



La COVID-19 en las residencias de mayores en la Comunidad de Madrid: situación actual y propuestas de prevención y control

Informe elaborado por ActuarCOVID

Documento de trabajo de ActuarCOVID 1-2020

Madrid, noviembre 2020

AGRADECIMIENTOS: Este informe de ActuarCOVID ha sido posible gracias a las generosas contribuciones de miembros de Marea de Residencias, familiares y trabajadores de residencias, técnicas de cuidados auxiliares de enfermería, representantes sindicales, directores de residencias, médicos y enfermeras que nos han relatado sus vivencias. Son precisamente estas experiencias locales, ocurridas en la Comunidad de Madrid, las que nos han permitido interpretar los resultados de los análisis epidemiológicos a la luz de la bibliografía científica internacional.

Índice

Resumen	1
1. Análisis de situación de las residencias de personas mayores de la Comunidad de Madrid después del confinamiento: periodo 15 de agosto-30 de septiembre	3
Antecedentes.....	3
Tendencias en brotes de COVID-19 en las tres quincenas del periodo de estudio.....	4
Distribución territorial de los brotes	4
Incidencia de la COVID-19 en trabajadores por categoría profesional	5
Asociación de infecciones por COVID-19 en residentes y en trabajadores	8
Mortalidad en personas mayores en residencias de la Comunidad de Madrid.....	12
2. Prevención de brotes en residencias de personas mayores	15
Contexto antes de la pandemia.....	15
Propuestas de medidas necesarias para prevenir la aparición de brotes.....	17
a) Vigilancia y monitorización de la epidemia	18
b) La formación de los trabajadores de la residencia en control de infecciones y específicamente en control de la COVID-19.....	20
c) Asegurar suficiente mano de obra altamente capacitada y estable mediante cursos de formación intensivos y remunerados.....	21
Reducción de la mortalidad asociada a los brotes de COVID-19 en las residencias	22
Referencias bibliográficas.....	23
3. Consecuencias para la salud del confinamiento de las personas mayores en las residencias de la Comunidad de Madrid	26
Antecedentes.....	26
La normativa vigente y la práctica cotidiana sobre visitas en residencias de la Comunidad de Madrid	27
Efectos de la restricción de visitas en el funcionamiento físico y cognitivo y en la salud mental de las personas mayores en residencias	31
Propuestas de intervención para minimizar el daño al funcionamiento físico, cognitivo y mental de los residentes	32
Conclusiones.....	34
Resumen de las acciones urgentes y necesarias	35
Referencias bibliográficas.....	36
Anexo 1. Descripción de la residencias de mayores de la Comunidad de Madrid según su titularidad	37
Anexo 2. Extractos de entrevistas realizadas a familiares.....	39
Anexo 3. ActuarCOVID.....	41



Resumen

En el momento actual las residencias de personas mayores en la Comunidad de Madrid continúan siendo invadidas por la Covid-19. Tras el análisis de datos facilitados por el Portal de Transparencia de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, informamos de que la epidemia se extiende por todo el territorio de la región, y que en la segunda quincena de septiembre el 27% del total de 475 residencias tenían brotes activos, en tendencia ascendente y sin barrera eficaz a la aparición de nuevos brotes. Desde julio han fallecido 102 personas por COVID-19 en residencias y un número indeterminado en el hospital. Más de 55 000 trabajadores prestan servicios a los 41 000 residentes. Estos trabajadores viven y se infectan en localidades con alta incidencia del virus. Los más afectados son los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), seguidos por el colectivo de enfermería. Se observa también infección entre limpiadoras y médicos. Nuestros datos coinciden con la bibliografía internacional en demostrar que el virus se transmite de la comunidad a las residencias y entre éstas por las trabajadoras. Los trabajadores que prestan servicios en varios centros constituyen un vehículo de transmisión entre ellos.

Proponemos dos tipos de medidas para prevenir los brotes y controlar la infección de la COVID-19 en el medio residencial. 1) La vigilancia epidemiológica, mediante el establecimiento de un sistema de información que produzca informes semanales; la realización de pruebas de PCR a todo el personal de las residencias con periodicidad al menos semanal mientras dure la situación epidémica en Madrid, el aislamiento de infectados y el rastreo de contactos y pruebas regulares también a los residentes con una periodicidad que dependa de la situación de infección en la zona y en los trabajadores. Esta vigilancia debe ir acompañada de una prohibición de trabajar en más de un centro, siempre con compensación salarial. 2) Formación de la mano de obra en



prevención y control de la COVID-19, formación que tiene que ser continuada, práctica y realizada por sus pares y en ella deben participar todos los trabajadores de la empresa; y también formación de nuevos TCAE mediante cursos intensivos y remunerados, con evaluaciones y acompañamiento en la integración laboral.

El aislamiento social produce estragos en la salud y en la función física y cognitiva de las personas mayores. Los familiares y los trabajadores observan un acusado deterioro funcional, quizás irreversible, en los residentes confinados. Urge encontrar un balance entre la reducción de riesgo de entrada del virus y el daño a la salud de las personas mayores y el sufrimiento de familiares y trabajadores. El cuidador familiar es un trabajador voluntario, un socio esencial en las tareas de cuidados, que colabora voluntariamente apoyando los cuidados personales y, de forma única, asegura la relación significativa con el exterior, y las necesidades de afecto y la continuidad de las relaciones. Las visitas del cuidador familiar no deben estar limitadas en tiempo ni duración. El cuidador familiar debe recibir formación en prevención de la COVID-19 y se le debe requerir el comportamiento preventivo que se requiere a todos los trabajadores. Otras visitas de carácter más social pueden restringirse algo más.

Las medidas propuestas deberían ser adoptadas con carácter urgente, dada la gravedad de la situación en las residencias y la transmisión comunitaria de la COVID-19 en Madrid.



1. Análisis de situación de las residencias de personas mayores de la Comunidad de Madrid después del confinamiento: periodo 15 de agosto-30 de septiembre

Antecedentes

La epidemia de la COVID-19 se cobró al menos 6000 vidas de personas mayores que vivían en residencias de la Comunidad de Madrid durante los meses de marzo a junio del 2020. Estas defunciones, muchas de las cuales fueron potencialmente evitables, pusieron de manifiesto las debilidades del modelo de atención residencial implantado en la Comunidad de Madrid, durante las últimas tres décadas, y su incapacidad para hacer frente a una epidemia, las limitaciones de material de protección personal para los trabajadores y la ausencia de protocolos de prevención de infecciones en estos centros. Este modelo de servicios de larga duración se ha implantado en un contexto de austeridad y recortes presupuestarios como respuesta a la crisis de 2008. Desde entonces se ha procedido a la privatización de la gestión del Servicio Madrileño de Salud, a drásticos recortes en la atención primaria y a recortes en los hospitales madrileños de gestión pública. No es de extrañar que en este contexto se produjese el colapso de los hospitales madrileños durante la primera ola de la pandemia y la rápida expansión del virus en la comunidad, con ausencia además de rastreo de contactos y con una inexistente red de vigilancia epidemiológica.

La situación de marzo hizo necesario el confinamiento riguroso de toda la población durante dos meses, una medida que resultó eficaz para acabar con la transmisión comunitaria del virus. Se consiguió doblegar la curva, se declaró el fin del estado de alarma y empezó la desescalada a fines de mayo.

Las dramáticas cifras de mortandad de la primera ola de la pandemia: más del 66% (o quizás más del 85%) de la mortalidad madrileña en residencias de mayores nos tendría que haber servido para haber invertido durante los meses de junio y julio en su protección, pero este trabajo de análisis y aplicar medidas no se hizo. La Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad requirió a cada residencia tener un plan de contingencia e inició una recogida de datos diaria sobre la situación de la pandemia, pero estas medidas no se reforzaron con intervenciones de prevención basadas en la evidencia científica.

Ante las escasas medidas tomadas en la Comunidad de Madrid para atajar los contagios e impedir una segunda oleada, ActuarCOVID se ha constituido como plataforma de profesionales sanitarios aglutinados alrededor



de un decálogo de buenas prácticas. Ahora, a finales de octubre, ya en el inicio de la segunda ola de la epidemia, todavía no se cuenta con información oficial sobre la situación de la epidemia en las residencias para personas mayores de Madrid.

El grupo de trabajo sobre residencias de ActuarCOVID ha considerado indispensable elaborar un informe sobre la situación de las residencias de mayores y formular propuestas de intervención para proteger la vida de las personas mayores que viven en ellas, así como cuidar a los diversos profesionales que les prestan servicios en el ámbito que constituye ahora su hogar.

Este análisis de situación se basa en los datos facilitados por el Portal de Transparencia de la Comunidad de Madrid que ha respondido a nuestras preguntas sobre los casos de COVID-19 entre el 15 de agosto y el 30 de septiembre de 2020.

A continuación, describiremos la extensión de la epidemia y la dinámica de transmisión entre residentes y trabajadores en el periodo de estudio.

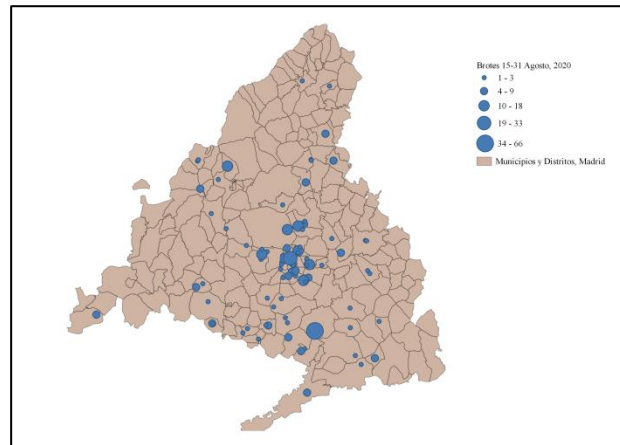
Tendencias en brotes de COVID-19 en las tres quincenas del periodo de estudio

En la Comunidad de Madrid hay 475 residencias de personas mayores. El número de brotes activos en las residencias en toda la comunidad fue de 90 en la segunda quincena de agosto, de 128 en la primera quincena de septiembre y de 130 en la segunda quincena de septiembre. En porcentajes se traduce en que un 19%, un 27% y un 27% de las residencias tuvieron brotes en esas quincenas.

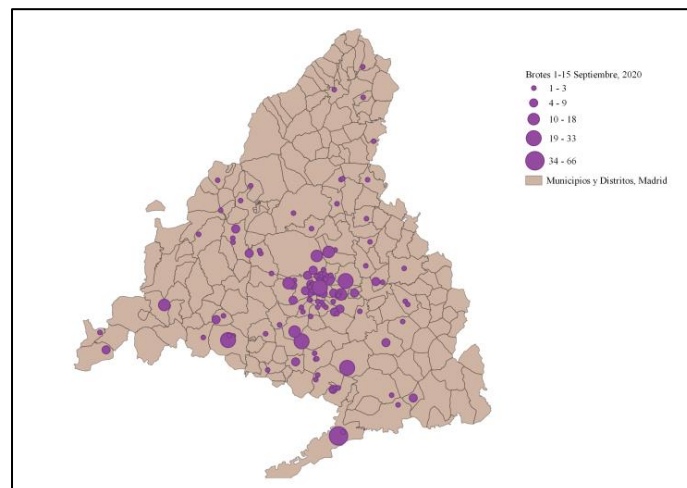
Distribución territorial de los brotes

Se obtuvo en Google Maps la geolocalización de las residencias afectadas por brotes y se elaboraron dos mapas, correspondientes a la segunda quincena de agosto y la primera quincena de septiembre. Cada círculo en el mapa indica un brote en una residencia y el tamaño de los círculos indica el tamaño del brote, según el número máximo de casos con PCR positiva en las personas mayores que residen en cada residencia. Se observa que la epidemia se ha extendido en toda la geografía de Madrid y se continúa extendiendo ya que el mapa de los 15 primeros días de septiembre tiene más brotes que el de los últimos días de agosto. Los brotes variaban en tamaño desde 1 persona hasta 66 personas, la mitad de los brotes se definían por un caso confirmado de COVID-19 en un residente, y el 25% de los brotes tuvieron

cinco o más residentes con infección COVID-19 confirmada. La media de duración de los brotes fue de 7 días.



