

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19*

Efectos en su asistencia sanitaria, dependencia, servicios sociales y pensiones

THE SOCIAL PROTECTION OF THE ELDERLY IN THE COVID-19 PANDEMIC

Effects on your healthcare, long-term care, social services and pensions

Juan Antonio Maldonado Molina

Acreditado a Catedrático de Universidad

Coordinador del Máster en Gerontología, Dependencia y Protección de los Mayores. Universidad de Granada

jmaldo@ugr.es ORCID [0000-0002-5673-3620](https://orcid.org/0000-0002-5673-3620)

Recepción de trabajo: 07-06-2021 - Aceptación: 18-07-2021

- 1. EL BRUTAL IMPACTO DE LA COVID-19 EN LA POBLACIÓN MAYOR. 1.1. Los datos. 1.2. Las causas. 1.2.1. La edad. 1.2.2. La dependencia. 1.2.3. La organización de los centros y la densidad convivencial.
- 2. LA ATENCIÓN SANITARIA. 2.1. Centros sociosanitarios vs. Centros sanitarios: una diferenciación sustancial. 2.2. Los servicios sanitarios prestados por las Residencias. Su ineficiencia frente a una pandemia. 2.3. Los servicios sanitarios prestados por el Sistema Sanitario a los usuarios de centros residenciales. 2.3.1. La atención a mayores institucionalizados por el SNS. 2.3.2. La prestación farmacéutica. 2.3.3. Medidas para corregir su limitada presencia durante la primera ola. 2.3.4. Medidas de coordinación en Andalucía.
- 3. EL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD). 3.1. Introducción: el impacto en los dependientes y en el SAAD. 3.1.1 Impacto MoMo. 3.1.2. Impacto en servicios prestados. 3.1.3. Impacto en el procedimiento. 3.2. Medidas adoptadas en la Comunidad andaluza. 3.2.1. Centros residenciales. 3.2.2. Centros de día. 3.2.3. Servicio de Ayuda a Domicilio. 3.2.4. Servicio de Teleasistencia.
- 4. SERVICIOS SOCIALES. ■ 5. PENSIONES Y PANDEMIA. 5.1. El impacto en los pensionistas. 5.2. Nuevo supuesto de compatibilidad con el trabajo. ■ 6. LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA. 6.1. Los derechos humanos de los mayores. 6.2. Los derechos humanos de los mayores durante la pandemia. ■ 7. CONCLUSIONES. ■ 8. BIBLIOGRAFÍA

* Este estudio ha sido realizado en el marco del Proyecto Envejecimiento Activo y Vida Laboral: trabajadores maduros y pensionistas productivos (DER2017-85096-R).

RESUMEN

La pandemia del COVID-19 ha tenido una especial virulencia sobre las personas mayores, cuya protección social se ha puesto a prueba, no siempre con buen resultado. En este trabajo se analizan los efectos que la pandemia han tenido en los cuatro sistemas protectores de las personas mayores: sistema de salud, cuidados de larga duración (dependencia), servicios sociales y pensiones. Los dos primeros han sido los que han soportado más tensiones. Mientras que el sistema de pensiones, por no requerir un trato personal, ha pasado la crisis sin que ningún pensionista quedara desprotegido económicamente, habiendo solo retrasos en las nuevas altas. Pero si hay un sistema que no ha cumplido las expectativas, ha sido el sanitario en la primera ola, dando lugar incluso a la vulneración de los derechos humanos de las personas mayores, cuestión ésta que también se analiza.

PALABRAS CLAVE: Personas mayores, COVID-19, centros residenciales, dependencia, derechos humanos.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has had a special virulence on the elderly, whose social protection has been put to the test, not always with good results. This work analyzes the effects that the pandemic has had on the four protective systems for the elderly: the health system, long-term care, social services and pensions. The first two have been the ones that have endured the most tensions. While the pension system, because it does not require personal treatment, the crisis has passed without any pensioner being economically unprotected, with only delays in new registrations. But if there is a system that has not met expectations, it has been the health system in the first wave, even giving rise to the violation of the human rights of the elderly, an issue that is also analyzed.

KEYWORDS: Old people, COVID-19, nursing home, long-term care, human rights.

1. EL BRUTAL IMPACTO DE LA COVID-19 EN LA POBLACIÓN MAYOR

1.1. Los datos

Uno de los aspectos más alarmantes de pandemia provocada por el SARS-CoV-2 ha sido su altísimo impacto entre las personas mayores, en especial las institucionalizadas en residencias, por el número de contagiados pero sobre todo por la letalidad que en ellos tuvo.

Como es sabido, los datos de mortalidad en residencias han generado cierta controversia (más de la que ya de por sí hubo con el número de afectados en general), dado que —sobre todo en los primeros meses— no siempre se realizaba una prueba de diagnóstico que reflejara si la causa del fallecimiento era el virus; y además en ocasiones el fallecido expiraba en un centro sanitario sin contabilizarlo como mayor residente.

Esta divergencia de datos no ha sido exclusiva de España (ni el que los centros residenciales hayan sido altamente vulnerables a los efectos de la infección por COVID-19)¹, sino que internacionalmente han existido criterios muy diferentes para contabilizar la mortalidad en residencias: hay países que solo los registraron si ése era el lugar de la muerte, mientras que otros también informaron de las muertes hospitalarias de residentes; igualmente, hay países que solo contabilizaron muertes de personas que dieron positivo (antes o después de su muerte)² mientras que otros (como España) en unos datos oficiales de Sanidad reflejaban las muertes de personas sospechosas de tener COVID-19, pero otro Ministerio (Derechos Sociales) optó en noviembre de 2020 por no contabilizarlos, como ahora veremos. Y todo ello al margen del dato de exceso de mortalidad, que en muchos casos son “víctimas colaterales”: personas que fallecen por la parálisis sanitaria que se produjo, o temor a acudir a centros sanitarios por miedo a posibles contagios, personas que no encajan para nada en con los casos “compatibles” con muerte con COVID-19³.

Partiendo de estas limitaciones, es obligado comenzar recordando los datos de personas institucionalizadas fallecidas a consecuencia del COVID-19. Para ello, tomaremos los datos oficiales del Ministerio de Sanidad a 21 de marzo de 2021⁴ (un año después de la declaración del estado de alarma), poniendo en relación las cifras absolutas con las relativas a las personas usuarias de residencias. Así, el número de personas contagiadas fue —a esa fecha— 3.232.440, de los que murieron 74.326, lo que supone una tasa de letalidad del 2,3 por ciento. De los 74.326 fallecidos, el número

1 OMS, “Impact of COVID-19 on long-term care: what the evidence tells us”, *Preventing and managing COVID-19 across long-term care services*, Policy Brief, 24 July 2020, págs. 2-3. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-Brief-Long-term-Care-2020.1>

2 Gallego Berciano, P., «Impacto de COVID-19 en los centros sociosanitarios», *Revista Española de Salud Pública*, 13 de mayo de 2020, pág. 2. Disponible en https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/Suplementos/Perspectivas/perspectivas2_gallego.pdf

3 https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_340_COVID-19.pdf

4 https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_340_COVID-19.pdf

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

total de *exitus* de residentes con COVID-19 (compatible o confirmado), fue de 30.123 (con una tasa de letalidad del 20,8 por ciento)⁵.

Vistas así las cifras, se evidencia la terrible tragedia que ha supuesto la pandemia en las residencias: el 40,5 por ciento de los fallecidos estaban institucionalizados. Ahora bien, si ponemos el foco en la primera ola (datos hasta el 22 de junio de 2020)⁶, los porcentajes que se reflejan son espeluznantes: 20.301 fallecidos (confirmados o compatibles) en residencias del total de 29.672 decesos⁷, es decir, el 68,4 por ciento pertenecían a este grupo. Este porcentaje fue notablemente superior al que sufrieron los países de nuestro entorno, en los que se rondó el 50 por ciento⁸.

El que siete de cada diez fallecidos de la primera ola fueran personas institucionalizadas no es una cifra que se admita desde el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. En el Informe del Grupo de Trabajo COVID-19 y Residencias⁹, se argumenta que para tener una imagen comparable con lo sucedido en otros países:

- a. no deben contabilizarse los no confirmados, dado que “obviamente no pueden constar en esa estadística, atendiendo a los estándares internacionales de notificación, por no haberse confirmado la infección mediante pruebas diagnósticas”¹⁰. En el siguiente gráfico, el IMSERSO recoge tanto los fallecimientos “confirmados” por COVID-19 como los “compatibles”. Estos últimos son los que el Ministerio de Derechos Sociales estima que no hay que contabilizar:

5 https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf_resid_20210321.pdf.

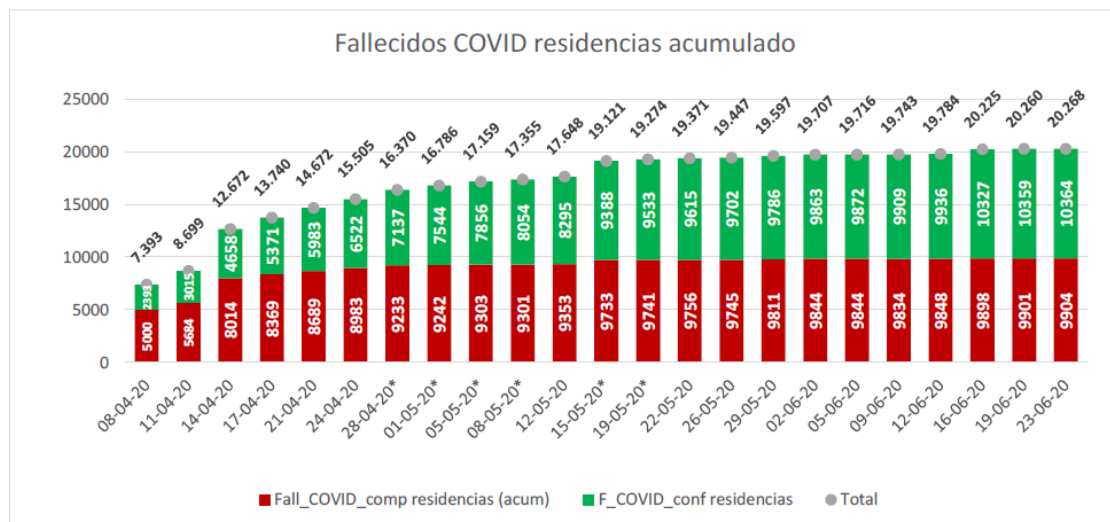
6 Tomamos esa fecha en tanto que la finalización del primer estado de alarma fue el 21 de junio (RD 555/2020, de 5 de junio, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el RD 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19).

7 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_144_COVID-19.pdf.

8 Así -aunque con reservas porque los datos son de mayo de 2020- en Alemania la tasa de fallecidos en este colectivo sería del 35 por ciento, Portugal el 40 por ciento, Francia el 50 por ciento, Bélgica el 55 por ciento, Irlanda el 59,7 por ciento y Noruega el 60 por ciento (Gallego Berciano, P., *op. cit.*). En otro artículo científico (Comas-Herrera A, Zalakaín J, Litwin C, Hsu AT, Lemmon E, Henderson D y Fernández J-L, «Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence», *LTCcovid.org*, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 14 octubre 2020), que es el que asume -con cautela- el Informe del Grupo de Trabajo Covid 19 y Residencias de noviembre de 2020, se apuntan los siguientes datos (de menos a más): Dinamarca (35%), Austria (36%), Israel (39%), Alemania (39%), Reino unido (45%), Francia (46%), Suecia (46%), Escocia (47%), Irlanda del Norte (49%), Bélgica (61%), España (63%), Australia (75%), Canadá (80%) y Eslovenia (81%).

9 https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf_resid_20210321.pdf.

10 Previamente indica, literalmente: «En algunos medios de comunicación, e incluso en algunos ámbitos especializados, se han relacionado, entendemos que erróneamente, esos 20.000 fallecidos en residencias con los más de 29.000 *fallecidos confirmados* por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica para ese periodo. Esto ha llevado a afirmar que casi el 70% de las personas fallecidas en España estaban en residencias. Sin quitar un ápice de gravedad a lo sucedido, creemos que esto no ha sido así».



Fuente: IMSERSO. Gráfica recogida en el Informe del Grupo de Trabajo COVID-19 y Residencias, noviembre 2020, pág. 12

b. Y si se optara por contabilizarlos, para que la estadística fuera fiel con el global de fallecidos, también habría que sumar dentro de los no institucionalizados aquellas personas que fallecieran con síntomas compatibles. Pero como tales datos no existen, lo que habría que hacer es sumar en ambos colectivos el exceso de mortalidad. Literalmente, indica:

“La suma de fallecidos confirmados COVID-19 en la RENAVE (29.000) y de fallecidos con síntomas compatibles (sin confirmación) de residencia ascendería a 39.000 personas. El resto de fallecimientos hasta una hipótesis de 43.600 (deducida de exceso de fallecimientos MoMo) bien podría deberse a fallecimientos por COVID-19 no confirmados y producidos en ámbitos domiciliarios y otros en los que la ausencia de diagnóstico de confirmación fue mucho menor que en las residencias, sumados a fallecimientos no-COVID”¹¹.

Con esos matices, el Informe del Grupo de Trabajo COVID-19 y Residencias concluye que “Se podría por lo tanto estimar como plausible un rango entre el 47% y el 50% de afectación en residencias respecto al total de fallecimientos por la enfermedad COVID-19 en la primera oleada”.

Consideramos que —ciertamente— en la cifra de fallecidos globales no se contabilizaron los casos “compatibles”, haciendo ese recuento solo para las personas institucionalizadas, lo cual es una limitación en la investigación, que puede adulterar el resultado final. Pero no entendemos que sea coherente subsanar esa divergencia contando como fallecidos por COVID-19 a todo lo que sería exceso de mortalidad, en tanto que oficialmente ese exceso de mortalidad no se incluye en las cifras que suministra el Ministerio de Sanidad como fallecidos por esta pandemia. Y en las cifras que

¹¹ Informe del Grupo de Trabajo Covid 19 y Residencias, noviembre 2020, pág. 13. https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf_resid_20210321.pdf.

aporta Sanidad sí se recogen los “compatibles” como víctimas del patógeno SARS-CoV-2, cosa que no ocurre con el exceso de mortalidad. Por tanto, atendiendo a los datos oficiales, el porcentaje de fallecidos en residencias en la primera ola sí fue cercano al 70 por ciento del total de muertes.

Por ello, a continuación procedemos a revisar cuáles son las causas de esa altísima letalidad, para discriminar las que han sido comunes por el perfil de los afectados, y las causas que pueden considerarse “responsables” de que la cifra sea superior en España.

1.2 Las causas

Como hemos indicado, en todos los países el grupo poblacional con más elevada tasa de mortalidad ha sido el de los mayores. Las causas de esta mayor afectación son:

1.2.1 La edad

Este grupo se caracteriza por sus frecuentes pluripatologías, comorbilidad y presentar más fragilidad que otros grupos etarios lo que complica la enfermedad en estas personas y dificulta el tratamiento exitoso. En este sentido, la mortalidad ha sido alta no solo en los mayores institucionalizados, sino en la población adulta mayor en general. Así, de las 74.421 personas fallecidas por COVID-19 a 26 de marzo de 2021, 63.553 tenían más de 70 años (el 85,4 por ciento de los finados), con una especial incidencia en los mayores de 80 años (47.611, el 64 por ciento de los fallecidos)¹². Por tanto, la mortalidad ha sido alta en esa franja de edad, afectando también a los que permanecían en sus domicilios, aunque en la primera ola fue especialmente grave para los institucionalizados. A 29 de mayo de 2020, el porcentaje de mayores de 70 años fallecidos era ya el predominante (el 86,4 por ciento de los fallecidos)¹³, pero más del 70 por ciento estaban institucionalizados. Por el contrario, en la segunda ola se redujo (debido a la introducción de sistemas organizativos eficientes y la dotación de medios preventivos); y de forma sobresaliente disminuyó en la tercera ola, ya que fue el primer colectivo en ser inmunizado con el plan de vacunación, mientras que los mayores no institucionalizados del mismo grupo etario tardaron más en quedar inmunizados. En la cuarta ola pasó a ser el colectivo menos afectado.

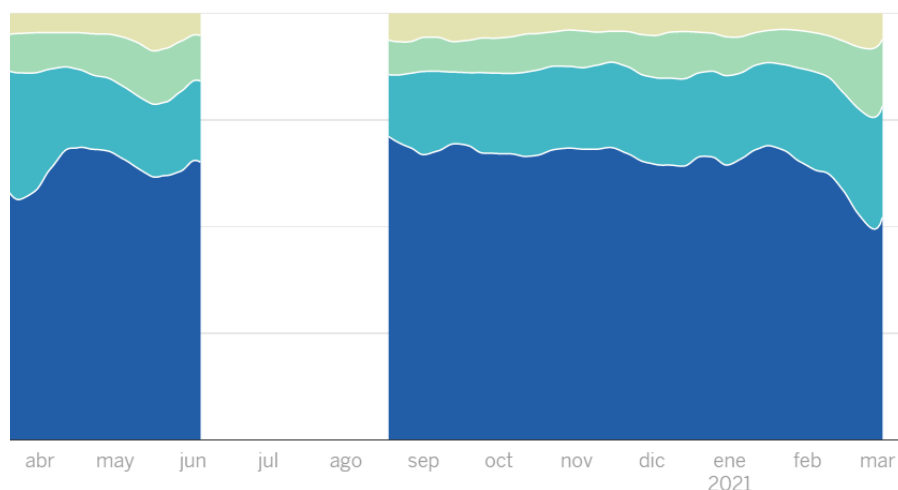
En el siguiente gráfico se observa cómo desde febrero de 2021 ha descendido el porcentaje de mayores de 80 años entre los fallecidos, lo cual se debe claramente al proceso de vacunación realizado en las residencias:

¹² <https://rubenfcasal.github.io/COVID-19/COVID-19-tablas.html>.

¹³ <https://github.com/datadista/datasets/blob/master/COVID%2019/PDFs%20originales%20de%20resumen%20de%20situacio%CC%8In/Actualizacion.120.COVID-19.pdf>

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

las muertes de **mayores de 80**, **entre 70 y 79**, **60 y 69** y **menores de 59** llecidos diarios sobre el total. Se filtran los días con menos de 30 fallecidos.



Fuente: El País, "Los datos de una pandemia en tres olas", 11 de marzo de 2021, <https://elpais.com/sociedad/2021-03-10/los-datos-de-una-pandemia-en-tres-olas.html>

Por tanto, no solo se vieron afectados con mayor virulencia los mayores institucionalizados, sino el conjunto de ese grupo de edad, como queda patente por el hecho de que no se mantiene la constante la variable "institucionalizado" frente a la de "edad", y no solo desde que comienza la vacunación, sino ya en la segunda ola, y ello porque en ese momento sí se dio prioridad a la coordinación sanitaria y se dotó de medios a los centros. Esta prevalencia de la variable "edad" frente a "institucionalizado" queda clara si comparamos los datos del Ministerio de Sanidad (cifras absolutas y por edad) y los publicados por el IMSERSO (residentes)¹⁴:

Períodos (oleadas)	Nº total fallecidos	Nº institucionalizados fallecidos
Del 14/03/20 al 22/06/20	29.672	20.301 (68,4 %)
Del 23/06/20 al 03/01/21	24.616	6.044 (24,5 %)
Del 04/01/21 al 21/03/21	19.645	3.788 (19,3 %)

Fuente: Tabla de elaboración propia sobre datos del Ministerio de Sanidad y del IMSERSO

¹⁴ Hasta enero de 2021, los datos se recogieron por el IMSERSO en dos periodos (el primero del 14 de marzo de 2020 al 22 de junio de 2020; el segundo, del 23 de junio de 2020 al 3 de enero de 2021). Pero el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordó el 2 de diciembre de 2020 que en 2021 —y mientras dure la pandemia— se elaboraría una estadística semanal pública de la situación de los centros residenciales.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

La misma conclusión obtenemos si estamos a los datos de casos notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), del Ministerio de Ciencia e Innovación, donde se comprueba que aunque el porcentaje de contagiados no sea mayoritario entre los mayores de 60 años (al contrario, es algo inferior), sí lo es en el de hospitalizados y fallecidos, tanto en la primera ola como las siguientes. Así, si sumamos los datos recogidos por la RENAVE hasta el 10 de mayo 2020 (fecha en la que la RENAVE cambió su metodología) y con posterioridad de esa fecha, los datos serían:

Grupo de edad	Población* N (%)	Casos totales N (%)	Hospitalizados	Defunciones N (%)
Menores de 60 años	35.319.740 (74,43 %)	2.488.765 (76,29 %)	103.482 (33,48 %)	3.111 (4,86 %)
60 o más años	12.131.055 (25,57 %)	773.467 (23,71 %)	205.608 (66,52 %)	60.849 (95,14 %)
Total	47.450.795	3.262.232	309.090	63.960

*Población a 31-12-2020

Fuente: Tabla de elaboración propia sobre datos del Instituto de Salud Carlos III (RENAVE)

Desagregados por esas dos etapas (antes y después del 10 de mayo de 2020, fecha en la que se modifica la metodología), resultan del siguiente modo

Grupo de edad (años)	Casos totales N	Hospitalizados n (%) ¹	UCI n (%) ¹	Defunciones n (%) ¹
<2	348	171 (55,3)	26 (11,1)	2 (0,6)
2-4	168	44 (31,0)	4 (4,3)	0 (0,0)
5-14	717	144 (22,9)	22 (5,1)	0 (0,0)
15-29	13879	1579 (13,4)	94 (1,2)	27 (0,2)
30-39	21639	3689 (19,8)	246 (2,0)	55 (0,3)
40-49	33482	8412 (28,8)	690 (3,5)	194 (0,6)
50-59	40931	13662 (38,3)	1434 (5,7)	583 (1,4)
60-69	33174	16783 (57,1)	2345 (10,9)	1616 (4,9)
70-79	31603	20152 (71,5)	2097 (10,1)	4436 (14,0)
≥80	53956	23952 (51,6)	340 (1,1)	11418 (21,2)
Total	231765	88707 (44,0)	7306 (5,3)	18352 (7,9)

¹Los porcentajes se calculan sobre los casos de COVID-19 de los que se dispone de información de cada variable. Datos actualizados a 11-05-2020.

