

**Residencias de mayores: Los efectos  
del Covid-19 y la necesidad de un  
nuevo modelo de cuidados**

**RESUMEN:**

Las personas mayores que vivían en residencias han sido las que más han sufrido la pandemia de covid19, lo que se evidencia por el número de fallecimientos que se han producido en ellas. El artículo tiene como objetivo analizar los efectos de la pandemia en las residencias de mayores en España, así como las respuestas gubernamentales para el control de la dolencia. Específicamente el trabajo busca identificar las principales razones que provocaron el elevado número de muertes en las residencias de mayores y sus efectos. El método utilizado ha sido de carácter cualitativo documental, habiéndose utilizado para ello documentos e informes de distintos organismos oficiales (ministerios de Derechos Sociales, Sanidad y Ciencia e Innovación), bibliografía sobre el tema y datos oficiales (ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística). Concluye señalando la necesidad de un nuevo modelo, el cual debe contar con todos los sectores de la sociedad incluidos los residentes.

**Palabras-claves:** Residencias de mayores, Pandemia, Covid-19.

**Senior residences: The effects of  
covid19 and the need for a new model  
of care**

**ABSTRACT:**

Older people who lived in residences have been the ones who have suffered the covid19 pandemic, which is evidenced by the number of deaths that have occurred in them. The article aims to analyze the effects of the pandemic in nursing homes in Spain, as well as government responses to control the disease. Specifically, the work seeks to identify the main reasons that caused the high number of deaths in nursing homes and their effects. The method used has been of a qualitative documentary nature, having used documents and reports from different official bodies (ministries of Social Rights, Health and Science and Innovation), bibliography on the subject and official data (Ministry of Health and National Institute of Statistics). He concludes by pointing out the need for a new model, which must have all sectors of society including residents.

**Keywords:** Senior Residences. Pandemic, Covid-19.

Carmen Pineda Nebot<sup>1</sup>

Jones Nogueira Barros<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Consultora Independiente. E-mail: carmenpinedanebot@hotmail.com.

<sup>2</sup> Profesor del Programa de posgraduación en Administración en la Universidad del Amazonas (PPAD). Doctor en Administración por la Universidad del Amazonas, Master en Gestión y Desarrollo Regional por la Universidad de Taubaté. E-mail: jonesbarros1@hotmail.com.

## **INTRODUCCIÓN**

Pocos servicios han sufrido en España tantos cambios en tan poco tiempo como los centros para personas mayores. Desde los tradicionales asilos para ancianos desamparados con un carácter de beneficencia, pasando por los grandes centros propios del desarrollismo del tardofranquismo, a los pequeños establecimientos con que se prodigaron en los años 90, hasta el modelo actual de centros altamente institucionalizados para una población cada vez de edad más avanzada y con mayor necesidad de cuidados. Ahora se les exige una vez más un nuevo impulso de adaptación. Por un lado, el incremento de las expectativas de vida aumenta las situaciones de dependencia. Por otro, la sociedad sigue cambiando a ritmo acelerado, y las personas mayores demandan otras formas de atender sus necesidades ante sus limitaciones funcionales. Además del número importante de fallecimientos que se han producido durante la pandemia en estos centros.

España, es un país altamente envejecido con una tasa de personas mayores de 65 años próxima al 19% de la población (8,764,204), de los cuales un 4% (aproximadamente 366,633) viven en residencias de las cuales; solo el 27% tienen titularidad pública (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS y SÁNCHEZ -IZQUIERDO, 2020). Siendo en este segmento de población en el que la epidemia de COVID19, declarada por la OMS el 11 de marzo de 2020, ha tenido un mayor impacto en términos de letalidad, sobre todo en la primera ola (MILLER, 2020).

En la primera ola el 40% de los fallecidos lo hicieron en las residencias, siendo Madrid y Cataluña donde se dieron el mayor número de fallecidos. En concreto, casi 14.000 personas fallecieron en residencias de mayores en los primeros cinco meses del año. Esta cifra no incluye a todas las personas mayores que se contagiaron en una residencia de ancianos pero que sí fueron trasladados a hospitales y fallecieron en el centro sanitario.

En total, según el Ministerio de Sanidad, se han registrado 30.117 fallecimientos en residencias desde que empezó la pandemia en marzo de 2020 hasta el 28 de febrero de 2021. Esto supone el 43,3% del total de la mortalidad por Covid en el Estado Español durante los primeros 12 meses de la pandemia. En 2021 ese número descendió hasta 5.019 personas, que supone el 17,1% de fallecidos sobre casos confirmados.