Brotos segunda quincena de agosto



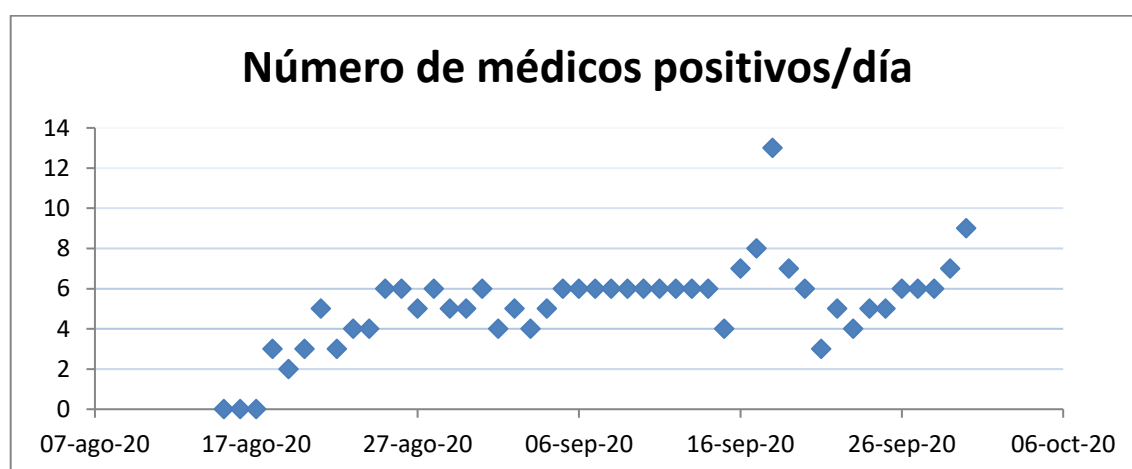
Brotos primera quincena septiembre

Incidencia de la COVID-19 en trabajadores por categoría profesional

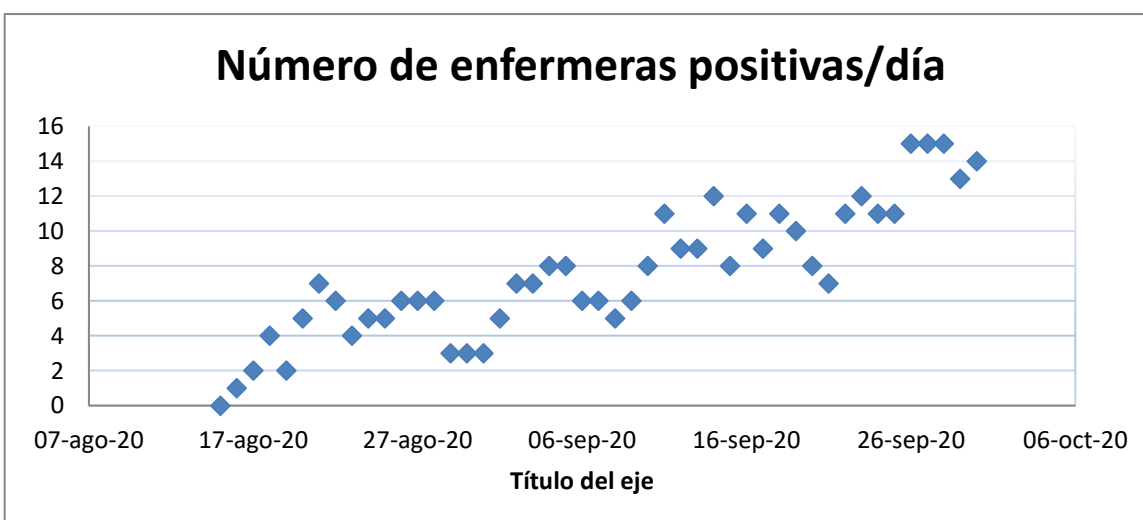
En las residencias trabaja un gran número de personas que tienen en común la prestación de servicios a los residentes. Pertenecen a diversas ocupaciones: médicos, personal de enfermería, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y limpiadoras, educadores sociales, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, nutricionistas, podólogos, peluqueros, personal de hostelería y personal de mantenimiento de los edificios y jardines, y los servicios de administración. Estos trabajadores parecen muy numerosos y en ocasiones superan en número a la propia

población de residentes. Ellos están en riesgo de contagio en las comunidades donde residen y pueden introducir la infección en las residencias. También pueden infectarse en las residencias y transmitir la infección a sus familiares y allegados. Por último, se corre el riesgo de que trasmitan la infección a otras residencias cuando alternan su trabajo en varias residencias.

Los datos facilitados por el Portal de Transparencia dan información diaria sobre el número de médicos, enfermeros, TCAE y limpiadoras que han tenido una infección de COVID-19 confirmada por PCR. Sin embargo, no se cuenta con esta información para las restantes categorías profesionales. A continuación, presentamos las gráficas con la información disponible.

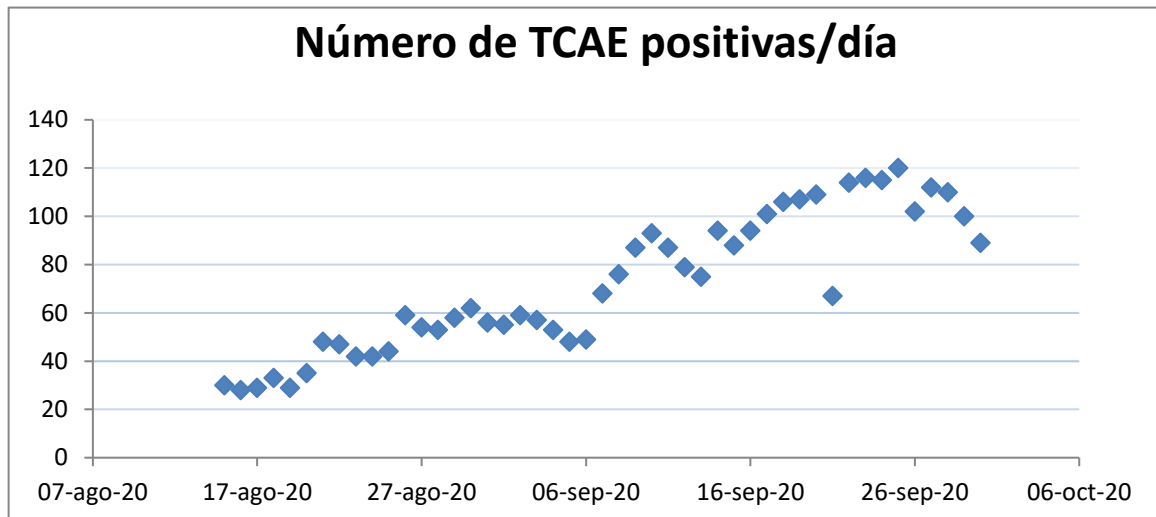


En el eje de ordenadas, Y, se representa el número total de médicos con infección confirmada por COVID-19 y en el eje de abscisas, X, cada fecha del período considerado. Este número varió entre 0 y 13. Es decir, el máximo número de médicos infectados en las residencias con brotes en una fecha fue 13.





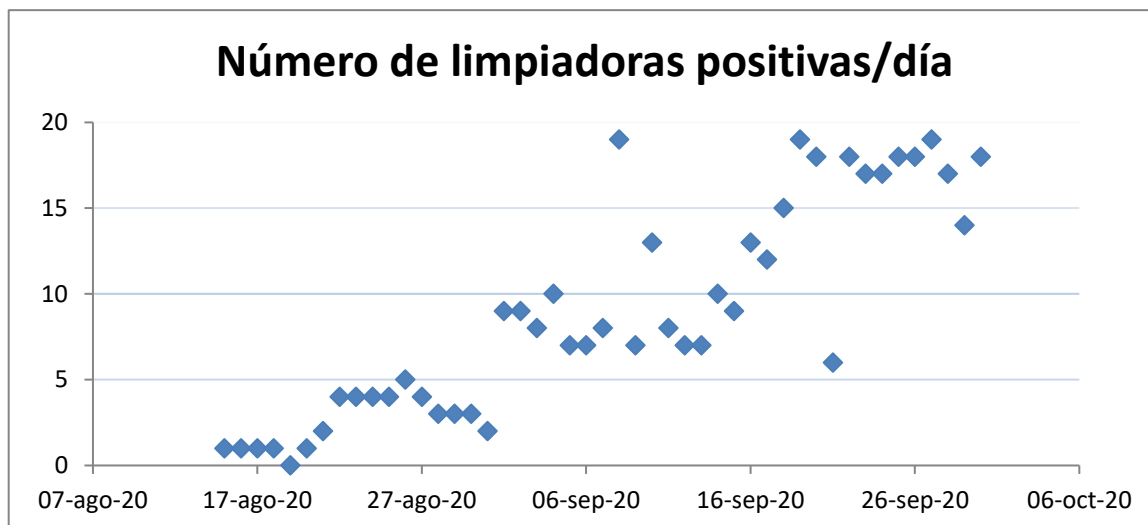
En el gráfico del personal de enfermería se observa que el número de enfermeras infectadas varió en las seis semanas de estudio entre 0 y 15.



Las cifras fueron muy diferentes para las TCAE: variaron entre un mínimo de 30 y un máximo de 120.

Por último, el número diario de limpiadoras infectadas varió entre 0 y 20.

La frecuencia de infección se midió mediante la tasa de incidencia, definida como nuevos casos por 100 jornadas-profesional (análogo al tiempo-persona de observación). En médicos, la tasa de incidencia fue de 7 casos/100 jornadas y se mantuvo constante en las tres quincenas. En el personal de enfermería, la tasa de incidencia fue de 8/100 jornadas en la segunda quincena de agosto y alcanzó 11/100 en la segunda quincena de septiembre. En TCAE, la tasa de incidencia fue de 46/100 jornadas en la segunda quincena de agosto y alcanzó 57/100 en la segunda quincena de septiembre.