Fuente: Instituto de Salud Carlos III¹⁵

15 Informe nº 30. Situación de COVID-19 en España a 11 de mayo de 2020 <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%c2%ba%2030.%20Situaci%c3%b3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%c3%b1a%20a%2011%20de%20mayo%20de%202020.pdf>.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Grupo de edad (años)	Casos totales		Hospitalizados ¹		UCI ¹		Defunciones ¹	
	N	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
<2	36209	877 (2,4)	29 (0,1)	2 (0,0)				
2-4	58961	357 (0,6)	12 (0,0)	1 (0,0)				
5-14	291029	1205 (0,4)	81 (0,0)	6 (0,0)				
15-29	597907	7315 (1,2)	352 (0,1)	59 (0,0)				
30-39	426782	11498 (2,7)	743 (0,2)	123 (0,0)				
40-49	516366	21751 (4,2)	1914 (0,4)	446 (0,1)				
50-59	450347	32778 (7,3)	4112 (0,9)	1613 (0,4)				
60-69	285591	38881 (13,6)	6346 (2,2)	4247 (1,5)				
70-79	181559	42439 (23,4)	5592 (3,1)	9416 (5,2)				
≥80	187584	63401 (33,8)	1132 (0,6)	29716 (15,8)				
Total	3042127	221118 (7,3)	20362 (0,7)	45797 (1,5)				

¹ n (%) calculado sobre el total de casos en cada grupo de edad

*Las defunciones notificadas a la RENAVE en estos grupos de edad disminuye en este informe respecto a informes previos, después de una verificación y actualización de los datos de vigilancia realizada el 17 de marzo de 2021.

Fuente: Instituto de Salud Carlos III¹⁶

1.2.2 La dependencia

A la edad se añade que el nivel de dependencia funcional de las personas institucionalizadas multiplica el riesgo de exposición al virus, dado que ha habido una transmisión cruzada trabajadores - residentes en el origen de los brotes¹⁷. Hay factores de riesgo que han estado presentes en los mayores institucionalizados frente al resto de mayores, y uno es su situación de dependencia. Es imposible concebir distanciamiento social entre cuidador y dependiente, contacto que además se produce en un entorno cerrado, y que es más fácil de contagiar dado que un cuidador no atiende a un solo dependiente, como sí puede suceder en otros ámbitos. Edad y Dependencia no son variables completamente alejadas, dado que si bien las situaciones de dependencia pueden darse en cualquier franja de edad, entre los dependientes son mayoría los octogenarios¹⁸.

Si atendemos a los datos del SISAAD (Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia), queda patente que si hay un colectivo en el que la letalidad ha sido demoledora es el de las personas en situación de dependencia. En este sentido, ya es elocuente el hecho de que a 31 de diciembre de 2020, el número absoluto de beneficiarios con prestación hu-

16 Informe nº 72. Situación de COVID-19 en España a 30 de marzo de 2021 https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202021/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2072_30%20de%20marzo%20de%202021.pdf.

17 Causa, R, Almagro Nievas, D, Bermúdez Tamayo, C., «COVID-19 y dependencia funcional: análisis de un brote en un centro sociosanitario de personas mayores», *Revista Española de Salud Pública*, núm. 95, 2021, 26 de marzo de 2021. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202103045.pdf

18 Cfr. Maldonado Molina, J.A., *El seguro de dependencia. Presente y proyecciones de futuro*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2003, pág. 27. En 30 de abril de 2021, el 53,56% de los dependientes tenía más de 80 años (<https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20210430.pdf>).

biera aumentando solo un 0,8 por ciento, mientras que en el año precedente se incrementó un 5,8 por ciento (2019)¹⁹. Pero no es necesario quedarnos con esos datos, ya que en septiembre de 2020 el IMSERSO publicó un Informe sobre el Impacto del COVID-19 en el SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia), en el que se refleja que²⁰:

- Entre marzo y julio de 2020 se observa un exceso de mortalidad de 35.120 personas en el SAAD (incremento del 43,4% de la esperada) afectando al 1,85% del total de solicitantes del SAAD
- Por rangos de edad, el 82,5% de las personas fallecidas en exceso tenía 80 o más años (28.974 personas).
- Se observa un impacto muy elevado en la mortalidad excesiva en personas con atención en residencia, con un exceso de fallecimientos de 18.911 personas (7,59% del total de personas dependientes atendidas en residencia), mientras que los dependientes que recibían la prestación de cuidados en el entorno familiar tuvieron un exceso de mortalidad (respecto de la prevista) de 3.222 personas (0,75% sobre el total de atendidos con estos cuidados), y los que eran usuarios de Servicios de proximidad (ayuda a domicilio, centro de día...) presentaron un exceso de mortalidad de 6.492 personas (un 1,47% sobre el total).

1.2.3 La organización de los centros y la densidad convivencial

Las pautas preventivas frente al COVID-19 pasaban por implementar diferentes medidas, algunas de tipo organizativo, medidas que chocaban con la tradicional organización interna de los centros sociosanitarios, que tuvo un claro impacto en la propagación del virus. Habitaciones compartidas, personal que atiende a todos los usuarios, zonas de uso común y masivo en espacios cerrados, hicieron que en caso de que entrar el virus en una residencia, su propagación se extendiera rápidamente entre el conjunto de trabajadores y residentes.

Una residencia admite distintos modelos organizativos. Sin entrar ahora a desarrollar los modelos alternativos existentes, queremos subrayar que desde hace años se trata de promover el llamado “modelo de atención centrado en la persona”, que sitúa en el eje de la organización las necesidades singulares del usuario, y que en la práctica se concretaba —entre otras cuestiones— en la compartimentación de los centros residenciales, creando unidades de convivencia de menor tamaño. Por eso, ya en marzo de 2020 un grupo de personas defensoras de ese modelo en España (lideradas por la Fundación Matia y la Fundación Pilares) redactaron una Declaración (al que nos adherimos más de mil especialistas en este campo), publicado el 1 de abril de 2020²¹, en el que se abogaba por la nece-

19 En términos netos, de durante 2020 solo aumentó en 9.047 personas el número de beneficiarios, mientras que en 2019 fueron 60.908 personas. Consultado en https://www.imsero.es/InterPresente/groups/imsero/documents/binario/estsisaad_compl20210228.pdf

20 https://www.imsero.es/InterPresente/groups/imsero/documents/binario/inf_momo_dep_20200831.pdf

21 Se publicó en varios sitios web bajo el título “Ante la crisis de COVID-19: una oportunidad de un mundo mejor. Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país”. Consultar en <https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2020/08/Declaracio%CC%81n-en-favor-de-un-cambio-de-modelo-en-el-a%CC%81mbito-de-los-cuidados-de-larga-duracio%CC%81n.pdf>

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

sidad de que “las alternativas de alojamiento que dispensen cuidados e intervenciones profesionales se orienten desde una atención centrada en las personas y no desde objetivos de mera custodia”.

Esos modelos de compartimentación no buscaban atajar contagios. Ese escenario no se imaginaba. Pero realmente ha sido el que ha servido de inspiración al Ministerio de Sanidad para reorganizar los centros ante la expansión de la COVID-19. Así, la Orden Ministerial SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros sociosanitarios, estableció la división de los usuarios según su situación sanitaria, procurando el aislamiento vertical o por plantas, como criterio de agrupación preferible para cada uno de los grupos de residentes, utilizando la sectorización de incendios ya definida como área de ubicación de cada uno de los grupos señalados, salvo que esto no sea posible por el tamaño de la residencia.

Y respecto de los trabajadores de estos centros, se exigía que fueran asignados a cada uno de los grupos de residentes, garantizando que sean los mismos los que interactúen en los cuidados de cada uno de estos grupos, y sin que se produjeran rotaciones de personal asignado a diferentes zonas de aislamiento. En el mismo sentido, se aprobó la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo (modificada por Orden SND/322/2020, de 3 de abril).

Pues bien, estas reglas excepcionales y de emergencia, hubieran sido innecesarias si previamente el modelo organizativo de las residencias ya estuviera adaptado al modelo de atención centrada en la persona. A nivel organizativo, los centros de atención para las personas mayores establecen unas ratios de personal que han demostrado ser insuficientes para atender a las personas que allí residen, y el no asignar un cuadro de profesionales estable a los usuarios, sino con un sistema de gestión de recursos humanos altamente rotatorio, ha facilitado la propagación del virus.

2. LA ATENCIÓN SANITARIA

2.1 Centros sociosanitarios vs. Centros sanitarios: una diferenciación sustancial

No debemos confundir conceptos. El que una persona dependiente necesite una atención integral, integrada, continua y simultánea en los ámbitos social y sanitario en su lugar de residencia, no debe llevar a considerar como “sanitario” ese lugar de residencia (sea su domicilio o una institución). Los centros residenciales son centros de naturaleza sociosanitaria, pero su cometido natural (lo indica su denominación) es el residencial: son el hogar de los usuarios, que en atención a su mayor fragilidad debe estar dotado de una atención sanitaria básica para la atención de las patologías crónicas que sufren.

Ya hace décadas, antes de la puesta en marcha del SAAD, se reclamaba atender las situaciones de dependencia mediante la coordinación de servicios sanitarios y sociales²². La puesta en marcha

²² Maravall Gómez-Allende, H., «La coordinación socio-sanitaria: una exigencia ineludible», *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, núm. 30, 1995; Martínez Aguayo, C., «Coordinación entre servicios sociales y sanitarios. Un modelo de atención posible», *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, núm. 30, 1995;

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

del SAAD en 2007 es el claro ejemplo de modelo de atención sociosanitaria. Ello es así porque la situación de dependencia se caracteriza por requerir una protección coordinada de los ámbitos sanitarios y sociales²³. No es posible deslindar ambas cuestiones en las personas dependientes, pues normalmente son necesidades a) que concurren en el tiempo, por lo que atender sanitariamente sin una intervención social, no resuelve el problema, y viceversa; b) que se retroalimentan, ya que sus problemas de salud los excluyen socialmente, y la exclusión social agudiza sus problemas de salud.

Siguiendo esta línea, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en su artículo 11.1, relativo a la participación de las Comunidades Autónomas en el SAAD, les asigna —entre otras cuestiones— la función de establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención. Junto a ello, la Ley 39/2006 deja claro que el contenido del recurso residencial es sociosanitario, al indicar que el Servicio de Atención Residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario. Es decir, centrado en la persona.

Por su parte, el Sistema Nacional de Salud (SNS) contempla dentro de su catálogo de prestaciones las correspondientes a “atención sociosanitaria”²⁴, prestación que comprende —según el artículo 14.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud— «el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social». Por tanto, actuación simultánea y sinérgica de dos servicios en paralelo, pero no cualquier servicio sanitario, sino aquél que necesita una persona que por su características (enfermos crónicos, por ejemplo), puede recibir tales servicios a la vez que los sociales (atención a la dependencia). Se trata de que quien demande simultáneamente atención social (atención residencial, *v.gr.*), y sanitaria (enfermedad crónica), no vea interrumpido cualquiera de esos servicios, sino que haya continuidad. Y una actuación sinérgica, dado que la acción conjunta aporta grandes beneficios al Sistema y a los destinatarios²⁵. Junto a ello, la Ley 16/2003 prevé que por parte del SNS se presten servicios asistenciales, que comprende «todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios»²⁶.

Asociación Multidisciplinaria de Gerontología, *Las necesidades sociosanitarias de la población dependiente en España: modelos y cuidados prolongados y coordinación de recursos. El debate profesional*. Informe para el Defensor del Pueblo, Madrid, 2000; Defensor del Pueblo, *Recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la atención sociosanitaria y aspectos conexos*, Madrid, 2000, pág. 19. El Plan Estratégico del INSALUD de 1997 adopta ya como estrategia la coordinación integrada de recursos sanitarios y sociales.

23 Maldonado Molina, J.A., «La protección a la dependencia en Andalucía», *Revista Temas Laborales*, núm. 100, 2009, pág. 416.

24 Artículo 7 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

25 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*, 2011, págs. 5 y 257. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf

26 Artículo 8 bis Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

El objetivo de que se recoja esta prestación dentro del SNS es que la institucionalización de una persona no ponga en peligro la continuidad del servicio, y para ello el artículo 14.3 dispone que tal continuidad «será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes». Coordinación, esa es la palabra, para conseguir una atención integral de la persona. La coordinación consiste en posibilitar que el SNS siga prestando cobertura a las personas institucionalizadas, precisando el artículo 14.2 Ley 16/2003 que “en el ámbito sanitario” (ojo, sanitario), “la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá: a) Los cuidados sanitarios de larga duración; b) La atención sanitaria a la convalecencia; c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable”.

El hecho de que la atención sociosanitaria se preste por parte del SNS, no debe llevarnos a pensar que los centros sociosanitarios forman parte de tal Sistema. Son centros no sanitarios que incorporan servicios que realizan actividades sanitarias. Esa es la indicación que se recoge en el punto C.3 del Anexo II del RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. No forman parte del Sistema Nacional de Salud.

No hay un concepto normativo de centro sociosanitario. El RD 1277/2003, de 10 de octubre se refiere a tres figuras (ya en la propia denominación de la norma): centros, servicios y establecimientos sanitarios²⁷. De ellos, lo que se presta en un centro sociosanitario es el “servicio sanitario”, que es una “unidad asistencial, con organización diferenciada, dotada de los recursos técnicos y de los profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, para realizar actividades sanitarias específicas. Puede estar integrado en una organización cuya actividad principal puede no ser sanitaria” (art. 2.1 RD 1277/2003). Por el contrario, los “centros sanitarios” son el “conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas. Los centros sanitarios pueden estar integrados por uno o varios servicios sanitarios, que constituyen su oferta asistencial”.

De este modo, el que dentro de un centro no sanitario -como es una residencia- exista un servicio sanitario, no le otorga naturaleza de centro sanitario, al igual que ocurre con otras entidades como pueden ser balnearios, prisiones, empresa, hoteles, centros comerciales, en los que se incluye un Servicio sanitario²⁸.

²⁷ Se define como el “conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias de dispensación de medicamentos o de adaptación individual de productos sanitarios”. En esta categoría (que forman parte del Sistema de Salud), se incluyen Oficinas de farmacia, botiquines, ópticas, ortopedias y establecimientos de audioprótesis.

²⁸ Tales servicios deben inscribirse en el Registro general de centros, servicios y establecimientos sanitarios del Ministerio de Sanidad (art. 5 RD 1277/2003). Dicho Registro puede consultarse en la web <http://regcoss.msccbs.es/regcossWeb/inicioBuscarCentrosAction.do>. La consulta debe realizarse acotando la búsqueda al Código C.3

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

En el caso de las Residencias, los Servicios Sanitarios que suelen incluir su oferta asistencial son: U1 Medicina general/de familia; U2 Enfermería; U4 Podología; U59 Fisioterapia; U60 Terapia ocupacional; U84 Depósito de medicamentos; U900 Otras unidades asistenciales.

El modelo de atención sociosanitaria tiene unos destinatarios con un perfil en el que es posible combinar la atención a las situaciones de dependencia con sus problemas de salud estructurales. No está concebido para atender problemas de salud que no puedan ser atendido en los espacios residenciales donde viven (por requerir servicios sanitarios especializados), al igual que tampoco está orientado a las “personas con enfermedades que pueden ser crónicas y además pluripatológicas que, precisando un amplio nivel de servicios sanitarios especializados, no quedan incluidas en el espacio sociosanitario por carecer de necesidades sociales continuadas”²⁹. Solo debe prestarse a las personas que tienen un perfil sociosanitario, que son aquéllas que cumplen tres notas: necesidad simultánea de atención en las áreas social y sanitaria; necesidad de atención significativa, cuantitativa o cualitativamente en ambos campos, tanto en la intensidad de la intervención como en la duración en el tiempo; y para quienes las intervenciones desde ambos sectores son sinérgicas en su efecto³⁰.

Como es fácil de colegir, y centrándonos en el objeto de nuestro estudio, estos servicios sanitarios no son los necesarios para hacer frente al virus SARS-CoV-2. Por ello, la coordinación sociosanitaria era más imprescindible que nunca, concretada en que los Sistemas de Salud prestaran la atención sanitaria adecuada a las personas que enfermaran en centros de mayores o dependientes, pero en el sentido de que se atendieran las necesidades de salud extraordinarias que se estaban viviendo y que sobrepasaban las previstas para un centro sociosanitario. Sin embargo, el colapso de los sistemas sanitarios (y en otros casos el temor a que se produjera ese colapso, sin que llegara a suceder), determinó que en alguna Comunidad (Madrid)³¹ se implementara un protocolo de admisión de pacientes en los que el triaje implicada no atender a los que estuvieran institucionalizados que no dieran un perfil³², que en algunos casos se ha impedido directamente que se deriven a centros sanitarios, lo que algunas instancias³³ han denunciado que ha costado la vida a muchas personas

29 Fundación Economía y Salud, *Lo sociosanitario: de los casos reales al modelo*, 2018, pág. 42. Disponible en <http://www.fundacioneconomiasalud.org/wp-content/uploads/Lo-sociosanitario-De-los-casos-reales-al-modelo.pdf>

30 Fundación Economía y Salud, *Lo sociosanitario: de los casos reales al modelo*, cit. pág. 41.

31 Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria, *Protocolo de coordinación para la atención a pacientes institucionalizados en residencias de personas mayores de la Comunidad de Madrid durante el periodo epidémico ocasionado por el COVID-19*, 25 de marzo de 2020, disponible —entre otros sitios web— en <https://amys.es/wp-content/uploads/2020/01/COVID-CAM-coordinaci%C3%B3n-residencias-sinfecha-20200412.pdf>.

32 En el punto 5 de dicho Protocolo, se recomienda «Valorar clínicamente la derivación al hospital a los pacientes que cumplan estos criterios: 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); Criterio de Fragilidad igual o mayor de 7.

33 Así, Médicos Sin Fronteras, *Poco, tarde y mal El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España*, agosto de 2020, disponible en <https://msfcovid19.org/wp-content/uploads/2020/08/aaff-msf-informe-covid19-residencias-baja-nota.pdf>; (en concreto, apartado 50:

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

(aunque otros lo han negado: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología³⁴). Uno de los objetivos de dicho Protocolo era, explícitamente, «Contribuir a la sostenibilidad del Sistema de Salud evitando las graves consecuencias que el colapso del mismo tendría tanto para la población afectada por el COVID-19 como para los pacientes no afectados por el virus y cuya salud debiera sufrir las menores consecuencias posibles de la actual crisis». En Cataluña no se implementó un Protocolo prohibiendo las derivaciones. Sí se aprobó un Protocolo del Servicio de Emergencias Médicas en el que se recomendaba no ingresar en la UCI a determinados pacientes de más de 80 años con coronavirus, y hacía referencia al criterio de futilidad³⁵.

Esta falta de coordinación se detectó y trató de corregirse. Así, en la reunión entre la Secretaría de Estado de Derechos Sociales y las Comunidades Autónomas del 4 de agosto de 2020, dentro del documento “Marco común de aplicación a los centros residenciales del Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19”, se indicaba en los puntos 10 y 11:

“10. Las autoridades competentes deberán garantizar la coordinación de los centros sociales residenciales con los recursos sanitarios del sistema de salud de la comunidad autónoma, con el fin de asegurar en todo momento a estas personas la atención sanitaria a la que tienen derecho como ciudadanos (artículo 10 del Real Decreto-ley 21/2020).

11. En el caso de contagio y siempre que sea necesario, las autoridades sanitarias garantizarán el acceso a la atención hospitalaria a las personas que residen en estos centros en igualdad de condiciones al resto de la ciudadanía, sin que puedan establecerse protocolos genéricos que supongan discriminación por motivos de edad o discapacidad. El acceso a los medios sanitarios hospitalarios debe decidirse facultativamente y en función de la situación individual de cada paciente y no por aplicación de criterios generales.”

Denegación de derivaciones a los servicios hospitalarios: ¿negligencia u omisión del deber de socorro?; Amnistía Internacional, *Abandonadas a su suerte: la desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia COVID19 en España*, 3 de diciembre de 2020, disponible en <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/reportajes/residencias-en-tiempos-de-covid-personas-mayores-abandonadas-a-su-suerte/>

34 Ese fue el caso del Presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, que el día 7 de junio de 2020 hizo público un comunicado, con el título *Residencias de mayores: ya tenemos al culpable*, en el que literalmente indica: “Que no se ha negado el ingreso hospitalario a los ancianos de la Comunidad de Madrid también lo dicen los datos: 10.300 residentes han sido trasladados desde su residencia a hospitales desde el 1 de marzo hasta el día 5 de junio (una media de 106 cada día); el día 6 de abril se alcanzó un pico de 206 traslados de residencias a hospitales; de los 2.226 pacientes ingresados en La Paz entre el 25 de febrero y el pasado 19 de abril, el 32% (709 personas) provenían de una residencia de mayores...y así en el resto de hospitales.”. En su escrito subraya que “lo ocurrido en España no ha sido diferente a lo ocurrido en nuestro entorno” y que “no ha fallado el sistema de atención geriátrica instalado”. Disponible en <https://www.segg.es/media/descargas/Carta-geriatria-residencias-Madrid.pdf>

35 Recomanacions per suport a les decisions d'adequació de l'esforç terapèutic (AET) per pacients amb sospita d'infecció per COVID-19 i insuficiència respiratòria aguda (IRA) hipoxèmica. Grup de treball de Ventilació, Cap Àmbit Emergències, Direcció Mèdica i Direcció Infermera de SEM, 25 de marzo de 2020. https://d3cra5ec8gdi8w.cloudfront.net/uploads/documentos/2020/07/07/_protocolocatalua_179628f4.pdf.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Antes de la Declaración del estado de alarma, el Ministerio de Sanidad publicó unas Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19 (5 de marzo de 2020), de tipo organizativo fundamentalmente, en el que indicaba que «todo centro sociosanitario que detecte que un residente pueda haber sido contacto de un caso de COVID-19 indicará a esta persona que permanezca en el centro o residencia y se lo comunicará a los servicios de salud pública que valoren dicha identificación según el “Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo Coronavirus (SARSCoV-2)”». Añadiendo: «Si una persona clasificada como contacto de un caso probable o confirmado cumple criterios de caso en investigación, se informará a las autoridades de salud pública y se realizará el seguimiento según lo establecido por las mismas. No es necesario su traslado al centro sanitario si su estado general es bueno»³⁶. Es decir, si su estado general no era bueno, era inimaginable que se quedara en el centro residencial. En caso de tener contacto o incluso positivo asintomático, confinamiento individual. Las mismas pautas que actualmente se siguen con las residencias donde ya se han vacunado³⁷.

La Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros sociosanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, estableció una primera batería de medidas, fundamentalmente de carácter organizativo, encaminadas a luchar contra el COVID-19 en estos centros. Pero su insuficiencia, hizo que pronto hubiera que ampliar las medidas, cuestión que se abordó con 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.

La Orden SND/322/2020, de 3 de abril³⁸ buscó dar prioridad en la realización de pruebas diagnósticas de los residentes y del personal que presta servicio en los mismos, así como la disponibilidad de equipos de protección individual para ambos colectivos, y se aclara en qué casos concretos un centro residencial podrá ser intervenido por la autoridad autonómica.

En estas normas ya no se habla de centros sociosanitarios, sino de centros de servicios sociales de carácter residencial. Igualmente, la normativa que se aprobó en durante los estados de alarma, para prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, cuando habla de centros residenciales, no los califica como centros sociosanitarios. Esto ocurrió con el RDL 21/2020, de 9 de junio, y la Ley 2/2021, de 29 de marzo³⁹.

36 Disponible en https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Centros_sociosanitarios.pdf.

37 Adaptación de las medidas en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial en el marco de la vacunación. Ministerio de Sanidad, 15 de marzo de 2021. Disponible en https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Centros_sociosanitarios_actuacion_vacunados.pdf.

38 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.

39 En ambas normas, en el artículo 10.2 indica que las autoridades competentes deberán garantizar la coordinación de los centros residenciales de personas

2.2 Los servicios sanitarios prestados por las residencias. Su ineficiencia frente a una pandemia

Como hemos adelantado, el RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, no contempla los centros residenciales como centros sanitarios. Pero sí que dentro de los mismos se presten “servicios sanitarios”, entendiéndose por tales una “unidad asistencial, con organización diferenciada, dotada de los recursos técnicos y de los profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, para realizar actividades sanitarias específicas. Puede estar integrado en una organización cuya actividad principal puede no ser sanitaria” (art. 2.1 RD 1277/2003).

No existe una normativa nacional que indique qué perfiles profesionales deben estar presentes en un centro residencial, ya que los servicios sociales son competencia autonómica (art. 16 Ley 39/2006)⁴⁰, sí hay un Acuerdo del Consejo Interterritorial que contempla los criterios comunes de acreditación, conforme el art. 34.2 Ley 39/2006. Es la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

En su punto tercero, núm. 7, se dedica a las ratios de personal, recogiendo unas cifras que deberían revisarse al alza⁴¹, como vamos a ver. El número de profesionales se adecuará a la tipología, a la intensidad de la prestación de cada recurso del Sistema y a los servicios que prestan. Estas ratios son para que un centro se acredite, es decir, para que pueda ofrecer plazas concertadas. Al respecto, parte de que dependerá del tipo de centro⁴², y da un margen para que cada Comunidad Autónoma concrete. Así, en Andalucía, hay que estar a la Orden de 5 de noviembre de 2007, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. Esta norma diferencia dos tipos de centros: Centro re-

con discapacidad, de personas mayores y de los centros de emergencia, acogida y pisos tutelados para víctimas de violencia de género y otras formas de violencia contra las mujeres, con los recursos sanitarios del sistema de salud de la comunidad autónoma en que se ubiquen.

40 En el caso de las Residencias, los Servicios Sanitarios que suelen incluir su oferta asistencial son: U1 Medicina general/de familia; U2 Enfermería; U4 Podología; U59 Fisioterapia; U60 Terapia ocupacional; U84 Depósito de medicamentos; U900 Otras unidades asistenciales.

41 Rodríguez Escanciano, S., «Los cuidados en la vejez como servicio social público de carácter esencial: apostando por una cobertura de calidad», *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social* núm. 57, 2020, pág. 52; Defensor del Pueblo, *Separata sobre atención a las personas mayores. Centros residenciales* en el *Informe anual de 2019*. https://www.defensordelpueblo.es/wpcontent/uploads/2020/05/Separata_personas_mayores_centros_residenciales.pdf

42 Las ratios se aplicarán en cada Centro en relación proporcional al número de usuarios del mismo valorados con el respectivo grado de dependencia. Así, Residencia Mayores dependientes: 0,54; Centro de Día y de Noche Mayores dependientes: 0,25; Residencia personas discapacidad física: 0,72; Residencia personas discapacidad intelectual: 0,75; Centro Día y Noche personas discapacidad física: 0,33; Centro Día y Noche personas discapacidad intelectual: 0,35.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

sidencial con plazas para personas mayores en situación de dependencia⁴³ y Centros Residenciales con plazas para personas mayores con trastornos graves y continuados de conducta (necesidades especiales)⁴⁴. Pues bien, salvo en centros de mayores con trastornos graves, la figura del médico es optativa. El personal de enfermería sí es obligatorio, pero en una ratio de 0,04: por cada 100 usuarios, 4 enfermeras⁴⁵. Obviamente, el tiempo dedicado a cada usuario está lejos del que demandaría un enfermo de SARS-CoV-2 (además de los medios necesarios).

Estas ratios no llegaron a cumplirse durante la pandemia en muchos casos. En primer lugar, por las bajas médicas que se produjeron al contagiarse, y además por las bajas voluntarias que también se produjeron entre el personal de enfermería (igualmente entre gerocultoras), que recibieron ofertas de empleo en el sector público, con unas remuneraciones muy superiores a las del sector privado⁴⁶. Ésta fue otra debilidad que se puso de manifiesto, y es la disparidad de condiciones laborales entre el sector privado y el público para el personal sociosanitario, que debería corregirse si se quiere mantener una atención de calidad a las personas mayores, dado el reducido porcentaje de plazas residenciales públicas existentes en nuestro país.

Las funciones a realizar por el personal sanitario aparecen recogidas en el Convenio Colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio)⁴⁷. La lectura de tales cometidos pone de manifiesto su insuficiencia para hacer frente a una pandemia por parte del personal sanitario. Así, —además de encargarse de cualquier función le sean solicitadas y tengan relación con las mismas y/o con su titulación y competencia profesional—

43 La ratio (núm. trabajadores/usuarios) mínima exigida será de 0,50, debiendo contar con Enfermería: ratio 0,04; Fisioterapeuta; ratio 0,01; Terapeuta Ocupacional, Monitor Ocupacional y/o Animador Socio-cultural: ratio 0,01; Resto de personal: médico/a, psiquiatra, psicólogo/a, farmacéutico/a, educador/a social o logopeda (optativos).

44 La ratio mínima exigida será de 0,65 debiendo contar con Enfermería: ratio 0,04; Fisioterapeuta: ratio 0,01; Terapeuta Ocupacional, Monitor Ocupacional y/o Animador Socio-cultural con ratio 0,01; Psicólogo/a con ratio 0,012; Médico/a con ratio 0,012.

45 De acuerdo con la utilización que hace el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) del término «Enfermera», la utilización de dicho término en el presente trabajo hace referencia a los profesionales de ambos sexos.

46 Las tablas salariales actualizadas se recogen en la Resolución de 19 de marzo de 2019, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registran y publican la revisión y las tablas salariales para 2019 del VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (BOE de 29 de marzo de 2019). La categoría profesional de médico tiene previsto un salario base de 1.539,92, más complemento de antigüedad de 18,74; y la de ATS/DUE (terminología arcaica...), un salario base de 1.347,42 y una antigüedad de 18,74. Por el contrario, en la Sanidad Pública andaluza, el salario base más complementos de un médico es 3.450,23; y la de una enfermera 2.138,33 (más pagas extraordinarias) (https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2021/Resolucion_0001_2021_Retribuciones.pdf)

47 Resolución de 11 de septiembre de 2018, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio), BOE de 21 de septiembre de 2018.

las funciones que desarrollan tanto las enfermeras⁴⁸ como personal médico⁴⁹, que se centran en la atención de enfermedades crónicas y cuidados derivados de enfermedades que son diagnosticadas y tratadas por el Sistema de Salud. Su función no es curar, sino cuidar⁵⁰.

2.3 Los servicios sanitarios prestados por el sistema sanitario a los usuarios de centros residenciales

2.3.1 La atención a mayores institucionalizados por el Sistema Nacional de Salud (SNS)

En nuestro Ordenamiento no existe una atención especializada sanitaria para las personas dependientes, ni de la tercera edad, sino únicamente una modalidad de atención primaria⁵¹. Se incluiría

-
- 48 Coordinación y supervisión de los cuidados que se prevean en el Plan de cuidados y atención a la persona usuaria, siempre que estén incluidas en su ámbito funcional; vigilar y atender a las personas usuarias, sus necesidades generales humanas y sanitarias, especialmente en el momento en que éstos necesiten de sus servicios; preparar y administrar los medicamentos según prescripciones facultativas, específicamente los tratamientos; tomar la presión sanguínea, el pulso y la temperatura; colaborar con el personal médico preparando el material y medicamentos que hayan de ser utilizados; ordenar las historias clínicas, anotar los datos relacionados con la propia función que deba figurar; atender a la persona usuaria encamada por enfermedad, efectuando los cambios posturales prescritos, controlando el servicio de comidas a los enfermos y suministrando directamente a aquellos pacientes que dicha alimentación requiera instrumentalización (sonda nasogástrica, sonda gástrica, etc.); cuidado y limpieza del adhesivo y el estoma de aquellos usuarios colostomizados; controlar la higiene personal de las personas usuarias y también los medicamentos y alimentos que estos tengan en las habitaciones; atender las necesidades sanitarias que tenga el personal que trabaja en el centro y sean de su competencia; colaborar con fisioterapeutas en las actividades, el nivel de calificación de las cuales sean compatibles con su titulación de Enfermero/a, cuando sus funciones específicas lo permitan; realizar los pedidos de farmacia, analítica y radiología en aquellos centros donde no exista especialista; vigilar y tener cuidado de la ejecución de las actividades de tipo físico recibida por el personal médico, observando las incidencias que puedan presentarse durante su realización; cortar uñas de los pies, a usuarios y usuarias diabéticas y a quienes reciban tratamiento con anticoagulantes, así como los que tengan tratamiento de uñas clavadas y uñeros.
- 49 Realizar el reconocimiento médico a las nuevas personas usuarias y cumplimentar la correspondiente historia médica y certificaciones profesionales, en que constarán las indicaciones de tipo de vida más acorde, la rehabilitación necesaria, y el tratamiento a seguir si hace falta; atender las necesidades asistenciales de las personas usuarias. Hacer los exámenes médicos, diagnósticos, prescribir los tratamientos más acordes, en cada caso, para llevar a cabo las terapias preventivas, asistenciales y de rehabilitación de los diagnósticos clínicos y funcionales de las personas usuarias; informar a los familiares sobre el estado de salud de la persona usuaria; dirigir el programa de movilización y rehabilitación de las personas usuarias, fijando en equipo los programas a desarrollar de forma individual y en grupo; realizar el seguimiento y evaluar los programas, conjuntamente, con el equipo formado por todas las personas que intervienen; asistir al personal destinado en el centro en los casos de necesidad y de urgencia; como máximo responsable de su departamento médico, en el caso de que el centro no pueda tratar debidamente a las personas usuarias, derivarles a un centro hospitalario o de salud; participar en la comisión de supervisión y seguimiento de las personas usuarias en cuanto a las necesidades asistenciales y de la vida diaria de las personas usuarias que realizarán en colaboración con la dirección, trabajador/a social, psicólogo/a, y demás profesionales, de acuerdo con la situación física de las personas usuarias, los objetivos a conseguir y las características del centro; programar y supervisar los menús y dietas alimentarias de las personas usuarias; supervisar el trabajo del personal sanitario; supervisar el estado sanitario de las dependencias del centro.
- 50 Curar es la acción médica indicada para alguien que tiene una enfermedad curable; pero cuando en un plazo de tiempo determinado no se consigue su remisión y la enfermedad se convierte en crónica, se necesita controlar la enfermedad, sus complicaciones y secuelas, es decir, cuidar.
- 51 Así, de forma genérica, se contempla en el artículo 122 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, dentro de lo que sería la asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo (letra a), las atenciones y servicios específicos relativos a la tercera edad; los grupos de riesgo y los enfermos crónicos (letra f); la atención paliativa a enfermos terminales (letra g) y la atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada (letra h).

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

dentro de las prestaciones sociosanitarias como respuesta a muchas de las necesidades generadas por dicha situación. La norma incluye explícitamente en el catálogo de prestaciones del SNS la atención sociosanitaria (artículo 7.1 Ley 16/2003) y en el artículo 14 define las prestaciones mínimas, en el ámbito estrictamente sanitario, dejando a las Comunidades Autónomas la determinación de los niveles en que se llevará cabo. Por tanto, las actuaciones de prevención de las enfermedades y de promoción, curación, rehabilitación de la salud de las personas con dependencia corresponde a los sistemas de salud que tienen una cobertura universal⁵².

De forma más específica en el Anexo II del RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, incluye dentro de la atención primaria una previsión con la que el legislador⁵³ pretende dar cumplimiento al mandato del artículo 50 de la Constitución. Ahora bien, a diferencia de la normativa de 1995, la regulación de 2006 sí detalló aspectos de la atención sanitaria a los mayores que inciden en el tratamiento y prevención de las situaciones de dependencia. En particular, la atención a las personas mayores se sistematiza en tres bloques: actividades de promoción y prevención⁵⁴, atención al anciano de riesgo⁵⁵, y atención domiciliaria a personas mayores inmovilizadas, incluyendo información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

Junto a la atención primaria, hay que estar a la atención especializada de las personas dependientes. Lo destacable es que no se contempla la geriatría. Solo aparece recogida de forma indirecta para los tratamientos post hospitalarios, pero no para los hospitalarios⁵⁶. Hay una gran laguna en el cuidado de mayores dependientes ingresados, ya que son minoría los hospitales que tienen prevista algún tipo de atención especializada para personas mayores. Las dos prestaciones más relevantes para

52 El artículo 14 establece que la atención sociosanitaria «comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social».

53 Al igual que ocurría con el derogado RD 63/1995 de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud

54 En relación a: alimentación saludable y ejercicio físico; identificación de conductas de riesgo; prevención de caídas y otros accidentes; detección precoz del deterioro cognitivo y funcional; detección precoz del deterioro físico, con especial énfasis en el cribado de hipoacusia, déficit visual e incontinencia urinaria; consejo y seguimiento del paciente polimedicado y con pluripatología; detección y seguimiento del anciano de riesgo, según sus características de edad, salud y situación sociofamiliar.

55 Valoración clínica, sociofamiliar y del grado de dependencia para las actividades de la vida diaria. Esta valoración conlleva la elaboración de un plan integrado de cuidados sanitarios y la coordinación con atención especializada y los servicios sociales, con la finalidad de prevenir y atender la discapacidad y la comorbilidad asociada.

56 Así, prevé el apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, hospitalización a domicilio para los casos en que el paciente se encuentre en una situación clínica que requiera de atención continuada y no presente una inestabilidad clínica que pudiera suponer un riesgo en su evolución, el servicio de salud podrá optar por la hospitalización a domicilio. Tal tratamiento incluye información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

personas institucionalizadas son la atención paliativa a enfermos terminales y la atención a la salud mental⁵⁷. La prestación ortoprotésica también es importante para la población institucionalizada⁵⁸.

2.3.2 La prestación farmacéutica

La población residencial suele ser un tipo de paciente polimedicado⁵⁹, por lo que para ellos la atención farmacéutica es clave, y debe articularse un sistema ágil y accesible, ello en coherencia también con el artículo 87 del RD Legislativo 1/2015, de 24 de julio⁶⁰, establece que la prescripción de medicamentos y productos sanitarios en el SNS se efectuará en la forma más apropiada para el beneficio de los pacientes.

El artículo 6 del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, establece que será obligatorio el establecimiento de un servicio de farmacia hospitalaria propio, entre otros, en los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos, salvo que la Consejería responsable en materia de prestación farmacéutica, a través de acuerdo o convenio les exima de dicha exigencia, siempre y cuando dispongan de un depósito de medicamentos vinculado al servicio de farmacia del hospital público de su área de referencia. Contempla tres alternativas: depósitos de medicamentos, servicios de farmacia en el centro sociosanitario o vincular el depósito de medicamentos al servicio de farmacia del hospital. Y en todo caso, el modelo opta por un sistema de dispensación en dosis unitaria individualizada⁶¹.

Por tanto, con carácter general debe tener su propio servicio de farmacia si supera las cien camas, pero se permite una regulación diferencial autonómica (incluso eximiendo de esa obligación). De hecho, todas las CCAA tienen una regulación propia en la materia⁶². Así, mejorando esa regulación

57 El tema de la salud mental de los ancianos sí tiene una mención específica en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que en su artículo 20 dispone que «se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría».

58 Se contempla en el Anexo VI RD 1030/2006, de 15 de septiembre.

59 Hay una relación entre polifarmacia, utilización de fármacos considerados potencialmente inadecuados, eventos adversos relacionados con la medicación e incremento del riesgo de hospitalización o muerte. La polifarmacia incrementa el riesgo de presentar una reacción adversa a medicamentos desde un 13% a un 82% cuando se pasa de 2 a 7 ó más fármacos como criterio definitorio, siendo los fármacos más frecuentemente relacionados los cardiovasculares, diuréticos, anticoagulantes, AINE, antibióticos e hipoglucemiantes. La prevalencia de polifarmacia en pacientes mayores institucionalizados en Europa se ha estimado en un 75% (igual o más de 5 fármacos) y el de polifarmacia excesiva (igual ó más de 10 fármacos) en el 24,3%. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, *Prestación farmacéutica especializada en centros socio sanitarios análisis de situación y propuesta CRONOS-SEFH*, 2013, pág. 10. Disponible en https://www.sefh.es/sefhpdfs/dossier_CRONOS_2013.pdf.

60 Por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

61 Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, *Prestación farmacéutica especializada en centros socio sanitarios análisis de situación y propuesta CRONOS-SEFH*, 2013, pág. 4. Disponible en https://www.sefh.es/sefhpdfs/dossier_CRONOS_2013.pdf.

62 Un análisis de los distintos modelos, en Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, *Prestación farmacéutica especializada en centros socio sanitarios análisis de situación y propuesta CRONOS-SEFH*, cit. págs. 12 y ss.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

estatal, la Comunidad andaluza en 2015 rebajó ese umbral a cincuenta camas (y además aplicándolo no solo a centros públicos, sino también privados)⁶³. Otras Comunidades se mantienen en cien camas, con normas aprobadas recientemente, como la Comunidad Valenciana⁶⁴.

El artículo 3.6 RD Legislativo 1/2015, de 24 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos, no contempla a los centros asistenciales como centros autorizados para custodia, conservación y dispensación de medicamentos⁶⁵. No fue hasta el RDL 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, cuando se adoptaron medidas en materia de gestión de la prestación farmacéutica (medidas que se mantuvieron con la Ley 2/2021, de 29 de marzo). En concreto, la disposición adicional sexta estableció que la conservación y dispensación de medicamentos corresponderá también a los servicios de farmacia de los centros de asistencia social (medida que se extiende hasta que se declare el fin de la crisis sanitaria).

2.3.3 Medidas para corregir su limitada presencia durante la primera ola

Tras el fracaso de la coordinación sociosanitaria durante la primera ola (en buena parte de las CC.AA.), el RDL 21/2020, de 9 de junio, y la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, recogen en sus artículos 10, 23, 28 una serie de medidas a tomar bien por las Administraciones o por los centros de servicios sociales:

63 El Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía. Los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios residenciales, con camas en régimen de asistidos, que cuenten con más de cincuenta camas desarrollarán su actividad bajo la responsabilidad directa de un farmacéutico del servicio de farmacia del hospital del Servicio Andaluz de Salud al que se encuentre vinculado, asistido por el personal técnico necesario. La ratio de dedicación, para cada uno de estos profesionales, será de 25 y 35 minutos, respectivamente, por cama y mes. En el caso de los centros sociosanitarios con más de cien camas y que no suscriban el convenio, el personal farmacéutico y técnico correrá por cuenta de las entidades titulares del centro (artículo 3). En aquellas instituciones con cincuenta o menos camas, la atención y el suministro de medicamentos quedan vinculados a una oficina de farmacia, que será elegida mediante concurso público. En Andalucía, la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía, en su artículo 55, dedicado a la atención farmacéutica en los centros sociosanitarios, que define en su artículo 2 apartado c), prevé establecer reglamentariamente los criterios para la obligatoriedad de que los centros sociosanitarios residenciales cuenten con un servicio farmacéutico, así como el régimen de vinculación que ha de regir para los depósitos de medicamentos, con los que deben contar aquellos centros sociosanitarios que no estén obligados a disponer de aquel. En dicho artículo se hace referencia también a los mecanismos de coordinación, acuerdo o convenio según proceda, tanto para los centros sociosanitarios de carácter público como privado respectivamente, para hacer efectiva la prestación farmacéutica a que tengan derecho las personas residentes en dichos centros.

64 Decreto 42/2021, de 18 de marzo, del Consell, de regulación de la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios en la Comunitat Valenciana.