## **METODOLOGÍA**

El método utilizado ha sido de carácter cualitativo documental, habiéndose utilizado para ello documentos e informes de distintos organismos oficiales (Ministerios de Derechos Sociales, Sanidad y Ciencia e Innovación), bibliografía sobre el tema y datos oficiales (Ministerio de Sanidad e Instituto Nacional de Estadística). Encontrándonos desde el principio con dificultades importantes en lo que respecta a los datos, como son: la falta de datos robustos y homogéneos entre territorios, la no distinción en los datos de personas que viven en residencias o en la comunidad o al hecho de que en la primera ola de la pandemia no se pudieran realizar pruebas diagnósticas masivas, por lo que es difícil atribuir con certeza un volumen importante de fallecimientos a la infección.

Además es importante también señalar que, después de un año de pandemia y con las residencias de mayores como el foco más castigado por el coronavirus, hubo que esperar a marzo de 2021 para que el Gobierno presentase una información agregada y sistematizada de la evolución de la COVID-19 en las residencias, y lo hizo uniendo el trabajo del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias y del Instituto de Salud Carlos III, dependientes de los ministerios de Derechos Sociales, Sanidad y Ciencia, respectivamente. Al no estar recogida esta información por ninguna fuente oficial, durante todo este tiempo la información ha dependido del seguimiento diario de los medios de comunicación a partir de los datos de las comunidades autónomas, que no han presentado sus datos de forma homogénea. Otra constante también durante la pandemia es que los datos de las comunidades autónomas no coincidían con los informes en paralelo que publicaba Sanidad.

## **RESIDENCIAS DE MAYORES Y EL COVID19**

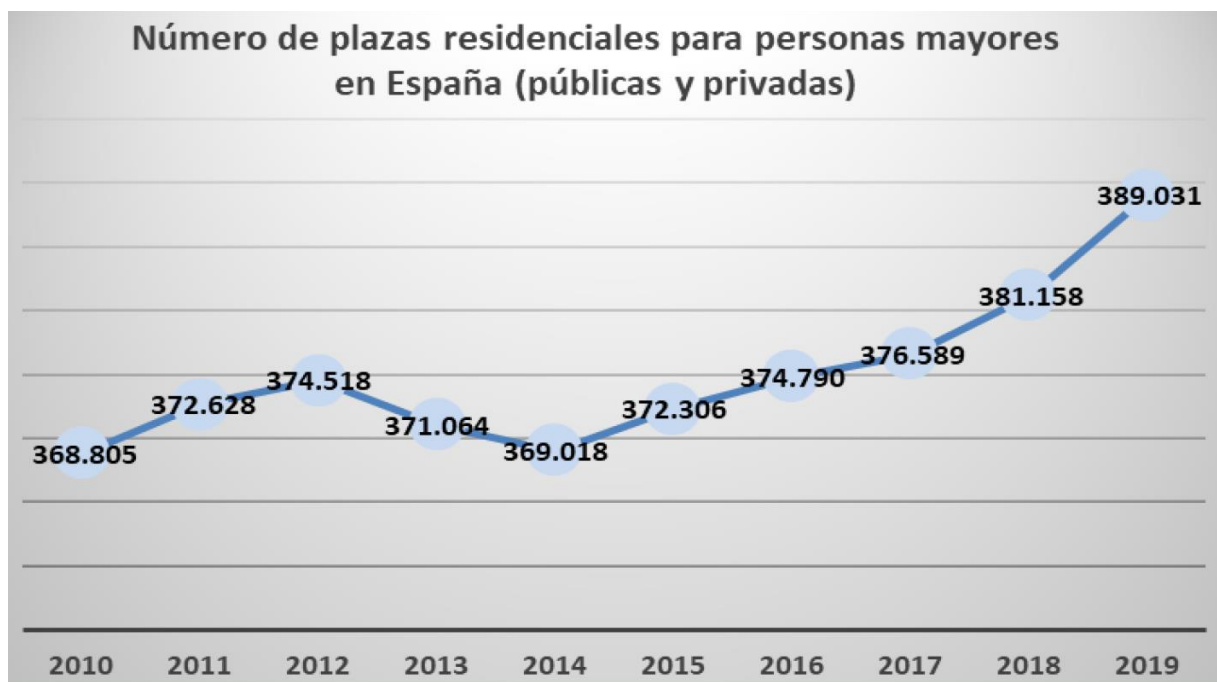
### **Residencias de mayores**

Lo primero que hay que señalar es que no es posible conocer con exactitud el número de centros y plazas residenciales para mayores que existen en España. La razón

fundamental es que las competencias sobre Servicios Sociales y Residencias están transferidas a las comunidades autónomas, últimas responsables del control y supervisión de estos equipamientos colectivos. Es decir, cada una de ellas ofrece los datos de centros y plazas en su territorio y al haber disparidad de criterios entre ellas sobre lo que se entiende por centros residenciales no es posible una homogenización de los datos (ABELLÁN GARCÍA et al., 2019).

