



# **La COVID-19 en las residencias de mayores en la Comunidad de Madrid: una sindemia**

Informe elaborado por ActuarCOVID

Documento de trabajo de ActuarCOVID 2-2020

Madrid, diciembre 2020

## Agradecimientos

Este segundo informe de ActuarCOVID ha sido posible gracias a las generosas contribuciones de familiares y trabajadores de residencias 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.....	4
Una sindemia en las residencias de la Comunidad de Madrid.....	5
La COVID en las residencias de Madrid: de agosto a diciembre del 2020 .....	5
Frecuencia de COVID en los trabajadores de las residencias de mayores en la Comunidad de Madrid....	
.....	7
Determinantes adicionales de la probabilidad de brotes de COVID: tamaño de las residencias e	
inmunidad adquirida en la primera ola.....	9
Recomendaciones para la prevención y el control de la COVID en residencias durante la tercera ola	
de la pandemia:.....	14
Mortalidad por COVID en las residencias de Madrid desde agosto a diciembre.....	15
Recomendaciones para reducir la mortalidad .....	17
Conclusión: Debemos considerar y tratar la COVID como una sindemia .....	18



## Resumen

Cada semana, desde agosto a diciembre, el 15% de las residencias de personas mayores de Madrid estuvieron afectadas por brotes activos de la COVID. En octubre hubo brotes en 30% (142 de 475) de las residencias y en noviembre en 22% (102 de las 473). Estos porcentajes demuestran que las medidas de prevención de brotes en residencias han sido insuficientes. La curva epidémica en las residencias de mayores ha sido similar a la de la segunda ola en la Comunidad de Madrid, solo con un par de semanas de retraso en alcanzar el máximo. Esto coincide con el conocimiento de que el mejor determinante de la COVID en una residencia es la incidencia acumulada en la comunidad. El virus entra en la residencia por la movilidad de las personas que entran y salen de ella a diario: los trabajadores. Las condiciones de trabajo precarias, la limitación de equipos de protección individual, incluidas las mascarillas y guantes, y la falta de realización semanal de pruebas de infección activa a los trabajadores originan la alta frecuencia de infección en el personal. Además, el gran tamaño de la mayor parte de las residencias va acompañado de condiciones laborales que aumentan el riesgo de transmisión del virus, independientemente de la inmunidad adquirida en la primera ola.

La mortalidad por COVID en las residencias de Madrid en esta segunda ola es un secreto bien guardado por la Consejería de Sanidad. La cifra oficial de defunciones excluye aquellos que fallecen en el hospital después de un traslado. En ausencia de esta información, hemos realizado una estimación basada en datos oficiales cuyos resultados apoyan la información transmitida por profesionales sanitarios que trabajan en hospitales. La estimación sugiere que cerca de la mitad del total de defunciones por COVID en Madrid se produce en la población que habita en residencias de mayores, replicando el porcentaje de la primera ola. Es evidente que para reducir la mortalidad hay que prevenir los brotes y para ello, realizar las actuaciones que ya habíamos recomendado en nuestro primer informe: vigilancia epidemiológica, pruebas de infección activa semanales a los trabajadores y mensuales a los residentes, formación continua en prevención de infecciones a los trabajadores y una reestructuración de la fuerza laboral aumentando considerablemente las contrataciones.

Concluimos con una reflexión sobre la conveniencia de considerar la situación actual en las residencias de Madrid como una sindemia: una concentración de epidemias con interacción entre ellas y con un medio social dominado por el edadismo que permite el negocio sin respetar los derechos a la vida, a la salud y a la dignidad de las personas mayores.



## Una sindemia en las residencias de la Comunidad de Madrid

En este informe documentamos el impacto de la COVID en las residencias de la Comunidad de Madrid durante la segunda ola de la pandemia (agosto-diciembre 2020), estimamos la mortalidad ocurrida en este ámbito y durante este periodo y hacemos una serie de recomendaciones urgentes e indispensables para prevenir los brotes y reducir la mortalidad durante la tercera ola. Finalmente, proponemos que la consideración de la situación actual en las residencias de la Comunidad de Madrid como una sindemia, permitirá guiar soluciones para hacer frente a futuras pandemias.

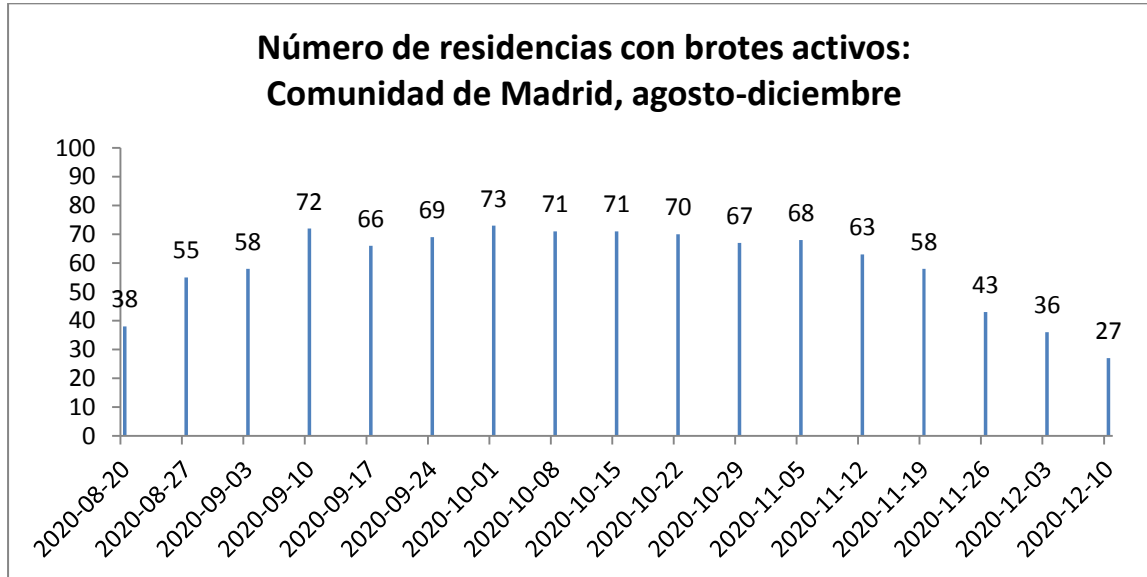
En este documento se continúa el trabajo iniciado en el informe de ActuarCOVID sobre las residencias de Madrid en los inicios de la segunda ola de la pandemia (ver aquí:

[https://actuarCOVID.files.wordpress.com/2020/11/actuarCOVID-la-covid-19-en-las-residencias-de-mayores\\_situacion-actual-y-propuestas-de-prevencion-y-control-1.pdf](https://actuarCOVID.files.wordpress.com/2020/11/actuarCOVID-la-covid-19-en-las-residencias-de-mayores_situacion-actual-y-propuestas-de-prevencion-y-control-1.pdf)).