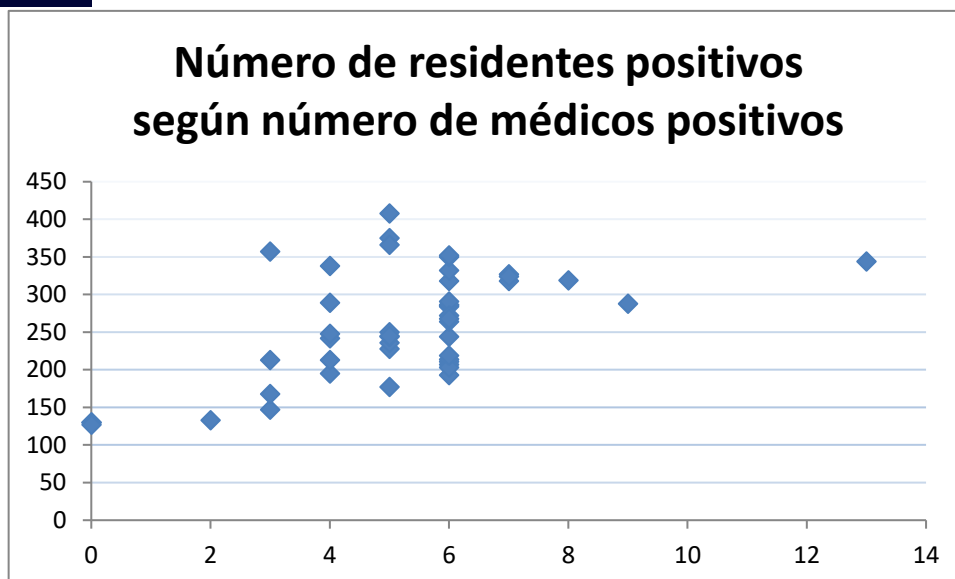


Por último, la tasa de incidencia en limpiadoras subió de 6/100 jornadas en la segunda quincena de agosto hasta el 17/100 jornadas-profesional en la segunda quincena de septiembre.

En resumen, son las TCAE las que más se infectan.

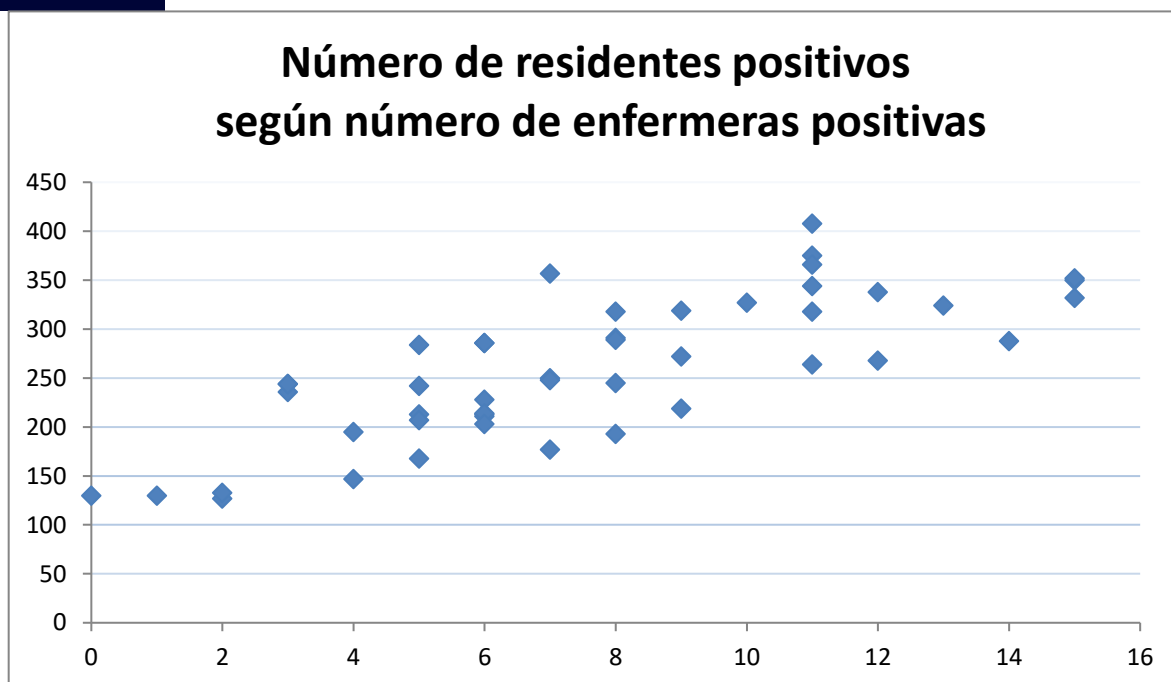
Asociación de infecciones por COVID-19 en residentes y en trabajadores

La siguiente sección trata de la covariación en el tiempo de la infección entre los residentes y las distintas categorías de profesionales sanitarios. Examinamos el número total de residentes infectados y el número total de médicos, personal de enfermería, TCAE y personal de limpieza que estuvieron infectados en cada día (fecha) del periodo de observación, desde el 15 de agosto hasta el 30 de septiembre. Presentamos los resultados en los siguientes gráficos, donde cada punto representa el número total de residentes infectados para una fecha del periodo de observación, sumados sobre todas las residencias con un brote activo en esa fecha, y el eje X representa el número de médicos que tienen PCR positiva en esa fecha.

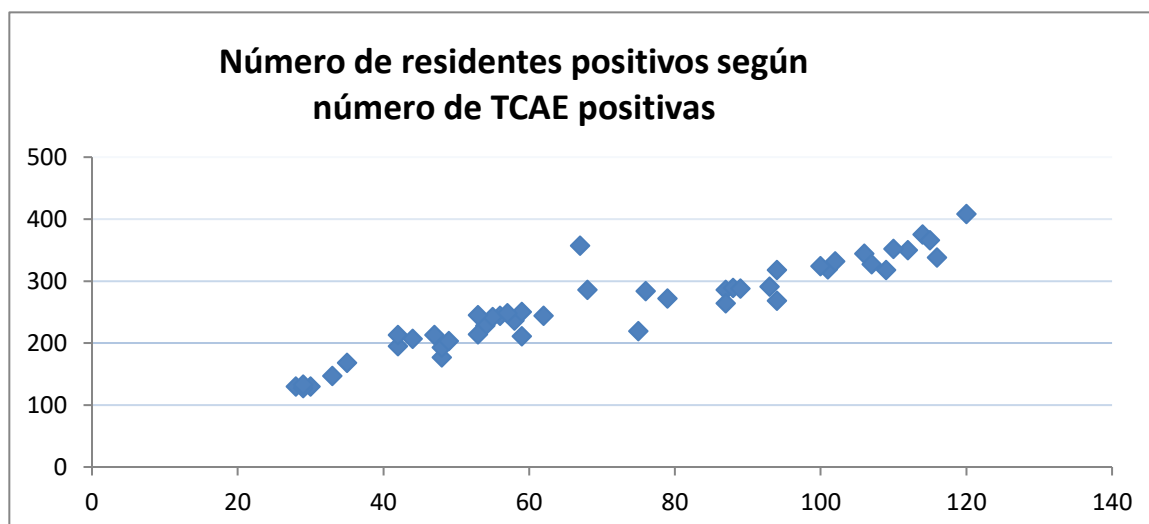


Se observa que a medida que aumentaba el número de médicos positivos, aumentaba también el número de residentes positivos.

Para facilitar la comprensión del gráfico daremos algunas ilustraciones. En el primer día de observación el 15 de agosto, no había ningún médico infectado en las residencias incluidas y había ya 130 residentes infectados, en las 27 residencias que tenían brotes activos en esa fecha. El 18 de septiembre había 13 médicos infectados en las 69 residencias con brotes activos en esa fecha que sumaban 344 residentes positivos. Más adelante, el día 25 de septiembre, se registraban 5 médicos positivos y 408 residentes positivos en las 75 residencias que tenían brotes activos en esa fecha.

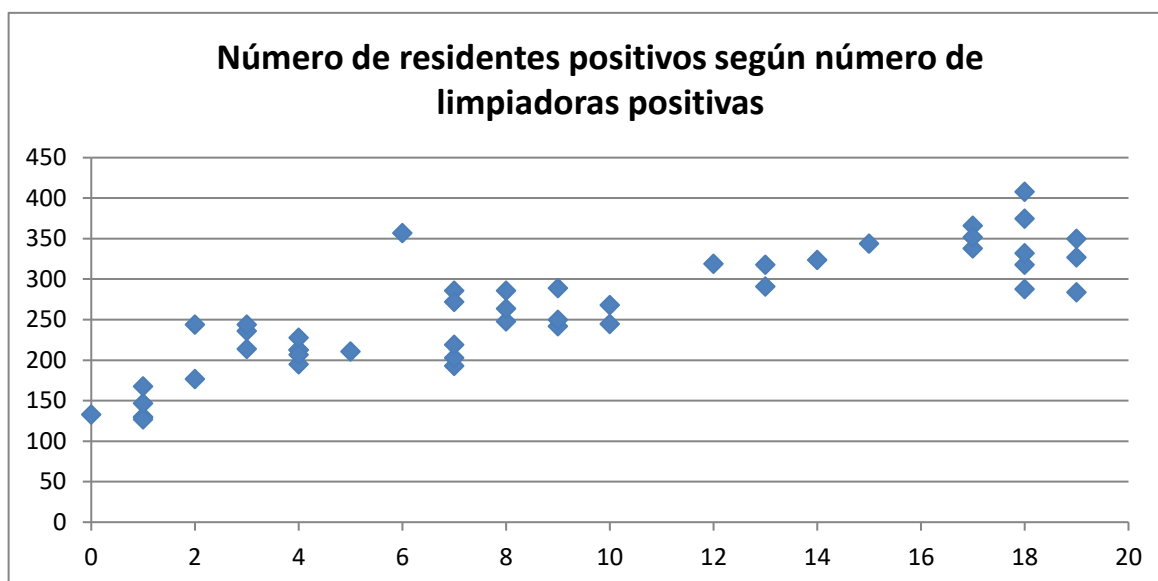


En este gráfico se representa el número de residentes positivos según el número de enfermeras positivas. Por ejemplo, el día 17 de agosto se registraron dos enfermeras positivas y 127 residentes positivos en las 28 residencias con brotes en esa fecha.





En este gráfico, que corresponde a la asociación entre los casos positivos en las TCAE y los casos positivos en residentes, la covariación en el tiempo fue todavía más acusada. Por ejemplo, el día 15 de agosto había 30 TCAE positivas y 130 residentes positivos en las 27 residencias con brotes activos en esa fecha. A mitad de periodo, el día 7 de septiembre se registraron 68 TCAE positivas y 286 residentes positivos en 68 residencias con brotes activos en esa fecha. El día 25 de septiembre se registraron 120 TCAE positivas y 408 residentes positivos en las 75 residencias con brote activo en esa fecha.



Este gráfico representa la covariación en el tiempo de los casos positivos en limpiadoras y en residentes. Al inicio del periodo se registró una sola limpiadora positiva y 130 residentes positivos en 27 residencias con brotes activos. El 25 de septiembre se registraron 18 limpiadoras positivas, 408 residentes positivos en 75 residencias con brotes activos.

Todo lo anterior apoya lo que ya se ha estudiado en la bibliografía internacional, donde se demuestra que las residencias de personas mayores son lugares de alto riesgo de infección tanto para los residentes como para los trabajadores que les atienden, quienes son a su vez portadores de infección y personas en riesgo de infectarse. Por ello, argumentamos **que las residencias de personas mayores deberían ser objeto de vigilancia epidemiológica rigurosa**: un mayor conocimiento sobre cómo se producen los brotes en las residencias redundaría en un mejor control de la infección en las propias residencias y en las comunidades de origen de sus trabajadores.



Mortalidad en personas mayores en residencias de la Comunidad de Madrid

Según datos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid sobre la situación epidemiológica de la COVID-19, hubo 2 fallecimientos por COVID-19 en centros sociosanitarios en agosto, 39 en septiembre y 48 en octubre. No se especifica la distribución de estas defunciones por tipo de centro sociosanitario, pero salvo alguna ocurrida en residencias para personas con discapacidad, se puede suponer que todas ellas ocurrieron en residencias de personas mayores.

