

# “Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19 – desde una perspectiva territorial ”

Jornada online: “La COVID 19 y las desigualdades territoriales en España”

Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) y Fundación Manuel Giménez Abad

23 de junio de 2021

Francisco Javier Moreno Fuentes

Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC)



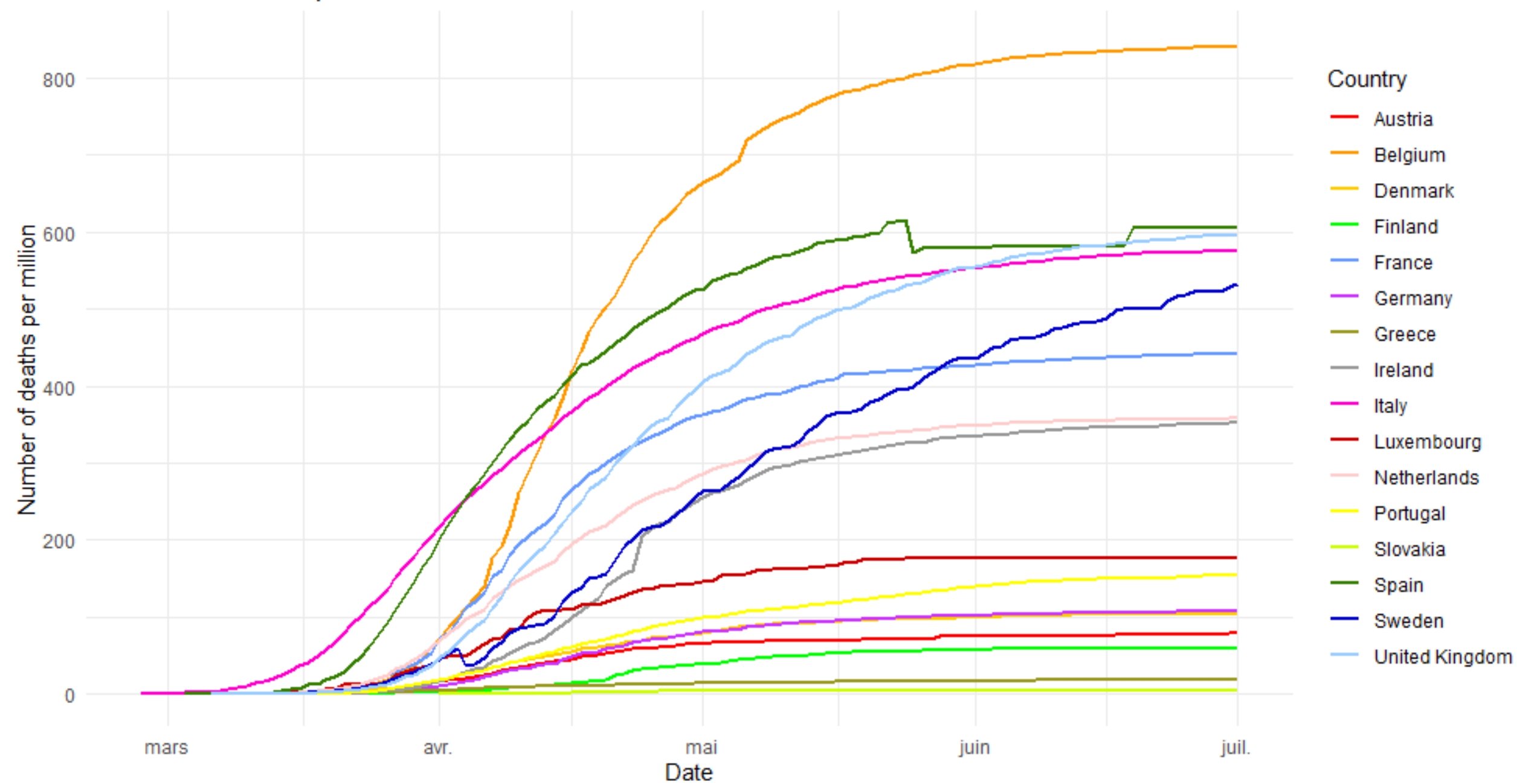
INSTITUTO DE POLÍTICAS Y BIENES PÚBLICOS



