

INFORME #11 CA-COVID-19-OMC

COVID-19 Y LAS RESIDENCIAS Y CENTROS SOCIOSANITARIOS

Informe 10/11/2020 de la Comisión Asesora al CGCOM

Resumen ejecutivo y propuestas clave:

Uno de los ámbitos más afectados por la pandemia ha sido el de las residencias de mayores.

A la mayor **vulnerabilidad** de esa población por el entorno cerrado donde residen, se ha añadido la **fragilidad y peor pronóstico** por su mayor edad media y la pluripatología; también se ha evidenciado una notable **complejidad clínica** y un abordaje asistencial y de cuidados de los residentes claramente mejorable, o cuando menos heterogéneo y merecedor de evaluación.

El **elevado número de fallecimientos registrados**, no sólo en nuestro país, ha obligado a los diversos Sistemas Sanitarios a **revisar la actividad asistencial y de cuidados prestada** en condiciones normales y la existencia de estrategias de intervención rápida con unos **planes nacionales** dirigidos a minimizar efectos en situaciones como la actual pandemia. Los mayores frágiles en el domicilio requerirían otra estrategia específica, porque, aunque comparten el mal pronóstico de los institucionalizados, sus condiciones de entorno, cuidados y asistencia son muy diferentes.

En España se ha puesto en evidencia, de nuevo, una necesidad crónica y urgente de coordinación entre los ámbitos sanitario y social, así como la gran variabilidad de respuestas entre las Comunidades Autónomas (y dentro de ellas). Son imprescindibles estudios evaluativos de las intervenciones desarrolladas, identificando los resultados conseguidos, de cara a conocer y difundir las mejores prácticas en la asistencia habitual, y evitar los fallos identificados. También es necesaria investigación sobre la incidencia de la COVID-19, de la mortalidad general en las residencias y de la mortalidad atribuible a la COVID-19 en estos entornos¹.

Propuestas: En la situación de respuesta a la pandemia, se requieren cinco líneas de mejora:

1- Medidas de prevención y control para personal y residentes. Medidas generales y plan de contingencia. Control exhaustivo de acceso a las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios, pero facilitando el contacto con los familiares a través de las tecnologías de la comunicación (videoconferencias con imagen preferiblemente), o de sistemas de visita seguros, evitando en lo posible restringirlas totalmente, y adaptando las políticas de visita a las situaciones epidemiológicas, características del residente y el visitante, y condiciones del centro. Garantía de equipos de protección para trabajadores y suministro constante de material sanitario específico. Control de los nuevos ingresos y organización asistencial. Recibado periódico de pacientes y de profesionales.

2. Asegurar de manera prioritaria y ágil la realización de test que permitan diagnosticar los casos e identificar los contactos para **establecer sistemas de detección y aislamiento precoces**, tanto para residentes como para trabajadores.

¹ Comienzan a publicarse algunos estudios del impacto de COVID en Residencias en España: Mas Romero M, Avendaño Céspedes A, Tabernero Sahuquillo MT, Cortés Zamora EB, Gómez Ballesteros C, Sánchez-Flor Alfaro V, et al. (2020) COVID-19 outbreak in long-term care facilities from Spain. Many lessons to learn. PLoS ONE 15(10): e0241030. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241030>

3- **Coordinación constante e inmediata con el Sistema Sanitario:** en general, la coordinación de las Residencias debe realizarse con la Atención Primaria (AP), con soporte de la Salud Pública y de los Hospitales, estableciendo flujos claros y bien conocidos de relación y derivación. En varias comunidades se han implementado soluciones intermedias previas a la hospitalización convencional con unidades especializadas. Los **sistemas de información sanitaria**, integrados o interoperables, son esenciales para gestionar la información clínica de los residentes.

4- Desarrollo de sistemas de diagnóstico y detección precoz, así como de **seguimiento no presencial mediante telemedicina**. Medidas orientadas también a mantener el **contacto constante con los familiares** a través de las tecnologías de la comunicación.

5- Se ha de abordar con compromiso y sin dilación una **agenda de mejora de la atención sanitaria en las residencias de mayores** y otros centros sociosanitarios, que trascienda y supere la tradicional prédica de coordinación intersectorial:

- **Planes autonómicos** con requisitos de personal e infraestructuras, que fomenten calidad de empleo y formación del personal.
- **Equipos provinciales** o territoriales para gestionar la atención sanitaria en residencias,
- **Reforzamiento de la AP** para asumir de forma estable las cargas de trabajo de la atención sanitaria a los residentes,
- **Adaptación del hospital y los servicios de urgencia** para una atención más segura, específica y apropiada,
- Adecuada atención y cuidados a **pacientes con enfermedad avanzada y frágiles**.
- Planes adaptados para **mantener activa, física y cognitivamente, a la población residente**, contrarrestando la reducción de interacción social y previniendo complicaciones de esta.
- Creación en las residencias de **equipos gestores de emergencias y brotes infecciosos**, desarrollando la **capacitación sistemática y periódica** de su personal, formación y entrenamiento del personal de las residencias, y protección de los riesgos laborales del mismo.
- Y **planes autonómicos de gestión de emergencias y pandemias** en residencias de mayores creando el marco para una respuesta más eficaz a los riesgos que se han mostrado tan devastadores.

