



Consejería de la Presidencia de la Junta de Castilla y León
Ilmo. Sr. Director General de Relaciones Institucionales
C/ Santiago Alba, 1
47008 - VALLADOLID

Expedientes: 1788/2020, 1821/2020, 1844/2020, 1863/2020, 1865/2020, 1873/2020, 1962/2020

Asunto: RESOLUCIÓN relativa a la Atención y Cuidados en las Residencias para personas mayores de Castilla y León ante la pandemia ocasionada por la Covid-19.

Centro directivo: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

Ilmo. Sr.:

De nuevo nos dirigimos a V.I. en relación con el expediente que se tramita en esta Institución con el número arriba indicado.

En Castilla y León existen **700 centros residenciales de personas mayores** con un total de **48.296 plazas**, que se encuentran distribuidas por provincias de la siguiente forma:

PROVINCIA	NÚMERO DE CENTROS	NÚMERO DE PLAZAS
Ávila	51	3.681
Burgos	97	6.978
León	114	7.944
Palencia	56	4.272
Salamanca	126	7.546
Segovia	40	3.060
Soria	35	2.505
Valladolid	116	7.898
Zamora	65	4.412
TOTAL CYL	700	48.296

Fuente: Elaboración propia sobre los datos del Informe “el Impacto del Covid-19 en las residencias de personas mayores de Castilla y León y medidas adoptadas” (29 de septiembre de 2020).

Aproximadamente una cuarta parte de las plazas son de **titularidad pública (26,1%)**, otro tanto son plazas gestionadas por **entidades privadas sin ánimo de lucro**





(25,5%) y, por último, cerca de la mitad restante están gestionadas por **entidades con ánimo de lucro (48,4%)**¹.

TITULARIDAD	CENTROS	PLAZAS	% Plazas
Pública	199	12.613	26,1 %
Privada	501	35.683	73,9 %
Total CYL	700	48.296	100 %

TITULARIDAD	CENTROS	PLAZAS	% Plazas
Privada sin ánimo de lucro	156	12.299	25,5 %
Privada con ánimo de lucro	345	23.384	48,4 %
Total plazas privadas CYL	501	35.683	73,9 %

Fuente: Elaboración propia sobre los datos del Informe “el Impacto del Covid-19 en las residencias de personas mayores de Castilla y León y medidas adoptadas” (29 de septiembre de 2020).

Pues bien, la atención que se presta a las personas mayores usuarias de centros residenciales de Castilla y León viene siendo objeto de la constante supervisión de esta Institución desde el inicio de su funcionamiento. Muchos años, pues, conociendo la evolución de esta modalidad asistencial, bien de oficio o a través de las múltiples quejas ciudadanas, y constatando tanto las mejoras experimentadas como las carencias del sistema y deficiencias de los recursos repartidos por la geografía de esta Comunidad.

Algunos de los problemas detectados a lo largo de todo este tiempo se han dejado ver con más crudeza con ocasión de la pandemia causada por la COVID-19.

Una crisis no solo sanitaria, sino también social y humanitaria, que ha afectado, muy especialmente, a las personas mayores de nuestra Comunidad (poniendo de manifiesto su especial vulnerabilidad) y a los entornos en los que muchas de ellas viven, como son los centros residenciales.

La dramática situación que se ha vivido en muchos de ellos refleja las dificultades del modelo asistencial actual para adoptar medidas suficientes de prevención y protección, con escasos medios y apoyado para toda la asistencia sanitaria

¹ Hay que tener en cuenta, no obstante, que la titularidad de las plazas no se corresponde con su forma de financiación. Así, a 31 de diciembre de 2019 del total de las plazas existentes en Castilla y León el 80% eran de financiación pública, siendo éstas de tres tipos (plazas de titularidad pública, plazas concertadas con la Administración autonómica y plazas financiadas mediante la prestación económica vinculada al servicio residencial). Si bien ello no influye en el análisis del impacto de la Covid-19.



en el Sistema Nacional de Salud.

Desde la primera declaración del estado de alarma por el Gobierno de la Nación, venimos recibiendo quejas ciudadanas relacionadas con la situación crítica y angustiosa de no pocas personas mayores institucionalizadas y de sus familias y el temor por su salud física y psíquica. Lo que denota una clara conciencia ciudadana respecto a las condiciones vividas por estos usuarios en sus centros residenciales durante la primera ola y en las distintas fases de la desescalada.

Algunas de ellas (por su gran semejanza o identidad de la problemática planteada, con la única diferencia en algunos casos de su ámbito territorial), son ahora objeto de la presente Resolución, centrada en la atención y cuidados recibidos por las personas mayores y dependientes en los centros residenciales públicos y privados de esta Comunidad Autónoma durante la primera ola de la pandemia: **1788/2020, 1821/2020, 1844/2020, 1863/2020, 1865/2020, 1873/2020, 1962/2020.**

Una vez finalizadas las gestiones de investigación desarrolladas con la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y la Consejería de Sanidad en relación con la problemática planteada, desde nuestra responsabilidad, constituye una prioridad en este momento (en que el avance incontrolado de la Covid-19 en España, especialmente relevante en nuestra Comunidad, ha determinado un nuevo estado de alarma) evaluar las circunstancias relacionadas con la afectación de esta pandemia durante su primera ola en los centros residenciales de personas mayores para conocer su impacto y prever la adopción de nuevas medidas de protección y control de propagación de la enfermedad en esta población vulnerable.

Contamos, para ello, con la evaluación que consta en el Informe *“El Impacto del Covid-19 en las residencias de Personas Mayores de Castilla y León y Medidas Adoptadas”* (29 de septiembre de 2020)², que contiene datos técnicos importantes que nos permiten contar con un análisis detallado y minucioso (**periodo 14 de marzo a 30 de septiembre de 2020**), tanto de los factores que propiciaron los contagios y fallecimientos en los centros, como de las actuaciones desarrolladas por las Administraciones Públicas, sus efectos y su grado de eficacia.

Con ello podremos, además, determinar los errores cometidos y los aciertos

² El pasado 17 de junio de 2020 se suscribió en Castilla y León el Pacto para la Recuperación Económica, el Empleo y la Cohesión Social. Una de las medidas suscritas en dicho acuerdo establecía el compromiso de elaborar un informe sobre la incidencia y prevalencia de la COVID-19 en los centros residenciales de personas mayores de Castilla y León. Este informe abarca un periodo temporal que comienza el 14 de marzo, día en el que se declara el estado de alarma y culmina en el mes de septiembre. Es el resultado de la labor de técnicos y profesionales de la Junta de Castilla y León (Servicio de Estudios y Documentación, Dirección Técnica Atención a Personas Mayores y Personas con Discapacidad, Dirección Técnica de Recursos Humanos y Gestión de Centros, Dirección Técnica de Acceso a los Servicios Sociales y Atención a la Dependencia, Gerencias Territoriales de Servicios Sociales y Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria).





conseguidos, con objeto de proponer nuevas medidas frente a esta segunda ola de la pandemia, que ya está afectando de nuevo a los hogares de nuestros mayores.

1. DATOS ESTADÍSTICOS³ DE MORBILIDAD, MORTALIDAD Y LETALIDAD EN LOS CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES DE CASTILLA Y LEÓN.

1.1. Personas mayores afectadas.

Comenzando por la evolución de los contagios entre residentes durante la primera fase de la crisis sanitaria, debe destacarse que **una de cada tres residencias de mayores (un total de 252) tuvo contagios**, con niveles de MORBILIDAD⁴ muy distintos entre provincias (periodo 14 de marzo al 30 de junio de 2020).

CENTROS CON CONTAGIOS (PORCENTAJES CON RESPECTO AL TOTAL DE CENTROS)		
PROVINCIA	NÚMERO DE CENTROS	%
Ávila	25	49 %
Burgos	40	41 %
León	40	35 %
Palencia	9	16 %
Salamanca	43	34 %
Segovia	31	78 %
Soria	24	69 %
Valladolid	28	24 %
Zamora	12	18 %
Total CYL	252	36 %

Así, el **36%** de los centros residenciales para personas mayores tuvieron residentes contagiados⁵, con mayor incidencia en Segovia, Soria y Ávila. Y, por tanto, el

³ Los datos que se exponen en la presente Resolución corresponden al citado Informe *“El Impacto del Covid-19 en las residencias de personas mayores de Castilla y León y medidas adoptadas”* (29 de septiembre de 2020). Las tablas reflejadas en la misma son de elaboración propia de esta Institución sobre la base de dichos datos.

⁴ Tasa de morbilidad en relación con el total de residentes. No todos los centros que tuvieron personas con Covid-19 tuvieron contagios. Una parte de los casos registrados ingresaron en los centros con la enfermedad, procedente de hospitales o de sus domicilios.

⁵ Según la Administración autonómica, existe certeza de que en algunos casos se trataba de personas que





64% de las residencias estuvieron libres de contagios. Por el tamaño de los centros, casi el **60%** de los contagiados se localizan en los grandes centros, le siguen los medianos (con un **28%**), teniendo los centros pequeños y muy pequeños una incidencia muy por debajo (**12 %** y **1,4%** respectivamente).

Esta mayor incidencia de la Covid-19 en los grandes centros se justifica en los mayores contactos con el exterior y en su ubicación (situados principalmente en las ciudades y en su entorno, donde la pandemia ha tenido más impacto). Si bien la morbilidad es ligeramente más baja en los mismos, quizá por su mayor capacidad para aplicar medidas preventivas, como la sectorización.

Por la titularidad de las residencias, **la morbilidad es inferior en los centros públicos.**

MORBILIDAD SEGÚN LA TITULARIDAD DE LOS CENTROS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES (30/06/2020)

TITULARIDAD	CENTROS	Ocupación inicial	%	Confirmados	%
PÚBLICA	199	10.886	25,4 %	2.063	25,5 %
PRIVADA	501	31.973	74,6 %	6.025	74,5 %
TOTAL CYL	700	42.859	100 %	8.088	100 %

Como puede observarse, en las **residencias de titularidad pública**, con una ocupación inicial de 10.886 plazas, el volumen de contagios fue (a 30/06/2020) de **2.063 residentes** (un **25,5 %**). En cambio, en las **residencias de titularidad privada** el porcentaje fue del **74,5 %**, 6.025 residentes contagiados en relación con la ocupación inicial (31.973). En total, **8.088 usuarios confirmados, con una tasa de morbilidad del 18,9 %**.

Total residentes iniciales	42.859
Residentes con Covid-19 confirmado	8.088
Tasa de morbilidad	18,9 %

llevaban varias semanas hospitalizadas, siendo allí donde se contagiaron y, o bien fallecieron en el hospital o regresaron al centro una vez estabilizados. En otros, se trataba de personas contagiadas que fueron trasladados desde otros centros, intervenidos.





La distribución territorial de los casos de contagio es la siguiente:

PROVINCIA	Nº TOTAL CENTROS	OCUPACIÓN INICIAL	RESIDENTES CONFIRMADOS	%
Ávila	51	3.210	661	8,2 %
Burgos	97	6.258	1.130	14 %
León	114	6.995	1.199	14,8 %
Palencia	56	3.622	302	3,7 %
Salamanca	126	6.720	1.208	14,9 %
Segovia	40	2.764	1.004	12,4 %
Soria	35	2.293	785	9,7 %
Valladolid	116	7.001	1.467	18,1 %
Zamora	65	4.014	332	4,1 %
Total CYL	700	42.859	8.088	100 %

La incidencia no es homogénea en la Comunidad. Las diferencias más importantes se reflejan en **Segovia**, con el 6,4% de los residentes registró el **12,4% de los contagiados** y **Palencia**, con el 8,5% de los usuarios de Castilla y León, tuvo tan solo el **3,7% de los contagiados**.

También a nivel provincial, como se puede observar en la siguiente tabla, las tres provincias con mayor proporción de **centros con contagios** han sido **Segovia (78%)**, **Soria (69%)** y **Ávila (49%)**. Le siguen **Burgos (41%** de los centros), **León (35%)** y **Salamanca (34%)**. **Valladolid** registra un **24%** (1 de cada cuatro centros). Las provincias menos afectadas fueron **Zamora y Palencia** (con un **18%** y un **16%** respectivamente), donde uno de cada seis centros tuvo contagios.