## Estructura de la presentación

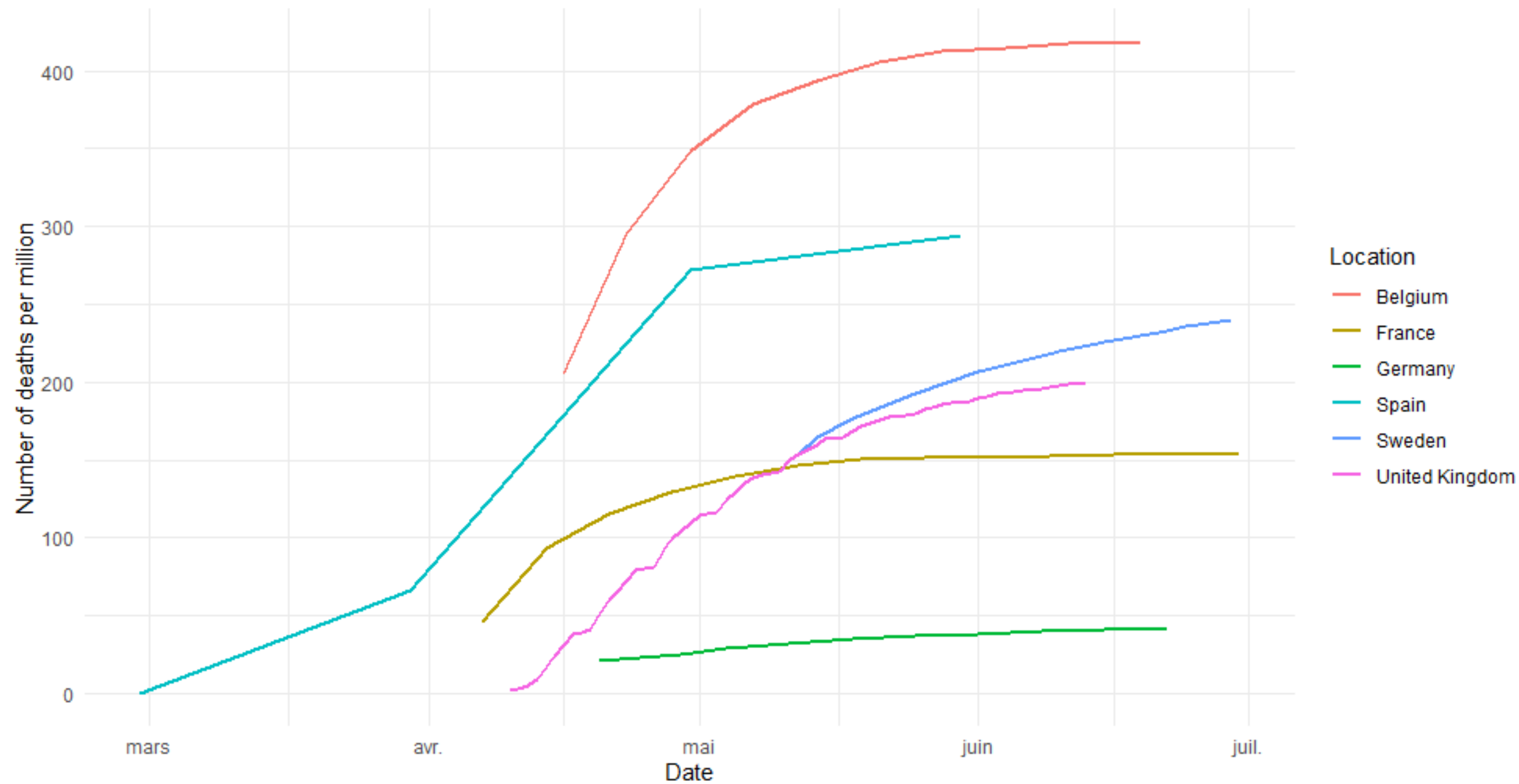
- Impacto del Covid-19 en las residencias de mayores.
- Diseño de investigación de proyectos.
- Posibles factores explicativos.
- Algunas conclusiones preliminares.

