



## **Poco, tarde y mal**

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

# Índice

<b>3</b>	<b>Resumen ejecutivo</b>
<b>8</b>	<b>Conclusiones</b>
<b>10</b>	<b>Recomendaciones</b>

# Resumen ejecutivo

---

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

---

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

## CONTEXTO

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

La mortalidad excesiva durante esta crisis señala problemas estructurales y sistémicos en relación al modelo español de residencias de mayores; destaca en particular la necesidad de mejorar la atención médica que debe brindarse a quienes viven en estos centros, sean públicos, privados o concertados. La lógica del modelo de residencias actual responde más a las condiciones del proveedor de servicios que las necesidades sociales y sanitarias de las personas mayores. Esto ha tenido un grave impacto directo en su salud y mortalidad: se estima que las personas mayores fallecidas en residencias (27.359 entre el 6 de abril y el 20 de junio, según Sanidad) representan el 69,1% de personas fallecidas por COVID-19 en toda España.

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

En el primer momento de la crisis el foco de la respuesta se centró en la situación de colapso en el sistema sanitario; en los servicios de urgencias y UCI de los hospitales, llegando al punto de obstaculizar las derivaciones. Las residencias tuvieron de facto que asumir una responsabilidad para la que no estaban preparadas, ni dotadas, ni protegidas con unas consecuencias desastrosas para residentes, trabajadores, equipos de gestión y un impacto directo en la alta mortalidad.

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

---

## Médicos Sin Fronteras dio apoyo a casi 500 residencias de mayores

### RESPUESTA DE MSF

El 19 de marzo Médicos Sin Fronteras (MSF) inició el trabajo de apoyo a residencias con equipos presenciales formados por personal sanitario y logístico. Los equipos carecían de experiencia ante este nuevo virus; pero la experiencia de 50 años trabajando en epidemias con estrategias innovadoras y de urgencias les permitió solventar los retos que esta pandemia ha supuesto para la organización en su trabajo en España. Los equipos se centraron en aliviar la carga de un personal sobrepasado, desorientado, desinformado y desprovisto de materiales de protección. Los equipos de MSF articularon su apoyo al personal de casi 500 residencias en:

- Separación de pacientes por cohortes.
- Diseño de materiales, circuitos y protocolos para la sectorización adaptados a la situación.
- Sensibilización y capacitación sobre protección y control de infecciones.
- Uso de equipos de protección adaptados a las necesidades.
- Formación; planes de contingencia; evaluaciones de estructuras.
- Facilitar material cuando fue necesario.

Como organización médico humanitaria los equipos han incluido en su respuesta la dimensión más humana y ética: el trato y cuidado digno, y el refuerzo de la autonomía del paciente.



© OLMO CALVO

---

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

## **INTERLOCUCIÓN CON LAS AUTORIDADES**

Desde el inicio de la respuesta de MSF compartió, además de ofertas de colaboración, una serie de peticiones concretas a las máximas autoridades. Cabe destacar, las realizadas durante los primeros días de declaración del estado de alarma al presidente del Gobierno de España, al Ministro de Salud, y a consejeros y delegados de las diferentes comunidades autónomas. En estas comunicaciones, MSF abogó por una colaboración inicial y propuso medidas de cambio concretas una vez iniciadas las actividades en residencias, enunciando los retos y proponiendo soluciones que se detallan en el informe. Los mensajes y dificultades clave trasladadas en la interlocución con las autoridades fueron los siguientes:

- Ausencia de información transparente, liderazgo y acciones claras y decididas.
- Deficiencias en prevención y control de infecciones. Necesidad de la figura de un supervisor PCI.
- Falta de capacidad aumentada y refuerzo de programas de atención primaria.
- Falta de derivación hospitalaria oportuna.
- Insuficiencia de equipos de protección individual, protocolos y formación adecuada para su uso.
- Falta de claridad en los protocolos de fin de vida y despedidas.
- Dificultad manifiesta en las despedidas a familiares.
- Mejora necesaria en el trato, cuidados y dignidad del paciente.
- Estrategias de diagnósticos ineficientes y tardías.
- Falta de recursos humanos disponibles y formados.