Según los datos facilitados por el Portal de Transparencia y recogidos por la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, durante el mes de septiembre fallecieron en residencias de personas mayores 36 personas con COVID-19 confirmado y 34 con sospecha de COVID-19, es decir un total de 70 defunciones. Estos datos no coinciden con los de la Consejería de Sanidad.

Ni las cifras de la Consejería de Sanidad ni las de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad incluyen el número de personas mayores con COVID-19 que fueron trasladadas y que fallecieron en el hospital y, por tanto, subestiman los fallecimientos de personas cuyo domicilio es una residencia de mayores en la Comunidad de Madrid.

Prueba de esta subestimación es que en un solo hospital de la zona norte de Madrid se registraron 17 defunciones por COVID-19 en personas mayores cuyo domicilio era una residencia asignada al área de referencia del hospital entre el 1 de agosto y el 23 de octubre; de ellas, 16 defunciones ocurrieron en el hospital y una en la residencia.

Si todos los hospitales de Madrid tuvieran la experiencia de este hospital, la casi totalidad de personas mayores de residencias fallecidas por COVID-19, habrían sido trasladadas a hospitales antes de su defunción, y no contabilizarían como fallecidos en las estadísticas publicadas en la página web de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, ni en los datos facilitados por el Portal de Transparencia.

Según la web de la Comunidad de Madrid, hubo 77 fallecidos por COVID-19 en residencias de mayores entre el 1 de agosto y el 23 de octubre. Podría ocurrir que varios centenares de personas mayores cuyo domicilio era una residencia de la Comunidad de Madrid fallecieran por COVID-19 en ese periodo y no estén contabilizados porque su defunción ocurrió en el hospital.

Es incomprensible que después de los miles de fallecidos por COVID-19 en las residencias de mayores de la Comunidad de Madrid en la primera ola



de la epidemia, no podemos conocer ahora cuál es la magnitud del problema y las declaraciones oficiales nos digan medias verdades y no faciliten una información válida sobre un tema tan sensible.

En el segundo capítulo se tratará de la prevención de los brotes de la COVID-19 y la reducción de la mortalidad en las residencias de personas mayores y se propondrán intervenciones que han sido realizadas y evaluadas positivamente en la bibliografía internacional.



¡Mañana seremos ellos!, fotografía cedida por un técnico en cuidados auxiliares de enfermería en una residencia de la Comunidad de Madrid



2. Prevención de brotes en residencias de personas mayores

Contexto antes de la pandemia

Antes de tratar los factores específicos que determinan la entrada de la COVID-19 en las residencias de personas mayores, es necesario analizar la situación del sector de cuidados de larga duración en Madrid inmediatamente antes de la aparición de la pandemia. Mencionaremos rápidamente diez consecuencias de las decisiones políticas que se tomaron desde la perspectiva neoliberal, que predicaba la reducción del gasto público (austeridad) durante la gran recesión que se inició en 2008:

1) **Reducción del gasto público.** La austeridad durante la gran recesión llevó a una reducción muy acusada de las transferencias del Gobierno central a las comunidades autónomas para los cuidados, lo que supuso una barrera en la implementación de la Ley de Dependencia, tanto en la atención a domicilio como en las residencias. Inicialmente y según la Ley, esta contribución era del 50%, pero actualmente no llega al 20%.

2) **Gestión privada de las residencias públicas.** Mediante la contratación pública se privatizan los servicios ofrecidos en las residencias de personas mayores. En 2020, solo 63 (13,2%) de las residencias de la Comunidad de Madrid son públicas, 335 (70,5%) son privadas y pertenecen a empresas con ánimo de lucro y el resto, 77 (16,2%), pertenecen a empresas sin ánimo de lucro tales como entidades religiosas. Como consecuencia, en la Comunidad de Madrid en enero de 2020 había más plazas de residencia con financiación privada (29 983) que pública (21 599) y muchas personas mayores que habían solicitado una plaza en residencia a la Comunidad de Madrid murieron antes de obtenerla. Desde el comienzo de la pandemia han fallecido por COVID-19 en las residencias para mayores más de 6000 personas entre marzo y junio, y aproximadamente 1000 adicionales desde junio hasta septiembre. Sabemos que la ocupación ha disminuido hasta 40 880, es decir, casi el 80% del total de las 51 582 plazas residenciales. Los cálculos son aproximados y obtenidos de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales y del periódico InfoLibre.

3) **Fondos de inversión.** A principios del siglo XXI los fondos de inversión internacionales invaden el mercado español. Se trata de multinacionales del sector de servicios de larga duración, que compran muchas



de las residencias del tejido empresarial español y construyen una red de macrorresidencias de ámbito nacional y con concentración en Madrid. Recordemos que estas empresas son responsables frente a sus accionistas de obtener un beneficio económico. Como resultado, para asegurar la continuidad del negocio, el cuidado de los mayores se tiene que convertir en un negocio lucrativo. El lucro está asegurado puesto que se cobra el importe de la plaza al sector público y el margen de beneficio esperado se deduce de la financiación pública de las plazas o del pago directo del residente. (Referencia: serie de periodismo de investigación publicada en InfoLibre y escrita por Manuel Rico).

4) Escasa o nula coordinación entre el sector de cuidados de larga duración, la atención primaria de salud y la atención especializada. En la Comunidad de Madrid no existe ninguna experiencia de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales de larga duración, esenciales para un envejecimiento en buena salud. Las residencias, último eslabón de la cadena y el eslabón más costoso, termina siendo la solución solicitada por las personas mayores que preferirían envejecer en sus domicilios con programas de ayuda para las actividades de la vida diaria y el mantenimiento del hogar. Las residencias se limitan a satisfacer las ratios de personal según la normativa vigente pero no son garantes de la calidad de vida. A esta situación hay que agregar la práctica ausencia de la salud pública y la epidemiología, lo que explica la falta de preparación ante brotes epidémicos.

5) Financiación insuficiente de las plazas de residencia concertadas con el sector privado. La financiación de una plaza de residencia en Madrid es muy baja, una de las más bajas de España. Esta infrafinanciación crónica tiene importantes consecuencias para la calidad del servicio. Para comprender el desfase entre este precio y lo que requiere un servicio de calidad citaremos que la financiación de una plaza de residencia en la Columbia Británica en Canadá es de 222 \$ canadienses/día, equivalente a 150 €/día. Un estudio de costes-precio de las plazas concertadas realizado en 2018 constata que “el mapa de precios del Estado parece ser más el resultado de la capacidad presupuestaria de cada autonomía que consecuencia del estudio analítico coste-plaza”. Además, el estudio concluye que la relación de coste-precio en Guipúzcoa es la más adecuada para prestar los servicios con los recursos humanos y materiales que se requieren en cada grado de dependencia, pero insuficiente para garantizar lucrarse con cada euro invertido y recomienda proyectar el modelo de Guipúzcoa. Esto redundaría en aumentar las ratios de personal y aumentar los precios de cada grado de dependencia (ver referencia 1 al final del capítulo).



6) **Precariedad laboral, definida por bajos salarios, temporalidad y limitación de beneficios.** Se necesitan muchas horas de trabajo para ganar un sueldo que no llega a satisfacer las necesidades de la vida diaria y que sume a las familias en la pobreza crónica. La feminización de la plantilla facilita la explotación de las trabajadoras que son reclutadas en los estratos sociales con mayor vulnerabilidad. El trabajo de cuidadora en una residencia de personas mayores no tiene prestigio social y se considera que es un trabajo para el que no se requiere cualificación.

7) **Habitaciones compartidas.** Muchas habitaciones son compartidas para reducir costes o para aumentar ocupación. Es difícil imaginar la calidad de vida de una persona mayor que se ve obligada a compartir de forma involuntaria su intimidad diaria con otra persona e incluso dormir en la misma habitación.

8) **Las horas diarias de cuidados directos por residente son insuficientes.** El cuidado personal para la higiene y la alimentación se realizan con rapidez. Las comidas, el baño, la ayuda para la higiene corporal, incluso el cambio de pañales, deben realizarse en un tiempo cronometrado.

9) **La formación de los trabajadores en el puesto de trabajo es muy limitada.** Este aspecto ha sido particularmente relevante en la situación epidémica actual, donde los trabajadores de las residencias carecen de los conocimientos y habilidades para prevenir las infecciones ante un virus extraordinariamente infeccioso.

10) **Las inspecciones de la Administración Pública son escasas,** y generalmente no se plantean el objetivo de asegurar la calidad de vida de los residentes y los trabajadores. Suelen realizarse como respuesta a las denuncias en los medios de comunicación y en los juzgados, realizadas por los familiares de los residentes. En estas condiciones, pueden pasar desapercibidas las deficiencias nutricionales, los ahorros en pañales y otros materiales, e incluso los tratos vejatorios o el abuso de la contención física y química.

Propuestas de medidas necesarias para prevenir la aparición de brotes

Sobre este telón de fondo aparece la pandemia de la COVID-19 en España, y casi inmediatamente los primeros brotes de COVID-19 en las residencias de Madrid en marzo de 2020. La escasez de recursos humanos y materiales y la inoperancia y descoordinación de la Consejería de Sanidad precipitan una catástrofe humanitaria bien descrita en el informe de Médicos



sin Fronteras sobre el tema. Durante los meses de junio y julio, la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad intenta tomar el control de la situación y requiere un plan de contingencia, almacenamiento de equipos de protección individual y recogida diaria de información en cada residencia de la Comunidad de Madrid. Estas medidas, aunque necesarias, han sido insuficientes. Apenas se han visto resultados del plan de contingencia y los datos no se han analizado, parece que falta voluntad política para llevar a cabo las intervenciones que prevengan y controlen los brotes en las residencias. Las medidas propuestas se pueden clasificar en tres grupos: a) vigilancia y monitorización de la epidemia; b) formación de recursos humanos en control de infecciones y específicamente en control de la COVID-19; c) aumento del volumen de trabajadores y el ofrecimiento de formación adecuada para los puestos de trabajo, así como condiciones laborales y salarios satisfactorios.

Apoyándonos en la bibliografía internacional analizamos a continuación estos factores.

a) Vigilancia y monitorización de la epidemia

El principal determinante de la propagación de brotes en las residencias de personas mayores es la incidencia en la localidad donde se encuentra la residencia. Si la incidencia acumulada es baja, menos de 25 por 100 000 habitantes en los últimos 14 días, se puede monitorizar la situación mediante la vigilancia de síntomas en residentes y trabajadores. Si la incidencia es superior a esta cifra se deben realizar **pruebas de detección de infección activa**, PCR o pruebas rápidas de antígeno, según esté indicado, a los residentes y **trabajadores de las residencias** con periodicidad regular (ver por ejemplo, referencias 2, 3 y 4 al final del capítulo, sobre la ciudad de Nueva York), en función de la situación epidémica en la localidad donde está la residencia

Se deben hacer PCR o pruebas rápidas de antígeno con periodicidad regular a todos los trabajadores. La periodicidad depende de la incidencia acumulada en la zona en los últimos 14 días. No existe un guía oficial sobre esta periodicidad, pero sí existen precedentes, como lo realizado en Nueva York o en otros estados de EE. UU. Por ejemplo, si la incidencia acumulada es mayor de 500 por 100 000, se deberían hacer dos veces por semana. Si la incidencia acumulada está entre 100 y 500 por 100 000, una vez por semana y si la periodicidad es inferior a 100/100 000, una vez cada dos semanas.