Number of deaths per million of inhabitants in the countries of UE15

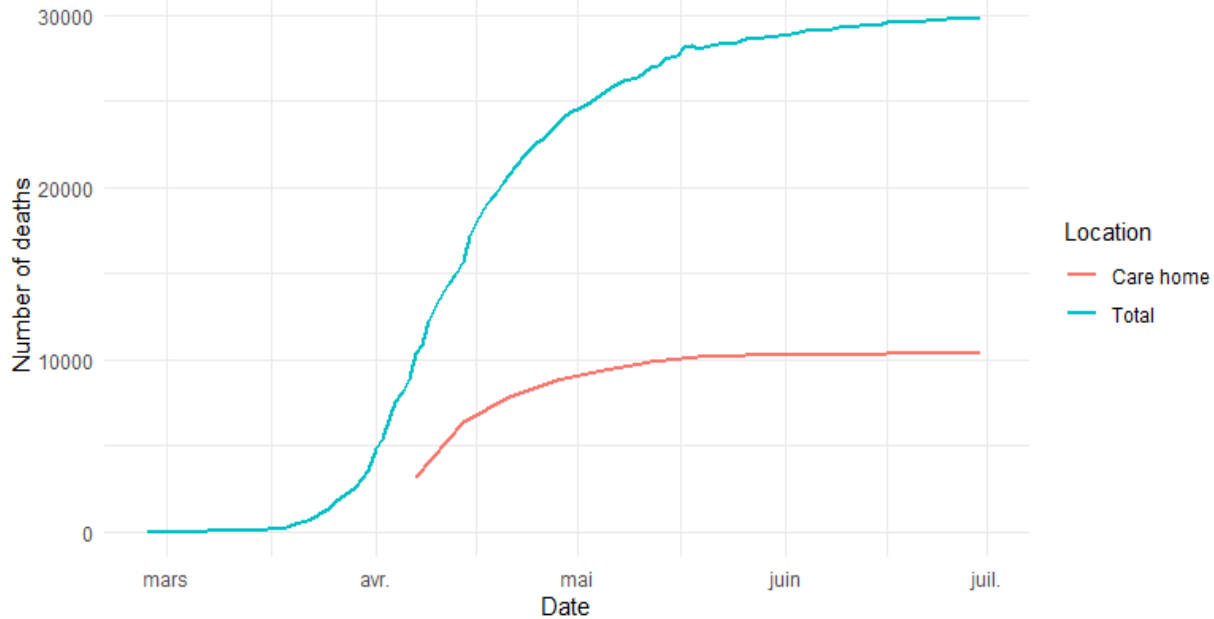


- El Covid-19 tuvo un impacto muy alto en las residencias de ancianos en general, pero claramente más en algunos países.
- España entre los países con más víctimas en residencias de mayores (así como en términos de mortalidad per cápita): entre el 51% y el 68% de las víctimas durante la 1ª ola (febrero-junio de 2020) vivían en centros de atención institucionalizada.
- 2ª (organización) y 3ª olas (vacunación) golpean a las residencias de ancianos de una manera significativamente menor.

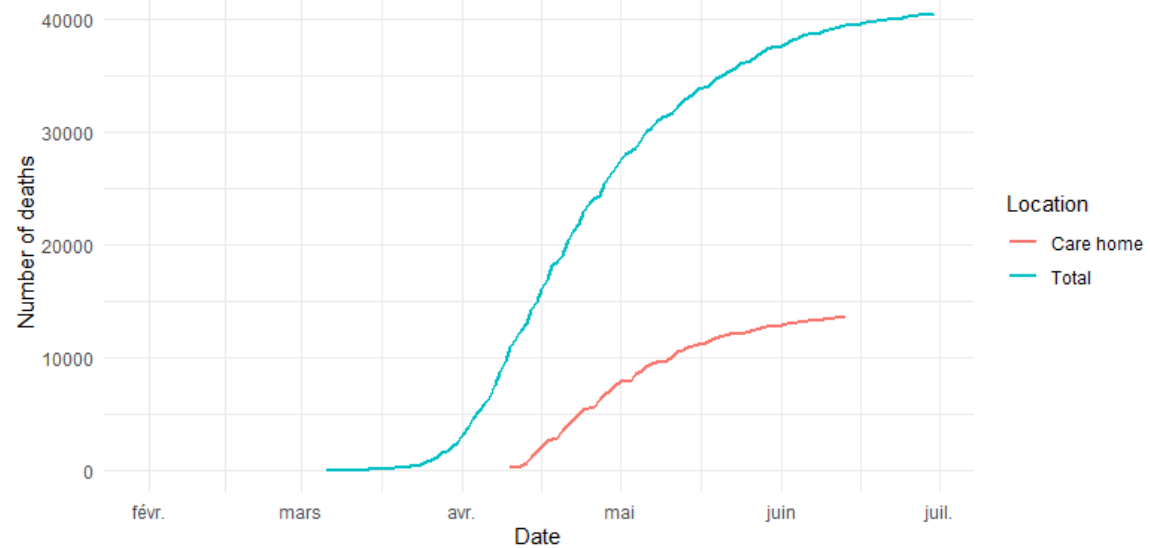
Number of deaths in care home per million of inhabitants of some UE15 members



