

ABANDONADAS A SU SUERTE

LA DESPROTECCIÓN Y DISCRIMINACIÓN DE LAS
PERSONAS MAYORES EN RESIDENCIAS DURANTE
LA PANDEMIA COVID-19 EN ESPAÑA



AMNISTÍA
INTERNACIONAL



© AMNISTÍA INTERNACIONAL, DICIEMBRE DE 2020

SALVO CUANDO SE INDIQUE LO CONTRARIO, EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO ESTÁ PROTEGIDO POR UNA LICENCIA CREATIVE COMMONS (ATRIBUCIÓN, NO COMERCIAL, SIN OBRA DERIVADA, INTERNACIONAL 4.0).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Para más información, visita la página *Permisos* de nuestro sitio web: <https://www.amnesty.org/es/about-us/permissions/>

El material atribuido a titulares de derechos de autor distintos de Amnistía Internacional no está sujeto a la licencia Creative Commons.

Publicado por primera vez en 2020
por Amnistía Internacional España.
Calle Fernando VI, 8, 28004 Madrid

es.amnesty.org

AI Index Number EUR 41/5502/2020

Carmen Aguilar lanza un beso a su yerno que espera fuera de la residencia el primer día de visitas familiares tras el inicio del brote por coronavirus (COVID-19), Madrid, 8 de junio de 2020. © REUTERS / Susana Vera

ABANDONADAS A SU

SUERTE

LA DESPROTECCIÓN Y DISCRIMINACIÓN

DE LAS PERSONAS MAYORES EN

RESIDENCIAS DURANTE LA PANDEMIA

COVID-19 EN ESPAÑA

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	7
METODOLOGÍA	12
CAPÍTULO 1	17
MEDIDAS INSUFICIENTES E INADECUADAS QUE COSTARON MILES DE VIDAS EN UN COLECTIVO VULNERABLE.....	17
CAPÍTULO 2	28
CÓMO SE EXTENDIÓ LA COVID-19 EN LAS RESIDENCIAS: FALTA DE PROTECCIÓN Y TEST PARA EL PERSONAL DE RESIDENCIAS Y RESIDENTES, Y DIRECTRICES CONTRAPRODUCENTES.....	28
SIN EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI).....	29
NO HABÍA TEST DISPONIBLES.....	31
BAJAS DE PERSONAL.....	33
MEDIDAS Y “PROTOCOLIZACIÓN” INEFICIENTE.....	34
CAPÍTULO 3	39
DISCRIMINACIÓN POR EXCLUSIÓN GENERALIZADA DE DERIVACIÓN A HOSPITALES.....	39
PROTOCOLOS Y DIRECTRICES DISCRIMINATORIOS.....	45
CAPÍTULO 4	50
SIN OPCIONES Y SOLUCIONES INVIABLES: LA SUPUESTA “MEDICALIZACIÓN” DE LAS RESIDENCIAS.....	50
MEDIDAS DE INTERVENCIÓN INSUFICIENTES.....	54
FALENCIAS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	56
CAPÍTULO 5	59
ENCERRADAS Y SIN CONTACTO CON LAS FAMILIAS.....	59
MEDIDAS RESTRICTIVAS DE LA VIDA PRIVADA Y FAMILIAR.....	59
ESCALA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS Y DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN.....	63
MUERTE EN SOLEDAD, DUELOS IMPOSIBLES, SIN DESPEDIDAS.....	64
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67



RESUMEN EJECUTIVO

A fecha 15 de noviembre de 2020, **40.749** personas han fallecido por COVID-19 en España según datos del Ministerio de Sanidad.¹ En un primer momento, diversos estudios estimaron que alrededor del 70% falleció en residencias de personas mayores.² A fecha de cierre de este informe, se está a la espera de que el Gobierno central publique un informe que situarían este porcentaje entre el 50 y el 47%.³ Conforme a los datos disponibles ofrecidos por la **Comunidad de Madrid**, del 8 de marzo al 1 de mayo hubo 5.828 personas fallecidas con coronavirus o sintomatología compatible en las residencias. Eso supone un 43,46% del total de muertes hasta esa fecha en la Comunidad de Madrid (los datos no están desagregados ni por edad, género y/o discapacidad).⁴ En **Cataluña**, según los datos de la Generalitat, del 1 de marzo al 15 de noviembre de 2020 han fallecido 7.045 personas mayores que vivían en residencias por COVID-19 o sintomatología compatible (el 46,9% del total de fallecimientos en Cataluña por COVID-19, que es de 15.013).⁵

Durante el pico de la primera ola de la pandemia (es decir, desde la segunda semana de marzo hasta mediados de abril aproximadamente) se ha hecho evidente que las medidas adoptadas por las autoridades españolas para responder a la pandemia COVID-19, en particular en Cataluña y Madrid, han vulnerado los derechos humanos de las personas mayores que vivían y viven en residencias, y en concreto el derecho a la salud, a la vida y a la no discriminación, y además resultaron ineficaces para proteger a un colectivo especialmente vulnerable. Asimismo, las decisiones de las autoridades han impactado también en el derecho de las personas residentes a la vida privada y a una muerte digna.

Amnistía Internacional ha constatado que durante el pico de la primera ola de la pandemia el personal de las residencias no contó con la protección adecuada ni acceso oportuno a test, lo que produjo contagios y dificultades para poder implementar las directrices que se recibían de las diferentes instituciones (cuando estas eran adecuadas). A diferencia de la situación de la asistencia sanitaria, donde se ha recogido el número de personal sanitario afectado por la enfermedad, no existe una recogida de datos equivalente para la información del personal de los servicios sociales, o al menos no hay una recogida sistemática de datos. Como resultado, no se puede estimar el impacto de la COVID-19 en el personal que trabaja en residencias.⁶ Amnistía Internacional ha podido documentar que en momentos críticos de la pandemia de marzo y abril hubo casos de residencias donde más del 50% del personal estaba de baja.

-
- 1 Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Secretario de Estado de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Actualización núm. 250. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) (datos solidados a las 14:00 horas del 13 de noviembre de 2020). https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_250_COVID-19.pdf
 - 2 <https://www.rtve.es/noticias/20200707/sanidad-estima-27359-fallecimientos-residencias-durante-epidemia-mas-dos-tercios-coronavirus/2026023.shtml>
 - 3 <https://www.rtve.es/noticias/20201106/fallecidos-residencias-primera-ola-covid/2053620.shtml> En todo caso, al momento de redactar este informe, y como se expondrá posteriormente, no hay datos consolidados oficiales publicados por el Gobierno (ver cuadro 3).
 - 4 Información sobre actuaciones en centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la crisis sanitaria por la COVID-19 (datos de 26 de junio de 2020). https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/informacion_ccrr_covid-10_230620.pdf https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/200502_cam_covid19.pdf
 - 5 “Dades COVID”. Web de la Generalitat, que cuenta con información sobre residencias e ingresos hospitalarios (consultada el 15 de noviembre de 2020).
 - 6 “International Long Term Care Policy Network. The impact of COVID-19 on users of Long-Term Care services in https://www.rtve.es/noticias/20200707/sanidad-estima-27359-fallecimientos-residencias-durante-epidemia-mas-dos-tercios-coronavi Spain”, Joseba Zalakaín y Vanessa Davey (gracias a Aida Suárez-González por su participación en el apartado de la demencia) (última consulta el 28 de mayo de 2020), p. 2. <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/10/LTCCovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>



Hubo personas residentes necesitadas de atención médica sanitaria a las que no se les dio la oportunidad de un tratamiento adecuado de posible COVID-19 u otras patologías que padecían, ni en la residencia ni en un hospital. Tanto en Madrid como en Cataluña, hubo momentos donde no se realizaron ingresos en hospitales, y las pocas derivaciones que se dieron, fueron la excepción y en ocasiones ya fatalmente tarde. La decisión práctica de no derivar se aplicó de forma automatizada y en bloque, sin llevar a cabo valoraciones individualizadas. En ambas comunidades autónomas, esta práctica fue llevada a cabo a través de diferentes mecanismos de criba. La no derivación en Madrid estaba prevista en protocolos, que establecían instrucciones y criterios para valorar la derivación o no de personas de residencias y/o mayores a hospitales e incluían instrucciones de cuidados paliativos.⁷ Los protocolos fueron variando, actualizados con diferentes versiones y distribuidos de forma selectiva a ciertas personas.

En la **Comunidad de Madrid** se emitieron varios documentos en los que se utilizan criterios sobre edad y/o fragilidad, asociada con el lugar de residencia. En **Cataluña**, el Protocolo del Servicio de Emergencias Médicas (SEM), dependiente del Departamento de Salud, recomienda no ingresar en la UCI a determinados pacientes de más de 80 años con coronavirus, y hacía referencia al criterio de futilidad.⁸ Si bien el Protocolo catalán establecía que “el criterio del médico de cada paciente” prevalece sobre las recomendaciones generales,⁹ al no poder contar muchas de las personas mayores con la posibilidad de consultar a un médico o médica, lo cierto es que el resultado era el mismo: denegación de cualquier modalidad de asistencia sanitaria adecuada.

Cuando se hizo patente la situación de dificultad, las medidas adoptadas por la Comunidad de Madrid y la Generalitat se implementaron de forma incoherente y no llegaron a dotar de acceso adecuado a los servicios de salud por parte de la población en residencias. La Comunidad de Madrid y la Generalitat tomaron diferentes medidas, sin uniformidad ni claridad de criterios de la intervención o del éxito de la misma. No se adoptaron medidas alternativas para garantizar la asistencia sanitaria médica adecuada de este grupo vulnerable. Y es que frente a la situación de presión asistencial que vivían los hospitales en el pico de la pandemia, las autoridades previeron, en diversos instrumentos y como parte de la gestión de la crisis sanitaria, la supuesta dotación de recursos en las residencias para gestionar la asistencia sanitaria: la llamada “medicalización de las residencias”.

Sin embargo, esto no sucedió. Además de no ser materialmente viable transformar una residencia en un hospital, ese incremento de dotación de recursos (materiales y personales) nunca se llevó a cabo, y las autoridades han fallado en adoptar medidas alternativas que garanticen la asistencia sanitaria médica adecuada de este grupo vulnerable.

No hubo capacidad para asumir las necesidades de asistencia médico-sanitaria de todas las personas residentes, afectadas de COVID-19 o con sintomatología compatible, pero tampoco para dar continuidad y cuidado a sus necesidades diarias.

7 Dichos protocolos fueron publicados por Manuel Rico, director de investigación del periódico digital *Infolibre*. https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/05/28/infolibre_reproduce_integro_protocolo_del_gobierno_ayuso_que_prohibio_trasladar_pacientes_residencias_hospitales_107169_1012.html

https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/06/05/los_seis_documentos_que_desmontan_version_ayuso_sobre_orden_no_trasladar_enfermos_residencias_hospitales_107433_1012.html

8 Recomanacions per suport a les decisions d'adequació de l'esforç terapèutic (AET) per pacients amb sospita d'infecció per COVID-19 i insuficiència respiratòria aguda (IRA) hipoxèmica. Grup de treball de Ventilació, Cap Àmbit Emergències, Direcció Mèdica i Direcció Infermera de SEM (en catalán) (consultado el 25 de marzo de 2020). https://d3cra5ec8gdi8w.cloudfront.net/uploads/documentos/2020/07/07/protocolocatalua_179628f4.pdf

9 «El criteri mèdic de cada pacient ESTÀ PER SOBRE d'aquestes recomanacions generals, sempre que sigui raonat, argumentat i consensuat amb pacient i familiars”. Recomanacions per suport a les decisions d'adequació de l'esforç terapèutic (AET) per pacients amb sospita d'infecció per COVID-19 i insuficiència respiratòria aguda (IRA) hipoxèmica. Grup de treball de Ventilació, Cap Àmbit Emergències, Direcció Mèdica i Direcció Infermera de SEM (en catalán) (consultado el 25 de marzo de 2020), p. 3.

Entre las primeras medidas adoptadas con contundencia y sin supervisión legal están aquellas relacionadas con el “encierro de facto” y/o confinamiento de las personas mayores en sus cuartos por largos periodos. Amnistía Internacional ha constatado la manera en que las residencias implementaron la legislación vigente y múltiples protocolos, que resultaron en la prohibición absoluta de las visitas. La restricción de las visitas y el eventual confinamiento en sus habitaciones, así como la cancelación de las actividades normales (de nuevo, sin claridad sobre su temporalidad) contribuyeron a la soledad de las personas residentes, a su rápido deterioro, vulneración de su derecho a una muerte digna y a la falta de transparencia sobre lo que estaba sucediendo. Las personas mayores tienen derecho a la dignidad y al respeto de su vida privada y familiar. Cualquier restricción de estos derechos deberá ser legal, necesaria y proporcionada, y deberán existir medidas de control adecuadas para la revisión de dichas decisiones.¹⁰

En definitiva, la falta de preparación y la gestión adecuada de la pandemia por parte de las autoridades en las residencias para personas mayores ha tenido múltiples manifestaciones, recogidas en este informe: falta de protección del personal, falta de recursos y de asistencia médico-sanitaria en las residencias y, a su vez, exclusión generalizada y con un componente discriminatorio de acceso a asistencia sanitaria en hospitales; así como el aislamiento de personas residentes durante semanas enteras prácticamente incomunicadas con el mundo exterior, y con sus familias, con ninguna o escasa información sobre lo que estaba sucediendo en la residencia. Estas medidas, que en la práctica han derivado en la denegación del derecho a la salud a las personas mayores, están fuertemente vinculadas con un tema de máxima preocupación que Amnistía Internacional viene denunciando: las medidas de austeridad y la infrafinanciación de la sanidad han pasado factura. La década de los recortes sanitarios y sociales ha debilitado notablemente el sistema de salud público, deteriorando el acceso, la asequibilidad y la calidad de la atención sanitaria en España.¹¹

Lamentablemente, no se trata de cuestiones que ya estén superadas y, de hecho, de no adoptarse medidas efectivas y respetuosas de los derechos humanos de las personas mayores, podrían volver a repetirse en el futuro ante los riesgos de alta presión asistencial, como la denegación de atención sanitaria adecuada o medidas de restricción de las visitas de forma desproporcionada, entre otras. Recientemente, en un informe del 12 de noviembre, el Ministerio de Sanidad señalaba que “los brotes de mayor tamaño continúan ocurriendo en residencias de mayores, algunos con más de 100 casos”, habiéndose notificado en una semana 124 brotes con 1.765 casos en residencias de mayores.¹² La especial incidencia del virus en las residencias y la situación de vulnerabilidad de las personas mayores revelan la necesidad de que las autoridades continúen adoptando medidas de prevención, detección, control y vigilancia de la COVID-19, a fin de garantizar el acceso de los residentes a una atención sanitaria adecuada y sin sufrir discriminación.

10 Recomendación CM/Rec (2014)2 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la promoción de los derechos humanos de las personas mayores (adoptada por el Comité de Ministros el 19 de febrero de 2014 durante la 1192ª reunión de viceministros). Recomendaciones núms. 11 y 41.

11 Para más información sobre el impacto de las medidas de austeridad en el derecho a la salud, véase: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/reportajes/decada-perdida-sanidad/>

12 Véase: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_250_COVID-19.pdf.

En este contexto es imperativo que el Estado español adopte medidas para garantizar que cualquier decisión para combatir la pandemia respeta los derechos humanos, en particular los derechos a la vida, a la salud y a la no discriminación, en línea con los estándares internacionales y regionales. En particular, y entre otras medidas, las autoridades españolas deben:

- 1.** Revisar y modificar los protocolos de las Comunidades Autónomas de Madrid y Cataluña que establecen instrucciones y criterios para decidir la derivación de personas mayores de residencias a centros hospitalarios, a fin de que en ningún caso puedan constituir discriminación en el acceso a la atención sanitaria.
- 2.** Desarrollar políticas públicas adecuadas para la gestión de la pandemia, garantizando los derechos de las personas mayores, incluido el derecho humano a la salud, llevando para ello consultas con la sociedad civil, familiares y residentes.
- 3.** Garantizar el derecho a la salud, que incluye acceso total e igualitario para todas las personas mayores de las residencias a los servicios del sistema de salud y, en concreto, tomar medidas contra cualquier incidente de discriminación contra las personas mayores en las decisiones sobre atención médica, triaje y terapias que salvan vidas.
- 4.** Garantizar que el régimen de las visitas a residencias considere prioritario el interés superior de las personas mayores residentes en el centro, dote de los recursos humanos y materiales suficientes y asegure que las restricciones se basan en evaluaciones de riesgos individualizadas, teniendo presentes todas las medidas posibles para mitigar los riesgos, como realizar pruebas de detección con mayor frecuencia al personal, la población residente y las visitas.
- 5.** Impulsar una investigación independiente para saber en qué medida el acceso de las personas mayores de residencias a servicios de salud, servicios médicos generales y atención hospitalaria estaba sujeta a restricciones indebidas durante la pandemia. En particular:
 - La idoneidad del apoyo del Estado central y las CC.AA. al sector de las residencias con respecto a los problemas de bajas de personal.
 - Si se han respetado los derechos y la seguridad del personal cuidador durante la pandemia, incluyendo si se tomaron las medidas necesarias para garantizar que tuvieran acceso a EPI (cantidad y calidad), pautas y formación (para protegerse y proteger a los residentes).
 - El grado en que las CC.AA. y el Estado cumplieron con sus obligaciones de garantizar la calidad de la atención en las residencias y los derechos de las personas mayores durante la pandemia.
 - La adecuación de las medidas adoptadas por las autoridades autonómicas para cumplir con sus obligaciones legales de supervisión con respecto a las residencias durante la pandemia.
- 6.** Asegurar que las decisiones médicas se basen siempre y únicamente en evaluaciones clínicas individualizadas, de necesidad, criterios éticos y sobre la mejor evidencia científica disponible.
- 7.** Garantizar que las residencias proporcionen EPI a todo el personal, residentes y visitantes.

- 8.** Garantizar que el régimen de visitas a las residencias considere prioritario el interés superior de las personas mayores residentes en el centro, dote de los recursos humanos y materiales suficientes y asegure que las restricciones se basan en evaluaciones de riesgos individualizadas, teniendo presentes todas las medidas posibles para mitigar los riesgos, como realizar pruebas de detección con mayor frecuencia al personal, la población residente y las visitas.
- 9.** Recoger y proporcionar datos sobre las personas mayores en residencias con un análisis de género, edad y discapacidad de los mismos.
- 10.** Impulsar la tramitación de una ley a nivel estatal, con perspectiva de derechos humanos y de género, en línea con los estándares internacionales, que establezca un modelo residencial que garantice los derechos de las personas residentes en todo el Estado.
- 11.** Garantizar que la Fiscalía de Sala para la Protección de Personas con Discapacidad y Mayores ejerce su mandato, velando por el respeto máximo de los derechos humanos de las personas en residencias e impulsando, cuando corresponda, investigaciones.

METODOLOGÍA

El presente informe analiza el impacto en los derechos humanos de las políticas públicas, protocolos y decisiones tomadas a nivel central y autonómico en el contexto de la pandemia desde febrero a mayo. Amnistía Internacional realizó la investigación documental y sobre el terreno entre julio y noviembre de 2020. La investigación se ha centrado en Madrid y Cataluña al ser las dos comunidades autónomas en las que se da una combinación de factores que resulta diferencial respecto del resto: i) son dos de las comunidades autónomas con mayor incidencia de fallecimientos registrados por coronavirus o sintomatología compatible en residencias durante el pico de la pandemia, y ii) contaban con protocolos y prácticas que supusieron la exclusión de ingreso hospitalario de personas mayores de residencias.

El equipo de investigación examinó asimismo el marco legislativo y de políticas públicas en España y en las Comunidades Autónomas de Madrid y Cataluña, así como las normas del derecho internacional y las recomendaciones de mecanismos internacionales y regionales. La organización consultó datos y estudios académicos cualitativos y cuantitativos para comprender el sistema residencial, su relación con el sistema de salud y la coordinación entre ambos.

Amnistía Internacional ha entrevistado a un total de 97 actores: familiares de personas residentes (40); personal sanitario, social y técnico de residencias (15); personal sanitario incluyendo de emergencias (19), personal directivo de residencias (4) y personas expertas de organizaciones dedicadas a la promoción y defensa de los derechos de las personas mayores en España, incluyendo representantes de residencias (11). Asimismo, la organización se ha reunido con autoridades de la Comunidad Autónoma de Madrid, el director de Coordinación Sociosanitaria, la directora de Atención al Mayor y a la Dependencia, el director de la Agencia de Seguridad y Emergencias Madrid 112; y de la Generalitat, con el secretario general del Departamento d'Afers Socials, el secretario general de Salut, el secretari d'Afers Socials i Famílies y la directora General de l'Autonomia Personal i la Discapacita, así como con autoridades de la administración central del Estado, y el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. A fecha de publicación de este informe no fue posible una reunión con el Ministerio de Sanidad.

Amnistía Internacional está profundamente agradecida a familiares, personal de residencias y personal médico-sanitario que han compartido sus historias, sin las cuales este informe no hubiera sido posible. También da las gracias a las organizaciones que trabajan por los derechos de las personas mayores (Grandes Amigos, Fundación Lares, Fundación Pilares, Médicos Sin Fronteras), las organizaciones de familiares (Pladigmare, Coordinadora de Residencias 5+1), las sociedades científicas (SEGG), la patronal (CEAPS), las personas expertas del sector y los profesionales de la abogacía, que hicieron aportaciones muy valiosas.

CUADRO 1

EL MODELO RESIDENCIAL EN ESPAÑA

El modelo residencial en España se encuentra regulado principalmente por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia¹³ (Ley de dependencia). Desde hace unos años y especialmente transcurrido un tiempo desde la implementación de dicha ley, numerosos actores han puesto de manifiesto sus preocupaciones sobre los problemas estructurales del modelo residencial en España. El Defensor del Pueblo, en su último informe (referido al año 2019), mostró su preocupación por los siguientes aspectos del modelo: la dispersión normativa, los requisitos para la autorización y acreditación de los centros, la dificultad en la recopilación de datos, la insuficiencia de plazas, la necesidad de revisión al alza de los ratios de personal y de reforzar la atención sanitaria, la falta de cumplimiento de la legalidad vigente sobre ingresos involuntarios y sujeciones físicas, la necesidad de reforzar las inspecciones y la restricción de visitas a residentes.¹⁴

Como señalan organizaciones y personas expertas, en el modelo actual las residencias son hogares cuyo propósito es la convivencia y asegurar cuidados básicos, no el tratamiento de las enfermedades o la asistencia médica.¹⁵ Al propio modelo se añaden las diferencias de regulación autonómica, que contribuyen a la dificultad de supervisión y armonización del régimen residencial, así como los retos de coordinación entre servicios sociales y sanitarios a nivel inter autonómico y estatal.¹⁶ Un elemento que demuestra la heterogeneidad del sector residencial es la enorme diversidad de requisitos técnicos, humanos y arquitectónicos establecido en las normativas de las 17 Comunidades Autónomas.¹⁷ La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), junto a muchas otras organizaciones, considera que los ratios actuales de personal son insuficientes, siendo necesario incorporar ratios de presencia de distintos perfiles profesionales y redefinir las características de las habitaciones de las residencias, además de denunciar la necesidad urgente de revisar de modo global y profundo el modelo de cuidados de larga duración a las

13 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006. <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

14 “Atención a personas mayores. Centros residenciales”. Separata del Informe anual 2019. Defensor del Pueblo. Madrid, 2020. https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/05/Separata_personas_mayores_centros_residencial_es.pdf

15 Véase, por ejemplo, Médicos Sin Fronteras: “Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España” (agosto de 2020), p. 29. <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/medicossinfronteras-informe-covid19-residencias.pdf>

16 Gestión institucional y organizativa de las residencias de personas mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes. Grupo de Investigación “Políticas Sociales y Estado del Bienestar”. Instituto de Políticas y Bienes Públicos, CSIC (consultado el 6 de octubre de 2020). https://cendocps.carm.es/documentacion/2020_Gestion_institucional_residencias_COVID19.pdf

Véase el Dictamen de la Comisión para la reconstrucción social y económica. Congreso de los Diputados. Aprobado en la Sesión núm. 15 (extraordinaria) celebrada el viernes 3 de julio de 2020. Diario de Sesiones. Congreso de los Diputados, Comisiones, núm. 124, de 3 de julio de 2020. http://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf

Véanse también las Conclusiones de la Comisión. Boletín Oficial del Congreso de los Diputados, núm. 130, de 4 de agosto de 2020. http://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-130.PDF

17 Resumen “Normativa de residencias”, elaborado por la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) (revisado el 17 de junio de 2020). https://www.segg.es/media/descargas/Cuadro_resumen_SEGG_Normativa_Residencias_Rev.17junio2020.pdf

personas en situación de dependencia en España.¹⁸

Este informe no analiza el modelo residencial como tal, ni todos los posibles impactos de la COVID-19 en las residencias, para lo que sería necesario otro tipo de investigación que permitiera profundizar en diferentes aspectos, como son: cuestiones de gobernanza, rendición de cuentas, el impacto en el personal, todo ello con perspectiva de género. Las organizaciones y las personas expertas con las que se entrevistó Amnistía Internacional coinciden en que había carencias importantes en el modelo y que la pandemia COVID-19 los ha hecho más patentes.¹⁹

En cualquier caso, Amnistía Internacional recuerda que el hecho de que la mayoría de las personas mayores estén en residencias privadas o concertadas no disminuye de ninguna manera la obligación del Estado de garantizar la protección de las personas mayores de residencias contra las violaciones de sus derechos. Esto incluye el deber de proteger contra el abuso de los derechos humanos por parte de terceros, incluidas las empresas.²⁰

18 Véase: <https://www.geriatricarea.com/2020/06/11/la-segg-considera-que-los-ratios-actuales-de-personal-en-las-residencias-de-personas-mayores-son-insuficientes/>.