Se deben hacer también PCR o pruebas rápidas de antígeno con periodicidad regular a todos los residentes. La periodicidad de las pruebas a residentes puede ser menor a la utilizada para monitorizar la epidemia en



trabajadores, pero no menor a una vez cada dos semanas si la incidencia acumulada es mayor de 500 por 100 000.

En la Tabla 1 se simula el coste de la realización de las pruebas rápidas de antígeno, con un coste de 4,5 euros por prueba, a una población de 41 000 residentes atendidos por una plantilla de 35 000 profesionales, en el supuesto de que la toma de la muestra y el registro del resultado se haga en 5 minutos. El trabajo lo llevaría a cabo un profesional que cobre 25 euros por hora de trabajo. La periodicidad de la realización de las pruebas sería de 15 días para la plantilla y mensual para los residentes, y la duración de las pruebas sería de seis meses. El coste total sería 4 384 500 euros (ver referencia 5, fuente de estos cálculos, en apartado de bibliografía).

	Tiempo (min)	Pobl N	Frec/ mes	Meses	€/ hora	Coste/ persona	Total personal	Total pruebas	Total
Plantilla	5	35 000	2	6	25	25	875 000	1 890 000	2 765 000
Residentes	5	41 000	1	6	25	12,5	512 500	1 107 000	1 619 500
									4 384 500

En caso de que aparezca un caso positivo, se debe **hacer rastreo, combinando** el rastreo prospectivo y el rastreo retrospectivo. La realización de rastreo combinado puede multiplicar la efectividad de detección por un factor de 2 o 3 (ver referencia 6).

Además de la realización de pruebas de detección de infección activa de forma sistemática, **se debe prohibir que un trabajador trabaje en más de un centro residencial** y para ello es necesario **aplicar mecanismos aceptables para los trabajadores en plantilla** y asegurar las **pruebas sistemáticas en trabajadores autónomos itinerantes**.

En este momento, y debido a la penuria de mano de obra (reducciones estimadas en el 15% desde el mes de marzo a la actualidad), parece haber aumentado el número de trabajadores que prestan sus servicios en varias residencias, haciendo horas extras o incluso doblando la jornada laboral a fin de conseguir ingresos suficientes para cubrir sus necesidades básicas. Muchas investigaciones han documentado que estos trabajadores constituyen un importante vehículo de transmisión del virus entre residencias, y que es necesario limitar el trabajo a un solo centro a fin de interrumpir estas cadenas de transmisión entre residencias, y entre las residencias y la comunidad. Estas pruebas han llevado a la promulgación de órdenes ministeriales en la provincia



canadiense de la Columbia Británica (ver referencia 7), y se cita como una de las principales causas que explican el control de la epidemia en sus residencias, en comparación a lo que ha ocurrido en la provincia canadiense de Ontario.

Para hacer viable esta restricción del trabajo a un único centro en la Comunidad de Madrid, sería necesario lograr acuerdos entre sindicatos y patronal y acordar un nuevo convenio con dedicación exclusiva, asegurando un salario único y suficiente para cada tipo de trabajador en cada residencia. La Comunidad de Madrid debería asumir el coste de la compensación salarial por un coste que no podemos calcular con la información disponible. Por datos del Portal de Transparencia de la Comunidad de Madrid sabemos que en las residencias públicas un 6% de trabajadores en plantilla está a media jornada y se puede suponer que trabajan en varios centros. Sabemos también que esta práctica es mucho más frecuente en el sector privado y que podría llegar hasta el 20%. Con esta información, una estimación del coste de esta medida puede obtenerse suponiendo que hay 5000 trabajadores (el 10% de la fuerza laboral en residencias) que compatibilizan su trabajo en varias residencias. Si recibieran un complemento de 600 euros/persona/mes para aceptar la incompatibilidad sin perder ingresos, la intervención tendría un coste de unos 3 millones de euros/mes. Con los datos precisos se podría determinar el coste del programa.

Algunos profesionales que trabajan en residencias lo hacen como trabajadores autónomos. Entre ellos se encuentran con frecuencia los fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, profesionales de salud mental, podólogos, etc. También hay profesionales no sanitarios autónomos que trabajan en residencias, por ejemplo, los peluqueros. Todos ellos deberían ser objeto de un protocolo de actuación específico, incluyendo pruebas de diagnóstico aplicadas sistemáticamente, con una frecuencia adaptada a la incidencia en la comunidad, aislamiento y rastreo de contactos, para evitar que infecciones y cadenas de transmisión entren en las residencias.

b) La formación de los trabajadores de la residencia en control de infecciones y específicamente en control de la COVID-19

Esta formación debe ser activa, realizada por pares, y ofrecida de forma continua en el tiempo para evitar la relajación de las normas aprendidas y asegurar su cumplimiento a lo largo de la epidemia. La formación puede ser impartida en colaboración con profesionales de enfermería y con los trabajadores en puestos de trabajo en las residencias que tengan ya recursos formativos. Se deben evitar las conferencias magistrales de expertos o la



entrega de protocolos de higiene y desinfección, sin el entrenamiento práctico y las evaluaciones continuas que aseguran el aprendizaje. El material audiovisual puede estar fácilmente accesible en las dependencias de la residencia y ser actualizado y repasado con frecuencia.

La formación debe ir dirigida a todo el personal que trabaja o que entra a trabajar en un centro sociosanitario. En la primera sesión se puede visionar el material didáctico utilizado por una agencia federal de Estados Unidos (referencia 8). Se podría elaborar material audiovisual adaptado a las necesidades de los trabajadores en las residencias de Madrid, complementado con sesiones presenciales para asegurar el aprendizaje y responder a las dudas y preguntas. Los elementos principales según las guías de prevención de la COVID-19 en residencias son: monitorización mediante pruebas sistemáticas (ya comentado en el apartado anterior), uso obligado de equipos de protección individual, aislamiento de residentes infectados, limpieza y desinfección ambiental, higiene de manos y mascarillas, y compensación salarial por trabajo en exclusiva en una residencia.

Se puede contar con la supervisión de médicos y enfermeras expertos en geriatría y en la prevención de infecciones, pero la formación debe recaer en los pares, es decir, en el personal de todas las categorías que ya tiene experiencia de trabajo en residencias y que contribuya con sus experiencias, demostraciones prácticas y reflexiones.

Este programa de formación podría tener un coste de 5000 euros por residencia, lo que supondría un total aproximado de 2 500 000 euros.

c) Asegurar suficiente mano de obra altamente capacitada y estable mediante cursos de formación intensivos y remunerados

En primer lugar, se debe asegurar que los trabajadores en residencias de mayores tengan condiciones laborales satisfactorias y remuneración adecuada. En segundo lugar, se debe reforzar la mano de obra con cursos de formación intensivos, que permitan reponer las deserciones ocurridas en la primera ola de la pandemia, y apostar por un nuevo modelo de atención centrado en la persona mayor.

Desde marzo se han perdido alrededor del 20% de las TCAE que trabajaban en residencias. Para paliar las necesidades de este personal, proponemos que se realicen cursos de formación acelerada. Se trataría de un proceso de formación intensiva y remunerada, por ejemplo, un curso de 300-400 horas, y con seguridad laboral (empleo asegurado) si se supera una prueba al finalizar el curso de formación. Sería necesario formar 10 000 nuevos trabajadores para los centros de mayores en la Comunidad de Madrid. Para asegurar su permanencia en el puesto de trabajo una vez concluida su



formación, se podría establecer la obligación de reintegrar una cantidad de lo invertido en su formación si abandonan su trabajo en un plazo de seis meses después de completarla. Esta experiencia se ha llevado a cabo en Quebec, Canadá y podemos facilitar más información, si lo consideran conveniente.

El coste aproximado de este programa de formación se podría estimar en 1500 euros por persona formada, es decir, 15 000 000 euros.

Reducción de la mortalidad asociada a los brotes de COVID-19 en las residencias

Las personas que residían en centros sociosanitarios, han tenido una mortalidad por COVID-19 mucho mayor que la mortalidad por COVID-19 en personas de su misma edad y estado de salud que viven en la comunidad. Esto se puede evitar aplicando las medidas necesarias, y examinando lo que ocurre en otros países a través de la bibliografía existente al respecto.

En un estudio de Ontario (Canadá) se documentó que el riesgo de morir por COVID-19 asociado a vivir en residencias, se multiplicó por 8 a mediados de marzo y llegó a ser 87 veces mayor a mediados de abril (ver referencia 9). Es esencial comprender los factores que originaron esta alarmante multiplicación de la mortalidad para que no se repita. Los estudios demuestran que la infección en los trabajadores de la residencia es el primer factor que aumenta el riesgo de morir de los residentes. Esto ocurre por dos mecanismos principales: el primero, es la alta exposición al virus, cuando los residentes están íntimamente expuestos a una plantilla con altos niveles de infección; el segundo, es la reducción de personal que se experimentó cuando muchos trabajadores se dieron de baja por infección, o abandonaron sus puestos de trabajo por miedo a ser infectados. Las intervenciones que han demostrado ser eficaces para reducir la mortalidad en los residentes infectados son realizar pruebas sistemáticas a trabajadores para prevenir su infección, proporcionar, capacitar y exigir el uso de equipos de protección individual, y reorganizar la mano de obra para asegurarse de que es suficiente y que no trabaja en varias residencias. Esta reestructuración pasa por asegurar que los trabajadores ganan salarios suficientes para poder cubrir sus gastos y mantener suficiente personal que garantice a los residentes unos cuidados de calidad.

El siguiente capítulo trata sobre los efectos perjudiciales del confinamiento en la salud de los residentes, se revisa la bibliografía que analiza el balance de estos daños a la salud frente al posible beneficio de reducción de riesgos de brotes y se propone como solución que el cuidador principal sea considerado



un socio en los cuidados de su familiar, socio en las tareas de cuidados junto con los trabajadores de la residencia.

Referencias bibliográficas

1. Análisis de precios y costes de residencias.

https://www.researchgate.net/publication/328165351_Precios_ratios_y_costes_en_la_prestacion_de_servicios_residenciales_para_personas_mayores_analisis_comparativo_entre_Gipuzkoa_y_el_resto_del_Estado

2. Sobre periodicidad de realización de pruebas en trabajadores y residentes, se puede consultar:

Orden del gobernador de Nueva York de hacer pruebas PCR a todos los trabajadores dos veces por semana (mayo 2020). Después se expandió la orden anterior a los residentes y a los trabajadores en la ciudad de Nueva York:

<https://skillednursingnews.com/2020/05/mandatory-testing-order-in-new-york-reveals-serious-gaps-in-access-for-nursing-homes/>

3. Orden del Estado de Nueva York del 8 de septiembre donde se manda realizar pruebas a todos los trabajadores dos veces por semana, una vez por semana o una vez al mes dependiendo de la positividad en las pruebas PCR en la localidad donde está la residencia:

<https://skillednursingnews.com/2020/09/twice-weekly-nursing-home-testing-required-in-800-counties-but-early-hotspots-spared/>

4. Se introducen las pruebas rápidas de antígenos en las residencias de mayores de EE. UU. en septiembre de 2020 para reducir costes:

<https://skillednursingnews.com/2020/09/giroir-with-pcr-tests-out-of-reach-for-most-nursing-homes-antigen-testing-is-clearly-a-life-saving-option/>

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-homes-antigen-testing.html>

5. Para cálculos de costes de pruebas rápidas de antígenos en residencias de mayores consultar:

<https://www.cms.gov/files/document/COVID-19-ifc-3-8-25-20.pdf>

en páginas D-147 a D-149.