## **MODELO RESIDENCIAL**

---

**Los fallos del sistema causaron que muchas personas mayores murieran solas**

Las residencias tenían un déficit estructural de recursos y de supervisión sanitaria y ningún plan de contingencia. Esta combinación hizo inviable responder a la epidemia. Carecían de recursos sanitarios y asistenciales, lo que tuvo un impacto directo en la salud de los residentes, cuando recayó en estructuras diseñadas para situaciones sociales (vivienda/residencia) la responsabilidad de un recurso sanitario de urgencia, de vida o muerte. Esto condujo a que la asistencia médica quedara desatendida, a una alta mortalidad y a una merma en la calidad de la atención social. Muchas personas mayores murieron aisladas y solas. Sea cual sea el modelo de gestión y gobernanza que se adopte, ha de ser traducido a un marco normativo que proteja adecuadamente a este colectivo. Las deficiencias detectadas en el funcionamiento, con su coste dramático en vidas y sufrimiento, han de subsanarse radicalmente.

---

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

---

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

## RETOS

Durante la intervención de MSF en las más de 500 residencias de ancianos en diferentes comunidades del país, MSF ha encontrado los siguientes retos:

- 1. Falta de anticipación y de planes de contingencia: la repercusión negativa de esta falta de anticipación aumenta cuando la respuesta depende además de una multiplicidad de interlocutores: consejerías de Servicios Sociales y de Sanidad, Diputaciones, Ayuntamientos, servicios de atención primaria, servicios de salud pública, patronatos de las fundaciones y gerencias de centros privados y de centros religiosos.**
- 2. Reducido margen de maniobra para implementar las medidas de aislamiento, cuarentena y distancia: se han detectado dos grandes dificultades para ejecutar medidas de sectorización y aislamiento: la inadecuación de infraestructuras y espacios, y la alta ocupación.**
- 3. Falta de formación en la utilización de los EPI:** los suministros de protección no se vieron acompañados de actividades de formación para el personal, nada habituado al uso de estos elementos. Las guías de utilización y protocolos que llegaban por correo electrónico demostraron ser insuficientes y no había tiempo para leerlos o incluso para saber de su existencia. Además, los EPI que llegaban no siempre estaban adaptados a las necesidades en residencias.
- 4. Falta de organización, dirección y recursos humanos en las medidas de control del contagio:** el número creciente de personal de baja, sin una estrategia alternativa de contratación para mantener o incluso incrementar los ratios de recursos humanos, obligó al personal restante a asumir otras tareas sin recibir instrucciones precisas.
- 5. Limitaciones de los test diagnósticos y falta de capacidad para actuar según los resultados:** el uso de test diagnósticos está recomendado siempre bajo dos premisas: que sus resultados sean fiables y que exista la capacidad de implementar las medidas adecuadas. Sin embargo, se ha constatado que ninguno de los supuestos ha estado presente en la estrategia de diagnóstico y de respuesta a la identificación de casos positivos.
- 6. Denegación de derivaciones a los servicios hospitalarios:** Entre finales de marzo y principios de abril, cientos de residentes vieron denegada la solicitud de acceder a los servicios de urgencias e ingresos hospitalarios, según comunidades autónomas y días de evolución de la epidemia. Sin alternativa, las residencias se vieron obligadas a mantener alojados a pacientes positivos con pronóstico muy grave. En esta situación el virus se extendió rápidamente afectando a residentes y trabajadores que sin medios adecuados para protegerse fue enfermado, mermando las plantillas que a pesar de su compromiso, no tenían ni la responsabilidad ni los medios ni los conocimientos para atender sus necesidades médicas. Esto impactó directamente en la calidad y cuidados a los residentes y, en muchos casos, probablemente contribuyó o fue causa de fallecimiento.



---

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

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

La realidad que observaron los equipos de MSF es que se dejó la asistencia sanitaria en manos del personal de las residencias, que no están en ningún caso equipadas. La población más vulnerable, que quedó a merced de las buenas intenciones de las personas que los cuidaban, solos frente a un enorme desafío, que en ocasiones era salvarles la vida o acompañarlos en la muerte. Esto impactó directamente en la calidad y cuidados a los residentes y, en muchos casos, probablemente contribuyó o fue causa de muertes evitables.