19 Sociedad española de Geriatria y Gerontología: “Papel de la geriatría en la coordinación con el medio residencial”, 4 de mayo de 2020. “¿Qué fue de los avances en atención integral/integrada en la persona (AICP) en residencias durante la pandemia COVID19?”, Pilar Rodríguez, 3 de septiembre de 2020.

<https://dependencia.info/noticia/3786/actualidad/que-fue-de-los-avances-en-aicp-en-residencias-durante-la-pandemia-covid19-por-pilar-rodriguez.html>

“Ante la crisis de COVID-19: Una oportunidad de un mundo mejor”, declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país, 1 de abril de 2020 (firmado por más de mil profesionales del sector). <http://www.acpgerontologia.com/Declaracioncompletacondhesiones.pdf>

20 Principios rectores sobre las empresas y los derechos humanos. Puesta en práctica del marco de las Naciones Unidas para “proteger, remediar y respetar”: “Los Estados deben proteger contra las violaciones de los derechos humanos cometidas en su territorio y/o su jurisdicción por terceros, incluidas las empresas. A tal efecto deben adoptar las medidas apropiadas para prevenir, investigar, castigar y reparar esos abusos mediante políticas adecuadas, actividades de reglamentación y sometimiento a la justicia”. Naciones Unidas, 2011.

https://www.ohchr.org/Documents/Publications/GuidingPrinciplesBusinessHR_SP.pdf

CUADRO 2

DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES

La obligación de garantizar y respetar los derechos humanos de las personas mayores está contenida en los principales instrumentos de derechos humanos ratificados por España. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos²¹ reconoce el derecho a la vida, a la no discriminación y a la vida privada y familiar, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,²² el derecho de las personas mayores a disfrutar del estándar más alto de salud. España ha ratificado la Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)²³ y la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad,²⁴ que contienen previsiones específicas para la protección de los derechos de las mujeres mayores y personas con discapacidad, respectivamente.²⁵ Además deben tenerse en cuenta los Objetivos de Desarrollo Sostenible y Agenda 2030,²⁶ los principios de la ONU en favor de las personas de edad²⁷ y la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.²⁸

- 21 Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. BOE núm. 103, de 30 de abril de 1977. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-10733>
- 22 Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. BOE núm. 103, de 30 de abril de 1977. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-10734
- 23 Instrumento de Ratificación de 16 de diciembre de 1983 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, hecha en Nueva York el 18 de diciembre de 1979. BOE núm. 69, de 21 de marzo de 1984. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-6749>
- 24 Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. BOE núm. 96, de 21 de abril de 2008. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-6963>
- 25 CEDAW. Recomendación general núm. 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos. CEDAW/C/GC/27, 16 de diciembre de 2010. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/472/56/PDF/G1047256.pdf>
- 26 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Artículos 2, 8, 25.b) y 28.b. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- 27 Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, A/RES/70/1, 21 de octubre de 2015. https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf
- 28 Adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991. Resolución 46/91. <https://undocs.org/es/A/RES/46/91>
- 28 Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002. Naciones Unidas. Nueva York, 2003. <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-sp.pdf>



España es parte del Convenio Europeo de Derechos Humanos²⁹ y la Carta Social Europea,³⁰ y se encuentra realizando los trámites para la ratificación de la Carta Social Europea revisada, que contiene protecciones adicionales a los derechos de las personas mayores.³¹ Según el Consejo de Europa, el respeto por la dignidad de las personas mayores debe garantizarse en todas las circunstancias, discapacidad, enfermedad y situaciones de enfermedad terminal incluidas, y las personas mayores deben disfrutar de sus derechos y libertades sin discriminación de ningún tipo (incluidas las cuestiones de edad), e insta a los Estados a tomar medidas efectivas para prevenir la discriminación múltiple de las personas mayores.³²

29 Instrumento de Ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, y enmendado por los Protocolos adicionales núms. 3 y 5, de 6 de mayo de 1963 y 20 de enero de 1966, respectivamente. BOE núm. 243, de 10 de octubre de 1979. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1979-24010>

30 Instrumento de Ratificación de 29 de abril de 1980, de la Carta Social Europea, hecha en Turín el 18 de octubre de 1961. BOE núm. 153, 26 de junio de 1980. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1980/BOE-A-1980-13567-consolidado.pdf>

31 “El Consejo de Ministros ha aprobado el Acuerdo por el que se dispone la remisión a las Cortes Generales de la Carta Social Europea (revisada) y se autoriza la manifestación del consentimiento de España para obligarse por dicha Carta, solicitando su tramitación por el procedimiento de urgencia”. Referencia del Consejo de Ministros de 10 de noviembre de 2020. <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/referencias/Paginas/2020/refc20201110.aspx#carta>

Artículo 23. Derecho de las personas de edad avanzada a la protección social.

32 Recomendación CM/Rec (2014) 2, adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 19 de febrero de 2014 y su nota explicativa. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805c649f (versión oficial solo disponible en inglés y francés). https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/05/cmrec_2014_2_es.pdf (versión no oficial en español).

CAPÍTULO 1.

MEDIDAS INSUFICIENTES E INADECUADAS QUE COSTARON MILES DE VIDAS EN UN COLECTIVO VULNERABLE

Durante el pico de la primera ola de la pandemia en España —es decir, desde la segunda semana de marzo hasta mediados de abril aproximadamente—, se ha hecho evidente que las medidas adoptadas por las autoridades españolas para responder a la pandemia COVID-19, en particular en Cataluña y Madrid, han sido insuficientes e inadecuadas, han vulnerado los derechos humanos y, en efecto, han costado miles de vidas. A 15 de noviembre de 2020, según el Ministerio de Sanidad, **40.769** personas han fallecido por COVID-19 en España.³³ Según los resultados de exceso de mortalidad en el periodo del 10 de marzo al 9 de mayo, el exceso de mortalidad fue de 44.592 (66,9%), y superior en mujeres (71,8%) que en hombres (67%), concentrándose el exceso en personas mayores de 74 años, 37.227 (77,9%).³⁴

Tanto en Cataluña como en Madrid (regiones objeto de esta investigación) la situación en las residencias de mayores ha sido desgarradora. En **Cataluña**, según los datos de la Generalitat, del 1 de marzo al 15 de noviembre de 2020 han fallecido 7.045 personas mayores que vivían en residencias por COVID-19 o sintomatología compatible (el 46,9% del total de fallecimientos en Cataluña por COVID-19, que es de 15.013). De dichos fallecimientos en residencias, el 69,79% eran mujeres, poniendo de manifiesto la importancia de contar con datos desagregados y realizar un análisis del impacto de género. Durante la semana del 6 al 12 de abril fallecieron 1.406 personas mayores en residencias.³⁵ Con respecto al exceso de mortalidad en el periodo del 5 de marzo al 9 de mayo en Cataluña, hubo 11.922 fallecimientos, de los cuales 10.054 fueron de mayores de 74 años (84,3%). Durante la primera fase de la pandemia, un 73% de las residencias de personas mayores en Cataluña se vieron afectadas al menos por un caso de COVID-19, y hubo un 26,4% de casos positivos entre todas las personas ingresadas en residencias de personas mayores.³⁶

Con respecto a personas que solicitaron o recibían prestaciones de dependencia (incluidas las de servicios residenciales), en el periodo entre marzo y julio de 2020 hubo **un exceso de mortalidad de 35.120 personas en el SAAD (incremento del 43,4% de la esperada)**, según la información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Por rangos de edad, el 82,5% de las personas fallecidas en exceso tenía 80 o más años (28.974 personas), y el exceso de

33 Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Secretario de Estado de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Actualización núm. 250. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) (datos consolidados a las 14:00 horas del 13 de noviembre de 2020). https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_250_COVID-19.pdf

34 Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII). Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las causas. MoMo (Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria). Situación a 4 de noviembre de 2020. No se desagrega el dato en edad, sexo o lugar de residencia. https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2020/MoMo_Situacion%20a%20a%20de%20noviembre_CNE.pdf

35 “Dades COVID”. Web de la Generalitat, que cuenta con información sobre residencias e ingresos hospitalarios (consultada el 15 de noviembre de 2020).

36 Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, Pla de contingència per a residències per a la tardor de 2020, julio de 2020, p. 6.

mortalidad en las mujeres con solicitud de dependencia durante el periodo marzo-julio de 2020 (44,1%) fue ligeramente superior al de los hombres en todos los grupos de edad (42,3%). De ellas, **hay un impacto muy elevado en la mortalidad excesiva en personas con atención en residencia, con exceso de fallecimientos de 18.911 personas** (7,59% del total de personas dependientes atendidas en residencia).³⁷

Por su parte, según los datos ofrecidos por la **Comunidad de Madrid**, desde el 8 de marzo y hasta el 1 de mayo hubo 5.828 personas fallecidas por COVID-19 o sintomatología compatible en las residencias. Eso supone un 43,46% del total de muertes hasta esa fecha en la Comunidad de Madrid (los datos no están desagregados ni por edad, género y/o discapacidad).³⁸ Con respecto al exceso de mortalidad en el periodo del 5 de marzo al 9 de mayo en la Comunidad de Madrid, hubo 14.212 fallecimientos, de los cuales 11.492 fueron de mayores de 74 años, un exceso de 217,3% (y el 80,8% de las muertes en ese periodo). Se estima que durante la primera fase de la pandemia han existido en torno a 280 centros residenciales afectados por COVID-19 en la Comunidad de Madrid.³⁹

El derecho a la vida, entre otros, de las personas mayores en residencias, uno de los colectivos más vulnerables frente a la COVID-19, ha sido vulnerado en ambas comunidades autónomas que, como se analizará más adelante, **elaboraron protocolos con pautas que en la práctica supusieron la exclusión generalizada de la asistencia sanitaria adecuada —y por tanto discriminatoria— de acceso a hospitales de personas mayores de residencias**, tanto por razón de su edad como de su lugar de residencia, y/o discapacidad física y/o cognitiva.

Según el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), la población de 80 y más años representa el 79% de toda la población que vive en residencias. Según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), *“(e)dad y dependencia están estrechamente relacionadas, ya que el volumen de personas con limitaciones de su capacidad funcional aumenta en los grupos de edad superiores, sobre todo a partir de los 80 años”*. Cuanto más alta es la edad de una persona, la probabilidad de tener dependencia de Grado III es mayor, siendo superior en mujeres. El perfil de la persona residente es el de alguien muy dependiente de más de 85 años, que padece a su ingreso más de tres enfermedades activas, consumen más de siete medicamentos diarios y el 65% tiene algún tipo de demencia. Personas expertas han explicado a Amnistía Internacional que la estancia media en una residencia es de dos años y medio.

Amnistía Internacional ha constatado cómo las medidas adoptadas por las autoridades autonómicas y centrales fueron tardías e insuficientes, y por tanto inadecuadas para proteger el derecho a la vida de este colectivo. A la luz de la información oficial disponible, desde el principio las distintas administraciones tuvieron claridad de la especial vulnerabilidad de las personas mayores en residencias. Sin embargo, no tomaron las medidas adecuadas o no las acompañaron de los recursos suficientes para protegerlas efectivamente de la pandemia.

37 MoMo en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (datos de 31 de agosto de 2020). https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf_momo_dep_20200831.pdf

38 Información sobre actuaciones en centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la crisis sanitaria por la COVID-19 (datos de 26 de junio de 2020). https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/informacion_ccrr_covid-10_230620.pdf
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/200502_cam_covid19.pdf

39 Datos proporcionados por la Agencia de Seguridad y Emergencias de la Comunidad de Madrid a Amnistía Internacional.

Es importante tener en cuenta que en España el Ministerio de Sanidad es el encargado de gestionar las alertas sanitarias de carácter supraautonómico⁴⁰ y tiene encomendada la adopción de medidas urgentes de intervención ante situaciones de necesidad y riesgo para la salud.⁴¹ Por su parte, corresponde a la Administración General del Estado, a las Comunidades Autónomas, a las ciudades de Ceuta y Melilla y a la Administración local, en el ámbito de sus competencias, la organización y gestión de la vigilancia en salud pública.⁴² Las competencias sobre sanidad están transferidas a las Comunidades Autónomas, si bien el Ministerio de Sanidad tiene competencia para sentar las bases y la coordinación general sanitaria, así como la legislación sobre productos farmacéuticos.⁴³ Asimismo, la legislación le otorga capacidad para centralizar el suministro de medicación, equipamiento y cualquier otro producto y condicionar su prescripción.⁴⁴

Pues bien, a pesar de que las autoridades sabían de la vulnerabilidad de este colectivo, no han adoptado medidas suficientes. Si bien los primeros documentos técnicos del Ministerio de Sanidad no especificaban cómo manejar la situación en las residencias ni consideraban a las personas mayores y/o con discapacidad,⁴⁵ posteriormente en sus primeras recomendaciones a residencias se establecía cómo el SARS-CoV-2 afecta de forma más grave a las personas mayores, y que las personas en residencias están en situación de vulnerabilidad por varios motivos: tener patología de base o comorbilidades;⁴⁶ edad avanzada; contacto estrecho con otras personas, cuidadores y otros convivientes, y por pasar mucho tiempo en entornos cerrados y con población igualmente vulnerable.⁴⁷ Por su parte, la OMS ya alertó a principios de marzo cómo la COVID-19 tenía efectos más agudos y la tasa de fallecimiento era desproporcionadamente alta en las personas mayores.⁴⁸ Las personas mayores y las que padecen afecciones médicas previas como hipertensión arterial, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes o cáncer son quienes tienen más probabilidades de presentar cuadros graves.⁴⁹

40 Artículo 14 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE núm. 240, de 5 de octubre de 2011. <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>

41 Artículo 65 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. «BOE» núm. 128, de 29 de mayo de 2003 <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

42 Artículo 13 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Orden SCO/564/2004, de 27 de febrero, por la que se establece el sistema de coordinación de alertas y emergencias de Sanidad y Consumo. BOE núm. 56, de 5 de marzo de 2004. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-4022-consolidado.pdf>

43 Art. 149.1.16º de la Constitución Española. BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

44 Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986. Artículo cuarto: “Cuando un medicamento, un producto sanitario o cualquier producto necesario para la protección de la salud se vea afectado por excepcionales dificultades de abastecimiento y para garantizar su mejor distribución, la Administración Sanitaria del Estado, temporalmente, podrá: a) Establecer el suministro centralizado por la Administración. b) Condicionar su prescripción a la identificación de grupos de riesgo, realización de pruebas analíticas y diagnósticas, cumplimentación de protocolos, envío a la autoridad sanitaria de información sobre el curso de los tratamientos o a otras particularidades semejantes”. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10498>

45 Documento técnico: “Manejo clínico de pacientes con enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19)”, 18 de febrero de 2020. Elaborados en conjunto con numerosas sociedades médicas sobre COVID19 para el manejo clínico de pacientes que tienen en cuenta situaciones diversas. https://www.aeped.es/sites/default/files/protocolo_de_manejo_cla-nico_covid-19.pdf.pdf

46 Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas.

47 Ministerio de Sanidad. Documento técnico: “Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para la COVID-19”: “Hasta donde conocemos, el SARS-CoV-2 afecta de forma más grave a mayores de 65 años con patología cardiovascular previa (sobre todo hipertensión e insuficiencia cardíaca) y en menor medida con patología respiratoria crónica y diabetes. La mortalidad aumenta con la edad. Los datos disponibles de un estudio realizado en China revelan que la mortalidad en la franja de edad entre 60-69 años es de 3,6%, *la mortalidad entre 70-79 años es del 8% y la mortalidad en los mayores de 80% (sic) es del 14,8%*” (versión del 5 de marzo de 2020). https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Centros_sociosanitarios.pdf

48 Informe de la Organización Mundial de la Salud: “Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation Report – 51”, 11 de marzo de 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10

49 Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). OMS (consultada el 16 de noviembre de 2020). <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

Testimonios brindados a Amnistía Internacional coinciden en que las autoridades han fallado en adoptar medidas efectivas, a pesar de las advertencias e información disponible desde la OMS y el Ministerio de Sanidad sobre el especial riesgo que enfrentaban las personas mayores: “*No nos preparamos suficientemente. Creemos que había información científica proveniente de otros países como para intuir la importancia y gravedad de la situación, entre otros, la Sociedad italiana de Geriátría y Gerontología, que recopilaba información muy valiosa en aquel momento sobre el efecto de la enfermedad en las personas más mayores o vulnerables*”, explica la vicepresidenta de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), que también afirma: “*Creemos que de haber tomado medidas más rápidamente hubieran permitido evitar la irrupción del virus en muchas residencias tan rápidamente. Tendríamos que haber podido avanzar en informar, capacitar a los equipos, de algún modo haber estado más prevenidos y preparados*”. La SEGG realizó una serie de documentos y comunicados⁵⁰ a fin de lograr acciones más coordinadas y eficaces para proteger a las personas mayores que viven en residencias: la recomendación de que se trasladara a pacientes con COVID-19 fuera de las residencias a centros de atención intermedia, que, según relataba la vicepresidenta, fue considerada tan solo en algún territorio.

La presidenta de la CEAPS reconoce que “*no estábamos preparados, ni administraciones, ni centros, para una pandemia de estas dimensiones*”.⁵¹ Un doctor de atención primaria de Madrid explicó que “*se les ha abandonado*”. “*No le dieron una posibilidad*”, contaba Pilar Gómez-Quintero, hija de un residente fallecido en una residencia privada de Cataluña.

50 Disponibles en <https://www.segg.es/actualidad-segg/covid-19>: una propuesta de colaboración de servicios de geriatría hospitalarios-hospitales de media estancia-residencias de mayores y centros sociosanitarios (18 de marzo); un plan urgente de actuación en todas las residencias de personas mayores y centros sociosanitarios aislando fuera de éstos a las personas con sintomatología compatible con la COVID, #AislarYaFueraDeResidencias (18 de marzo); carta al Ministerio de Sanidad para que estos centros fueran prioritarios a la hora de entregar material de protección y realizar detección precoz entre trabajadores y residentes así como designar centros de referencia para el tratamiento de COVID fuera de los centros residenciales, #AislarYaFueraDeResidencias (23 de marzo); declaración para solicitar acciones urgentes de protección (24 de marzo); se solicitó permitir la salida del domicilio de las personas mayores con demencia para minimizar daños y deterioro (1 de abril), etc.

51 Informe analítico de gestión en centros residenciales en España durante COVID-19 (Versión 1). Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública, 5 de junio de 2020. <https://ceaps.org/wp-content/uploads/2020/06/INFORME-ANALITICO-GESTIO%CC%81TICO-GESTIO%CC%81N-COVID-V1.pdf>

En opinión de Amnistía Internacional, la situación de desamparo que pasaron las personas mayores no puede analizarse separadamente de otro tema de máxima preocupación para la organización: el impacto de las medidas de austeridad y el consecuente debilitamiento del sistema sanitario público en España. La infrafinanciación de la sanidad ha pasado factura. La década de los recortes sanitarios y sociales ha provocado un deterioro en el acceso, la asequibilidad y la calidad de la atención sanitaria en España. Y es que mientras que el Producto Interior Bruto (PIB) ha crecido un 8,6% de 2009 a 2018, el gasto sanitario en sanidad se ha reducido en un 11,21 % respecto a 2009. Por su parte, la inversión en atención primaria ha disminuido un 13,10%.⁵² Este proceso de debilitación del sistema sanitario explica en gran medida por qué se ha llegado a esta situación de no derivación hospitalaria de personas mayores en las semanas críticas de la pandemia, con un contexto de mucha presión al sistema sanitario.

El Estado está obligado a proteger el derecho humano a la vida, que se encuentra recogido en múltiples estándares internacionales. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) establece: *“El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”*.⁵³ Según el Comité de Derechos Humanos, las personas con discapacidad (siendo la demencia, según la OMS, una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero⁵⁴) tienen derecho a medidas especiales de protección para asegurar su disfrute efectivo del derecho a la vida en pie de igualdad, y esas medidas de protección deben incluir la realización de los ajustes razonables necesarios para garantizar el derecho a la vida, como el acceso de las personas con discapacidad a instalaciones y servicios esenciales, y si hay privación del derecho a la vida, debe realizarse una investigación independiente, imparcial, pronta, exhaustiva, eficaz, fiable y transparente.⁵⁵ La relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU, en su comunicado del 17 de marzo, manifestó que la situación de las personas con discapacidad que están en instituciones es particularmente grave, por el riesgo de contagio y la ausencia de supervisión externa.⁵⁶

52 Para más información sobre el impacto de las medidas de austeridad en el derecho a la salud, véase Amnistía Internacional: “La década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2009 al 2018”, julio de 2020. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/reportajes/decada-perdida-sanidad/>

53 Artículo 6, párr. 1 del PIDCP.

54 Véase OMS: “Demencia: datos y cifras”, disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.

55 Comité de Derechos Humanos. Observación general núm. 36. Artículo 6: Derecho a la vida, 3 de septiembre de 2019. CCPR/C/GC/36, párrs. 24 y 28. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPRiCAqhKb7yhsrcdBOH1i5979OVGGB%2bWPAXhNI9e0rX3cJImWwe%2fGBLmVgb8AE9NGVfbGSQPyBfkR3vrb2%2fmNV25aQDDGsC5DLSUgSoa3iDoD9gUZhFUpbz5q>

Sobre el ajuste razonable, véase la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Artículo 2: “Por ‘ajustes razonables’ se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”.

56 “COVID-19: ¿Quién protege a las personas con discapacidad?”, alerta experta de la ONU, 17 de marzo de 2020. <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25725&LangID=S>

CUADRO 3

LA FALTA DE TRANSPARENCIA Y DATOS OFICIALES SOBRE FALLECIMIENTOS EN RESIDENCIAS

A 18 de noviembre de 2020, no hay datos consolidados sobre el número de personas fallecidas en residencias por COVID-19 o sintomatología compatible en las Comunidades Autónomas, desde el 14 de marzo⁵⁷ (o con anterioridad) hasta el 18 de noviembre. Los datos oficiales disponibles son de distintas fuentes y utilizan diferentes criterios y metodologías. En un reciente informe, Médicos Sin Fronteras apuntaba cómo, dependiendo de las fuentes (Gobierno central o CC.AA.), el dato de personas fallecidas en residencias oscila entre 19.645 personas (que se deducen de los datos aportados por las CC.AA.), y entre 27.359 y **32.843** (de un informe del Ministerio de Sanidad que no ha sido publicado⁵⁸) que habían informado en diferentes ocasiones el Ministerio de Sanidad, las propias comunidades y otras publicaciones.⁵⁹ El 29 de marzo, el Ministerio de Sanidad dictó una orden por la que se obligaba a las Comunidades Autónomas a remitir información sobre diversos aspectos de la situación en las residencias, entre otros los fallecimientos por COVID-19 o sintomatología compatible.⁶⁰ El Ministerio de Sanidad no ha publicado los datos definitivos consolidados desde que comenzó la pandemia hasta ahora, si bien los medios de comunicación han informado de la existencia de dichos datos.⁶¹

La información disponible proviene de los medios de comunicación y de los gobiernos autonómicos, pero los datos no son completamente comparables.⁶²

Además, al no haberse extendido los test de coronavirus en las residencias, muchas personas fallecidas en estas no se contabilizaron en el cómputo oficial, como apunta el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).⁶³ Según este centro de investigación, tampoco existe una estadística fiable sobre la población en residencias de mayores.⁶⁴ Ni datos desagregados por edad, sexo-género y tipo de discapacidad, que permitan analizar adecuadamente el impacto de la pandemia en las personas residentes. Para estudiar lo ocurrido y elaborar políticas públicas basadas en evidencia, sería necesario contar con datos de la población en residencias, por edad, etnia,

- 57 Fecha de la declaración del estado de alarma en España. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. BOE núm. 67, de 14 de marzo de 2020. Según la disposición final tercera, la entrada en vigor se produjo en el momento de su publicación en el BOE. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463/con>
- 58 Asociación Estatal de Gerentes y Directores de Servicios sociales. El Ministerio de Sanidad reconoce que la calidad de los datos de muertes en residencias no permite su difusión, 7 de julio de 2020. https://d3cra5ec8gdi8w.cloudfront.net/uploads/documentos/2020/07/07/_nprensaresiddepend2020_5504c532.pdf
- 59 Médicos Sin Fronteras: “Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España”, agosto de 2020 (datos hasta el 22 de julio de 2020), p. 25. <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/medicossinfronteras-informe-covid19-residencias.pdf>
- 60 Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/03/23/snd275>
- 61 Noticia publicada en la web de TVE, el 7 de julio de 2020: <https://www.rtve.es/noticias/20200707/sanidad-estima-27359-fallecimientos-residencias-durante-epidemia-mas-dos-tercios-coronavirus/2026023.shtml> <https://elpais.com/sociedad/2020-07-07/el-gobierno-cifra-en-27359-el-numero-de-fallecidos-en-residencias-aunque-no-lo-hace-publico-porque-cuestiona-los-datos-de-las-comunidades.html>

sexo, discapacidad, afecciones médicas previas, comorbilidades, situación de dependencia y ayudas (de la Ley de dependencia y pensiones contributivas, no contributivas y otras). Todo ello, en comparación con la población total y las personas mayores que viven en sus casas (con y sin asistencia domiciliaria). El Ministerio de Ciencia e Innovación en su informe hace una propuesta de indicadores a tener en cuenta.⁶⁵