6. Para rastreo combinado consultar:

<https://amp.theatlantic.com/amp/article/616548/>



7. Orden de la Autoridad Sanitaria para la Columbia Británica, Canadá, por la que se obliga a trabajar en un solo centro:

<https://bchealthstaffing.ca/>

<https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/COVID-19/COVID-19-pho-order-long-term-care-facility-staff-assignment.pdf>

8. Material audiovisual de formación para personal de residencias- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Estados Unidos

<https://qsep.cms.gov/data/480/1f5035b1-5ee1-ea11-82b8-0aedc9e7d4fe/story.html>

<https://www.aha.org/news/headline/2020-08-26-cms-releases-COVID-19-training-nursing-homes>

9. Referencia estudio de mortalidad por COVID-19 en residencias de Ontario

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32697325/>



Todo es pérdida, de Josefa Sánchez



3. Consecuencias para la salud del confinamiento de las personas mayores en las residencias de la Comunidad de Madrid

Antecedentes

Desde el inicio de la pandemia, la COVID-19 penetró en las residencias y causó mucha mortalidad en la población mayor y vulnerable que en ellas vive (referencia 1). Con el objetivo de reducir el riesgo de introducción del virus, se aplicaron reglas muy estrictas limitando o prohibiendo totalmente las visitas de familiares y amigos, aunque como ya se mencionó anteriormente, la principal vía de contagio es el personal que trabaja en las residencias. Los protocolos de restricción de visitas durante la pandemia vigentes desde marzo han llevado al aislamiento parcial o total a miles de personas mayores, en ocasiones llegando a la reclusión durante días en la propia habitación. Los profesionales de la salud, los trabajadores de las residencias y las propias familias han constatado un rápido deterioro físico, cognitivo y mental, particularmente acusado en aquellos que ya tenían algún grado de deterioro cognitivo al inicio del confinamiento. El análisis de los daños y perjuicios de estos regímenes de visitas restringidas frente al cuestionable beneficio de una reducción de brotes es necesario a la vista de la situación actual.

En países europeos, en Canadá y en Estados Unidos se expresan muchas dudas sobre los beneficios de la política de restricción de visitas, pero estas políticas siguen vigentes en muchos lugares y también en la Comunidad de Madrid. Ahora se reconoce que el principal determinante de los brotes en las residencias es la incidencia acumulada en la zona donde están situadas, y que la infección suele entrar y salir en las residencias por los propios trabajadores. Se cuestiona si los efectos de la restricción de visitas son más perjudiciales para la salud de los mayores que la posible reducción de riesgo de infección por COVID-19. Los familiares de personas mayores en residencias repiten continuamente: no morirán de COVID-19 pero morirán de pena.

Este capítulo tiene como objetivo examinar la validez científica del protocolo establecido en la Comunidad de Madrid, en relación con las condiciones en las que se llevan a cabo las visitas en la práctica cotidiana, los efectos que estas normas tienen en la salud y el bienestar de las personas mayores y termina con una propuesta centrada en el cuidador familiar principal.



La normativa vigente y la práctica cotidiana sobre visitas en residencias de la Comunidad de Madrid

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud adoptó una resolución el 14 de agosto de 2020: “en condiciones de alta incidencia (...) se limitarán las visitas a una persona por residente, extremando las medidas de prevención, y con una duración máxima de una hora al día. Y, se garantizará su escalonamiento a lo largo del día. Estas medidas se podrán exceptuar en el caso de personas que se encuentren en proceso del final de la vida. Además, se limitarán al máximo las salidas de los residentes”.

La Comunidad de Madrid adaptó esta normativa el 18 de agosto publicando un protocolo más estricto y clasificando las residencias en tres niveles según la incidencia acumulada en los últimos 14 días en la zona donde se sitúa la residencia. El protocolo dice textualmente:

“Visitas. Se permiten, *en función de las posibilidades de cada centro*, 2 visitas a la semana de una hora de duración con cita previa”. En este documento, se especifica que se harán unas preguntas sobre síntomas al visitante, se le tomará la temperatura y se asegurará que cumple con la higiene de manos y llevan mascarillas.

Hemos constatado, mediante entrevistas hechas a familiares que tienen a sus personas queridas en residencias gestionadas por diversos grupos empresariales, que el inciso *en función de las posibilidades de cada centro* ha dado lugar a múltiples protocolos implantados por estas empresas y ejecutados por los directores de las residencias. No es aceptable que las empresas decidan cuál es el protocolo de visitas que les conviene para reducir riesgos sin tener en cuenta la evidencia científica ni el bienestar de los mayores y sus familias. Como hemos visto en el capítulo anterior, los brotes no suelen surgir por las visitas, sino por los trabajadores que residen en comunidades con alta incidencia, que tienen escasa formación sobre cómo prevenir la COVID-19 y sobre cómo utilizar el, frecuentemente escaso, equipo de protección individual y en contextos de penuria de mano de obra, sobreempleo en varios centros sociosanitarios y ausencia de pruebas de COVID-19 realizadas con regularidad y periodicidad suficiente para cribar los casos positivos, aislarlos y hacer el rastreo de los contactos.

El protocolo oficial de la Comunidad de Madrid establece tres niveles, según la incidencia acumulada en la zona donde está localizada la residencia. Solo presentaremos aquí el nivel 3 (ver cuadro), que es el único relevante para la situación de alta incidencia en los municipios de la Comunidad de Madrid. Este nivel 3 se aplica a aquellas localidades con más de 80 casos por 100 000 habitantes en los últimos 15 días y a finales de octubre de 2020 prácticamente



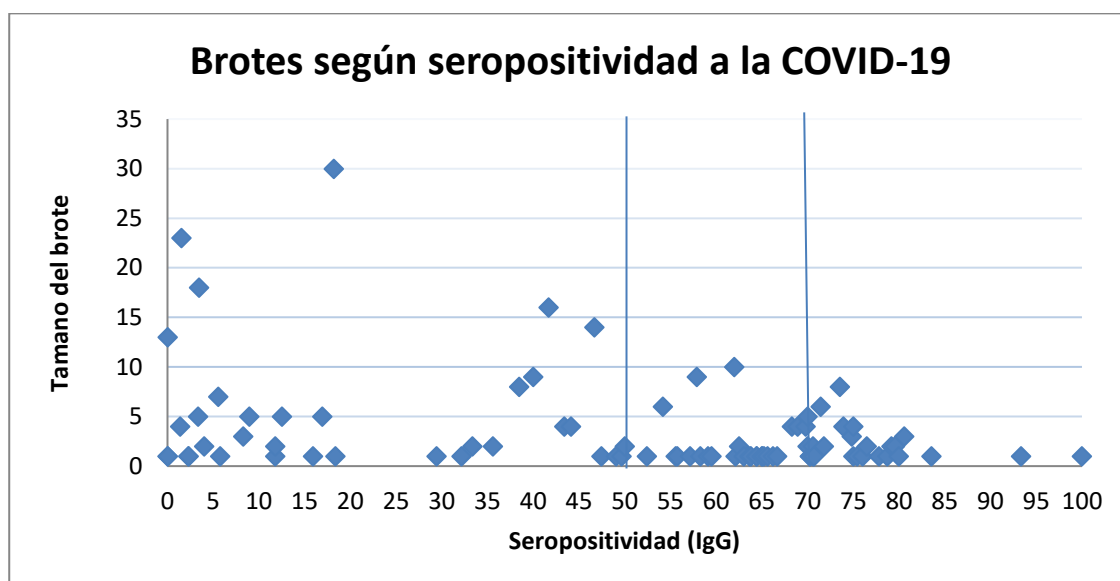
todas las residencias de la Comunidad de Madrid se encuentran en este escenario. En segundo lugar, se estratifica el riesgo según el porcentaje de residentes que han alcanzado anticuerpos IgG positivos, determinado por una encuesta de seroprevalencia que comenzó en julio y que sigue incompleta, ya que las residencias de algunas empresas se han negado a participar. La seroprevalencia indica la respuesta inmune en anticuerpos generados contra el virus. La presencia de anticuerpos IgG, en ausencia de IgM, se considera un signo de infección pasada, pero todavía no se conoce qué duración y qué intensidad de protección tiene esta respuesta inmune y parece que es variable según las características de cada individuo. Además, puesto que las primeras determinaciones serológicas se hicieron en julio y las últimas en octubre, el tiempo transcurrido entre la fecha de la prueba de anticuerpos y la fecha de exposición al virus que origina estos brotes es variable.

NIVEL 3	
-	<i>Residencias con nivel de inmunidad alto</i> (definidas como aquellas con >70% de residentes con IgG +): se establecen las siguientes medidas: <ul style="list-style-type: none">o Se permiten ingresos si se cumplen los criterios establecidoso Se permiten salidas del centro con limitacioneso Se permiten, en función de las posibilidades de cada centro, 2 visitas a la semana de una hora de duración con cita previa
-	<i>Residencias con nivel de inmunidad medio</i> (definidas como aquellas con 50-70% de residentes con IgG +): se establecen las siguientes medidas: <ul style="list-style-type: none">o Se permiten ingresos si se cumplen los criterios establecidoso No se permiten salidas del centro.o Se permite, en función de las posibilidades de cada centro, 2 visitas a la semana de una hora de duración con cita previa
-	<i>Residencias con nivel de inmunidad bajo</i> (definidas como aquellas con <50% de residentes con IgG + o bien no disponen todavía de datos): <ul style="list-style-type: none">o Se permiten ingresos si se cumplen los criterios establecidoso No se permiten salidas del centro.o Se permite, en función de las posibilidades de cada centro, 1 visita a la semana de una hora de duración con cita previa

El siguiente gráfico, donde el eje Y es el tamaño de los brotes y el eje X es la proporción de residentes que tenían anticuerpos IgG, suponiendo que estos anticuerpos sean garantía de inmunidad, demuestra que es inútil clasificar el riesgo de brotes en residencias en base a los niveles de IgG. En el periodo del 1 al 15 de septiembre, hubo 36 brotes en residencias de baja inmunidad, 28 en residencias con inmunidad media y 24 en residencias con

inmunidad alta. Se observa que en cuatro residencias con baja proporción de IgG, los brotes son de gran tamaño pero hay brotes de entre 5 y 10 personas en todo el espectro de inmunidad, incluso en algunas residencias con más de 70% de seropositividad.

Aunque se observa una ligera tendencia a menor riesgo de brote cuanto mayor es el porcentaje de población con seropositividad en IgG, la existencia de numerosos brotes en residencias con seropositividad media y alta pone en cuestión la estratificación de riesgos que se está utilizando para establecer el régimen de visitas.



Nota a pie de tabla: Para mejorar la representación visual de estos datos, se ha excluido de la figura un brote de 66 infectados en una residencia con 6,5% de alta IgG.

No es de extrañar que se continúen observando numerosos brotes, incluso en residencias con alto porcentaje de IgG, dado que el origen de los brotes radica en la falta de vigilancia epidemiológica sobre la población de trabajadores y sus condiciones laborales, como ya se trató en la primera parte de este informe.