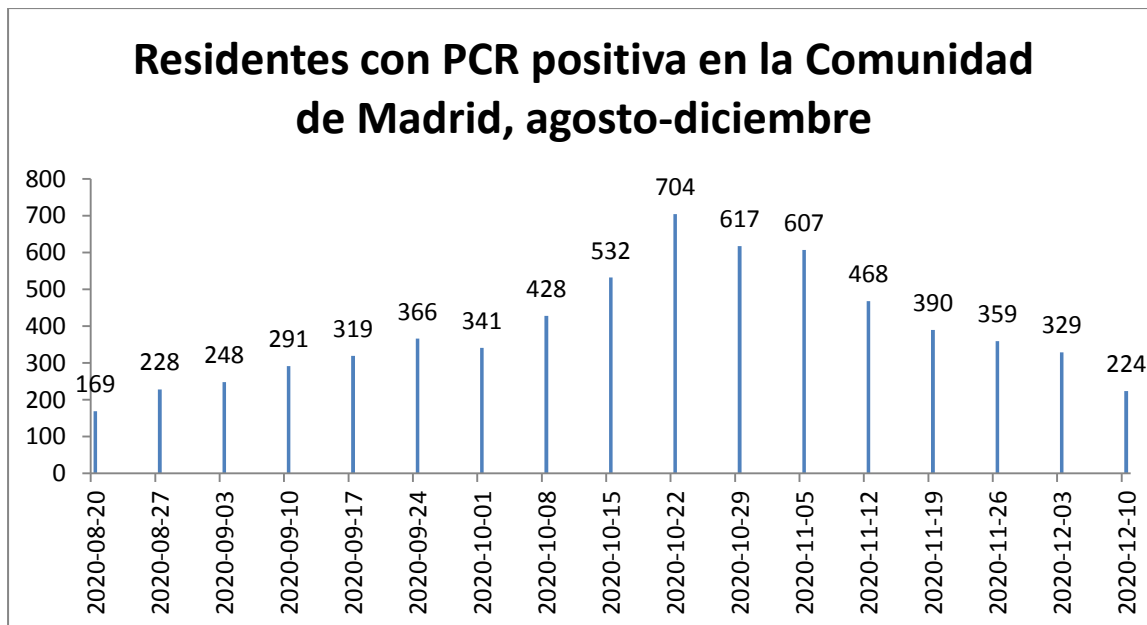
### La COVID en las residencias de Madrid: de agosto a diciembre del 2020

Los datos facilitados por el Portal de transparencia de la Comunidad de Madrid permiten describir la frecuencia de brotes epidémicos y el número de residentes infectados en las residencias de Madrid semanalmente desde el 20 de agosto hasta el 10 de diciembre.

El número de residencias con brotes activos durante el periodo de estudio sigue la forma de la curva epidémica de la segunda ola en la Comunidad de Madrid, alcanzando su máximo en la primera semana de octubre y manteniéndose en un porcentaje de alrededor del 15% de las residencias de Madrid en cada semana. Se observaron brotes en 30% (142 de 475) de las residencias en octubre y en 22% (102 de las 473) en noviembre. Estos porcentajes demuestran que las medidas de prevención de brotes en residencias han sido insuficientes.



Según datos facilitados por el Portal de Transparencia, en la tercera semana de agosto el número de residentes que tuvieron una PCR con resultado positivo fue de 169. En la siguiente gráfica se presentan los residentes con PCR positiva para cada semana del periodo de estudio.



En la semana del 22 de octubre de 2020, se registraron 704 PCR positivas en personas mayores que residían en la Comunidad de Madrid. La forma de la curva en la gráfica sigue la curva epidémica de la

segunda ola en la Comunidad de Madrid con unas semanas de retraso en alcanzar el máximo: la máxima incidencia en la Comunidad ocurrió a fines de septiembre.