La experta independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad de la ONU, en sus informes sobre el impacto de la COVID-19⁶⁶ y sobre la falta de datos ha señalado la “grave laguna en los datos disponibles para captar las realidades vividas por las personas de edad, especialmente en cuanto al disfrute de los derechos humanos”, siendo “una señal alarmante de exclusión y hace prácticamente imposible una adopción de políticas y medidas normativas que sea provechosa”.⁶⁷

-
- 62 “Si bien la información ofrecida por los gobiernos regionales se ha ido aclarando progresivamente, los datos aún no son completamente comparables: algunas regiones diferencian entre las muertes de personas a las que se les ha diagnosticado COVID-19 y las muertes de las que presentan síntomas de la enfermedad pero que no han sido diagnosticadas, mientras que otras regiones no hacen esa distinción. En el último caso, no hay forma de saber si los datos de una región se refieren solo a casos confirmados o si también se incluyen los casos no confirmados. Además, algunas regiones, aunque no todas, han incluido en sus datos las defunciones en residencias de adultos con discapacidad o enfermedad mental. Teniendo en cuenta estas limitaciones y utilizando los últimos datos proporcionados por las Comunidades Autónomas, el total de defunciones atribuidas a la COVID-19 el 7 de octubre se estima en 20,649”, en: Adelina Comas-Herrera, Joseba Zalakaín, Elizabeth Lemmon, David Henderson, Charles Litwin, Amy T. Hsu, Andrea E. Schmidt, Greg Arlingand y Jose-Luis Fernández, *Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence*. International Long term care policy network (última actualización el 14 de octubre de 2020). <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/10/Mortality-associated-with-COVID-among-people-living-in-care-homes-14-October-2020-4.pdf>.
- 63 Antonio Abellán García, Pilar Aceituno Nieto, Isabel Fernández Morales y Diego Ramiro Fariñas: “Una estimación de la población que vive en residencias de mayores”. Envejecimiento en Red. Departamento de Población, CSIC. Rogelio Pujol Rodríguez, Instituto Nacional de Estadística, 24 de abril 2020. <http://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/>
- 64 En 2019, su estimación indica que viven por término medio en residencias de mayores 322.180 personas de 65 y más años. Las plazas de residencias son 372.985, según su base de datos y el nivel de ocupación medio lo establecen en el 86%. La población de 80 y más años supone el 79% de toda la población que vive en residencias. Antonio Abellán García, Pilar Aceituno Nieto, Isabel Fernández Morales y Diego Ramiro Fariñas: “Una estimación de la población que vive en residencias de mayores”. Envejecimiento en Red. Departamento de Población, CSIC. Rogelio Pujol Rodríguez, Instituto Nacional de Estadística, 24 de abril de 2020. <http://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/>
- 65 Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias, p. 10. https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Informe_residencias_GDT_MinisterioCyl.pdf
- 66 Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad: “Impacto de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad”. A/75/205, 21 de julio de 2020. <https://undocs.org/es/A/75/205>
- 67 Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos para las personas de edad: “Los derechos humanos de las personas de edad: la falta de datos”. A/HRC/45/14, 9 de julio de 2020, párrs. 79 y 80. <https://undocs.org/es/A/HRC/45/14>

CUADRO 4

COMPETENCIAS SOBRE RESIDENCIAS (ANTES Y DURANTE EL ESTADO DE ALARMA)

Los servicios residenciales a personas mayores son parte de la estructura de “servicios sociales”, con competencias autonómicas.⁶⁸ El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de la Ley de dependencia⁶⁹ prevé que la Administración General del Estado garantice unas prestaciones mínimas, y acuerde con las Comunidades Autónomas la coordinación del sistema, siendo las CC.AA. las encargadas de su implementación. Tanto la Comunidad de Madrid como Cataluña tienen sendas leyes de servicios sociales donde se regulan los servicios residenciales para mayores⁷⁰ públicos, concertados y de gestión privada.⁷¹ La competencia en servicios sociales está a cargo de las respectivas Consejerías-Departament.

A nivel estatal, antes del estado de alarma, el Ministerio de Sanidad emitió las recomendaciones específicas para residencias de mayores el 5 de marzo de 2020.⁷² **Durante el estado de alarma** decretado el día 14 de marzo⁷³ y prorrogado hasta el 21 de junio, la proliferación de normativa central y autonómica ha sido muy alta. El Ministerio de Sanidad dictó varias órdenes relativas a la dotación de recursos, inspección y gestión sanitaria de las residencias.⁷⁴

- 68 Art. 166 de la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-13087>
Art. 26 de la Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1983-6317>
- 69 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Véanse arts. 7, 9, 10 y 11. <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- 70 Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Cataluña.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-19189-consolidado.pdf>
Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-13185-consolidado.pdf>
- 71 Arts. 55 a 61 de la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, y arts. 68 a 78 de la Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Cataluña.
- 72 Ministerio de Sanidad. Documento técnico. Recomendaciones a residencias de mayores, 5 de marzo de 2020.
- 73 Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. Artículo 6. Gestión ordinaria de los servicios: “Cada Administración conservará las competencias que le otorga la legislación vigente en la gestión ordinaria de sus servicios para adoptar las medidas que estime necesarias en el marco de las órdenes directas de la autoridad competente a los efectos del estado de alarma y sin perjuicio de lo establecido en los artículos 4 y 5”.
- 74 Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros sociosanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, que establece medidas para personal sanitario y no sanitario que preste sus servicios en las residencias de mayores y dispone medidas sobre ubicación y aislamiento de pacientes con COVID-19.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3951>;
Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 (intervención; inspecciones sanitarias).
<https://www.boe.es/eli/es/o/2020/03/23/snd275>
Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos en el ámbito de los servicios sociales ante la situación de crisis ocasionada por la COVID-19 (medidas de recursos humanos para la garantía del correcto funcionamiento del sistema de servicios sociales durante la crisis sanitaria).
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-4156>



Esta capacidad para dictar directrices sanitarias en residencias por parte del Gobierno central se ampara en Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, así como en el Decreto de estado de alarma (artículos 3 y 4.2).⁷⁵ La primera orden sobre residencias es del 19 de marzo, que establecía medidas para el personal sanitario y no sanitario así como directrices sobre la ubicación y el aislamiento de pacientes con COVID-19 (sectorización).⁷⁶

Según los medios de comunicación, también se produjo una instrucción por parte del Ministerio de Sanidad por la cual delegaba en el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030⁷⁷ la gestión de los asuntos sociales durante el estado de alarma. Otros organismos implicados en asuntos sociales, dependencia y sanidad a nivel estatal, con un papel antes y durante el estado de alarma, son: el Consejo Estatal de Personas Mayores (Ministerio Sanidad), el Consejo Territorial Asuntos Sociales y Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.⁷⁸

A nivel autonómico, antes del estado de alarma, las CC.AA. dictaron disposiciones en el ámbito de sus competencias. En concreto, la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid emitió normas que se referían a la gestión de la pandemia en los servicios sociales de atención a mayores con medidas sobre restricciones a visitas en las residencias.⁷⁹ **Durante el estado de alarma**, las respectivas CC.AA. que continuaban manteniendo sus competencias dictaron normas a través de las Consejerías de Servicios Sociales y Sanidad, a veces de forma individual y otras con carácter conjunto. Es el caso de la Comunidad de Madrid⁸⁰ y la Generalitat.⁸¹ También se dictaron protocolos sobre la atención a pacientes y criterios de derivación. En la Comunidad de **Madrid** hubo una expansión de atribuciones para la toma de decisiones sanitarias, por lo que se han tomado decisiones conjuntas con las Consejerías de Sanidad.⁸² También se produjo la activación

Orden SND/322/2020, de 3 de abril, que modifica la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, y la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, y establece nuevas medidas para atender necesidades urgentes de carácter social o sanitario en el ámbito de la situación de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-4300

- 75 Pendiente una reunión con el Ministerio de Sanidad: Comité de Situación y Estrategia de Seguridad nacional-emergencias.
- 76 Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros sociosanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19
- 77 19 de marzo, pendiente una reunión con el Ministerio de Sanidad.
- 78 El Consejo Interterritorial de Salud (Ministerio de Sanidad y CC.AA.) acordó un conjunto de medidas para la protección de poblaciones específicas para todo el territorio.
- 79 Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Medidas de precaución relacionadas con el brote causado por el nuevo coronavirus COVID-19 en residencias de mayores de la Comunidad de Madrid, 8 de marzo de 2020. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/instrucciones_residencias.pdf
- 80 Orden 1/2020, de 27 de marzo, conjunta de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, por la que se dictan instrucciones para la aplicación de la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros sociosanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. BOCM núm. 76, de 28 de marzo de 2020.
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/orden_1-2020_conjunta_sanidad_y_psf.pdf
- 81 Resolución SLT/789/2020, de 27 de marzo, de adopción de medidas excepcionales de ordenación e intervención sanitaria en las residencias sociales de Cataluña para la prevención y el control de la infección por el SARS-CoV-2.
https://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=871713&language=ca_ES
- 82 Orden 1/2020, de 27 de marzo, conjunta de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, por la que se dictan instrucciones para la aplicación de la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros sociosanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. BOCM núm. 76, de 28 de marzo de 2020.

del PLATERCAM⁸³ y de un “Plan de Choque” bajo el mando único de la Consejería de Sanidad, pero Amnistía Internacional no ha podido comprobar dicha información.⁸⁴ En **Cataluña** hubo una adscripción de la gestión de las residencias por parte del Departament de Salut el 10 abril⁸⁵ y se activó el PROCICAT.⁸⁶ Según la ley de dependencia, las Entidades locales también participan en la gestión de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia, de acuerdo con la normativa de sus respectivas Comunidades Autónomas y dentro de las competencias que la legislación vigente les atribuye.⁸⁷

Por último, ante la gran cantidad de organismos cuyas competencias son relevantes para la atención social, sanitaria y los derechos de las personas mayores, no hubo un mecanismo de coordinación o supervisión de las medidas relativas a residencias tomadas antes y durante el estado de alarma, teniendo en cuenta la cantidad de actores implicados. La falta de coordinación ha sido uno de los retos.⁸⁸ El 25 de junio, en el marco del SAAD, se creó el Grupo de Trabajo “Residencias y COVID-19” para coordinar propuestas que mejoren la capacidad de respuesta de los centros sociales residenciales ante un posible rebrote de la epidemia.⁸⁹

-
- 83 Plan Territorial de Protección Civil de la Comunidad de Madrid (PLATERCAM). Acuerdo de 30 de abril de 2019, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Plan Territorial de Protección Civil de la Comunidad de Madrid. BOCM núm. 113, de 14 de mayo de 2019. Art 1.1. Objeto, entre otros: “Coordinar todos los servicios, medios y recursos existentes en la Comunidad de Madrid incluyendo los de las entidades públicas y privadas, y los procedentes de otras Administraciones Públicas según la asignación previa que estas efectúen en función de sus disponibilidades y de las necesidades del Plan Territorial”. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/platercam_bocm140519.pdf
- 84 Véase: <https://www.comunidad.madrid/noticias/2020/03/26/diaz-ayuso-activa-plan-choque-residencias-mayores-sanidad-mando-unico>.
- 85 Decreto Ley 12/2020, de 10 de abril, por el que se adoptan medidas presupuestarias, en relación con el sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña, en el ámbito tributario y en la estructura de la Administración de la Generalidad, para paliar los efectos de la pandemia generada por la COVID-19: “Artículo 5. Para hacer frente a la situación generada por la pandemia de la COVID-19 en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial, la Dirección General de la Autonomía Personal y la Discapacidad, hasta ahora adscrita al Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias, mediante la Secretaría de Asuntos Sociales y Familias, pasa a adscribirse al Departamento de Salud, bajo la dirección del consejero o consejera. Esta Dirección General adscrita al Departamento de Salud y hasta que no se aprueben los correspondientes decretos de reestructuración de los departamentos de Salud y de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias, mantiene las funciones y la estructura que le atribuyen el artículo 19 del Decreto 234 / 2019, de 12 de noviembre, de reestructuración del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias, en relación con el Decreto 289/2016, de 30 de agosto, de reestructuración del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias”. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 8109, 11 de abril de 2020. <https://www.boe.es/boe/dias/2020/06/04/pdfs/BOE-A-2020-5649.pdf>
- 86 Pla Territorial de Protecció Civil de Catalunya. Decret 161/1995, de 16 de maig, pel qual s'aprova el Pla de protecció civil de Catalunya (PROCICAT). Pla d'actuació del PROCICAT per emergències associades a malalties transmissibles emergents amb potencial alt risc. Aprovació: ACORD GOV/30/2010, de 26 de febrer. Informe favorable de la revisió: CPCC 28-02-2020. Aprovació de la revisió: ACORD GOV/40/2020, de 3 de març. <http://ierd.es/wp-content/uploads/2014/06/PTE-Catalunya.pdf>
- 87 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Artículo 12.
- 88 Gestión institucional y organizativa de las residencias de personas mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes. Grupo de Investigación “Políticas Sociales y Estado del Bienestar”. Instituto de Políticas y Bienes Públicos. CSIC, 6 de octubre de 2020: “La (des)coordinación intersectorial en muchos lugares del territorio nacional ha demostrado ser una de las claves explicativas de la magnitud alcanzada por esta crisis, tanto en el ámbito político-administrativo (Ministerios y Consejerías), como en el organizativo (residencias y centros sanitarios)”, p. 12. Dictamen de la Comisión para la reconstrucción social y económica. Congreso de los Diputados. Aprobado en la Sesión núm. 15 (extraordinaria), celebrada el viernes 3 de julio de 2020. Diario de Sesiones. Congreso de los Diputados, Comisiones, núm. 124, de 03/07/2020. http://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/DS/CO/DS/CD-14-CO-124.PDF
- 89 Marco común para la aplicación del “Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19” en el ámbito de los centros sociales residenciales, 5 de agosto de 2020. https://www.mscbs.gob.es/ssi/imsero/docs/Plan_de_respuesta_temprana_en_un_escenario_de_control_de_la_pandemia_por_COVID-19.pdf

CAPÍTULO 2.

CÓMO SE EXTENDIÓ LA COVID-19 EN LAS RESIDENCIAS: FALTA DE PROTECCIÓN Y TEST PARA EL PERSONAL DE RESIDENCIAS Y RESIDENTES, Y DIRECTRICES CONTRAPRODUCENTES

La velocidad con la que se extendió la COVID-19 dentro de las residencias, combinado con la falta de medidas adecuadas adoptadas por las autoridades, explican en gran parte el alarmante número de muertes en residencias, tanto en Madrid como en Cataluña, detallado en el capítulo anterior. ¿Qué ha sucedido, entonces, en las residencias?

Amnistía Internacional ha constatado que durante el pico de la pandemia el personal de las residencias no contó con la protección adecuada ni acceso oportuno a los test, lo que produjo contagios y dificultades para poder implementar las directrices que se recibían de las diferentes instituciones (cuando estas eran adecuadas), colocándolas en una situación de vulnerabilidad. El personal de asistencia en residencias constituye un sector laboral altamente feminizado. Según datos del último trimestre de 2019 del Instituto Nacional de Estadística, trabajaban 334.300 personas, de las cuales 280.400 son mujeres, el 84% del personal contratado.⁹⁰ Según el Observatorio de Ocupaciones, la de auxiliar de enfermería es una de las actividades con mayor número de mujeres y con mayor tasa de contratos temporales.⁹¹ El sindicato SAE viene reclamando mejores condiciones laborales para este colectivo. A diferencia de la situación de la asistencia sanitaria, donde se ha recogido el número de personal del servicio sanitario afectado por la enfermedad, no existe una recogida de datos equivalente para la información del personal de los servicios sociales, o al menos no hay una recogida sistemática de datos. Como resultado, no se puede estimar el impacto de la COVID-19 en el personal que trabaja en servicios de atención a largo plazo.⁹²

El virus se esparció con mucha rapidez en las residencias puesto que el personal cuidador estuvo en continuo contacto con las personas residentes y no contaban con protección. Esa falta de protección también supuso un gran número de bajas de personal, lo que ha tenido un impacto en el cuidado de las personas mayores en residencias y en la gestión de la atención sanitaria (ver Capítulo 3). En las residencias de Madrid y Cataluña, Amnistía Internacional pudo documentar y recoger numerosos testimonios que dan cuenta de la falta de recursos humanos y materiales, y medidas de preparación, lo que tuvo como consecuencia el contagio de residentes y personal.

90 Fuente: Instituto Nacional de Estadística. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4128#!tabs-tabla>

91 Servicio Público de Empleo Estatal. Informe del Mercado de Trabajo de las Mujeres. Observatorio de las Ocupaciones. Datos de 2019 y 2020. <https://www.sepe.es/HomeSepe/que-es-el-sepe/comunicacion-institucional/publicaciones/publicaciones-oficiales/listado-pub-mercado-trabajo/informe-mercadotrabajo-estatal-mujeres>

Hubo 221.240 contratos a auxiliares de enfermería, con una tasa de estabilidad del 4%. Tabla 29. Ocupaciones de mayor contratación femenina por tramos de edad. Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas.

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-13533

92 "International Long Term Care Policy Network. The impact of COVID-19 on users of Long-Term Care services in Spain". Joseba Zalakaín y Vanessa Davey (gracias a Aida Suárez-González por su participación en el apartado de la demencia) (última consulta el 28 de mayo de 2020), p. 2
<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/10/LTCCovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>

SIN EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI)

Amnistía Internacional ha podido constatar cómo en momentos críticos el personal no fue dotado de equipos adecuados ni formación sobre los mismos para realizar su trabajo, vulnerándose su derecho a la salud en el trabajo y la protección de la salud de las personas residentes.

Durante todo marzo, la falta de medios adecuados y suficientes fue prácticamente absoluta en la mayoría de las residencias en Madrid y Cataluña: sencillamente no había Equipos de Protección Individual (EPI) para residentes y personal.⁹³ Esta carencia no fue exclusiva de las residencias, sino que las dificultades para conseguir los EPI⁹⁴ se extendió al sector sanitario en general durante la pandemia, lo cual ha sido documentado y denunciado por Amnistía Internacional.⁹⁵ El Tribunal Supremo también ha reconocido esta circunstancia en una reciente sentencia y, en particular, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid estimó la denuncia interpuesta por un trabajador, afirmando que la falta de equipo de protección lesionó la integridad física y moral del trabajador y constituyó un trato degradante.⁹⁶

La falta de EPI en residencias ha puesto en riesgo la salud y la vida tanto del personal como de las personas residentes, y fue una de las causas principales que contribuyó a que se esparciera la COVID-19 y el contagio del personal.

El Ministerio de Sanidad, el 18 de febrero estableció el EPI mínimo recomendado: bata resistente a líquidos, mascarilla FFP2, guantes y protección ocular antisalpicaduras (para atención sin procedimientos que generen aerosoles),⁹⁷ y en sus recomendaciones a residencias indica que deben utilizarse los EPI (y que en cada habitación debe haber una papelera para desechar el correspondiente EPI).⁹⁸ El 18 de marzo, ante la escasez de EPI, el ministerio emitió el documento para “usarse cuando los equipos de protección individual son tan limitados que ya no es posible aplicar de forma rutinaria las recomendaciones existentes”, donde priorizaba el uso obligatorio de mascarillas quirúrgicas (cercanía de menos de un metro

93 Amnistía Internacional: “España: Es urgente proteger a todo el personal sanitario para hacer frente a la pandemia del coronavirus”, 20 de marzo de 2020. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/arnistia-internacional-pide-la-urgente-proteccion-de-todo-el-personal-sanitario-para-hacer-frente-a/>

“España: La desescalada no debe dejar al personal sanitario desamparado en el país con mayor número de contagios en el sector”, 5 de mayo de 2020.

<https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/espana-la-desescalada-no-debe-dejar-al-personal-sanitario-desamparado-en-el-pais-con-mayor-numero-de/>

94 “Cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo”. véase: <https://www.insst.es/epi>.

Véase también el Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual. BOE núm. 140, de 12 de junio de 1997. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1997-12735>

Reglamento (UE) 2016/425 sobre los requisitos que deben cumplir los EPI, desde su diseño y fabricación hasta su comercialización. <https://www.boe.es/doue/2016/081/L00051-00098.pdf>

95 Amnistía Internacional constató la falta de materiales de protección necesarios y adecuados para que todo el personal sanitario pudiera trabajar sin exponerse al riesgo del contagio. La organización lanzó una campaña, el 27 de marzo, para exigir a las autoridades que garantizaran esta protección. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/espana-amnistia-internacional-lanza-una-campana-para-exigir-que-se-proteja-al-personal-sanitario/>

96 Véase el fallo de la sentencia del Tribunal Supremo 1271/2020, de 8 de octubre de 2020.

<http://www.poderjudicial.es/search/AN/openDocument/dc963ce6a4139109/20201009>

Sentencia Sección Quinta de la Sala de lo Social TSJM, de 16 de junio de 2020. ROJ: STSJ M 7217/2020. FD 2º, pp. 12 y 13. <http://www.poderjudicial.es/search/AN/openDocument/b801bf2882ad099f/20200826>

97 Documento técnico: “Manejo clínico de pacientes con enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19)”, 18 de febrero de 2020. https://www.aeped.es/sites/default/files/protocolo_de_manejo_cla-nico_covid-19.pdf

98 Ministerio de Sanidad. Documento técnico: “Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para la COVID-19 (versión de 5 de marzo de 2020)”. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Centros_sociosanitarios.pdf

con otra persona que la use) y de mascarilla FFP2 (si la otra persona no lleva mascarilla).⁹⁹ Ese mismo día, organizaciones del sector de la dependencia, junto con los sindicatos mayoritarios, enviaron al Gobierno una carta abierta donde ya pedían urgentemente los EPI y anunciaban el potencial colapso del sistema.¹⁰⁰ Normalmente son las residencias las responsables de conseguir sus propios EPI pero en la situación de pandemia necesitaban del apoyo del Estado para obtenerlos ya que este centralizó el abastecimiento de material.¹⁰¹

Según múltiples testimonios de personal de residencias (incluido de dirección) y familiares, las personas trabajadoras no contaron con los EPI durante el pico de la pandemia. Al principio de la pandemia y ya iniciado el estado de alarma, en España no había suficiente abastecimiento de mascarillas.¹⁰² El Ministerio de Sanidad informaba a 22 de marzo que *“desde el 10 de marzo se han distribuido más de 4 millones de mascarillas a pacientes y profesionales sanitarios”*.¹⁰³ El 27 de marzo, Amnistía Internacional mostró su preocupación por que a dos semanas desde el estado de alarma no había cantidad suficiente de materiales de protección necesarios y adecuados para que todo el personal sanitario pudiera trabajar sin exponerse al riesgo de contagio. Los guantes, las mascarillas y las batas, así como otros elementos de protección, no llegaban a los centros sanitarios.¹⁰⁴ Tanto en Madrid como en Cataluña, Amnistía Internacional ha constatado cómo la dirección de diversos centros residenciales postergó el uso de las mascarillas hasta finales de marzo y la disponibilidad seguía siendo muy escasa.

Según ha relatado numeroso personal de estos centros, no se les avisó de la situación y de las precauciones necesarias, y durante las primeras semanas de marzo recibieron indicaciones explícitas de no utilizar mascarillas para no generar alarmismo entre las personas residentes.

Diana, TCAE de una residencia pública de Madrid, cuando comenzó la pandemia a mediados de marzo, cuenta que *“ya que no nos daban EPI, optamos por hacernos los EPI de la fortuna o de la gloria, batas con bolsas de basura, calzas, gorros de plástico, no hemos tenido ningún tipo de protección”*.

Según relata Mónica, auxiliar en una residencia pública de Madrid, *“pedíamos mascarillas, pero nos decían que asustaban a los abuelos”*. La recepcionista de una residencia pública de gestión indirecta de Madrid, Flor, cuenta que el director llegó a decirle a una auxiliar que llevar mascarilla *“era de payasa”* y cómo *“el médico de la residencia explicaba que no eran necesarias porque iban a asustar a los abuelos”*.

Silvia, TCAE de una residencia pública de Madrid, relató a Amnistía Internacional: *“Estuvimos trabajando sin mascarilla, esparcimos el virus”*. Elvira y Nandi, ambas auxiliares de enfermería de una residencia pública de la misma comunidad autónoma, relataron cómo desde la Dirección se les advirtió de no usar mascarillas, para no *“asustar a las personas residentes”*. También cuentan cómo el personal utilizó trajes hechos con bolsas de basura, etc., y pasado un tiempo

99 Ministerio de Sanidad: “Medidas Excepcionales ante la posible escasez de EPI: estrategias alternativas en situación de crisis”, 18 de marzo. https://www.sesst.org/wp-content/uploads/2020/03/alternativas_escasez_epi.pdf

100 “Los agentes sociales de Atención a la Dependencia reclaman urgentemente el suministro de equipos o el colapso del sistema se producirá en esta semana”, 18 de marzo de 2020. <https://emera-group.es/wp-content/uploads/2020/03/Nota-de-prensa-Agentes-Sociales-Dependencia.pdf>

101 Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986. Artículo cuarto.