Es importante también destacar que, según los datos disponibles, casi el 80% de los centros fueron contagiados en el mes de marzo de 2020, la mayoría antes del día 23. Considerando que el tiempo medio de incubación es de 4-5 días, y que puede llegar a los 10 días, parece claro que cuando se produjo el cierre de los centros, el virus estaba dentro en la mayoría de los casos. Además, los centros con contagios en las primeras fechas muestran una morbilidad muy elevada (casi un 50%), lo que puede justificarse en que la infección se produjo antes de que se adoptaran las medidas de aislamiento y sectorización de los recursos.





Fecha identificación primer caso	Centros contagiados	%	Residentes confirmados	%	Morbilidad
Antes del 23 de marzo de 2020	178	70,6 %	6.302	78,3 %	41,2 %
Del 23-29 de marzo	26	10,3 %	1.097	13,6 %	45,7 %
Del 30 de marzo al 5 de abril	11	4,4 %	284	3,5 %	32,2 %
Del 6 al 12 de abril	9	3,6 %	170	2,1 %	25,3 %
Del 13 al 19 de abril	8	3,2 %	67	0,8 %	14,9 %
Del 20 al 26 de abril	10	4 %	55	0,7 %	10,3 %
Después del 26 de abril	10	4 %	75	0,9 %	9,1 %
Total CYL	252	100 %	8.050⁶	100 %	38,2 %

En cuanto a la información disponible sobre la MORTALIDAD en las residencias para mayores, se ha constatado que desde el inicio de la pandemia hasta el 30 de junio de 2020 **fallecieron con Covid-19 confirmado 1.473 personas mayores, con sintomatología compatible 1.093, y por otras causas 3.359.**

Esto hace que la tasa de mortalidad de casos confirmados sea del **3,4%** de los residentes y del **6%** si sumamos los casos con sintomatología compatible (**2.566 residentes fallecidos**). Y la LETALIDAD de la Covid-19, es decir, fallecidos sobre contagiados, asciende al **18,2%** si solo se computan los casos confirmados y al **27%** si añadimos los que tenían sintomatología compatible.

⁶ En esta tabla la cifra de residentes contagiados es un poco inferior a la de las tablas anteriores pues no se han computado los casos confirmados conocidos que ingresan en centros sin contagios.





Total fallecidos del 1 de marzo al 30 de junio de 2020	5.925
Fallecidos con Covid-19 confirmado	1.473
Fallecidos con sintomatología compatible	1.093
Fallecidos por otras causas	3.359

Total residentes iniciales	42.859
Residentes con Covid-19 confirmado	8.088
Tasa de morbilidad	18,9 %
Fallecidos con Covid-19 confirmado	1.473
Tasa de mortalidad	3,4 %
Tasa de letalidad	18,2 %
Fallecidos con Covid confirmado+sintomatología compatible	2.566
Tasa de mortalidad	6 %
Tasa de letalidad	27,9 %





La distribución de estos datos por provincias es la siguiente:

PROVINCIA	Fallecidos con Covid confirmado	Fallecidos con sintomatología compatible	Fallecidos Covid confirmado+sint. compatible	Otras causas	Total
Ávila	126	83	209	255	464
Burgos	170	109	279	415	694
León	215	188	403	638	1.041
Palencia	53	36	89	234	323
Salamanca	254	205	459	574	1.033
Segovia	186	195	381	244	625
Soria	109	92	201	189	390
Valladolid	299	125	424	521	945
Zamora	61	60	121	289	410
Total CYL	1.473	1.093	2.566	3.359	5.925

Con todo ello se deduce que:

- **Segovia** tiene la mayor morbilidad, seguida por Soria, pero la mortalidad de la primera es significativamente más alta que en la segunda, debido al mayor grado de dependencia de sus residentes.

- **Salamanca** es una provincia cuya tasa de morbilidad está en la media regional, pero su letalidad es más alta, por su proporción de personas con alto grado de dependencia en los centros con contagios.

- **Burgos y Soria** presentan las tasas de letalidad más reducidas, que se corresponden con la proporción más baja de personas con grado 2 y 3 de dependencia.

- Así, el grado de dependencia se presenta como una de las variables explicativas de la alta mortalidad y letalidad por la Covid-19 en residencias. Predominan los residentes de grado 3 (1 de cada 3), mientras que los otros grados y las personas sin dependencia tienen proporciones en torno al 20%. Los fallecidos son los de grado 3 los más afectados. La mitad de los fallecidos son grandes dependientes, y no se aprecian





diferencias significativas entre los casos Covid-19 y los fallecidos por otras causas.

Estos datos ponen de relieve que los fallecimientos se dan en personas que tienen un nivel de deterioro (por enfermedad y vejez) que los hace particularmente vulnerables a cualquier enfermedad sobrevenida. Y esto explica la mortalidad registrada así como la elevada letalidad del virus en los centros.

• El total de fallecidos en Castilla y León a 30 de junio de 2020 era de 14.764 personas, de las que 5.987 (40%) fallecieron en residencias. Pero este porcentaje aumenta en casi un 30% en el caso de los fallecidos en residencias por Covid-19 confirmados o con síntomas compatibles (2.598 personas) respecto al total de fallecidos por estas causas en Castilla y León (3.875), lo que supone un 67 %.

1.2. Personal afectado en los centros residenciales de mayores.

Junto al impacto de la Covid-19 en las personas mayores residentes, se ha producido también una alta incidencia en los trabajadores de los centros, resultando muchos de ellos contagiados.

La falta de equipos de protección individual durante el primer período de pandemia, la falta de pruebas diagnósticas, y en algunos casos, la complejidad organizativa y falta de preparación y formación específicas, podrían haber contribuido a una mayor propagación de los contagios, ya que los trabajadores habrían actuado, en algunos casos, como medios de propagación entre los residentes. También las condiciones de contratación y financiación, con profesionales pluriempleados, podría haber generado contaminación entre centros.

Ahora bien, no podemos dejar de destacar el esfuerzo de este colectivo, que ha seguido trabajando en las residencias en condiciones a menudo extremas y con una elevada exposición al contagio, sin olvidar el impacto psicológico de la pandemia entre sus profesionales, así como en los sanitarios. A nivel nacional, incluso, se conocen algunas experiencias de éxito en las cuales el personal, en una fase temprana de la pandemia, se confinó en las instalaciones conjuntamente con los residentes, evitando la entrada y la transmisión del virus.

Con independencia de ello, el funcionamiento de los centros residenciales para personas mayores se vio dificultado de forma muy importante por la baja del personal, tanto sanitario como de atención directa, y las dificultades para encontrar profesionales cualificados, revertiendo en la atención prestada a los usuarios.

El volumen de trabajadores con Covid-19 confirmado o en cuarentena por haber estado en contacto estrecho con algún caso posible o confirmado, fue el siguiente:





TRABAJADORES DE CENTROS DE PERSONAS MAYORES, CASOS CON COVID CONFIRMADO Y EN CUARENTENA

Provincia	Número de Trabajadores	Trabajadores Covid confirmados	Trabajadores en cuarentena	Porcentaje Covid confirmados	Porcentaje total de afectados
Ávila	1.833	224	133	12 %	19 %
Burgos	3.816	378	354	10 %	19 %
León	3.482	504	238	14 %	21 %
Palencia	1.857	97	72	5 %	9 %
Salamanca	3.607	545	186	15 %	20 %
Segovia	1.707	693	194	41 %	52 %
Soria	1.264	448	63	35 %	40 %
Valladolid	4.115	565	149	14 %	17 %
Zamora	2.186	115	59	5 %	8 %
Total CYL	23.867	3.569	1.448	15 %	21 %

En concreto, el **15% de los trabajadores de Castilla y León fue Covid confirmado**, siendo el **21% el porcentaje total de afectados** (en el que se incluyen además los trabajadores que tuvieron que permanecer en cuarentena). El nivel de gravedad fue especialmente importante en las provincias de **Segovia y Soria**, con un **41%** y un **35%** respectivamente de trabajadores con Covid-19 confirmado, y un porcentaje de afectados del **52%** y el **40%** sobre el total de trabajadores.

Las bajas fueron muy abundantes en las primeras semanas, por contagios o por cuarentenas, siendo la necesidad de personal uno de los problemas importantes durante la primera ola de la crisis sanitaria. La dificultad para sustituir a los profesionales fue muy intensa hasta finales de abril aunque desde principios de este mes se lograra reducir el impacto considerablemente.

2. ANÁLISIS DE LAS ACTUACIONES DE LA CONSEJERÍA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ANTE LA COVID-19 EN LAS RESIDENCIAS DE MAYORES⁷.

⁷ De acuerdo con la información facilitada por la Administración autonómica y los datos del Informe “El Impacto del Covid-19 en las residencias de personas mayores de Castilla y León y medidas adoptadas” (29 de septiembre de 2020).





Considerando que es la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades la competente para el control de todos los centros residenciales de carácter social destinados a la población mayor (públicos y privados), procede examinar las actuaciones desarrolladas por dicha Administración durante la evolución de la pandemia para la protección de los usuarios y trabajadores y, de este modo, para dar cobertura a las carencias y corregir las deficiencias asistenciales detectadas en los recursos existentes en esta Comunidad.

2.1. Desarrollo normativo

Se aborda en este apartado la relación de las normas más destacadas que afectan a nuestro ámbito territorial para dejar constancia de la evolución normativa en relación con los centros residenciales de personas mayores.

2.1.1. Normativa estatal

Tras la declaración del estado de alarma para la gestión de la situación de la crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19 a través del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo (que permaneció en vigor desde el día de su publicación hasta el día 21 de junio de 2020), la primera norma dictada específicamente sobre esta materia fue la *Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*, contemplando la reducción en la medida de lo posible del número de trabajadores en contacto directo con un residente afectado por un caso posible o positivo, así como el tiempo de su exposición; la clasificación de los residentes en cuatro categorías (sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19; sin síntomas, en aislamiento preventivo por contacto estrecho; con síntomas compatibles; y confirmado de COVID-19); las medidas de limpieza; así como el deber de realizar la prueba diagnóstica a aquellos casos con síntomas de infección respiratoria aguda.

Le siguió la *Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*, en la que se establecía, entre otras obligaciones, que los centros de servicios sociales de carácter residencial debían mantener su actividad, no pudiendo adoptar medidas que conllevaran el cierre, reducción o suspensión de actividades o de contratos laborales, a menos que la autoridad competente autonómica determinase que la actividad del centro no era imprescindible.

Se prescribía, además, que dicha autoridad debía priorizar la identificación e investigación epidemiológica de los casos por Covid-19 relacionados con residentes,





trabajadores o visitantes de los centros de servicios sociales de carácter residencial, mediante la realización de pruebas diagnósticas de los residentes y del personal al servicio de los mismos; a la par que debía priorizar la disponibilidad de equipos de protección individual para ambos colectivos. Y se facultaba a la misma autoridad para adoptar una serie de medidas de intervención en estos centros (el alta, baja, reubicación y traslado de residentes a otros centros; la puesta en marcha de nuevos centros y la modificación de la capacidad de los existentes; la designación de un empleado público para dirigir y coordinar la actividad asistencial de los centros; y la modificación del uso de los centros residenciales para su utilización como espacios de uso sanitario).

La Orden SND/414/2020, de 16 de mayo, para la flexibilización de determinadas restricciones de ámbito nacional establecidas tras la declaración del estado de alarma en aplicación de la fase 2 del Plan para la transición hacia una nueva normalidad, estableció (art. 20) que las comunidades autónomas y las ciudades autónomas podían 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. En este último caso, estas visitas se realizarían preferentemente en supuestos excepcionales, tales como el final de la vida o el alivio de descompensación neurocognitiva del residente. Además, establecía una serie de pautas a cumplir, además de las que establecieran las comunidades autónomas:

- a) Concertar previamente la visita con el centro residencial.
- b) Limitarlas a una persona por residente.
- c) Uso obligatorio de equipos de protección adecuados al nivel de riesgo tanto por parte del visitante como por parte del residente.
- d) Contar con procedimientos específicos para regular la entrada y salida de las visitas con el fin de evitar aglomeraciones con los trabajadores y resto de residentes.
- e) Observar en las visitas las medidas de higiene y prevención establecidas por las autoridades sanitarias, y en particular el mantenimiento de la distancia de seguridad de dos metros y la higiene de manos.