Es importante también apreciar que, aunque entre 2010 y 2019 el número de personas mayores de 65 se ha incrementado en más de un millón (1.119.907) el número de plazas residenciales, como se puede ver en el gráfico 1, solo se ha incrementado en 20.226. Lo que demuestra la escasez de plazas y la necesidad de ampliar su número o de buscar otras soluciones que faciliten la calidad de vida de todas esas personas.

**Gráfico 1:** Evolución histórica del número de plazas residenciales 2010-2019



Fuente: García *et al.*, 2021

En la tabla 1 podemos ver el número total de centros que existían en España en 2020 y desglosado por Comunidades Autónomas. Siendo Cataluña (999), Castilla y León (686), Andalucía (668) y Castilla la Mancha (497) las que tienen un mayor número de centros residenciales para mayores. Otro aspecto que considerar es el tipo de residencias,

en España, en 2020, el 70,5% de las residencias de mayores eran privadas frente a un 29,5% de residencias públicas, siendo en su mayoría residencias sociales no asistidas (PICARDO, 2021).

**Tabla 1:** Número de Residencias de Mayores en España en 2020

	<b>Públicas</b>	<b>Privads</b>	<b>Total</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.642</b>	<b>3.925</b>	<b>5.567</b>
Andalucía	158	510	668
Aragón	83	192	275
Asturias (Principado de)	47	191	238
Balears (Illes)	30	27	57
Canarias	56	39	95
Cantabria	12	54	66
Castilla y León	200	486	686
Castilla-La Mancha	284	213	497
Cataluña	174	825	999
Comunitat Valenciana	73	252	325
Extremadura	210	78	288
Galicia	79	254	333
Madrid (Comunidad de)	72	405	477
Murcia (Región de)	14	48	62
Navarra (Comunidad Foral de)	34	43	77
País Vasco	105	282	387
Rioja (La)	9	23	32
Ceuta	1	2	3
Melilla	1	1	2

Fuente: Mapa de Recursos del portal Envejecimiento en red (2021).

En cuanto a la titularidad de los centros en cuatro de las comunidades (Madrid, Cataluña, Cantabria y Asturias) el porcentaje de las residencias privadas supone más del 80% del total. Solo en una de ellas, Extremadura, el porcentaje de residencias públicas es muy superior al de las privadas (73% por 27%).

Sobre el número de plazas en las residencias España tenía, en 2020, 384.251 plazas. El 73% de titularidad privada y solo el 26,7% de titularidad pública. Con una población total, en 2020, de 47.394.223 y una población mayor de 65 años de 9.280.000,

la ratio de plazas residenciales por personas de más de 65 años es de 4.1. Siendo Castilla y León (7,6), Castilla La Mancha (6,9), Aragón (6,5) y Extremadura (6,2) las que tienen una ratio más alto y Murcia (2,2), Canarias (2,2) y Comunitat Valenciana (2,8) los más bajos.

Tanto en los centros de titularidad privada como pública la mayoría de ellos son de tamaño grande, con 100 o más plazas, suponiendo en las privadas el 52,8% y en las públicas el 47,2%.

**Tabla 2:** Distribución de plazas privadas según tamaño del centro

	< 25	25 - 49	50 - 99	>= 100	TOTAL
<b>TOTAL</b>	13.166	39.612	80.114	148.440	281.332
<b>Andalucía</b>	1.644	6.377	8.560	17.374	33.955
<b>Aragón</b>	540	2.284	4.127	5.537	12.488
<b>Asturias (Principado de)</b>	1.236	1.861	2.376	5.178	10.651
<b>Balears (Illes)</b>	0	159	555	2.070	2.784
<b>Canarias</b>	140	497	887	1.925	3.449
<b>Cantabria</b>	149	314	1.380	3.504	5.347
<b>Castilla y León</b>	1.101	6.284	10.933	16.573	34.891
<b>Castilla-La Mancha</b>	261	1.773	6.329	9.162	17.525
<b>Cataluña</b>	3.238	9.546	17.180	19.881	49.845
<b>Comunitat Valenciana</b>	240	2.082	6.031	13.646	21.999
<b>Extremadura</b>	112	855	1.837	3.537	6.341
<b>Galicia</b>	1.422	1.397	4.372	9.434	16.625
<b>Madrid (Comunidad de)</b>	912	3.112	8.385	28.308	40.717
<b>Murcia (Región de)</b>	47	230	1.553	2.529	4.359
<b>Navarra (Comunidad Foral de)</b>	42	495	1.324	2.318	4.179
<b>País Vasco</b>	2.048	2.149	3.639	5.916	13.752
<b>Rioja (La)</b>	34	155	646	1.317	2.152
<b>Ceuta</b>	0	42	0	120	162
<b>Melilla</b>	0	0	0	111	111