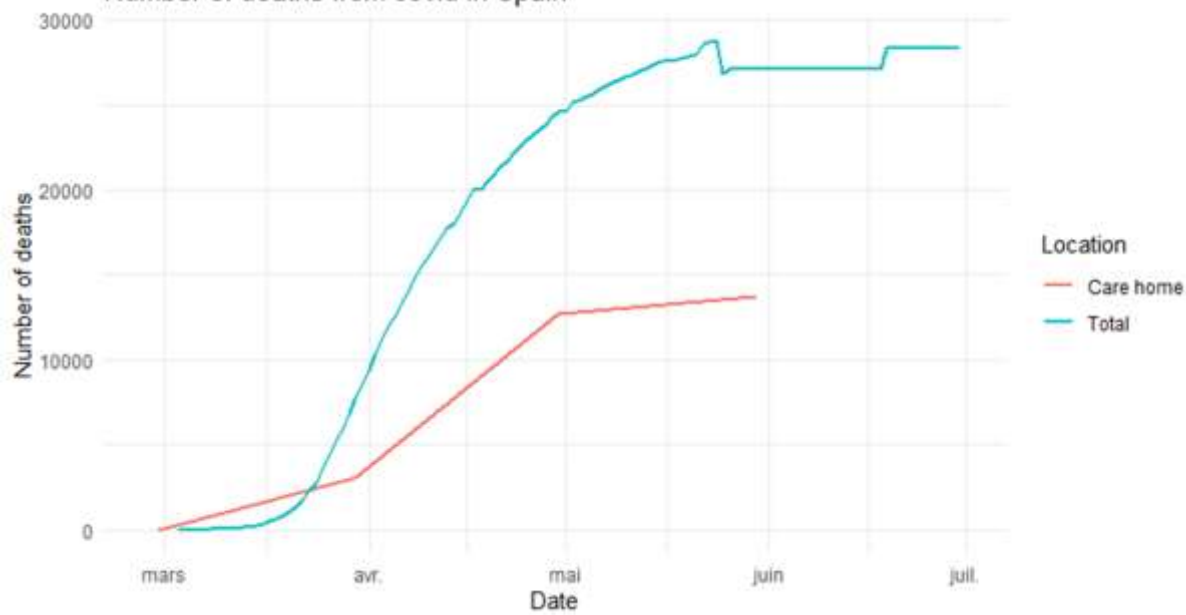
Number of deaths from covid in France



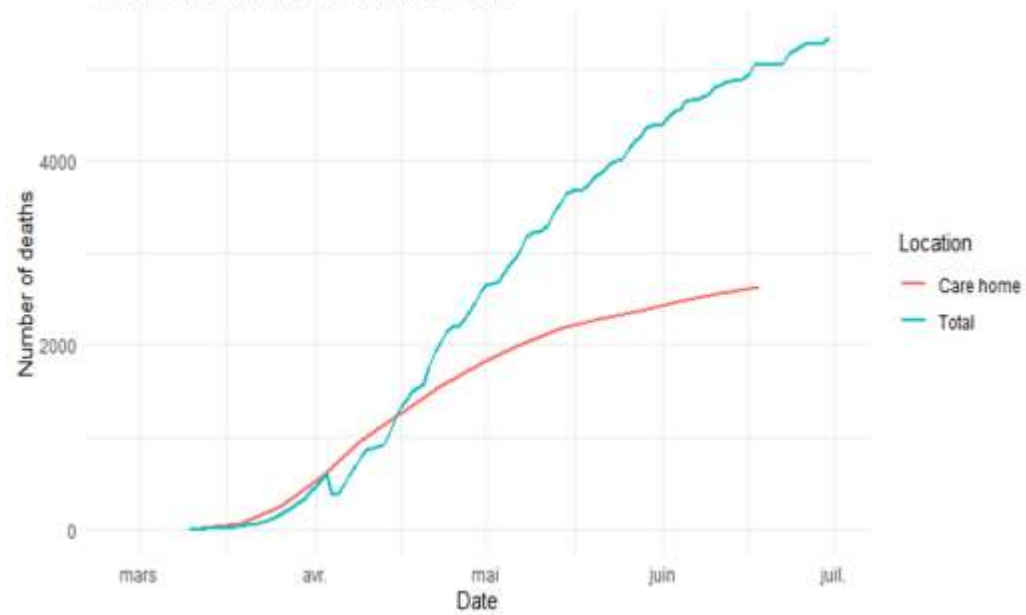
Number of deaths from covid in United Kingdom