El citado precepto fue posteriormente modificado por la Orden SND/440/2020, de 23 de mayo, por la que se modifican diversas órdenes para una mejor gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 en aplicación del Plan para la transición hacia una nueva normalidad, pasando a tener el siguiente contenido: “Las comunidades autónomas y las ciudades autónomas podrán 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. Corresponderá a las comunidades autónomas y





a las ciudades autónomas establecer los requisitos y condiciones en las que se deben realizar dichas visitas y paseos.”

Otra de las normas estatales que hace mención a los centros residenciales es el *Real Decreto-ley 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*. En concreto, el artículo 10, recogido dentro del Capítulo II “Medidas de prevención e higiene”, establece el deber de las administraciones competentes de asegurar que los titulares de centros sociales cumplen con las normas de desinfección, prevención y acondicionamiento de las instalaciones, que aquellas establezcan; así como de garantizar la coordinación de los centros residenciales con los recursos sanitarios del sistema de salud de la comunidad autónoma en que se ubiquen. Por último, señala que los titulares de los centros deben tanto disponer de planes de contingencia Covid-19 orientados a la identificación precoz de posibles casos entre residentes y trabajadores y sus contactos, como adoptar las medidas organizativas, de prevención e higiene adecuadas para prevenir los riesgos de contagio.

2.1.2. Normativa de Castilla y León

Tras declararse por la Organización Mundial de la Salud la situación de pandemia respecto del brote Covid-19, se procedió por la Administración de esta Comunidad a la elaboración y aprobación de normas, instrucciones, recomendaciones y protocolos, que han recogido pautas de actuación para todos los centros residenciales ubicados en Castilla y León, pudiendo destacar los siguientes:

Mes de Marzo:

- *Orden SAN/295/2020, de 11 de marzo*, en la que se adoptó un primer grupo de medidas preventivas y recomendaciones ante la nueva situación de crisis sanitaria, en la que se incluyen restricciones a visitas a residencias.

- *Orden SAN/200/2020, de 12 de marzo, por la que se amplían las medidas preventivas en relación con el Covid-19 para toda la población y el territorio de la Comunidad de Castilla y León. Se restringen las visitas* en residencias de personas mayores públicas y privadas y en los centros con discapacidad a un visitante al día por residente y con una duración máxima de una hora, salvo circunstancias individuales en las que fuesen de aplicación medidas adicionales de cuidados y humanización.

- *Orden SAN/306/2020, de 13 de marzo, por la que se amplían las medidas preventivas en relación con la Covid-19 para toda la población y el territorio de la Comunidad de Castilla y León. Se suspenden las visitas* en centros residenciales de personas mayores públicos y privados, salvo circunstancias individuales en las que fuesen de aplicación medidas adicionales de cuidados y humanización, adoptadas por la





dirección del centro. Asimismo, **se suspenden las salidas de los residentes al exterior.**

- *Guía de Actuación (17 de marzo de 2020) para los centros dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales en relación con el Covid-19 o enfermedad por el nuevo coronavirus SARS-Cov 2: centros residenciales (centros de personas mayores, camp, campyco, co y centros de menores).* Actualizada el 26 de marzo de 2020.

- *Recomendaciones en las residencias de atención a personas mayores para mejorar el bienestar psicoafectivo (18 de marzo de 2020).*

Mes de Abril:

- *Resolución de la Dirección General de Salud Pública de 1 de abril de 2020, por la que se autoriza el traslado de usuarios de residencias de personas mayores asintomáticas a domicilios de familiares.*

- *Procedimiento para la reubicación temporal de las personas dependientes que ingresan en el hospital con infección Covid-19 y otras prioridades sociales (6 de abril de 2020).*

- *GUÍA DE ACTUACIÓN para los centros dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León en relación con el COVID19: centros residenciales (centros de personas mayores, camp, campyco, co, y centros de menores).* Actualización de 20 de abril de 2020.

Mes de Junio:

- *Plan de desescalada en las Residencias y centros de día públicos y privados de personas mayores y de personas con discapacidad de Castilla y León (5 de junio de 2020).*

- *Guía de actuaciones en las residencias y centros de día públicos y privados de personas mayores y de personas con discapacidad de Castilla y León (15 de junio de 2020).*

- *Decreto-Ley 5/2020, de 18 de junio, por el que se regulan las medidas extraordinarias que deben adoptarse en la atención social en los centros residenciales de personas mayores y personas con discapacidad en Castilla y León para garantizar la protección de usuarios y profesionales ante situaciones excepcionales de salud pública declaradas oficialmente.* Entre ellas se encuentra la obligación para las entidades titulares de los referidos centros de contar con un **plan de contingencia**, la de disponer de existencias de **equipos de protección individuales (EPIs)** o la implantación de **áreas diferenciadas en los centros** para evitar la propagación de





cualquier epidemia sanitaria.

- *Acuerdo 29/2020, de 19 de junio*, de la Junta de Castilla y León, se aprobó el Plan de Medidas de Prevención y Control para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 en la Comunidad de Castilla y León, que, a su vez, en atención a la situación epidemiológica de cada momento, fue modificado mediante sendos *Acuerdos 33/2020, de 9 de julio y 35/2020, de 16 de julio*.

- *GUÍA DE CONTENIDO DEL PLAN DE CONTINGENCIA frente a situaciones de crisis sanitarias en centros residenciales de atención a personas mayores y personas con discapacidad* (26 de junio de 2020).

Mes de Julio:

- *Guía de actuaciones en las residencias y centros de día públicos y privados de personas mayores y de personas con discapacidad de Castilla y León* (10 de julio de 2020).

- *Decreto-Ley 7/2020, de 23 de julio*, que establece el régimen sancionador específico por el incumplimiento de las medidas de prevención y contención sanitarias para afrontar la situación de crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19 en la Comunidad de Castilla y León.

Mes de Agosto:

- *Acuerdo 43/2020 de 15 de agosto, de la Junta de Castilla y León, por el que se da publicidad, para general conocimiento y por ser de obligado cumplimiento, a la Orden comunicada del Ministro de Sanidad, de 14 de agosto de 2020, mediante la que se aprueba la declaración de actuaciones coordinadas en salud pública para responder ante la situación de especial riesgo derivada del incremento de casos positivos por COVID19.* (16 de agosto de 2020).

- *GUÍA DE ACTUACIONES en las residencias y centros de día públicos y privados de personas mayores y de personas con discapacidad de Castilla y León.* (Actualización de 19 de agosto de 2020).

- A la vista del incremento considerable de los brotes y contagios producidos en el mes de agosto y para impedir en la medida de lo posible la expansión descontrolada y la transmisión comunitaria, se adoptaron nuevas medidas de prevención y control para la contención de la pandemia en Castilla y León, a través del *Acuerdo 46/2020, de 20 de agosto, por el que se aprueba el Plan de Medidas de Prevención y Control para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19*. Se dejan sin efecto los anteriores Acuerdos mencionados, adoptándose nuevas medidas de prevención y control para la contención de la pandemia en Castilla y León.





Mes de Septiembre:

• *Guía de actuaciones para las residencias y centros de día públicos y privados de personas mayores y personas con discapacidad durante la situación de crisis sanitaria por Covid-19 en Castilla y León* (14 de septiembre de 2020), actualizada en los términos previstos en la declaración de actuaciones coordinadas en salud pública para responder ante la situación de especial riesgo derivada del incremento de casos positivos por Covid-19, aprobadas por Orden del Ministro de Sanidad de 14 de agosto de 2020.

Mes de Octubre:

Ante la evolución de la situación epidemiológica en Castilla y León, con un importante incremento de la incidencia de la enfermedad, que obligó a imponer a determinados municipios restricciones severas, se modificó el antes citado Plan de Medidas mediante los *Acuerdos 64/2020, de 8 de octubre y 71/2020, de 15 de octubre*, pero manteniendo las medidas relativas a los centros residenciales de mayores y discapacidad.

2.2. Sistema de Información y Seguimiento.

Los centros públicos y privados de personas mayores han sido informados puntualmente desde las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales de la normativa, guías, protocolos, planes y recomendaciones señaladas en el apartado anterior, que han ido sucediéndose y actualizándose progresivamente.

Estos documentos, sin duda, habrán supuesto un apoyo importante para que los responsables de los recursos existentes contaran con orientaciones, pautas y criterios de actuación en la prevención y gestión de los contagios.

Debemos dar especial importancia a la labor de información respecto a la clasificación de los residentes según la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo. Así como en relación con su reubicación, de conformidad con lo establecido en el artículo 5.2 de la Orden SND/265/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas 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 la COVID-19.

A su vez, las mismas Gerencias Territoriales de Servicios Sociales han llevado a cabo un seguimiento telefónico de la situación de los centros públicos y privados de personas mayores.

Su periodicidad ha sido diaria hasta que se contó con un **Sistema de Información específico** para este fin, pasando a realizarse dos o tres días a la semana,





aunque el seguimiento ha continuado siendo diario cuando la situación epidemiológica del centro lo ha requerido.

Así, desde finales de marzo al 30 de junio de 2020 se realizaron 26.843 llamadas telefónicas de seguimiento a los centros residenciales para personas mayores existentes en Castilla y León.

LLAMADAS DE SEGUIMIENTO A CENTROS DE MAYORES (finales de marzo a 30 de junio 2020)		
MES	Número de Centros	Llamadas
Marzo	696	4.145
Abril	697	13.083
Mayo	644	10.450
Junio	599	5.134
Total		26.843

Como se observa, marzo y abril fueron los meses con más llamadas realizadas, descendiendo en mayo y junio con la mejora de la situación de los recursos.

Con este Sistema de información específico, adaptado a los requerimientos del Ministerio de Sanidad, los centros residenciales de personas mayores y personas con discapacidad informan diariamente sobre los residentes hospitalizados, personas con síntomas, personas contagiadas y curadas, aislamientos, datos sobre pruebas diagnósticas, fallecimientos, etc; bajas no sustituidas de personal, dificultades para contratar y necesidades de EPis; así como sobre el plan de contingencia.

Además, este sistema de información permite disponer permanente de la información grabada por los técnicos, el rastreo diario de incidencias, la planificación de la realización de pruebas diagnósticas, agilizar la realización de estas pruebas a los trabajadores de baja, la asignación de equipos de oxigenoterapia en centros, enviar a los centros las instrucciones, guías de actuación y protocolos, recabar información específica destinada a conocer la evolución de la epidemia, las dificultades de los centros, así como sus sugerencias y dudas.

El sistema de información creado proporciona los datos necesarios para evaluar la situación de cada centro y detectar de forma precoz las situaciones en las que pueda





llegar a darse una falta de atención adecuada.

2.3. Planes de Contingencia de los centros residenciales.

La Guía de prevención y control frente a la Covid-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial, del Ministerio de Sanidad, y las Pautas de actuación ante pandemia Covid-19 para residencias de mayores y centros sociosanitarios de la Consejería de Sanidad, recogen la obligación de los centros de disponer de planes de contingencia adaptados a las características de cada recurso y dirigidos a la prevención y a dar respuesta ante la eventual aparición de casos y brotes.

También en el Decreto-ley 5/2020, de 18 de junio, por el que se regulan las medidas extraordinarias que deben adoptarse en la atención social en los centros residenciales de personas mayores y personas con discapacidad en Castilla y León, se recoge la obligatoriedad, por parte de las entidades titulares de los centros de atención social de carácter residencial de personas mayores y personas con discapacidad, de contar con un este tipo de planificación.

El plan de contingencia es el instrumento fundamental para la óptima dirección y gestión de los centros residenciales, que recoge y aglutina un conjunto de directrices dedicadas a la prevención y seguridad, tanto de los usuarios como del personal, ante situaciones de crisis de salud pública como la vigente.

Debe estar adaptado a las características propias de cada centro, contemplando la organización de la prestación de los servicios, mediante la constitución de áreas diferenciadas, formadas por agrupaciones de usuarios en un número limitado y atendidos por un equipo de profesionales no sometido a rotaciones, permitiendo una inmediata compartimentación de las dependencias del centro residencial y evitando, con ello, la rápida propagación de enfermedades.