COVID-19 ha puesto el foco en un sector sociosanitario con muchos problemas estructurales, que han condicionado una insuficiencia de recursos y servicios y una limitada capacidad de respuesta. Hay toda una **agenda de actuación propia del sector de bienestar social**, que debe intervenir para asegurar el bienestar físico, mental y social. Y es en esta agenda donde las **políticas de atención sanitaria** a nuestros conciudadanos que residen en instituciones, desde el SNS, cobran toda su relevancia y efectividad.

La Comisión Asesora de COVID-19 OMC, es un panel de expertos de diversas profesiones, ámbitos y especializaciones, que se ha puesto en marcha el 21 de abril de 2020 para asesorar al CGCOM sobre diversos aspectos científicos, técnicos y organizativos que suscita la pandemia, para sugerir acciones, y para generar informes técnicos que fundamenten posicionamientos públicos del CGCOM.

Agradecemos al Dr. Marco Inzitari sus valiosas contribuciones en los borradores finales de este informe, que han aportado mayor conocimiento a la compleja situación del ámbito residencial sociosanitario.

Las Residencias y otros Centros Sociosanitarios en el proceso de desescalada de la pandemia y en el escenario post-COVID

La Comisión Asesora del CGCOM para el COVID-19 ha trabajado sobre las Residencias de personas mayores y otros Centros Sociosanitarios en el contexto de la presente pandemia, dentro de los grandes temas de trabajo que se establecieron de acuerdo con la Comisión Permanente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM).

Las contribuciones de los expertos y las aportaciones recibidas en el Foro de Trabajo y Debate de la Comisión Asesora permiten trasladar el presente **Informe** al CGCOM, a efectos de poner a su disposición criterios científico-técnicos y profesionales sobre el tema, y de su eventual utilización en futuros posicionamientos del CGCOM y de la OMC.

Aunque el documento está centrado especialmente en el caso de las residencias de personas mayores, dado el impacto que ha tenido en ellas el SARS-CoV-2, la mayor parte de las consideraciones y propuestas son trasladables a otros centros sociosanitarios, particularmente los que tienen régimen de internamiento.²

Asimismo, aun reconociendo la relevancia de los servicios profesionales de atención en el domicilio y del cuidado familiar, también denominado informal, en la atención prestada a personas con limitaciones en su autonomía, la situación y los retos a abordar tienen partes coincidentes, pero otras muy distintas, por lo que no se entra a considerar en este documento.

1- CONSIDERACIONES PREVIAS.

A finales del año 2006 se aprobó la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), dando pie a la creación del **Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia** (SAAD) un año después. La LAPAD nació con “mala estrella”. Diseñada en una etapa de bonanza económica, la **crisis económica** ocasionó severos recortes presupuestarios, así como continuos retrasos en su despliegue, viéndose además lastrada por problemas de **indefinición e incertidumbre** en aspectos de planificación, organización, coordinación con el sistema sanitario, *invisibilidad* de las familias y gobernanza.

² *Conviene aclarar términos: El **centro sociosanitario** es un recurso asistencial dotado de la estructura y personal necesario para atender de forma integral a personas en situación de dependencia o discapacidad con necesidades sanitarias y sociales. La atención se presta a través de servicios de internamiento o de atención ambulatoria diurna, por equipos de valoración y de apoyo y con un enfoque biopsicosocial. La **Residencia de mayores** es un centro donde viven personas mayores, de forma temporal o permanente en la mayoría de los casos, cuando son dependientes y requieren algún tipo de ayuda de terceras personas. Son una alternativa al hogar familiar cuando confluyen una serie de circunstancias (familiares, económicas, socio-sanitarias, etc.) que desaconsejan su permanencia en el domicilio.*

Sin embargo, la entrada en vigor de la LAPAD supuso un avance normativo de primera magnitud en materia de **derechos sociales**. Asimismo, sería muy miope pensar que la atención a personas dependientes no ha avanzado en esta última década y media. De hecho, con los indicadores objetivos disponibles se puede afirmar lo contrario (número de prestaciones concedidas y de personas que reciben estas prestaciones bajo el paraguas SAAD).

Expuesto lo anterior, la crisis social ocasionada por la llegada a España del virus SARS-CoV-2 ha destapado una buena parte de sus debilidades. Queda por evaluar la coordinación entre el SAAD y el Sistema Nacional de Salud (SNS) en este período.

Las personas que viven en residencias de mayores y utilizan centros sociosanitarios se encontraban en una **situación especial de vulnerabilidad** ante la llegada del SARS-COV-2. Y ello, tanto por motivos de su propio estado de salud que ensombrecían el pronóstico (muchos de ellos en estadio de fragilidad o prefragilidad, y con un elevado porcentaje de personas con comorbilidades), como por las características propias de su lugar residencia o de utilización que facilitaba la propagación y dificultaban las respuestas (espacio cerrado, con contacto cercano con muchas personas-trabajadores de los centros y compañeros de residencia o centro).

Las medidas más tempranas de actuación se centraron en los **centros de ocio de mayores**. Por ejemplo, la Comunidad de Madrid decretó el 6 marzo el cierre de 213 de estos centros, si bien la medida inicialmente no afectó a los centros de día ni a las residencias. Dos días después se daban instrucciones para limitar las visitas en residencias de mayores.