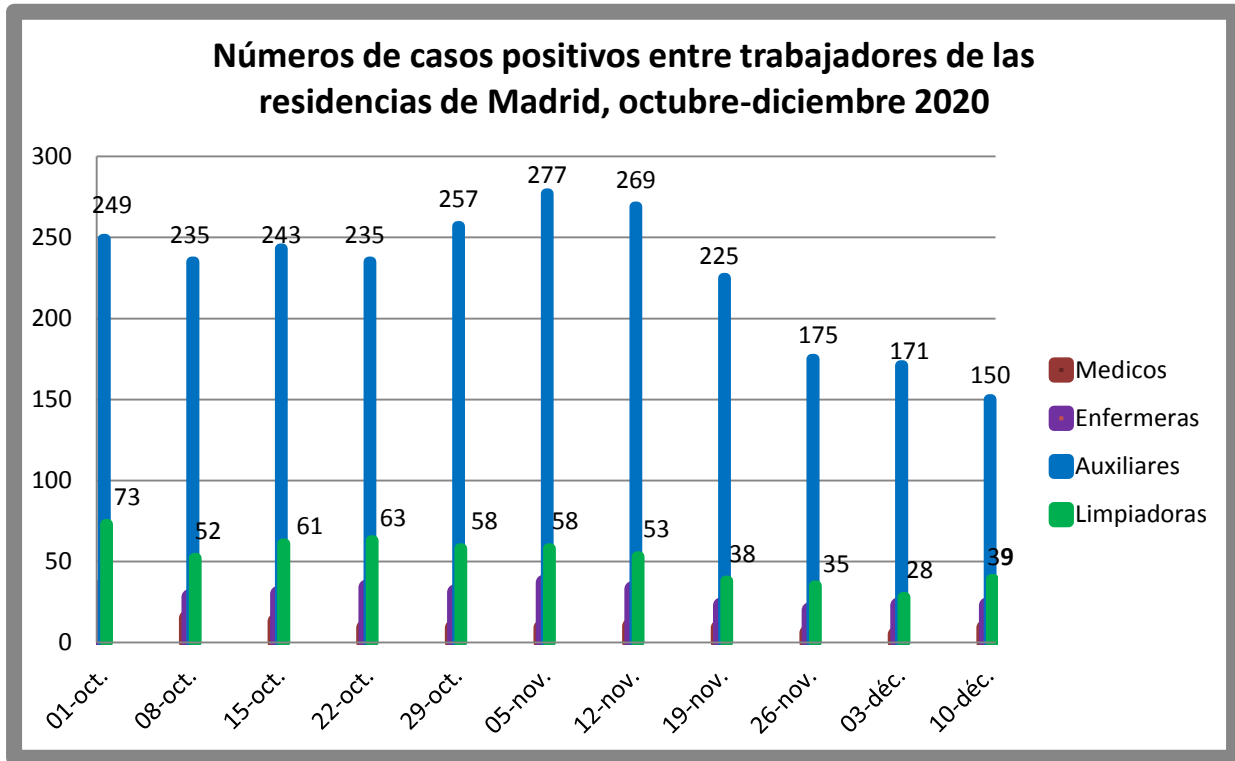


Como recoge la bibliografía científica, los resultados apoyan que el primer determinante de la COVID en las residencias de mayores es la incidencia de la COVID en las comunidades donde se sitúan las residencias. La COVID entra principalmente en las residencias a través de los trabajadores. También se transmite entre residencias por los trabajadores que trabajan en más de un centro (ver primer informe aquí: [https://actuarCOVID.files.wordpress.com/2020/11/actuarCOVID-la-covid-19-en-las-residencias-de-mayores\\_situacion-actual-y-propuestas-de-prevencion-y-control-1.pdf](https://actuarCOVID.files.wordpress.com/2020/11/actuarCOVID-la-covid-19-en-las-residencias-de-mayores_situacion-actual-y-propuestas-de-prevencion-y-control-1.pdf)). Las visitas de los familiares están muy restringidas desde el mes de marzo y se realizan siguiendo estrictos protocolos de prevención de infecciones. La entrada del virus en las residencias a través de las visitas es poco frecuente.

### Frecuencia de COVID en los trabajadores de las residencias de mayores en la Comunidad de Madrid

En la siguiente gráfica presentamos el número de trabajadores infectados por COVID en las residencias de mayores de Madrid entre el 1 de octubre y el 10 de diciembre. Se observa que la categoría profesional que contribuye con mayor número de casos de infección son las trabajadoras de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), como ya se informaba en el primer informe de ActuarCOVID que cubría el periodo del

15 de agosto al 30 de septiembre. Observamos que a partir de mediados de noviembre los casos en trabajadores disminuyen de forma similar a como ocurre en residentes.



Tendencias similares, aunque con menos casos de infección se observan en otras categorías profesionales, las limpiadoras, el personal de enfermería y medicina. Los riesgos laborales de infección en estos trabajadores, en particular en las TCAE que tienen continuo contacto íntimo con los residentes, es muy alto. Estos resultados son coherentes con las estimaciones del estudio seroepidemiológico nacional, ENE-COVID, donde se informa que los trabajadores sociosanitarios y de limpieza tienen mayor prevalencia de anticuerpos IgG anti SARS-CoV-2 que la población general.

No se tiene información detallada sobre el proceso diagnóstico de estos profesionales, cómo se integran los servicios médicos de las residencias, la atención primaria y los centros de prevención de riesgos laborales en su atención, como se les da la baja laboral y en qué condiciones se reintegran a su puesto de trabajo. Sabemos por las encuestas realizadas a trabajadores de residencia que en muchas ocasiones los trabajadores en baja por enfermedad son sustituidos por los mismos trabajadores de la residencia simplemente aumentando las horas de trabajo. También en entrevistas a trabajadoras se nos ha

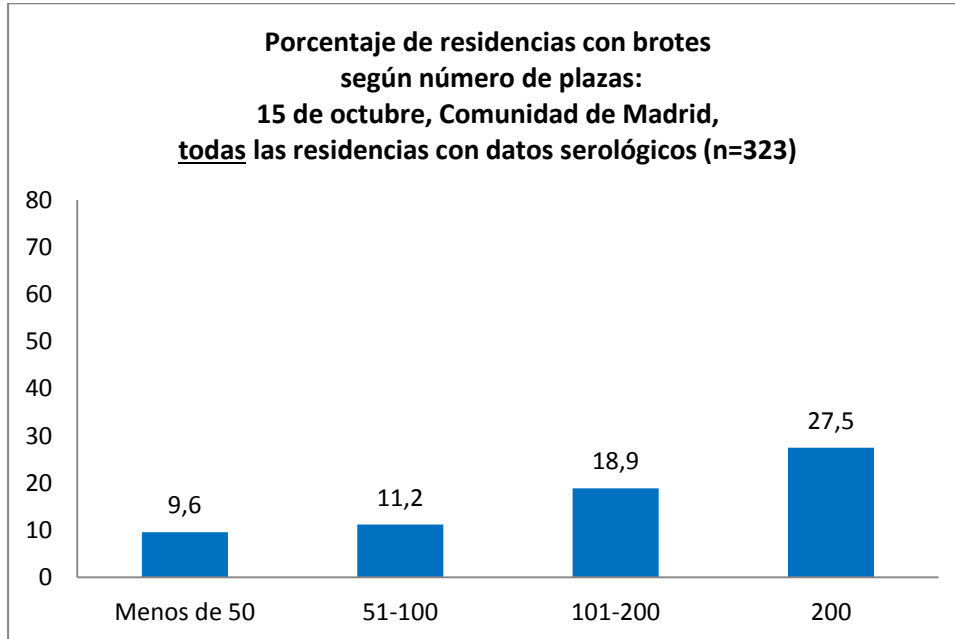




informado que hay una escasez de mano de obra y que en los turnos de noche hay casos en que una misma trabajadora atiende plantas con COVID y plantas sin COVID, incluso sin cambiar de EPI. Las condiciones laborales de los trabajadores deberían ser objeto de una profunda investigación que orientara los cambios necesarios para dignificar esta actividad laboral que ahora permanece invisible para la población general, incluso después de la catástrofe epidemiológica en la primera ola de la COVID. En el momento de escribir este informe, en la tercera semana de diciembre, todavía no se ha adoptado la medida de prevención más urgente: hacer pruebas de antígeno a todos los trabajadores con periodicidad semanal, y repetir estas pruebas dos veces por semana a aquellos profesionales que trabajan en más de un centro. Ya hay protocolos para hacerlo en algunas CC. AA. de España.