Algunos grupos empresariales, que gestionan de forma privada un tercio de las plazas de residencias públicas de la Comunidad de Madrid (ver apéndice 1 sobre distribución de plazas de residencias en Madrid según su titularidad), han endurecido las condiciones de visitas más allá de lo que establece el protocolo oficial. La justificación de este endurecimiento es la protección de los mayores. Además, en algunas residencias si un familiar pide que se respete lo establecido en el protocolo de la Consejería se le contesta con una respuesta automatizada a través del buzón de reclamaciones de la página web (ver apéndice 2 con extractos de testimonios de familiares).



El protocolo de control de la COVID-19 al que se someten los familiares para acceder a algunas residencias, es mucho más exigente que lo que se requiere en el protocolo de la Consejería. Los familiares deben firmar un documento, consentimiento informado, facilitar unas gotas de sangre capilar por una punción en el dedo, llevar máscara facial además de mascarilla y guantes, además de las medidas de higiene establecidas por la Consejería. Estas medidas adicionales no están justificadas y se repiten cada semana. Además, el resultado del test de sangre se comunica durante la visita, una vez ya ha ocurrido la posible exposición al familiar infectado, con lo que aumenta la sensación de inutilidad del cuidador. La visita se sucede bajo la vigilancia de una empleada de la residencia que permanece presente durante toda su duración, muchas veces acortada a media hora. No se permite ningún contacto físico ni aun llevando guantes y mascarilla.

Lo que era un protocolo de coordinación sociosanitaria de la Comunidad de Madrid se ha convertido en una **política empresarial** que con frecuencia redundante en un **trato inhumano y degradante de los residentes y de sus allegados**, sin ninguna evidencia de que esto sirva para prevenir los brotes epidémicos.

Esto no solo ocurre en Madrid, pero hay que actuar para que no siga ocurriendo.

Así se expresaba el gobierno de Ontario en junio (referencia 2):

El aislamiento forzado de las personas mayores, la prohibición de las visitas de los miembros de la familia y la atención negligente e inadecuada que se les brinda desdibuja los límites entre los cuidados duraderos y el encarcelamiento. Se nos informa que muchos residentes en residencias de cuidados de larga duración han estado confinados en sus habitaciones durante más de 80 días consecutivos. Estas personas mayores sufren soledad, depresión, ansiedad, negligencia, falta de exposición al aire libre y de ejercicio físico, falta de interacción cariñosa con la familia y pérdida de dignidad. Están sufriendo una profunda y continua violación de sus derechos constitucionales a la vida, la libertad y la seguridad de la persona, protegidos por el artículo 7 de la Carta Canadiense de los Derechos y Libertades. Su negligencia y aislamiento también es una violación de la Declaración de Derechos de los Residentes tal como se protege en la sección 3 de la Ley de Residencias de Cuidados de Larga Duración de 2007. Estas infracciones son inexcusables, injustificables e inhumanas.

Las residencias son ahora instituciones cerradas y no es posible conocer cómo se están prestando los servicios. Tampoco se contempla la colaboración de los cuidadores familiares como socios o compañeros participantes en los cuidados. Por informes de trabajadores y familiares se



conoce que en muchas ocasiones se han suspendido las sesiones de terapia ocupacional o las actividades de ocio y que los residentes pasan muchas horas solos en sus dormitorios sin ninguna distracción e incluso comen en esa misma habitación y en soledad.

Efectos de la restricción de visitas en el funcionamiento físico y cognitivo y en la salud mental de las personas mayores en residencias

Crece la preocupación entre profesionales, trabajadores de residencias, familiares y residentes de que esta política de restricción de visitas esté causando un daño grave y quizás irreversible a la salud y el bienestar de los residentes. Múltiples estudios epidemiológicos sobre el envejecimiento demuestran que el aislamiento social tiene efectos perjudiciales en la salud mental, en el funcionamiento físico y cognitivo y en la longevidad de los seres humanos (referencias 3, 4 y 5).

Las restricciones de visitas familiares concurren con la penuria de mano de obra en las residencias y la necesidad de cumplir con los objetivos de trabajo marcados por las empresas, que hacen que los trabajadores no tengan tiempo para atender a los mayores como se merecen. Los trabajadores de residencias relatan que muchas personas mayores no entienden lo que pasa fuera de la residencia y experimentan confusión, ansiedad e ira. La falta de interacción social y los escasos estímulos cognitivos inducen estados depresivos con impacto en la motivación para continuar con vida. En algunas ocasiones, los residentes rechazan comer.

La inactividad física lleva a la pérdida de desempeño físico entendido como la capacidad de caminar, el equilibrio y la masa muscular. Estas pérdidas son muy aceleradas en condiciones de limitación de actividad física. Sus consecuencias son las limitaciones en la función de las extremidades inferiores, la discapacidad para las actividades de la vida diaria y la dependencia.

El aislamiento social aumenta el riesgo de deterioro cognitivo y demencia. Numerosos estudios, incluido el estudio longitudinal Envejecer en Leganés realizado a fines del siglo XX en esta localidad, han demostrado que las redes familiares y los contactos con amigos y familia previenen del deterioro cognitivo y la demencia. Concurren con el aislamiento social en las residencias otros determinantes bien reconocidos de la demencia (referencia 4). La comisión sobre demencias de The Lancet incluye entre ellos: la depresión, la falta de estimulación cognitiva, la inactividad física, la hipertensión arterial, la



diabetes, la obesidad y la desnutrición y la sordera. Basándonos en la evidencia científica, no hay duda de que el aislamiento de los mayores en las residencias, la restricción de las visitas de la familia y la pérdida del ocio social desencadena una espiral de deterioro emocional, físico y cognitivo.

En ausencia de datos cuantitativos sobre el adecuado manejo de los trastornos crónicos, la atención a la depresión, la nutrición y la promoción de actividad física, solo podemos dar crédito a los informes de familiares de residentes y al personal de las residencias y sus relatos son muy inquietantes.

La penuria de la mano de obra y la necesidad de cumplir con los objetivos de trabajo marcados por las empresas hacen que los trabajadores no tengan suficiente tiempo para atender a los mayores y satisfacer sus necesidades de comunicación y relación. Se trata de dar de comer, bañar, hacer el aseo personal en un tiempo limitado y como si la persona mayor fuera un objeto. No hay suficiente personal para actividades en el salón y el comedor, y en situación de brote epidémico, pasan la mayor parte del tiempo y comen solos en sus habitaciones. En estas condiciones se continúa restringiendo la colaboración de los familiares como socios en el cuidado.

Todo lo anterior sugiere que las intervenciones de restricción de visitas para prevenir la COVID-19 están precipitando un deterioro funcional en espiral físico, cognitivo y emocional y una mortalidad evitable en las personas mayores en las residencias. También se está infligiendo un sufrimiento innecesario a ellos y a sus familias.

En ausencia de inspecciones del Estado, rigurosas, continuas y sin aviso previo, es imposible conocer lo que está ocurriendo en las residencias. Solo el relato de los trabajadores que se atreven a hablar en condiciones de anonimato y el deseo expresado por muchos mayores de marchar a casa cuando aún consideran que ese retorno es posible y antes de renunciar a luchar por su vida, nos permiten visualizar la situación.

Propuestas de intervención para minimizar el daño al funcionamiento físico, cognitivo y mental de los residentes

La evidencia científica y las experiencias en otros lugares pueden contribuir a diseñar y poner en marcha intervenciones eficaces para conseguir **un equilibrio entre la reducción del riesgo de introducción de COVID-19 en residencias y el permitir visitas esenciales que dan significado a la vida de las personas mayores y las ayudan a mantener su bienestar.**

En colaboración con las partes interesadas (autoridades sanitarias y de servicios sociales, empresas, representantes de sindicatos de trabajadores,



asociaciones de familiares y personas residentes), se debe establecer un protocolo común de régimen de visitas de obligado cumplimiento en todas las residencias de cada comunidad autónoma propuesto por el Consejo Interterritorial de Servicios Sociales. No debería ser aceptable que cada empresa establezca el suyo propio, aunque estos protocolos estén aprobados por alguna agencia con intereses en el lucrativo negocio de las empresas y verificados por alguna autoridad competente.

Se debería definir bien qué es **un cuidador familiar** y distinguirlo de una visita social (referencia 6). Un cuidador familiar, también llamado familiar de referencia, es cualquier persona que el residente o su sustituto en la toma de decisiones haya designado como cuidador familiar. Como **socios en las tareas de cuidados**, los cuidadores familiares pueden ayudar en las comidas, la movilidad, la higiene personal, la estimulación cognitiva, la comunicación, la conexión significativa, la continuidad de la relación y la ayuda en la toma de decisiones. En todo ello se distinguen de un visitante por motivos puramente sociales. Los cuidadores familiares son esenciales porque asumen responsabilidades en cuidados para un cónyuge, otro familiar o amigo, que necesita ayuda debido a limitaciones de funcionamiento físico, cognitivo o emocional. Los cuidadores familiares también son esenciales para la satisfacción de las necesidades de comunicación y afectiva de los residentes y especialmente en las condiciones actuales de penuria de mano de obra. En resumen, realizan un trabajo voluntario pero esencial para la salud y la calidad de la vida de la persona mayor.

El protocolo de visita del cuidador familiar puede considerar las siguientes preguntas y respuestas:

¿Cuántos cuidadores familiares se pueden designar por residente?	Un familiar de referencia o varios
¿Cuántos cuidadores familiares se pueden aceptar en una sola visita?	Son trabajadores voluntarios y se debe acordar con ellos sus responsabilidades, y en caso de que más de uno sea designado como cuidador familiar, se organicen sus visitas entre ellos
¿Se permitirá la entrada en la residencia del cuidador principal durante un brote?	Si, con las mismas medidas preventivas que se exigen a los trabajadores, pero siempre

	manteniendo la distancia física con otros residentes y la plantilla.
¿Cuál será la duración y la frecuencia de cada visita?	Ilimitadas. A discreción del cuidador familiar para conseguir satisfacer las necesidades de la persona mayor. No puede haber una norma común a todos. La única limitación es que no impida el trabajo de la plantilla o el cuidado de otros residentes por sus cuidadores familiares.
¿Cuáles son las medidas preventivas que se aplicaran al cuidador familiar?	Las mismas que se aplican a los trabajadores de la residencia, pero siempre manteniendo la distancia física con otros residentes y la plantilla.
¿Qué equipo de protección individual será utilizado durante la visita?	El mismo que se aplica a los trabajadores de la residencia. El equipo de protección será ofrecido por la residencia y el cuidador familiar recibirá un entrenamiento para su utilización
¿Qué consideraciones se tendrán en situaciones de fin de vida?	Además del cuidador familiar se admitirá la visita de personas allegadas siempre que cumplan con la distancia física y las medidas de prevención. También se admitirá la atención de cuidados paliativos.

Para la tabla anterior nos hemos apoyado en la experiencia canadiense. Recientemente en las 10 provincias canadienses se han revisado los protocolos de visitas de cuidadores familiares y de visitas sociales (referencia 6). Cada provincia tiene su propio protocolo, que es aplicado en todas las residencias del territorio. Las guías de visitas en residencias de mayores de las 10 provincias canadienses se pueden leer en la Tabla 1 de la referencia 6. También citamos la experiencia en Holanda (7) y en Estados Unidos (8). En la referencia 9 se presenta el ejemplo del protocolo de la Columbia Británica, provincia que experimentó el primer brote en residencias de Canadá.

