han presentado a las residencias privadas y sus gestores como parte del problema y no como aliados a los que había que apoyar.

¿Qué proponemos?

Situar el presupuesto en el 2% del PIB y crear un Ministerio de Atención a la Dependencia

1. **Solidaridad interterritorial:** igualdad entre administraciones para que el estado cumpla con el 50% de aportación que marca la Ley de la Dependencia.
2. **Incrementar salarios:** aumentar el sueldo de los profesionales de los centros residenciales garantizando la sostenibilidad financiera de las empresas y entidades.



3. **Reconocimiento a los profesionales:** aplicar una gratificación económica al personal de residencias por el esfuerzo realizado durante la pandemia.

MODELO PROPIO PARA RESIDENCIAS

Compatibilizar el método de Atención Centrada en la Persona (ACP) con una atención sanitaria universal por parte de la atención primaria. No se trata únicamente de medicalizar las residencias sino de hacer frente a la COVID-19 con una mayor presencia de la atención primaria y respetando el método ACP que hace posible que los centros se mantengan como "el hogar" de las personas y no acaben convertidas en un hospital. El concepto de residencia hacia el que debemos encaminarnos debe estar basado, como en todos los países de nuestro entorno en tres elementos: El hotelero, financiado básicamente con aportaciones del usuario; el asistencial, que comporta los apoyos que genera la situación de dependencia y se debería financiar mediante el sistema de servicios sociales con participación del usuario según su capacidad económica, y el sanitario, que debería ser prestado y financiado desde el sistema público de salud.

"La residencia es mi casa": campañas mediáticas que pongan en valor los recursos asistenciales para mayores dependientes, entre las cuales las residencias.

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA COMPLETA

Los mayores que viven en residencias tienen derecho a recibir atención médica gratuita con independencia de la titularidad del centro donde residan. En consecuencia, hay que garantizar que las residencias se integran totalmente en los servicios que la atención primaria presta a la comunidad, tanto en los aspectos preventivos como en los asistenciales. La atención primaria debe aportar y hacerse cargo de los recursos humanos y materiales a los centros, acceso universal al historial clínico de los residentes por parte de los equipos de los centros, sistema informático compartido.

1. **Derivaciones y atención:** garantizar la atención sanitaria pública de los mayores que viven en residencias cuando se producen derivaciones hospitalarias.
2. **Seguridad y prevención:** garantizar la protección a los profesionales con un suministro periódico de EPIs y PCR ante las posibles nuevas olas de COVID-19 previstas para otoño e invierno.