102 Véase: <https://www.elmundo.es/espana/2020/03/20/5e73e8fdddf617e8b4613.html>.

103 “El Ministerio de Sanidad ha repartido este fin de semana 1.602.800 mascarillas entre las Comunidades Autónomas”. Nota de prensa, 22 de marzo de 2020. <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4823>

104 Véase: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/espana-amnistia-internacional-lanza-una-campana-para-exigir-que-se-proteja-al-personal-sanitario/>.

recibieron donaciones de ONG de termómetros y batas, por lo que están muy agradecidas. Desde mediados de marzo, de acuerdo con las cartas informativas dirigidas a familiares a las que la organización tuvo acceso, la Dirección de una residencia privada de Madrid contactó con las autoridades para solicitar material, equipos de protección y personal médico sanitario de apoyo con poco éxito.

Según Natalia, personal auxiliar de una residencia pública de gestión privada de Cataluña, les dieron mascarillas “*de papel de fumar, a la mínima que se mojabán se rompían*”. Una vez que llegaron los EPI, debían reutilizarlos varios días; “*los rociábamos con lejía*”, y afirmó no haber recibido formación sobre cómo utilizar los EPI.

Al momento de redactarse este informe, y de acuerdo con la información proporcionada por las autoridades, no parece haber problemas de disponibilidad de material de protección en los centros residenciales de personas mayores en las Comunidades Autónomas de Madrid y de Cataluña.

En Madrid, el consejero informó el pasado 12 de noviembre, ante el pleno de la Asamblea de Madrid, que las residencias contaban con provisión suficiente de equipos de protección individual destinados a personal de atención directa y a usuarios de los 475 centros residenciales de la Comunidad de Madrid. En concreto, señaló que contaban con “*30 días de stockage*” para cualquier situación.¹⁰⁵ A finales de junio, el consejero de Sanidad ya había informado del establecimiento de un circuito de distribución de material de protección a las residencias y centros de discapacidad que había permitido repartir “*más de 12 millones de unidades de materiales de protección*”.¹⁰⁶

En Cataluña, desde las Consejerías de Salud y Asuntos Sociales se informó a Amnistía Internacional de que actualmente las residencias deben tener un plan de suministro y almacenaje de material de protección que pueda dar cobertura para un mínimo de cuatro semanas. Informaron asimismo a la organización de que si bien la responsabilidad es de las entidades proveedoras, el Departamento de Asuntos Sociales continúa suministrando equipos de protección a residencias.

NO HABÍA TEST DISPONIBLES

Además de carecer de los EPI, tampoco había disponibles test de COVID-19 (PCR), por lo que no hubo un control adecuado de los contagios dentro de las residencias tanto del personal como de las personas residentes.

La falta de test para residentes y personal, unido a la falta de EPI, derivó en que el propio personal no pudiera protegerse ni proteger a las personas residentes y se convirtiera en foco de contagio. El director de Coordinación Sociosanitaria de la Comunidad de Madrid manifestó a Amnistía Internacional cómo el “*mayor vector de contagio fue el personal*”. Silvia, trabajadora de la residencia pública de Madrid, que tuvo que darse de baja por sintomatología compatible a finales de marzo sin PCR, señaló que el personal “*esparcimos el virus*”. Patricia, animadora sociocultural de una residencia pública de gestión indirecta de Cataluña, contaba cómo en el mes de marzo “*el personal no es fijo en una planta, hay personas ‘corretornos’ que un día están en una planta y otro día en otra; (el virus) se iba pasando... muchos trabajadores que tenían COVID no tenían síntomas, los síntomas se fueron conociendo, la gente seguía trabajando*”.

105 Intervención del consejero de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, en el Pleno de la Asamblea de Madrid de 12 de noviembre de 2020, al ser preguntado por la situación en residencias de personas mayores durante la segunda ola. <https://mediateca.asambleamadrid.es/library/items/sesion-plenaria-2020-11-12?part=4a3b1762-bcee-4c53-bec2-caf9eda4f5ae&start=6969>

106 Véase: <https://www.comunidad.madrid/noticias/2020/06/25/comenzamos-estudio-seroprevalencia-todas-residencias-region>

En casos de personas fallecidas durante el pico de la pandemia que Amnistía Internacional ha documentado, no se realizaron PCR a las personas residentes y en sus certificados médicos de defunción se hace constar “síntomatología compatible con COVID-19”. Según nos relata una doctora de un hospital público, durante un tiempo en su hospital las instrucciones fueron no hacer PCR a las personas con sintomatología de coronavirus y tratarlos como “caso posible”.¹⁰⁷ Esto tuvo implicaciones en los datos que se manejan sobre personas residentes con COVID-19 (o sintomatología compatible) comentadas en el Cuadro 3.

A noviembre de 2020, las autoridades de las Comunidades Autónomas de Madrid y Cataluña con las que se ha reunido Amnistía Internacional aseguran estar realizando test diagnósticos tanto a los residentes como al personal de los centros residenciales.

En **Madrid**, todavía durante la fase crítica de la pandemia, el gobierno de la Comunidad Autónoma anunció haber repartido en menos de una semana un total de 14.080 test a residencias de la región.¹⁰⁸ Con posterioridad, a finales del mes de junio, el consejero de Sanidad comunicó el inicio de la elaboración de un mapa serológico, que fue finalmente presentado el 6 de noviembre de 2020. De acuerdo con los resultados arrojados por este estudio, el 37% de los trabajadores contaban en ese momento con anticuerpos del SARS-CoV-2. Al presentar el estudio, la Comunidad de Madrid anunció que para dar respuesta a la situación de las residencias con inmunidad baja de sus profesionales, iniciaba un cribado mediante la realización de test antigénicos entre los profesionales de los centros sociosanitarios con una inmunidad inferior al 40% y que contarán con servicio de enfermería.¹⁰⁹ En comparecencia ante el Pleno de la Asamblea de Madrid, el consejero de Asuntos Sociales informaba de que habían puesto a disposición de los centros residenciales test de antígenos, que habían podido realizarse en 300 centros que disponían de enfermería propia, y en el resto se habría hecho a través de atención primaria.¹¹⁰

Respecto de las personas residentes, la Estrategia de Detección de COVID-19 de la Comunidad de Madrid especifica que, debido a la vulnerabilidad de los residentes en centros sociosanitarios, la detección de un solo caso de infección se considerará un brote, debiéndose llevar a cabo, entre otras medidas de actuación, la realización de una Prueba Diagnóstica de Infección Activa (PDIA) a los contactos estrechos, residentes y trabajadores.¹¹¹

En **Cataluña**, las Consejerías de Salud y de Asuntos Sociales trasladaron a Amnistía Internacional la importancia de cribar a los profesionales de las residencias, con PCR o con test rápidos. Informaron a la organización que desde el mes de septiembre se estaba llevando a cabo este cribaje, en función de los índices de riesgo del centro: hasta 300 de índice de riesgo no era necesario hacer cribaje universal de los profesionales (salvo que se presentasen síntomas), entre 300 y 500 era razonable hacerlo mensualmente para detectar casos asintomáticos, y a partir de 500 se hacía quincenalmente.

107 “Instrucciones relacionadas con la prioridad en diagnóstico molecular COVID-19”, 30 de marzo de 2020. <https://elpais.com/espana/madrid/2020-03-26/el-nuevo-criterio-de-madrid-para-detectar-positivos-de-coronavirus-trampea-la-estadistica-nacional.html>

108 Véase: <https://www.comunidad.madrid/noticias/2020/04/14/iniciamos-pruebas-rapidas-covid-19-14000-test-residencias-mayores>.

109 Véase: <https://www.comunidad.madrid/noticias/2020/11/06/cerca-53-residentes-region-cuenta-inmunidad-media-alta-frente-covid>.

110 Intervención del consejero de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, en el Pleno de la Asamblea de Madrid de 12 de noviembre de 2020, al ser preguntado por la situación en residencias de personas mayores durante la segunda ola. <https://mediateca.asambleamadrid.es/library/items/sesion-plenaria-2020-11-12?part=4a3b1762-bcee-4c53-bec2-caf9eda4f5ae&start=6969>

111 Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 de la Comunidad de Madrid, de 28 de septiembre de 2020.

Sin embargo, al dispararse el índice de riesgo a partir de octubre, el cribaje se realizó de forma universal a todo el personal de residencias en Cataluña, lo que, según informaron las autoridades catalanas a Amnistía Internacional, permitió detectar casos asintomáticos, aislar a personal y detectar positivos entre residentes, y sectorizar en consecuencia. Desde entonces y por el momento, este cribaje se realiza quincenalmente, y así se hará hasta que el índice de riesgo baje como mínimo de 500, tal y como explicaron a la organización. Este cribaje se realiza por lo general con PCR, aunque las autoridades señalaron a Amnistía Internacional cómo en algunos territorios, debido a la saturación de los laboratorios, se han producido retrasos en la notificación, por lo que se ha posibilitado que se hagan test rápidos, asumiendo que no son tan sensibles ni específicos, pero siendo a su juicio, en todo caso, más adecuado tener un test rápido que esperar cuatro o cinco días para un resultado, para poder sectorizar rápidamente en caso de ser necesario.¹¹²

BAJAS DE PERSONAL

A partir de los contagios, se produjeron numerosas bajas de personal en muchas residencias, afectando también al cuidado de residentes. Durante los periodos críticos no había equipo médico sanitario habitual en la residencia por estar de baja o no funcionar de manera presencial, el personal estaba sobrepasado y, como consecuencia, el derecho a la salud se vio vulnerado por la falta de recursos, calidad y accesibilidad.

En el contexto de elevada incidencia de la COVID-19 y de alta necesidad de asistencia médico-sanitaria, se añadió el hecho de que significantes porcentajes de las plantillas de estos centros estuvieron de baja por sintomatología compatible con COVID-19 u otras razones (miedo al contagio, ser personas de riesgo). Como ya se ha comentado, el sector del personal técnico auxiliar está altamente feminizado y precarizado, lo que, sumado a las condiciones de riesgo en un contexto de crisis, supuso que personas llamadas para hacer sustituciones no estuvieran interesadas en realizarlas.

Respecto a las bajas, lamentablemente Amnistía Internacional ha documentado muchos casos en Madrid y Cataluña, donde en periodos críticos de marzo y abril el personal médico-sanitario habitual de las residencias estaba ausente. El director de una residencia pública de Cataluña relató que en los días críticos, el 60% del personal padeció COVID-19 y estuvo de baja, incluido personal de enfermería. El personal de baja en muchas residencias durante las semanas clave llegó a ser de la mitad o más de la plantilla. La presidenta de la CEAPS relata que *“nos quedamos sin manos porque nuestros profesionales tenían sintomatología compatible con la COVID-19 pero no teníamos tests para diagnosticarlos”*. Según el protocolo, cuando el personal de la residencia tenía sintomatología, se les daba de baja durante dos semanas.¹¹³

Según explica Claudia, terapeuta ocupacional de una residencia pública de gestión indirecta de Cataluña, *“hubo una desbandada de personal”* a finales de marzo. Según Elvira, trabajadora de una de las residencias públicas más grande de Madrid, de 460 plazas, relata que a principios de abril llegó a salir en los medios para denunciar *“la falta de personal, (hubo) más de cien bajas de personal en todas las categorías”*.

112 Entrevista mantenida entre las Consejerías de Sanidad y Asuntos Sociales de la Generalitat y Amnistía Internacional el 12 de noviembre de 2020.

113 Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2) de 25 de Febrero: “Si durante los 14 días posteriores a la exposición desarrollara síntomas, deberá hacer autoaislamiento inmediato domiciliario y contactar de forma urgente con el responsable que se haya establecido para su seguimiento (ver algoritmo Anexo 4). Estas personas deberán ser investigadas para descartar infección por SARS-CoV-2 considerándoles caso en investigación y debiendo cumplimentarse el formulario adjunto”. https://www.medicosrioja.com/wp-content/uploads/2020/02/Procedimiento_COVID_19.pdf

Más tarde, Documento técnico Recomendaciones residencias de mayores y centros sociosanitarios para la COVID-19 (versión de 5 de marzo de 2020).

Ante la situación de bajas, fue muy complicado contratar personal nuevo y, en muchos casos, los reemplazos no estaban cualificados para dar la atención adecuada a personas residentes. Patricia, animadora sociocultural de una residencia pública catalana de gestión indirecta, relató que cuando hubo bajas en su residencia “*cogieron a gente nueva, no cualificada*”, y “*hacían batas, levantaban a gente, aseaban y llevaban al lavabo, trabajo de auxiliar y de limpieza*”.

Mónica, auxiliar de una residencia pública de Madrid, comenta que han sido “*momentos muy duros, de mucha lucha*”, y que no ha recibido apoyo psicológico aunque “*lo necesito, no duermo, veo imágenes, me sobresalto por la noche, soñaba con lo más drástico*”.

El 17 de marzo, el Gobierno aprobó un Fondo Social Extraordinario de 300 millones de euros (con cargo al Presupuesto del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030), especificando que parte de los fondos serían para reforzar las plantillas en las residencias de mayores.¹¹⁴ El reparto de dichos fondos se ha llevado a cabo mediante convenios con las Comunidades Autónomas y a 15 de noviembre de 2020 no se ha hecho público cuánto ha llegado a las residencias (a pesar de la pregunta formulada por la organización).

MEDIDAS Y “PROTOCOLIZACIÓN” INEFICIENTE

En los momentos críticos para la preparación y la gestión de la emergencia, no se tomaron medidas adecuadas por parte del Estado y las Comunidades Autónomas, lo cual dio como resultado una proliferación de protocolos o guías que no estaban acompañados de los recursos, la formación o el material necesario para implementarlos.¹¹⁵ En otros casos, los protocolos no tenían en cuenta la situación real de muchas residencias: su infraestructura (que, por ejemplo, no facilita la sectorización para separar a las personas residentes contagiadas de aquellas que no lo estaban, con habitaciones dobles); la alta ocupación de las residencias, la dificultad de aislar a pacientes con deterioro cognitivo alto, entre otras.

Respecto a las medidas de “sectorización” ordenadas por el Gobierno central, estas acabaron por devenir inadecuadas y de muy difícil implementación. El 19 de marzo, el Gobierno dictaba las medidas de clasificación de personas residentes y aislamiento de personas con síntomas y, de no ser posible lo anterior, aislamiento por grupos (cohorte).¹¹⁶ La eficacia de estas medidas dependían de la existencia de test, EPI, personal y material suficiente en las residencias, y que estas contaran con la infraestructura para realizarlas adecuadamente.¹¹⁷

Lo cierto es que, tanto a nivel autonómico como estatal, se han desarrollado una notable cantidad de instrumentos (planes, protocolos) que han demostrado ser por lo menos ineficientes.

114 Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social de la COVID-19: “Artículo 1. Concesión de un suplemento de crédito en el Presupuesto del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 para financiar un Fondo Social Extraordinario destinado exclusivamente a las consecuencias sociales de la COVID-19”. Véase: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/03/17/8> . Artículo 1.2.e) y artículo 2.

115 Desde los primeros días (principios de enero) hasta mayo, se elaboraron unos cincuenta protocolos, guías, procedimientos, documentos técnicos y órdenes emitidos por el Estado, la Generalitat y la Comunidad de Madrid (con sus diferentes versiones), genéricos y específicos sobre residencias.

116 Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros sociosanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. BOE núm. 78, de 21 de marzo de 2020.

117 Médicos Sin Fronteras: “Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España”, agosto de 2020, pp. 39 y 40. <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/medicossin-fronteras-informe-covid19-residencias.pdf>

Desde la Consejería de Justicia, Interior y Víctimas de **Madrid** se explicó a Amnistía Internacional que las actuaciones desarrolladas en el marco del Plan de Apoyo a residencias (también llamado “Plan de Choque”) se enfrentaron a limitaciones derivadas de la disponibilidad de EPI para el personal de las residencias, así como de la disponibilidad de test que permitieran la confirmación de casos entre el personal, para acelerar el reemplazo del elevado número de bajas con que contaban estos centros, al igual que la confirmación de casos entre residentes, que hicieran cien por cien efectivas las medidas de aislamiento propuestas.¹¹⁸

Además, el gobierno de la Comunidad de Madrid y la Generalitat adoptaron diversos protocolos de actuación a principios de marzo, donde se reconocía la necesidad de adoptar medidas para la protección de la población mayor usuaria de centros residenciales, sin embargo **sin medios adecuados ni apoyo.**

En **Cataluña**, responsables de la Generalitat explicaron a Amnistía Internacional que los Departamentos de Salud y Servicios Sociales ya mantuvieron reuniones en febrero para abordar la situación en las residencias de mayores. Informaron a la organización de que durante la primera ola pusieron en marcha servicios de desinfección, de distribución de equipos de protección individual y de reforzamiento del personal. Además, desarrollaron una línea de actuación consistente en dividir los centros residenciales en tres categorías (A, B y C) en función de si los centros contaban con profesionales asistenciales de tipo sanitario propios, y de la capacidad del centro para sectorizar y reservar espacios para el aislamiento de los residentes y para prestarles atención en el centro. De esta manera, se procuró descongestionar los centros con una peor situación epidemiológica trasladando residentes a otras residencias o a otros dispositivos sociales, habilitados para ayudar en esta tarea de descongestión de las residencias.¹¹⁹ En total, durante la primera ola, 2.679 residentes fueron trasladados: 1.296 a otras residencias y 1.383 a alguno de los 19 dispositivos sociales habilitados.¹²⁰

En la **Comunidad de Madrid**, la Consejería de Justicia, Interior y Víctimas explicó a Amnistía Internacional que el 26 de marzo, y dentro de las actuaciones del Plan Territorial de Protección Civil (PLATERCAM), se estableció un Plan de Apoyo a las Consejerías de Sanidad y Políticas Sociales para la actuación en residencias de la Comunidad de Madrid gravemente afectadas por COVID-19. En el marco de este Plan de Apoyo a residencias se producían reuniones diarias de coordinación entre la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria, la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia, la Agencia de Seguridad y Emergencias-112, el Samur, Médicos Sin Fronteras, Ayuntamiento de Madrid y el Cuerpo de Bomberos. Estas reuniones diarias evaluaban la información disponible sobre la situación de las residencias, y en ellas se decidía qué centros concretos visitar al día siguiente y qué tipo de acciones emprender en cada uno de ellos. Estas acciones podían consistir, por un lado, en “reconocimientos ligeros” llevados a cabo por la Unidad Militar de Emergencias, el Cuerpo de Bomberos de la Comunidad de Madrid, las Policías Locales y Protecciones Civiles, que mapeaban las necesidades de los centros y recababan datos básicos del estado de la residencia. Por otro lado, “reconocimientos pesados” llevados a cabo por un equipo multidisciplinar de Bomberos, Policía Municipal, Sanitarios, Políticas Sociales, Cruz Roja, Médicos Sin Fronteras y Protección Civil, donde además de una inspección más en profundidad se llevaban a cabo trabajos de aislamiento, compartimentación de casos sospechosos, desinfección y planificación de las medidas sanitarias que al día siguiente debían implementarse, como traslados, incluyendo derivaciones a centros hospitalarios o tratamientos. En total, se llevaron a cabo 471 reconocimientos ligeros y 286 reconocimientos pesados.¹²¹

118 Entrevista mantenida por Amnistía Internacional con la Consejería de Justicia, Interior y Víctimas de la Comunidad de Madrid, el 30 de octubre de 2020.

119 Estos dispositivos sociales estaban conformados por residencias aún no puestas en marcha, por residencias con parte de su estructura cerrada, albergues sociales u hoteles, y supusieron 777 plazas adicionales para personas mayores.

120 Entrevista mantenida por Amnistía Internacional con los Departamentos de Salud y Asuntos Sociales de la Generalitat de Cataluña, el 12 de noviembre de 2020.

121 Entrevista mantenida por Amnistía Internacional con la Consejería de Justicia, Interior y Víctimas de la Comunidad de Madrid, el 30 de octubre de 2020.

Finalmente, desde el Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030 se explicó a Amnistía Internacional que el Gobierno central mantuvo una primera reunión con las Comunidades Autónomas, el 6 de marzo, para abordar la situación en las residencias. Ante los problemas de personal que afrontaban estos centros, el Gobierno central dotó el 17 de marzo el Fondo Social Extraordinario para, entre otras cuestiones, reforzar las plantillas de centros residenciales.¹²² El Ministerio de Asuntos Sociales sostiene que llevó a cabo una labor de orientación en cuanto a las medidas a adoptar en las residencias, si bien, tal y como explicaron altos cargos del mismo a la organización, sin asumir en ningún caso un rol de dirección o supervisión, al carecer de competencias. Otra de las actuaciones desarrolladas desde el ministerio fue habilitar espacios del IMSERSO para albergar, entre otras personas, a residentes provenientes de centros en los que no era posible sectorizar y que requerían de un aislamiento adecuado, como el Centro de Referencia Estatal para Personas con Discapacidades Neurológicas (Credine), en Asturias, habilitado a tal efecto desde el 22 de marzo.¹²³

La vicepresidenta de la SEGG sintetiza esta situación de manera muy clara: *“La mayoría de las administraciones iban mandando protocolos, [...] requiriendo documentación, registros, venga papeles, en ocasiones varias el mismo día. estas llegaban a unos equipos desbordados por la situación, mermados por el propio contagio de sus trabajadores, siendo en muchas ocasiones imposible cubrir por falta de trabajadores desempleados dispuestos a incorporarse a trabajar... Sí, pedían registros y documentación... pero pocos enviaron expertos que enseñaran a hacer las tareas solicitadas (aislamientos, limpieza, sectorización...), que ayudaran, en una palabra”*.

Diana, TCAE de una residencia pública de Madrid, contó que *“la información que teníamos es porque nosotras nos la buscamos; no se nos dio formación, nos hemos encargado de autoaprender, de buscar información para protegernos lo máximo posible”*, y que *“protocolos hubo muchos, pero pocas directrices claras”*.

Claudia, terapeuta ocupacional de una residencia concertada de Barcelona, relata a Amnistía Internacional que, cuando en pleno pico de la pandemia, el día 2 de abril, fueron los bomberos al centro para desinfectarlo por primera vez. Según Claudia, debido a la mala gestión organizativa que había en el centro, se terminaron por juntar a todas las residentes (cuando ya había personas contagiadas) en la planta baja para que se pudiera proceder a la desinfección de las plantas. En la residencia han fallecido alrededor de 30 personas durante esa época.

Tampoco había planes de contingencia adecuados para la gestión de la situación.¹²⁴ A nivel estatal, la Estrategia de Seguridad Nacional (2017), si bien hace mención a la necesidad de preparación para pandemias, y especialmente para proteger a la población vulnerable, no desarrolla ni establece medidas específicas de preparación y prevención para residencias de mayores.¹²⁵ Por su parte, la Estrategia Nacional de Protección Civil no contiene previsiones en relación a riesgos sanitarios, aunque hace mención a colectivos en situación de especial vulnerabilidad, lo que *“requiere que dicha circunstancia sea tomada en consideración a la hora de valorar el riesgo y plantear la respuesta de los poderes públicos ante los mismos. El paulatino envejecimiento de la población española es otro elemento a considerar, por su posible impacto en la vulnerabilidad personal frente a algunos tipos de riesgos”*.¹²⁶

122 Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social de la COVID-19.

123 Entrevista mantenida por Amnistía Internacional con el Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030, el 30 de octubre de 2020.

124 Gestión institucional y organizativa de las residencias de personas mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes. Grupo de Investigación “Políticas Sociales y Estado del Bienestar”. Instituto de Políticas y Bienes Públicos. CSIC, 6 de octubre de 2020, pp. 33 y ss.
https://cendocps.carm.es/documentacion/2020_Gestion_institucional_residencias_COVID19.pdf

125 Real Decreto 1008/2017, de 1 de diciembre, por el que se aprueba la Estrategia de Seguridad Nacional 2017. BOE núm. 309, de 21 de diciembre de 2017. https://boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2017-15181

126 Orden PCI/488/2019, de 26 de abril, por la que se publica la Estrategia Nacional de Protección Civil, aprobada por el Consejo de Seguridad Nacional. BOE núm. 103, de 30 de abril de 2019.
<https://www.boe.es/eli/es/o/2019/04/26/pci488>

Según la legislación aplicable, las residencias deben contar no solo con un reglamento de régimen interior, sino con diferentes protocolos de gestión de situaciones de crisis. Las recomendaciones a residencias de mayores del Ministerio de Sanidad establecían que los centros deberán elaborar planes de actuación dirigidos a la eventual aparición de brotes adaptados a las características de cada centro y que, *“como norma general, las estrategias que se recomiendan para prevenir la propagación de COVID-19 en los centros sociosanitarios no difieren de las estrategias que estos centros usan para detectar y prevenir la propagación de otros virus respiratorios como la gripe”*.¹²⁷

Sin embargo, en palabras del personal de residencias entrevistado por Amnistía Internacional, tanto en Cataluña como en Madrid, en ningún caso se activaron tales protocolos. En una residencia de Madrid, a pesar de la solicitud del Comité de Empresa y del personal, el Protocolo para brote epidémico existente (para gripe) no se activó, según relata M.M., auxiliar de la residencia.

Según el Comité DESC, la obligación de proteger la salud y la seguridad del personal implica la adopción de medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales.¹²⁸ Asimismo, el Comité recuerda que los Estados además tienen la obligación de adoptar medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medioambiente y las enfermedades profesionales, así como también contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos.¹²⁹

La obligación de proteger la vida también implica que los Estados deberían adoptar medidas adecuadas para abordar las condiciones generales en la sociedad que puedan suponer amenazas directas a la vida o impedir a las personas disfrutar con dignidad de su derecho a la vida, entre otros la prevalencia de enfermedades que ponen en riesgo la vida, y entre las medidas previstas para abordar las condiciones adecuadas que protejan el derecho a la vida se encuentran, según proceda, las destinadas a garantizar el acceso sin demora de las personas a bienes y servicios esenciales, como la atención de la salud y otras destinadas a promover y facilitar condiciones generales adecuadas, como el fomento de servicios de salud de emergencia eficaces, operaciones de respuesta de emergencia (incluidos los bomberos, los servicios de ambulancia y las fuerzas policiales).¹³⁰

127 Ministerio de Sanidad. Documento técnico: “Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para la COVID-19” (versión de 5 de marzo de 2020), p. 4.