Además de la normativa general y de la impulsada desde el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, a través del **IMSERSO**, publicó una serie de documentos técnicos con **recomendaciones** dirigidas a las residencias de mayores y centros sociosanitarios (5 de marzo), al ámbito de la atención domiciliaria (16 de marzo), de los servicios sociales de atención primaria (6 de abril), así como de otros ámbitos competenciales de los servicios sociales. El Boletín Oficial del Estado también ha sido prolífico en la publicación de **órdenes y medidas específicas** en el campo de las residencias, comenzando por la 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 el COVID-19, a la que siguieron otras. A nivel autonómico, la actividad normativa también ha sido intensa y prolífica.

No obstante, más allá de las normas, resulta muy complejo poder determinar las actuaciones, los planes de contingencia y la secuencia temporal (*timing*) de su puesta en marcha. De una revisión efectuada en las páginas web de Consejerías de Bienestar y Asuntos Sociales (con sus diferentes denominaciones) de varias CCAA, la mayoría de los documentos se publican con fecha **de mediados de marzo en adelante**. Así pues, no cabe señalar una situación de inacción por parte de las autoridades en materia de generación de órdenes y actuaciones, al menos desde el inicio del confinamiento.

No obstante, cabe hacer **tres consideraciones**:

- La primera es que por mucha celeridad y presteza con que se trataran de aplicar las mismas, estas **no llegaron a tiempo en aquellos centros donde los primeros casos de contagio se registraron a inicios de marzo**. En estos lugares, la actuación de los gerentes de los centros ha sido esencial para contener el contagio.
- En segundo lugar, muchas de las medidas contenidas en las órdenes y protocolos de actuación, eran **inaplicables debido a la falta de existencias de test y materiales como mascarillas o equipos de protección individual** (en la escasez general, las residencias tuvieron menor prioridad que los servicios sanitarios).
- Y, en tercer lugar, habría que hacer un escrutinio sobre cómo se ha producido la **actuación real y concreta** de los servicios sanitarios en el ámbito de residencias y centros socio-sanitarios y cuáles eran los canales de coordinación, y extraer **conclusiones sobre lo que se ha hecho bien y mal**.

En realidad, la información sobre la situación de residencias, centros sociosanitarios y servicios de apoyo a personas dependientes es muy fragmentaria y está fuertemente localizada en los contagios y fallecimientos producidos en las residencias. Es clara la necesidad de desarrollar sistemas de información más amplios y que permitan realizar la vigilancia epidemiológica.

El 30 de octubre RTVE, citando como fuente a las consejerías de sanidad de las CCAA, cifraba en 21.472 el número de personas fallecidas con coronavirus que habitaban en residencias, con una fuerte concentración en las comunidades de Madrid, Cataluña, Castilla-La Mancha y Castilla y León. En relación con las 35.878 muertes totales, supone el 60% de los fallecidos, elevándose al 75% en regiones concretas.

En un estudio pendiente de publicación de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales con datos aportados por las comunidades, avanzados por información periodística³ se calcula que, **entre principios de marzo y el 23 de junio, 20.268 personas murieron por COVID en residencias de servicios sociales**, de ellas, a 10.364 se les hizo un test y 9.904 fallecieron con síntomas compatibles.

Analizando tres parámetros, se estima que el 6% de los mayores que vivían en residencias fallecieron (de un total de más de 330.000 plazas ocupadas, según una estimación del CSIC).

Las anteriores cifras dan pie a considerar dos escenarios muy distintos de la epidemia, podríamos decir **dos epidemias paralelas**: los que se han dado en

³ El Gobierno estima en 20.268 los fallecidos por covid en residencias de servicios sociales durante la primera ola. El País. 6/11/2020. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-11-05/el-gobierno-estima-en-20268-los-fallecidos-por-covid-en-residencias-de-servicios-sociales-durante-la-primera-ola.html>

residencias y en centros sanitarios y los que se ha dado en **otros ámbitos** de la sociedad.

Más allá de las muertes apenas hay información de otros elementos relevantes como son, por ejemplo, el número de residencias afectadas (y las que no), y los casos de contagio de personas que viven en las residencias o de los propios trabajadores. También se tiende a hablar solo de la supervivencia, sin tener en cuenta el impacto en los aspectos emocional, funcional y, en general, en la calidad de vida y bienestar de residentes y sus familiares y entorno.

Hoy, resulta **prematureo** dibujar un panorama general de cómo se ha producido la intervención de los servicios sanitarios en las residencias y otros centros sociosanitarios. Asimismo, nos falta el relato de los centros que han tenido escaso número de contagios o que han estado libres del virus, y que, cuando se han producido o han albergado sospechas de ello, han actuado con medidas de aislamiento e higiene impidiendo la propagación. La **identificación y el estudio de los casos de éxito** no se ha hecho por el momento, pero son tan necesarios para aprender de la experiencia vivida como aquellos en los que han fallado los sistemas de atención y cuidados. La auditoría realizada en Navarra podría ser un buen ejemplo.⁴

2- NECESIDADES Y ACCIONES PARA DESESCALADA, NUEVA NORMALIDAD Y REBROTOS

Exponemos a continuación cuatro grandes líneas de actuación a corto y medio plazo, para la prevención y control de COVID-19, para la detección precoz de casos y contactos, para mejorar la coordinación con el sistema sanitario, y para promover los recursos de tecnologías de la información y comunicación.