65 Solo contempla las oficinas de farmacia abiertas al público y los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria del SNS.

a. Obligaciones para las Administraciones:

- Vigilancia de la prevención por los centros. El número 1 del artículo 10 obliga a las Administraciones competentes a asegurar el cumplimiento por los titulares de centros de servicios sociales de carácter residencial y centros de día de las normas de desinfección, prevención y acondicionamiento de las instalaciones, que aquellas establezcan; y en particular, velar por que su normal actividad se desarrolle en condiciones que permitan en todo momento prevenir los riesgos de contagio.
- Coordinación sociosanitaria. El número 2 del artículo 10 exige a las autoridades competentes la coordinación de los centros residenciales con los recursos sanitarios del sistema de salud de la comunidad autónoma en que se ubiquen.
- Garantía de disponibilidad de profesionales sanitarios (artículo 28)⁶⁶.

b. Obligaciones para titulares de los centros

- Planes de contingencia por COVID-19. Han de disponer de planes de contingencia por COVID-19 orientados a la identificación precoz de posibles casos entre residentes y trabajadores y sus contactos, activando en su caso los procedimientos de coordinación con la estructura del servicio de salud que corresponda.
- Medias organizativas y EPI`s. Deben adoptar las medidas organizativas, de prevención e higiene en relación con los trabajadores, usuarios y visitantes, adecuadas para prevenir los riesgos de contagio. Asimismo, garantizarán la puesta a disposición de materiales de protección adecuados al riesgo.

c. Obligaciones para Administraciones y centros

- Obligación de información. El artículo 23 establece la obligación de facilitar a la autoridad de salud pública competente todos los datos necesarios para el seguimiento y la vigilancia epidemiológica del COVID-19 que le sean requeridos por ésta, incluidos, en su caso, los datos necesarios para la identificación personal⁶⁷.

⁶⁶ En particular, garantizarán un número suficiente de profesionales involucrados en la prevención y control de la enfermedad, su diagnóstico temprano, la atención a los casos y la vigilancia epidemiológica.

⁶⁷ Esta obligación recae sobre "el conjunto de las administraciones públicas, así como a cualquier centro, órgano o agencia dependiente de estas y a cualquier otra entidad pública o privada cuya actividad tenga implicaciones en la identificación, diagnóstico, seguimiento o manejo de los casos COVID-19". En particular, será de aplicación a todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios y servicios sociales, tanto del sector público como del privado, así como a los profesionales sanitarios que trabajan en ellos. En ese sentido, la Orden SND/322/2020, de 3 de abril dio prioridad a la identificación e investigación epidemiológica de los casos por COVID-19 relacionados con residentes, trabajadores o visitantes de estos centros, disponiendo nuevas obligaciones de suministro de información por parte de las comunidades autónomas.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

- En el Informe del Grupo de Trabajo COVID-19 y Residencias⁶⁸, se recoge en su Anexo III las medidas de coordinación sociosanitaria implementadas por las Comunidades Autónomas (información transmitida por cada una), con objeto de asegurar la atención médica de las personas que conviven en ellas, mediante una coordinación adecuada entre los servicios sociales y los sanitarios. En la mayor parte de los casos se trata de Protocolos de transmisión de información, facilitando que los centros residenciales puedan transmitir rápidamente sus necesidades y las de los mayores residentes.

2.3.4 Medidas de coordinación en Andalucía

En Andalucía, además de los Protocolos, destacan dos medidas:

- Asignación de un/a enfermero/a gestor de casos referente del centro de salud a los centros residenciales para mayores que corresponda según la ubicación del centro, para evitar la existencia de casos positivos COVID-19 y contagios en los centros residenciales, así como su adecuado aislamiento preventivo; garantizar la sectorización del centro y que los nuevos ingresos residenciales y los trabajadores, de nueva alta o que regresen de vacaciones, tengan PCR con resultado negativo para COVID-19.
- Adscripción de médico de familia de atención primaria para la supervisión de casos de personas residentes en centros residenciales, para asegurar una adecuada coordinación entre los centros sanitarios de atención primaria y los centros residenciales.

En esta Comunidad, ya desde marzo de 2020 hay que subrayar que se pusieron en marcha mecanismos de coordinación para garantizar una efectiva asistencia sanitaria a los mayores institucionalizados. Así, el 22 de marzo de 2020, la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios puso en marcha un protocolo titulado “Actuación en centros residenciales de mayores y otros sociosanitarios asimilados —COVID-19—”, en su Anexo 4, titulado «Medicalización de los centros residenciales y dotación de recursos por la situación actual generada por el covid-19»⁶⁹, ya recogió:

- Instalaciones para hacer frente a eventualidades, y ahí se ingresaron como centros intermedios a los mayores residentes que hubieran contraído el virus pero que su gravedad no exigía hospitalización
- Ante la presencia de casos, se facilitarán todos los medios profesionales y materiales necesarios para garantizar la asistencia en los centros residenciales.
- Se creó una Red de Alerta de Enfermera Gestoras de Casos⁷⁰.

68 https://www.imsero.es/InterPresente/groups/imsero/documents/binario/inf_resid_20210321.pdf.

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

70 Desarrollaron un papel de coordinación mediante el seguimiento presencial y/o telefónico diario de todas las residencias con la finalidad de elaborar un mapa diario con la incidencia de casos nuevos en residencias, para planificar las intervenciones y realizar las indicaciones oportunas para organizar el aislamiento en las residencias que incluyan los casos o sospecha de casos; resolver dudas; orientar la asistencia y coordinar alertas con equipos sanitarios para la atención presencial en caso necesario en situaciones de mayor complejidad o situaciones de agravamiento.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

- Aquellos casos que por su complejidad o condiciones clínicas lo requieran se activa la atención médica presencial a través del desplazamiento de los Equipos de Salud del Centro Sanitario o la activación de los Servicios de Urgencia y cuando sea necesario de los Servicios Especializados Hospitalarios⁷¹.
- Cuando se detectara necesidad de presencialidad de profesionales para continuar con los tratamientos necesarios (administración de medicación parenteral, oxigenoterapia, ventilación mecánica,...), así como la vigilancia y control de síntomas durante el tratamiento y evolución de los pacientes, se dotaría a la residencia de los recursos profesionales y materiales que se vayan requiriendo en base a esos criterios clínicos.
- Igualmente, en coordinación con los hospitales, se organizará la disponibilidad de recursos materiales de cuidados hospitalarios para su traslado al ámbito residencial (ventilación mecánica o cualquier otro material derivado de las necesidades de especialistas hospitalarios tras valoración).

En el Acuerdo de 8 de abril de 2020, del Consejo de Gobierno, se puso en conocimiento el Informe sobre la respuesta del sistema sanitario ante los efectos de la infección por COVID-19 en centros residenciales y en domicilios de Andalucía (de 6 de abril), en el que se hace patente que el sistema sanitario se reorganizó y reforzó los servicios para la prevención y abordaje de las necesidades de salud de los centros residenciales y centros sociosanitarios asimilados, que atienden situaciones de discapacidad-dependencia (BOJA de 9 de abril).

Y las sucesivas normas que fueron aprobándose para implementar medidas ante las diversas olas, también recogieron medidas de coordinación de los centros con el sistema público de salud. En concreto:

- Intervención sanitaria gradual en los centros sociosanitarios, cualquiera sea su titularidad y tipología de gestión, en función del estado de la situación en cada centro afectado⁷², pudiendo realizar las siguientes funciones:
 - a. Asumir o controlar la asistencia sanitaria de las personas residentes con el personal sanitario propio de la residencia.

⁷¹ Esta asistencia presencial se activaría cuando se presentasen las siguientes situaciones clínicas:

1. Pacientes en situación de cronicidad compleja, con agravamiento de su patología de base que requiera valoración médica.
2. Pacientes con agravamiento de síntomas por COVID-19
3. Pacientes en situación de cuidados paliativos con empeoramiento clínico.

⁷² Orden de 20 de marzo de 2020, por la que se insta a la adopción de medidas en relación con las actuaciones sanitarias en centros sociosanitarios, cualquiera sea su titularidad y tipología de gestión, en salvaguarda de la salud pública a causa de la pandemia por coronavirus COVID-19. La vigencia de estas medidas era de un mes, pudiéndose prorrogar por otro. Una vez finalizada la primera ola, la Orden de 19 de junio de 2020, en su apartado séptimo recogió qué actuaciones podía hacer la autoridad sanitaria en caso de intervención de un centro. Al inicio de la segunda ola, volvió a contemplarse la eventual intervención en centros residenciales por el artículo 18 de la Orden de 22 de septiembre de 2020. Y lo mismo sucedió con la tercera ola: artículo 16 de la Orden de 4 de diciembre de 2020. Se mantiene la previsión tras el escenario de vacunación: artículo 11 de la Orden de 8 de abril de 2021.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

- b. Trasladar a las personas residentes a otro recurso residencial o centro habilitado, con independencia de su carácter público o privado.
 - c. Supervisar y asesorar en las actuaciones que lleve a cabo el personal sanitario y no sanitario, en su caso, de la residencia.
 - d. Designar a una enfermera gestora de casos para dirigir y coordinar la actividad asistencial de estos centros pudiendo disponer de los recursos materiales y humanos del centro residencial intervenido, así como de los recursos vinculados con la actividad sanitaria asistencial que se presta de forma habitual a las personas residentes en el mismo.
 - e. Implementar medidas de salud pública frente la aparición de nuevos casos de COVID-19 y para el control de brotes.
 - f. Apoyar puntualmente a la residencia con personal, de ser necesario.
- Codecisión en la valoración de si se cumplen las condiciones mínimas para las visitas y paseos (a partir de Orden de 13 de agosto de 2020). Se establece un protocolo en el que la decisión de suspender o restringir las visitas es compartida entre la dirección del centro y la enfermera gestora de casos⁷³.
 - Toma de muestras PCR o test rápidos de antígenos (Orden de 22 de septiembre de 2020, Orden de 4 de diciembre de 2020 y Orden de 8 de abril de 2021). Si en el centro se cuenta con profesionales sanitarios de medicina o enfermería, ellos realizarán la toma de muestras para la práctica de las pruebas previa capacitación por parte de profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público, que, a su vez, definirá el circuito de envío de las mismas. Si —por el contrario—no fuese así, la prueba será realizada por profesionales del Sistema Sanitario Público.
 - Seguimiento proactivo de las personas residentes en centros desde los servicios sanitarios públicos (art. 1.2 Orden de 4 de diciembre de 2020 y art. 2 Orden de 8 de abril de 2021)⁷⁴.

73 Decisión tomada en base a la información y el soporte adecuados, para lo que se apoyarán en un equipo formado por diferentes profesionales, como los profesionales de epidemiología o de la inspección de Servicios Sanitarios referente del centro. Dicha decisión será comunicada a la dirección del Distrito/Área Sanitaria. La decisión adoptada será remitida por la enfermera gestora de casos referente del centro a la enfermera gestora de casos provincial y ésta a su vez a la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios para su validación y devolución de la información para su comunicación a la dirección del centro residencial. Este proceso no debe ser superior a 24 horas. La enfermera gestora de casos referente del centro y la dirección del centro serán los encargados de implementar y vigilar la ejecución de medidas adoptadas y de informar de la situación de la evolución del centro a los referentes de epidemiología del área (Orden de 13 de agosto de 2020).

74 El artículo 2.2 Orden de 4 de diciembre de 2020 especifica, a propósito del Plan de Contingencia, que debido a la especial vulnerabilidad ante la pandemia de las personas mayores que viven en residencias y para facilitar el seguimiento proactivo, el registro de las medidas relacionadas con la realización de pruebas diagnósticas de infección activa de COVID-19 y el seguimiento de los posibles contagios se realizará en la plataforma habilitada por el Servicio Andaluz de Salud. El centro residencial designará un referente para tal fin y se validarán estos datos siempre que sea necesario según la Enfermera gestora de casos de referencia del centro residencial de mayores.

- Papel de los servicios de salud públicos en el Plan de Contingencia y Actuación para la prevención del COVID-19 de los centros sociosanitarios⁷⁵.

3. EL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD)

3.1 Introducción: el impacto en los dependientes y en el SAAD

3.1.1 Impacto MoMo

Resulta obligado indicar que, en la primera ola, el colectivo de personas dependientes fue el que más mortalidad experimentó. Ya lo hemos corroborado con los datos indicados en la introducción, y que pueden inferirse también del exceso de mortalidad esperada habida entre las personas solicitantes y beneficiarias del SAAD, que ha sido cuantificado con precisión por el IMSERSO, en los Informes MoMo dependencia, en los que recoge la evolución desde marzo de 2020 de los fallecimientos observados, correlacionados con el cálculo de fallecimientos esperados para el mismo periodo en la población ligada al SAAD⁷⁶, aunque se advierte que el exceso de mortalidad no necesariamente deriva del COVID-19 de modo directo.

⁷⁵ A partir de la Orden de 4 de diciembre de 2020 (se mantiene en la Orden de 8 de abril de 2021), la persona responsable del centro se coordinará con los centros sanitarios y con la enfermera gestora de casos referentes de la zona donde se localiza el centro para organizar los aspectos relativos a la prevención y detección de sospechas y casos por COVID-19, la organización de la realización de las pruebas y el seguimiento de los posibles contagios.

La persona responsable o coordinadora del centro procederá a comunicar a la enfermera gestora de casos del centro de salud de la zona de referencia del centro la sospecha de caso, ya que la infección por el COVID-19 es una enfermedad de declaración obligatoria urgente.

Una vez confirmado el caso de COVID-19, la enfermera gestora de casos procederá a su declaración a los profesionales de Salud Pública de las Unidades de Epidemiología de forma urgente a través de correo electrónico, llamada telefónica o por cualquier medio de comunicación que se disponga.

Tras la detección de uno o más casos confirmados de COVID-19, desde la dirección del centro de atención primaria de referencia y los servicios de Salud Pública, se coordinará la estrategia de intervención y se establecerán las actividades a desarrollar adaptadas a cada situación (medidas de sectorización, estudio de contactos, etc...) en coherencia con los recursos disponibles y con los profesionales de referencia implicados, enfermera gestora de casos, epidemiólogo de atención primaria, y cuando proceda con la inspección de servicios sanitarios, técnicos de protección de la salud, equipos de atención primaria y equipos de atención hospitalaria. En la estrategia de intervención participará el profesional del centro residencial responsable de las medidas de prevención y del plan de contingencia.

Desde epidemiología de Atención Primaria se vigilará la puesta en marcha y la implantación de la estrategia de intervención y se propondrán las correcciones oportunas en función de la evolución. Asimismo, se determinará la finalización o cierre del estudio de contactos y de la alerta en su conjunto y la realización del informe final que integre toda la información sobre la misma.

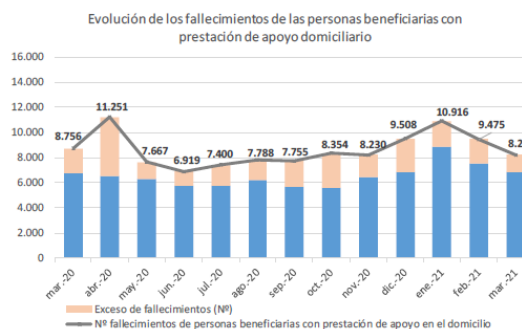
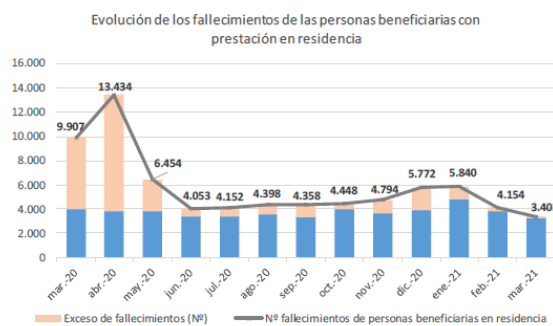
El seguimiento por la administración sanitaria de los centros residenciales, a través de la enfermera gestora de casos de referencia del centro, comprobará y registrará, en la plataforma diseñada para tal fin, que las restricciones de salidas y visitas se han producido según los criterios establecidos. La Dirección General de Cuidados Sociosanitarios tendrá conocimiento actualizado de las restricciones realizadas en los centros sociosanitarios a través de la plataforma.

⁷⁶ IMSERSO, *Monitorización de la mortalidad en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (Datos a 30 de abril de 2021)*, Disponible en https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/covid19_dep/index.htm

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

De forma resumida, los resultados recogidos por IMSERSO en lo relativo a exceso de mortalidad respecto de la esperada se sintetizan del siguiente modo (ámbito temporal: marzo de 2020 a marzo de 2021; ámbito personal: solicitantes y beneficiarios):

- Exceso de mortalidad sobre la esperada: 24,9% (54.945 personas).
- Edad: mayores de ochenta años. El 80,5% de las personas fallecidas en exceso tenía 80 o más años (44.222 personas).
- Género: muy equilibrado⁷⁷.
- Por situación administrativa, el exceso de mortalidad afectó más a los que ya eran beneficiarios de una prestación: al 2,89% del total de solicitantes, el 3,16% de los valorados, y el 4,73% de los ya atendidos con un servicio o prestación.
- Por Grados de Dependencia, el mayor impacto se observa en las personas con grado II 17—074— (28,3% de exceso de fallecimientos), grado III —24.362— y I —9.167— (28,0%) y el menor en las personas valoradas sin grado de dependencia, con un 24,8% de exceso de fallecimientos —4.632—.
- Por prestaciones, los beneficiarios de la atención residencial sufrieron un impacto mucho mayor en la primera ola —en concreto de marzo a mayo—, mientras que en los meses siguientes se igualó a los mayores atendidos en su entorno familiar, y en los últimos fue menor el impacto en residencias. En las siguientes gráficas del IMSERSO se refleja claramente⁷⁸



Fuente: IMSERSO. Gráficas recogidas en Monitorización de la mortalidad en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

(Datos a 30 de abril de 2021), pág. 5

⁷⁷ Aunque en el grupo de edad de mayores de 80 años —que fue el mayoritario— hubo un porcentaje ligeramente superior de hombres (25,5%) frente a mujeres (24,4%), en el grupo de edad de menos de 80 años fue a la inversa: mayor exceso de mortalidad en mujeres (26,0%) que en hombres (24,6%).

⁷⁸ El 10,45% del total de personas dependientes atendidas en residencia entra en el exceso de mortalidad (26.027 personas), aunque de junio 2020 al inicio de la vacunación -enero de 2021- el exceso de mortalidad fue similar independientemente del lugar de la prestación, excepto en octubre de 2020 y desde febrero de 2021 donde hubo menor exceso de mortalidad en personas con atención residencial que en apoyo en el domicilio. Entre las personas atendidas con apoyos domiciliarios los excesos en fallecimientos en el periodo marzo 2020-marzo 2021 fueron de 26.975 fallecidos en exceso sobre un total de 872.358 de personas atendidas en marzo (3,09%).

3.1.2 Impacto en servicios prestados

Por primera vez desde 2015, el número de solicitudes, de resoluciones, y el de personas con derecho a prestaciones, descendió. Ahora bien, el número de prestaciones que se prestan (económicas, mixtas o en servicios, téngase en cuenta que un beneficiario puede recibir varias), continuó aumentando el número, pero con un incremento mucho más lento que el que hubiera correspondido a la tendencia de los años anteriores. También aumento ligeramente el de personas que efectivamente reciben alguna prestación, pero también en un porcentaje inferior al que normalmente hubiera acontecido.

En el siguiente cuadro podemos ver la foto fija a 31 de diciembre de 2019 y de 2020, en el que se concreta lo anteriormente indicado:

	31-12-2019	31-12-2020	Variación
Solicitudes	1.894.744	1.850.950	-2,3%
Resoluciones	1.735.551	1.709.394	-1,5%
Personas con derecho a prestación	1.385.037	1.356.473	-2,1%
Personas beneficiarias de prestación	1.115.183	1.124.230	0,8%
Número prestaciones	1.411.021	1.427.207	1,1%

Fuente: Tabla de elaboración propia sobre datos del SISAAD

Ahora, lo realmente destacable es que hay dos prestaciones, las más relevantes si atendemos a la financiación y las necesidades que cubren, que redujeron el número de prestaciones: centros residenciales y centros de día

	2019	2020	Variación
Prevención	60.438	61.411	2%
Teleasistencia	246.617	254.644	3%
SAD	250.318	253.202	1%
Centro Día/noche	96.748	88.465	-9%
Residencia	170.785	156.437	-8%
Vinculada servicio	151.340	154.547	2%
Cuidado entorno familiar	426.938	450.517	6%
Asistente personal	7.837	7.984	2%

Fuente: Tabla de elaboración propia sobre datos del SISAAD

El cuidado fuera del hogar se resiente claramente, tanto porque el número de beneficiarios descendió porque en sus beneficiarios hubo una mayor mortalidad que entre los que estaban cuidados en sus domicilios, como por la paralización de nuevos ingresos los primeros meses y sobre todo por el temor de los potenciales nuevos usuarios y sus familiares a ingresar en centros residenciales y centros de día, habiéndose producido una estigmatización de las residencias en especial, con una regresión en la imagen colectiva de tales centros a épocas pasadas, una imagen negativa injusta ya

que la mortalidad en tales centros no puede reprocharse tanto a una mala gestión, sino fundamentalmente a que esta enfermedad ha tenido más incidencia en los grupos convivenciales y personas con salud frágil, y esas dos notas son propias de esas instituciones.

3.1.3 Impacto en el procedimiento

El procedimiento de valoración de la dependencia, ya de por sí tortuoso⁷⁹, se complicó con la pandemia. Como todo procedimiento administrativo, se vio afectado por el RD 463/2020, de 14 de marzo, que en su disposición adicional tercera estableció la suspensión de términos y la interrupción de plazos del sector público, hasta el 1 de junio de 2020.

Ello retrasó la resolución de los expedientes abiertos a la fecha. Pero lo que más impacto tuvo fue la paralización de los servicios sociales que gestionan las prestaciones por dependencia. El número de Resoluciones descendió en los primeros meses de pandemia, sin que ello derivara de una bajada de solicitantes, ya que aunque también descendió esa variable —obviamente—, el tiempo en tramitarse la solicitud, como media se sitúa en España en 430 días, según datos del Observatorio de la Dependencia⁸⁰. Así, se pasaron de 1.748.292 resoluciones en marzo de 2020, a 1.699.216 a 30 de junio de 2020, un 2,8 por ciento menos. Mientras que el número de solicitudes de final de marzo de 2020 fue de 1.898.854, y el de 30 de junio 1.850.322: un 2,6 por ciento inferior⁸¹.

Pero junto a ello, en Andalucía se suspendieron las visitas domiciliarias realizadas por el personal trabajador social responsable de las valoraciones y los Programas Individuales de Atención. Esta medida se extendió hasta el 14 de mayo de 2020 (Orden de 14 de mayo de 2020), condicionado a que se hubiera entrado en la fase 1 del Plan para la Transición a la Nueva Normalidad, reanudándose de forma progresiva y escalonada las visitas domiciliarias, aunque extremando la autoobservación, absteniéndose de realizar visitas en caso de sintomatología compatible con coronavirus, y extremando igualmente la vigilancia sobre el estado de salud de las personas que visita.