128 CDESCR, Observación general núm. 14: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, doc. ONU E/C.12/2000/4, párr. 15. <https://acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

129 CDESCR, Observación general núm. 14: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, doc. ONU E/C.12/2000/4, párr. 36.

130 Comité de Derechos Humanos. Observación general núm. 36. Artículo 6: Derecho a la vida. CCPR/C/GC/36, 3 de septiembre de 2019, párr. 26.

CAPÍTULO 3.

DISCRIMINACIÓN POR EXCLUSIÓN GENERALIZADA DE DERIVACIÓN A HOSPITALES

Amnistía Internacional pudo documentar extensamente en Madrid y Cataluña la denegación de derivación a hospitales de personas mayores que vivían en residencias, en base al lugar en el que residían y otros criterios generales —como la edad o grado de discapacidad, estado de salud (ser pacientes confirmados o con sospecha de COVID-19)— sin una valoración individualizada, lo que vulneró manifiestamente el derecho a la no discriminación de estas personas mayores.

La organización ha documentado casos de personas en situación de extrema vulnerabilidad y necesidad de atención médica sanitaria a las que no se les dio la oportunidad de un tratamiento adecuado de posible COVID-19 u otras patologías que padecían. La organización ha recibido múltiples testimonios y documentación sobre la exclusión generalizada de personas mayores residentes de ingresos hospitalarios durante la pandemia. Tanto en Madrid como en Cataluña, hubo momentos donde no se realizaron ingresos en hospitales, y las pocas derivaciones que se dieron fueron la excepción y, en ocasiones, ya fatalmente tarde. La decisión práctica de no derivar se aplicó de forma automatizada y en bloque, sin llevar a cabo valoraciones individualizadas. Como se explica más adelante, la no derivación en **Madrid** estaba prevista en protocolos, que establecían instrucciones y criterios para valorar la derivación o no de personas de residencias y/o mayores a hospitales.¹³¹ En **Cataluña**, el Protocolo del Servicio de Emergencias Médicas (SEM), dependiente del Departamento de Salud, recomienda no ingresar en la UCI a determinados pacientes de más de 80 años con coronavirus, y hacía referencia al criterio de futilidad.¹³²

Amnistía Internacional no cuestiona que, en muchos casos, para las personas mayores con comorbilidades ser enviadas al hospital puede no ser la mejor opción, y que incluso algunas han podido especificar en su plan de atención su preferencia de quedarse en la residencia o, en su caso, sus familiares. También el personal médico puede tomar esa decisión, basada en una evaluación del caso. El problema es que no se les diera una oportunidad de evaluación individualizada, incumpliendo así obligaciones internacionales contraídas por España.

Amnistía Internacional ha recogido múltiples testimonios de casos en Madrid y Cataluña en los que se decidió no derivar a residentes a hospitales, en ausencia de valoraciones individualizadas, con un resultado trágico, o en los que cuando se derivó, una vez pasado el periodo crítico o como excepción, ya fue tarde. El director de una residencia pública de Cataluña relató a Amnistía Internacional cómo durante días críticos hubo restricciones a las derivaciones por parte de los hospitales.

131 Dichos protocolos fueron publicados por Manuel Rico, director de investigación del periódico digital *Infolibre*.
https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/05/28/infolibre_reproduce_integro_protocolo_del_gobierno_ayuso_que_prohibio_trasladar_pacientes_residencias_hospitales_107169_1012.html
https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/06/05/los_seis_documentos_que_desmontan_version_ayuso_sobre_orden_no_trasladar_enfermos_residencias_hospitales_107433_1012.html

132 Recomanacions per suport a les decisions d'adequació de l'esforç terapèutic (AET) per pacients amb sospita d'infecció per COVID-19 i insuficiència respiratòria aguda (IRA) hipoxèmica. Grup de treball de Ventilació, Cap Àmbit Emergències, Direcció Mèdica i Direcció Infermera de SEM (en catalán), 25 de marzo de 2020.
https://d3cra5ec8gdi8w.cloudfront.net/uploads/documentos/2020/07/07/protocolocatalua_179628f4.pdf

En Cataluña hubo casos donde directamente se les dijo a las familias que las derivaciones estaban prohibidas. Según relata Catalina, hija de Vicente Alberola, de 89 años, fallecido el 6 de abril en una residencia pública de gestión indirecta de Cataluña, el médico le dijo que “*tenía prohibido derivar, que no iban a coger a nadie que tuviera las características de una persona así*”. Le había dicho que al auscultar parecía que tenía neumonía y no mejoraba con el antibiótico. Cuando Catalina dijo que ella lo llevaba al hospital, el médico le dijo que “*no podía*”. Otro médico de un centro de atención primaria (CAP) catalán que colaboraba con una residencia reconoció indignado que “*hubo vidas que se pudieron salvar, pero no se hizo*”.

En otros casos, cuando se produjeron los ingresos hospitalarios ya era tarde, por estar las personas en un estado terminal. Trinidad Sastre, de 88 años, tenía discapacidad física (iba en silla de ruedas) y vivía en una residencia en Barcelona. Su hija Marisol explicó a Amnistía Internacional que la propia doctora de la residencia enfermó, y que el día antes de morir le dijo que su madre estaba “*ni bien ni mal*”. Según relató Marisol, cuando Trinidad dio positivo de COVID-19 el 6 de abril, solicitó insistentemente la derivación, pero otra doctora (del CAP, que fue como refuerzo a la residencia esos días) le decía que la podían tratar en el centro. Finalmente, el 21 de abril autorizaron su derivación, aunque Trinidad llegó al hospital ya muy deteriorada (según consta en su informe médico). A su ingreso en el hospital, Trinidad tenía hemorragias internas; según su hija, “*la doctora del hospital le dijo que ya no se podía hacer nada, si hubiera llegado antes le hubieran podido poner un respirador*”. Pero desafortunadamente ya fue tarde para Trinidad, que murió a las pocas horas de su ingreso, el 21 de abril.¹³³

Durante finales de marzo y principios de abril, las escasas derivaciones fueron resultado en la mayoría de las ocasiones de la insistencia obsesiva de las familias.¹³⁴ En algunos casos por escrito o llegando a amenazar con denunciar a la residencia. Es el caso de Pedro Rodríguez García, de 89 años, que había empezado a vivir en la residencia en febrero. Su hijo Paco explicó a Amnistía Internacional cómo la doctora le decía que su padre tenía hasta 40 grados de fiebre y que valorando con Mutuam “*no hacía falta derivar a su padre por protocolo*”. Insistieron por correos electrónicos durante toda la semana,¹³⁵ hasta que su padre fue derivado el 31 de marzo por la tarde al Hospital Clínico e ingresado el 1 de abril en el Hospital Sagrado Corazón. La doctora del Hospital Clínico, explicó a Paco que su padre había llegado en muy mal estado, muy grave, con diagnóstico compatible con COVID-19, neumonía bilateral, insuficiencia renal y deshidratación aguda. En su informe médico consta la deshidratación grave, hipernatremia y caquexia.¹³⁶ Afortunadamente se recuperó, aunque según su hijo ha perdido mucho, no solo por la COVID-19 sino por la situación de aislamiento en la residencia (ver Capítulo 5).

Montse, hija de Vicenta, de 72 años y con esquizofrenia, de una residencia en Cataluña, relató cómo tuvo que advertir a la residencia con interponer una denuncia y personarse en el centro, logrando así que la doctora llamara al SEM para derivar a su madre, que finalmente, después de un tiempo en el hospital, se recuperó y ha regresado a la residencia.

133 Amnistía Internacional ha tenido acceso al informe médico de 22 de abril de 2020, que “tras informar a la familia de situación clínica y mal pronóstico a corto plazo, se acuerda priorizar medidas de confort”.

134 *Infolibre* realiza una comparación entre las cuatro semanas críticas de la pandemia y las cuatro semanas previas, donde se aprecia una reducción del 37% en los traslados.

https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/08/19/la_prueba_definitiva_discriminacion_los_mayores_madrid_los_datos_por_residencias_desvelan_como_paralizo_traslado_los_hospitales_110091_1012.html

135 Amnistía Internacional ha tenido acceso a los mencionados correos electrónicos.

136 Una hipernatremia consiste en la elevación de la concentración de sodio en sangre, provocada por la deshidratación. <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/hipernatremia>

La caquexia es un estado de profunda disminución en el estado general de un individuo. Está en relación con un estado de desnutrición severo. <https://salud.ccm.net/faq/8090-caquexia-definicion>

En el caso de María Luisa Ortega, de 88 años, de una residencia catalana, fallecida por COVID-19 el 31 de marzo, su hijo Daniel solicitó el traslado al hospital sin éxito. En una comunicación enviada el 24 de marzo la Dirección informaba a las familias de que “*las derivaciones hospitalarias están muy restringidas*”.¹³⁷

Con respecto a Cataluña y al servicio SEM 061, María José Carcelén, representante de la Coordinadora 5+1, afirma:¹³⁸ “*No se produjo ninguna derivación durante un periodo concreto. Los hechos demuestran que la aplicación fue en exclusiva por razón de la edad. Murió gente con más autonomía (funcional) en algunas residencias. La ‘instrucción’ era no derivar a nadie a hospitales*”. De acuerdo con datos de la Generalitat, durante el periodo de abril y mayo se realizaron 1.845 ingresos hospitalarios de personas de residencias y dice no disponer de datos de marzo.¹³⁹

Una doctora de un CAP que atiende a una residencia directamente confirmó a Amnistía Internacional las dificultades para realizar derivaciones, debido a múltiples reticencias por parte del servicio de traslado sanitario a aceptar la decisión de derivación, y contó cómo tuvo que insistir e incluso interceder con el hospital, y la Dirección del CAP para que el traslado pudiese ser aceptado.

En Madrid, en algunos casos, la posibilidad de que una persona residente fuese derivada o no varió por apenas unas semanas de diferencia, como demuestra el caso de Alfonso y Benita, matrimonio que vivía en la misma residencia de Madrid. Alfonso Valero, de 96 años, falleció el 26 de marzo por posible COVID. El 22 de marzo estaba en situación grave y de agonía, razón por la que su hija, Elena Valero, pidió su ingreso. Pero el médico de la residencia le dijo: “*Nos han prohibido llevar [a residentes] al hospital*” (12 de Octubre). En cambio, cuando Benita, de 90 años, enfermó pocos días más tarde, el 12 de abril fue derivada al Hospital 12 de Octubre. Aunque Benita ha sufrido un deterioro importante, en gran parte por la pérdida de su marido, ha regresado a la residencia. Por su parte, M. M., TCAE de la misma residencia, relató a Amnistía Internacional que no se produjeron derivaciones durante unas semanas.

La Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid confirmó a Amnistía Internacional que la coordinación sociosanitaria fue muy complicada durante la primera fase de la pandemia. Contó a la organización que las derivaciones fueron un problema y que hubo dificultades para realizarlas, si bien consideraba que la instauración de la figura del geriatra de enlace había sido una medida positiva a este respecto.¹⁴⁰

137 Correo electrónico del 24 de marzo de 2020, enviado por la dirección a familiares de personas residentes.

138 Organización que aglutina a familiares de personas mayores y de otros colectivos que viven en residencias de titularidad pública. <https://www.coordinadoraresidencias.com/>

139 Solicitud al Portal de Transparencia realizada por Amnistía Internacional.

140 Entrevista mantenida por Amnistía Internacional con la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid, el 5 de noviembre de 2020.

“NO ESTÁ TAN GRAVE”

Antonio Cintas, de 86 años, falleció el 27 de marzo de 2020 en la residencia. Antonio vivía en una residencia pública de Madrid para grandes dependientes, y tenía principio de alzhéimer. Su nuera, Lola Parra, relata que desde que cerraron la residencia, del 8 al 27 de marzo, solo pudieron hablar dos veces con él. El 15 de marzo, una auxiliar comunica a Lola que su suegro tenía síntomas compatibles con COVID-19 y que había sido trasladado a la “unidad de aislamiento” habilitada en la residencia. El 20 de marzo, Antonio comienza un tratamiento (oxigenoterapia, antitérmicos, antibioterapia), con asesoramiento por un geriatra de enlace (a cargo de valorar las derivaciones según lo establecido en diversos protocolos), según consta en su informe médico. El 23 de marzo, el doctor de la residencia informó a la familia de que Antonio continuaba con síntomas y que no hacía falta derivación, porque “*no está tan grave*”. El 24 de marzo empeora, el 25 de marzo sufre una caída y la familia insiste en que quieren que se derive a Antonio al hospital, sin conseguirlo. El 26 se le realiza la prueba dando positivo de COVID-19 al día siguiente. Ese mismo día, 27 de marzo, tal y como consta en el informe médico del hospital, se solicitó el tratamiento de hidroxycloroquina a la Farmacia hospitalaria, que no llegó a tiempo porque murió ese mismo día.¹⁴¹

En **Madrid**, con respecto al SUMMA 112, la doctora de emergencias relató que notó un colapso importante y una reducción de intervenciones en residencias. Personal médico de un hospital y una geriatra de enlace confirmaron a Amnistía Internacional que durante un periodo —coincidente con el pico de la pandemia— no hubo derivaciones y que los geriatras de enlace se convirtieron en los “guardianes de la puerta del hospital” y con la información que proporcionaba la residencia pero sin poder ver al paciente, tenían que tomar la decisión de derivar o no al hospital. Una geriatra de enlace explicó a Amnistía Internacional que “*las posibles derivaciones a hospitales se decidían de forma individualizada, a demanda de las residencias en un contexto de elevadísima sobrecarga asistencial y con recursos limitados en plena crisis pandémica*”. El proceso consistía en valorar la situación de cada paciente en base a la información recibida a través de conversación telefónica con el personal de la residencia (médico-a responsable o en su defecto en caso de baja, enfermería, dirección o personal disponible). Según contó a la organización, la figura del geriatra de enlace orientaba al personal de la residencia acerca del manejo clínico para estabilizar al paciente, proporcionando medicación y material sanitario e instruyendo en los cuidados oportunos a implementar para cada caso. Según relató, “*recomendaba la idoneidad o no de derivación a urgencias en función de la información recibida, con la que se realizaba una valoración geriátrica integral protocolizada, abogando siempre por el mayor beneficio para el paciente*”. Una vez considerado el traslado era el SUMMA 112 quien lo realizaba. Declaró que “*el papel del geriatra ha sido y es determinante en la optimización de los recursos existentes y en la coordinación de los diferentes niveles asistenciales para dar cobertura de calidad a pacientes más frágiles y vulnerables*”.

Una profesional sanitaria de un hospital público explicó que “*en prepandemia, algunos hospitales tenían una unidad de continuidad asistencial con residencias. En la pandemia (marzo y abril) se creó la figura del geriatra de enlace para todos los hospitales de la Comunidad de Madrid, pero en vez de ser una figura de apoyo, pasó a ser un mecanismo de contención. Pervirtieron la figura*”. Continúa explicando que “*para trasladar a un paciente tenías que pedir permiso al geriatra y era quien te decía que no salvo casos muy aislados, aunque no fuera su criterio, porque muchas veces no estaban de acuerdo*”.

141 Amnistía Internacional ha tenido acceso al Informe médico donde aparece la consulta del médico de la residencia con el geriatra de enlace del Hospital de Alcorcón y se hace mención a la demencia tipo alzhéimer GDS 5.

Una geriatra de un hospital de Madrid relató cómo hubo *"una o dos semanas, que fueron las más complicadas en cuanto a organización; sé que hubo un problema en cuanto a los traslados de residencias a hospitales, porque se puso la figura del geriatra de enlace como puerta del embudo, de manera que todas las llamadas tenían que pasar por esa persona, salieron los famosos protocolos"*. Contó que *"ya no es la figura de guardián de la puerta del hospital. Cuando los geriatras se vieron nombrados como geriatras de enlace, fue alrededor del 15 de marzo, a los pocos días, se encontraron con que eran el filtro telefónico para las derivaciones, eso debió durar 3 o 4 semanas. Pero desde mayo ese papel de filtro del embudo ya no lo tenían"*. Y contó a Amnistía Internacional que *"sé que hubo problemas con los traslados con el SUMMA, no sabemos qué orden venía de quién. Fue necesario que mandaran informes al SUMMA para conseguir derivaciones. Hubo obstrucción, para una figura que tenía un puesto que no se esperaba. Durante una o dos semanas, se quedaron en sus residencias, siendo trasladables. No sabemos por qué hubo tanta obstrucción"*. Una investigación periodística revelaba que *"en los veinte días posteriores a la aprobación del Protocolo que restringía el traslado a los hospitales, 5.343 mayores murieron en sus residencias sin recibir atención hospitalaria, lo que equivale al 84% de los fallecidos en ese periodo"*.¹⁴²

En definitiva, en opinión de Amnistía Internacional, la manera en que se ha llevado a cabo la no derivación hospitalaria vulnera estándares internacionales, en particular la prohibición de discriminación.

El Comité DESC ha afirmado que la denegación de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a determinados grupos de personas como resultado de discriminación de hecho o de derecho constituye una violación del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales.¹⁴³

Expertas en derechos humanos han mostrado preocupación por que las decisiones relativas al uso de recursos médicos escasos, incluyendo el empleo de sistemas de ventilación mecánica, se han tomado en ocasiones bajo criterios de edad, o basadas en presunciones generalizadas sobre el impacto de un diagnóstico concreto, como la demencia, en el estado de salud global, la esperanza de vida o las probabilidades de supervivencia. De acuerdo con Naciones Unidas, es importante que los protocolos sobre triaje garanticen que las decisiones médicas se toman de conformidad con necesidades médicas, criterios éticos y en línea con la mejor evidencia científica disponible.¹⁴⁴ La experta de Naciones Unidas sobre personas de edad, conjuntamente con la enviada especial del secretario general sobre discapacidad y accesibilidad, han formulado una serie de recomendaciones a los Estados. Entre ellas, que toda persona con discapacidad y toda persona mayor infectada con COVID-19 tiene derecho a acceder a unidades de cuidados intensivos, incluidos los sistemas de ventilación mecánica y otros apoyos para salvar su vida, en igualdad de condiciones con las demás. La correcta aplicación del triaje no admite criterios de selección o "racionalización" de las vidas humanas, con vínculo a la discapacidad o edad de una persona. Estas mismas expertas señalan que ser persona con discapacidad o ser persona mayor no ha de ser una condición o determinante para negar u omitir su acceso a cuidados intensivos, incluidos los sistemas de ventilación mecánica, y todos los apoyos para la vida cuando se requieran, con absoluta independencia de la cobertura de los seguros de salud, si los hubiere. Ninguna normativa nacional podrá amparar estas denegaciones u omisiones. Finalmente, han afirmado que la denegación u omisión puede calificarse como discriminación por motivo de discapacidad de acuerdo a la CDPD, o discriminación por edad en la vejez. En este contexto, la denegación u omisión que afecta al derecho a la vida de las personas con discapacidad o personas mayores podrá calificarse como trato cruel e inhumano, de acuerdo a lo prescrito en la CDPD y CIPM, y por lo tanto una violación de derechos humanos.¹⁴⁵

142 <https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/08/23/7-abril-2020-dia-verguenza-913-residentes-mueren-madrid-110237-1012.html>

143 CESCR. Observación General núm. 14: "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", 11 de agosto de 2000.E/C.12/2000/4, párr. 50.

144 Policy Brief de Naciones Unidas: "El impacto de la COVID-19 en las personas mayores", mayo de 2020. <http://www.ngocoa-ny.org/resources/covid-19/un-policy-brief-on-older.pdf>

CUADRO 5

LA PROHIBICIÓN DE DISCRIMINACIÓN Y LA ÉTICA MÉDICA

En la tercera semana de marzo, diferentes sociedades médicas emitieron recomendaciones sobre los dilemas éticos que la pandemia iba a plantear a los profesionales de la salud. El 19 de marzo, la Sociedad Intensiva (SEMICYUC) realizó unas recomendaciones éticas, indicando la importancia de planificar para maximizar recursos y dotando de criterios para el triaje en las UCI. Entre ellos, la edad de la persona, su estado de salud y de discapacidad. A saber: las personas mayores de 80 años con comorbilidades y personas con deterioro cognitivo quedan excluidas de la respiración mecánica. También se hace mención a tener en cuenta el “valor social de la persona”.¹⁴⁶ El 20 de marzo, la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor declaraba que “se considera (y está socialmente aceptado) que los pacientes jóvenes deberían recibir una asignación de recursos preferente frente a los mayores. Podría considerarse injusto para los pacientes de mayor edad, pero este principio es básicamente igualitario pues promueve que todos los individuos tengan la oportunidad de vivir su ciclo vital”.¹⁴⁷

El 23 de marzo, la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) emitió un Informe donde refería el anterior documento pero también realizaba ciertas matizaciones adicionales, como que la “edad no puede ser el único criterio” o que “las decisiones deben ser individualizadas”.¹⁴⁸

La Dirección General de Políticas de Discapacidad del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 solicitó al Comité de Bioética del Ministerio de Sanidad¹⁴⁹ un informe sobre las implicaciones éticas de las recomendaciones de la SEMICYUC para las personas con discapacidad. En su informe del 25 de marzo, el Comité enfatiza que la priorización de recursos sanitarios es algo consustancial al propio sistema de salud, y que los conflictos y dilemas éticos son algo también habitual en la asistencia sanitaria, al margen de la pandemia. Reconoce que “resultaría radicalmente injusto que las personas cuya salud está más amenazada por un eventual contagio del coronavirus fueran, a su vez, las más perjudicadas”, y que “conceptos tales como ‘utilidad social’ o similares no responden a los principios bioéticos que deben informar la toma de decisiones en el ámbito asistencial”. Para el Comité de Bioética, la referencia a la “supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada” o a que los

145 “El derecho a la vida de las personas con discapacidad y personas mayores infectadas por la COVID-19”. Comunicado conjunto de María Soledad Cisternas Reyes, enviada especial del secretario general de Naciones Unidas sobre Discapacidad y Accesibilidad. <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25829&LangID=S>

146 “Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos”. SEMICYUC, 19 de marzo de 2020. https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf

147 “Marco ético en la pandemia COVID-19”. Sociedad española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, 20 de marzo de 2020. https://www.sedar.es/images/site/NOTICIAS/coronavirus/Marco_etico_coronavirus.pdf

148 Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). Informe de la Comisión Central de Deontología en relación a la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria, 23 de marzo de 2020. https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/coronavirus-n.p._comision_central_de_deontologia_en_relacion_a_la_priorizacion_de_las_decisiones_sobre_los_enfermos_23_03_20.pdf

149 Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. Arts. 77 y siguientes. BOE núm. 159, 4 de julio de 2007. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-12945>



pacientes con “deterioro cognitivo, por demencia u otras enfermedades degenerativas, no serían subsidiarios de ventilación mecánica invasiva”, no son compatibles con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.¹⁵⁰ El 3 de abril, el Ministerio de Sanidad emitió un informe donde recuerda que la discriminación por razón de edad está prohibida en la Constitución española.¹⁵¹

PROTOSCOLOS Y DIRECTRICES DISCRIMINATORIOS

La no derivación en **Madrid** estaba prevista en protocolos, que establecían instrucciones y criterios para valorar la derivación o no de personas de residencias y/o mayores a hospitales e incluían instrucciones de cuidados paliativos.¹⁵² Los protocolos fueron variando, actualizados con diferentes versiones y distribuidos de forma selectiva a ciertas personas (no a todo el personal como suele ser habitual, tal y como ha comentado una doctora de un hospital público).

En efecto, en la **Comunidad de Madrid**, se emitieron varios documentos en los que se utilizan criterios sobre edad y/o fragilidad, asociada con el lugar de residencia: “Se considerará la permanencia en domicilio del ‘Paciente ≥ 80 años con enfermedad de órgano terminal (insuficiencia cardíaca crónica avanzada, enfermedad obstructiva crónica grave, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica grave) y/o CFS ≥ 5 . Fragilidad 8-9”, en el Protocolo de Atención Primaria (23 de marzo);¹⁵³ de Coordinación Sociosanitaria entre residencias y hospitales¹⁵⁴ (18 de marzo) que fueron variando, con diferentes versiones (de 18 de marzo, la primera; 20 de marzo, la segunda y la tercera versión; y 25 de marzo la cuarta y última y versión). En una de las versiones de 20 de marzo, se indica que en relación a la infección respiratoria “se procederá a derivar al hospital a los pacientes que NO tengan las siguientes características, serían CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ✘ Pacientes en situación de final de vida subsidiarios de cuidados paliativos.
- ✘ Pacientes con criterios de terminalidad oncológica, de enfermedades de órgano avanzada.
- ✘ Pacientes con criterios de terminalidad neurodegenerativa (GDS de 7).

150 Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus, 25 de marzo de 2020.