2.1 Medidas de prevención y control frente a COVID-19

Es necesario aclarar que resulta imposible concebir una prevención de contagios en residencias que no pase por un **control de la transmisión en la comunidad**: el sellado externo no es la solución; aunque pueda ser una alternativa en algún momento concreto, impone costes muy importantes (los emocionales incluidos) y al final no garantiza que la infección no acabe entrando en las “instituciones cerradas”.

Plan de contingencia:

Cada residencia de mayores y otros centros sociosanitarios (CSS en lo sucesivo) debe disponer de un **Plan de Contingencia local** especialmente adaptado a su caso y situación en el que se especifique y revise de forma sistemática y calendarizada:

⁴ Observatorio de la Realidad Social. Gobierno de Navarra. Auditoría de los centros residencias en Navarra ante la crisis de la COVID-19. 2020. Disponible en: <https://www.navarra.es/documents/48192/5050746/Auditoria-Covid-Navarra-Residencias.pdf/203c9382-cb09-afe8-f790-0a6f47a3f70e?t=1600765656950>

- la **infraestructura**; incluyendo lugares para el aislamiento de casos y sospechosos, así como circuitos de circulación.
- las **diferentes áreas y el tipo de residente asignado** a cada una según la clasificación recomendada (actualmente Orden SND/265/2020, de 19 de marzo);
- la planificación de las **modificaciones estructurales y de movilidad** de residentes necesarias ante cualquier brote, para hacer aislamiento individual o de cohortes de residentes.
- los **recursos humanos** disponibles, su formación y entrenamiento, y el plan de respuesta en caso de ausencias por bajas laborales; la formación deberá enfatizar en que el personal ha de asumir un compromiso de mayor autoprotección, para evitar contagiarse fuera de la institución; y también las políticas de recursos humanos ha de tener en cuenta el desgaste emocional de los cuidadores;
- la planificación de los **suministros** necesarios para cumplir con las prácticas recomendadas de prevención, con definición de los niveles apropiados de almacenamiento, y de alarmas para activar la reposición (Ver anexo I).
- Y la **adaptación de los propios servicios de cuidados a las nuevas necesidades** que plantea una situación excepcional:
 - o política de visitas, posibles adaptación en función de situación
 - o actividades de comunicación con familiares que compensen la reducción de visitas
 - o actividades de estimulación alternativas
 - o indicación clara del nivel de intensidad terapéutica deseado por cada residente, con una previsión de plan en caso de crisis.

Medidas de protección de la salud de residentes:

Sería recomendable la creación de **un equipo gestor de emergencias y brotes infecciosos**, compuesto tanto por profesionales sanitarios como por personal de la propia residencia. Y será necesario una **formación** adecuada en gestión de emergencias y crisis sanitarias.

Objetivo: no introducir el virus. Es clave restringir entradas y salidas, y establecer una estricta y adecuada higiene de manos; sin embargo, es clave también para la salud emocional y física, la comunicación con los familiares a través de las tecnologías de comunicación.

El previsible impacto emocional y el deterioro cognitivo de los residentes exige incorporar en los Planes acciones preventivas o paliativas, que reduzcan o mitiguen este potencial deterioro de la salud.

Las medidas de higiene y desinfección son esenciales, y han recibido suficiente atención en la regulación y las recomendaciones. La ventilación de los locales (natural, renovación forzada o filtración) es un reto de creciente importancia en otros ámbitos que habría que adaptar e incorporar a las zonas donde haya mayor concentración de personas y riesgo de transmisión.

En plena pandemia no es recomendable realizar nuevos ingresos en las Residencias; en la fase de transición es fundamental garantizar previamente unos criterios de control de la situación en la residencia, y su capacidad de aislamiento. Se podría pedir que los nuevos residentes fueran “PCR negativo” 72 horas antes del mismo, aunque podría estar en período de incubación; otra opción sería que el nuevo residente estuviera los primeros días (por ejemplo 7) en aislamiento, para luego confirmar con PCR que no padece COVID.

2.2- Detección precoz de casos sospechosos, sistemas de aislamiento y seguimiento de casos y contactos estrechos.

La **escasa disponibilidad de pruebas diagnósticas** ha sido, sin lugar a duda, uno de los puntos de mejora durante la pandemia y no solo en las residencias de personas mayores. A nivel general las dificultades de suministro unido a una fiabilidad variable de algunos de los test utilizados han hecho dudar de las estrategias de diagnóstico en general.

En las **residencias de personas mayores** además se ha dado una baja realización de los test; en situación de escasez general, **no se ha concedido suficiente prioridad**, o no ha habido la adecuada coordinación dentro del sistema sanitario en muchas comunidades para acudir a realizarlas cuando se necesitaba y se solicitaba desde las residencias.

Un sistema mixto de **capacitación al personal** de la residencia y apoyo para obtener las **muestras** por parte de Atención Primaria (AP) desde el momento inicial, puede ser la estrategia más eficiente y segura.

Basándonos en la Estrategia de Prevención Precoz, Vigilancia y Control de Covid, del Ministerio de Sanidad (25 de septiembre de 2020⁵, cabría decir que:

Los estrategias de detección, vigilancia y control, están en revisión permanente. Actualmente y sujeto a adaptaciones en cada CCAA, en los trabajadores y residentes de los CSS con síntomas compatibles, se recomienda:

Realizar prueba rápida de detección de antígeno en exudado nasofaríngeo.