- 7. Aislamiento en detrimento de la salud y de los cuidados dignos:** en muchos casos, las medidas férreas de aislamiento se han tomado de forma indiscriminada, simplemente en caso de duda, a causa de la incertidumbre generada por los casos asintomáticos y debido a la escasez y limitada credibilidad de las pruebas diagnósticas.
- 8. Falta de protocolo para cuidados paliativos, final de la vida, despedidas y visitas:** se comprobado la falta de claridad y de ejecución de protocolos dedicados al tratamiento de confort, sedación y cuidados paliativos para las personas en estado terminal que no habían sido referidas a hospitales u otras estructuras durante la epidemia. Ello se debió en parte a la falta de personal experimentado en los centros para dar estos cuidados y en parte a las dificultades del personal de atención primaria para responder a las exigencias de los momentos más agudos de la crisis sanitaria; en ocasiones también se debió a la falta de medicación.
- 9. Carencia de atención psicosocial a residentes y personal:** los equipos de MSF apenas encontraron residencias que tuviesen acceso a un servicio de apoyo psicosocial durante las semanas de crisis sanitaria.

# Conclusiones

Las diez conclusiones del informe, que se refieren a diferentes áreas, contienen las disfunciones y elementos mínimos que deben corregirse para evitar se repita la situación vivida.

---

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

## **Perfil de las personas residentes: ponerlas en el centro de la atención**

1. Debido a la gran concentración de mayores frágiles, con pluripatologías, en lugares cerrados y con cercanía física, mantener a personas enfermas y críticas en las residencias sin atención médica adecuada multiplicó los contagios, aceleró la mortalidad y produjo situaciones indignas e inhumanas. No se priorizaron derivaciones o circuitos preferentes para que las personas contagiadas fueran trasladadas a otros centros u hospitales.

## **Atención médica: mejorar la respuesta desde atención primaria y hospitalaria**

2. Las residencias, en su mayoría, son lugares para la convivencia y el cuidado, no para curas o tratamientos medicalizados; su objetivo es la atención social a las personas que allí viven. Carecen por tanto de recursos, infraestructura, formación o responsabilidad para la atención médica.
3. No hubo una respuesta inmediata, adecuada y orientada a salvar vidas, coordinada con los servicios asistenciales y de salud, en particular durante el pico epidémico.
4. Ante el criterio restrictivo aplicado a la derivación hospitalaria en las CC. AA. con mayor mortalidad de personas mayores, no se propuso alternativa viable y dotada de recursos para atenderlas.

---

Falló la efectiva asistencia desde el sistema salud

## **Prevención y control de infecciones: formar y protocolizar**

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





© OLMO CALVO

---

**Las bajas laborales no eran sustituidas al ritmo adecuado**

7. Los perfiles profesionales están poco desarrollados en términos de competencias y capacitación y las condiciones laborales son muy precarias. Las bajas laborales no eran sustituidas al ritmo y en ratio adecuados.
8. Faltaron medidas y medios de protección, y formación adaptada, oportuna y con protocolos de uso claros que protegieran a personal y residentes.

**Descoordinación y falta de estrategias: más liderazgo y coordinación**

---

**Las Administraciones competentes mostraron descoordinación y falta de liderazgo**

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

# Recomendaciones

Esta labor presencial y de proximidad a los afectados, junto con la experiencia en situaciones epidémicas, nos ha permitido identificar una serie de lecciones aprendidas traducidas a recomendaciones.

Esta son las cinco principales recomendaciones que **se pueden encontrar completas y con más detalle en el informe:**

## **1. ELABORAR PLANES DE CONTINGENCIA FÁCILMENTE ADAPTABLES A CADA RESIDENCIA**

---

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

**El gobierno Español y los Gobiernos autonómicos deberán proponer y garantizar los recursos para un plan de contingencia:**

Estos planes de contingencia serán el marco que deberá desarrollar cada residencia, siempre guiadas, acompañadas y supervisadas a nivel territorial, asegurando que las personas mayores y sus necesidades de cuidados y salud se pongan en el centro de atención. El plan deberá incluir una dotación de recursos (financieros, humanos y materiales) por parte de las CC. AA. para el fortalecimiento de los sistemas de salud, tanto de atención primaria como hospitalaria.