Al objeto de facilitar a las entidades titulares de los centros la implementación del plan, la Junta de Castilla y León elaboró el 26 de junio de 2020 una Guía con su contenido mínimo, que distribuyó y puso a su disposición en sede electrónica.

Y para garantizar la existencia de dichos planes de contingencia en todos los centros residenciales de esta Comunidad Autónoma, el personal técnico de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales ha desarrollado una labor de asesoramiento y comprobación.

Actualmente todos los centros residenciales de personas mayores de Castilla y León cuentan con un plan de contingencia, conforme a la normativa.





2.4. Suministro de material de protección a los centros residenciales.

En los primeros meses de la pandemia muchos recursos no pudieron disponer de material de protección individual. Así, la Junta de Castilla y León proporcionó equipos a los centros residenciales públicos y privados de toda la Comunidad, en la medida en que se tuvo disponibilidad.

Pero ante la situación de retraso en el aprovisionamiento del material, la Administración de esta Comunidad recurrió a cuatro vías de provisión desde el mes de marzo de 2020: se canalizaron las demandas hacia el Ministerio de Sanidad; se hizo un llamamiento a toda la sociedad de Castilla y León para su puesta a disposición de forma voluntaria de material disponible; se contactó con empresas para estudiar la fabricación de mascarillas; y se inició la compra de material en China.

A partir del 1 de junio de 2020 debían ser las entidades titulares de los centros las que se dotasen de ese material una vez que ya existía en el mercado la oferta suficiente.

No obstante, mediante Orden de 15 de mayo de 2020, de la Consejería de Empleo e Industria, se convocaron subvenciones públicas para la adquisición de equipos de protección individual frente a riesgos biológicos, asistencia externa para desinfección de equipos, instalaciones y personas.

Por otra parte, se concedió una subvención de dos millones de euros a las entidades del tercer sector para la adquisición de materiales, mediante Resolución de 21 de agosto de 2020 de la Gerencia de Servicios Sociales, por la que se convocan subvenciones destinadas a mejorar la protección del personal y de los usuarios de los centros de atención social de personas mayores y personas con discapacidad en Castilla y León.

En relación con los centros propios de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, la Gerencia de Servicios Sociales comenzó a su autoabastecimiento a partir del 15 de junio de 2020, aunque las compras comenzaron con anterioridad, realizándose cuatro declaraciones de emergencia para la adquisición de EPIs, sin perjuicio de los numerosos contratos menores realizados por los diversos centros de gestión dependientes de dicha Administración.

2.5. Gestión de los recursos humanos de las residencias.

Se ha constatado que una de las causas del colapso en el funcionamiento de las residencias fueron las bajas en la plantilla de personal, tanto de atención directa como sanitario. La inexistencia de pruebas diagnósticas en un primer momento determinó la cuarentena de muchos trabajadores en sus domicilios, que en algunos casos se extendió





durante todo el primer estado de alarma.

Con ello, la Gerencia de Servicios Sociales desarrolló una búsqueda de profesionales que se orientó a conseguir personal para los centros propios de la Gerencia de Servicios Sociales, y a contar con información de candidatos para su puesta a disposición en los centros privados necesitados de trabajadores, prestándose un servicio de orientación sobre la posibilidad de tramitación vía ECYL de las contrataciones necesarias para la sustitución de personal en situación de baja laboral.

Por lo que respecta a los centros de titularidad autonómica, desde el momento inicial de la pandemia la Gerencia de Servicios Sociales adaptó la gestión de las bolsas de empleo y adoptó las medidas necesarias para reforzar los recursos humanos con personal de la Administración (asignación de empleados públicos de otras Consejerías, adscripciones temporales de personal de servicios generales, contratación de alumnos del último curso de enfermería, etc.).

2.6. Formación del personal de los centros residenciales.

La crisis sanitaria ha dejado sentir una falta de formación del personal de las residencias. Por ello, desde la Gerencia de Servicios Sociales se han desarrollado actuaciones de formación dirigidas a los trabajadores tanto de centros públicos como como privados.

Su finalidad ha sido formar en los contenidos esenciales de prevención y control de la infección, dotar de competencias en la evaluación de riesgos y adecuación de los protocolos a cada centro e instruir en el uso y manejo de los equipos de protección individual.

2.7. Traslados de los residentes.

2.7.1. Traslados a otros recursos.

La Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, del Ministerio de Sanidad, 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 (dictada al amparo del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, de declaración del estado de alarma), tenía por objeto la adopción de medidas organizativas y de coordinación orientadas a reducir el riesgo de contagio, así como a tratar de la forma más adecuada a las personas que sufrían esta enfermedad, con el objetivo de proteger a la población más vulnerable de la infección.

En atención a lo dispuesto en esta Orden y en la Guía de prevención y control





frente a la Covid-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial, también del Ministerio de Sanidad, **las personas mayores con la enfermedad permanecerían en los centros residenciales, siempre que no fuera necesaria su hospitalización**, clasificados en cuatro categorías:

- a) Residentes sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado.
- b) Residentes sin síntomas, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado.
- c) Residentes con síntomas compatibles.
- d) Casos confirmados.

Pero la situación real de los centros residenciales de personas mayores de la Comunidad, bien fuera por su tamaño, diseño arquitectónico o grado de ocupación, no siempre ha permitido realizar adecuadamente esta sectorialización y separación de residentes.

Surgió, por ello, la necesidad de facilitar, en unos casos, la continuidad de la atención una vez que la mayoría de sus residentes y buena parte de sus trabajadores estaban contagiados y, en otros supuestos, de salvaguardar la integridad física de los usuarios que no estaban infectados cuando no se podía garantizar una adecuada separación de éstos con el resto de residentes positivos.

En una situación similar se encontraban aquellas personas vulnerables que vivían en sus domicilios y contraían la enfermedad y que, no requiriendo de atención hospitalaria, no podían continuar en los mismos por ausencia de apoyo social o familiar (casos de prioridad social) o aquellas personas que continuaban siendo positivas tras el alta hospitalaria, y no encontraban un centro residencial viable ni podían permanecer en su vivienda habitual.

Así, se adoptaron por la Gerencia de Servicios Sociales dos tipos de medidas:

- La reubicación y traslado de residentes a otros centros residenciales, públicos o privados.
- La creación de recursos intermedios (Arcas de Noé), como dispositivos de atención temporal para personas con un diagnóstico de Covid-19 positivo confirmado, estables desde el punto de vista clínico, sin posibilidad de regresar a su domicilio habitual al alta hospitalaria ni encontrar un centro residencial viable. También para los supuestos de personas usuarias de centros residenciales que tras el alta hospitalaria no podían regresar a su centro de origen por la situación de emergencia del mismo o por no





poder garantizar las condiciones exigidas de aislamiento.

Así, durante el primer estado de alarma han existido dos dispositivos Arca de Noé (con 29 plazas), ubicados en el Centro Residencial San Luis de Palencia (con 21 plazas) y en la Vivienda Ávila-1 (con 8 plazas). Se han atendido a 58 personas vulnerables positivas.

Esta dotación de centros intermedios se completó con la cesión por parte del IMSERSO de dos centros de referencia nacional ubicados en Castilla y León: el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias de Burgos (CREER) y el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca (CREA).

2.7.2. Traslados a domicilios familiares.

Mediante Resolución de 1 de abril de 2020, ampliada con fecha 2 de abril de 2020, de la Directora General de Salud Pública, se autorizó que las personas residentes asintomáticas de centros residenciales de personas mayores y de personas con discapacidad, pudieran ser recogidas por sus familiares para llevárselos a sus domicilios particulares, previa solicitud o consentimiento de las mismas, así como de acreditación por parte del personal médico de la residencia o, en su caso, del personal médico de SACYL de que, en el día y hora de su salida del Centro, eran asintomáticas.

A su tenor, durante estos meses se ha posibilitado el traslado de personas residentes de residencias de personas mayores y de personas con discapacidad asintomáticas, que han cumplido con los requisitos establecidos, a domicilios de familiares.

2.8. Intervención de los centros residenciales

Mediante Orden del Ministerio de Sanidad SND/275/2020, de 23 de marzo, se habilitó a las autoridades competentes de las Comunidades Autónomas para adoptar medidas excepcionales de intervención de aquellos centros residenciales que, ante la incidencia de la Covid-19 entre residentes y trabajadores, estuvieran colapsados por concurrir alguna de las siguientes situaciones excepcionales:

a) Imposibilidad, por ausencia de medios personales, materiales, circunstancias físicas o de otra índole, para cumplir con lo indicado en la antes citada Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, y especialmente en lo relativo a las normas de aislamiento.





b) Imposibilidad para gestionar adecuadamente la conservación y retirada de cadáveres por acumulación y/o ausencia de servicios funerarios disponibles.

c) Cualquier otra circunstancia análoga de grave peligro para la integridad y sostenimiento del servicio.

Al amparo de dicha norma estatal, la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades intervino seis centros residenciales de personas mayores para garantizar la continuidad de la actividad y la atención a los residentes, adoptando (junto a la designación de un empleado/a público/a en la dirección del centro para dirigir y coordinar la actividad asistencial) las siguientes medidas extraordinarias:

- Ordenar por motivos de salud pública la reubicación y traslado de los residentes a otro centro residencial de su territorio, con independencia de su carácter público o privado.

- Garantizar la atención sanitaria de los residentes del centro, desde las Gerencias de Salud del Área.

- Acordar la puesta a disposición del centro intervenido de personal cualificado para el cuidado de los residentes, procedente de otras empresas del sector.

- Instar al Servicio Público de Empleo (ECYL) a realizar prospecciones entre los demandantes de empleo con la cualificación requerida para seleccionar candidatos aptos para cubrir las bajas de personal.

Tras finalizar el periodo de vigencia del estado de alarma, todas estas medidas excepcionales decayeron y quedaron sin efecto.

2.9. Coordinación con la Administración sanitaria.

Para la atención sanitaria de la población en centros residenciales se intensificó, desde principios del mes de marzo de 2020, el trabajo coordinado entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, adoptándose, entre otras, las siguientes medidas:

- Elaboración de recomendaciones y pautas de actuación para contener el impacto de la enfermedad en las residencias (restricción y supresión de visitas, aislamiento de pacientes infectados, realización de pruebas diagnósticas, etc...) y para la reubicación temporal de personas dependientes tras sus ingresos hospitalarios.

- Designación en cada Área de Salud a dos personas responsables para el





seguimiento de la atención en las residencias de personas mayores y en centros de discapacidad, encargadas de adoptar las medidas necesarias en cada momento y garantizar la atención sanitaria y prestación de cuidados personales, el suministro de farmacia y el suministro de material de protección.

- Designación en cada centro de un profesional interlocutor de la atención sociosanitaria, tanto en lo referente a las solicitudes de servicios sanitarios, como de material, y encargado de mantener al día la información relativa a su centro.

- Designación en cada Equipo de Atención Primaria de, al menos, dos profesionales (médico y enfermera), además del trabajador social, para el seguimiento de la situación en las residencias de su zona básica de salud.

- Constitución de un equipo multidisciplinar (COVID-Residencias), al que se le dotó de un teléfono para prestar apoyo a los Equipos de Atención Primaria y a los profesionales sanitarios de las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad. También, cuando fuera preciso, para la atención sanitaria directa en los centros.

- Atención sanitaria presencial en las residencias adaptada a la situación de cada momento, prestando asistencia en los centros en situación crítica, así como apoyos puntuales para soporte temporal.

- Remisión por parte del Director General de Planificación y Asistencia Sanitaria, en fecha 20 de marzo de 2020, de una serie de medidas a las empresas que proporcionan el servicio de Terapias Respiratorias Domiciliarias para pacientes crónicos, con la finalidad de que se permitiera la prescripción de oxigenoterapia continua domiciliaria en centros residenciales y centros sociosanitarios, de carácter público o privado, indicado por un profesional médico (aunque no fuera un prescriptor de SACYL autorizado).

Esta medida permitió subsanar una parte de las deficiencias creadas en torno a la necesidad de inmediatez en la prescripción de tratamientos con oxígeno en el entorno residencial.