- *Si el resultado es negativo pero la sospecha clínica/epidemiológica es alta y/o han pasado >5 días desde el inicio de los síntomas, se realizará la PCR en exudado nasofaríngeo. Se podrá descartar otros patógenos como la gripe y, en niños y ancianos, el VRS.*
- *Si el tiempo de espera del resultado se prevé que pueda ser menor de 24 horas, es preferible realizar una PCR.*
- *Si han transcurrido bastantes días desde el inicio de los síntomas, se puede plantear realizar IgM mediante técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento*
- *Si el residente con prueba positiva no requiere ingreso hospitalario o en otro dispositivo, puede mantenerse en la residencia en condiciones de*

⁵ Ministerio de Sanidad. Estrategia de Prevención Precoz, Vigilancia y Control de Covid. 25 sept. 2020.

Disponible en:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

aislamiento. El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 10 días desde el inicio de los síntomas. El seguimiento y el alta serán supervisados por el médico que haya hecho el seguimiento en su centro o de la forma que se establezca en cada comunidad autónoma. Si no puede garantizarse el aislamiento efectivo de los casos leves se indicará el aislamiento en hoteles u otras instalaciones habilitadas para tal uso si existe esta posibilidad.

En el caso de contactos asintomáticos en centros sociosanitarios:

Debe hacerse cuarentena y seguimiento de los contactos estrechos incluyendo la realización de una PCR; en las residencias es contacto estrecho cualquier persona que haya proporcionado cuidados sin medidas de protección adecuadas o cualquier residente o visita que haya estado a menos de 2 metros durante más de 15 minutos, y desde al menos dos días previos a la aparición de síntomas.⁶

Las personas que ya han tenido una infección confirmada por SARS-CoV-2 los 3 meses anteriores estarán exentos de hacer cuarentena.

En los CSS, la prueba de elección en los contactos asintomáticos es la PCR. Si sale negativa, deben completarse 10 días tras la última exposición antes de levantar el aislamiento.

La cuarentena y el seguimiento de casos y contactos debe hacerse en estrecha colaboración con Atención Primaria y Salud Pública, según los protocolos establecidos en cada CCAA con el Ministerio.

2.3- Coordinación rápida y fluida con el Sistema Sanitario

La pandemia ha puesto en evidencia la, en general, **deficiente coordinación** previa entre los servicios sanitarios y las residencias de mayores.

Es cierto que existen experiencias exitosas en algunas comunidades que tienen a los **residentes incluidos en los cupos de AP** de manera idéntica a cualquier otro usuario y con diferentes modelos: dedicación exclusiva de un equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios; médicos con dedicación parcial a las residencias... Algunas experiencias de “residencias integradas” se han dado (Galicia) como respuesta a la necesidad de ampliar e integrar servicios.

Pero es frecuente que la atención a estos pacientes esté **restringida al suministro de material sanitario y prescripción de recetas, acompañado de algunas atenciones urgentes a demanda**. Por lo tanto, muchos residentes no

⁶ Es posible que la definición estándar de contacto estrecho deba matizarse en el caso de los Residentes; son poblaciones que comparten muchas cosas (incluyendo al personal), lo que explica brotes explosivos estos centros, a partir de exposiciones de pocos minutos repetidas a lo largo del día, que equivalen a una exposición continua. Un caso confirmado en una residencia requiere una evaluación de la situación y previsiblemente el testado de todos los residentes (al menos los que comparten el mismo edificio) y del personal.

tendrían un seguimiento asistencial sistematizado, fragmentándose aún más su atención sanitaria.

Creemos que es **la estrategia clave** a desarrollar a partir de ahora en todos los Servicios autonómicos de Salud: **la coordinación rápida, fluida y constante para conseguir una asistencia sanitaria efectiva y de calidad.**

En este punto es esencial la contribución de la **Atención Primaria**. La situación endémica de **escasez de personal** sanitario en este nivel asistencial (bien por la insuficiente dotación de plantillas o por la poca disponibilidad de profesionales en determinados lugares) está en la base de la incompleta atención a esta población especialmente vulnerable. Un requisito esencial para la mejora es la dotación y activación de la **enfermería** de AP para actuar en el entorno domiciliario, comunitario y residencial.

Además, habría que **reevaluar las prioridades**, ya que muchas cargas de trabajo actuales provienen de una **atención a demanda triviales** y a intervenciones en población sana sin evidencias de su impacto en salud; si orientamos la acción de la AP hacia **necesidades de salud**, emergerían rápidamente las intervenciones hacia los pacientes en las residencias como particularmente apropiadas y prioritarias.

Las **estrategias de atención a la cronicidad** y la fragilidad conllevan cambiar el énfasis que actualmente se pone en la atención a demanda, y activar el radar para localizar y atender a personas según su grado de necesidad; buena parte de esta nueva población a la cual hemos de reorientar los recursos, residen en sus **domicilios** en una situación de autonomía limitada, o institucionalizadas en **residencias**.

En situación de emergencia es clave el seguimiento diario de la situación sanitaria desde AP; durante la actual pandemia se han organizado en algunas comunidades **Unidades de Atención a Residencias** desde este nivel, específicos para reforzar la atención.

Especialmente relevantes, han sido algunas **respuestas desde AP** en zonas donde anteriormente se venía asumiendo la atención de las residencias de su entorno. Así en Cataluña, por ejemplo, en uno de estos casos, ante un brote en la residencia se convirtió una de las plantas en una unidad COVID geriátrica, con personal reclutado de AP con tareas de intensidad hospitalaria sin necesidad de intubación (terapias IV, PCR diagnósticas, y seguimiento de planta diario...).