Fuente: Mapa de Recursos del portal Envejecimiento en red (2021).

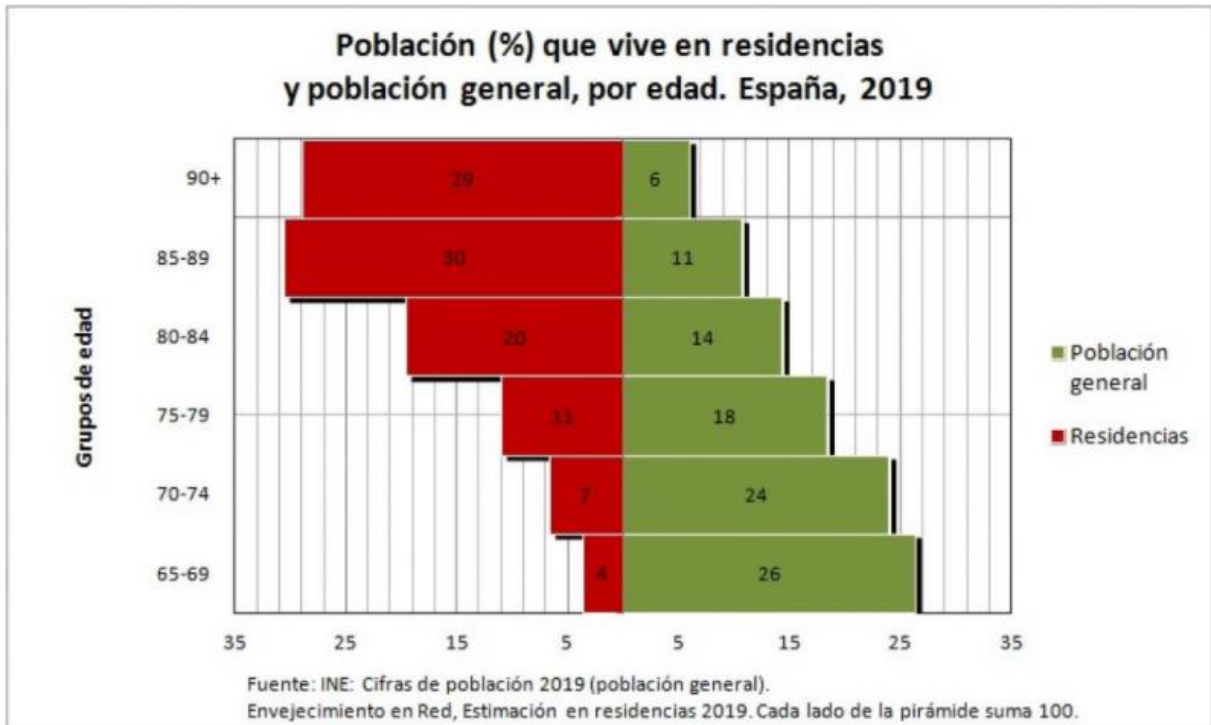
**Tabla 3:** Distribución de plazas públicas según tamaño del centro

	< 25	25 - 49	50 - 99	>= 100	TOTAL
<b>TOTAL</b>	7.014	15.716	31.610	48.579	102.919
<b>Andalucía</b>	347	2.324	3.216	3.743	9.630
<b>Aragón</b>	226	694	2.681	2.205	5.806
<b>Asturias (Principado de)</b>	204	185	1.383	2.141	3.913
<b>Balears (Illes)</b>	57	416	687	1.054	2.214
<b>Canarias</b>	164	640	1.071	1.952	3.827
<b>Cantabria</b>	56	32	334	504	926
<b>Castilla y León</b>	926	2.673	3.172	5.238	12.009
<b>Castilla-La Mancha</b>	1.834	2.203	1.371	5.049	10.457
<b>Cataluña</b>	283	1.181	6.836	4.464	12.764
<b>Comunitat Valenciana</b>	100	608	2.390	2.621	5.719
<b>Extremadura</b>	1.870	2.270	2.536	1.522	8.198
<b>Galicia</b>	490	697	1.246	2.588	5.021
<b>Madrid (Comunidad de)</b>	34	297	1.416	9.444	11.191
<b>Murcia (Región de)</b>	38	42	443	624	1.147
<b>Navarra (Comunidad Foral de)</b>	64	608	702	550	1.924
<b>País Vasco</b>	321	768	1.974	3.830	6.893
<b>Rioja (La)</b>	0	78	96	890	1.064
<b>Ceuta</b>	0	0	56	0	56
<b>Melilla</b>	0	0	0	160	160