- Tratamiento prioritario en la realización de los test diagnósticos a la población residencial. A fecha 28 de mayo de 2020 estaban ya testadas el 99% de residencias, el 99% de residentes y el 95% de trabajadores de las residencias.

- Realización de cribado en todas las residencias y centros sociosanitarios para el diagnóstico precoz de posibles casos.

- Disposición de recursos intermedios de hospitalización (medicalizados) destinados a personas Covid-19 positivas necesitadas de cuidados sanitarios complejos





que no se pueden proporcionar en el domicilio o en las residencias. Este tipo de recurso requiere personal sanitario 24 horas al día y disponibilidad de tomas de oxígeno a pared.

Las camas disponibles son las siguientes:

RECURSOS INTERMEDIOS DE HOSPITALIZACIÓN

ÁREA	HOSPITAL	CAMAS
Ávila	Hospital de Ávila	40 (ampliables)
Burgos	Hospital Divino Valles	40 ampliables a 130
León	Monte San Isidro	250
El Bierzo	Hospital de El Bierzo	12
Palencia	Hospital de Palencia	
Salamanca	Los Montalvos	40 ampliables a 120
Segovia	Hospital de Segovia	
Soria	Virgen del Mirón	21
Valladolid Este	Edificio Rondilla	48 ampliables a 184
Valladolid Oeste	Edificio Rondilla	
Zamora	Hospital de Zamora	

Deben destacarse, por otra parte, las hospitalizaciones y derivaciones hospitalarias de residentes.

Hasta el 21 de abril de 2020 se produjo un incremento continuado de los usuarios de residencias en recursos hospitalarios, con una cifra máxima de 742 residentes. A partir de entonces se registró un descenso paulatino, paralelo a la reducción de la incidencia de la pandemia.

En relación con las derivaciones hospitalarias, no se dispone de información precisa al respecto, ya que solamente a partir del 4 de mayo de 2020 se recabó información precisa a través del Sistema de Información, por lo que las cifras reales serán superiores a las siguientes:





DERIVACIONES HOSPITALARIAS DE RESIDENTES					
PROVINCIA	(10/05/2020)	(22/05/2020)	05/06/2020)	(15/06/2020)	(30/06/2020)
Ávila	227	254	312	337	381
Burgos	437	490	568	612	664
León	621	698	807	858	963
Palencia	233	274	336	367	405
Salamanca	460	511	569	601	660
Segovia	303	334	367	385	419
Soria	190	212	238	256	288
Valladolid	499	576	678	731	831
Zamora	204	246	284	307	358
CYL	3.174	3.595	4.159	4.454	4.969

2.10. Control de los centros residenciales de personas mayores.

De conformidad con las competencias de supervisión y control establecidas en la Ley de Servicios Sociales de Castilla y León, inspectores y demás personal técnico de la Gerencia de Servicios Sociales llevó a cabo durante la primera ola de la pandemia actuaciones comprobación periódica y control en los centros residenciales de personas mayores. En concreto, dicho personal, bien de forma individual o acompañados por los Equipos COVID-residencias (en 74 de las visitas realizadas), Médicos sin Frontera o la UME, visitaron durante el periodo de 15 de marzo a 15 de septiembre 501 centros residenciales, realizando 828 informes de comprobación y control, con la siguiente distribución por provincias:





ACTUACIÓN DE CONTROL DE CENTROS RESIDENCIALES

PROVINCIA	Nº de centros supervisados	Informes de comprobación
Ávila	48	158
Burgos	88	162
León	45	63
Palencia	56	81
Salamanca	78	113
Segovia	34	50
Soria	32	33
Valladolid	92	118
Zamora	28	52
CYL	501	828

Como resultado de estas actuaciones de comprobación y control, durante el periodo del 1 de junio al 15 de septiembre se procedió a la incoación de 10 procedimientos sancionadores⁸: 2 en Burgos por infracciones muy graves, 4 en León por infracción grave y 4 en Valladolid, 1 por infracción leve y 3 por grave.

3. CONSIDERACIONES GENERALES⁹

Castilla y León, al inicio de la pandemia, era una de las comunidades autónomas con más riesgo debido a factores de movilidad interna y externa (junto con País Vasco y Madrid) y la mayor proporción de plazas residenciales de personas mayores¹⁰.

⁸ Téngase en cuenta que durante la duración del primer estado de alarma, el Real Decreto 463/2020 impedía incoar procedimientos sancionadores, por lo que solamente a partir del 1 de junio ha podido realizarse.

⁹ Sobre la base de los estudios e investigaciones realizados por esta Institución, las gestiones de información desarrolladas con la Administración autonómica; los resultados de la labor de apoyo e intervención de los equipos móviles de la organización **Médicos sin Fronteras** (MSF), plasmada en estudios e informes, en más de 400 residencias de mayores durante la pandemia en diversas Comunidades Autónomas (Andalucía, Castilla y León, Cataluña, Madrid y País Vasco); y el “Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias”.

¹⁰ Según el estudio sobre factores de difusión de la Covid-19 en España del Instituto Carlos III.





Precisamente, el impacto del virus ha sido especialmente relevante en las residencias destinadas a esta población, dado que en las mismas existen situaciones de extremado alto riesgo por las estrechas y frecuentes relaciones y contactos existentes en la vida cotidiana y la presencia de un gran número de personas más débiles ante el virus, con altos niveles de comorbilidad y dependencia, siendo las que más se han visto afectadas tanto por el contagio como por la mortalidad. También el deterioro cognitivo aparece como una de las variables de mayor incidencia. Así, en los centros con una alta prevalencia de personas con deterioro cognitivo o demenciadas, han padecido un alto porcentaje de contagio.

En el primer momento de la crisis la respuesta de las administraciones se centró en el colapso sufrido por el sistema sanitario en su conjunto (urgencias, hospitalización y ucis), llegándose a limitar las derivaciones de pacientes desde los centros residenciales. Así, estos recursos tuvieron que asumir una responsabilidad para la que no estaban preparados ni dotados de personal ni de medios adecuados.

Las tasas de morbilidad, mortalidad y letalidad expuestas al inicio de esta resolución representan la crudeza de la realidad vivida en el entorno residencial de nuestros mayores, especialmente en los primeros meses de la pandemia.

La situación de la Covid-19 ha revelado que no existían en las residencias mecanismos de respuesta adecuados a esa vulnerabilidad o fragilidad de las personas mayores, convirtiendo a esta población en la más afectada por la enfermedad. Contaban con un déficit estructural de recursos, de supervisión sanitaria y de planes de contingencia, haciendo inviable responder de forma eficiente a la pandemia. Carecían de recursos sanitarios y asistenciales, lo que supuso un impacto directo en la salud de los usuarios debido a una limitada atención sanitaria y social. Muchas personas mayores murieron aisladas y solas.

Esta situación vivida en las residencias de mayores de nuestra Comunidad durante los primeros meses de la propagación de la Covid-19 no debería volver a producirse nunca. Pero el riesgo de que las personas que viven en residencias vuelvan a resultar afectadas no ha remitido. De hecho, las residencias de mayores están registrando en esta segunda ola de la pandemia nuevos casos y brotes de Covid-19. Por ello, evitar que se repita lo sucedido es una obligación en términos del derecho a la salud de los residentes y del personal que presta sus servicios en las residencias, sino también ética, que concierne a toda la sociedad y, particularmente a los poderes públicos.

Ante la evolución de la propagación del virus en esta segunda ola pandémica, desgraciadamente hay motivos de seria preocupación, por lo que creemos que, sobre la base de la experiencia adquirida, determinados aspectos deben resolverse y atenderse sin demora.





Por ello, nos parece de especial interés destacar las carencias del modelo de atención residencial, así como las deficiencias sobrevenidas en los centros ante la magnitud de la pandemia que sufrimos:

PRIMERA. Ausencia de datos necesarios en las primeras semanas de la pandemia para evaluar la situación de cada centro y detectar de forma precoz las situaciones de riesgo.

Fue necesario superar unas primeras semanas de confusión en las que los recursos sociales y sanitarios se vieron sobrepasados por unas circunstancias cuya dimensión fue muy superior a cualquier previsión.

Así, para organizar las actuaciones fue imprescindible contar con un Sistema de Información específico, operativo desde el 30 marzo, y que permitió a hacer un seguimiento diario en tiempo real de la evolución de la pandemia en todos los centros residenciales de la Comunidad, así como ir conociendo el estado y necesidades de los mismos.

SEGUNDA. Retrasos en la realización de pruebas diagnósticas.

Al inicio de la pandemia solamente se realizaban pruebas diagnósticas a los residentes y trabajadores con síntomas. No es hasta el mes de abril cuando comienzan a realizarse de forma masiva, creciendo con fuerza el número de casos confirmados (especialmente hasta el 21 de abril).

La insuficiente realización de pruebas diagnósticas determinó importantes dificultades en la adopción de medidas, situaciones de aislamiento por posibles casos y un alto absentismo laboral de los trabajadores que afectó al funcionamiento de los centros y a la atención de los residentes.

A esta demora en la distribución de los medios necesarios para su realización, se unió la escasa fiabilidad de los test diagnósticos facilitados y la tardanza en la comunicación de los resultados de los test más fiables, lo que, según la organización Médicos sin Fronteras, generó confusión entre el personal que debía reorganizar los espacios y la sectorización, creando un círculo vicioso de sobrecarga de trabajo, incapacidad de gestión y un empeoramiento del cuidado de los mayores. Ello contribuyó, asimismo, a la ineficacia de los protocolos y a que el tratamiento de otras patologías importantes fuese postergado o subestimado, con el consiguiente perjuicio para la salud de muchas personas.

TERCERA. Falta de anticipación de planes de contingencia

La situación crítica producida en las residencias de mayores por la Covid-19 reveló la importancia de los planes de contingencia, como medio de conocimiento de las





condiciones reales de los centros y de las respuestas asistenciales adecuadas. La falta de estos planes al inicio de la crisis tuvo efectos devastadores tanto en contagios como en fallecimientos.

Además, las diferencias de modelos de gestión de los centros (pública, concertada, privada) incrementaban esa necesidad de anticipación para evitar el retraso o el desacierto en el proceso de toma de decisiones coordinadas.

Esta falta de planificación anticipada pudo originar inicialmente el déficit de la asistencia médica y de las posibilidades de derivación de pacientes a los hospitales, la indefinición del papel de la atención primaria, la ausencia de soluciones para gestionar los casos necesitados de cuidados médicos, cuidados paliativos y al final de la vida, la frialdad en los aspectos humanos del confinamiento, dificultades en el suministro de los materiales de protección y de higiene, carencias en la formación específica, la ausencia de medidas para cubrir las bajas de personal, la falta de estrategias para la prevención del contagio, y falta de previsiones en el momento de la desescalada (optando por el aislamiento o la cuarentena).

Es cierto que actualmente, según la información de la Administración autonómica, todas las residencias de Castilla y León cuentan con el correspondiente plan de contingencia. Con independencia de ello, es preciso realizar un seguimiento pormenorizado en su implementación para asegurar un sistema de alerta temprana, un control prematuro y efectivo de la infección y la protección necesaria de los residentes.

Dicho planes, además, deben ir acompañados de una clara dotación de recursos humanos y materiales que fortalezcan el sistema.

CUARTA. Limitaciones infraestructurales de los centros.

La situación real de algunos recursos, bien por el tamaño de los inmuebles o el diseño arquitectónico, dificultó la organización de la respuesta a los brotes epidémicos y el cumplimiento de las normas de sectorización, siendo complicada o, incluso, imposible, la zonificación, repercutiendo en medidas más agresivas para los residentes, como los aislamientos en sus habitaciones durante semanas e incluso meses.

La organización Médicos sin Fronteras pudo detectar la resistencia de algunos centros a la ejecución de estas medidas, por la carga de trabajo del personal, ya desbordado y diezmado por las bajas médicas, a la hora de realizar labores extras de desinfección, traslado de residentes y señalización, pero sobre todo por la incertidumbre que generaba el utilizar espacios susceptibles de estar ya contaminados para dividir a los mayores sin que ello trajera un beneficio evidente, pues persistía la inseguridad en el manejo de los casos asintomáticos y de las personas con otras enfermedades .