El papel de los **Geriatras** en esta Pandemia también ha sido destacable y existen experiencias como la de Madrid ((comunicado de la SEGG en: <https://www.segg.es/actualidad-segg/2020/06/08/residencia-de-mayores-comunicado-del-presidente-de-la-segg>), en la que han ejercido de especialistas consultores acudiendo o no a las residencias, en función de la disponibilidad, su papel se ha dirigido tanto a los clínicos de las residencias como a los de Atención Primaria. También en Castilla-La Mancha, con intervenciones directas en residencias afectadas. La **Medicina Interna** en los hospitales ha jugado un papel importante en el apoyo a pacientes ingresados y provenientes de las residencias.

Son experiencias que deben darse a conocer, examinar y valorar para implementar sus elementos más exitosos de manera sistematizada en fase post-pandemia, o ante posibles rebrotes.

La **atención sanitaria coordinada** entre el personal de la residencia, el de AP y los geriatras consultores en el hospital puede valorarse como un núcleo central.

A éste puede unirse la coordinación con los Servicios de Urgencias hospitalarias y, si se dispone de ellas, las estructuras de Continuidad Asistencial.⁷

Siempre que sea necesario, evidentemente, los residentes deben ser derivados a los recursos hospitalarios; en algunas comunidades, como en el País Vasco, Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) ha ofertado unas **unidades específicas Covid-19** que son unos centros residenciales intermedios entre las residencias y los hospitales de agudos a los que se puede derivar desde ambos y que siendo de carácter Sociosanitario, pueden acoger a casos de infección por coronavirus que no son sostenibles en las residencias (mayor necesidad de aparataje clínico, no posibilidad de aislamiento...) pero que no se beneficiarían de una atención hospitalaria.

Otras experiencias a mencionar serían la del protocolo de las Consejerías de Política Social y Sanidad como consecuencia de la situación y evolución del Coronavirus⁸; y en Cataluña los centros/hospitales de atención intermedia (o sociosanitarios), mayoritariamente dedicados a rehabilitación y recuperación, también han dado soporte ingresando directamente desde Residencias de mayores a pacientes con COVID-19 en fase aguda, ofreciendo un buen balance entre tratamiento agudo y de confort, según necesidad ⁹.

2.4- Desarrollo de sistemas de diagnóstico y seguimiento no presencial con Residencias y otros Centros de Servicios Sociales, mediante telemedicina. El contacto con los familiares.

Es fundamental avanzar e integrar la comunicación, formación y atención clínica no presencial para una eficaz coordinación entre los **Servicios Sanitarios y los las Residencias y otros Servicios Sociales** en situación normal.

Además, permitirá en situaciones de pandemia una respuesta más ágil y efectiva en situaciones de estrés.

No debe olvidarse la ventaja de mantener la socialización de los **residentes, conectados con sus familiares y/o amigos**.

⁷ *En la Comunidad de Madrid, todos los hospitales cuentan con una Dirección de Continuidad Asistencial; que tiene profesionales de medicina y enfermería y coordinan la atención entre el hospital, la AP, Hospitales de Media Estancia y los Centros Sociosanitarios de la zona en situación normal. Este conocimiento mutuo previo, ha permitido agilizar en la pandemia el trabajo coordinado entre geriatras, las residencias y AP. Continuidad Asistencial ha contribuido en muchos casos con labores gestión de necesidades de material y comunicación entre los tres actores descritos, a través de circuitos intrahospital e interniveles para optimizar la coordinación de la labor asistencial.*

⁸ Web de la Xunta de Galicia: Disponible en: <https://politicassocial.xunta.gal/gl/recursos/plans-e-programas/protocolo-conxunto-da-conselleria-de-politica-social-e-da-conselleria-de>

⁹ Inzitari M, Udina C, Len O, Ars J, Arnal C, Badani H, Davey V, Risco E, Ayats P, de Andrés AM, Mayordomo C, Ros FJ, Morandi A, Cesari M. How a Barcelona Post-Acute Facility became a Referral Center for Comprehensive Management of Subacute Patients With COVID-19. J Am Med Dir Assoc. 2020 Jul;21(7):954-957. doi: 10.1016/j.jamda.2020.06.015. Epub 2020 Jun 11. PMID: 32674827; PMCID: PMC7287444. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32674827/>

3- COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA TRAS LA PANDEMIA

El discurso y las políticas de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales han dominado en los últimos veinte años, pero no parece que las diferentes experiencias de integración de Consejerías, o los instrumentos de enlace entre centros y servicios hayan funcionado suficientemente bien. La pandemia de COVID-19 ha puesto en evidencia la **insuficiencia de esta coordinación, y los altos costes en vidas y sufrimiento** que puede suponer esta debilidad, la falta de preparación y la lentitud en la respuesta, cuando no la inacción.

El sector sanitario y el social tienen un objetivo común: mejorar el bienestar de las personas. Sin embargo, trabajan desde distintos focos dominantes: la enfermedad y la dependencia, respectivamente. Con este enfoque dicotómico es difícil crear transiciones suaves y armónicas. **Los Servicios Sanitarios deberían ampliar su enfoque hacia la salud, y no solo a la enfermedad; y los Servicios Sociales deberían crecer hacia la promoción de la autonomía, y no solo a la atención a la dependencia.** Esta expansión crea una mayor posibilidad de interacción. Pero hay que crear los cauces y los puentes necesarios.