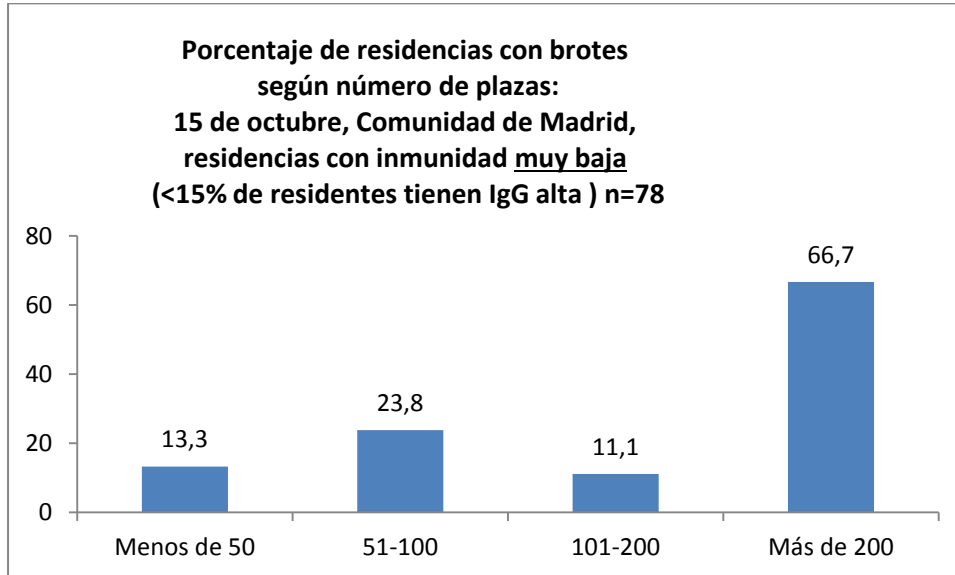
### **Determinantes adicionales de la probabilidad de brotes de COVID: tamaño de las residencias e inmunidad adquirida en la primera ola.**

La bibliografía consultada identifica el tamaño de las residencias como uno de los determinantes claves en la probabilidad de ocurrencia de brotes. Para ilustrar lo que ocurre en Madrid hemos clasificado las residencias según su tamaño (número de plazas) en cuatro categorías: menos de 50 plazas, de 51 a 100 plazas, de 101 a 200 plazas y más de 200 plazas y hemos calculado el porcentaje de residencias afectadas por un brote el día 15 de octubre, a mitad de periodo de la segunda ola. La gráfica siguiente muestra como la frecuencia de brotes (definido como al menos un residente con PCR positiva el día 15 de octubre) aumenta con el tamaño de la residencia desde 9,6% en las residencias de menos de 50 plazas al 27,5% en las residencias de más de 200 plazas siguiendo una tendencia lineal.

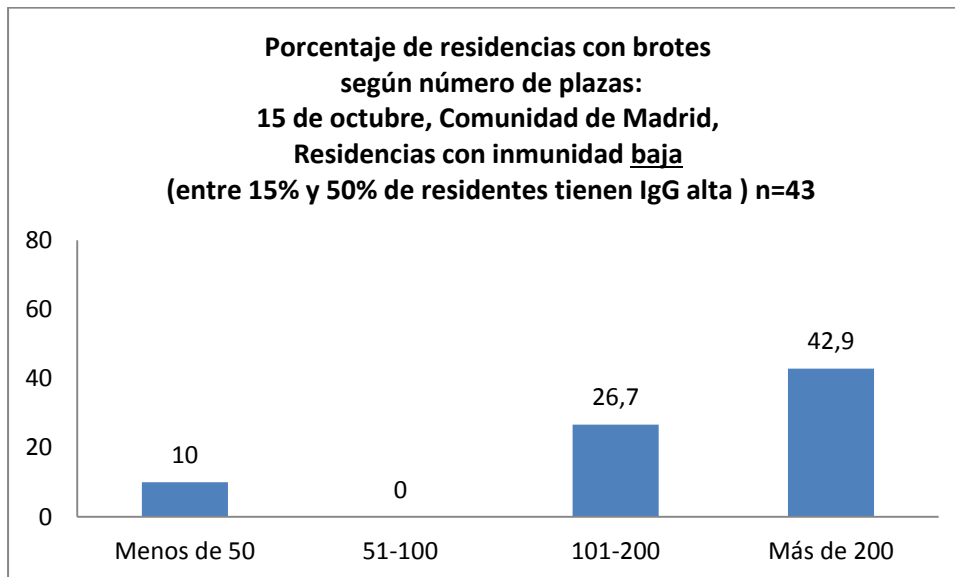


La inmunidad adquirida en la primera ola podría también influir en la ocurrencia de brotes durante la segunda ola. Afortunadamente, la Consejería de Políticas Sociales realizó un estudio serológico durante el verano en el que participaron el 75% de las residencias de Madrid. Los resultados de este estudio están disponibles en la web de la Consejería y por ellos se conoce el estado de inmunidad al COVID en cada residencia participante, determinado por el porcentaje de residentes con anticuerpos IgG anti SARS-CoV-2. Para el siguiente análisis, se establecen 4 categorías de inmunidad: muy baja (menos de 15% tiene IgG alta), baja (entre 15 y 50%), media (entre 50 y 70%) y alta (más de 70%).

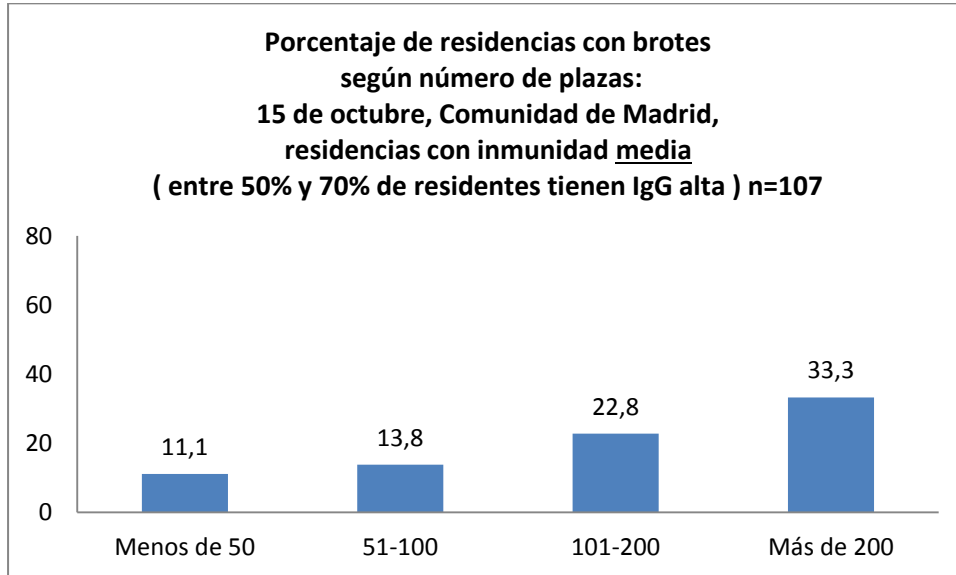
La disponibilidad de estos datos permite separar los efectos del tamaño de la residencia y del estado de inmunidad frente al virus, como ilustramos en las siguientes gráficas donde se presenta la asociación entre el tamaño de la residencia y la ocurrencia de brotes para cada nivel de inmunidad adquirida el día 15 de octubre. Se observa que cualquiera que sea el nivel de inmunidad en la residencia, la frecuencia de brotes aumenta con el número de plazas de la residencia, es muy elevada en las residencias de más de 100 plazas y aún más elevada en las residencias de más de 200 plazas. Así, por ejemplo, para las residencias con muy baja inmunidad, mientras que el 13,3% de las residencias con menos de 50 plazas tenían brotes, el 66,7% de las residencias de más de 200 plazas tenían brotes.