Conclusiones

Este capítulo pone de manifiesto los problemas del confinamiento en las residencias de personas mayores de la Comunidad de Madrid. La segunda oleada ha empezado y hay más de 40 000 personas mayores en las residencias de Madrid y más de 50 000 trabajadores sanitarios y sociales



expuestos a un riesgo muy alto de infección por COVID-19, dada la alta incidencia en todos los municipios de la Comunidad de Madrid.

No se pueden repetir los errores de la primera ola. El confinamiento durante y después de la primera ola produjo el aislamiento de los residentes. Las drásticas reducciones de visitas de familiares han producido un gran deterioro físico, cognitivo y emocional y sufrimiento para los residentes y sus familias. Proponemos como primera medida considerar que el cuidador familiar principal sea distinguido como socio en las tareas de cuidados, ya que es un trabajador esencial y voluntario, no es un sustituto de los trabajadores, pero es esencial para cubrir las necesidades de los residentes. Proponemos que las medidas de prevención de la COVID-19 de los cuidadores familiares sean las mismas que se aplican a los trabajadores de las residencias.

Resumen de las acciones urgentes y necesarias

- Considerar a los cuidadores familiares como colaboradores en los cuidados y darles acceso a las residencias con visitas de frecuencia y duración ilimitada
- Eliminar la restricción física (ataduras) y reducir la contención química
- Prestar atención psicológica a los residentes para comprender y afrontar la epidemia
- Promover la marcha según protocolo de duración, frecuencia e intensidad
- Establecer clínicas de memoria y terapia ocupacional para todo el que lo desee
- Facilitar espacios de ocio manteniendo protocolos de control de la infección
- Promover las comidas en el comedor y vigilar su presentación y valor nutritivo.

El Gobierno de la Comunidad de Madrid y el Gobierno español tienen que actuar de forma urgente, a corto plazo, para acabar con las actuales violaciones de derechos de las personas mayores, de los familiares y de los trabajadores. A medio y largo plazo, la pandemia debería servir para acabar con el actual modelo residencial y establecer un sistema de cuidados de larga duración centrado en las necesidades de las personas y en el cuidado en la comunidad, con integración de los cuidados familiares y profesionales, que priorice la atención a domicilio, donde los cuidados residenciales sean el último eslabón de la cadena de servicios.



Referencias bibliográficas

1. Mortalidad por confinamiento con abandono en la primera ola.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861020303546>
2. El gobierno de Ontario avisa que el aislamiento de personas mayores es un abuso que viola la Carta Canadiense de derechos y libertad.
<https://www.jccf.ca/ontario-government-warned-that-isolating-seniors-is-elder-abuse-and-violates-the-charter/>
<https://www.jccf.ca/legal-warnings-issued-to-long-term-care-homes-who-continue-to-isolate-seniors/>
3. Efectos perjudiciales del confinamiento en personas con demencia
<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/07/LTCcovid-1-July-Detrimental-effects-confinement-on-people-with-dementia.pdf>
4. Comisión de The Lancet para la prevención de la demencia
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7392084/>
5. La actividad física previene las limitaciones de movilidad mediante programa de actividad física
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7187344/>
6. Revisión de las políticas de visitas del cuidador familiar en las 10 provincias canadienses
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32981662/>
7. La experiencia en Holanda sobre la flexibilización de las visitas
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32674816/>
8. La experiencia en Estados Unidos dentro de una revisión de políticas de larga duración
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32859298/>
9. Requisitos del gobierno de la Columbia Británica (Canadá) para la prevención y el control de la infección por Coivd-19 en las residencias de mayores
http://www.bccdc.ca/Health-Info-Site/Documents/COVID19_LongTermCareAssistedLiving.pdf



Anexo 1. Descripción de la residencias de mayores de la Comunidad de Madrid según su titularidad

Residencias de Madrid según titularidad y plazas	Residencias	Plazas	Tamaño medio	% titularidad	Desglose del 70%	% plazas	Desglose del 68%
Con ánimo de lucro	335	35 598	106	70,53		68,1	
Grupos empresariales con mas de 500 plazas	107	17 359	162		22,5		33,2
Grupos o empresas con menos de 500 plazas	228	18 239	80		48		34,9
Sin ánimo de lucro	77	6458	84	16,21		12,3	
Públicas	63	10 236	162	13,26		19,6	
Totales	475	52 292					



Descripción de los nueve grupos empresariales que tienen más de 500 plazas en residencias de la Comunidad de Madrid

Grupo empresarial	Plazas
Amavir	3121
Ballesol	2474
Casablanca	979
Caser	621
Domus VI	1764
Los Nogales	1497
Orpea	4023
Sanitas	1918
Vitalia	962
Plazas totales en estos nueve grupos	17 359



Anexo 2. Extractos de entrevistas realizadas a familiares

1. Respuesta automatizada que recibió una esposa que pedía el tiempo de visita de una hora, el que estipula la Consejería para el nivel 3 y situación de seropositividad de esa residencia, en vez de la media hora semanal que se le concede:

“Estimadas familias, como os comunicamos el pasado mes de julio las residencias de ‘Nombre de la empresa’ recibieron el certificado AENOR que avala los protocolos establecidos en los centros de esta empresa frente a la COVID-19 para salvaguardar la seguridad de residentes y empleados respetando los criterios y recomendaciones de las autoridades sanitarias. Asimismo, hemos creado un proyecto...que consiste en la puesta en marcha de un sistema externo de verificación del cumplimiento de las medidas para combatir la COVID-19 y de mejora continua. Para más información entra en el siguiente enlace...”.

Aunque este mensaje resulte incomprensible para la mayoría de la población está claro que no responde a la sencilla petición de la esposa. Solo le queda una solución: sacar a su marido de la residencia y llevarlo a casa. Sin embargo, la situación de discapacidad permanente de esta mujer le impide prestar cuidados a su marido, un hombre alto que pesa 90 kilos, y no cuentan con los 2500 euros necesarios para pagar a una empleada interna. Esa empleada completaría los cuidados que presta la esposa y estaría disponible en aquellos precisos momentos en que es necesario movilizarlo en la cama, y transferirlo de la silla a la cama. El esposo está muy enfadado con ella y durante las visitas le pide: Sácame de aquí, llévame contigo. Ella no puede por cuestiones económicas. La residencia se financia con la pensión del marido pensión y la ayuda que le corresponde por la Ley de Dependencia. Si se lo llevara a casa tendría que contratar a una persona interna y perder la ayuda estatal.

2. Relato de una hija

Mi madre tiene 89 años. Hace 10 años que recibió un diagnóstico de Alzheimer. Hace dos años sufrió una grave caída y como consecuencia ingresó en una residencia. Somos tres hermanos y venimos de una familia muy unida. Venimos de un pueblo de Extremadura y nos trasladamos a Madrid en los 70. Mi madre hacía trabajo doméstico en varias casas y así pudimos estudiar en la universidad y ahora, dos de los tres hermanos somos profesionales sanitarias.

Mi madre ha sido siempre la aglutinadora de nuestra familia. En marzo de 2020 la invitamos a comer en un restaurante y disfrutamos mucho juntos. Ella estaba feliz. Aparte de la enfermedad de Alzheimer, mi madre goza de muy buena salud. Todo iba bastante bien hasta que apareció la COVID-19. La residencia donde está mi



madre se salta los protocolos de la Consejería y establece su propio protocolo, se trata a los familiares como vehículo de transmisión, y se toman decisiones unilaterales.

Los cuidados paliativos no pueden ir a la residencia, no hay coordinación con la atención primaria de la zona y el médico que atiende es el médico contratado por la propia empresa que gestiona la residencia. Se practican las ataduras físicas. En abril mi madre estaba deshidratada y desnutrida (perdió 20 kilos) y la llevamos a casa donde la tuvimos hasta finales de julio. No podíamos garantizar sus cuidados en casa sin ayudas y hasta el fin de su vida y nos daban 45 días desde el final del estado de alarma para reingresar y ocupar su plaza.

La reingresamos a fines de julio. Le hicieron una prueba de PCR y resultó ser negativa. De todas formas, la aislaron 14 días. Hacia el 10 de agosto se detectó un caso positivo, cerraron la residencia, no se admitieron visitas hasta un mes después. Entonces se podía hacer visitas una vez por semana, 30 minutos.

Ahora podemos ir a verla una vez por semana, un visitante durante 50 minutos y sin entrar en la residencia. Antes de entrar firmamos un documento, se nos toma la temperatura, se pone gel en las manos, se usa alfombra para limpiar los zapatos, mascarillas y máscara facial que cubren toda la cara, y se nos hace un test rápido de sangre mediante pinchazo en el dedo. Es el protocolo de la empresa. Si usaran el protocolo de la Consejería tendríamos derecho a dos visitas semanales, la residencia tuvo 55% de sus residentes con serología positiva, y no nos tomarían muestras de sangre en cada visita. Empieza la visita, mi madre ha perdido la marcha, está sentada en una silla de ruedas para moverla a la silla se necesitan dos personas, la sientan a cuatro metros, no ve bien y no lleva audífonos, no me puede oír, ya no me reconoce, se duerme, no la puedo tocar. Y así transcurren los 50 minutos.

El deterioro es muy rápido, no deambula, no puede comer sola, ha perdido el gesto, tiene psicosis y nos busca, llama a sus hijas y su madre a todas horas. Como profesional, conozco el pánico a la soledad de los mayores en esta condición y su constante estado de alerta. En la residencia, la mantienen viva, ha recuperado peso. No quieren que se muera.

Yo sigo peleando y digo a otros familiares: “si ellos estuvieran en nuestro lugar, lucharían por nosotros. No los podemos abandonar”.



Anexo 3. ActuarCOVID es un grupo de profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid preocupados por el impacto de la pandemia sobre la población y por la respuesta insuficiente de las autoridades sanitarias. Ante esta situación reclamamos al Gobierno de la Comunidad de Madrid la adopción URGENTE de un decálogo de medidas necesarias para la contención de la COVID-19, al margen de las medidas extraordinarias de restricción de la movilidad o de reunión exigidas en cada momento.

1. Apertura de todos los centros de salud y de los consultorios locales y refuerzo de sus plantillas.

2. Contratación de rastreadores para la detección de contactos estrechos, en número de 2000 para la comunidad de Madrid.

3. Establecimiento de las zonas básicas de salud como unidades de coordinación de las actividades de atención primaria, salud pública y los servicios sociales.

4. Refuerzo de los servicios centrales y de las unidades técnicas de salud pública.

5. Suficiente capacidad para analizar pruebas PCR en los laboratorios del SERMAS.

6. Garantías para que los casos positivos se aíslen y los contactos estrechos guarden cuarentena sin sufrir perjuicios económicos.

7. Plan de preparación de los hospitales, con apertura de todas las camas cerradas, circuitos separados para la COVID-19 y el resto, refuerzo de personal y optimización de todos los recursos.

8. Plan de contingencia continuado en las residencias de personas mayores.

9. Garantía de la seguridad de todos los trabajadores, especialmente los sanitarios, personal de centros sociales (residencias, etc.) y otros trabajadores esenciales.

10. Plan de actuación para los establecimientos docentes para garantizar que las actividades presenciales se llevan a cabo con las mínimas posibilidades de contagio.

Es necesario un comité científico COVID-19 asesor para la Comunidad de Madrid, compuesto por profesionales independientes, con experiencia y conocimiento, que evalúe la situación e informe del desarrollo de estas y otras medidas necesarias y monitorice su cumplimiento y sus resultados.

Hasta el momento, 1115 sanitarios y 17 entidades profesionales se han adherido a este decálogo (<https://actuarcovid.com/blog/>).