Pero para trascender al voluntarismo en la coordinación, y superar la Ley de Cuidados Inversos¹⁰ que actúa en los mayores institucionalizados, se debería formular claramente el **principio de Ciudadanía Sanitaria universal** para su aplicación en las personas que viven en residencias de mayores y otras instituciones sociosanitarias. Es **responsabilidad primaria e irrenunciable del Sistema Nacional de Salud** velar por la salud y atender la enfermedad de los que viven en estas instituciones. Y, por ello, las Comunidades Autónomas deberán asegurar que esta cobertura se haga efectiva, con las peculiaridades organizativas que se requieran, a través de la red de AP, de Atención Hospitalaria, de Urgencias y Emergencias, y de Salud Pública.

En la agenda de trabajo para el escenario Post-COVID, recomendamos estos enfoques y líneas de trabajo.

1. **Reforzar la coordinación operativa entre los sistemas Social y Sanitario.** Esta medida es imprescindible para poder gestionar de manera satisfactoria futuras pandemias y emergencias sanitarias pero también para mejorar la calidad conjunta de los servicios que prestan ambos sistemas en personas con limitaciones en su autonomía.
2. Esta coordinación puede ser más o menos intensa en función de la visión del modelo de cuidados que se defina en el ámbito político e institucional; pero ,cuando menos, debería contar con tres aspectos fundamentales: **planificación conjunta de los cuidados de larga duración**; desarrollo de un **sistema de información** integrado en lo referente a la prestación de servicios a personas con un determinado perfil de salud y autonomía; y creación de infraestructuras de **coordinación** entre los servicios

¹⁰ Julian Tudor Hart en 1971 definió esta Ley de Cuidados Inversos así: *el acceso a la atención médica o social de calidad varía en proporción inversa a su necesidad en la población asistida.*

sanitarios y los servicios sociales en su parte de **promoción de la autonomía y atención a la dependencia**.

3. Elaboración de **Planes autonómicos** dirigidos a residencias de mayores y centros sociosanitarios en el que se contemplen las **necesidades mínimas de infraestructuras y personal** acordes a la nueva realidad.
4. Creación de un **equipo gestor sanitario de residencias de mayores**, en el nivel territorial apropiado (posiblemente el **provincial**), que coordine y supervise las actuaciones sanitarias. La coordinación debe integrar el ámbito **médico** y de **enfermería** de las instituciones sanitarias (primaria y hospitalaria), los **servicios sociales** de atención primaria, así como a las propias **residencias**.
5. **Implicación de los servicios sanitarios públicos en la atención sanitaria directa y cotidiana de las residencias de mayores**. El precitado principio de Ciudadanía Sanitaria de las personas institucionalizadas puede concretarse de muchas formas, pero asegurando que:
 - a) desde los **Centros de Salud** se haga una buena cobertura de las residencias localizadas en su zona básica o territorio, para lo cual el cálculo de **cargas de trabajo** de atender a los residentes se incorporará en la determinación de plantillas y recursos;
 - b) que desde los **Hospitales y los Servicios de Urgencia y Emergencia** se desarrolle una cobertura selectiva y armónica a las demandas de atención; los programas de **atención a la cronicidad** tienen contenidos perfectamente aplicables a este reto;
 - c) que el funcionamiento integrado se apoye con sistemas que incrementen la **accesibilidad** (consultas presenciales, telemedicina, etc.) y que faciliten la **relación entre profesionales** para conseguir maximizar la calidad, minimizando desplazamiento de los pacientes;
 - d) que se preste especial atención a los **enfermos terminales o de extrema fragilidad**, para evitar la obstinación terapéutica, promover su confort, y evitar el dolor y sufrimiento; son fundamentales los planes anticipados de cuidados y la consulta y respeto a las últimas voluntades del residente; y
 - e) que la relación entre los niveles asistenciales y las residencias de mayores, sea objeto de una **coordinación y supervisión estable por las autoridades sanitarias y de los servicios sociales**.
6. **Creación en cada residencia** de mayores y centro sociosanitario de un **equipo gestor de emergencias y brotes infecciosos**, compuesto tanto por profesionales sanitarios como por personal de la propia residencia.
7. Desarrollo de un **programa regional de entrenamiento y capacitación** para personal trabajador de residencias de mayores y centros sociosanitarios sobre emergencias, epidemias, pandemias y brotes

infecciosos, de obligada realización y evaluación. De obligado cumplimiento para los integrantes en el equipo gestor de emergencias y brotes infecciosos anteriormente señalado.

8. Elaboración de un **Plan autonómico de gestión de emergencias en residencias de mayores, que incluya pandemias**, y que sea adaptable a cada institución. Incluirá un plan específico COVID-19. Dicho plan general deberá ser adaptado por el gestor de cada residencia o centro sociosanitario a su situación concreta, contando para ello con el perfil de los usuarios, las infraestructuras, los recursos humanos y el entorno en el que desempeña su labor.