Number of deaths from covid in Spain



Number of deaths from covid in Sweden



# Diseño del proyecto

- El proyecto MC-Covid19 tiene como objetivo analizar los factores que explican el impacto diferencial de la pandemia en el sector de las residencias de mayores en la UE-15.
- Se presta especial atención a los mecanismos de coordinación entre los sistemas sanitario y social para la atención institucionalizada, así como al papel de las estructuras de gobernanza dentro del sector.
- Plantilla preestablecida.
- Evidencia empírica cualitativa generada a partir de entrevistas semiestructuradas con informantes clave (directores de residencias, responsables de la gestión de los sistemas sanitarios y sociales, y responsables políticos en el ámbito de las políticas de salud y atención a la dependencia).
- Rápida constatación de las limitaciones conceptuales (qué significan las residencias de ancianos) y empíricas (cuántas personas mayores viven en ellas, muertes asociadas a la Covid, etc.).

# Equipo Internacional

- Monika Riedel (Institute for Advanced Studies, Vienna).
- Jozef Pacolet (Research Institute for Work and Society, KU Leuven).
- Tine Rostgaard (Roskilde University).
- Caroline Glendinning (University of York).
- Laura Kallioma-Puha (Tampere University).
- Claude Martin & Blanche Le Bihan (EHESP French School of Public Health).
- Thomas Gerlinger (University of Bielefeld).
- Costis Prouskas (Aktios, Athens).
- Sara Burke (Centre for Health Policy and Management, Trinity College Dublin).
- Costanzo Ranci (Politecnico di Milano).
- Robert Urbé (Caritas Luxembourg).
- Luis Capucha (Center for Research and Studies in Sociology, CIES-IUL).
- Pär Schön (Karolinska Institutet).
- María Bruquetas (Radboud University).



<https://www.mc-covid.csic.es/>



FINLAND



FRANCE



GERMANY

## Potenciales factores explicativos

- Más allá de los posibles efectos del clima, la estructura demográfica, etc.
- (Falta de) planes de emergencia y preparación.
- Equilibrios institucionales responsables de la atención a la dependencia.
- Adecuación de las medidas adoptadas para minimizar el impacto de la pandemia.
- Interacciones entre las residencias de ancianos (servicios sociales) y el sistema de salud [Coordinación intra-gubernamental].
- Efectos de la gobernanza multinivel [coordinación intergubernamental] y la politización.

## Preparación ante emergencias

- Implica la capacidad de identificar amenazas, evaluarlas en su medida adecuada y planificar, organizar, ejercitar y evaluar las respuestas a posibles incidentes.
- Reduce la incertidumbre.
- Análisis a nivel institucional y organizacional:
  - ¿Las estrategias nacionales contemplaban la protección de este tipo de centros?
  - ¿Planes de preparación y respuesta ante epidemias?
  - ¿Planes y estrategias adecuadamente conocidos y actualizados?
  - ¿Protocolos y planes de contingencia en las residencias?

- Incredulidad, etnocentrismo (enfermedad asiática que no nos afectará tanto) y excesiva confianza en las capacidades de los sistemas de salud y/o cuidado.
- Enormes costes asociados a la adopción de medidas significativas para reducir la movilidad o la actividad, miedo a la sobrerreacción (fiasco de la gripe porcina de 2009 -H1N1- con costes económicos y políticos significativos) y falta de conocimiento fiable sobre el funcionamiento real de la enfermedad.
- Debilitamiento de los planes de salud pública en años previos a la pandemia, especialmente en los países del sur de Europa, en parte vinculado a las políticas de austeridad (que redujeron el gasto sanitario en un 12% entre 2010 y 2015 en España), pero también a las reticencias ideológicas hacia una subdisciplina sanitaria conceptualizada por algunos como “de izquierdas”.
- Inexistencia de stocks de EPIs (excepto Finlandia), y falta de capacidad para realizar análisis.