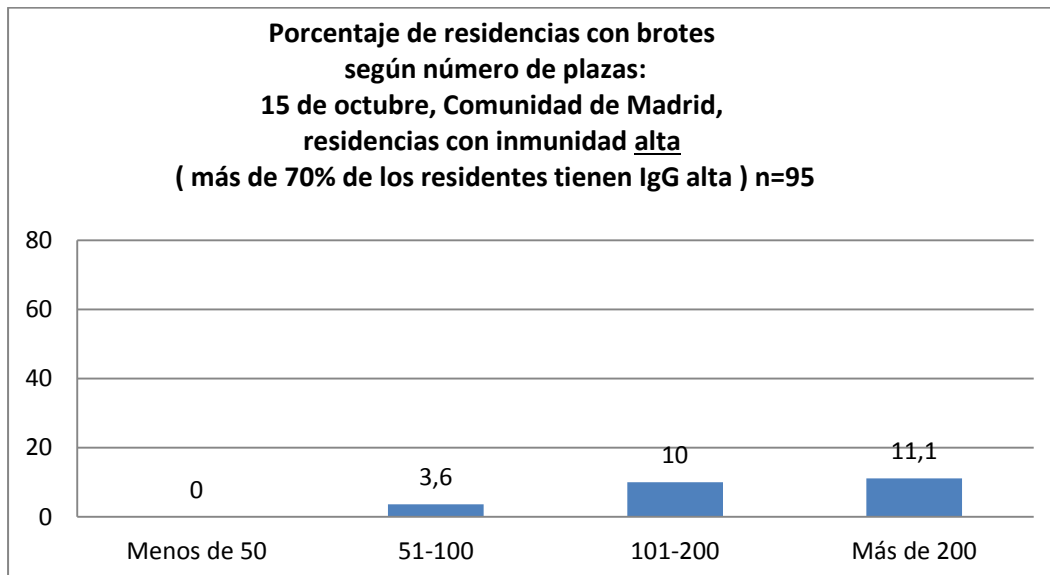
En las residencias con baja inmunidad, se observa lo mismo: el 10% de las residencias de menos de 50 plazas tenían brotes comparado con el 42,9% de las residencias con más de 200 plazas.



En las residencias con inmunidad media, se mantiene el efecto del número de plazas, mientras 11% de las residencias con menos de 50 plazas tenían brotes, el 33,3 % de las residencias de más de 200 plazas los tenían.

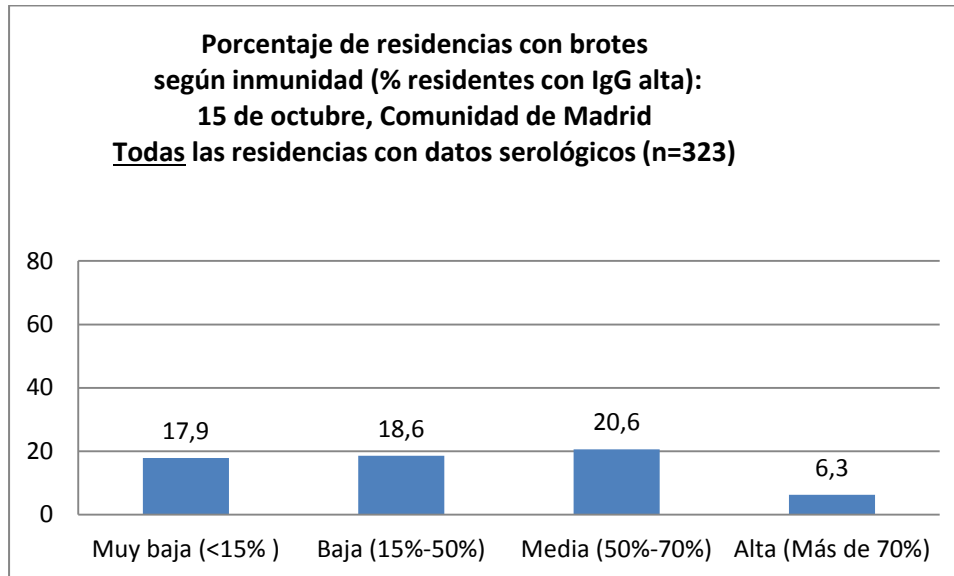


Por último, incluso en residencias con alta inmunidad, mientras que no se observa ningún brote en residencias de menos de 50 plazas, el 11% tiene brotes en aquellas con más de 200 plazas.



Podemos preguntarnos cuál es la asociación entre la ocurrencia de brotes y la inmunidad. En la siguiente gráfica se observa que cuando menos del 70% de los residentes presentan inmunidad la ocurrencia de brotes no varía y se sitúa en torno al 20%. Solo en aquellas residencias donde más del 70% tienen IgG alta se observa una menor probabilidad de brotes; en ellas, el 6% experimentaba un brote el 15 de

octubre. Estos datos apoyan que será necesario vacunar al menos al 70% de los residentes para observar el efecto de la vacuna en la prevención de brotes, suponiendo que la vacuna reduzca la transmisión de la enfermedad además de prevenir la enfermedad grave y la mortalidad.