Fuente: Mapa de Recursos del portal Envejecimiento en red (2021).

Todo ello en un país en el que en los últimos años el perfil de la población en residencias ha evolucionado hacia un mayor envejecimiento, como se puede ver en el gráfico 2.

**Gráfico 2:** % de población que vive en residencias y población general, por edad en España



Fuente: INE (2019)

Los cambios demográficos en la población y la falta de una respuesta integrada social y sanitaria homogénea y accesible a nivel domiciliario, ha incrementado la multimorbilidad, fragilidad, y complejidad de los residentes. Este cambio de perfil ha provocado que la población residencial sea especialmente susceptible a complicaciones graves y mortalidad por la COVID-19, pues, como muchas otras enfermedades, esta infección ha golpeado principalmente a las personas mayores, como veremos a continuación.

### **Residencia de mayores y el Covid-19**

En 2020, como hemos visto anteriormente, había 384.251 plazas para personas mayores en centros socio-sanitarios, cabiendo suponer que las defunciones por Covid-19 se distribuirían de forma proporcional al número de residentes en cada comunidad. Pero no ha sido así, Madrid muestra el mayor exceso de mortalidad: 52,9%, este exceso se puede



explicar por varias causas (RICO, 2021): se aplicó un protocolo de exclusión de la atención sanitaria en los hospitales de referencia a los residentes enfermos que tenían deterioro cognitivo o discapacidad motriz y esta exclusión se aplicó desde mediados de marzo hasta mediados de abril, no se medicalizó las residencias a pesar de que hubo sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid para que se llevara a cabo la medicalización, solo se trasladaron a hospitales privados aquellos residentes con seguros privados, no se trasladó a los residentes enfermos al hospital de campaña<sup>3</sup>. Estas variaciones no son más que un reflejo de la gestión de la pandemia dentro y fuera de las residencias (ZUNZUNEGUI, 2021).

Además de los perfiles de edad y comorbilidad de los residentes, otras variables hacen que estas instituciones sean particularmente frágiles cuando se trata de una infección brote de la enfermedad. Estos incluyen la falta de acceso a pruebas y equipo de protección personal, la dificultad de mantener la distancia social entre los pacientes móviles con deterioro cognitivo y una fuerza laboral que no ha sido ampliamente capacitada para manejar infecciones. Esta combinación de factores (intensidad del brote pandémico, falta de herramientas de diagnóstico y equipo de protección, y la falta de formación de la mano de obra) crearon una "tormenta perfecta" que puede explicar por qué el Covid19 se propagó tan rápidamente dentro de las residencias de mayores en España en un corto período de tiempo, como también lo hizo en otros países europeos o en EE. UU (MEIS-PINHEIRO et al., 2021).

Desde el 14 de marzo de 2020 hasta el 12 de septiembre de 2021, en España las muertes de residentes con COVID-19 confirmado rozan las 19.900. A ellas se añaden 10.492 decesos de personas con síntomas compatibles con el coronavirus y que vivían en estos centros (IMSERSO, 2021).

En cuanto a los contagios, en las residencias de mayores se han diagnosticado mediante PCR u otra prueba diagnóstica homologada más de 96.000 casos en lo que va de pandemia. De ellos, el 28 % contrajo la COVID en la primera ola de la pandemia, según un estudio del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, que concluyó que las

---

<sup>3</sup> En España, a finales de julio de 2020, se habían abierto más de 400 diligencias judiciales (penales y civiles) de investigación relacionadas con personas mayores en residencias (Fiscalía General del Estado, 2020).

dimensiones de las residencias no influyen en el número de casos (MEIS-PINHEIRO et al., 2021).