- Declaración de Dominic Cummings acerca de la preparación del Reino Unido para una emergencia nacional que requiera un confinamiento de la población (25 de mayo de 2021):
  - “On Friday March 13 (2020, a week before the official lockdown) Helen Macnamara, Deputy Cabinet Secretary (told us): ‘I’ve been told for years that there was a whole plan for this, there is no plan (...) I think we are absolutely fucked, I think this country is headed for a disaster, I think we’re going to kill thousands of people’”.
  - “The shielding plan was literally hacked together in two all-nighters after Thursday 19<sup>th</sup> [March 2020]. There wasn’t any plan for shielding – there wasn’t even a helpline for shielding – there wasn’t any plan for financial incentives. There wasn’t any plan for almost anything in any kind of detail at all”.

- En 2015, el Centro Europeo para el Control de enfermedades había revisado los planes de preparación para hacer frente a virus respiratorios.
- España tenía previsto el primer ejercicio nacional de respuesta a situaciones de emergencia para abril de 2020 (finalmente cancelado), pero no incluía una dimensión sanitaria particularmente relevante, ni hacía referencia a las residencias de mayores.
- Se supone que existe un plan nacional contra las pandemias de gripe (actualizado para responder al MERS-CoV), así como planes contra enfermedades infecciosas como el Ébola, el Zika o el Dengue, pero ninguno de ellos hace referencia específica al sector de las residencias de mayores.
- Los directivos y responsables políticos entrevistados del sector no expresaron ningún conocimiento acerca de la existencia de esos planes, ni de cómo se supone que afectan a sus instituciones.
- En general, se desarrollaron protocolos y planes de contingencia en las residencias a medida que avanzaba la pandemia.

# Equilibrios y capacidades institucionales

- Papel relativo del cuidado familiar, en el hogar, la vida asistida y/o las residencias:
  - Tendencia general hacia el "cuidado en la comunidad", pero persisten diferencias significativas entre países:
    - Suecia tiene una mayor presencia de apartamentos tutelados que favorecen la vida independiente.
    - Los países del sur de Europa como España o Italia dependen de la familia hasta que aparecen niveles muy avanzados de dependencia (lo que implica que los ancianos en las residencias suelen ser muy frágiles).
- Distribución de responsabilidades entre los sectores público y privado:
  - Implicaciones significativas para la calidad de la atención, los vínculos con el sector de la salud, la supervisión y el seguimiento, etc.
  - Condiciones laborales, formación y número de empleados (diferentes perfiles).
  - Problema masivo con la escasez de personal durante la pandemia debido a enfermedades, miedo, alta rotación, etc.
- Infraestructuras:
  - Las instalaciones y las características arquitectónicas de las residencias de ancianos (tamaño, disposición, etc.) implican una fuerte condicionalidad para el diseño e implementación de medidas de contención, sectorización y aislamiento.
  - El tipo de habitaciones (individuales, dobles, apartamentos, etc.) también afectan a la capacidad para implementar medidas de aislamiento.

# Medidas adoptadas

- El enfoque general de la pandemia (desde el confinamiento completo al estilo asiático, hasta la búsqueda de la inmunidad de rebaño) afectó directamente a las medidas implementadas en las residencias de ancianos.
- Capacidad variable para aprovisionarse de material (EPP, análisis, camas de UCI, etc.), recursos tecnológicos (respiradores) y profesionales (especialmente para UCI) para responder al pico de demanda.
- Introducción general de medidas de limitación de movilidad y aislamiento (sin visitas, sin posibilidad de salir de las instalaciones o de desplazarse en el interior de las mismas) para los residentes.
- Sectorización de instalaciones (infectados, sospechosos, sanos), cierre de espacios comunes, etc.
- Introducción de protocolos para las responsabilidades del personal (grupos de referencia), circulación de suministros, turnos de trabajo, etc.
- Movilización del personal de reserva (salud y cuidado).
- Durante el peor momento de la crisis se produjeron situaciones muy polémicas (residentes que morían sin la atención adecuada, incapacidad para comunicarse con familiares, cadáveres que no eran retirados con prontitud, etc.) con posibles implicaciones judiciales.