3.2 Medidas adoptadas en la Comunidad andaluza

La Orden de 13 de marzo de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19), en coordinación con la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, estableció una serie de medidas preventivas también en el ámbito sociosanitario, que afectaron a los Centros

79 Maldonado Molina, J.A., "El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia tras sus reformas", en Monereo Pérez, Maldonado Molina y Rubio Herrera (Dir.), *Prevención y Protección de la Dependencia: un enfoque transdisciplinar*. Ed. Comares, Granada, 2014.

80 Observatorio Estatal para la Dependencia, Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, *XXI Dictamen del Observatorio de la Dependencia*, 15 de marzo de 2021, página 5. Disponible en <https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2021/03/N.PrensaXXI-Dictamen.-15-Marzo-21-jrn.pdf>.

81 IMSERSO, *Impacto del COVID-19 en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)(Datos a 30 de abril de 2021)*, páginas 11 y 10, respectivamente. Disponible en https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/evo_sisaad_covid19_202104.pdf

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

residenciales, centros de día, ayuda a domicilio y teleasistencia. Eran medidas que inicialmente iban a ser de aplicación desde el 16 de marzo de 2020 hasta el día 30 de marzo de 2020 —si bien ya contemplaba posibles prórrogas, como así sucedió durante la primera ola⁸².

Una vez superada la primera ola, la Orden de 19 de agosto de 2020 fue la que fijó las condiciones en los centros sociosanitarios, Orden que fue objeto de numerosas reformas, a medida que la situación sanitaria evolucionaba⁸³.

Pero con los rebrotes y el inicio de la segunda ola, se dictó otra Orden en la materia, que en parte recogió la experiencia acumulada en meses anteriores: Orden de 22 de septiembre de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en centros sociosanitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus (COVID-19), que a diferencia de la que le precedió no fue objeto de reforma alguna.

Y la tercera ola también exigió una actualización de la normativa sobre centros sociosanitarios, que se llevó a cabo con la Orden de 4 de diciembre de 2020 por la que se actualizan las medidas preventivas de salud pública en los centros sociosanitarios, otros centros de servicios sociales y de servicio de la Comunidad Autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus (COVID-19).

A estas normas hay que sumar una cuarta, aprobada en un contexto de inmunización generalizada de las personas usuarias de centros sociosanitarios: Orden de 8 de abril de 2021, con la que se busca un mayor equilibrio entre las medidas preventivas, con una mayor “humanización” y mejora de la calidad de vida de las mismas.

3.2.1 Centros residenciales

La Orden de 13 de marzo de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19), para los Centros Residenciales de personas mayores, personas con discapacidad, menores, y personas con dependencia, estableció una serie de medidas que tienen en común prevenir contagios cesando toda actividad que implicara contactos con el exterior, pero manteniendo su funcionamiento.

Así, a diferencia de los Centros de Participación Activa (que dejaron de funcionar el 13 de marzo) y los Centros de Día (que lo hicieron el lunes 16 de marzo), los Centros Residenciales pasaron a considerarse como “servicios esenciales”⁸⁴. Siguieron funcionando, pero su actividad no se mantuvo

⁸² Fueron prorrogadas sucesivamente por Orden de 30 de marzo de 2020, Orden de 11 de abril de 2020 y por la Orden de 25 de abril de 2020 hasta las 00:00 horas del 10 de mayo de 2020, dictándose nuevas medidas por la Orden de 14 de mayo de 2020, por la que se adoptan nuevas medidas preventivas (hasta el 10 de mayo de 2020), pero que realmente mantuvo varias de las anteriores, que igualmente se prorrogaron primero hasta el 7 de junio de 2020 (Orden de 23 de mayo de 2020) y finalmente hasta el 21 de junio (Orden de 6 de junio de 2020).

⁸³ Orden de 25 de junio de 2020, Orden de 13 de agosto de 2020, Orden de 16 de agosto de 2020 y Orden de 1 de septiembre de 2020.

⁸⁴ Orden de 15 de marzo de 2020, por la que se determinan los servicios esenciales de la Administración de la Junta de Andalucía con motivo de las medidas excepcionales adoptadas para contener el COVID-19.

como de ordinario, sino que para prevenir los contagios se adoptaron una serie de medidas que vamos a sistematizar en ocho bloques:

3.2.1.1 Suspensión de nuevos ingresos en centros residenciales

Desde el 13 de marzo de 2020 se suspendió el ingreso de nuevos usuarios, salvo causa de urgencia social decretada por la Consejería con competencia en servicios sociales. Esta medida se extendió hasta el 14 de mayo de 2020, fecha a partir de la cual se permitieron nuevos ingresos pero solo en centros que no contaran con casos positivos siete días previos al momento de producirse los ingresos y una vez realizada prueba diagnóstica tipo PCR para COVID-19 con resultado negativo⁸⁵, y sometidas a un seguimiento activo durante 14 días desde la entrada en el centro.

Como se ha indicado, de esta suspensión quedaron fuera las situaciones de emergencia social, entendiéndose por éstas aquellas en las que el beneficiario de un recurso del Servicio de Atención a la Dependencia en Andalucía concurren alguna de las circunstancias enumeradas en el artículo 15 Decreto-ley 3/2020, de 16 de marzo, de medidas de apoyo financiero y tributario al sector económico, de agilización de actuaciones administrativas y de medidas de emergencia social, para luchar contra los efectos de la evolución del coronavirus (COVID-19), que a nuestros efectos eran dos perfiles: situaciones en las que la suspensión del recurso de atención a la dependencia le provoque a la persona beneficiaria caer en una situación de desamparo (entendiéndose por desamparo aquella situación que impida a la persona beneficiaria la salvaguardia de su integridad física en los términos que eran atendidos por el recurso de dependencia suspendido); y situaciones en las que hubiera una modificación constatables del entorno en el que viviera la persona beneficiaria de prestación por dependencia, por causas directamente provocadas en Andalucía por la epidemia del COVID-19, siempre que tales modificaciones del entorno provoquen una situación de desamparo en los términos indicados⁸⁶.

La Orden de 22 de septiembre de 2020 volvió a regular los nuevos ingresos, señalando que sería necesario que el centro no hubiera tenido casos positivos catorce días previos al momento de producirse el mismo. Se realizará PCR o test rápido de antígenos, a todo nuevo ingreso o residente que regrese tras un periodo prolongado fuera del centro en las 48 horas previas a su ingreso, entendiéndose a estos efectos periodo prolongado a más de 4 días (art. 16.3)⁸⁷. Todo nuevo ingreso o regreso

⁸⁵ Con 72 horas de antelación como máximo, prueba realizada a través del Sistema Sanitario Público de Andalucía. La Orden de 23 de mayo de 2020, por la que se modifica y prorroga la Orden de 14 de mayo de 2020, admitió también las pruebas realizadas en otro laboratorio autorizado del Sistema Sanitario por cuenta de la persona que va a ingresar.

⁸⁶ Este tipo de contratación por emergencia social se reguló en la Orden de 17 de abril de 2020, relativa a la contratación de recurso residencial para personas mayores, personas con discapacidad y otros colectivos en situación de emergencia social, debido a la alerta sanitaria provocada por el COVID-19.

⁸⁷ Respecto de quién es la persona encargada de hacer los Test, el art. 16.6 Orden de 22 de septiembre de 2020 distinguió dos situaciones: si el centros cuenta con profesionales sanitarios de medicina o enfermería, realizarán la toma de muestras para la práctica de las pruebas PCR o test rápidos de antígenos, tanto de residentes y usuarios como de trabajadores del centro, previa capacitación por parte de profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público, que, a su vez, definirá el circuito de envío de las mismas. Si —por el contrario— no fuese así, la prueba será realizada por profesionales del Sistema Sanitario Público. Esta regla se mantiene en la Orden de 8 de abril de 2021 (art. 10.9)

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

deberá realizar cuarentena durante 14 días, durante los cuales se realizará vigilancia activa de síntomas por parte del personal del centro (art. 16.8).

Y en la tercera ola, la Orden de 4 de diciembre de 2020 estableció que antes del ingreso de nuevos residentes y de la incorporación de nuevos trabajadores a los centros residenciales, en las 72 horas previas al mismo se realizará una prueba diagnóstica de infección activa de COVID-19.

Tras la vacunación masiva de residentes, la Orden de 8 de abril de 2021, sigue habiendo medidas preventivas en caso de nuevos ingresos (o incorporación de personas trabajadoras nuevas), pero solo si no están vacunados, en cuyo caso las 72 horas previas al mismo se realizará una prueba diagnóstica de infección activa de COVID-19 y se programará la vacunación lo antes posible, a través de la enfermera gestora de casos referente del centro. En todo caso (estén o no vacunados), deberán permanecer en vigilancia activa de síntomas durante diez días, procediéndose a un aislamiento preventivo y prueba diagnóstica inmediata ante cualquier síntoma sospechoso de COVID-19⁸⁸.

3.2.1.2 Posibilidad de ausencias voluntarias sin pérdida de plaza

El Decreto 388/2010, de 19 de octubre, por el que se regula el régimen de acceso y traslado de personas en situación de dependencia a plazas de centros residenciales y centros de día y de noche, en su artículo 8 condiciona la reserva de plaza a dos situaciones: bien ausencia por atención sanitaria en régimen de hospitalización; o bien ausencia voluntaria, siempre que no exceda de treinta días naturales al año (manteniéndose en ambos casos el pago que corresponda al usuario).

Pues bien, dada la situación de alarma, y considerando que se restringían las salidas de residentes de los centros, y prohibían las visitas de familiares, se consideró razonable no penalizar las ausencias motivadas por el COVID-19, de modo que los usuarios que se encontraran en condiciones de ser atendidos por sus familiares, podrían ausentarse temporalmente si así lo deseaban ellos o sus familiares⁸⁹, sin pérdida de la plaza⁹⁰. En algunos casos se hubieran salvado vidas (la mortalidad en los entornos familiares fue mucho menor), aunque hay casos que ocurrió al contrario. Por ello, el Acuerdo de 22 de abril de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toman en consideración las medidas económicas de carácter extraordinario de apoyo a los centros residenciales adoptadas por la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, aprobó que las personas usuarias de los centros residenciales para personas mayores y personas con discapacidad concertados con la Agencia de Servicios So-

⁸⁸ Los nuevos ingresos en centros residenciales se producirán en aquellos centros que no cuenten con casos positivos tras 14 días desde la fecha de levantamiento del aislamiento del último caso en residentes (art. 10.3 Orden de 8 de abril de 2021).

⁸⁹ El Acuerdo fija unos requisitos, entre los que se encuentra que la persona designada como cuidadora garantice que proporcionará suficiente atención y cuidados en el domicilio familiar y que el mismo es apto para la correcta atención de la persona dependiente.

⁹⁰ Para poder autorizar la salida de la persona del centro se exigía, además de no tener síntomas COVID, la realización de prueba diagnóstica tipo PCR con resultado negativo o prueba de detección de anticuerpos IgG para COVID-19 con resultado positivo. Y ya en el domicilio familiar, debía quedar en aislamiento durante un periodo de 14 días.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

ciales y Dependencia de Andalucía tendrán derecho a la reserva de su plaza si la ausencia voluntaria no excede en ningún caso de sesenta días naturales o como máximo hasta el 15 de junio⁹¹.

Esta regla no se mantuvo a partir de la segunda ola. Así, la Orden de 22 de septiembre de 2020 retomó la regla previa a la pandemia, señalando que en los centros residenciales con plazas concertadas, la salida voluntaria no podrá exceder de 30 días en un año, y su financiación se ajustará a lo establecido en el Decreto 388/2010, de 19 de octubre art. 14).

3.2.1.3 Medidas económicas de apoyo a centros residenciales

Hemos señalado que —durante la primera ola— las salidas voluntarias de los usuarios dejaron de penalizarse aunque superasen los 30 días naturales, pero que tales ausencias no eximían de abonar por parte de los usuarios la aportación que les correspondiera. Ahora bien, en el caso de las plazas concertadas, la Administración andaluza solo abona —en caso de plazas reservadas— la parte que le corresponde cuando los titulares se encuentren ausentes por internamiento en centro hospitalario, por enfermedad o por ausencia voluntaria en fin de semana o en período inferior a cuatro días⁹². Por tanto, la aportación prevista en el concierto se perdería si la ausencia fuese de cuatro o más días.

Por ello, y dadas las consecuencias que dichas salidas temporales podían tener en la facturación de los centros residenciales con plazas concertadas, se acordó dotar a los centros residenciales de alguna medida económica garantizar el sostenimiento financiero de las entidades gestoras de la atención residencial y, de este modo, promover la continuidad de prestación de este servicio a las personas usuarias⁹³. Así, se establece que se considera asimilada a hospitalización, pero abonando la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía la diferencia resultante entre el coste de cada plaza y la cantidad abonada por la persona usuaria. Si la persona tiene reconocida una prestación vinculada al servicio se le seguirá abonando siempre y cuando satisfaga efectivamente el pago al centro.

3.2.1.4 Suspensión de visitas

Con la Orden de 13 de marzo de 2020 se suspendieron las visitas a residentes salvo causas justificadas (medida que incluso antes de esa fecha algunos centros residenciales ya habían adoptado motu proprio). En el caso excepcional de que la visita resultara necesaria o imprescindible, la debía autorizar la Dirección del centro, bajo su responsabilidad y de forma fehaciente, y siempre y cuando

⁹¹ En este sentido, la Orden de 14 de mayo de 2020, por la que se adoptan nuevas medidas preventivas, indicó que el retorno al centro residencial de las personas usuarias que voluntariamente optaron por regresar al domicilio habitual deberá producirse en las mismas condiciones exigidas a las personas de nuevo ingreso en centros residenciales, y como máximo el 15 de junio de 2020.

⁹² Artículo 7, párrafo 6, de la Orden de 30 de agosto de 1996, por la que se regula la concertación de plazas con centros de atención especializada para los sectores de personas mayores y personas discapacitadas.

⁹³ Acuerdo de 22 de abril de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toman en consideración las medidas económicas de carácter extraordinario de apoyo a los centros residenciales adoptadas por la Consejería de Igualdad, Política Sociales y Conciliación.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

la persona visitante estuviera asintomática. En este supuesto excepcional de que se autorice la visita, la misma se restringía a un único familiar⁹⁴.

Esta suspensión se mantuvo con la Orden de 14 de mayo de 2020, por la que se adoptan nuevas medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución de la pandemia por coronavirus (COVID-19), inicialmente hasta el 24 de mayo de 2020, pero por Orden de 23 de mayo de 2020 se prorrogó hasta el 7 de junio, y por Orden de 6 de junio hasta el 21 de junio.

La Orden SND/440/2020, de 23 de mayo, en su artículo 20 dispuso que las CC.AA. y las ciudades autónomas podrían permitir en su ámbito territorial la realización de visitas a los residentes de viviendas tuteladas, centros residenciales de personas con discapacidad y centros residenciales de personas mayores, así como la realización de paseos por los residentes, correspondiendo a las CC.AA. y a las ciudades autónomas establecer los requisitos y condiciones en las que se deben realizar dichas visitas y paseos.

En Andalucía, a partir del 21 de junio se reanudaron las visitas y los paseos en los centros residenciales de personas mayores⁹⁵, condicionado a que el centro cumpliera con una serie de medidas de prevención básicas⁹⁶, y fijando unas condiciones mínimas para la realización de visitas (que en la Orden de 28 de mayo de 2020 no eran posibles si hubiera casos positivos activos por COVID-19, pero que con la Orden de 19 de junio de 2020 podían admitirse excepcionalmente), así como las condiciones para la realización de paseos de las personas usuarias, que tenían que valorarse de forma individualizada (en razón de su perfil y valoración integral) además de la higiene de manos y cambio de mascarillas— consistían en que podría salir a dar paseos el residente solo o acompañado de su cuidador habitual, ya sea familiar o no (en función de su grado de autonomía), pero llevándose un registro de los familiares que acompañan durante el paseo, a fin de garantizar la trazabilidad en caso de que pueda producirse un caso positivo. También se indicaba, aunque como mera recomendación, que al regresar de la salida se cambiara de ropa (Orden de 19 de junio de 2020).

También se regularon las condiciones en relación con los proveedores externos de servicios a los residentes, y con los proveedores externos de materiales para los centros residenciales, cuestiones que debían recogerse en el Plan de Contingencia que más adelante referiremos.

94 En cuyo caso el registro de visitas deberá reflejar el detalle de la trazabilidad de la misma en el que se deje constancia del nombre, DNI o documento equivalente, teléfono, hora de entrada y salida del familiar y persona usuaria al que se visita.

95 Previsto inicialmente en la 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) y posteriormente en el apartado 7 de la Orden de 19 de junio de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus (COVID-19), una vez superado el estado de alarma.

96 Además de contar con un Plan de Contingencia ante nuevos brotes epidémicos de COVID-19, el centro diseñará un protocolo de visitas de tal forma que éstas sean planificadas y previamente concertadas, teniendo en cuenta el tamaño del centro. Las visitas deberán realizarse por una única persona en cada ocasión por cada residente.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

En agosto de 2020 volvieron a redefinirse las condiciones exigibles para las visitas y los paseos (Orden de 13 de agosto de 2020). Respecto de las visitas, se introdujeron variables como la incidencia acumulada, e implicando a la enfermera gestora de casos en la decisión de suspender o restringir visitas, como hemos señalado en el apartado relativo a la coordinación sociosanitaria.

Y ante el aumento de casos, en septiembre se fijaron otras condiciones para visitas y paseos, por Orden de 22 de septiembre de 2020 (arts. 10 y 11). En esta ocasión, además de recoger la mayor parte de las reglas previstas en las normas anteriores, se contemplaron otras novedosas, como que en el caso de suspensión de visitas, se podrán facilitar los paseos en casos excepcionales, con fines terapéuticos para preservar la salud mental de las personas, siempre y cuando vaya acompañada de un trabajador del centro, con una duración máxima de una hora.

La norma que fijó las condiciones ante la tercera ola volvió a regular las condiciones de las visitas. Así, los artículos 9 y 10 de la Orden de 4 de diciembre de 2020 recogen actuaciones generales de las visitas y las Condiciones mínimas para la realización de salidas y visitas a las personas residentes, en términos muy similares a la Orden de septiembre, condicionando las visitas a los niveles de alerta de la localidad⁹⁷.

Con la llegada de la fase vacunación, se acordó suspender todas las salidas y visitas hasta la completa vacunación del grupo 1 de la primera etapa del Programa de Vacunación COVID-19 en Andalucía, con objeto de preservar los centros residenciales libres de brotes activos por COVID-19 (Orden de 11 de enero de 2021).

Una vez vacunada la población residencial, la Orden de 8 de abril de 2021 flexibilizó las visitas, aunque manteniendo restricciones y limitaciones. Ya no son algo excepcional, sino que “se garantizarán las visitas sin limitación de las mismas”, aunque a continuación sí que establece importantes limitaciones, tanto por número de visitas (por persona usuaria se permitirá sólo una visita al día), número y cualidad de los visitantes (no podrán acudir más de dos personas que habrán de pertenecer a la misma unidad familiar), y duración de la visita (una hora como regla general), y deben ser establecidas tras solicitud de cita previa⁹⁸.

Para los centros que hayan sido vacunados los usuarios, seguirán las normas según la presencia de brotes activos y la situación epidemiológica del municipio donde se ubica el centro.

También se restablecen las salidas (tanto de vacaciones y fines de semana o estancias cortas como las salidas al exterior del centro residencial para paseos y otras actividades de ocio), incluyendo las salidas grupales, preferentemente al aire libre.

⁹⁷ Se suspendían las visitas, tanto si el centro residencial está ubicado en un municipio con nivel de alerta 4, grado 2, definido por las autoridades sanitarias, como si es el familiar el que procede de un municipio con este nivel y grado de alerta.

⁹⁸ El artículo 13 Orden de 8 de abril de 2021 precisa cómo deben planificarse las visitas por parte del centro, qué condiciones deben reunir tanto los visitantes como usuarios (con carácter general no se permitirá el contacto físico con usuarios no vacunados, salvo casos de deterioro cognitivo o últimos días) y el acompañamiento en situaciones de fase terminal.

3.2.1.5 Suspensión de acceso de personal voluntario y alumnado en prácticas

La Orden de 13 de marzo de 2020, siguiendo la lógica de preservar a los mayores de contactos innecesarios, procedió a suspender el acceso del personal voluntario y del alumnado en prácticas, suspensión que se mantuvo con la Orden de 14 de mayo de 2020, inicialmente hasta el 24 de mayo de 2020, pero por Orden de 23 de mayo de 2020 se prorrogó hasta el 7 de junio, y por Orden de 6 de junio hasta el 21 de junio.

3.2.1.6 Plan de Contingencia de los Centros residenciales

La Orden SND/399/2020, de 9 de mayo, para la flexibilización de determinadas restricciones de ámbito nacional para la transición hacia una nueva normalidad, contemplaba en su disposición final quinta que las medidas en ella aprobadas podrían completarse por planes específicos de seguridad, protocolos organizativos y guías adaptados a cada sector de actividad, que aprueben las Administraciones Públicas o sus organismos dependientes o vinculados⁹⁹. Por tanto, una remisión genérica a la elaboración de planes de prevención.

En este sentido, en la Comunidad andaluza, la 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), contemplaba como una de las condiciones para la reanudación de visitas y paseos, la existencia de un plan de contingencia para garantizar una respuesta eficaz y segura ante nuevos brotes epidémicos de COVID-19.

Ya de una forma más específica a nivel nacional, el artículo 10.3 del RDL 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, exigía que los titulares de los centros dispusieran de planes de contingencia por COVID-19 orientados a la identificación precoz de posibles casos entre residentes y trabajadores y sus contactos, activando en su caso los procedimientos de coordinación con la estructura del servicio de salud que corresponda.