En la tabla 4 se puede ver el número de contagiados y fallecidos por Comunidades Autónomas<sup>4</sup>. Aunque estos datos aún siguen revisándose, muestran la magnitud del impacto que ha tenido la pandemia de COVID-19 sobre las residencias de ancianos, solo realmente mitigado por el efecto de las vacunas a partir de 2021. En lo peor de la primera ola, entre marzo y junio de 2020, murieron casi 10.000 personas, más que en los seis meses siguientes. Si se le añaden los 10.492 fallecimientos de residentes que murieron en esos tres meses con síntomas compatibles con la COVID, pero sin una prueba diagnóstica, la conclusión es que dos de cada tres muertes de mayores en residencias de ancianos ocurrieron en la fatídica primavera de la primera ola.

En cuanto a los fallecidos en todas las residencias de servicios sociales, centros destinados a personas con discapacidad y otros alojamientos, las personas que vivían en centros residenciales y que murieron con COVID-19 o causa compatible rondan el 40 % del total de fallecidos en esa fecha en España.

---

<sup>4</sup> Los datos deben tomarse con una cierta cautela debido a sus potenciales sesgos y limitaciones. Por ejemplo, Zalakain, Davey y Suárez-González (2020) señalan que algunas CCAA habrían estado reportando el valor agregado de fallecimientos en distintos tipos de residencias sociosanitarias, en lugar de facilitar el dato desglosado por tipo de centro, y que algunas de ellas no habrían distinguido entre fallecimientos de casos confirmados con COVID-19 y casos no confirmados. Además, diversas CCAA no habrían informado en tiempo y forma.

**Tabla 4:** Muertes y casos de COVID-19 en residencias de mayores durante la pandemia

	Fallecidos*	% del total	Contagiados
<b>ESPAÑA</b>	<b>30.402 (10.492)</b>	<b>35,6%</b>	<b>97.530</b>
Madrid	6.336 (4.709)	39,6%	3.011
Cataluña	5.605 (2.095)	36,3%	12.846
Castilla y León	4.103 (1.093)	56,6%	18.060
Castilla-La Mancha	2.894 (1.188)	45,8%	8.416
Andalucía	2.179 (00)	19,9%	10.247
Comunidad Valenciana	1.761 (00)	22,9%	10.431
Aragón	1.672 (765)	44,4%	7.875
País Vasco	1.233 (98)	25,5%	6.717
Extremadura	1.120 (300)	58,3%	4.398
Galicia	801 (23)	30,9%	4.497
Asturias	737 (00)	35,8%	2.978
Navarra	582 (164)	47,2%	2.149
Murcia	341 (00)	19,9%	1.317
La Rioja	330 (31)	40,2%	505
Cantabria	296 (10)	49,3%	2.213
Baleares	289 (09)	31%	1.588
Canarias	97 (7)	10,1%	253
Melilla	04 (00)	3,9%	22
Ceuta	03 (00)	2,4%	7

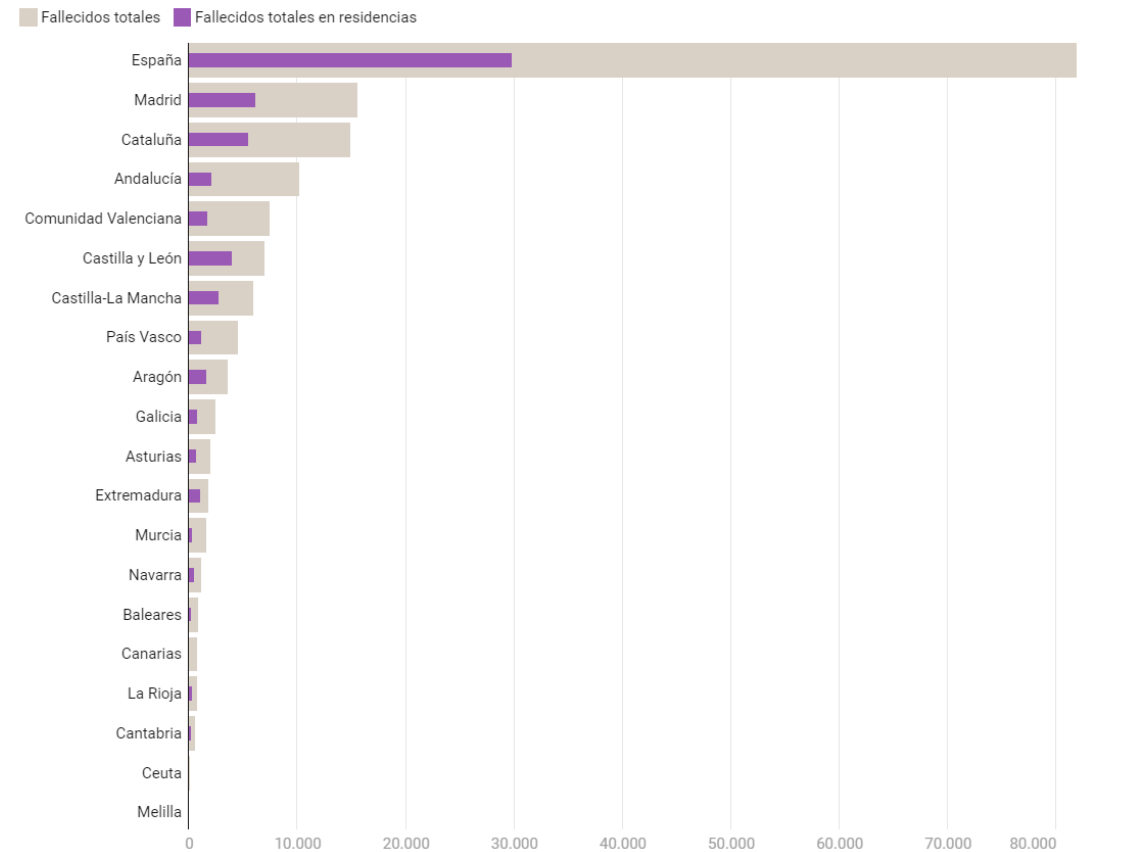
\*Entre ( ) fallecidos con síntomas compatibles con la COVID-19 no confirmados. Datos actualizados semanalmente sin tener en cuenta el lugar de la muerte. Al total se han añadido 17 fallecimientos de Andalucía y cinco de Cataluña que aún no han sido ubicados por fecha, pero que el IMSERSO suma a su total de decesos.