El **Plan adaptado a cada centro** sería remitido a las **Consejerías de Sanidad y de Servicios Sociales**. Su elaboración, remisión y aprobación serían elementos clave en la certificación de la residencia o centro sociosanitario, al igual que debe serlo el seguimiento del Programa regional de **entrenamiento y capacitación** para personal trabajador anteriormente citado. Para ello, los responsables autonómicos deben comprometerse a prestar estos programas de formación a la mayor brevedad.

9. Desarrollo de estrategias específicas de actuaciones en materia de **Salud Laboral** dirigidas al personal de las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios.

A modo de conclusión

COVID-19 ha puesto el foco en un sector sociosanitario erosionado por la crisis; con una estructura de prestación de servicios fundamentalmente concertada y/o privada.

El escenario de crisis económico-financiera de la última década ha llevado en muchos casos a **reducir personal y medios**, afectando a las condiciones de habitabilidad, espacio, alimentación, limpieza, higiene personal y actividades de los residentes. Hay toda una **agenda de actuación propia del sector de bienestar social** que debe velar por su bienestar físico, mental y social, que en último término es también salud. Y esta agenda se necesita, desde las políticas sociales principalmente, pero también desde las políticas sanitarias.

Pero **desde el sector salud no debe dictarse soluciones**, que con seguridad implicarían aplicar una visión "*medicalizadora*", (y posiblemente "*medicamentalizadora*"), fuera de la misión y valores de los servicios sociales. La obstinación terapéutica frecuente en los centros sanitarios puede ser particularmente dañina en lugares donde domina la fragilidad, y donde las decisiones sobre pruebas diagnósticas y tratamientos deben ponderarse tomando en cuenta muchos factores.

La aportación más inmediata y tangible de la sanidad a los servicios sociales debe ser **cubrir las necesidades de atención sanitaria de los ciudadanos**

institucionalizados, con igual compromiso que a los demás ciudadanos, pero con una adaptación a sus condiciones, que asegure un trato equitativo que equilibre sus oportunidades disfrutar del máximo nivel de calidad de vida relacionada con la salud posible.

Anexo 1.

1. **Planificación de los suministros necesarios** para cumplir con las prácticas recomendadas de prevención que incluyan:
 - a) Estimación de las cantidades de **materiales y equipos esenciales para el cuidado de los residentes** (por ejemplo, bombas de perfusión, oxígeno, productos farmacéuticos) y **EPIs** (por ejemplo, máscaras, respiradores, batas, guantes y productos de higiene de manos), que serían necesarias durante un brote de ocho semanas. Se ha elaborado un plan para hacer frente a la probable escasez de suministros (por ejemplo, EPIs), incluidas estrategias para el uso de canales normales y alternativos para la adquisición de los recursos necesarios.
 - b) Elaboración de estrategias sobre cómo se establecerían las prioridades en caso de que fuera necesario asignar equipos de atención reducida, productos farmacéuticos y otros recursos.
 - c) Disponibilidad de **desinfectante de manos** a base de alcohol, en todas las habitaciones para residentes (idealmente tanto dentro como fuera de la habitación) y otras áreas comunes y de cuidado para residentes (por ejemplo, comedor al aire libre, en el gimnasio de terapia).
 - d) Existencia de **jabón y toallas de papel en lavabos** para lavarse las manos.
 - e) Colocación de **letreros en la entrada de las habitaciones** de residentes que indiquen las precauciones apropiadas de prevención y el EPI requerido.
 - f) Provisión de **pañuelos y mascarillas para la tos** de personas cerca de las entradas y en áreas comunes con recipientes sin contacto para su eliminación
 - g) Disponibilidad de las suficientes tomas de **oxígeno**.
 - h) Colocación de **contenedores de eliminación de basura** dentro de las habitaciones de residentes, cerca de la puerta, para que sea fácil para el personal descartar el EPI antes de salir de la habitación, o antes de proporcionar cuidado para otro residente en la misma habitación.
 - i) Garantía de que los profesionales sanitarios y no sanitarios tengan acceso a **desinfectantes de grado hospitalario autorizados para permitir la limpieza frecuente de superficies con alto nivel de contacto** y equipos de cuidado de residentes compartidos.
 - j) Existencia de un **proceso para monitorizar los niveles de suministros**, con un plan de contingencia, que incluya involucrar a su departamento de salud cuando experimentan (o anticipan) la escasez de suministro.
 - k) Definición de flujos y respeto de los mismos.

2. **Planes de formación continuada** en el uso del material de protección, y otros temas, sugiriendo los siguientes:
 - a) Formación en precauciones Universales y Específicas para cortar la cadena de transmisión habitual de los patógenos;
 - b) Formación básica en qué son las enfermedades transmisibles, como se contagia y qué es la cadena de transmisión;
 - c) Formación en la interpretación adecuada de la fiabilidad de los test diagnósticos;
 - d) Formación en comunicación en entorno sanitario y en entornos hostiles;
 - e) Formación en evaluación de la evidencia científica para la toma de decisiones;

f) Formación sobre Enfermedades de declaración obligatoria (EDO), notificación, seguimiento de casos y contactos, así como la bioética y la normativa que les afecta.

3. Planificación del uso del material de protección y medidas de higiene con sistemas de control de calidad y *checklist* del mismo.

- Formación teórica en los tipos de EPI para los diferentes ciclos vitales de los patógenos;
- Formación práctica sobre el uso de EPI, siendo una formación imprescindible durante una pandemia que debe ser continua para los trabajadores (aulas 24 horas de formación);
- Formación sobre la normativa de salud laboral.