Con esta norma, la existencia del Plan en cada centro no solo es una condición para reanudar en su momento las visitas y paseos, sino una regla a cumplir en todo caso. Y no solo para centros residenciales, sino también para centros de día y centros de participación activa. Concretando esta regla, la Orden de 19 de junio de 2020 (en el contexto de la nueva normalidad posterior a la primera ola), estableció que tales centros deberán contar con un Plan de Contingencia y Actuación para la Prevención de la Epidemia por COVID-19, adaptado a la tipología de cada centro¹⁰⁰, con objeto de garantizar una respuesta eficaz y segura ante nuevos brotes epidémicos de COVID-19. Y reguló de modo detallado los extremos que debía recoger.

⁹⁹ Esta Orden ministerial era para la Fase 1, y se reiteró para la Fase 2 en la disposición final cuarta de la Orden SND/414/2020, de 16 de mayo.

¹⁰⁰ Precisión introducida por la Orden de 25 de junio de 2020.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Sin embargo, ante el incremento de contagios, el artículo 2 de la Orden de 22 de septiembre de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en centros sociosanitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus (COVID-19), dio una nueva regulación al Plan de Contingencia y Actuación para la Prevención de la Epidemia por COVID-19 en un centro, y qué documentación general (art. 3), medidas preventivas de los trabajadores (art. 4) y usuarios (art. 5), proveedores (art. 6), la lista de verificación y registro (art. 7) y medidas de detección precoz y notificación (art. 8).

La llegada de la tercera ola hizo que nuevamente se reconfiguran los Planes de Contingencia de centros sociosanitarios. La Orden de 4 de diciembre de 2020 le dio una nueva regulación, en la que destaca el fortalecimiento de la coordinación sociosanitaria, con un mayor protagonismo de la enfermera gestora de casos y en general del sistema público sanitario.

Y tras el cambio de escenario provocado por la llegada de las vacunas, la Orden de 8 de abril de 2021 sigue recogiendo el Plan de Contingencia y Actuación para la Prevención de la Epidemia por COVID-19.

3.2.1.7 Plan de Humanización

La experiencia acumulada durante la primera ola hizo que cuando llegó la segunda ola, dentro de las medidas a implementar por los centros residenciales se incluyera la obligación de recoger un “plan de humanización”. El objetivo es paliar los efectos negativos que el aislamiento puede generar en la capacidad física, cognitiva y emocional de las personas institucionalizadas.

El artículo 17 de la Orden de 22 de septiembre de 2020 recogió por vez primera el contenido mínimo de dicho Plan¹⁰¹. El artículo 15 de la Orden de 4 de diciembre de 2020 lo reiteró, añadiendo un elemento: acciones de humanización relacionados con la situación de últimos días.

En enero de 2021, comenzó la vacunación de las personas residentes. Y con objeto de preservar los centros residenciales libres de brotes activos por COVID-19, se acordó suspender las visitas y las salidas. Eso hizo aún más necesario compensar la pérdida de contactos, para lo que —en la Orden de 11 de enero de 2021— se propuso que en el marco del Plan de Humanización del centro residencial se potenciarían las actividades grupales dentro del mismo en grupos estables de convivencia y se intensificara la comunicación diaria con la familia mediante medios telemáticos, como teléfono, videoconferencias y otros disponibles.

En abril de 2021, aprovechando la nueva Orden que regulaba el escenario tras las vacunaciones, se introdujo una nueva variable, que es la de la Vida Saludable. Y pasa a llamarse “Plan de Humanización y Vida Saludable”. La Orden de 8 de abril de 2021, en su Exposición de Motivos, fundamenta

¹⁰¹ Lista de actividades para potenciar las relaciones sociales entre los residentes, un plan de ejercicio físico y mental para preservar sus capacidades y evitar el deterioro, medidas de apoyo psicológico, mantenimiento diario de las relaciones de los residentes con sus familiares haciendo uso de las nuevas tecnologías, potenciando las videollamadas para permitir la comunicación oral y visual entre usuario y familia.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

la ampliación de objetivos en el Acuerdo de 12 de noviembre de 2019, del Consejo de Gobierno, en el que se aprobó la formulación de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía, siendo de especial interés que las personas que viven en residencias incorporen estas actuaciones a su cotidianeidad. Para cumplir dicho Plan, se opta por acoger el modelo de Atención integral y centrada en la persona, teniendo como objetivo la mejora del bienestar emocional y la calidad de vida de las personas usuarias de los centros residenciales¹⁰².

Para mejorar la formación del personal de los centros residenciales, compromete al Sistema Sanitario Público andaluz, encomendándole la organización de talleres formativos de dicho personal¹⁰³.

Ampliando ese marco regulador, el 15 de abril de 2021 se aprobó el *Acuerdo del Consejo de Gobierno, 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*. Este Plan, como su nombre anuncia, extiende el Programa de Humanización también a los pacientes hospitalizados por COVID-19 y a los mayores aislados en centros residenciales.

3.2.1.8 Flexibilización de los requisitos para trabajar como gerocultor

El Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD modificó los criterios de calidad exigidos a los centros y servicios del SAAD, dejando de requerir una titulación¹⁰⁴ en la contratación de personal gerocultor, mientras durase la pandemia. Así, el 20 de marzo de 2020, por razones de urgencia y de forma temporal, flexibilizó tales requisitos, inicialmente por un plazo de tres meses prorrogables. Y en Acuerdo de 2 de octubre de 2020, volvió a prorrogar esa posibilidad (hasta 31 de diciembre de 2022), pero además contemplando una habilitación provisional para tales personas.

102 Incluirá las siguientes actividades (art. 12.2 Orden de 8 de abril de 2021): a) Adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables: incorporación de una dieta saludable, realización regular de actividad física y mental para preservar las capacidades de las personas residentes y evitar su deterioro, y fomento del sueño reparador; b) Programación de actividades encaminadas a mejorar el bienestar emocional, entre ellas la organización de grupos socioeducativos en los que se trabajará el aprovechamiento de los activos comunitarios y personales con los que cuentan las personas residentes, contando con la colaboración de los profesionales sanitarios de Atención Primaria; c) Programación de actividades para potenciar las relaciones sociales entre las personas residentes y sus familias o amistades, permitiendo las actividades grupales y el uso de las zonas comunes dentro del centro asegurando el cumplimiento de las medidas de prevención y protección.

103 Formación en actividad física enfocada al ejercicio multicomponente (movilidad, fuerza, equilibrio, aeróbico); en promoción de una alimentación saludable y de prevención de los déficits nutricionales y de un sueño reparador; en la elaboración de planes de atención individualizada desde el modelo de humanización o de atención integral y centrada en la persona.

104 El Acuerdo del 27 de noviembre de 2008 fijó los criterios comunes de acreditación, con indicación de las titulaciones profesionales serían exigibles progresivamente, si bien otro Acuerdo de 7 de octubre de 2015 permitió una habilitación excepcional para las personas que tuviesen una edad igual o superior a 55 años a 31 de diciembre de 2015, que estuviesen desempeñando sus funciones en las categorías profesionales de Cuidador/Gerocultor y de Auxiliares de Ayuda a Domicilio y acreditaran una experiencia de al menos tres años, con un mínimo de 2.000 horas trabajadas en esas categorías profesionales en los últimos diez años.

3.2.2 Centros de día

A diferencia de los centros residenciales, los centros de día no se consideraron servicios esenciales y suspendieron su actividad tras la Orden de 13 de marzo de 2020. Al no recibir servicios, las personas usuarias dejaron de pagar el servicio desde el día anterior al inicio de la suspensión (15 de marzo). Pese a ello, No obstante, el equipo de estos centros debió continuar realizando tanto la atención domiciliaria de las personas usuarias de los centros, como tareas de seguimiento proactivo de los casos de mayor vulnerabilidad, ya sea de manera presencial o telefónica, compensando así el cierre. Incluso se realizan tareas y actividades de apoyo diario a la actividad de estas personas en su domicilio o entorno.

La suspensión se mantuvo hasta la Orden de 14 de mayo de 2020, que acordó su apertura para la atención presencial a la ciudadanía “cuando se apruebe la Guía de Desescalada por la Dirección General competente en materia de salud pública, en la que se determinarán las medidas de prevención según la tipología de centro”. Por tanto, no fue inmediato. De hecho, no se permitió la reapertura hasta el 4 de junio de 2020 (Orden de 4 de junio de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública para los centros de día en Andalucía como consecuencia de la situación y evolución de la pandemia por coronavirus (COVID-19).

En el Anexo de la Orden de 4 de junio de 2020 se recoge de forma pormenorizada las medidas de prevención e higiénico-sanitarias para los Centros de Día de Andalucía para la transición hacia la nueva normalidad ante la pandemia de COVID-19, medidas que se modificaron parcialmente con la Orden de 6 de junio. Este Anexo incluye la obligación de elaborar un Plan de Actuación específico, en términos similares a los que hemos visto con los centros residenciales¹⁰⁵.

En esta normativa, se fija un marco singular para los centros de día que comparten espacios con centros residenciales (algo frecuente), indicando que se llevará a cabo la reapertura de las actividades, priorizando preferentemente la atención individual y la atención telemática en las actividades que sea posible, en los centros de día que compartan espacios comunes o estén ubicados en el interior de edificios que presten atención de servicios sociales con carácter residencial, salvo en el supuesto de centros de día que compartan espacios comunes con centros residenciales de personas mayores, en los que la reapertura de las actividades se llevará a cabo trascurridos 15 días naturales desde la entrada en vigor de la Orden de 6 de junio.

El retorno a los Centros de Día se hizo de forma escalonada y gradual, dando prioridad a los usuarios que su situación social individual lo demanda, y dejando la incorporación de las personas más vulnerables (desde el punto de vista sanitario) para el final del proceso¹⁰⁶. En el Acuerdo de 8 de septiembre de 2020 se fijaron medidas para los centros de día para personas mayores, de modo

¹⁰⁵ La Orden de 19 de junio de 2020 (en el contexto de la nueva normalidad posterior a la primera ola), estableció una normativa común en lo relativo al Plan de Contingencia y Actuación para la Prevención de la Epidemia, adaptado a la tipología de cada centro.

¹⁰⁶ Orden de 25 de junio de 2020 por la que se modifica la Orden de 19 de junio de 2020.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

que en caso de imposibilidad de incorporación de la persona beneficiaria a la actividad presencial en el centro, debido a la existencia de situaciones acreditadas por la autoridad sanitaria competente o derivadas del cumplimiento de las medidas preventivas de salud pública, se procedería a la reserva de la plaza mientras subsistan dichas circunstancias y, como máximo, hasta el fin de la vigencia de esta medida extraordinaria¹⁰⁷.

Con la segunda ola, volvieron las restricciones a los Centros de Día, pero sin que quedase suspendida su actividad como en la primera. Así, el Capítulo II de la Orden de 22 de septiembre de 2020 se dedicaba específicamente a las medidas preventivas específicas para centros de día, centros ocupacionales y otros centros no residenciales asimilados, señalando en su artículo 19 que se mantiene la apertura de tales centros, salvo excepciones¹⁰⁸, y precisando qué ocurriría cuando se diagnosticar un caso¹⁰⁹. Mientras la persona beneficiaria reciba el servicio de manera no presencial, se le aplicará una reducción del 60% en la aportación correspondiente a dicho servicio¹¹⁰.

Y nuevamente regula los casos de zonas comunes compartidas intercentros, indicándose que en el caso de que la situación epidemiológica indique la reducción del número de personas usuarias, no podrán compartir zonas comunes al mismo tiempo las personas usuarias de centros de día o centros ocupacionales, con las personas usuarias de los centros de carácter residencial, y asimismo los trabajadores y trabajadoras de centros mixtos no podrán compartir los diferentes ámbitos de atención¹¹¹.

El marco vigente en el momento actual es el recogido en la Orden de 8 de abril de 2021, que contiene actuaciones específicas para centros de día, centros ocupacionales, Centros de participación activa de personas mayores y otros centros no residenciales asimilados, atendiendo al escenario en el que la mayor parte de los usuarios están vacunados, aunque contempla que los centros que tengan grupos de personas usuarias vacunadas y no vacunadas deberán extremar las medidas de prevención y protección establecidas.

107 La Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía se encargaba de abonar por las plazas ocupadas, cuando sus titulares no acudían de manera presencial al centro, la diferencia resultante entre el coste de cada plaza establecido y las cantidades que deberían abonar las personas titulares de las mismas en el caso de que estuvieran asistiendo presencialmente al centro.

108 A excepción de aquellos casos en los que la situación epidemiológica de la zona geográfica donde estén ubicados aconseje una restricción o suspensión de las mismas; y tampoco podría abrirse si se identifican tres casos sospechosos, en cuyo caso se prohibió su apertura hasta conocer resultado negativo de las pruebas PCR o test rápido de antígenos.

109 Si se declarase algún positivo en COVID-19 en trabajadores o personas usuarias, se restringirá o suspenderá la actividad del centro hasta 28 días después de la fecha de diagnóstico del último caso, o en caso de existir un único caso se reducirá a 14 días mínimo.

110 Acuerdo de 8 de septiembre de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toman en consideración las medidas de apoyo a los centros de día para personas mayores, centros de día y centros ocupacionales para personas con discapacidad, a las corporaciones locales prestadoras del servicio de ayuda a domicilio y a las personas en situación de dependencia beneficiarias de estas prestaciones de servicios, así como la medida de establecer como servicios esenciales la gestión de las prestaciones y el procedimiento de dependencia.

111 Regla que volvería a contemplarse con la tercera ola en el artículo 20 de la Orden de 4 de diciembre de 2020.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Con el nuevo escenario, el que haya casos confirmados o sospechosos no aboca al cierre del centro, sino que si se declara un caso confirmado o tres casos de sospecha entre las personas usuarias o trabajadoras, se procederá al aislamiento de las personas en las que se haya evidenciado contacto estrecho.

Se opta por la creación de grupos estables de convivencia a los que se les asignarán las mismas personas trabajadoras, de forma que se puedan identificar de forma rápida los contactos estrechos en caso de contagio. Es decir, se opta por sectorizar los centros, tanto en lo relativo a las personas usuarias como trabajadoras¹¹².

3.2.3 Servicio de Ayuda a Domicilio

En el escenario de la pandemia, uno de los servicios clave que debía mantenerse era el de la Ayuda a Domicilio. Para garantizar la continuidad del servicio, la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación adoptó diversas medidas para garantizar la financiación correspondiente al servicio de ayuda a domicilio prestado por las corporaciones locales y asumida por la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (Acuerdo de 16 de marzo de 2020)¹¹³

El Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030 también elaboró una serie de recomendaciones de actuación desde los servicios sociales de atención domiciliaria, en base al cual se adoptó el Acuerdo de 30 de marzo de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toman en consideración las recomendaciones formuladas por la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación y la Consejería de Salud y Familias para garantizar la prestación del servicio de ayuda a domicilio.

En el Acuerdo de 30 de marzo de 2020, se reconfiguró el servicio, fijando una serie de prioridades. En esa escala, los servicios a Dependientes Grado I podían quedar relegados al seguimiento y atención telefónica y en los casos de falta de apoyo familiar al servicio de comida a domicilio. Y para los Grados II y III, se distinguió entre cuidados domésticos no prioritarios, que podrían ser modificados o sustituidos por comida a domicilio o adquisición y entrega de alimentos o medicinas; y otros servicios, que se mantendrían, e incluso se ampliarían a nuevas necesidades derivadas del confinamiento¹¹⁴. Del mismo modo, se promueve la atención por vía telefónica o telemática, y se da prioridad a determinados cuidados esenciales¹¹⁵. Y se incorporan como usuarios los casos de personas que estaban siendo atendidas en Centros de Día.

¹¹² Si no fuera posible crear grupos estables de convivencia, el centro establecerá otras medidas orientadas a minimizar la transmisión de la infección, restringiendo la presencialidad mediante la combinación de grupos presenciales con grupos de atención telemática. En cualquier caso, el horario de entrada y salida de las personas usuarias y de las trabajadoras sería escalonado.

¹¹³ Se acordó que durante el periodo que durasen las medidas excepcionales adoptadas para contener el COVID-19, sin perjuicio de que se haya producido la suspensión del servicio en determinados supuestos, la financiación sería, como mínimo, la equivalente a las liquidaciones correspondientes al mes de febrero de 2020.

¹¹⁴ Tales como realizar compras de alimentos o medicinas, elaborar comida o proveer de la misma, promover contacto telefónico o telemático con familiares confinados en otros lugares, etc.).

¹¹⁵ Dar de comer y beber, el control de la administración del tratamiento médico en coordinación con los equipos de salud y los cuidados especiales para los grandes dependientes: apoyo en las situaciones de incontinencia, cambios posturales, levantarse y acostarse, ayuda en el vestir.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Con el levantamiento del primer estado de alarma, la Orden de 19 de junio de 2020 marcó nuevas medidas preventivas en la prestación del servicio de ayuda a domicilio, centrándose en medidas básicas de higiene (EPI's, ventilación) y de cuarentena para trabajadores con síntomas o contactos con positivos. Son unas reglas que en esencia se mantuvieron con el inicio de la segunda ola, que por tanto no fue abordada en unos términos tan restrictivos como la primera¹¹⁶.

Los Acuerdos de 8 de septiembre y 17 de noviembre de 2020 volvieron a fijar medidas de apoyo a las corporaciones locales prestadoras del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Tras las vacunaciones, las medidas preventivas en la prestación del servicio de ayuda a domicilio se recogen en el artículo 17 de la Orden de 8 de abril de 2021, en términos similares a lo previsto en las de 19 de junio de 2020 y 22 de septiembre de 2020. La principal novedad es que introduce un elemento de coordinación entre servicios sociales y sistema sanitario en caso de que se sospeche o se confirme un contagio de una persona atendida por el SAD¹¹⁷. Y que como regla general se exige que los nuevos usuarios del SAD esté vacunados con anterioridad suficiente al inicio de la prestación. Y en caso contrario, se programará la vacunación de forma inmediata y se extremarán las medidas de precaución hasta completar la pauta de la misma.

3.2.4 Servicio de Teleasistencia

En Andalucía, la Orden de 13 de marzo de 2020 suspendió la instalación de los dispositivos de Teleasistencia, conservándose solo las de mantenimientos críticos que supongan la imposibilidad o dificultad de conexión del dispositivo domiciliario con los Centros de Atención. Estas medidas se extendieron hasta el 14 de mayo de 2020 (Orden de 14 de mayo de 2020), fecha en la que se reanudaron las instalaciones de dispositivos.

4. SERVICIOS SOCIALES

La declaración del estado de alarma, y la implementación de las medidas preventivas sanitarias, impidieron mantener la actividad habitual de buena parte de los servicios sociales, que —de manera natural— se basan en la cercanía y en la proximidad. Pero no solo iban a dejarse de cubrir necesidades hasta ese momento atendidas presencialmente, sino que intuía que se generarían demandas adicionales por dos circunstancias: por un lado, porque un porcentaje de las personas que prestan esos servicios sociales (incluyendo cuidadores del servicio de ayuda a domicilio), previsiblemente

¹¹⁶ Artículo 9 Orden de 22 de septiembre de 2020.

¹¹⁷ En caso de sospecha, el SAD deberá comunicarlo inmediatamente a su familia o, si no es posible, al personal sanitario de referencia. Y en caso de casos confirmados, el personal sanitario de referencia deberá comunicarlo a los servicios sociales comunitarios para que las personas que intervengan en su cuidado sigan las recomendaciones sanitarias. Dicha obligación de comunicación también recae sobre las personas en situación de dependencia o sus familias.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

acabarían causando baja por el virus o por quedar en cuarentena por contactos directos; y por otro, porque la crisis sanitaria abocaría a una crisis social y económica, con nuevas necesidades y una ampliación de los colectivos a atender.

Por ello, en el RD-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19, se contempló la concesión de un suplemento de crédito en el Presupuesto del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 para financiar un Fondo Social Extraordinario destinado exclusivamente a las consecuencias sociales del COVID-19, a cuyo cargo se harían las correspondientes transferencias a las comunidades y ciudades autónomas para financiar las prestaciones básicas de los servicios sociales de las comunidades autónomas, diputaciones provinciales, o las corporaciones locales¹¹⁸, que tengan por objeto exclusivamente hacer frente a situaciones extraordinarias derivadas del COVID-19. A tal efecto, el artículo 1 del RD-Ley ejemplificó qué tipo de proyectos y contrataciones laborales podrían financiarse, entre las que estaban las siguientes que corresponden a servicios sociales destinados a la atención de la población mayor. Se trataba de reforzar la atención domiciliaria que supliría la paralización de servicios prestados en centros, entre otras cuestiones, para lo que se preveía:

- a. Reforzar los servicios de proximidad de carácter domiciliario para garantizar los cuidados, el apoyo, la vinculación al entorno, la seguridad y la alimentación, especialmente los dirigidos a personas mayores, con discapacidad o en situación de dependencia, compensando así el cierre de comedores, centros de día, centros ocupacionales y otros servicios similares, considerando el mayor riesgo que asumen estas personas en caso de contagio. Estos servicios comprendían la ayuda a domicilio en todas sus modalidades y cualquier otro de análoga naturaleza que se preste en el domicilio de la persona usuaria.
- b. Incrementar y reforzar el funcionamiento de los dispositivos de teleasistencia domiciliaria de manera que incrementase el ritmo de contactos de verificación y la vigilancia de la población beneficiaria de dicho servicio.
- c. Trasladar al ámbito domiciliario, cuando fuera considerado necesario, los servicios de rehabilitación, terapia ocupacional, servicios de higiene, y otros similares, considerando la suspensión de atención diurna en centros.
- d. Reforzar los dispositivos de atención a personas sin hogar, con el personal y medios materiales adecuados, asegurando que tanto ellas como quienes las atienden estuvieran debidamente protegidas, y posibilitar la ampliación, tanto en el tiempo de estancia como en intensidad, de los mismos.

118 Los fondos destinados a los servicios sociales prestados por las diputaciones o las corporaciones locales se formalizaron a través de la ampliación de los convenios existentes u otros nuevos, en los que se indicará expresamente la relación entre el empleo de los fondos y las prestaciones a financiar (art. 13 RD-L 8/2020).