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

Cada centro de mayores, con independencia de su modelo de gestión o titularidad, tendrá que elaborar su plan de contingencia con especial énfasis en esto dos elementos claves:

---

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

**Recursos humanos y materiales:** Asegurar una ratio de personal que garantice un cuidado digno y adecuado. Garantizar que las bajas son cubiertas, revisando al alza las ratios de personal de atención directa, además de otro personal clave, como limpieza y lavandería. Asegurar un aprovisionamiento de materiales de protección y fungibles, que incluya almacenamiento de reserva, identificación de proveedores y capacidad de compra, así como formaciones de uso prácticas.



© OLMO CALVO

**Asistencia sanitaria de calidad incluido cuidados paliativos o de confort:** Conocer los protocolos de derivación a atención primaria y hospitalaria y en su caso de cuidados de confort en la residencia. Asegurar y salvaguardar las últimas voluntades. Incorporar un currículo de formación en cuidados paliativos y competencias básicas.

## **2. ESTABLECER MECANISMOS PARA LA DETECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIÓN.**

### **Gobierno español y Gobiernos autonómicos:**

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

- Consultar con a las entidades del sector para conocer los retos prácticos para el control del contagio, prestando especial atención las necesidades existentes (materiales, formaciones, personal, etc.).
- Identificar y formar una figura de supervisión de prevención y control de infecciones (PCI).
- Mayor atención presupuestaria y formativa en la detección, vigilancia y control, dotando a los centros de atención primaria de medios y presupuesto.
- Garantizar la calidad y cantidad adecuada de material de protección y una formación adecuada sobre su uso.



---

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

**Fundaciones, empresas, grupos corporativos, patronal, entidades privadas o de participación pública, en coordinación con el centro de atención primaria:**

- Identificar y formar en cada centro a una persona o personas referentes en prevención, higiene y control de infección. Debe prestarse especial atención a formar al personal de limpieza y lavandería.
- Asegurar que, en el desempeño de esta labor, cuentan con todos los medios y medidas de protección necesarios, así como de los recursos diagnósticos y terapéuticos requeridos.
- Establecer un stock preposicionado de materiales de protección e higiene.

**3. ASEGURAR LA CAPACIDAD DE SECTORIZACIÓN EN LAS RESIDENCIAS RESPETANDO LA DIGNIDAD Y CUIDADOS DE LOS MAYORES**

---

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

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

**Gobierno español y Gobiernos autonómicos:**

- Asegurar cierta flexibilidad en la ocupación de los centros. En los casos que no sea viable tener habitaciones individuales, debe identificarse un espacio preventivo que esté al menos disponible para los periodos de riesgo.
- Velar por que el aislamiento físico no conlleve aislamiento social.

**Fundaciones, empresas o entidades públicas o privadas, o patronal, que gestionan o son propietarias de las residencias de mayores:**

---

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

- Incorporar las medidas de seguridad, de manera que la sectorización no signifique limitar a la habitación el espacio vital de la persona y así preservar sus rutinas de movilidad y convivencia.
- Mantener los servicios destinados al cuidado y bienestar de los residentes, como las actividades educativas, de trabajo social, peluquería o fisioterapia. Crear un espacio físico y un calendario de visitas de familiares, regidas por un protocolo.
- Se implementará un protocolo de despedidas de final de vida.

---

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

#### **4. ESTABLECER MECANISMOS DE APOYO PSICOSOCIAL**

##### **Gobierno español y Gobiernos autonómicos:**

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

##### **Fundaciones, empresas o entidades públicas o privadas que gestionan o son propietarias de las residencias de mayores:**

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

#### **5. RECOPIRAR, SISTEMATIZAR, PUBLICAR Y ANALIZAR LOS DATOS**

- Mejorar los sistemas de recogida y análisis de datos, para que sirvan como mecanismo de alerta y respuesta adecuada (preventiva y proactiva) armonizado entre CCAA y Gobierno central.

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

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

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