DatosRTVE • Fuente: IMSERSO • Insertar

Fuente: IMSERSO (2020).

En cuanto a los fallecidos con coronavirus en las residencias de mayores (confirmado o con síntomas compatibles) desde el inicio de la pandemia frente al total de fallecidos totales en cada región, vemos en el gráfico 3 que el mayor número en valores absolutos se produjo en dos comunidades: Madrid y Cataluña.

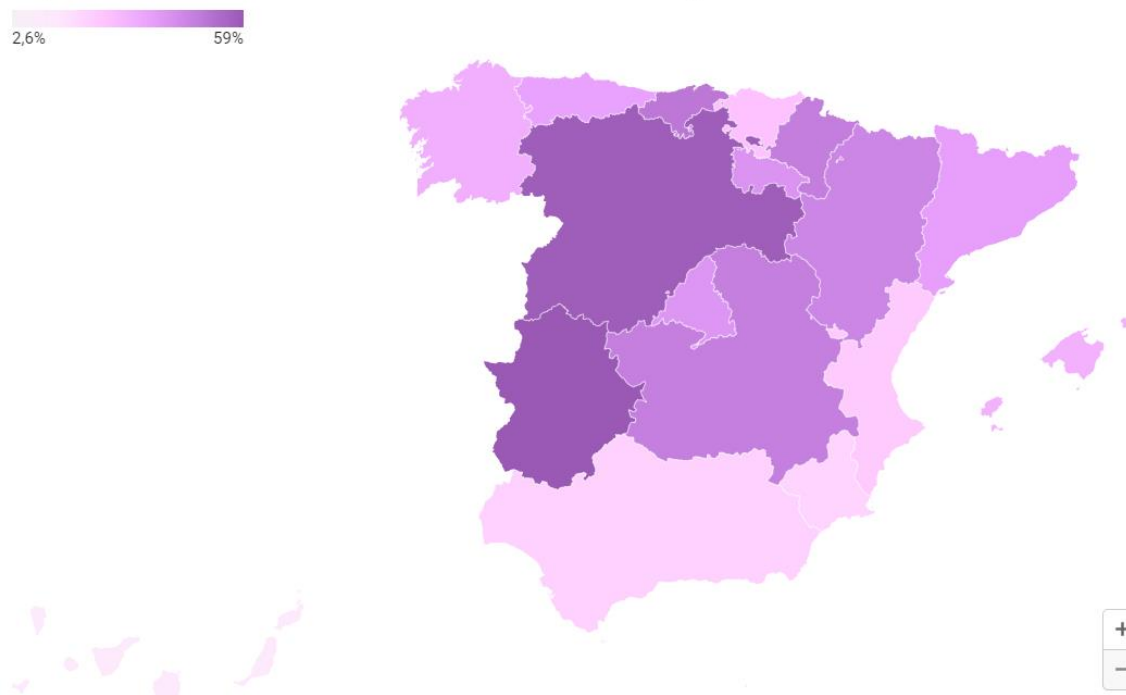
**Gráfico 3:** Fallecidos con coronavirus en las residencias de mayores frente al total de fallecimientos



Fuente: IMSERSO (2020).