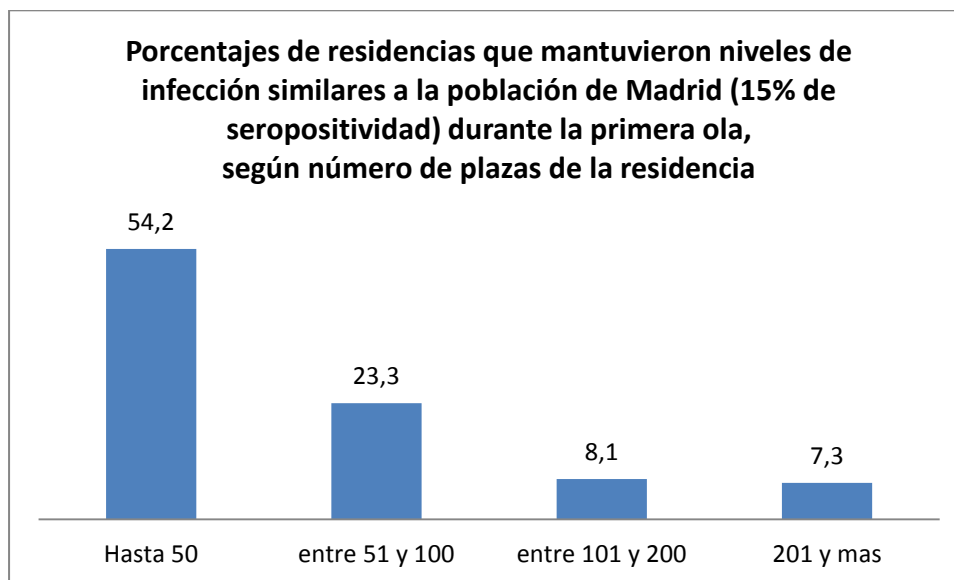
Estos resultados demuestran sin ningún género de dudas que el número de plazas de las residencias es un determinante de la aparición de brotes. Los mecanismos están bien descritos en la bibliografía internacional. Cuando las residencias son grandes, tienen mucho personal pero el personal suele ser insuficiente, está sometido a condiciones precarias de trabajo, carece de la formación o de los recursos materiales para la prevención adecuada de la infección por COVID y el virus tiene mayor probabilidad de penetrar en las residencias a través de las diarias entradas y salidas del personal y su trasiego entre residencias. Los resultados sugieren que aquí en la Comunidad de Madrid ocurre como en otros lugares y que en las residencias pequeñas, estos factores son más susceptibles de modificación, particularmente en condiciones epidémicas.

Los resultados del estudio serológico llevado a cabo por la Consejería de Políticas Sociales de la Comunidad de Madrid permiten también hacer una reflexión útil para la preparación frente a nuevas epidemias. Observamos en la gráfica siguiente que durante la primera ola más de la mitad (54%) de las residencias con menos de 50 plazas mantuvieron niveles de infección inferiores a 15%, es decir, tuvieron niveles de infección similares a la población general<sup>1</sup>, y esto ocurrió a pesar de la vulnerabilidad de la población de residentes con edades medias superiores a los 80 años, con muy escasa disponibilidad de



equipos de protección individual y con pocas medidas preventivas. En cambio, menos de 8% de las macro-residencias lograron evitar la invasión del virus en la primera ola.

La conclusión está clara: Las residencias de más de 50 plazas suponen un riesgo mayor de infección por COVID. En el futuro inmediato, durante el periodo de transición hacia un modelo de cuidados de larga duración centrado en la persona mayor, las macrorresidencias actuales se deberían transformar en el plazo de tiempo más breve posible en módulos de convivencia de menos de 50 plazas para evitar la extensión del virus.



<sup>1</sup>Al finalizar la primera ola de la pandemia, la seropositividad de la población general de Madrid era inferior al 15% y la seropositividad de los trabajadores sanitarios se estimó en 10%. Referencia: Pollán M, Pérez-Gómez B, Pastor-Barriuso R et al. Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. Lancet 2020 Aug 22;396(10250):535-544. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31483-5. Epub 2020 Jul 6.

### **Recomendaciones para la prevención y el control de la COVID en residencias durante la tercera ola de la pandemia:**

En nuestro primer informe, publicado el 9 de noviembre de 2020, recomendamos cuatro intervenciones urgentes para prevenir la COVID en residencias y mejorar las medidas preventivas en los trabajadores: 1)



pruebas de antígenos cada semana a todo el personal de las residencias mientras se mantenga la situación epidémica actual; 2) formación específica sobre prevención y control de la COVID del personal de residencias en el puesto de trabajo, llevada a cabo por pares y de forma continuada; 3) formación remunerada en curso intensivos de 350-400 horas de duración para personal gerocultor que se integre en la vida laboral bajo la supervisión de mentores con experiencia; 4) prohibición de trabajar en varios centros de forma simultánea, acompañada de compensación salarial. Estas cuatro actuaciones han sido llevadas a cabo en el extranjero y han sido ya evaluadas con resultados positivos para la prevención de la COVID en residencias. Su coste, estimado en el primer informe de ActuarCOVID, es de menos de 22 millones de euros.

Desde la publicación del primer informe, ninguna de estas cuatro actuaciones se ha llevado a la práctica. Como se puede concluir de los resultados anteriores la frecuencia de la COVID en residencias sigue estrechamente ligada a las olas epidémicas y parece que las medidas adoptadas, sean las que sean, no han sido suficientes para cambiar este patrón.

En vísperas de la tercera ola, si no se pueden aplicar de forma inmediata las medidas que propusimos, que al menos se efectúe una vigilancia epidemiológica muy estricta, que incluya la realización de pruebas diagnósticas de infección activa dos veces por semana en los trabajadores de las residencias de mayores, medidas clínicas entre ambas pruebas y 100% del salario en caso de baja o cuarentena.

### **Mortalidad por COVID en las residencias de Madrid desde agosto a diciembre.**

Al menos 6000 personas fallecieron por COVID en la primera ola en las residencias de la Comunidad de Madrid. Hasta la fecha, no se han publicado datos oficiales sobre la mortalidad por COVID en las residencias de Madrid durante la segunda ola.

La consejería de Sanidad solo ofrece los datos de fallecidos con confirmación de COVID en residencias, excluyendo a los fallecidos en los hospitales a los que se trasladaron desde las residencias. El Portal de transparencia nos ha facilitado el número de fallecidos en residencias (totales, COVID confirmado y sospecha de COVID) y el número de fallecidos en el hospital por cualquier causa. Sin embargo, desconocemos el número de residentes fallecidos por COVID después de su traslado al hospital. Disponemos de varios informes de geriatras y responsables de servicios de admisiones que nos llevan a concluir que, durante la segunda ola, los fallecidos por COVID después del traslado al hospital son la mayoría de los residentes fallecidos por COVID en la Comunidad de Madrid.



En ausencia de datos y a la espera de que el Portal de transparencia nos facilite los existentes en la base de datos CMBD solicitados a la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, ofrecemos a continuación una estimación realizada utilizando los escasos datos disponibles.