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

- e. Reforzar las plantillas de centros de servicios sociales y centros residenciales en caso de que sea necesario realizar sustituciones por prevención, por contagio o por prestación de nuevos servicios o sobrecarga de la plantilla.
- f. Adquisición de medios de prevención (EPI).
- g. Ampliar la dotación de las partidas destinadas a garantizar ingresos suficientes a las familias, para asegurar la cobertura de sus necesidades básicas, ya sean estas de urgencia o de inserción.
- h. Reforzar, con servicios y dispositivos adecuados, los servicios de respiro a personas cuidadoras y las medidas de conciliación para aquellas familias (especialmente monomarentales —sic— y monoparentales) que cuenten con bajos ingresos y necesiten acudir a su centro de trabajo o salir de su domicilio por razones justificadas y/o urgentes.

Al ser medidas implementadas por las Comunidades Autónomas, en colaboración con los servicios sociales de las entidades locales, el seguimiento de su puesta en marcha no es fácil. En el caso de Andalucía, se concretó en la Orden de 18 de abril de 2020, por la que se establecen las cantidades a percibir por las Entidades Locales para la financiación de las prestaciones básicas de servicios sociales correspondientes al Fondo Social Extraordinario regulado en el RDL 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19, que porcentualmente destinó los fondos destinados a Andalucía como sigue¹¹⁹:

- a. Un 35 por ciento a ampliar la dotación de las partidas destinadas a garantizar ingresos suficientes a las familias, para asegurar la cobertura de sus necesidades básicas, ayudas de emergencia social.
- b. Un 30 por ciento a reforzar las plantillas de centros de servicios sociales y centros residenciales en caso de que sea necesario realizar sustituciones por prevención, por contagio o por prestación de nuevos servicios o sobrecarga de la plantilla.
- c. Un 20 por ciento a reforzar los servicios de ayuda a domicilio así como la adquisición de medios de prevención tanto para personas usuarias como para trabajadoras y trabajadores de los servicios sociales.
- d. Y un 15 por ciento a reforzar los dispositivos de atención a personas sin hogar, con el personal y medios materiales adecuados, asegurando que tanto ellas como quienes las atienden estén debidamente protegidas, y posibilitar la ampliación, tanto en el tiempo de estancia como en intensidad, de los mismos.

¹¹⁹ 29.053.998,60 euros. Este importe lo adelantó la Junta de Andalucía, antes de que la transfiriera el Gobierno central, para que los ayuntamientos y diputaciones andaluzas pudieran disponer de este presupuesto con la máxima rapidez. Igualmente, estableció que el porcentaje del presupuesto de cada entidad local – ayuntamiento de más de 20.000 habitantes o diputación – destinado a reforzar los servicios de ayuda a domicilio así como la adquisición de medios de prevención tanto para personas usuarias como para profesionales tenía que ser del 20 por ciento. Cfr. https://juntadeandalucia.es/boja/2020/75/BOJA20-075-00005-4615-01_00172025.pdf

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Adicionalmente, el artículo 3 contempló una financiación extraordinaria para las corporaciones locales en materia de servicios sociales y dependencia, y es que dispusieron de una cantidad de igual cuantía del superávit del ejercicio 2019 para financiar las ayudas económicas y todas las prestaciones de servicios gestionadas por los servicios sociales de atención primaria y atención a la dependencia que vienen recogidas en el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de 16 de enero de 2013, que recoge el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales.

En relación a los servicios sociales destinados a mayores (no SAAD), tuvo especialmente impacto el cierre de los Centros de Participación Activa¹²⁰, dado que supuso que las personas mayores usuarias de tales centros dejaran de recibir los servicios prestados por los mismos, lo cual fue particularmente grave en lo relativo al servicio de comedor. Por ello, en Andalucía, a todos los que eran usuarios de estos servicios, se les permitió un almuerzo gratuito en su domicilio a través de un servicio de catering a domicilio. También se puso en marcha un servicio de acompañamiento telefónico, a través de un número gratuito, atendido por voluntarios, al que podían llamar las personas mayores que vivieran solas¹²¹.

A medida que las condiciones sanitarias fueron mejorando, se retomaron presencialmente algunos de estos servicios. Así, la Orden SND/399/2020, de 9 de mayo, para la flexibilización de determinadas restricciones de ámbito nacional, establecidas tras la declaración del estado de alarma en aplicación de la fase 1 del Plan para la transición hacia una nueva normalidad, en su artículo 17 (titulado “Servicios y prestaciones en materia de servicios sociales”), habilita a las autoridades competentes de las comunidades autónomas para que determinen la reapertura al público de los centros y servicios donde se presten dichos servicios y prestaciones, atendiendo a la situación epidemiológica de cada centro o servicio, y a la capacidad de respuesta del sistema sanitario concernido. En Andalucía, se contempló en la Orden de 19 de junio de 2020¹²².

No obstante lo anterior, la norma da prioridad a que tales servicios y prestaciones sean realizados por vía telemática, reservando la atención presencial a aquellos casos en que resulte imprescindible, debiendo en todo caso garantizarse la prestación efectiva de todos los servicios y prestaciones recogidos en el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales. En caso de que debieran ser presenciales se especifican las medidas preventivas a seguir¹²³.

¹²⁰ En Andalucía, dejaron de funcionar desde el 13 de marzo de 2020 (Orden de 13 de marzo de 2020).

¹²¹ Servicios de acompañamiento telefónico que se pusieron en marcha por entidades de diversa naturaleza, como ocurrió con el Máster de Gerontología, Dependencia y Protección de los Mayores de la Universidad de Granada, <https://www.qmayor.com/sociedad/voluntariado-telefonico-de-la-ugr/>

¹²² Modificada por Orden de 25 de junio de 2020, exigiendo que los trabajadores propios y externos de los Centros de Participación Activa deberán tener realizada una prueba de anticuerpos previa a la apertura del Centro y Servicio.

¹²³ Los requisitos a cumplir eran: a) Observancia de las medidas de higiene y prevención establecidas por las autoridades sanitarias, especialmente el mantenimiento de distancia social, etiqueta respiratoria e higiene de manos; b) Uso de equipos de protección adecuados al nivel de riesgo tanto por parte de las personas trabajadoras como por los usuarios.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Y para los servicios dirigidos al cuidado de personas vulnerables que impliquen contacto estrecho y/o alojamiento colectivo como es el caso de servicios de ayuda a domicilio, los servicios prestados en centros de día y los centros residenciales de carácter social, las autoridades competentes de las comunidades autónomas quedaban habilitadas a adoptar medidas adicionales en materia de monitorización y seguimiento de casos, adopción de procedimientos de aislamiento o cuarentena, trazabilidad de los contactos, y realización de pruebas diagnósticas.

En todo caso, y como servicios que prioritariamente debían quedar garantizados, debía permitirse el acceso a los servicios de terapia, rehabilitación, atención temprana y atención diurna para personas con discapacidad y/o en situación de dependencia.

En Andalucía, para planificar las medidas a adoptar superado el estado de alarma (Orden de 19 de junio de 2020), se contemplaron como medidas generales en el desarrollo de la intervención comunitaria y especializada en el Sistema Público de Servicios Sociales que en caso de las intervenciones que requieren visita domiciliaria, se potenciará el uso de la entrevista telefónica para disminuir el tiempo de exposición en la visita presencial.

5. PENSIONES Y PANDEMIA

5.1 El impacto en los pensionistas

Dado que, como se sabe, el perfil más afectado por la COVID-19, fue el de personas mayores, y éste compone el sustrato de buena parte de la población pensionista de este país¹²⁴, no sorprendió que el número de nuevas altas y bajas se viera notablemente afectado.

Los datos confirman claramente esta idea, de modo que —prácticamente en todas las pensiones— aumentó el número de bajas por fallecimiento e igualmente disminuyó el número de altas (salvo viudedad, también explicable por la pandemia). En la siguiente tabla podemos contrastar el número de altas y bajas por pensiones, con datos a 31 de diciembre de 2019 comparado con 2020:

	Nuevas Altas			Bajas		
	2019	2020	Variación	2019	2020	Variación
Jubilación	303.394	285.870	-5,78%	267.547	310.589	16,09%
Viudedad	132.114	140.362	6,24%	129.805	152.264	17,30%
IP	92.741	77.417	-16,52%	28.345	26.777	-5,53%
Orfandad	26.985	25.120	-6,91%	23.963	25.131	4,87%
En favor familiares	4.356	3.074	-29,43%	3.380	3.163	-6,42%
Total	559.590	531.843	-4,96%	453.040	517.924	14,32%

Fuente: tabla de elaboración propia, extrayendo datos de Estadísticas Seguridad Social, Evolución altas iniciales y bajas definitivas (disponible en <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST23/EST44>)

124 A 1 de mayo de 2021, en España hay 9.836.115 pensiones contributivas, de las 7.913.068 corresponden a beneficiarios mayores de 65 años (80,44 por ciento).

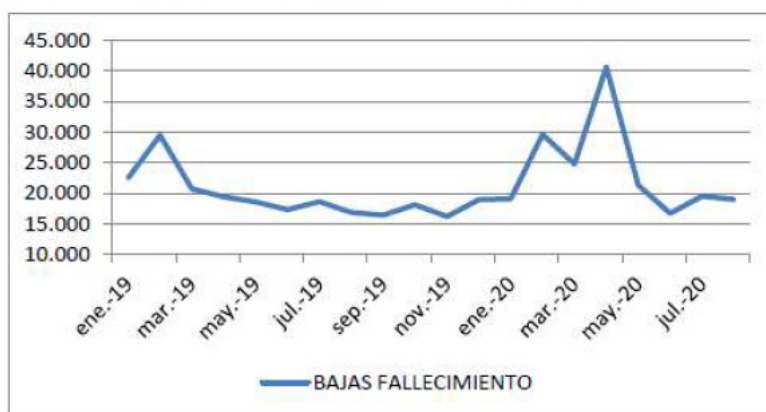
LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

En el descenso de las altas, además de la mortalidad y la enfermedad, influyó —como asume la Seguridad Social en el Proyecto de Presupuestos— “la situación producida por el COVID-19 que ha limitado la movilidad y ha obligado al cierre de los centros de atención de la Seguridad Social durante un espacio de tiempo y derivado en la saturación de la Sede Electrónica de la Seguridad Social en momentos puntuales lo que puede estar dificultando la presentación de las solicitudes de prestaciones”¹²⁵.

El resultado del descenso de nuevas altas, y aumento de bajas, es que a 1 de diciembre de 2020 había solo un 0,1% más de pensionistas que en la misma fecha de 2019:

	Número pensiones		
	2019	2020	Variación
Jubilación	6.089.294	6.125.792	0,6%
Viudedad	2.366.788	2.352.738	-0,6%
IP	962.035	948.917	-1,4%
Orfandad	340.106	338.540	-0,5%
En favor familiares	43.156	43.032	-0,3%
Total	9.801.379	9.809.019	0,1%

Centrándonos en la jubilación, el número acumulado de bajas por fallecimiento de pensiones de jubilación en los primeros ocho meses de 2020 fue superior en un 16,6% al mismo periodo de 2019¹²⁶, extremo recogido en una elocuente gráfica por la Seguridad Social en el Proyecto de Presupuestos para 2021:



125 Proyecto de Presupuestos Seguridad Social 2021, Informe Económico-Financiero, Volumen V, tomo I, págs. 201 y 202 <http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/7fad23dd-65cf-4ff4-baf3-50c5d2fabf61/202120003.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>.

126 Proyecto de Presupuestos Seguridad Social 2021, Informe Económico-Financiero, Volumen V, tomo I, pág. 197 <http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/7fad23dd-65cf-4ff4-baf3-50c5d2fabf61/202120003.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

El número de jubilados tuvo el incremento más bajo de las últimas décadas, situándose solo en un 0,6%¹²⁷.

En lo relativo al sistema de pensiones, al margen del número de bajas por muerte, fue un sistema que desde el punto de vista económico siguió funcionando sin problema, sin retrasos en los pagos, manteniendo la cobertura económica de los mayores. Solo hubo retrasos en la gestión de nuevas altas, pero que desde un punto de vista económico no generaron problemas sociales. Por lo general, en un Sistema que siguió cumpliendo su papel, dar cobertura económica, pasando en este sentido inadvertido, lo cual es lo mejor que puede ocurrirle a un sistema en plena pandemia.

5.2 Nuevo supuesto de compatibilidad con el trabajo

Junto con el análisis estadístico, que refleja además la ralentización que sufrió la gestión de las pensiones, desde un punto de vista técnico-jurídico hubo una medida excepcional relacionada con la jubilación, y es la compatibilidad de la pensión con la reincorporación de profesionales sanitarios que estuvieran en situación de jubilación. Se contempló en el punto cuarto de la Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, y se enmarca dentro de una serie de medidas para incrementar el número de sanitarios disponibles¹²⁸.

La medida consistió en permitir la reincorporación al servicio activo de los médicos/as y enfermeras menores de setenta años jubilados, y personal emérito, siendo compatible su nombramiento estatutario (a tiempo completo o parcial) con la pensión de jubilación¹²⁹.

La disposición adicional decimoquinta del RD-ley 11/2020, de 31 de marzo¹³⁰, establece que se manteniendo el importe de la pensión (incluyendo el eventual complemento a mínimos), considerándose pensionista a todos los demás efectos, pero debiendo la Administración contratante cumplir con sus obligaciones en orden a afiliación, alta, cotización, e incluyéndose cuota obrera patronal en los mismo términos que cualquier actividad, sin ser de aplicación las reglas relativas a la "jubilación activa".

¹²⁷ Si vemos el incremento en el número de pensionistas de jubilación en los últimos quince años, se hace patente el impacto que el Covid-19 tuvo en los jubilados: 2005: 3,1%; 2006: 1,4%; 2007: 1,2%; 2008: 1,9%; 2009: 2,0%; 2010: 2,1%; 2011: 1,8%; 2012: 2,0%; 2013: 2,2%; 2014: 1,8%; 2015: 1,2%; 2016: 1,7%; 2017: 1,7%; 2018: 1,9%; 2019: 1,5%; 2020: 0,6%.

¹²⁸ Las medidas afectaban a profesionales sanitarios en formación (residentes de último año), licenciados o graduados en medicina sin plaza de especialista, facultativos con títulos obtenidos fuera de la UE, liberados sindicales, estudiantes de último año de enfermería y medicina.

¹²⁹ La norma indicó que se priorizará que estos profesionales presten sus servicios en los centros de Atención Primaria, para disminuir la carga asistencial en este ámbito, realizando funciones de triaje y atención domiciliaria, relacionadas con la atención al COVID-19. A 31 de agosto se han incorporado, y por tanto compatibilizan su actividad con el cobro de la pensión de jubilación, 28 médicos y 8 enfermeras (Proyecto de Presupuestos Seguridad Social 2021, Informe Económico-Financiero, Volumen V, tomo I, pág. 204, <http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/7fad23dd-65cf-4ff4-baf3-50c5d2fabf61/202120003.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>)

¹³⁰ Fue modificada por la disposición final 3.3 y 4 del RD-ley 13/2020, de 7 de abril.

6. LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA

6.1 Los derechos humanos de los mayores

A diferencia de otros colectivos, como son las mujeres¹³¹, niños¹³² o las personas con discapacidad¹³³, las personas mayores no se encuentran dentro de los grupos a los que las Naciones Unidas refuerzan sus derechos humanos reconociéndoles derechos de modo específico. Ello hace pensar que, pese a que desde distintas instancias se hable de los derechos humanos de las personas mayores, aún no pueda considerarse que existan como tal. Ni la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), ni los Pactos Internacionales (Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) incluyen a este colectivo como sujetos de un trato especial¹³⁴.

Sin embargo, en otros ámbitos geopolíticos sí se han reconocido esos derechos (Latinoamericano, fundamentalmente), y existe en las Naciones Unidas una Comisión de composición abierta trabajando en ello. Por tanto, en el momento actual se reclama la elaboración de un catálogo de derechos de las personas mayores a nivel internacional. La toma de conciencia de que son un colectivo especialmente vulnerable, y que por ello son merecedores de un estatuto jurídico singular, es la base para el respeto de su dignidad como personas, y por ende de la prevención del maltrato en cualquiera de sus manifestaciones¹³⁵. Todo reconocimiento de derechos para un colectivo diferenciado debe partir de la premisa de que hay una realidad desigual y de debilidad que debe equilibrarse con la proclamación de derechos que garanticen que la igualdad real sea efectiva¹³⁶.

¹³¹ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979)

¹³² Convención sobre los Derechos del Niño (1989)

¹³³ Convención sobre los derechos de personas con discapacidad (2006)

¹³⁴ El artículo 2 de la DUDH se limita a rechazar las discriminaciones por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Obviamente el que sea una cláusula abierta, que rechaza la discriminación por motivos "de cualquier otra índole", permite admitir el motivo de edad. Pero contrasta con otros documentos internacionales, como la Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea, que en su artículo 21 alude expresamente a la edad como posible origen de discriminaciones que se prohíben. No obstante lo anterior, y aunque no incorporan en su articulado derechos que correspondan específicamente a las personas mayores, sin embargo sí recogen derechos cuyo disfrute corresponde de forma exclusiva (derecho a la protección en la vejez) o preferente a éstos vejez (derecho a recibir servicios sociales, derecho a disfrutar de un nivel de vida adecuado).

¹³⁵ Maldonado Molina, J.A., «Los derechos de las personas mayores. Especial referencia a la prevención del maltrato», en Maldonado Molina (Dir.), *Materiales docentes de Gerontología y protección de las personas Mayores*, Ed. Dykinson, Madrid, 2018, pág. 266.

¹³⁶ Monereo Pérez, J.L. y Maldonado Molina, J.A., «Igualdad y no discriminación por razón de edad y Derechos de los Mayores», en Monereo Pérez y Monereo Atienza, *El Sistema Universal de los Derechos Humanos. Estudio Sistemático de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de*

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Esta labor se está realizando tanto a nivel mundial, como en ámbitos regionales, como son el de América latina y el Caribe¹³⁷, la Unión Europea (pero en mucha menor medida)¹³⁸, y el del Consejo de Europa¹³⁹. En abril de 2002, en Madrid y con carácter inmediato a la celebración de la Segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento, tuvo lugar el Foro Mundial de las Organizaciones No Gubernamentales sobre envejecimiento. En él se parte de que las normas internacionales en materia de derechos humanos son insuficientes (por no referirse específicamente a los mayores), habiendo una situación de desprotección de los mayores, que sufren graves dificultades económicas, limitaciones en el acceso a los servicios de salud, ausencia de servicios sociales, graves carencias en vivienda y en condiciones de vida, exclusión de la cultura y educación, trato inadecuado, escasa participación en la vida social y política. Ante ello, y entre otras cuestiones, se reclamó la redacción de una Convención promovida por las Naciones Unidas para la eliminación de cualquier forma de discriminación hacia las personas mayores, como instrumento de rango superior que realmente protegería los Derechos Humanos de este grupo de población. Esta reivindicación se ha mantenido desde entonces, pero no ha sido hasta hace relativamente poco cuando las Naciones Unidas han empezado a dar los pasos hacia una Convención de Derechos de las Personas Mayores.

Así, el 21 de diciembre de 2010, la Asamblea General aprobó la Resolución 65/182, seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en la que, entre otros aspectos, decidió establecer un *grupo de trabajo de composición abierta*, en el que puedan participar todos los Estados Miembros, con el propósito de aumentar la protección de los derechos humanos de las personas de edad examinando el marco internacional vigente en materia de derechos humanos de las personas de edad y determinando sus posibles deficiencias y la mejor forma de subsanarlas, incluso mediante el estudio, cuando corresponda, de la viabilidad de nuevos instrumentos y medidas¹⁴⁰.

Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y textos internacionales concordantes, Granada, Comares, 2014, pág. 105.

137 Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores en América Latina y El Caribe, que recoge las conclusiones y recomendaciones fruto de la III Conferencia Regional, celebrada entre el 8 y 11 de mayo de 2012 en San José de Costa Rica). Y se ha concretado en la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Nueva York, 15-6-2015).

138 Solo encontramos el genérico artículo 25 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión, de 2000 (sobre el mismo, vid. Monereo Pérez y Maldonado Molina, «Artículo 25. Derechos de las Personas Mayores», en Monereo Atienza y Monereo Pérez (Dirs.), *La Europa de los Derechos. Estudio sistemático de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*. Ed. Comares, Granada, 2012, págs. 557 y ss.

139 En especial, la Recomendación CM/Rec(2014)2 del Comité de Ministros, de 19 de febrero de 2014. Sobre ella, vid. Monereo Pérez y Maldonado Molina, "Derecho de las personas de edad avanzada a la protección social (artículo 23)", en VV.AA., *La garantía multinivel de los derechos fundamentales en el Consejo de Europa*, Comares, Granada, 2017, págs. 821 y ss.

140 El Grupo de Trabajo de composición abierta, hasta la fecha ha tenido numerosas reuniones: la primera del 18 al 21 de abril de 2011; la segunda del 1 al 4 de agosto de 2011; la tercera del 21 al 24 agosto 2012, en la que se constituyeron cinco mesas temáticas para el análisis de los derechos de los mayores; la cuarta del 12 al 15 de agosto de 2013; la quinta el 30 de julio a 1 de agosto de 2014; la sexta, del 14 al 16 de julio de 2015; la séptima, del 12 al 15 de diciembre de 2016; la octava, del 5 al 7 de julio de 2017; la novena, del 23 a 26 de julio de 2018; la décima 15 al 18 abril 2019, la undécima 6 a 9 abril 2020. Consultar en <http://social.un.org/ageing-working-group/index.shtml>

Abundando en la necesidad de este instrumento internacional, la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 19 de diciembre de 2011, reconoció “que en muchas partes del mundo el conocimiento que se tiene del Plan de Acción de Madrid sigue siendo reducido o nulo, lo que limita el alcance de las medidas de aplicación”. Y en la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 29 de noviembre de 2012: se concluye que los esfuerzos nacionales no han sido suficientes, y aprueba el Proyecto de resolución II: Hacia un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad.

En mayo de 2014, el Consejo de Derechos Humanos designó a la Sra. Rosa Kornfeld -Matte (chilena) como la primera Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad¹⁴¹. Y en mayo de 2020 nombró a Claudia Mahler (austriaca). El 17 de diciembre de 2015, la Asamblea General de la ONU aprobó una Resolución sobre “Medidas para mejorar la promoción y protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas de edad”. Pero realmente no recogió medidas, sino que anima a los Estados a que hagan algo, y respecto de la ONU, alienta a los Estados a que sigan contribuyendo a la labor que realiza el Grupo de Trabajo de Composición Abierta, y que sugieran el “posible contenido de un instrumento jurídico multilateral”.