151 Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2, 3 de abril de 2020. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>

152 Dichos protocolos fueron publicados por Manuel Rico, director de investigación del periódico digital *Infolibre*. https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/05/28/infolibre_reproduce_integro_protocolo_del_gobierno_ayuso_que_prohibio_trasladar_pacientes_residencias_hospitales_107169_1012.html
https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/06/05/los_seis_documentos_que_desmontan_version_ayuso_sobre_orden_no_trasladar_enfermos_residencias_hospitales_107433_1012.html

153 Recomendaciones para el manejo del paciente con infección por COVID-19 y signos de compromiso respiratorio en Atención Primaria, 23/03/2020. <https://www.losgenoveses.net/Personajes%20Populares/Diaz%20Ayuso,%20Isabel/diazayuso%20y%20el%20coronavirus/ayusoresidencias/protocolos/Consejeria%20de%20Sanidad.Pacientes%20con%20compromiso%20respiratorio%20en%20atencion%20primaria.%2023.03.20.pdf>

154 Protocolo de actuación en residencias de mayores de la Comunidad de Madrid durante el periodo epidémico ocasionado por la COVID-19.

- ✘ Deterioro funcional severo (definidos por Barthel <25).
- ✘ Deterioro funcional grave (Barthel 25-40) más deterioro cognitivo moderado (GDS 5): lo ideal sería visita/atención en la propia residencia”.

Y sobre “los CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA ANTE OTRA PATOLOGÍA: NO se derivarán al hospital a los pacientes que cumplan con los siguientes criterios:

- ✘ Criterios de gravedad de la patología aguda a tratar.
- ✘ Pacientes en situación de final de vida subsidiarios de cuidados paliativos.
- ✘ Pacientes con criterios de terminalidad oncológica, de enfermedades de órgano avanzada.
- ✘ Pacientes con criterios de terminalidad neurodegenerativa (GDS de 7).
- ✘ Deterioro funcional severo (definidos por Barthel <25).
- ✘ Deterioro funcional grave (Barthel 25-40) más deterioro cognitivo moderado (GDS 5): lo ideal sería visita/atención en la propia residencia”.

En todos ellos se aprecia un claro alineamiento con las recomendaciones de las sociedades médicas comentadas en el Cuadro 6, llegando a mencionarse y citarse expresamente.¹⁵⁵ En la Comunidad de Madrid no hay ningún protocolo específico sobre otro grupo vulnerable que establezca la diferencia de criterios de derivación por el lugar en el que se reside y que, además, refiera entre sus objetivos secundarios “*contribuir a la sostenibilidad del Sistema de Salud evitando las graves consecuencias que el colapso del mismo tendría [...]*”. Como ya se apuntó anteriormente, la “sobrepotocolización” de los criterios de derivación dan cuenta de la planificación en este aspecto. Se echan en falta escalas médicas utilizadas en otros protocolos, como la CURB65,¹⁵⁶ e indicación de su relación con otros protocolos.¹⁵⁷ Tienen en común el establecimiento de parámetros para la valoración de derivación o no al hospital alrededor de la edad, el estado de salud (paciente con sospecha de COVID-19) y elementos de deterioro cognitivo y fragilidad (componentes de algunas discapacidades) que son aceptadas como escalas de referencia para la valoración de esfuerzo terapéutico, siempre que sean parte de una valoración individualizada y donde se contemplen todos los factores.

Amnistía Internacional tiene constancia de que el Protocolo de Atención Primaria sufrió modificaciones en parte por la protesta de varios profesionales al recibirlo, por considerar problemáticos esos criterios. Para la atención sanitaria en residencias, desde el 18 de marzo hasta junio hubo protocolos que excluyeron de forma automatizada y discriminatoria a pacientes de residencias de derivaciones a hospitales, sin dar una alternativa adecuada.¹⁵⁸ Según relató el director de Coordinación sociosanitaria en Madrid, “*en teoría sigue vigente, aunque sin emplearse porque no hay contexto de crisis*”. El

155 “Esto se contempla ya en los hospitales de la Comunidad de Madrid, lo avalan distintas sociedades científicas y atención primaria no debe ser ajena a ello”. En la Bibliografía se mencionan también informes y recomendaciones de las diferentes sociedades médicas.

156 El CURB-65 es un índice del grado de severidad para las neumonías adquiridas en la comunidad, y va asociado a la necesidad de tratamiento. Se recomienda tratamiento ambulatorio para el bajo riesgo, ingreso o seguimiento cercano para el riesgo moderado, considerar el ingreso en UCI para el riesgo considerado severo, e ingreso inmediato en UCI para el riesgo alto. Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. <http://www.samiuc.es/escala-curb-65-para-neumonia-adquirida-en-la-comunidad/>

157 En cambio, en el Procedimiento de actuación para centros de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad frente a la infección por coronavirus, 11 de marzo de 2020, p. 3. Tabla 1.

158 Protocolo de coordinación para la atención a pacientes, institucionalizados en centros residenciales de la Comunidad de Madrid durante el periodo epidémico ocasionado por la COVID-19. DG Coordinación Sociosanitaria (primera versión, 18 de marzo de 2020; segunda y tercera versión, 20 de marzo; última y cuarta versión, 25 de marzo).

protocolo inicialmente establecía criterios de discapacidad física o cognitiva alrededor de diferentes escalas,¹⁵⁹ y diseñaba un procedimiento, que no contemplaba el criterio médico individualizado, para la filtración de la derivación a través de los llamados “geriatras de enlace” y “coordinadores de plazas sociosanitarias” designados en los hospitales de referencia. A una trabajadora de un hospital público en Madrid le consta la aplicación del protocolo y la denegación de las ambulancias cuando provenían de residencias. Un médico de atención primaria de la Comunidad de Madrid confirmó a Amnistía Internacional, en relación con el protocolo sobre derivación que *"hubo un documento que yo he tenido en mis manos y que ha circulado de la Consejería a las residencias; donde decían lo que había que hacer, y qué había que seleccionar. Que gente mayor, con deterioro cognitivo, con enfermedades terminales, con ciertas patologías, con expectativa de vida escasa o limitada, no se derivase a hospitales, y que tuviesen una muerte digna en las residencias, con una sedación"*. Según el director de Coordinación sociosanitaria, la existencia de dicho protocolo no significa que el criterio de cada profesional médico deba prevalecer en todo caso.

Sobre el protocolo de coordinación sociosanitaria de la Comunidad de Madrid, una profesional sanitaria de un hospital público relata que *"ese protocolo no lo teníamos. Se cuidaron muy mucho de enviarlo solo a los geriatras de las unidades de enlace, nadie más lo tenía. Solo lo tenía la gente que se dedicaba a eso. Es raro porque cuando das un protocolo de actuación médica, se lo das a todo el mundo. En este caso el documento por escrito solo lo tenían los geriatras. Normalmente las directrices se dan a todo el mundo por escrito y luego hay cuatrocientas reuniones, para hablar de los protocolos, es lo normal. Salvo este. Se envió solo a quien se tenía que enviar"*. Continúa explicando que *"a efectos prácticos, era no (ingresar) a personas de residencias. En realidad, nadie miró esos criterios. Claro que se ingresó a gente mayor y dependiente. Se contagió más gente en la residencia, es lógico si vives con otros cien. Es una manera de disfrazarlo, es un poco mentira (lo de los criterios)"*.

En esas fechas (23 de marzo), en internet circulaba un vídeo grabado en el Hospital de Parla (Comunidad de Madrid) donde, en una formación, un doctor menciona la “ética utilitarista”, y explica que *"si hay desabastecimiento se podría llegar a limitar el tratamiento a pacientes recuperables, ya no se está dando tratamiento a los ancianos de residencias; se está negando tratamiento, se le está dando antibioterapia para infección bacteriana y si es un COVID, mala suerte"*.¹⁶⁰ Una doctora del SUMMA de Madrid relató a Amnistía cómo su superior le instó a cumplir con el protocolo de no trasladar a personas mayores de residencias, cosa que ella, por criterio individual, no cumplió.

Una doctora de residencias de Madrid explicó cómo en unos días la situación cambió repentinamente: *"Llamaba al 061 o a unidades de enlace, y si era mayor de 85 años y tenía situación de discapacidad física o intelectual, no era posible derivar. Las unidades de apoyo te ayudaban un poco, te mandaban medicación intravenosa. Cuando llamaba, me pedían nombre, DNI y las escalas Barthel y LOBO. Si tú decías que era mayor de 85 años, con mala puntuación en esas escalas, ya no había nada que hacer. Pedían edad, estado cognitivo y de movilidad. Y con el 061 era igual que con la unidad de enlace: si algo de lo que decías sobre el estado de salud previo del paciente o su pronóstico no les convencía, tenías que tratarle en el centro"*.

159 “Criterios de exclusión de derivación hospitalaria”: GDS 7, Barthel <25; Barthel 25-40 +GDS 5. “Lo ideal sería visita/atención en propia residencia”. Anexo 1 Material, Anexo 2 Paliativos, Anexo 3 Formulario y procedimiento (versión de 20 de marzo).

160 Publicado con fecha 23 de marzo, cuya veracidad ha podido constatar la organización: “Así deciden en los hospitales a quién atender, y a quién dejan morir”. https://youtu.be/H_LdoVvT3wQ.

Por su parte, en **Cataluña**, el Protocolo del Servicio de Emergencias Médicas (SEM), dependiente del Departamento de Salud, recomienda no ingresar en la UCI a determinados pacientes de más de 80 años con coronavirus, y hacía referencia al criterio de futilidad.¹⁶¹ Si bien el Protocolo catalán establecía que “el criterio del médico de cada paciente” prevalece sobre las recomendaciones generales,¹⁶² al no poder contar muchas de las personas mayores con la posibilidad de consultar a un médico o médica, lo cierto es que el resultado era el mismo: denegación de cualquier modalidad de asistencia sanitaria adecuada. Un médico catalán decía a Amnistía Internacional que “*hubo momentos en que se decidió no derivar*”.

Un alto cargo del Departamento de Salud, encargado de la medicalización de las residencias, explicó a Amnistía Internacional que el protocolo del SEM era de uso interno. Contó a la organización que durante la primera fase de la pandemia las UCI colapsaron y que, en consecuencia, no querían trasladar a los hospitales a personas que no pudiesen recibir toda la atención, en un contexto en el que había personas más jóvenes necesitadas de atención.¹⁶³

Según datos de la Generalitat, 3.198 mayores murieron entre los meses de marzo y mayo en residencias de Cataluña sin ser trasladados a un hospital.¹⁶⁴ En el documento de 13 de marzo de 2020 de la Sub-direcció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública elaborado por los Departamentos de Salud y Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias, se especifica que la atención en la residencia “puede ser una buena opción para los casos con síntomas leves sin comorbilidad importante y situación clínica estable, siempre que el entorno residencial sea adecuado para la atención sanitaria del enfermo y se cumplan unos requisitos mínimos que garanticen la seguridad del resto de los residentes y de los profesionales que los atienden. Además, el manejo en la residencia puede ser la mejor opción en situaciones en las que el ingreso hospitalario sea inviable; por ejemplo, si la capacidad de los centros hospitalarios para atender la demanda de la población se ve limitada o por un rechazo del paciente a ser ingresado. Por ello, es importante tener previstas alternativas para la atención sanitaria en los propios centros residenciales”.¹⁶⁵

Sin embargo, como se verá en el próximo capítulo, Amnistía Internacional constató tanto en Madrid como en Cataluña que no existió dicha alternativa para las personas mayores en residencia y que tampoco recibieron asistencia sanitaria adecuada en las residencias.

El secretario general de la ONU, en su reciente documento de políticas, ha reconocido que “*las personas mayores también pueden enfrentar discriminación por edad en las decisiones sobre atención médica, triaje y terapias que salvan vidas*”.¹⁶⁶ Según el Consejo de Europa, el principio de equidad en el acceso a la asistencia sanitaria consagrado en el artículo 3 de la Convención de Oviedo debe mantenerse, incluso en un contexto de escasez de recursos. El acceso a los recursos existentes deber estar guiado por criterios médicos, para garantizar, en concreto, que las vulnerabilidades no conduzcan a la discriminación en el acceso a la atención médica. Esto es ciertamente relevante para la atención de los pacientes con COVID-19, pero también para cualquier otro tipo de atención potencialmente complicada con las medidas de confinamiento y

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

162 El criteri mèdic de cada pacient ESTÀ PER SOBRE d'aquestes recomanacions generals, sempre que sigui raonat, argumentat i consensuat amb pacient i familiars . Recomanacions per suport a les decisions d'adequació de l'esforç terapèutic (AET) per pacients amb sospita d'infecció per COVID-19 i insuficiència respiratòria aguda (IRA) hipoxèmica Grup de treball de Ventilació, Cap Àmbit Emergències, Direcció Mèdica i Direcció Infermera de SEM (en catalán), 25 de marzo de 2020, p. 3.

163 Entrevista mantenida por Amnistía Internacional con altos cargos de los Departamentos de Salud y Asuntos Sociales de la Generalitat de Cataluña, el 12 de noviembre de 2020.

164 Datos de la Generalitat proporcionados a solicitud de Amnistía Internacional por el portal de Transparencia.

165 Maneig a les residències de casos en investigació, probables o confirmats de la COVID-19. Sub-direcció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública, 13 de marzo de 2020. <https://coronavirus.coib.cat/wp-content/uploads/2020/03/coronavirus-maneig-residencial.pdf>

166 Policy Brief: “El impacto de la COVID-19 en las personas mayores”, mayo de 2020.

la reasignación de recursos médicos para combatir la pandemia. De hecho, está en juego la protección de las personas más vulnerables en este contexto, como las personas con discapacidad, las personas mayores, las refugiadas y las migrantes. Esto se refiere a las decisiones de asignar más recursos, brindar asistencia a las personas más necesitadas, así como proteger y apoyar a las personas vulnerables afectadas en gran medida por las consecuencias de las medidas de confinamiento.¹⁶⁷

El Comité DESC, en su Observación general núm. 14 sobre derecho a la salud, ha afirmado que la accesibilidad es uno de los componentes del derecho a la salud. Esto significa que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para todas las personas sin discriminación y para los sectores más vulnerables de la población. Otro componente importante es la accesibilidad física, especialmente para personas mayores y con discapacidad.¹⁶⁸

La Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, en su artículo 25 establece que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad, y que los Estados Parte deben adoptar las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud, y exigir a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás e impedir que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud.¹⁶⁹

167 Committee on Bioethics. DH-BIO Statement on human rights considerations relevant to the COVID-19 pandemic. Estrasburgo, 14 de abril de 2020. <https://rm.coe.int/inf-2020-2-statement-covid19-e/16809e2785>

168 CESCR, Observación general núm. 14: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, doc. ONU E/C.12/2000/4, párr. 12.b).

169 Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Artículo 25.

CAPÍTULO 4.

SIN OPCIONES Y SOLUCIONES INVIABLES: LA SUPUESTA “MEDICALIZACIÓN” DE LAS RESIDENCIAS

En el capítulo anterior se ha analizado la manera en que se ha denegado la derivación hospitalaria a personas residentes. Además de dicha denegación, y a pesar de lo establecido o manifestado en diversos ámbitos, las autoridades han fallado en adoptar medidas alternativas que garanticen la asistencia sanitaria médica adecuada de este grupo vulnerable.

Y es que frente a la situación de presión asistencial que vivían los hospitales en el pico de la primera ola de la pandemia, las autoridades previeron, en diversos instrumentos y como parte de la gestión de la crisis sanitaria, la supuesta dotación de recursos en las residencias para que reciban asistencia sanitaria adecuada: la llamada “medicalización de las residencias”.

Sin embargo, esto no sucedió. Además de no ser materialmente viable transformar una residencia en un hospital, ese incremento de dotación de recursos (materiales y personales) nunca se llevó a cabo, dejando a las personas mayores que viven en residencias en una situación muy delicada. Una doctora, que estuvo trabajando en varias residencias durante el pico de la pandemia, explicó que *“no podemos considerar a una residencia un hospital por el hecho que tenga enfermería o médicos, porque no tenemos herramientas básicas para poder hacer tratamientos, ningún tipo de herramienta para diagnosticar procesos agudos, ni la dotación necesaria para poder monitorizar la respuesta al tratamiento”*. Una profesional sanitaria de un hospital público de Madrid cuenta que *“en teoría, si una residencia no tiene médico, una enfermera no puede prescribir medicación. Aunque lo tuviera, la enfermera no puede poner nada sin prescripción médica. La enfermera no puede decidir sobre tratamientos agudos. No pueden poner la medicación cuando quieran ni como quieran. Y la cantidad de medicación a disposición dependerá de la residencia, puedes tener pero no lo puedes poner sin médico, y durante la pandemia se les acababa más rápido. Hay mucha variedad en el tipo de residencias. Hay otras que tienen de todo, otras de nada, en cualquier caso tienen pero para una urgencia”*.

El consejero de sanidad de la **Comunidad de Madrid** afirmó públicamente que *“las residencias se van a medicalizar y los mayores contagiados serán atendidos allí mismo”*.¹⁷⁰ El Protocolo de coordinación para la atención a pacientes, institucionalizados en centros residenciales de la CAM durante el periodo epidémico ocasionado por la COVID-19 (en todas sus versiones), menciona como objetivo general *“establecer un modelo de coordinación entre los centros residenciales de mayores [...] que permita garantizar una atención a las necesidades de los residentes afectados por la COVID-19 con criterios de calidad, adecuación científico técnica y seguridad”*. Y como objetivos secundarios, entre otros, contribuir a la sostenibilidad del Sistema de Salud *“evitando las graves consecuencias que el colapso del mismo tendría”*, y asegurar el acceso de los centros residenciales al material y la medicación necesarios.¹⁷¹ De acuerdo con el protocolo, *“dichas medidas han de implementarse sobre una población con características diferenciales respecto del universo de pacientes enfermos, que representa a uno de los grupos de mayor riesgo y que van a ser atendidos mayoritariamente en un medio con peculiaridades”*.¹⁷²

170 Véase: <https://www.comunidad.madrid/notas-prensa/2020/03/12/comunidad-madrid-pone-marcha-plan-historico-unira-sanidad-publica-privada-unica-coordinacion>.

En el Protocolo de **Cataluña**, se menciona “*planificar la distribución de los recursos existentes, ampliar las camas de críticos y equiparlos con material propio o externo temporalmente. [...] Mantener una ética en la toma de decisiones basada en ofrecer los recursos a aquellos pacientes que más se puedan beneficiar, en términos de años de vida salvados, máxima supervivencia al alta, evitar ingresos en pacientes con escaso beneficio, ya sea por patologías respiratorias por COVID-19 o de otras patologías que condicionen el estado crítico, evitar el fenómeno del ‘primero que llega, primero que ingresa’ y aplicar estos principios a todos los grupos de pacientes por igual, no solo a un grupo concreto como los pacientes geriátricos*”.¹⁷³

Como se ha podido constatar en esta investigación, la mayoría de la residencias en Madrid y Cataluña no estaban ni están adecuadamente dotadas de personal ni de equipamiento médico, a pesar de los anuncios mencionados. Naturalmente, durante el pico de la pandemia, las residencias no estaban preparadas para brindar asistencia médico-sanitaria adecuada a sus residentes ni para gestionar la especial vulnerabilidad del colectivo de mayores en residencias a la COVID-19 .

En definitiva, sin la posibilidad de ir al hospital o de recibir asistencia sanitaria adecuada dentro de las residencias, las personas mayores en residencias quedaron abandonadas a su suerte.

171 La totalidad de los objetivos secundarios reflejados en el referido protocolo son: “1) Contribuir a la sostenibilidad del Sistema de Salud evitando las graves consecuencias que el colapso del mismo tendría tanto para la población afectada por la COVID-19 como para los pacientes no afectados por el virus y cuya salud debiera sufrir las menores consecuencias posibles de la actual crisis. 2) Identificar los pacientes que se beneficien de una derivación a centros hospitalarios por mejorar el pronóstico de supervivencia y calidad de vida a corto y largo plazo. 3) Responder adecuadamente a los principios de la bioética y el código deontológico de las profesiones sanitarias en situaciones de emergencia y catástrofes sanitarias. 4) Asegurar el acceso a los recursos indicados y al confort de los pacientes en cada fase de la enfermedad. 5) Identificar los procesos sanitarios y los profesionales que mejoren y agilicen la implantación de las medidas a adoptar. 6) Minimizar la expansión de la enfermedad, protegiendo a los convivientes y al personal que atiende a los pacientes. 7) Asegurar el acceso de los centros residenciales al material y medicación necesarios”.

172 Protocolo de coordinación para la atención a pacientes, institucionalizados en centros residenciales de la CAM durante el periodo epidémico ocasionado por la COVID-19.

173 Recomanacions per suport a les decisions d’adequació de l’esforç terapèutic (AET) per pacients amb sospita d’infecció per COVID-19 i insuficiència respiratòria aguda (IRA) hipoxèmica. Grup de treball de Ventilació, Cap Àmbit Emergències, Direcció Mèdica i Direcció Infermera de SEM (en catalán), 25 de marzo de 2020.

https://d3cra5ec8gdi8w.cloudfront.net/uploads/documentos/2020/07/07/protocolocatalua_179628f4.pdf

CUADRO 6

LAS RESIDENCIAS Y LA ATENCIÓN MÉDICO-SANITARIA

La normativa sobre ratios de plantilla de atención directa es un estándar de personal consensado por el Gobierno central y las administraciones autonómicas a través de un Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.¹⁷⁴ Este estándar no contempla ningún ratio específico de personal médico, lo que queda a criterio de cada Comunidad Autónoma.

En **Madrid**, el personal médico de la residencia necesita que sea el personal médico de atención primaria el que autorice las recetas, analíticas y derivaciones de los pacientes a hospitales. En **Cataluña**, la mayoría de las residencias de la Generalitat son asistidas por MUTUAM, con la que la Generalitat tiene convenio para que sea el Equipo de Atención a Residencias (EAR) quien las atienda. Según su propia información, la relación de colaboración entre el CAP y el EAR no es clara, *“depende del acuerdo que se haga entre las instituciones proveedoras de servicios de atención primaria y MUTUAM”*.¹⁷⁵

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) considera que las ratios actuales de personal son insuficientes, siendo necesario incorporar ratios de presencia de distintos perfiles profesionales y redefinir las características de las habitaciones de las residencias.¹⁷⁶ La atención médico-sanitaria en la residencia no es normalmente de 24 horas, sino que es escasa y funciona de la siguiente manera: las auxiliares se encargan de la atención directa a las personas usuarias, por turnos de mañana, tarde y noche. También hay personal de enfermería. Las auxiliares son quienes anotan las incidencias en el sistema interno de seguimiento clínico, y las enfermeras son las que dan seguimiento a las necesidades sanitarias, para después informar al profesional médico de la residencia. En muy pocas residencias existe personal médico todo el día, y en las menos puede haberlo las 24 horas. En casos de emergencia, y en ausencia del profesional médico, la residencia llama a los servicios de emergencia (en Madrid el SUMMA 112 y en Cataluña el 061 SEM).

Además, los problemas de la atención sanitaria en residencias no se limitaban a la detección y tratamiento de la COVID-19. Amnistía Internacional ha documentado y recogido diversos testimonios sobre cómo la falta de recursos supuso dificultades para tratar las patologías comunes, su medicación y tratamiento. Los problemas de llagas, úlceras o depresión, muy comunes en personas mayores residentes, no fueron tratados adecuadamente en numerosas residencias de las

174 Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-20451>

175 Véase: <https://www.mutuam.es/servicios-sanitarios/ear>. Sus principales funciones son: efectuar valoraciones geriátricas integrales y hacer un registro de pacientes frágiles; elaborar planes de atención individualizados; prescribir fármacos a pacientes crónicos y agudos; prevenir y hacer seguimiento de la fragilidad y de posibles desestabilizaciones; ofrecer apoyo sanitario a las residencias mediante la consultoría y la formación (consultada el 6 de octubre de 2020).

176 Véase: <https://www.geriaticare.com/2020/06/11/la-segg-considera-que-los-ratios-actuales-de-personal-en-las-residencias-de-personas-mayores-son-insuficientes/>.

Comunidades Autónomas de Cataluña y Madrid. La combinación de falta de personal, de recursos y el obligado aislamiento por sospecha de COVID-19 produjeron, en varios casos documentados por la organización, la desnutrición, la deshidratación y un rápido deterioro e impacto emocional en las personas mayores en residencias. Amnistía Internacional documentó casos de personas que han llegado al hospital deshidratadas o con úlceras por presión que, según familiares, fue debido a la falta de atención adecuada, lo cual podría constituir trato cruel e inhumano, conforme a estándares internacionales.

Diana, TCAE en una residencia pública de Madrid, explica que “*los centros no están preparados, no teníamos una aguja para coger una vía, esos tratamientos (de pacientes agudos) se hacen en el hospital, un usuario con gastroenteritis severa se manda al hospital*”, y “*tenemos concentradores, el caudal de oxígeno que puedes suministrar a un paciente es mínimo, a un paciente de COVID le haces cosquillas con eso*”.

Pedro Rodríguez García, de 89 años, acababa de trasladarse a una residencia en Barcelona cuando enfermó por una supuesta infección de orina, que resultó ser coronavirus. Paco, su hijo, relata que Pedro fue derivado a un hospital, en el que ingresó en situación de mucho deterioro, tal y como le informó el médico que atendió a su padre. Pedro se ha recuperado de la COVID-19 y ha regresado a vivir a la residencia. Carlota, educadora social de la misma residencia, cuenta que asumió tareas de gerocultora durante varias semanas, y relató que, dado el colapso, dejaron de anotar la información clínica en el sistema interno de la residencia, y que comenzaron a escribir la información en un papel o directamente era transmitida verbalmente entre el personal. También dejaron de apuntar en el sistema las incidencias del cuadro clínico de las personas residentes.