También la obligación de separar a las personas residentes en cohortes en función de los síntomas chocó con el alto grado de ocupación de los centros al comienzo de la crisis, ocasionando dificultades en las medidas de zonificación.

Debe pensarse, pues, de cara al futuro en modelos específicos de infraestructuras en términos de prevención de infecciones.

QUINTA. Falta de medios de protección individual.

La ausencia de suministro de EPIs durante los primeros meses de la pandemia y la necesidad de utilizar alternativas caseras confeccionadas por particulares o por colectivos organizados de forma espontánea para apoyar a hospitales y residencias, es más que conocida.

Hubo centros residenciales que no pudieron cumplir la obligación de disponer de medios de protección por las dificultades de adquisición en los primeros meses de la crisis. Solamente el 38% de los centros no tuvo carencias en ningún momento.

Al inicio de la pandemia el 74% de las residencias no contaba con reservas suficientes. La Administración autonómica procuró dotar de EPIs a los centros necesitados en la medida de las posibilidades de compra o suministro. Casi siete millones de unidades repartidas a estos centros, junto con otros siete millones adquiridos para los centros dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales. Ello al margen de la línea de ayudas convocada para su adquisición a las entidades sin ánimo de lucro.

SEXTA. Falta de formación para la utilización de los EPIs.

La ausencia de disponibilidad suficiente de medios de protección individual no era suficiente por sí sola para reducir eficazmente la transmisión del virus. Por el contrario, su deficiente utilización ha sido un importante medio de contagio entre personal y residentes, existiendo un mayor riesgo de contaminación.

Es posible que la puesta a disposición de los equipos no se viera acompañada, (ante la urgencia en la toma de decisiones) de suficientes actividades de formación y entrenamiento para el personal de los centros, suponemos que nada habituado al uso de estos elementos. Situación que pudo desembocar en dificultades en la puesta y retirada de los equipos y en casos susceptibles de provocar contagio entre los propios trabajadores y los usuarios.

La organización Médicos Sin Fronteras ha destacado que la falta de formación específica con acento en la prevención y control de infecciones y en el uso de los materiales de protección no se refiere solo al personal de las residencias, sino también al personal sanitario de atención primaria que participaba en los cuidados asistenciales de





los residentes. Uno de los errores cometidos a lo largo de sus intervenciones de apoyo fue la deficiente utilización de los EPIs por parte de profesionales sanitarios que daban asistencia en diferentes residencias. Esta mala utilización por falta de protocolos y formación adecuada, consistente sobre todo en sobreprotegerse a sí mismos sin respetar los circuitos o las pautas de retirada del equipo, ha podido convertirse en uno de los principales vectores de contagio desde una residencia a otra.

SÉPTIMA. Ausencia de profesionales suficientes para dar respuesta a las necesidades de prevención y protección de los residentes.

Para poder proporcionar una asistencia sociosanitaria en las residencias de personas mayores es incuestionable la necesidad de disponer de recursos humanos adecuados tanto en número como en cualificación para garantizar una atención adecuada.

Pese a ello durante la evolución de la pandemia se ha producido una escasez de personal derivado del importante número de bajas por Covid-19 confirmado o en cuarentena, sin una alternativa de contratación para mantener o incluso incrementar las ratios, obligando al personal restante a asumir otras tareas sin instrucciones precisas.

Ello también pudo dificultar o afectar la humanización de los confinamientos o la implantación de medidas para preservar la convivencia, la calidad de los cuidados, las rutinas de movilidad y de sociabilidad.

Fue necesario reforzar la dotación de personal en los centros propios de la Administración autonómica. El problema surgió en el caso de los centros privados, que tan solo pudieron contar con la labor de asesoramiento por parte de la Gerencia de Servicios Sociales.

Junto a la escasez de profesionales, también es necesario hacer mención al carácter, a menudo precario, de las condiciones de trabajo en los servicios residenciales. Sin ser esta la única condición, ni suficiente para garantizar la calidad y la efectividad de cuidados y apoyos, es una cuestión que debe ser seriamente considerada, como también ha señalado el Defensor del Pueblo.

Es imprescindible apoyar y cuidar a los profesionales, dignificando su labor, supervisando el desarrollo de sus competencias de atención integral y relacional, e invirtiendo en el cuidado de los equipos y en la mejora de las organizaciones.

OCTAVA. Insuficiente soporte sanitario.

La organización Médicos sin Fronteras ha constatado directamente que muchos residentes vieron denegada la solicitud de acceso a los servicios de urgencias e ingresos hospitalarios. La población más vulnerable, al no ser hospitalizada, fue relegada al





cuidado del personal de las residencias, obligadas a mantener alojados a pacientes positivos con pronóstico muy grave, pese a no tener ni la responsabilidad ni los medios ni conocimientos para atender sus necesidades médicas. Lo que impactó directamente en la calidad y cuidados proporcionados a los usuarios y, probablemente, en bastantes casos, fue causa de fallecimientos.

Testimonios recogidos por esa organización confirman la negativa del personal médico de algunos centros de salud a aceptar a pacientes de residencias y de los servicios de emergencias a enviar ambulancias, pese a que la persona para la que se solicitaba atención reunía los criterios clínicos correspondientes.

Muchas personas murieron sin un diagnóstico clínico individualizado o una alternativa de manejo consensuada con la familia y los clínicos. E, incluso, en algunos supuestos con diagnóstico de derivación (en algunas residencias privadas y religiosas que contaban con personal médico), les fue denegada alegando “colapso hospitalario”. Los mismos equipos de Médicos sin Fronteras han confirmado que los centros visitados carecían no solo de los equipamientos y la formación médica y emocional necesaria, sino también del número de personas y de los materiales de protección básicos, de forma que no se garantizaba la referencia hospitalaria pero tampoco una alternativa, ni el consentimiento informado del paciente sobre las prácticas que debían realizarse, ni el respeto a su autonomía y dignidad, ni sus últimas voluntades, ni la despedida de sus familias. Hubo fallecimientos en soledad, incluso deshidratados, en agonía (por distrés respiratorio) y sin cuidados paliativos.

De acuerdo con los datos ofrecidos por el Gobierno estatal, entre 27.000 y 33.000 personas residentes fallecieron sin ser trasladadas a un hospital. En esa situación, el virus se fue extendiendo rápidamente entre residentes y personal, con el inaceptable resultado de un altísimo número de contagios y fallecimientos.

Es cierto que en Castilla y León existieron recursos intermedios para el traslado de determinados residentes, pero para evitar las importantes tasas de morbilidad y mortalidad debió favorecerse, igualmente, la derivación a un mayor número de recursos.

La realidad observada, pues, por los equipos de MSF fue la de una asistencia sanitaria dejada mayoritariamente en manos del personal de las residencias, sin equipamiento y en muchos casos de oxigenoterapia, respiradores o antibióticos intravenosos (elementos necesarios para algunos pacientes con Covid-19), pero sobre todo sin personal sanitario en una ratio proporcional a las necesidades y con la experiencia y formación acorde.

La respuesta a la Covid-19 puso de manifiesto la falta de dotación, capacidad y asistencia de las personas mayores residenciadas.





Debemos, pues, insistir en que las personas que enferman en un centro residencial tienen derecho a la atención sanitaria pública. No es admisible que sean privados por su edad avanzada de la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad con el resto de la población. Debe proporcionarse, pues, en los centros residenciales la atención médica adecuada y asegurarse la derivación hospitalaria de los enfermos cuando sea necesaria.

La Organización Mundial de la Salud¹¹ señala que “debe asegurarse el acceso adecuado y apropiado a la atención médica, tanto en las derivaciones al hospital como en sus hogares y en atención primaria”, apuntando asimismo que “si los servicios o instalaciones de las residencias no pueden proporcionar este tratamiento al paciente con disnea, entonces se le debe ofrecer una ubicación donde se le pueda proporcionar”, ya que “no hacerlo supone denegar el acceso a cuidados a estas personas”.

Nos manifestamos en favor, pues, de la necesidad de mejorar la atención médica que debe prestarse a quienes viven en centros residenciales, sean públicos, privados o concertados.

NOVENA. Limitaciones de los derechos fundamentales de los usuarios de los centros residenciales.

En nuestra Comunidad Autónoma, por razones de salud pública y con la finalidad de preservar la salud de los residentes, se fueron acordando restricciones o suspensiones en las entradas a los centros y en las salidas de los usuarios con carácter preventivo.

Pero aunque las medidas de aislamiento y confinamiento (restricción de visitas, prohibición de visitas, estancias prolongadas en las habitaciones, etc...) han podido ser consideradas como necesarias para evitar la transmisión de la enfermedad, se ha colocado a los residentes en unas condiciones mucho más restrictivas que para el resto de la población.

Todas las cuestiones que afectan a las personas mayores internadas en centros residenciales y, en particular, ante la situación de pandemia por la Covid-19, tienen que encuadrarse en el respeto a los derechos humanos y a los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, equidad y transparencia, así como en el respeto al principio de vulnerabilidad humana y a la integridad personal¹².

¹¹ Informe de la OMS sobre la crisis de la Covid-19 en Europa.

¹² “Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias”. El Grupo de Trabajo Multidisciplinar (GTM) asesora y apoya al Ministerio de Ciencia e Innovación en materias científicas relacionadas con el COVID-19 y sus consecuencias futuras. El GTM está compuesto por: José M. Ordovás (Presidente), Mariano Esteban, Rocío García-Retamero, Beatriz González López-Valcárcel, Alfonso Gordaliza, Marco Inzitari, Pedro Jordano, Itziar





Sin embargo, especialmente en las primeras semanas de la crisis, no se tuvieron en cuenta las necesidades físicas, cognitivas y emocionales de las personas aisladas, lo que pudo poner en peligro su salud en todos los demás aspectos no relacionados con la propagación del virus. En el campo de la salud mental, por ejemplo, hay estudios que indican que un 30% de las personas mayores en residencias tienen síntomas de depresión o de ansiedad; de estas, el 30% tienen criterios de enfermedad depresiva o ansiosa. Si se incluye la demencia, hasta un 80% de los mayores residenciados tendrían una enfermedad mental o neurológica diagnosticable. De ahí que sin duda el miedo y la incertidumbre (prolongados por el aislamiento), la soledad y la ruptura de las rutinas, tuvieron que tener un impacto importante en los estados de depresión y de ansiedad comunes a los residentes de estos centros.

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

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

Por otra parte, deben potenciarse desde las residencias medidas de humanización

de Lecuona, Laura M. Lechuga, Ramón López de Mántaras, José Molero, Agustín Portela, Diego Puga, José Javier Ramasco, Francisco Sánchez-Madrid y Alfonso Valencia. Enric Banda actúa como observador, y Maria Sol Serrano Alonso como secretaria. En este informe ha colaborado también Adelina Comas Herrera, de la London School of Economics, e impulsora del portal Itccovid.org. Todos los componentes del GTM colaboran de forma desinteresada con el Ministerio de Ciencia e Innovación así como lo hacen las personas puntualmente colaboradoras.





y aproximación de los familiares y allegados, sin otras restricciones que las necesarias para el correcto funcionamiento de los centros y las que puedan establecer los órganos judiciales, con comunicaciones a través de medios telemáticos en tanto no sea posible el contacto personal, que ayudan en gran manera a los mayores a sobrellevar la dura experiencia de la separación.

En relación con la presencia de un familiar por paciente al final de la enfermedad, el Comité de Bioética de España ha advertido que tanto el acompañamiento como el apoyo espiritual o religioso constituyen igualmente derechos proclamados en diferentes regulaciones de derechos de los pacientes y que han cobrado especial relevancia estos últimos años dentro de los diferentes planes de humanización del Sistema Nacional de Salud. Así, “como tales derechos reconocidos ya normativamente, debe procurarse siempre que su limitación no solo esté justificada ética y legalmente, sino que, además, no sea de tal intensidad que acabe, de facto, por convertirse en una absoluta privación”.