6.2 Los derechos humanos de los mayores durante la pandemia

En definitiva, aún sigue sin existir una Convención sobre los Derechos Humanos de las personas mayores. Ahora bien, eso no quiere decir que las personas de edad avanzada –como personas que son– no tengan los derechos ligados a la dignidad que toda persona tiene. Pues bien, concretándolo con la crisis sanitaria del COVID-19, hay una serie de derechos humanos que hay que subrayar.

De la DUDH, pueden haberse vulnerado tres preceptos:

- Artículo 3: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.
- Artículo 7: Todos son iguales ante la ley
- Artículo 25.1: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure (...) la salud y el bienestar, y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios

Del Convenio Europeo de los Derechos Humanos, otros tres:

- Artículo 2: El derecho de toda persona a la vida está garantizado por la Ley
- Artículo 8; Derecho al respeto a la vida privada y familiar
- Artículo 14: Prohibición de discriminación

¹⁴¹ En julio de 2016 se publicó el Informe http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/33/44. En él se recogen buenas prácticas, entre otras cuestiones

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

De la Constitución Española, tres igualmente:

- Artículo 14: Igualdad
- Artículo 15: Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes
- Artículo 8: Intimidad personal y familiar

Todo mayor fallecido por COVID-19 no es una víctima de violación de derechos humanos. Sí lo es cuando su fallecimiento se produce por una desatención institucional en base a su situación física o edad.

En agosto y diciembre de 2020, respectivamente, las ONG´s Médicos Sin Fronteras y Amnistía Internacional hicieron públicos unos Informes en los que denunciaban la vulneración de los derechos fundamentales cometidos contra los mayores durante la pandemia del COVID-19¹⁴². En concreto, y bajo el llamativo título de “Abandonadas a su suerte: la desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia COVID19 en España”, enumera casos concretos sucedidos en Madrid y Cataluña donde hubo “denegación de derivación a hospitales de personas mayores que vivían en residencias, en base al lugar en el que residían y otros criterios generales —como la edad o grado de discapacidad, estado de salud (ser pacientes confirmados o con sospecha de COVID-19)— sin una valoración individualizada, lo que vulneró manifiestamente el derecho a la no discriminación de estas personas mayores” (pág, 34). Matiza Amnistía Internacional que no cuestionan “que, en muchos casos, para las personas mayores con comorbilidades ser enviadas al hospital puede no ser la mejor opción, y que incluso algunas han podido especificar en su plan de atención su preferencia de quedarse en la residencia o, en su caso, sus familiares. También el personal médico puede tomar esa decisión, basada en una evaluación del caso. El problema es que no se les diera una oportunidad de evaluación individualizada, incumpliendo así obligaciones internacionales contraídas por España”. Concluye que en Madrid se vulneraron los derechos humanos de las personas mayores que vivían y viven en residencias; en concreto, el derecho a la salud, a la vida y a la no discriminación, y que otros derechos humanos se vieron mermados por las decisiones de las autoridades: el derecho de las personas residentes a la vida privada y familiar.

Por el contrario Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, el 7 de junio de 2020 hizo público un comunicado, con el título *Residencias de mayores: ya tenemos al culpable*, en el que literalmente indica:

“Que no se ha negado el ingreso hospitalario a los ancianos de la Comunidad de Madrid también lo dicen los datos: 10.300 residentes han sido trasladados desde su residencia a

142 Así, Médicos Sin Fronteras, *Poco, tarde y mal El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España*, agosto de 2020, disponible en <https://msfcovid19.org/wp-content/uploads/2020/08/aaff-msf-informe-covid19-residencias-baja-nota.pdf>; (en concreto, apartado 50: Denegación de derivaciones a los servicios hospitalarios: ¿negligencia u omisión del deber de socorro?); Amnistía Internacional, *Abandonadas a su suerte: la desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia COVID19 en España*, 3 de diciembre de 2020, disponible en <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/reportajes/residencias-en-tiempos-de-covid-personas-mayores-abandonadas-a-su-suerte/>

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

hospitales desde el 1 de marzo hasta el día 5 de junio (una media de 106 cada día); el día 6 de abril se alcanzó un pico de 206 traslados de residencias a hospitales; de los 2.226 pacientes ingresados en La Paz entre el 25 de febrero y el pasado 19 de abril, el 32% (709 personas) provenían de una residencia de mayores... y así en el resto de hospitales.¹⁴³

En este sentido, sí son elocuentes los datos de la Fiscalía General del Estado (que tiene un área especializada en protección y defensa de las personas mayores)¹⁴⁴, que reflejan que –a 18 de enero de 2021–, las fiscalías habían tramitado 785 diligencias preprocesales penales, de las que se habían archivado 294¹⁴⁵, y dándose trámite a 491, de las que el 39,1 por ciento corresponde a la Comunidad de Cataluña, y el 30,1 por ciento a Madrid¹⁴⁶. Del total de diligencias preprocesales, 15 se debieron a falta de atención sanitaria (el 1,9 por ciento); y 5 a denegación de ingreso hospitalario/traslados (el 0,63 por ciento). Si estamos a los motivos de las denuncias, la mayor parte corresponden a homicidios por imprudencia y omisión del deber de socorro (189 denuncias, el 42,85 por ciento)¹⁴⁷.

A la vista de todo lo anterior, procede preguntarnos si ha habido una vulneración de los derechos humanos de las personas mayores, en especial los ligados a la salud y la vida. De forma sintética, pasamos a evaluar cinco posibles derechos vulnerados:

- a. Derecho a la igualdad, la salud y la vida. De modo deliberado queremos tratar conjuntamente estos derechos, para subrayar la evidente conexión entre el derecho a la salud y la vida. Esta relación debe subrayarse sobre todo tras las Sentencias del TC de final de 2017¹⁴⁸, en el que el

¹⁴³ En su escrito subraya que "lo ocurrido en España no ha sido diferente a lo ocurrido en nuestro entorno" y que "no ha fallado el sistema de atención geriátrica instalado". Disponible en <https://www.segg.es/media/descargas/Carta-geriatria-residencias-Madrid.pdf>

¹⁴⁴ Creado por el RD 255/2019, de 12 de abril, por el que se amplía la plantilla orgánica del Ministerio Fiscal para adecuarla a las necesidades existentes, instaurando en la Fiscalía General del Estado una plaza de Fiscal de Sala coordinador de los servicios especializados en la protección de las personas con discapacidad y atención a los mayores, que en la actualidad ocupa D^a María José Segarra Crespo.

¹⁴⁵ De las diligencias archivadas, el 11,8% han finalizado como consecuencia de la interposición de denuncia o querrela ante los juzgados competentes por parte de las Fiscalías. El 10,48% lo ha sido como consecuencia de la tramitación de un procedimiento judicial. El 10% ha sido archivado como consecuencia de la acumulación a otras diligencias de investigación de la Fiscalía. El 67,72% han archivado por entender que los hechos no revestían caracteres de delito. Las denuncias archivadas por este motivo constituyen el 35,14% del total. Datos recogidos en la rueda de prensa dada por la Fiscalía General del Estado el 21 de enero de 2021 (<https://www.fiscal.es/web/fiscal/-/encuentro-con-los-medios-de-la-fiscal-general-del-estado-y-la-fiscal-de-sala-coordinadora-de-los-servicios-especializados-en-la-protecci-c3-b3n-de-las>).

¹⁴⁶ Datos recogidos en https://www.fiscal.es/documents/20142/0/NOTA+INFORMATIVA_DILIGENCIAS_ORDENADO++copia.pdf/3b9ecc3b-381f-8b2a-7107-fd40f92d2a32?t=1611582964940

¹⁴⁷ Seguidas de Denuncias generales situación residencia o residencias (163, 36,96%). Otras que se incardinan en el derecho a la asistencia sanitaria son deficiencias atención médica (21, 4,76%) y rechazo traslado a Ucis/Hospitalización (1, 0,22%). Vid. https://www.fiscal.es/documents/20142/0/NOTA+INFORMATIVA_DILIGENCIAS_ORDENADO++copia.pdf/3b9ecc3b-381f-8b2a-7107-fd40f92d2a32?t=1611582964940

¹⁴⁸ Sobre estas Sentencias, ver Maldonado Molina, J.A., «La distribución de competencias como límite a la efectiva protección de la salud: Sentencias TC 134/2017, de 16 de noviembre; 140/2017, de 30 de noviembre; y 145/2017, de 14 de diciembre», en *Revista Foro*, Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad

TC el dio un giro, negando el carácter de derecho fundamental el derecho a la salud recogido en la Constitución. Literalmente, indica que “el derecho a la salud recogido en el artículo 43 CE, es un mandato que ha quedado constitucionalmente enunciado como principio rector y no como derecho fundamental, y, por tanto, es el legislador quien ha de determinar las técnicas apropiadas para llevar a cabo su plasmación”. Esta interpretación, en última instancia, lo que hace es supeditar la efectiva promoción del derecho a la salud a los intereses generales, pero considerando que los intereses generales son los que el legislador estatal estime convenientes en cada momento. Los datos estadísticos recogidos en la primera parte de nuestro estudio, dejan patente cómo limitar la atención sanitaria a un grupo de edad, conduce a la pérdida de vidas.

- b. Derecho a la vida privada y familiar. Los protocolos de confinamiento ¿han vulnerado el derecho a la vida privada y familiar? El Convenio Europeo de DDHH prohíbe injerencia, salvo cuando sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás. Por tanto, tales limitaciones encuentran su respaldo, siempre que sea una restricción tomada legalmente, necesaria y proporcionada.
- c. Derecho a muerte digna. Ligado al derecho a la vida, es un derecho que no está considerado internacionalmente como un derecho humano, y España no contaba hasta hace unos meses con una Ley sobre Eutanasia (LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia). Pero no debe confundirse la eutanasia con el derecho a una muerte sin dolor ni sufrimientos, de forma digna, cuestión que hace una década ya están previstas por varias Comunidades Autónomas¹⁴⁹. La muerte por insuficiencia respiratoria, propia de un virus como el COVID-19, sin estar asistido con respiradores, y sin atención paliativa, sin duda conduce a una muerte indigna.

Complutense, 2018; Maldonado Molina, J.A, Romero Coronado, J., «The predominance of a “strong” economic over a “weak” social constitution: The legacy of the financial crisis in Spain», en *European Welfare State Constitutions after the Financial Crisis* (Editors Becker y Poulou), Oxford University Press, 2020, págs. 334 y ss.

- 149 Por orden alfabético: Andalucía: Ley 2/2010 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte; Aragón: Ley 10/2011 de Derechos y Garantías de la persona en proceso de morir y de la Muerte; Asturias: Ley 5/2018 sobre Derechos y Garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida; Baleares: Ley 4/2015 de Derechos y Garantías de la persona en el proceso de morir; Canarias: Ley 1/2015 de Derechos y Garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida; Euskadi: Ley 11/2016 de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida; Galicia: Ley 5/2015 de derechos y garantías de las personas enfermas terminales; Madrid: Ley 4/2017 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte; Navarra: Ley Foral 8/2011 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte; Comunidad Valenciana: Ley 16/2018 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.

7. CONCLUSIONES

Tras décadas debatiendo si los mayores eran un colectivo débil, y considerando que nuestra civilización tenía humanidad con ellos, y la realidad ha demostrado que se les trató como un lastre que había que soltar para evitar que el barco del sistema de salud se hundiera

Las personas cuyo alojamiento era un centro residencial han sido las principales víctimas mortales del virus, sobre todo durante la primera ola. En ellos confluyen una serie de características determinantes de su mayor fragilidad: la edad (que conlleva pluripatologías, comorbilidad) complica la enfermedad en estas personas y dificulta el tratamiento exitoso; la dependencia, que multiplica el riesgo de exposición al virus, dado que ha habido una transmisión cruzada trabajadores- residentes: es imposible concebir distanciamiento social entre cuidador y dependiente, contacto que además se produce en un entorno cerrado, y que es más fácil de contagiar dado que un cuidador no atiende a un solo dependiente, como sí puede suceder en otros ámbitos; y además el que las personas institucionalizadas vivan en centros con habitaciones compartidas, personal que atiende a todos los usuarios, zonas de uso común y masivo en espacios cerrados, hicieron que en caso de que entrara el virus en una residencia, su propagación se extendiera rápidamente entre el conjunto de trabajadores y residentes.

Pero junto con estas circunstancias, en muchos casos inevitables, han existido otras que sí podrían haber reducido la extensión o la letalidad de la pandemia. Por un lado, si el modelo organizativo de las residencias ya hubiera estado adaptado al modelo de atención centrada en la persona. Y por otro, que las Administraciones hubieran tenido claro qué papel juegan las residencias, que principalmente es servir de hogar a personas que requieren de apoyos, pero no son centros sanitarios.

En efecto, las residencias son centros sociosanitarios, lo cual quiere decir que son centros asistenciales dentro de los que se presta un servicio sanitario, con objeto de la institucionalización de una persona no ponga en peligro la continuidad de la atención sanitaria, y paralelamente que sus problemas de salud crónicos no obliguen a vivir en un centro sanitario. Se trata de que estas personas puedan beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía.

Los servicios sanitarios que se prestan son muy limitados, tanto en cometidos, personal y medios. Su función no es curar, sino cuidar. La ratio del personal sanitario en los centros es muy reducida, siendo obligatoria su presencia solo en centros acreditados para prestar el servicio concertado, y sin que sea necesario que haya médico/a. Sí es obligatorio contar con personal de enfermería, pero en una ratio 4/100 usuarios. Esta reducida ratio hizo que durante la pandemia las bajas por contagios de los profesionales dejaran totalmente desatendidos a los mayores. Junto con las bajas por enfermedad, hubo otro tipo de bajas, y fueron las de los profesionales que se marcharon a trabajar en la Sanidad Pública, por las enormes condiciones laborales y retributivas que hay entre lo privado y lo público en el sector sanitario.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Por su parte, la atención sanitaria prestada a los mayores por el SNS está fundamentalmente enfocada dentro de la Atención Primaria, complementada con coordinación en el ámbito farmacéutico. Pues bien, como es sabido, la Atención Primaria quedó desbordada, cerrándose para prestar una atención telefónica con objeto de evitar que los centros de salud fuesen focos de contagio, y derivando parte de su personal a los servicios hospitalarios.

El Sistema de Dependencia quedó parcialmente en suspenso. No todos sus recursos pudieron seguir funcionando, dejando de prestar servicios los Centros de Día. Y los Centros Residenciales se situaron en el epicentro de la crisis, sin recibir siempre una efectiva atención por parte de los poderes públicos, que se desentendieron de ellos en algunas situaciones.

El Sistema de servicios sociales también quedó paralizado los primeros meses. Se optó por la asistencia telemática, lo cual no siempre casa con unos servicios tan personalistas como los que debe cubrir ese servicio público.

En lo relativo al sistema de pensiones, al margen del número de bajas por muerte, fue un sistema que desde el punto de vista económico siguió funcionando sin problema, sin retrasos en los pagos, manteniendo la cobertura económica de los mayores. Solo hubo retrasos en la gestión de nuevas altas, pero que desde un punto de vista económico no generaron problemas sociales.

Pero lo más destacado y alarmante fueron los casos de negación de derivación a centros hospitalarios por razón de la edad o de la procedencia. Todo mayor fallecido por COVID-19 no es una víctima de violación de derechos humanos. Sí lo es cuando su fallecimiento se produce por una desatención institucional en base a su situación física o edad. Protocolos como los existentes en Madrid o Cataluña introdujeron triajes en los que vivir en una residencia dificultaba cuando no impedía poder recibir una asistencia en los mismos términos que el resto de ciudadanos, son ejemplos de que el miedo al colapso hospitalario se resolvió relegando a los más débiles, a los mayores, por su menos probabilidades de sobrevivencia, y eso es edadismo.

Las denuncias de familiares, ONG's, sindicatos y profesionales del sector residencial, apuntan a que se vulneró el derecho a la salud y la vida de las personas institucionalizadas por razón de su edad y lugar de residencia. La Fiscalía General del Estado ha tramitado cerca de medio millar de diligencias preprocesales penales. No es un tema pacífico, desde otras instancias se niega que se haya negado el ingreso hospitalario a residentes en Madrid. La Justicia lo aclarará. Pero en todo caso, debemos concluir que los centros residenciales no estaban adaptados (en general) a los modelos que desde hace tiempo vienen proponiéndose desde la Gerontología (modelo de atención centrado en la persona, con centros compartimentados en unidades convivenciales más reducidas), un aumento del personal sanitario (a la vista del incremento de las tasas de dependencia de los usuarios), y sobre todo, una verdadera coordinación sociosanitaria, que implica que una persona cuyo hogar sea una residencia, pueda mantener su derecho a la salud en los mismos términos de los demás ciudadanos.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Amnistía Internacional, *Abandonadas a su suerte: la desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia COVID19 en España*, 3 de diciembre de 2020, disponible en <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/reportajes/residencias-en-tiempos-de-covid-personas-mayores-abandonadas-a-su-suerte/>.
- Asociación Multidisciplinaria de Gerontología, *Las necesidades sociosanitarias de la población dependiente en España: modelos y cuidados prolongados y coordinación de recursos. El debate profesional*. Informe para el Defensor del Pueblo, Madrid, 2000.
- Causa, R., Almagro Nievas, D., Bermúdez Tamayo, C., "COVID-19 y dependencia funcional: análisis de un brote en un centro sociosanitario de personas mayores", *Revista Española de Salud Pública*, núm. 95, 2021, 26 de marzo de 2021. Disponible en https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202103045.pdf
- Comas Herrera, A., Zalakaín, J., Litwin, C., Hsu, A.T., Lemmon, E., Henderson, D. y Fernández, J.L., "Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence", *LTCcovid.org*, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 14 octubre 2020.
- Defensor del Pueblo, *Recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la atención sociosanitaria y aspectos conexos*, Madrid. 2000.
- Defensor del Pueblo, *Separata sobre atención a las personas mayores. Centros residenciales* en el Informe anual de 2019. https://www.defensordelpueblo.es/wpcontent/uploads/2020/05/Separata_personas_mayores_centros_residenciales.pdf.
- Fundación Economía y Salud, *Lo sociosanitario: de los casos reales al modelo*, 2018, pág. 42. Disponible en http://www.fundacione-conomiaysalud.org/wp-content/uploads/Lo-sociosanitario_De-los-casos-reales-al-modelo.pdf.
- Gallego Berciano, P., "Impacto de COVID-19 en los centros sociosanitarios", *Revista Española de Salud Pública*, 13 de mayo de 2020.
- IMSERSO, *Impacto del COVID-19 en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (Datos a 30 de abril de 2021)*. Disponible en https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/evo_sisaad_covid19_202104.pdf.
- IMSERSO, *Monitorización de la mortalidad en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (Datos a 30 de abril de 2021)*. Disponible en https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/covid19_dep/index.htm.
- Maldonado Molina, J.A., *El seguro de dependencia. Presente y proyecciones de futuro*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2003.
- Maldonado Molina, J.A., «La protección a la dependencia en Andalucía», *Revista Temas Laborales*, núm. 100, 2009.
- Maldonado Molina, J.A., "El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia tras sus reformas", en Monereo Pérez, Maldonado Molina y Rubio Herrera (Dirs.), *Prevención y Protección de la Dependencia: un enfoque transdisciplinar*. Ed. Comares, Granada, 2014.
- Maldonado Molina, J.A., "Los derechos de las personas mayores. Especial referencia a la prevención del maltrato", en Maldonado Molina (Dir.), *Materiales docentes de Gerontología y protección de las personas Mayores*, Ed. Dykinson, Madrid, 2018.

LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Maldonado Molina, J.A., "La distribución de competencias como límite a la efectiva protección de la salud: Sentencias TC 134/2017, de 16 de noviembre; 140/2017, de 30 de noviembre; y 145/2017, de 14 de diciembre", en *Revista Foro*, Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Complutense, 2018.

Maldonado Molina, J.A. y Romero Coronado, J., "The predominance of a "strong" economic over a "weak" social constitution: The legacy of the financial crisis in Spain", en *European Welfare State Constitutions after the Financial Crisis* (Editors Becker y Poulou), Oxford University Press, 2020.

Maravall Gómez-Allende, H., "La coordinación socio-sanitaria: una exigencia ineludible", *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, núm. 30, 1995.

Martínez Aguayo, C., "Coordinación entre servicios sociales y sanitarios. Un modelo de atención posible", *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, núm. 30, 1995.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*, 2011.

Monereo Pérez, J.L. y Maldonado Molina, J.A., "Igualdad y no discriminación por razón de edad y Derechos de los Mayores", en Monereo Pérez y Monereo Atienza, *El Sistema Universal de los Derechos Humanos. Estudio Sistemático de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y textos internacionales concordantes*, Granada, Comares, 2014.

Monereo Pérez, J.L. y Maldonado Molina, J.A., "Artículo 25. Derechos de las Personas Mayores", en Monereo Atienza y Monereo Pérez (Dirs.), *La Europa de los Derechos. Estudio sistemático de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*. Ed. Comares, Granada, 2012.

Monereo Pérez, J.L. y Maldonado Molina, J.A., "Derecho de las personas de edad avanzada a la protección social (artículo 23)", en VV.AA., *La garantía multinivel de los derechos fundamentales en el Consejo de Europa*, Comares, Granada, 2017.

Observatorio Estatal para la Dependencia, Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, *XXI Dictamen del Observatorio de la Dependencia*, 15 de marzo de 2021. Disponible en <https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2021/03/N.PrensaXXI-Dictamen.-15-Marzo-21-jrn.pdf>.

OMS, "Impact of COVID-19 on long-term care: what the evidence tells us", *Preventing and managing COVID-19 across long-term care services*, Policy Brief, 24 July 2020.

Rodríguez Escanciano, S., "Los cuidados en la vejez como servicio social público de carácter esencial: apostando por una cobertura de calidad", *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social* núm. 57, 2020.

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, *Prestación farmacéutica especializada en centros socio sanitarios análisis de situación y propuesta CRONOS-SEFH*, 2013. Disponible en https://www.sefh.es/sefhpdfs/dossier_CRONOS_2013.pdf.