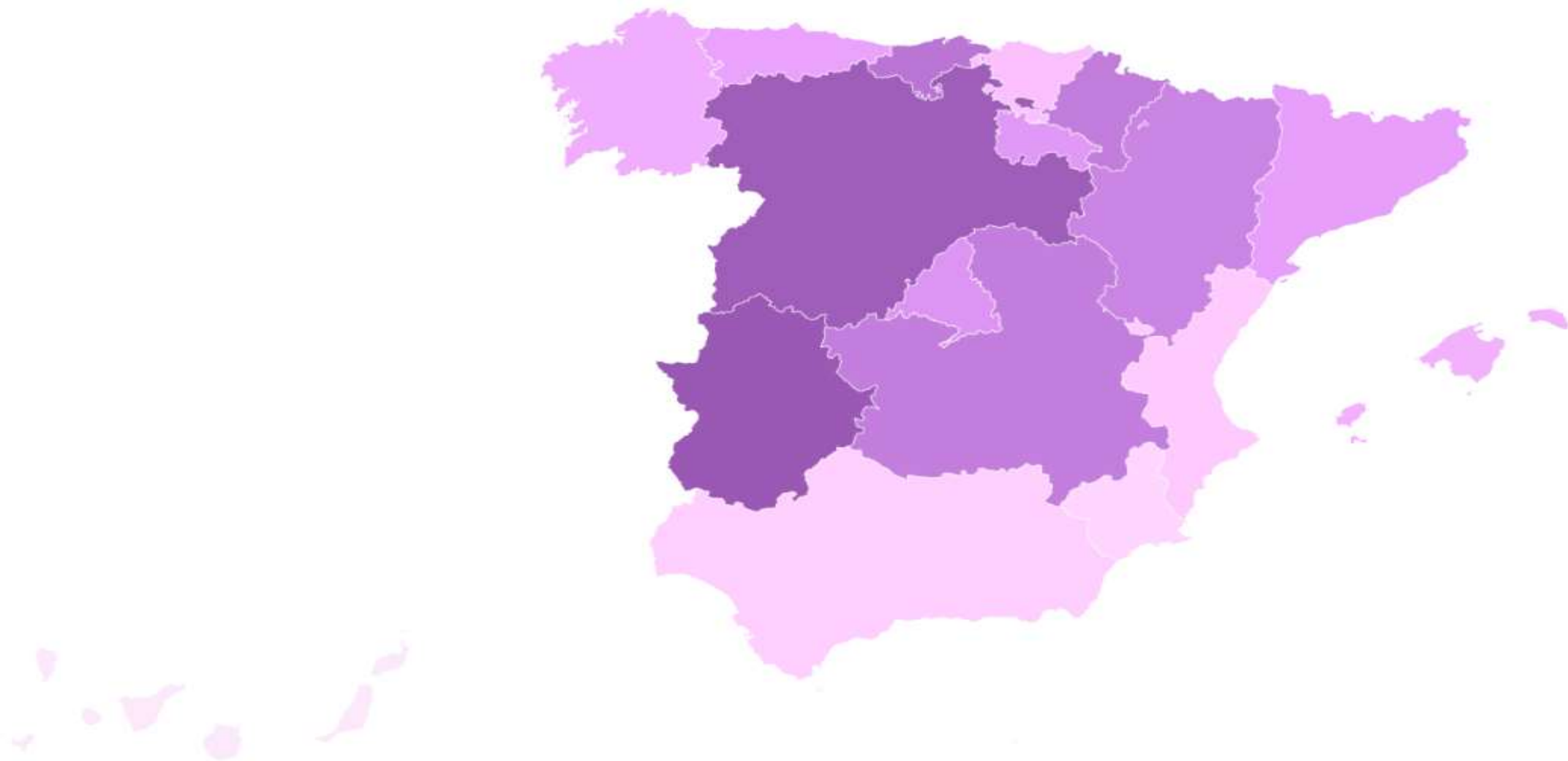


## Muertes y casos de COVID-19 en residencias de mayores durante la pandemia

	Fallecidos*	% del total	Contagiados
<b>ESPAÑA</b>	<b>29.628 (10.492)</b>	<b>36,8%</b>	<b>88.830</b>
Madrid	6.204 (4.709)	40,3%	1.616
Cataluña	5.451 (2.095)	37,1%	11.233
Castilla y León	4.008 (1.093)	58,1%	16.814
Castilla-La Mancha	2.831 (1.188)	47,4%	7.844
Andalucía	2.179 (00)	21,8%	9.721
Comunidad Valenciana	1.731 (00)	23,4%	9.985
Aragón	1.602 (765)	45,4%	7.213
País Vasco	1.192 (98)	26,5%	6.253
Extremadura	1.076 (300)	59,6%	4.029
Galicia	785 (23)	32,5%	4.267
Asturias	720 (00)	36,5%	2.794
Navarra	564 (164)	47,9%	1.962
Murcia	319 (00)	19,9%	1.175
La Rioja	304 (31)	39,2%	379
Cantabria	286 (10)	50,5%	1.965
Baleares	267 (09)	31,8%	1.414
Canarias	82 (7)	10,5%	137
Melilla	04 (00)	4,1%	22
Ceuta	03 (00)	2,6%	7

\*Entre ( ) fallecidos con síntomas compatibles con la COVID-19 no confirmados. Datos actualizados semanalmente sin tener en cuenta el lugar de la muerte. Al total se han añadido 20 fallecimientos de Andalucía que aún no han sido ubicados por fecha, pero que el IMSERSO suma a su total de decesos.