EL CASO DE JESÚS ES UNA LAMENTABLE CONSTATAción DE LA FALTA DE CAPACIDAD MÉDICO-SANITARIA DENTRO DE LAS RESIDENCIAS:

SIN MÉDICO QUE LE ATIENDA PORQUE “HAY OTROS RESIDENTES QUE ESTÁN PEOR”

Jesús Izquierdo tenía 88 años recién cumplidos. Su hija María Jesús relata cómo en las pocas comunicaciones con la residencia en marzo se les decía que “*todo estaba bien*”. Un día la directora del centro la llamó para informarle de que habían aislado a su padre porque había tenido vómitos, pero “*sin ningún otro síntoma relacionado con el coronavirus (ni tos ni fiebre)*”. La residencia no disponía de médico (la médico titular estaba de baja) y recibían apoyo de un servicio de médicos vía telefónica del EAR (Equipo de Atención Residencial de MUTUAM). El viernes 27 de marzo sobre las 9 de la noche una enfermera llamó para decirle que su padre “*estaba bien, que comía bien*”, lo cual la tranquilizó, pero al día siguiente, tal y como cuenta María Jesús, otra enfermera la llamó para avisar de que estaba muy grave: ni comía ni bebía, estaba inconsciente y le habían salido unas manchas en la piel muy extrañas, que tenía las constantes vitales alteradas y el oxígeno en sangre muy justo, con febrícula y tensión arterial alta. El lunes 30 de marzo, un médico de Mutuam fue a la residencia y M.^a Jesús pidió a la enfermera que pasara a ver cómo estaba su padre y valorarlo, a lo que la enfermera contestó que “*como tenían que priorizar, no lo iba a visitar ya que*

había otros residentes que estaban peor". Lamentablemente, el martes 31 de marzo falleció Jesús por sintomatología compatible por coronavirus en la residencia,¹⁷⁷ sin haberlo visto un médico y recibiendo atención médica por vía telefónica.

Tal y como establece el Consejo de Europa en una Recomendación de 2014, los Estados miembros deben proteger a las personas mayores de la negligencia, deliberada o no, y dicha protección debe garantizarse independientemente de si los hechos ocurren en el hogar, en el seno de una institución o en cualquier otro lugar.¹⁷⁸

MEDIDAS DE INTERVENCIÓN INSUFICIENTES

El 23 de marzo, ante el gran número de muertes y contagios por COVID-19 en residencias, el Ministerio de Sanidad faculta a las Comunidades Autónomas para su intervención con el objeto de, entre otros, mejorar la gestión de la pandemia y la asistencia sanitaria dentro de las residencias. Este ámbito de intervención abarcaba desde la posibilidad de trasladar a residentes a otros centros residenciales, a poder asignar a personal público para dirigir y coordinar la actividad asistencial del centro, y a la *"modificación del uso de los centros residenciales objeto de esta Orden para su utilización como espacios para uso sanitario"*.¹⁷⁹ Sin embargo, las medidas adoptadas han resultado ser claramente insuficientes.

Tanto la Comunidad de Madrid como la Generalitat adoptaron medidas para resolver la situación que fueron escasas y tardías. Se implementaron de forma incoherente y no llegaron a dotar de acceso a los servicios de salud por parte de la población mayor en residencias. Las medidas carecían de uniformidad y claridad de criterios de la intervención o indicadores respecto al éxito de las mismas. No hubo capacidad para asumir las necesidades de asistencia médico-sanitaria de todas las personas residentes, afectadas de COVID-19 o con sintomatología compatible, pero tampoco para dar continuidad y cuidado a sus necesidades diarias.

En el caso de la **Comunidad de Madrid**, dicha intervención a residencias se formalizó a través de la Resolución de 27 de marzo de 2020 y se anunció un "Plan de Choque"¹⁸⁰ para la intervención de algunos centros. Según la Dirección General del Mayor, se llegaron a intervenir 16 residencias. En otros casos, la "intervención" consistió en la desinfección y sectorización por parte de la UME, Bomberos y SAMUR a través de medidas del PLATERCAM. En el caso de una residencia en Madrid, y por las comunicaciones que realizaban desde la Dirección a las familias —a las cuales Amnistía Internacional tuvo acceso—, la medida implementada en esa residencia consistió en nombrar una persona coordinadora de servicios sociales que tomaba nota de las necesidades y, tras muchos días, enviar personal de refuerzo.¹⁸¹ Según una profesional sanitaria de un hospital público de Madrid *"habría que haber reforzado la asistencia en residencia, pero no como se hizo, sino de verdad"*.

177 Tal y como consta en el certificado de defunción de fecha 31 de marzo: "infección por COVID-19 probable".

178 Recomendación CM/Rec (2014) 2 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la promoción de los derechos humanos de las personas mayores (adoptada por el Comité de Ministros el 19 de febrero de 2014 durante la 1192ª reunión de viceministros). Recomendación núm. 16.

179 Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. Artículo 3.

180 Plan de Apoyo, en el marco del PLATERCAM.

En **Cataluña** dichas medidas fueron de diversa intensidad y sin que los parámetros de la intervención sean claros. Una vez realizadas las sectorizaciones y elaborados los protocolos oportunos, se dio por acabada la intervención. En una residencia privada en Barcelona, según relató el gestor designado por la Generalitat a Amnistía Internacional, la medida se limitó a nombrar a una persona para asumir la Dirección durante unos meses y realizar unos protocolos de circuitos de limpio y sucio, y sin retirar la gestión a la entidad que la llevaba normalmente.

Una residencia que fue intervenida en Cataluña durante el pico de la pandemia, comenzó a realizar la atención médico sanitaria en la residencia en colaboración con el Centro de Atención Primaria y así continúa hasta el día de redactar este informe. Por otra parte, tres trabajadoras de la residencia, han coincidido en contarle a la organización que cuando llegó el CAP a reforzar el recurso médico sanitario, se celebró una reunión muy tensa con el personal de la residencia, en la que se habló de clasificar a las personas residentes como “*salvables o no salvables*”. Según la psicóloga de la residencia, las derivaciones a centros sociosanitarios comenzaron a hacerse poco después. La terapeuta ocupacional mantuvo una reunión con el médico del CAP y de la residencia para confirmar qué pacientes tenían más posibilidades de sobrevivir.

Según el Presidente de la SEGG, las autoridades deberían haber sido mucho más enérgicas con el cumplimiento de las condiciones impuestas a las residencias y ser más intervencionistas.

Es una obligación básica del Estado garantizar el derecho de acceso a los servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables.¹⁸² El derecho a la salud de las personas mayores está contenido en el artículo 12. 1 del PIDESC, que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, lo que incluye la “*creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad*”.¹⁸³ Además, el PIDESC prohíbe la discriminación por diversos motivos y por “*cualquier otra condición social*”.¹⁸⁴ El Comité ha declarado que “*el ejercicio de los derechos reconocidos en el Pacto no debe depender del lugar en que resida o haya residido una persona, ni estar determinado por él, y que deben eliminarse las disparidades entre localidades y regiones, por ejemplo, garantizando la distribución uniforme, en cuanto al acceso y la calidad, de los servicios sanitarios de atención primaria, secundaria y paliativa*”.¹⁸⁵

FALENCIAS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

En relación con la atención en los momentos del final de la vida de personas mayores en residencias, también se produjeron déficits que vulneraron el derecho humano a la salud y que dejan en evidencia que las medidas adoptadas por las autoridades (incluida la de la “*medicalización*”) han sido insuficientes e inadecuadas.

181 Desde el 20 de marzo de 2020. El 8 de abril comunicaban a las familias que “(a)sistencial y sanitariamente, señalar que, hasta la fecha, continuamos sin recibir ayuda por parte de las autoridades competentes, tratando por todos los medios de conseguir los recursos humanos necesarios, tanto de manera particular como a través de la Coordinadora asignada desde la Comunidad de Madrid”. El 14 de abril se hicieron los test rápidos “gracias a (la) colaboración desinteresada del laboratorio de Biología Molecular de la Universidad Complutense de Madrid”.

182 CESC. Observación núm. 14 sobre salud, párr. 43.

183 Artículo 12.2.d).

184 Artículo 2.2.2.

185 Observación General núm. 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009, párr. 34. https://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/E.C.12.GC.20_sp.doc

Amnistía Internacional recogió varios testimonios de personas expertas y de personal de residencias que aseguraban que el personal médico sanitario de las residencias normalmente no cuenta con la formación ni con la medicación adecuada para los cuidados paliativos. En Madrid y en Cataluña hay servicios de apoyo especializado en cuidados paliativos.¹⁸⁶ Según testimonios recabados por la organización, en algunas residencias dichos cuidados paliativos no se realizaron correctamente (de forma contraindicada y/o sin contar con el consentimiento del paciente, o de la familia cuando fuese necesario) o no se informó a sus familiares. En los protocolos de tratamiento que contenían criterios para valorar la derivación, se contemplaban instrucciones específicas de medicación paliativa: como consecuencia se dieron instrucciones de cuidados paliativos-sedaciones que tampoco fueron individualizadas y que, en ocasiones, se proporcionaron sin informar y sin contar con el consentimiento de las familias. Además, Amnistía Internacional también ha constatado cómo algunas familias no fueron informadas adecuadamente, ni se las hizo partícipes en muchos casos de las decisiones sobre los tratamientos a adoptar.

El protocolo de la **Comunidad de Madrid** incluía anexos con referencia al tratamiento de sedación. También al personal médico de atención primaria se le hizo llegar similares indicaciones en el anexo al protocolo. Un médico paliativista que valora habitualmente pacientes ingresados en residencias de Madrid relató que en el periodo crítico hubo casos donde *“se retiró la sedación porque no estaba indicada”*. En el protocolo de Madrid se hace referencia expresa a que *“no es necesario el consentimiento de las familias”*.¹⁸⁷

186 “De acuerdo con el modelo de atención sanitaria en la Comunidad de Madrid y el derecho de los pacientes a recibir Atención Paliativa cuando la necesitan, los recursos asistenciales que intervienen en la misma de forma integrada, coordinada y compartida son: Recursos generales: Equipos de Atención Primaria, Servicios de Atención Hospitalaria, SUMMA 112; Recursos específicos: Unidad de Atención Paliativa Continuada Pal 24, Unidad Integral de Atención Paliativa Pediátrica Domiciliaria, Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarias de la AECC Hospitalarios, Equipos de Soporte Hospitalarios, Unidades de Cuidados Paliativos Agudos, Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia”. Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, 2017-2020, pág. 40. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020297.pdf>

Programa d'atenció domiciliària equips de suport (PADES); Unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS); Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA); Hospital de dia; Unitats de Cures Pal·liatives; Unitats de mitja estada polivalent; Equip mixt de Cures pal·liatives infantil; Recurs privat de cures pal·liatives; Recurs específic no assistencial de Cures Pal·liatives. Pla director sociosanitari del Departament de Salut, Recursos específics de cures palliatives. Dircat-CP 2019.

187 Protocolo de actuación en residencias de mayores de la Comunidad de Madrid durante el periodo epidémico ocasionado por la COVID-19: “No es necesario el consentimiento informado por escrito del paciente o familia”, p. 24.

Una doctora de residencia de Madrid relató el caso de una paciente que “*estaba fatal, nos mandaron su bomba de paliativos, se la pusimos y al tercer o cuarto día revivió. Se despertó y dijo que quería un caldo de pollo, se recuperó. El problema es que tenía una anemia muy severa y yo necesitaba una transfusión urgente para ella, porque estaba bien. Pues me costó dos días y medio que la unidad de enlace me creyese porque en su sistema figuraba que estaba en tratamiento paliativo. Intenté gestionar que me mandasen sangre para transfundirla en la propia residencia, porque estaba bien, aunque su estado de salud era delicado, pero no me creían [a pesar de que les decía] que está despierta, andando, comiendo. Fue una de las guerras más encarnizadas [que tuve] durante la pandemia. Al final la única solución fue que viniera su hijo y la llevase a urgencias [porque no había ambulancias disponibles] y allí la transfundieron. Lo cual era bastante incongruente porque la residencia estaba totalmente cerrada a visitas de familiares por el alto riesgo de contagio. Cuando un paciente se ponía muy mal, si tenías la suerte que te cogieran el teléfono, te mandaban tratamientos paliativos”.*

La doctora explica que “*su familia todavía está enfadada porque se le dijo que no tenía recuperación, que se le iba a poner morfina y otros tramientos con la única finalidad de paliar su sufrimiento. [Es] horroroso, tu madre se va a morir, le vamos a poner morfina y nada de esto pasa por ti, no tienes voz ni voto y no la vas a poder acompañar, nadie te va a explicar en qué consiste porque no hay tiempo. Para muchos pacientes fue necesario porque la gente moría con mucho sufrimiento. Pero se aceleró mucho el proceso, no era estudiar un caso: [era] tu paciente está mal, te mando morfina. Normalmente el proceso para poner paliativos a un paciente es muchomás meditado y muy consensuado con la familia. La atención al final de la vida es todo un capítulo en la medicina. Y esto fue una tiritá para gente que estaba muriendo sin la atención adecuada, para que se muriesen con un poquito menos de sufrimiento”.*

En **Cataluña**, el protocolo del SEM incluía mención al respecto.¹⁸⁸ Amnistía Internacional ha constatado cómo se realizaron sedaciones sin informar adecuadamente a familiares. Montse, doctora del CAP, dijo: “*La falta de consideración de las voluntades anticipadas en la valoración del paciente por parte de profesionales no habituales en la atención del paciente”*.”¹⁸⁹ María Madrona, hija de María Peirado, de 87 años, que falleció el 31 de marzo en una residencia catalana, cuenta que se personó en la residencia para ver a su madre pidiendo que se la ingresara en el hospital. Cuando llegó le estaban administrando morfina (Midazolam y Buscapina); “*decidieron que era mórfica*”, algo de lo que no le habían informado hasta ese momento, sin que la doctora estuviera presente (estaba de baja).

188 “En aquests casos, quan s’observi FUTILITAT de mesures terapèutiques, es pot deixar el pacient al domicili sempre que es pugui ASSEGURAR amb la xarxa d’Atenció Primària (AP) un seguiment i cures pal·liatives. En cas contrari, es recomana traslladar (valorar possibilitat de destí a un centre sociosanitari, en comptes d’urgències hospitalàries)”. Recomanacions per suport a les decisions d’adequació de l’esforç terapèutic (AET) per pacients amb sospita d’infecció per COVID-19 i insuficiència respiratòria aguda (IRA) hipoxèmica. Grup de treball de Ventilació, Cap Àmbit Emergències, Direcció Mèdica i Direcció Infermera de SEM (en catalán), 25 de marzo de 2020.

189 Una parte del procedimiento que sigue el personal médico de cuidados paliativos, además de informar y obtener el consentimiento del propio paciente o su familiar.

En su comparecencia en el Congreso de los Diputados en junio, la presidenta del CEAPS declaró: “*Hay una imagen que no borraré en la vida de mi memoria, ver a un médico entrar en una residencia y decir: mórfico, mórfico, mórfico*”.¹⁹⁰ En su informe, Médicos Sin Fronteras también relata las dificultades que los cuidados paliativos presentaron en este periodo en las residencias,¹⁹¹ y como “*la atención de estos casos ha resultado ser muy deficiente y la responsabilidad ha recaído en personas que no tenían los conocimientos o la preparación adecuada para estas situaciones tan sensibles, estando ellas mismas en una situación de desesperanza y desesperación*”.

En su reciente informe, la experta independiente de la ONU sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, ha recordado que los Estados deben velar por que haya cuidados paliativos de buena calidad disponibles, aceptables y accesibles, y que se pueda acceder oportunamente a la información sobre las opciones existentes de cuidados, apoyo y servicios paliativos. Los cuidados paliativos son una parte obligatoria e integral de la plena realización del derecho de todos a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. La OMS, en su guía para la gestión de las cuestiones éticas en los brotes de enfermedades infecciosas, solicita que se hagan esfuerzos para que no se abandone a ningún paciente; una forma de hacerlo es asegurar que se destinen recursos adecuados a la prestación de cuidados de apoyo y paliativos.¹⁹²

Según una recomendación del Consejo de Europa del año 2003, los cuidados paliativos son una parte vital e integral de los servicios de salud; toda persona que necesite cuidados paliativos debería poder acceder a ellos sin demoras indebidas, en un entorno que sea, en la medida de lo razonablemente factible, compatible con sus necesidades y preferencias; tienen como objetivo la consecución y mantenimiento de la mejor calidad de vida posible para los pacientes; buscan abordar los problemas físicos, psicológicos y espirituales asociados con la enfermedad avanzada y requieren una contribución coordinada de un equipo interdisciplinario y multiprofesional altamente capacitado y con los recursos adecuados. Los problemas agudos que intervienen deben tratarse si el paciente así lo desea, pero deben dejarse sin tratar, mientras se siguen proporcionando los mejores cuidados paliativos, si el paciente lo prefiere. El acceso a los cuidados paliativos debe basarse en la necesidad y no debe estar influenciado por el tipo de enfermedad, la ubicación geográfica, la situación socioeconómica u otros factores similares. Como en todos los sectores de la atención médica, los proveedores de atención médica involucrados en cuidados paliativos deben respetar plenamente los derechos de los pacientes, cumplir con las obligaciones y normas profesionales y, en ese contexto, actuar en el mejor interés de los pacientes.¹⁹³

190 Transcripción del Grupo de Trabajo. Sanidad y Salud Pública. Comisión para la reconstrucción social y económica. Sesión núm. 3, celebrada el viernes 5 de junio de 2020.

http://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/Sanidad/03_GT_Sanidad_viernes_05_06_2020.pdf

191 Médicos Sin Fronteras: “Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España”, agosto de 2020, pp. 60- 63. <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/medicossin-fronteras-informe-covid19-residencias.pdf>

192 Informe de Claudia Mahler, experta independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad: “Impacto de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad”. A/75/205, 21 de julio de 2020, párr. 45.

193 Consejo de Europa. Consejo de Ministros. Recomendación Rec(2003)24 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la organización de cuidados paliativos (adoptada por el Comité de Ministros el 12 de noviembre de 2003, durante la 860ª reunión).

CAPÍTULO 5.

ENCERRADAS Y SIN CONTACTO CON LAS FAMILIAS

Varias familias relataron a Amnistía Internacional cómo en el momento más grave de la pandemia las personas residentes estuvieron confinadas en sus habitaciones durante largos periodos, a veces durante varias semanas. La restricción que supuso el encierro “de facto” en las residencias, acompañado en la mayoría de los casos del confinamiento en sus cuartos por tiempo indefinido, añadido a la falta de supervisión por parte de las autoridades estatales (Fiscalía) y autonómicas (servicios de inspección), supuso una vulneración de los derechos a la vida privada y familiar de las personas mayores simplemente por su lugar de residencia.

MEDIDAS RESTRICTIVAS DE LA VIDA PRIVADA Y FAMILIAR

Las primeras medidas adoptadas con contundencia y sin supervisión legal fueron aquellas relacionadas con el “encierro de facto” y/o confinamiento de las personas mayores en sus cuartos durante largos periodos. Amnistía Internacional ha constatado la manera en que las residencias implementaron la legislación vigente y múltiples protocolos, resultaron en la prohibición absoluta de las visitas.¹⁹⁴

Con anterioridad a la declaración del estado de alarma, la directora de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, el 8 de marzo, remitió instrucciones a centros residenciales de mayores sobre la necesidad de restringir las visitas a lo imprescindible y en función de la situación epidemiológica.¹⁹⁵

Según han relatado a Amnistía Internacional las familias de personas residentes, en **Madrid** se prohibieron totalmente las visitas el mismo 8 de marzo. Elena Valero, hija de un residente fallecido en una residencia de Madrid, cuenta que se llegó a echar a los familiares “*de malas maneras y sin mayores explicaciones* ese mismo día. Carmen López, hija de Carmen Llorente, de 87 años, que vivía en una residencia pública de Madrid, contaba la falta de coherencia en las medidas adoptadas, ya que si bien las familias no podían visitar a sus familiares, el Centro de Día que se encuentra en el mismo edificio permaneció abierto toda la semana del 9 al 15 de marzo, de forma que las personas usuarias del mismo entraban y salían sin restricciones.

Benita, de 90 años, vivía en una residencia de Madrid, contrajo coronavirus y fue derivada al Hospital 12 de Octubre el 12 de abril y regresó el 14 a la residencia, pero estuvo hasta finales de julio confinada. Según cuenta su hija, su madre ha sufrido un deterioro importante por la enfermedad, por la pérdida de su marido (que vivía en la misma residencia y falleció de posible COVID-19 sin haber sido derivado a un hospital) y por la situación de aislamiento. Carmen Ruiz Mesa, cuya madre

194 Informe analítico de gestión en centros residenciales en España durante COVID-19 V (Versión 1). Comisión para la Reconstrucción Social y Económica Grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública, 5 de junio de 2020.

195 Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Medidas de precaución relacionadas con el brote causado por el nuevo coronavirus COVID-19 en residencias de mayores de la Comunidad de Madrid, 8 de marzo de 2020.

falleció el 1 de mayo y cuyo padre continúa en una residencia privada-concertada de Madrid, relata: *“No he podido abrazar a mi padre. Como si estuviera en una cárcel”*. Fátima Serrano, de 68 años, que vivía en una residencia catalana, falleció el 24 de marzo. Fue derivada al hospital un día antes, pero cuando ya estaba en estado terminal, tal y como consta en el informe médico.¹⁹⁶

En **Cataluña**, las residencias restringieron las visitas el jueves 12 de marzo. La Generalitat ordenó la suspensión de nuevos ingresos y de visitas, si bien exceptuando *“casos de urgencia o necesidad justificada”* y afirmando *“el derecho de acompañamiento mínimo y de cuidado al final de la vida”*.¹⁹⁷ Desde el Departamento de Asuntos Sociales de la Generalitat se señaló a la organización que pese a las restricciones generales impuestas a las visitas a residentes, sí garantizaron que los familiares pudieran visitar a residentes en casos de final de la vida.¹⁹⁸

Como ha relatado a Amnistía Internacional Natalia, gerocultora de una residencia de Barcelona, a las personas mayores *“no se les explicó lo que estaba pasando y muchos pensaron que se les estaba castigando”*, y *“el grave deterioro que ha supuesto para las personas residentes”*. A juicio del personal técnico y de dirección de residencias entrevistado por la organización, esto generó sufrimiento y deterioro emocional en las personas residentes. Una doctora de residencia de Madrid explica: *“Los que no se han quedado mal por la COVID se han quedado mal por lo que ha supuesto a nivel psicológico estar dos, tres, hasta cuatro meses encerrados en una habitación sin contacto con casi nadie, sin comprender bien la situación y sin poder ver a sus familias”*. También que hay *“muchas secuelas a nivel de movilidad y a nivel de deterioro cognitivo, después de tres meses sin poder andar, no la vas a poder devolver a su estado previo. Los deterioros cognitivos muy graves empeoran por la simple falta de estimulación. A nivel médico una persona con deterioro cognitivo, para que no empeore, debe establecer rutinas, relacionarse con otras personas, realizar actividades que se repitan para ayudar a que se centren en el tiempo y espacio, y de esa forma impedir que el deterioro vaya a más o al menos retrasar la progresión”*.

En cambio hubo residencias que permitieron las visitas, como fue el caso de una residencia catalana: Cipriano pudo ir a ver a su madre Alicia a principios de abril y Nicolás el 22 de mayo, cuando *“el colapso en las urgencias estaba remitiendo, instó y pudo sacara su madre Valeriana de la residencia y llevarla a una clínica”*.

El Decreto que establecía el estado de alarma menciona que *“las medidas adoptadas no suponen la suspensión de ningún derecho”*, mencionando la atención a personas más vulnerables y la posibilidad de salida para asistencia y cuidado de mayores y por fuerza mayor.¹⁹⁹ Según el secretario de la Fundación Lares, *“hemos creado cárceles, alegando su seguridad personal”*, y se ha producido *“edadismo”*. Según la vicepresidenta de Gerontología de la SEGG, *“en algunos casos sabemos que, por exceso de celo y una visión errónea de la seguridad, en algún centro se realizaron aislamientos dentro del aislamiento (es decir, personas encerradas dentro de su habitación durante semanas incluso estando la residencia libre de COVID o en zona verde estando el centro sectorizado). Si bien estas medidas no estaban recomendadas, prescritas en ese territorio o situación, tampoco existió supervisión por la administración. Ello supuso una enorme desprotección de las personas, sobre todo de las que presentan deterioro cognitivo a quienes no se les puede explicar que se les encerró en sus habitaciones con llave y se utilizaron contenciones físicas”*.

196 Amnistía Internacional ha tenido acceso al informe médico.

197 Resolución SLT/720/2020, de 13 de marzo, por la que se adoptan nuevas medidas adicionales para la prevención y el control de la infección por SARS-CoV-2.

https://www.aedec.com/uploads/contents/docs/catalunya-slt-720-2020_1586986488.pdf

198 Entrevista mantenida por Amnistía Internacional con los Departamentos de Salud y de Asuntos Sociales de la Generalitat de Cataluña, el 12 de noviembre de 2020.

199 Decreto 463/2020, de 14 de marzo, en sus artículos 4 y 7. En el resto de prórrogas (hasta seis) no hay previsión sobre la cuestión de la libertad de movimientos o vida familiar de las personas que viven en residencias.