Así, como se indica en el *“Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias”*, las decisiones que se tomen en el marco de la salud pública deben ser proporcionales a los fines que se persiguen, respetuosas con los derechos y libertades de las personas (pacientes, personas mayores). También en una situación de crisis, es necesario: respetar la vulnerabilidad y la integridad personal como principio ético en la toma de decisiones en la asistencia y la investigación; reconocer que las personas mayores, por el mero hecho de serlo, no pierden derechos ni autonomía, y que ésta por poca que sea en función de su situación, debe ser promovida y respetada; evitar el trato discriminatorio por razón de la edad así como las actitudes paternalistas e infantilizadoras con respecto a las personas mayores, ya que constituyen formas de maltrato; promover que las personas tomen decisiones libres e informadas, y que, cuando tienen plena capacidad de obrar dejen por escrito un documento de voluntades anticipadas indicando qué intervenciones y tratamientos rechazan para que su voluntad sea respetada; promover la implementación de las tecnologías digitales de tal forma que sean complementarias y no sustitutivas del factor humano y las relaciones humanas, que deben promoverse siempre. La digitalización no puede suponer una invasión desproporcionada en la intimidad de las personas mayores, titulares de los datos personales que nutren estas iniciativas

DÉCIMA. Falta de protocolos para cuidados paliativos, final de la vida y despedidas.

La información disponible no permite constatar la existencia de protocolos específicos en esta Comunidad dedicados al tratamiento de cuidados paliativos (contra el dolor, para la hidratación, los cambios de postura, suministro de oxígeno, etc...) de





personas en estado terminal no derivadas a hospitales u otros recursos durante la pandemia. La atención en estos casos pudiera haber contado con deficiencias o haber recaído en personas sin conocimientos o preparación adecuada para tratar estas situaciones especialmente sensibles.

Conforme a las pautas de la OMS para la Covid-19, los paliativos se integran con los cuidados curativos: “Todas las personas deberían tener derecho a morir con dignidad y acceso a los cuidados paliativos si se han tomado todas las demás medidas para proporcionar atención de calidad, incluida la oxigenoterapia”. Así, las acciones clave en esta materia establecidas por la OMS son las siguientes:

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

Ocurre lo mismo en relación con las visitas de despedida para los residentes que afrontan sus últimas horas de vida, dado que la normativa vigente deja a la responsabilidad de la dirección de los centros la adopción de decisiones al respecto, careciendo de protocolos específicos para el tratamiento del final de la vida y despedidas.

DECIMOPRIMERA. Ausencia de asistencia psicosocial para residentes y personal.

Las medidas de aislamiento, confinamiento y restricción o suspensión de visitas han supuesto la eliminación de las distintas actividades o rutinas desarrolladas en las residencias para favorecer la autonomía, la convivencia y preservar el vínculo familiar y emocional de los usuarios. Se les ha limitado, así, a un espacio restringido y aislado





del resto, con una suspensión del contacto regular con las personas del exterior.

No consta, pese a ello, que estas medidas se realizaran con el apoyo psicológico necesario, lo que ha podido agudizar la desorientación y el deterioro cognitivo de los residentes.

Médicos sin Fronteras, en su labor de apoyo residencial, apenas encontró residencias que tuviesen acceso a un servicio de apoyo psicosocial durante la crisis sanitaria, de forma que la salud emocional y mental fue ignorada por los responsables de los centros.

El confinamiento, pues, transcurrió para los mayores residenciados sin más apoyo emocional que el pudiera proporcionarse por el propio personal.

DECIMOSEGUNDA. Insuficiente actividad de control de los centros residenciales.

Aunque las actuaciones de supervisión e inspección de los centros residenciales de personas mayores aumentaron durante la primera oleada de la pandemia, llegando a las 501 residencias visitadas y 828 informes de comprobación realizados, todavía un 29% de los centros residenciales no fue objeto de ese control.

Es cierto que la existencia de contagios dentro de una residencia no equivale necesariamente a una mala gestión o a actuaciones negligentes por parte de los responsables y trabajadores (pues como señala la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, los factores de contagio pueden no ser siempre controlables). Sin embargo, es de extrañar que, ante las devastadoras consecuencias de la pandemia, no todos los recursos residenciales fueran supervisados y que se hayan incoado únicamente diez procedimientos sancionadores.

No podemos afirmar en ningún caso que las labores de acompañamiento, asesoramiento y supervisión realizadas por la Administración hayan sido deficientes. Entendemos, además, que el cuantioso número de centros, las posibles limitaciones cuantitativas del personal y las dificultades estratégicas derivadas del desconcierto de la situación, pudieron contribuir, sin dudar de su interés, voluntad y dedicación, a un posible apoyo desigual o control insuficiente.

En cualquier caso, la gravedad de la situación vivida por nuestros mayores en sus centros residenciales de convivencia hacen necesario un incremento de la labor de supervisión (con los recursos humanos y materiales necesarios), que contribuya a tomar el control de la situación.





DECIMOTERCERA. La persistencia de un modelo de atención residencial inadecuado.

El modelo residencial de Castilla y León al inicio de la crisis sanitaria se vio sometido a una situación extrema y excepcional, con un brutal impacto de la Covid-19 entre la población mayor.

No podemos dudar en ningún caso del esfuerzo encomiable realizado por muchos trabajadores pese a los precarios medios de que disponían para hacer frente a las dificultades que la lucha contra la enfermedad suponían en sus inicios. A los que ahora aprovechamos para reconocer su labor de entrega y dedicación en la prevención de los contagios y en la protección de nuestros mayores.

Ha sido, pues, el personal de los centros, en muchos casos, la fuerza del sistema residencial de las personas mayores en nuestra Comunidad.

Pero la realidad actual, con independencia de ello, demuestra que la existencia de las carencias y deficiencias detectadas hacen reflexionar sobre la necesidad de replantear el modelo de atención existente en un modelo de cuidados de larga duración que permita restituir el respeto y la dignidad de las personas mayores, que ya estaba estigmatizado antes de la pandemia y que ésta ha contribuido a empeorar notablemente.

Las residencias y sus servicios se rigen y gestionan mediante una combinación de entidades públicas, privadas con ánimo de lucro y privadas sin ánimo de lucro, conectadas con el sistema nacional de salud. Actualmente no conocemos estudios determinantes que permitan comparar el impacto de la mortalidad en los diferentes modelos de gestión pública o privada, pero el sistema residencial actual responde más a las condiciones del proveedor de servicios que a las necesidades sociales y sanitarias de sus usuarios.

Por ello, en cualquiera de los modelos de gestión existentes debemos defender que las personas más vulnerables deben ser la prioridad, siendo recomendable un sistema fundamentado en su protección, con estrategias proactivas que reduzcan la mortalidad y prevengan la infección, sin olvidar la calidad de vida y el bienestar físico y psicológico.

Conforme a todo lo expuesto, es nuestra responsabilidad reclamar que todas estas dificultades y errores constatados no vuelvan a producirse en ningún caso. La experiencia adquirida y las dramáticas consecuencias que ha dejado la gestión de la crisis en los centros residenciales, deben ayudar a conseguir una evolución profunda en el sistema ante el peligro inevitable de nuevos contagios en esta segunda ola. No pueden ya existir pretextos o motivos que justifiquen escenarios parecidos a los vividos, debiendo proporcionarse los medios necesarios para luchar de forma eficiente contra la





Covid-19, limitando al máximo los contagios y fallecimientos.

Reclamamos, pues, la adopción de medidas centradas en la atención de las personas mayores, mejorando los servicios sociales y sanitarios en atención a la necesidad de cuidados y salud que presenta esta población como consecuencia de los graves efectos que sigue dejando esta pandemia y, en lógica, ante cualquier otra crisis sanitaria venidera.

No puede permitirse que se produzcan situaciones inhumanas e indignas, el mantenimiento de personas enfermas y críticas en los centros sin atención médica adecuada, sin priorizar las derivaciones de las contagiadas a los hospitales o a recursos alternativos viables y sin contemplar al residente como centro de cualquier medida a adoptar en función de sus necesidades.

Por ello, conociendo los resultados del impacto de la Covid-19 en los centros residenciales de personas mayores de esta Comunidad Autónoma, y aun siendo conscientes de la dificultad y el compromiso que requiere una respuesta más eficaz frente a la Covid-19 ante la actual situación extrema de la crisis sanitaria y el nivel alto de alerta en Castilla y León, consideramos oportuno, al amparo de las facultades conferidas por el Estatuto de Autonomía de Castilla y León y por la Ley 2/1994, de 9 de marzo, del Procurador del Común, formular la siguiente **RESOLUCIÓN**:

Que con la finalidad de velar por la situación de los residentes y del personal que desarrolla sus funciones en los centros residenciales de personas mayores de Castilla y León (y, en su caso, de personas con discapacidad y de otros sectores que se encuentren en una situación de vulnerabilidad ante la Covid-19 o por cualquier otro tipo de agente biológico), se proceda a la adopción de las siguientes medidas para prevenir y dar respuesta a la posible aparición de casos y brotes por dicha enfermedad (o ante cualquier tipo de crisis sanitarias similares que pudieran producirse en un futuro):

DATOS BÁSICOS RELACIONADOS CON LA COVID-19

- 1. Desarrollar un plan de vigilancia epidemiológica en relación con los centros residenciales de personas mayores (residentes y personal).**
- 2. Ofrecer, en el marco de nuestro ordenamiento jurídico, datos actualizados en relación con la morbilidad, mortalidad y letalidad de la Covid-19 en los centros residenciales.**

SISTEMA DE INFORMACIÓN

- 3. Adoptar las medidas oportunas para:**





- **Garantizar que en todos los centros residenciales se ofrezca la información continua del residente a la persona designada sobre su situación de salud física y psíquica en el centro residencial, sin perjuicio de procurar las herramientas de comunicación directa o telemática.**
- **Facilitar información a la familia en caso de traslado dentro del centro o de derivación a otro recurso residencial, sociosanitario u hospitalario.**
- **Mantener informados regularmente a los familiares representantes de la situación general en que se encuentra la residencia en cuanto a usuarios afectados por Covid-19 (fallecidos, confirmados y con síntomas compatibles), recursos disponibles e incidencias de personal, así como de los protocolos del centro correspondiente.**

Ello en tanto se regule normativamente la implantación de cualquier otro sistema de comunicación periódica.

ATENCIÓN SANITARIA

4. Realizar los esfuerzos de coordinación sociosanitaria necesarios para la provisión en los centros residenciales de la debida asistencia sanitaria a los enfermos por la Covid-19 sin indicación de hospitalización, obteniendo un adecuado soporte médico y de enfermería, con la adscripción presencial y provisional de personal sanitario de refuerzo, la entrega del equipamiento sanitario preciso, el suministro de equipos de protección individual y la realización de pruebas diagnósticas.

5. Desarrollar, si para ello fuera necesario, una estrategia de movilización o contratación de personal efectivo y proporcional a las necesidades de los residentes para lograr unos cuidados de calidad y un trato digno, con los recursos personales y materiales de protección exigidos.

6. Garantizar el acceso de las personas que viven en residencias de mayores a una atención médica de calidad, con unos cuidados dignos.

7. Dotar a la atención primaria de salud de los medios adecuados para:

- **La detección, vigilancia y control efectivo de los centros residenciales de su zona.**
- **La prestación del apoyo sanitario preciso a las residencias y para la preparación de una respuesta temprana ante posibles rebrotes.**

8. Adoptar las medidas necesarias para garantizar en todos los casos





precisos el acceso de los residentes a los centros hospitalarios o, como alternativa viable, la derivación a otros recursos adecuados y dotados de los medios suficientes, de forma que no se deje a esta población residencial sin la atención médica debida, o sin despedidas de sus familias ni tratamientos compasivos al final de su vida.

9. Asegurar el acceso a PCR y serologías desde atención primaria, para todo el personal sanitario y sociosanitario que preste atención a personas residenciadas, dado que la no realización de las pruebas de detección puede encubrir situaciones en las que profesionales contagiados pero asintomáticos continúen trabajando, constituyendo un riesgo de convertirse en vectores de propagación del virus entre compañeros, pacientes y familiares.

RECURSOS HUMANOS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES

10. Asegurar una ratio de personal suficiente y cualificada en todos los centros residenciales, que garantice ante la situación actual la protección y cuidados necesarios y dignos, revisando al alza las ratios de la plantilla de atención directa, e incluso de otro personal clave como limpieza, cocina y lavandería. Especialmente en los momentos de crisis sanitaria y social que exija profesionales formados y en mayores proporciones.