Utilizando los datos de los boletines epidemiológicos de la Comunidad de Madrid del 4 de diciembre [201204\\_cam\\_COVID19.pdf \(comunidad.madrid\)](#) y del 4 de septiembre [4.09.2020 \(comunidad.madrid\)](#) hemos estimado esta mortalidad. Transcribimos los datos en las dos primeras columnas de la siguiente tabla, calculamos por sustracción la columna 3 y por división del incremento sobre la columna 2, la columna 4.

Defunciones por COVID en la Comunidad de Madrid				
Lugar defunción	4 diciembre	4 septiembre	Aumento	Aumento relativo
Residencias	4957	4834	123	0,025
Hospitales	12871	9736	3135	0,322

Si suponemos que la proporción de crecimiento en la mortalidad hospitalaria de la población general de la Comunidad de Madrid en el periodo considerado (0,322) es aplicable a las defunciones ocurridas en las residencias de personas mayores, podemos estimar que han ocurrido  $0,322 * 4834 = 1556$  defunciones en personas que viven en residencias. Adviértase que las 4834 defunciones observadas en residencias al comienzo del periodo de observación son una subestimación de las totales (serían las ocurridas en residencia más las ocurridas en hospitales) y por tanto el resultado, 1556, es una subestimación del total. Sabemos que de estas 1556, se han registrado como “fallecidos en residencias” 123 defunciones, luego la diferencia es una estimación de los fallecidos en el hospital, es decir 1433.

En conclusión, en el periodo de tres meses considerado, se han observado 123 defunciones en residencias y se han estimado 1433 defunciones en hospital de personas que residen en residencias de mayores de la comunidad de Madrid. Estimamos que sobre un total de 1556 defunciones por COVID en estos tres meses de las personas mayores que habitaban en residencias, el 92% han fallecido en el hospital.

Esta aproximación no dista excesivamente de la evidencia aportada por el Servicio de Geriátrica del Hospital la Paz, quien nos informó que entre el 1 de agosto y el 23 de octubre habían fallecido por COVID 17 personas en las residencias del área del hospital, de ellas 16 fallecieron en el hospital, es decir un 96%, y una en la residencia (ver aquí: [www.actuarCOVID.com/blog](http://www.actuarCOVID.com/blog), página 12).





Cabe concluir que, del total de defunciones ocurridas en este periodo de tres meses en la Comunidad de Madrid,  $19007 - 15566 = 3441$ , el 45% ( $1556/3441$ ) pueden haber ocurrido en personas mayores que habitan en las residencias de la Comunidad de Madrid.

Hay que recordar que la población de residentes en Madrid, aproximadamente 41 800 personas, es inferior al 3,5% de los mayores de 65 años y corresponde al 6 por mil del total de los 6,6 millones de personas que habitan en la Comunidad de Madrid. Esta población de menos del 6 por mil puede estar contribuyendo casi la mitad de la mortalidad, repitiendo lo que ocurrió en la primera ola de la pandemia.

Lo que ofrecemos es una simple estimación en ausencia de datos oficiales. Urgimos a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid que haga uso de los datos disponibles en el CMBD y haga pública la información sobre cuántos fallecidos por COVID en los hospitales de Madrid proceden de una residencia de personas mayores. Esta información existe y no se comprende que siga oculta a la ciudadanía.

### **Recomendaciones para reducir la mortalidad**

Empezamos a comprender los mecanismos biológicos que originan una alta letalidad de la COVID en personas mayores. Brevemente, la alta carga viral por rápida replicación del virus, la diferente presentación de la infección con alta frecuencia de delirio y anorexia y menor frecuencia de tos y fiebre, que puede retrasar el diagnóstico, el estado proinflamatorio asociado al envejecimiento que puede aumentar el riesgo de tormenta de citoquinas, la reserva cardiorrespiratoria disminuida, la mayor comorbilidad, y las complicaciones en personas con deterioro cognitivo grave y demencia son características que explican la mayor gravedad de la infección por COVID en personas de edad avanzada y su alta letalidad.

En ausencia de un tratamiento eficaz para la COVID en este grupo de edad, urge prevenir los brotes en residencias de personas mayores para disminuir la elevada mortalidad en la población más vulnerable de nuestra sociedad.

Antes de la epidemia COVID se conocía como evitar las epidemias en las residencias de personas mayores: 1) evitar el hacinamiento y permitir solamente habitaciones individuales, salvo en caso de parejas; 2) mantener ratios adecuadas de personal, ya que a menor número de personas cuidadas por cuidador, mayor control de las infecciones; 3) mayor protección en la prestación de cuidados intensivos que necesitan el contacto físico; 4) realizar formación continua del personal de cuidados en la prevención y control de infecciones; 5) mantener el uso de equipos de protección individual; 6)



mantener un *stock* de material de protección individual. Estas condiciones no se cumplían al inicio de la pandemia y continúan sin cumplirse después de la segunda ola.

Además de estas medidas generales, hay medidas específicas para prevenir la COVID: a) es necesario hacer pruebas de diagnóstico al personal con periodicidad regular para diagnosticar y tomar medidas de control en cuanto aparece el primer caso o se detecta la primera persona asintomática y b) es necesario también reestructurar la fuerza laboral para evitar al máximo que se trabaje en más de una residencia y en caso de que esto no sea posible, es necesario que estos trabajadores itinerantes tengan una fuerte vigilancia con pruebas diagnósticas. Ambas acciones son responsabilidad de las empresas que gestionan las residencias y deben ser puestas en marcha por los servicios de prevención de riesgos laborales como se detalla en el documento “Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-Cov-2 » del Ministerio de Sanidad del 7 de Octubre 2020.

Tampoco estas medidas específicas se han implementado durante la segunda ola.

### **Conclusión: Debemos considerar y tratar la COVID como una sindemia**

Este informe urge a tomar medidas para prevenir brotes de COVID en residencias a fin de reducir la mortalidad en la tercera ola de la pandemia en Madrid. Estas medidas serán útiles para hacer frente a la emergencia que vivimos, pero no resuelven los problemas del contexto residencial que han hecho posible esta catástrofe letal para las personas que residen en las residencias de Madrid. Para preparar las residencias ante nuevas epidemias ayuda reconocer que estamos en una sindemia.