Amnistía Internacional recuerda que no deben imponerse restricciones generales en la vida privada y familiar de las personas residentes, a excepción de las restricciones que sean apropiadas a sus circunstancias específicas basadas en evaluaciones de riesgo individualizadas. La diferente normativa aplicable, la diversidad de interpretaciones por parte de las residencias, el miedo de las familias y la dificultad de muchas personas mayores para articular sus inquietudes y necesidades, junto a la pasividad de las autoridades y la falta de supervisión, ha contribuido a la idea de que el confinamiento en sus cuartos y el cierre completo de las residencias era una “restricción inevitable” en muchos casos. En este sentido, es evidente para la organización que la falta de claridad normativa y de numerosos organismos e instituciones llamados a supervisarla (Cuadro 3), así como su falta de coordinación, influyeron críticamente en el momento de colapso del sistema residencial y de salud.

Diana, TCAE auxiliar de una residencia madrileña, explicaba a Amnistía Internacional: *“El único recurso es seguir teniéndolos confinados, se van a morir de pena... no se han abrazado, distancia con un biombo entre medias, eso es inhumano. La gente este verano ha disfrutado, hemos interactuado, pero a los únicos a los que se ha maltratado es a los residentes, no se les ha dado opción, entre sus cuatro paredes y el jardín”*. Según el presidente de la SEGG, ha habido una dejación de responsabilidades de la administración: *“Confinamos las residencias, pero no asumimos responsabilidades en lo que viene después. Las autoridades no pueden hacer el trabajo a medias: si se cierran residencias, hay que responsabilizarse de fortalecer programas de apoyo que permitan a las personas residentes no estar tan aisladas”*.

El impacto en los derechos a la salud, así como en la vida privada y familiar de las personas mayores, ha sido muy alto como consecuencia de dichas restricciones implementadas de forma desproporcionada y arbitraria. No se consultó a las familias y se implementó de forma absoluta, se informó a las familias de que las visitas a mayores estaban prohibidas, pese a que el cuidado de mayores estaba contemplado como una de las excepciones al confinamiento.²⁰⁰

El Comité DESC ha establecido que las limitaciones en el ejercicio de derechos humanos para la protección de la salud pública deben ser proporcionales, es decir, han de ser la medida menos restrictiva, de duración limitada y sujetas a revisión.²⁰¹

La experta independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, recomienda que en lugar de prohibir todas las visitas se establezcan medidas para mantener la seguridad de los residentes y del personal. Por ejemplo, se podrían prohibir las visitas de personas enfermas, o se podría limitar el número de visitantes, imponer el requisito de lavarse las manos, disponer una habitación separada para las visitas y establecer normas mínimas de distanciamiento físico.²⁰² La OMS ha advertido sobre la existencia de estereotipos en torno a ciertas personas o grupos a causa de su edad, o directamente se los discrimina.²⁰³

Las restricciones generalizadas a las visitas de familiares a residentes comenzaron a moderarse a partir del inicio de las fases de desescalada. Actualmente, tal y como las autoridades de las Comunidades Autónomas de Madrid y Cataluña han informado a Amnistía Internacional, se aboga por garantizar las visitas en la medida de lo posible.

200 Real Decreto 514/2020, de 8 de mayo, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. Artículo 7. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-4902>

201 CESCR. Observación General núm. 14: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, 11 de agosto de 2000.E/C.12/2000/4, párr. 29.

202 Informe de Claudia Mahler, experta independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad: “Impacto de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad”. A/75/205, 21 de julio de 2020, párr. 84.

203 Véase OMS, “Echar abajo los estereotipos”: https://www.who.int/ageing/about/fighting_stereotypes/es/.

En **Madrid**, en junio, con el inicio de la Fase 2 de desescalada, se permitió a cada residente asignar a una persona de referencia que pudiera visitarlo.²⁰⁴ Con la entrada en la Fase 3, se aumentó a dos el número de personas que podían visitar a un residente.²⁰⁵ Estas medidas de apertura de las residencias se adoptaron sin perjuicio de que de forma puntual pudiera acordarse el cierre de centros residenciales al registrar brotes.²⁰⁶ Posteriormente, el 18 de agosto, la Comunidad de Madrid elaboró un documento de Medidas generales sobre visitas en centros residenciales, en el que consideraba *“imprescindible insistir en la importancia que las visitas tienen en las familias y los residentes y es imperativo que los centros las faciliten”*. Este documento prevé un número de visitas distinto en función del nivel de incidencia acumulada en la región y del umbral epidemiológico en que se encuentre el centro: i) Tres visitas a la semana de una hora de duración con cita previa (Nivel 1 de incidencia acumulada, o Nivel 2 si son residencias con inmunidad alta); ii) Dos visitas a la semana de una hora de duración con cita previa (Nivel 2 para residencias con inmunidad media o baja, o Nivel 3 para residencias con inmunidad alta o media); iii) Una visita a la semana de una hora de duración con cita previa (Nivel 3 para residencias con inmunidad baja).²⁰⁷ El 26 de noviembre, la Comunidad de Madrid publicó una Guía de medidas para residencias de mayores,²⁰⁸ que mantenía este mismo número de visitas en función del nivel de incidencia acumulada de la región y de inmunidad de la residencia. No obstante, esta Guía establece algunas novedades sobre la manera en que pueden llevarse a cabo estas visitas. Por ejemplo, permitiendo a los familiares de residentes con deterioro cognitivo moderado-severo no respetar la distancia de seguridad durante la visita (por tiempo limitado, inferior a 15 minutos en pacientes IgG negativo, y sin limitación temporal en los residentes con IgG positiva), utilizando guantes para el contacto, además de una adecuada higiene de manos. Asimismo, permitiendo que en el caso de personas mayores o dependientes el número de visitantes por residente pueda aumentarse a dos.

Con base en el mapa serológico en la Comunidad de Madrid, presentado el 6 de noviembre, los centros sociosanitarios se han clasificado en tres niveles en función del grado de inmunidad de sus residentes: alta (25,9%), media (27,9%) y baja (46,2%), para, entre otros objetivos, flexibilizar las visitas en los centros con mayor inmunidad, o, por el contrario, reducir las mismas en aquellos donde los residentes presentan en conjunto menos anticuerpos.²⁰⁹

En **Cataluña**, en el mes de mayo se elaboró un plan de desescalada para las residencias que contemplaba que las visitas pudieran llevarse a cabo en las residencias consideradas como limpias, o en las que tuviesen un sector considerado como limpio totalmente sectorizado, de forma prioritaria; y en segundo lugar, a los residentes sin enfermedad que estuviesen en centros residenciales afectados, pero en situación estable.²¹⁰

En el mes de octubre, en el marco del Plan sectorial en el ámbito residencial, se dictaminó que las residencias verdes y naranjas deben facilitar un mínimo de una visita semanal y, además, deben garantizar hacerlas en horarios compatibles con los horarios de los familiares, como por ejemplo durante los fines de semana. Por su parte, este Plan dispone que las residencias rojas deben facilitar medios telemáticos para permitir un intercambio de información y comunicación ágil con las familias.

204 Véase: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/plan_desescalada_residencias_05_06.pdf.

205 Véase: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/fase_3_rev_1_protocolo_centros_socio_sanitarios_personas_mayores.pdf.

206 Véase: https://www.elplural.com/politica/espana/madrid-cierra-visitas-44-residencias-mayores-mayores-registrar-casos-coronavirus_242628102.

207 Véase: <http://comunidad.madrid/file/222994/download?token=UzQeudis>.

208 Véase: <https://www.comunidad.madrid/file/235489/download?token=zDWefWNU>

209 Véase: <https://www.comunidad.madrid/noticias/2020/11/06/cerca-53-residentes-region-cuenta-inmunidad-media-alta-frente-covid>.

210 Véase: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/pla-desescalada-centres-residencials.pdf.

Las Consejerías de Salud y Asuntos Sociales trasladaron a Amnistía Internacional que actualmente es conocido que el sector de entrada de la COVID-19 suele ser el profesional, no las familias, por lo que si las visitas siguen las medidas de seguridad preceptivas, se pueden mantener, como así se ha hecho en aquellos centros con áreas verdes o naranjas.²¹¹

ESCASA INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS Y DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN

La restricción de visitas y el eventual confinamiento en sus habitaciones, así como la cancelación de las actividades normales (de nuevo, sin claridad sobre su temporalidad), contribuyeron a la soledad de las personas residentes, a su rápido deterioro y a la falta de transparencia sobre lo que estaba sucediendo.

Con la suspensión de las visitas familiares, la única forma de comunicación entre los residentes y sus familias fue a través de llamadas telefónicas o videollamadas. Sin embargo, la mayoría de las familias entrevistadas por Amnistía Internacional han explicado cómo las comunicaciones remotas con sus seres queridos en residencias eran, en la mayoría de los casos, limitadas e insatisfactorias. Sentían que sus familiares a menudo no se beneficiaban de esta interacción, y también se quejaron de que las llamadas de audio y vídeo eran poco frecuentes y estaban mal organizadas. Estos problemas fueron especialmente exacerbados para las personas con demencia. A tenor de las situaciones analizadas por Amnistía Internacional, muy pocas residencias implementaron un sistema de llamadas o videollamadas adecuado para compensar la falta de contacto físico con las familias.

La prohibición de las visitas y la restricción de las comunicaciones con el exterior conllevó que los familiares no pudieran tener información adecuada de la situación de sus familiares. En algunos casos, se organizaron llamadas e incluso videollamadas, pero en el mejor de los casos muchas personas dependen del personal para hacerlas, no están acostumbradas a ese tipo de comunicación y, en el peor de los casos, no pueden interactuar por sus situaciones de deterioro cognitivo. Otras residencias comenzaron a comunicar de forma periódica a diario a los familiares la situación de los residentes.

Sobre la transmisión de información sobre el estado de salud de las personas residentes a sus familiares, la organización ha documentado varios casos tanto en Madrid como en Cataluña con dinámicas muy similares: cuando comenzaron los casos de sintomatología compatible con la COVID-19 en las residencias, algunos centros optaron en sus comunicaciones con las familias por decir siempre: “*Todo está bien*”, hasta que ya no era posible, y entonces, de un día para otro, en muchos casos la residencia llamaba a los familiares con la noticia de la terminalidad o incluso la muerte de su familiar.

La falta de flujo de información adecuado entre el personal de la residencia, por la falta de personal, suponía que cuando las familias tenían noticias eran fatídicas. Pilar Gómez-Quintero, hija de Francisco Gómez-Quintero, de 79 años, de una residencia privada de Cataluña, relató que “*nunca hablaron con un médico ni con una enfermera*” y que fue una auxiliar la que le avisó de que su padre estaba “*muy mal*”. Carles, trabajador social de una residencia de Cataluña, ha relatado cómo se “*le obligó a mentir a las familias sobre la situación de las personas residentes, diciendo que todo iba bien*”, a lo que afirma que se negó.

211 Entrevista mantenida por Amnistía Internacional con las Consejerías de Salud y de Asuntos Sociales de la Generalitat, el 12 de noviembre de 2020.

Algunas residencias enviaban comunicados a familiares o publicaban información en sus perfiles en redes sociales. Otras tenían interlocución con algún familiar o representante de familiares, y estos creaban grupos de Whatsapp para comunicarse entre ellos. Una residencia en Madrid enviaba comunicados a las familias, a los cuales Amnistía Internacional tuvo acceso, describiendo la situación y las solicitudes de ayuda que tardaron semanas en ser oídas.²¹² El Defensor del Pueblo ha realizado quejas al Gobierno y a las respectivas consejerías sobre la situación: “*En los primeros momentos de avance del coronavirus, por imperiosas razones de salud pública y con el fin de preservar la salud de los internos, las comunidades autónomas acordaron legalmente restricciones de entrada a los centros residenciales con carácter preventivo*”, y hace referencia a la presencia de un familiar por paciente al final de la enfermedad, y que la limitación de los derechos debe estar justificada ética y legalmente, y que, además, no sea de tal intensidad que acabe, de facto, por convertirse en una absoluta privación.²¹³

Amnistía Internacional ha podido constatar cómo el derecho a la vida privada y familiar de las personas mayores ha sido restringido en las residencias, sin ningún tipo de supervisión por parte de las autoridades, y ha limitado un importante recurso de protección ante las posibles situaciones de vulnerabilidad y fomentado la falta de transparencia.

Como señala el Consejo de Europa en una recomendación del año 2014, las personas mayores tienen derecho a la dignidad y al respeto de su vida privada y familiar, y también a la libertad de movimiento. Cualquier restricción de estos derechos deberá ser legal, necesaria y proporcionada, y deberán existir medidas de control adecuadas para la revisión de dichas decisiones. De acuerdo con esta Recomendación del Comité de Ministros, los Estados miembros deberán garantizar que cualquier limitación individual para una persona mayor se implementará con el consentimiento previo libre e informado de dicha persona, o como respuesta proporcional a un riesgo de daños.²¹⁴

MUERTE EN SOLEDAD, DUELOS IMPOSIBLES, SIN DESPEDIDAS

En muchos casos, las personas han muerto solas, violando su derecho a una muerte digna y también suponiendo un trauma para sus familias. Tampoco hubo gestión adecuada de la despedida y del traslado de las personas una vez fallecidas: no se avisaba a los familiares, tardaban días en sacar los cuerpos de la residencia, la familia no sabía dónde estaba el cuerpo de su familiar.

En **Madrid**, Carmen Ruiz Mesa cuenta que su padre y su madre estuvieron 31 días confinados en su habitación y entonces fue cuando le comenzó la fiebre, y que tras fallecer su madre el 1 de mayo, solo pensaba una cosa: “*¡No me he despedido de ella!*”.

212 Amnistía Internacional ha tenido acceso a los numerosos comunicados remitidos por la residencia a familiares.

213 Defensor del Pueblo. Residencias de mayores, atención sanitaria e información emergencia COVID-19. A todas las CC.AA. Fecha: 23/04/2020. Administración: Comunidad de Madrid. Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad. Administración: Generalitat de Catalunya. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Respuestas: En trámite (último acceso el 26 de noviembre de 2020. Queja número: 20007282.

<https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/residencias-de-mayores-atencion-sanitaria-e-informacion-emergencia-covid-19/>

214 Recomendación CM/Rec (2014)2 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la promoción de los derechos humanos de las personas mayores (adoptada por el Comité de Ministros el 19 de febrero de 2014 durante la 1192ª reunión de viceministros). Recomendaciones núms. 11 y 41.

Raquel Roza, hija de Victorina, que vivía en una residencia privada de Madrid, se presentó en la residencia para ver a su madre, que estaba muy enferma y que falleció con “sospecha de COVID-19”.²¹⁵ Según relata, ella estaba “preparada” porque su madre ya era muy mayor. En un principio le dijeron que podría verla usando mascarilla, pero finalmente no le dejaron volver a ver a su madre. Raquel pide “*un poco de humanidad, que nos dejen despedirnos*”. Mónica, auxiliar de hostelería de una residencia pública de Madrid, cuenta que ha sido “*muy triste verlos morir solitos, sin una mano amiga, no podíamos estar ahí, había que atender al resto*”, y que “*han muerto solos*”.

El Comité DESC ha establecido que “*el derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud*”.²¹⁶

Tal y como ha expresado el Consejo de Europa, las personas mayores tienen derecho al respeto de su dignidad, a llevar su vida de manera independiente, de forma autodeterminada y autónoma. Esto incluye la toma de decisiones independientes en relación con todos los temas que les afectan, incluidos los relacionados con la salud, los tratamientos o la atención médica, así como la organización del funeral. También deben tener la posibilidad de interactuar con otras personas para participar plenamente en actividades sociales, culturales, educativas y de formación, además de en la vida pública. Cualquier limitación a estos derechos deberá ser proporcional a la situación específica, y deberá incluir instrumentos de control apropiados y efectivos para prevenir el abuso y la discriminación.²¹⁷

215 Según el certificado médico de defunción.

216 CESCR. Observación general núm. 14: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2000.

217 Recomendación CM/Rec (2014)2 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la promoción de los derechos humanos de las personas mayores (adoptada por el Comité de Ministros el 19 de febrero de 2014 durante la 119 2ª reunión de viceministros). Recomendaciones núms. 9 y 10.

INVESTIGACIONES JUDICIALES

“NO PUEDE QUEDAR IMPUNE.”

Lola Parra, nuera de Antonio Cintas, de 86 años, que falleció el 27 de marzo de 2020 en una residencia en Madrid.

A fecha de escribir este informe, la Fiscalía tiene abiertas diligencias penales y civiles para investigar lo ocurrido. Los últimos datos hechos públicos por la Fiscalía General del Estado sobre estos procedimientos, hasta donde le consta a la organización, son del mes de julio.²¹⁸

La Comunidad de Madrid es la que acumula más diligencias penales de Fiscalía (147), seguida de Cataluña (28).²¹⁹

Por su parte, familiares de residentes también han interpuesto querellas contra las personas en puestos de responsabilidad. En la Comunidad de Madrid, las querellas se han presentado respecto de residencias en Madrid capital, Alcorcón y Leganés. En el caso de Madrid capital, el juzgado de instrucción remitió la causa al Supremo, que devolvió la causa instando a llevar a cabo diligencias de investigación, estando la causa actualmente en marcha, mientras sigue sumando adhesiones a la querella. En el caso de Leganés, el juzgado de instrucción inadmitió a trámite la querella, contra lo que presentaron recurso las familias. Pese a que la Fiscalía informó en contra del recurso presentado por los querellantes, la Audiencia Provincial, por auto de 5 de noviembre, lo estimó parcialmente, ordenando al juzgado de instrucción la práctica de varias diligencias de investigación.

Entre ellas, la toma de declaración a los querellantes y el requerimiento a las residencias para que aporten, entre otros protocolos de actuación, los criterios de derivación de los residentes a centros hospitalarios.

La Asamblea de Madrid ha abierto una Comisión de investigación (aún en curso). El Parlament de Cataluña también ha iniciado una investigación, que se está llevando a cabo en estos momentos.

Según PLADIGMARE, la Asociación ha denunciado a 59 residencias ante la Fiscalía por incumplimiento de las Órdenes 265 y 275/2020 del Ministerio de Sanidad, tanto por parte las residencias como de las Consejerías de Políticas Sociales y de Sanidad, así como por la insuficiente dotación de EPI y la no derivación a los hospitales por razones de edad o de domicilio de residentes. A noviembre de 2020, se han archivado tres de esas denuncias por haberse abierto diligencias judiciales contra las residencias denunciadas.²²⁰ Otras tres de las denuncias presentadas contra residencias en Coslada, Tiernes y Móstoles han sido archivadas en el mes de noviembre por no considerar la Fiscalía que haya responsabilidades penales por la actuación de los centros.

218 Véase: <https://www.fiscal.es/documents/20142/0/NOTA+RESIDENCIAS+8+de+julio.pdf/e1576581-9d5c-9c45-1d19-118d1ee76496?t=1594280414484>.

219 RTVE. Véase: <https://www.rtve.es/noticias/20200927/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>.

220 Peñuelas, Orpea Alcobendas y Orpea Villamarín.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las medidas adoptadas por las autoridades españolas para responder a la pandemia COVID-19, en particular en Cataluña y Madrid, han sido inadecuadas y han vulnerado los derechos humanos de las personas mayores que vivían y viven en residencias; en concreto, el derecho a la salud, a la vida y a la no discriminación. No solo eso, sino que las decisiones de las autoridades han impactado también en el derecho de las personas residentes a la vida privada y familiar.

Las recomendaciones formuladas a continuación son especialmente relevantes para evitar que se repitan los errores de la primera ola, aunque lamentablemente la situación sigue siendo muy preocupante. En un informe del 12 de noviembre, el Ministerio de Sanidad señalaba que *“los brotes de mayor tamaño continúan ocurriendo en residencias de mayores, algunos con más de 100 casos”*, habiéndose notificado en una semana 124 brotes con 1.765 casos en residencias de mayores.²²¹ La especial incidencia del virus en las residencias y la situación de vulnerabilidad de las personas mayores revelan la necesidad de que las autoridades continúen adoptando medidas de prevención, detección, control y vigilancia de la COVID-19, a fin de garantizar el acceso de los residentes a una atención sanitaria adecuada y sin sufrir discriminación.

Por ello, Amnistía Internacional insta al Estado español a cumplir con sus obligaciones internacionales en la materia y, en particular, la organización recomienda:

AL GOBIERNO CENTRAL Y A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS, EN PARTICULAR MADRID Y CATALUÑA, EN EL MARCO DE SUS RESPECTIVAS COMPETENCIAS:

RECOMENDACIONES A ADOPTAR CON CARÁCTER URGENTE:



Asegurar que las decisiones médicas se basen siempre y únicamente en evaluaciones clínicas individualizadas, de necesidad, criterios éticos y sobre la mejor evidencia científica disponible.



Garantizar la disponibilidad de pruebas de detección regulares (PCR) a quienes visitan las residencias, así como al personal y a la población residente.



Garantizar que las residencias proporcionen EPI a todo el personal, residentes y visitantes.



Garantizar que el régimen de las visitas a residencias considere prioritario el interés superior de las personas mayores residentes en el centro, dote de los recursos humanos y materiales suficientes y asegure que las restricciones se basan en evaluaciones de riesgos individualizadas, teniendo presentes todas las medidas posibles para mitigar los riesgos, como realizar pruebas de detección con mayor frecuencia al personal, la población residente y las visitas.

221 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_250_COVID-19.pdf



Impulsar la creación de un mecanismo adecuado para evaluar la capacidad de las residencias para llevar a cabo una prevención y control adecuados de la infección, incluyendo su capacidad para aislar de forma adecuada a residentes, de ser necesario, y para limitar el movimiento del personal entre residencias, y proporcionar atención adecuada a residentes con COVID-19 y otros residentes.



La representación y participación adecuadas de las personas mayores en el sector de servicios sociales, dependencia, salud y residencias en la planificación y procesos de toma de decisiones relacionadas con asuntos que les afectan.

EN PARTICULAR, LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE MADRID Y CATALUÑA:



Revisar y modificar los protocolos que establecen instrucciones y criterios para decidir la derivación de personas mayores de residencias a centros hospitalarios, a fin de que en ningún caso puedan constituir discriminación en el acceso a la atención sanitaria.

RECOMENDACIONES A ADOPTAR EN EL MEDIO Y LARGO PLAZO:



Desarrollar políticas públicas adecuadas para la gestión de la pandemia, garantizando los derechos de las personas mayores, incluido el derecho humano a la salud, realizando para ello consultas con la sociedad civil, familiares y residentes.



Garantizar el derecho a la salud, que incluye acceso total e igualitario para todas las personas mayores de las residencias a los servicios del sistema de salud y, en concreto, tomar medidas contra cualquier incidente de discriminación contra las personas mayores en las decisiones sobre atención médica, triaje y terapias que salvan vidas.



Recoger y proporcionar datos sobre las personas mayores en residencias con un análisis de género, edad y discapacidad de los mismos. Estos datos deben ser utilizados para desarrollar las políticas públicas adecuadas para la gestión de la pandemia, garantizando los derechos de las personas mayores, incluido el derecho humano a la salud.



Revisar el sistema de inspecciones de centros residenciales de personas mayores, para asegurar que la actuación inspectora se lleva a cabo de manera efectiva para velar por el respeto de los derechos de las personas residentes.



Dar cumplimiento de manera efectiva a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y priorizar en la asignación de recursos la inversión en la atención primaria, reforzando así su capacidad de asistencia, a través de la contratación de más recursos humanos y medios materiales.



Asegurar que las residencias estén facultadas para desarrollar protocolos de visitas que respeten y cumplan con los derechos humanos de las personas mayores residentes y que les dan voz y agencia, a sus familias y/o sus tutores legales, y que se garantice la seguridad de los residentes, visitantes y personal.

AL GOBIERNO CENTRAL

RECOMENDACIONES A ADOPTAR EN EL CORTO PLAZO:



Impulsar una investigación independiente para saber en qué medida el acceso de las personas mayores de residencias a servicios de salud, servicios médicos generales y atención hospitalaria estaba sujeta a restricciones indebidas durante la pandemia. En particular:

- La idoneidad del apoyo del Estado central y las CC.AA. al sector de residencias con respecto a los problemas de bajas personal.
- Si se han respetado los derechos y la seguridad del personal cuidador durante la pandemia, incluyendo si se tomaron las medidas necesarias para garantizar que tuvieran acceso a EPI (cantidad y calidad), pautas y formación (para protegerse y proteger a los residentes);
- El grado en que las CC.AA. y el Estado cumplieron con sus obligaciones de garantizar la calidad de la atención en las residencias y los derechos de las personas mayores durante la pandemia.
- La adecuación de las medidas adoptadas por las autoridades autonómicas para cumplir con sus obligaciones legales de supervisión con respecto a las residencias durante la pandemia.



Contar con datos desagregados del contagio en residencias por sexo y tipo de profesional para asegurar la prevención de riesgos laborales y contagios en un futuro.



Garantizar el respeto a los derechos humanos del estado de alarma y en especial que todas las medidas que se adopten presten especial atención a los colectivos con mayor vulnerabilidad.

RECOMENDACIONES A ADOPTAR EN EL MEDIO Y LARGO PLAZO:



Ratificar el Protocolo Adicional de 1995 de la Carta Social Europea (revisada) y el Pilar Europeo de Derechos Sociales.

AL MINISTERIO FISCAL



Garantizar que la Fiscalía de Sala para la Protección de Personas con Discapacidad y Mayores ejerce su mandato, velando por el respeto máximo de los derechos humanos de las personas en residencias e impulsando, cuando corresponda, investigaciones.

AL PARLAMENTO



Impulsar la tramitación de una ley a nivel estatal, con perspectiva de derechos humanos y de género, en línea con los estándares internacionales, que establezca un modelo residencial que garantice los derechos de las personas residentes en todo el Estado.

AMNISTÍA
INTERNACIONAL