## Proporción de las muertes en residencias sobre el total de fallecidos durante la pandemia



*\*Entre ( ) fallecidos con síntomas compatibles con la COVID-19 no confirmados. Datos actualizados semanalmente.*

Mapa: DatosRTVE • Fuente: IMSERSO • [Insertar](#)

## Coordinación Inter-sectorial (horizontal)

- Entendida como la sincronización de los objetivos, estrategias, procedimientos de las diferentes áreas de política pública para asegurar su efectiva implementación.
- Hay que prestar una atención central a los vínculos entre las dimensiones social y sanitaria en los diferentes países.
- Lógicas y filosofías institucionales muy diferentes, reflejadas en el ethos de los profesionales, la adscripción administrativa, el estatus percibido, etc.
- Percepción general de interconexión insuficiente entre esos sistemas (ya un problema importante antes de la pandemia), lo que se traduce en:
  - Atención sanitaria inadecuada recibida por los residentes (especialmente los enfermos crónicos).
  - Graves problemas para aplazar a los residentes a los hospitales durante el pico de la pandemia.
  - En algunos contextos particularmente dramáticos, las graves acusaciones de discriminación contra los pacientes que residen en hogares de cuidado en el proceso de triaje con respecto a los que provienen de la atención domiciliaria (más extrema en el caso de aquellos que podrían confiar en un seguro privado para evitar el bloqueo).

- La situación mejoró a medida que los sectores de la salud y el cuidado fortalecieron sus vínculos según avanzaba la pandemia:
  - Intervención de residencias por parte de las autoridades sanitarias cuando la situación se consideró especialmente preocupante.
  - Asignación de gerontólogo hospitalario para el seguimiento de los residentes en las residencias de ancianos.
  - Establecimiento de presencia permanente de atención primaria dentro de las residencias (generalmente a través de enfermeras, pero también visitas regulares de médicos) que supervisaron la implementación de medidas de contención y tratamiento de pacientes.
  - Mejora de los protocolos para derivar pacientes a hospitales (no todos los residentes que eran enviados a los hospitales tenían Covid), y el manejo de pacientes que son enviados de vuelta a sus residencias de ancianos (con cuarentenas para evitar la propagación de una posible infección).

## Gobernanza Multinivel (coordinación vertical)

- Riesgo de politización de las medidas adoptadas para responder a la pandemia (falsa dicotomía salud-economía/libertad).
- Uso de los efectos de la pandemia, y controversias sobre las medidas adoptadas, en el enfrentamiento entre el gobierno y los partidos de la oposición.
- Especialmente importante en los sistemas descentralizados.
- Condiciona las relaciones entre los gobiernos central y regional: evitación de culpas, difusión de responsabilidades, reivindicación de créditos, etc.
- Complejidad de los procesos de toma de decisiones en relación con las medidas a adoptar en las diferentes fases de la pandemia.

# Lecciones aprendidas

- Errores:

- Subestimar la importancia de la amenaza.
- No financian los servicios de salud durante períodos largos de tiempo.
- Sistemas sanitarios y sociales que funcionan como bloques aislados.
- Falta de transparencia sobre la evolución de la enfermedad y su manejo.
- Politización de la pandemia y de las políticas para responder a la misma.

- Buenas prácticas:

- Agencias de salud pública fuertes e independientes que monitorizan la evolución de la enfermedad y proponen respuestas políticas.
- Fortalecer los vínculos entre la atención y los servicios de salud.
- Realización sistemática de pruebas a residentes y personal de los centros de mayores.
- Sacar a los pacientes enfermos de las residencias y llevarlos a centros de referencia intermedios (lo mismo en el camino de regreso desde el hospital).

**Francisco Javier Moreno Fuentes**  
**Instituto de Políticas y Bienes Públicos**  
**Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)**  
[javier.moreno@cchs.csic.es](mailto:javier.moreno@cchs.csic.es)



INSTITUTO DE POLÍTICAS Y BIENES PÚBLICOS