11. Reforzar el número de profesionales disponibles y formados en los centros residenciales propios de la Administración autonómica para garantizar durante esta pandemia los cuidados y asistencia adecuada.

12. Garantizar la cobertura o suplencias de las bajas laborales en todas las residencias al ritmo adecuado, desde los proveedores de servicios (o, en su defecto, desde la autoridad correspondiente).

13. Mejorar su formación, estableciéndose por la Administración autonómica circuitos o planes formativos continuos, tanto para el personal de los centros públicos como privados, no solamente en relación con la prevención y protección en caso de epidemia, sino también respecto a cuidados paliativos, acompañamiento al final de la vida y despedidas.

14. Incrementar la profesionalización y dignificación de los profesionales, con unas condiciones laborales que permitan desarrollar sus complejas funciones de atención a la población residente.

15. Garantizar la posibilidad de contratación de personal no cualificado (en casos de emergencia social y sanitaria), con la formación necesaria en las funciones asignadas, y bajo estrecha supervisión del personal técnico competente.





16. Aumentar en las residencias las capacidades de cuidados paliativos, reforzando el personal formado o proporcionando los recursos humanos necesarios para mejorar la atención al final de la vida.

17. Estudiar, mediante la coordinación sociosanitaria adecuada, la posibilidad de “medicalizar” los centros residenciales, dotándoles de recursos personales y materiales adecuados (oxígeno, personal extra de enfermería, aumento de visitas de atención primaria...) y de cuidados de hospitalización (personal médico y de enfermería las 24 horas, acceso rápido a pruebas diagnósticas de laboratorio o radiológicas, capacidad de asistencia urgente, reanimación cardiopulmonar, etc.). Ello sin que suponga la sustitución de las debidas derivaciones hospitalarias o traslados a otros recursos alternativos viables que aseguren cuidados de calidad y respeten la dignidad de los usuarios.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES Y PROTECCIÓN DE LOS RESIDENTES Y TRABAJADORES

18. Garantizar la dotación adecuada (en cantidad y calidad) de material de protección para cada residencia, por parte de sus responsables, supervisada por la autoridad competente.

19. Asegurar un stock suficiente de materiales de protección adaptados y su distribución en cantidad y calidad suficientes, incluidos los centros residenciales privados en casos de emergencia.

20. Desarrollar la formación continuada del personal de las residencias sobre procedimientos para un correcto uso de los equipos de protección, formas de transmisión, medidas de prevención y control de infecciones.

21. Supervisar de forma continua la capacidad de prevención y control de los centros residenciales, así como del manejo de los casos Covid-19 para evitar su agravamiento y propagación.

22. Asegurar el acceso a las pruebas diagnósticas para todo el personal de las residencias.

23. Establecer sistemas ágiles y operativos para la realización de pruebas diagnósticas a residentes.

24. Mejorar los mecanismos de detección y búsqueda activa de casos y de rastreo entre el personal y residentes para evitar el contagio cruzado.

25. Asegurar la capacidad de sectorización y zonificación de todas las residencias, respetando la dignidad, la garantía de cuidados y la protección





personal.

PLANIFICACIONES ESPECÍFICAS

26. Desarrollar un seguimiento exhaustivo y continuo de la implementación de los planes de contingencia elaborados por los centros residenciales frente a la crisis derivada de la Covid-19, adoptando las medidas precisas en caso de dificultades o imposibilidad de cumplimentación y procurando que estén acompañados de una clara dotación de recursos financieros, humanos y materiales que fortalezcan la respuesta preventiva y protectora.

27. Desarrollar las instrucciones precisas para incorporar en estos planes de contingencia la protección de los trabajadores.

28. Elaborar protocolos que incluyan información cualitativa de los tiempos de uso de los equipos de protección y de los riesgos de su deficiente empleo, reutilización o desinfección, con la correspondiente remisión a los centros residenciales de la Comunidad.

29. Creación, a través de la coordinación sociosanitaria precisa, de protocolos específicos para las derivaciones hospitalarias o a otros recursos, con plenas garantías para todos los residentes no solo en situaciones de emergencia sanitaria sino también en condiciones ordinarias.

30. Adoptar protocolos, en los casos de estado clínico terminal, que permitan facilitar la despedida al menos a un miembro de la familia, con el fin de tener un proceso de muerte lo más humanizado y digno que sea posible, cumpliendo igualmente los requisitos de salud pública necesarios para garantizar la seguridad del resto de usuarios, trabajadores y del propio familiar. Además, con los mismos requisitos, se debe procurar, si así lo solicita el enfermo, atención espiritual al residente según sus creencias.

31. Elaboración de protocolos específicos para paliar los impactos del aislamiento en nuestros mayores residenciados, relativos al:

- Mantenimiento del contacto con sus familiares o allegados (mediante videollamadas u otros medios posibles);
- Comunicación a los mismos sobre el estado de salud físico y psicológico de los usuarios;
- Estimulación de la movilidad y orientación de los residentes.
- Planteamiento de la flexibilidad en el aislamiento en situaciones de





enfermedad avanzada o final de vida de residentes, siempre que resulte clínicamente posible y con medidas estrictas de prevención de la infección para los visitantes.

32. Adoptar un protocolo específico para cuidados paliativos conforme a las pautas establecidas al respecto por la OMS.

33. Desarrollar un plan de contingencia para posibles epidemias o pandemias futuras, que asegure una alerta temprana y una respuesta inmediata, y que incluya medidas orientadas hacia el bienestar y calidad de vida de los mayores, la prevención y el control de las infecciones y los diferentes elementos de cuidado digno, como las despedidas, los cuidados profesionales de confort y las visitas o contactos con familiares o allegados.

RESPECTO A LOS DERECHOS DE LOS RESIDENTES

34. Respetar la vulnerabilidad y la integridad personal como principio ético en la toma de todas las decisiones asistenciales adoptadas en los centros residenciales que afecten a los derechos y libertades de los usuarios, evitando el trato discriminatorio por razón de la edad.

35. Humanizar las respuestas o medidas de aislamiento aplicables en situación de crisis sanitaria, de forma que, estableciendo instrucciones precisas para todos los centros, se respeten los derechos y necesidades físicas, cognitivas y emocionales de los residentes, sin suponer un mayor riesgo en la transmisión de infecciones ni se ponga en peligro su salud o la de terceros.

36. Vigilar que las medidas de aislamiento aplicadas en cualquier centro residencial se lleven a cabo con el máximo respeto de los residentes, evitando cualquier situación de maltrato o el uso de sujeciones mecánicas o químicas con ese único fin.

37. Establecer medidas de humanización y aproximación de los familiares de residentes dirigidas a todos los centros residenciales en situaciones de emergencia sanitaria o de necesidad sociosanitaria del usuario, con las exclusivas limitaciones que estén justificadas sanitaria, ética y legalmente, respetuosas con los derechos y libertades, y proporcionales al fin que persigan, incluyendo:

- Las comunicaciones a través de medios telemáticos en tanto no sea posible el contacto personal.
- El acompañamiento familiar al final de la enfermedad, con el fin de facilitar un proceso de muerte lo más humano y digno posible, cumpliendo con los requisitos exigidos de salud pública.





- El apoyo espiritual o religioso al final de la vida.

38. Establecer instrucciones para promover en las residencias que las personas ingresadas adopten decisiones libres e informadas.

39. Promover la implementación en los centros de las tecnologías digitales complementarias, no invasivas de la intimidad, ni sustitutivas del factor humano y las relaciones humanas, que deben siempre fomentarse.

40. Promover en los centros residenciales la comunicación o información a los residentes de forma comprensible, con atención a las particularidades propias de la edad avanzada y al deterioro cognitivo, en relación con las circunstancias de las medidas de aislamiento, restricción o suspensión de visitas y salidas, con un lenguaje comprensible.

41. Estudiar los diagramas de flujos de despedidas elaborados por la organización Médicos sin Fronteras en atención a la demanda del colectivo de familiares, aplicables a las visitas cuando estas sean posibles¹³, para su posible aplicación en los centros residenciales de la Comunidad.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

42. Promover la creación de un servicio de apoyo psicosocial que atienda a los usuarios en cada centro residencial de Castilla y León ante la aplicación de medidas de aislamiento o restrictivas.

43. Velar por la salud mental de los residentes que padezcan la Covid-19 en todas las residencias de la Comunidad.

SUPERVISIÓN Y CONTROL DE LOS CENTROS

44. Potenciar los servicios de inspección y control sobre las residencias públicas y privadas, agilizando la tramitación de las medidas que sea preciso adoptar para garantizar la protección y bienestar de los usuarios y el personal.

PLAN DE DESESCALADA EN LOS CENTROS RESIDENCIALES

Las personas residiendo no pueden quedar al margen del futuro retorno a una posible normalidad, recuperando de la forma más eficiente y segura las relaciones personales, su movilidad y actividad física. En consecuencia, recomendamos:

45. Elaborar un plan específico en el que se recojan las indicaciones precisas

¹³ <https://msfcovid19.org/wp-content/uploads/2020/04/CV035-PCI-Diagrama-despedida-familiares-residencias-20200424-V2-OK.pdf>





o medidas necesarias para equilibrar en todas las residencias de la Comunidad la necesidad de proteger de contagio a las personas institucionalizadas y la de proteger su salud mental, física e interacción personal con sus seres queridos.

46. Mantenimiento de las medidas y protocolos de prevención y protección, para su cumplimiento por todos los centros residenciales.

47. Establecimiento de actuaciones de control efectivo y estricto de los visitantes para su observancia en todos los recursos.

48. Evitar, en la medida de lo posible, situaciones de aislamiento extremo, manteniendo la comunicación con las familias e incrementando las actividades físicas, sociales y ocupacionales dentro de los centros en la medida en que ello sea posible.

49. Velar para que se analice la salud de los residentes en cada recurso residencial de la Comunidad tras la aplicación de medidas de aislamiento o restricción durante la pandemia, con el fin de paliar los efectos negativos padecidos y prestar todos los tratamientos y apoyos de todo tipo que se consideren precisos.

PROCURAR UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

50. No demorar en el tiempo el replanteamiento de un nuevo sistema de atención residencial para personas mayores en esta Comunidad Autónoma que se fundamente en cuidados y atenciones centradas en la persona, que ofrezca respuesta a sus necesidades específicas, mejorando aspectos básicos relacionados con la calidad de vida, la seguridad y la ética, con los imprescindibles cambios e inversiones a nivel de personal y de tecnología, que faciliten las intervenciones y cuidados centrados en la persona. Ello mediante la coordinación de las administraciones de servicios sociales y sanitaria y la colaboración o participación de los agentes sociales.

51. Valorar el traslado de la presente resolución o, en su caso, del contenido general de la misma al grupo de trabajo que estudia el cambio de modelo residencial en Castilla y León.

Se pide encarecidamente que todos estos puntos sean sometidos a reflexión, de forma urgente, porque urge dar una respuesta rápida y efectiva a las necesidades que presenta el cuidado de nuestros mayores, ahora más que nunca, una vez que hemos apreciado la insoportable vulnerabilidad en la que se encuentran. Y sirva el esfuerzo social que exige el cambio de modelo residencia, al que apuntan las medidas propuestas en la presente resolución, también como postrero homenaje a las miles de personas, en especial a nuestros mayores, que han





pagado con sus vidas la falsa seguridad en que se asentaba nuestra sociedad frente a las pandemias, una vez constados los terribles efectos que está produciendo la que estamos sufriendo.

Esta es nuestra resolución y así se la hacemos saber, con el ruego de que nos comunique de forma motivada la aceptación o no aceptación de la misma por parte del órgano que corresponda de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades en el plazo de dos meses, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.2 de la Ley Reguladora de la Institución.

Una vez realizadas las comunicaciones oportunas, se acuerda publicar la presente Resolución en la página web de esta Institución, previa disociación de los datos de carácter personal que contuviera.

Pendiente de sus noticias, reciba un cordial saludo.

Atentamente,

EL PROCURADOR DEL COMÚN
Tomás Quintana López