En una nota editorial en *The Lancet*, pedía el Dr. Horton que dejemos de examinar esta crisis como una enfermedad infecciosa y empecemos a entender que se trata de la interacción de varias categorías de enfermedad: la COVID y otra serie de trastornos de salud. Esta interacción ocurre en poblaciones específicas, caracterizadas por los patrones de desigualdad de nuestras sociedades: “La agregación de estas enfermedades en un contexto de desigualdad social y económica exacerba los efectos adversos de cada enfermedad, la COVID no es una pandemia. Es una sindemia” (referencia: Horton R. *Lancet* Vol 396, September 26, 2020)

En la última década del siglo XX, el antropólogo Merryl Singer observó que las poblaciones más vulnerables al VIH ya confrontaban otros riesgos para la salud (referencia doi: 10.1016/S0140-6736(17)30003-X). En estas poblaciones, la epidemia del VIH no ocurría, sino que interaccionaba con otras enfermedades: hepatitis B, tuberculosis, adicción a drogas ilegales, patologías mentales. Estas



enfermedades interaccionaban entre sí haciendo que cada una de estas “epidemias” fuera más grave. El concepto de sindemia integra dos aspectos: concentración de enfermedades e interacción de enfermedades. La concentración de epidemias en poblaciones concretas obedece a condiciones políticas, económicas sociales adversas. La interacción entre epidemias concurrentes se produce por las formas en que estas enfermedades potencian sus daños en la salud, (referencia: doi: 10.1002/ajhb.23482). Es decir, las condiciones sociales prevalentes pueden ser determinantes para la concurrencia de enfermedades epidémicas, pero además estas enfermedades pueden interaccionar biológicamente entre sí o bio-socialmente, entre ellas y las condiciones sociales que les dan forma, produciendo mayores daños de salud, sufrimiento y enfermedad, que los que se podría esperar por cada una de ellas.

En la situación actual que se vive en las residencias de la Comunidad de Madrid se pueden constatar tres fenómenos:

1. Edadismo o discriminación en base a la edad, en particular hacia la edad avanzada con pérdidas de autonomía. El envejecimiento poblacional plantea un reto de cuidados. La respuesta política a este desafío fue la Ley de la Dependencia que estableció el derecho a recibir cuidados de larga duración en España. El talón de Aquiles de la Ley está en la financiación de los servicios de prestación de cuidados. Las medidas de austeridad implantadas por el Gobierno para hacer frente a la crisis de 2008 dejaron sin cubrir las necesidades de la población mayor dependiente y de sus familiares. El peso de la financiación recayó en los gobiernos autonómicos, sin dotar a los mismos de la capacidad de recaudación fiscal suficiente para hacer frente dicha financiación de forma solvente. Además, la orientación económica liberal de algunos de ellos, y la crisis del sector inmobiliario provocó que grandes empresas iniciaran inversiones en el sector de las residencias. La residencia como alternativa habitacional a personas mayores con pérdidas funcionales se plantea más como un producto de consumo que como un derecho ciudadano. En este planteamiento ideológico, en el marco de la pandemia las personas mayores con pérdida de autonomía constituyen un grupo poblacional de bajo valor económico. Se deben apartar para que la economía siga creciendo.

2. Alta frecuencia de brotes de COVID. La pandemia ha supuesto un reto de cuidados. El sector residencial no estaba preparado y sigue sin estar preparado para hacer frente a una epidemia. No existen los recursos humanos ni materiales para prevenir y controlar las infecciones en las residencias. El mercado de trabajo de las residencias se caracteriza por su precariedad, bajos salarios, temporalidad e



inseguridad económica. Los trabajadores son mayoritariamente mujeres en situaciones vulnerables. Muchas tienen escasa formación sanitaria. Además, ante la COVID, no existía preparación para emergencias sanitarias, ni la infraestructura de las residencias ni la utilización de EPI es adecuada.

3. Deterioro funcional. La mayoría de las personas en las residencias de mayores presenta limitaciones físicas y cognitivas que originan su dependencia de cuidados personales. Su edad es avanzada y tienen alta frecuencia de discapacidad en las actividades de cuidado personal.

Estos tres elementos aseguran la sindemia. En primer lugar, la presentación atípica de la infección COVID en mayores, la alta replicación viral, la comorbilidad y el estado proinflamatorio de las personas mayores, sus limitaciones de movilidad y la alta frecuencia de deterioro cognitivo son factores que contribuyen a la gravedad de la infección COVID. En segundo lugar, las propias condiciones de aislamiento físico y social a las que se somete a las personas infectadas aumentan el riesgo de deterioro cognitivo, anorexia y pérdidas de movilidad. Se produce una interacción biológica entre la infección COVID y el deterioro funcional.

La concurrencia de la COVID y el deterioro funcional y la interacción entre ambas “epidemias” tienen lugar en un entorno, la residencia, que acumula exposiciones ambientales de riesgo de infección por la COVID - escasa higiene, falta de medios de protección, exposición íntima a trabajadores que se infectan y transmiten la infección, falta de vigilancia epidemiológica- que se superpone a la baja calidad de los cuidados ya existentes antes de la pandemia, caracterizada por la precariedad laboral de las trabajadoras, mayoritariamente mujeres e inmigrantes que acumulan factores de vulnerabilidad, las inspecciones deficientes o inexistentes, el incumplimiento de ratios de personal, la escasa formación del personal, el racionamiento del material de protección individual, las dietas inadecuadas, las extendidas prácticas de sujeción física y contención psíquica y las escasas oportunidades de estimulación física y cognitiva (terapia ocupacional, animación social, atención mental).

Hemos utilizado los datos de la Comunidad de Madrid para demostrar que existen los elementos constitutivos de la sindemia. Podemos suponer que Madrid no es la excepción sino un buen ejemplo de adonde nos puede llevar reducir la vejez en situación de dependencia a un lucrativo negocio. Un abordaje que reconozca la naturaleza sindémica de la crisis que atravesamos puede orientar la política sanitaria y guiar la prevención, el pronóstico y el tratamiento. Como dice Horton en su editorial refiriéndose a la situación general, la consecuencia más importante de considerar la COVID como una



sindemia es resaltar sus orígenes sociales. Proponemos adoptar un enfoque sindémico para resolver la crisis originada por la COVID en las residencias de personas mayores donde el edadismo de la sociedad actual ha permitido que se maltrate a las personas mayores con limitaciones físicas y cognitivas y a los cuidadores que trabajan para atender sus necesidades, anteponiendo el negocio al respeto de los derechos a la vida, a la salud y a la dignidad, como argumenta Amnistía Internacional en su reciente informe. En este caldo de cultivo, la pandemia COVID y la situación de salud de los mayores dependientes han interactuado produciendo gran sufrimiento para las personas mayores y sus familiares, costando muchas vidas.