Sin embargo, en el gráfico siguiente se puede apreciar que no son esas comunidades las que tienen un porcentaje más alto de muertes en residencias sobre el total de fallecidos. Siendo en ese caso Extremadura y Castilla y León las que tienen porcentajes más altos, 58,3 y 56,6 respectivamente. Y que incluso hay otras cinco comunidades que tienen un porcentaje más alto.

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



\*Entre ( ) fallecidos con síntomas compatibles con la COVID-19 no confirmados. Datos actualizados semanalmente.  
Mapa: DatosRTVE • Fuente: IMSERSO • [Insertar](#)

Ante la situación de mayor vulnerabilidad de las personas mayores el Gobierno decidió que serían los primeros en ser vacunados, vacunación que comenzó el 27 de diciembre de 2020. Hasta el 2 de junio de 2021 fecha en que el Ministerio de Sanidad dejó de actualizar este dato, al menos una dosis de la vacuna había llegado al 99,7 % de los residentes de España y el 93,3 % había completado la pauta. En cuanto al grado máximo de inmunización, todas las regiones estaban ya por encima del 90 %, salvo el País Vasco y Cataluña. Navarra era el territorio más avanzado, con un 98,1 % de sus residentes con pauta completa, seguido de Melilla con el 97,6 % y Galicia, La Rioja y Ceuta que rondaban el 97 %.

A 7 de octubre de 2021, el 100% de los mayores de 80 años tienen la pauta completa, el 98,8% los de 70 a 79 años y el 97% los de 60 a 69 años. Y el 87,4% de la población diana en España tiene la pauta completa, lo que supone una población vacunada de 36.832.362 personas.

En el estudio realizado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y el Ministerio de Sanidad sobre el uso de vacunas de ARNm en personas residentes en centros de mayores

en España se vio que su efectividad ha sido del 71% frente a la infección sintomática y asintomática por Covid19, del 88% en la prevención de hospitalizaciones y del 97% en evitar fallecimientos (MAZAGATOS et al. 2021). Habiéndose evitado durante el primer trimestre de 2021 un mínimo de 17.000 casos de COVID-19 y 3.500 fallecimientos en las residencias de mayores. Estos resultados están en consonancia con investigaciones similares realizadas en Reino Unido e Israel, entre otros; coincidiendo también con otros estudios que se han realizado en España sobre el impacto directo e indirecto de la vacunación, y con estimaciones a nivel regional que han analizado la prevención de hospitalizaciones y muertes en residentes de centros de mayores y trabajadores de la salud o frente a infecciones sintomáticas en personas mayores de 60 años.

## **RAZONES DE LA ALTA MORTALIDAD EN LAS RESIDENCIAS DE MAYORES**

Lo primero que habría que destacar es la discrepancia del número de fallecidos que presentan los documentos de dos organismos oficiales, como son: el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y el Instituto Nacional de Estadística (INE). El IMSERSO contabilizó 20.000 fallecimientos en residencias en el período de marzo a mayo de 2020, en cambio el INE solo 13.746 fallecimientos en el mismo período. Las razones fundamentales de la discrepancia entre estas dos fuentes es que siguen diferentes metodologías y por la falta de homogeneización en los tipos de centros considerados. En cuanto al lugar de la muerte, el IMSERSO contabiliza defunciones de personas que viven en los centros residenciales, “independientemente del lugar de la muerte”, es decir, estas han podido morir en sus residencias o no. En cambio, el INE contabiliza defunciones que han sido efectivamente certificadas dentro de las residencias socio-sanitarias. En cuanto a la causa de la muerte los datos del IMSERSO incluyen fallecidos “por” y “con” covid, en cambio los del INE solo los “por”. También puede haber diferencias en la definición de centros, pues no existen protocolos de homogeneización de establecimientos sociales, sanitarios, o de cuidados de larga duración.

En cuanto a las razones de la alta mortalidad en las residencias de mayores durante la primera ola se señalan, en distintos informes realizados durante este tiempo, los siguientes:

**A)** El patógeno SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19. La alta contagiosidad de la enfermedad en situaciones de alojamiento colectivo que obligan al uso compartido de espacios (habitaciones, baños, zonas comunes, etc.) y el lógico desconocimiento sobre muchos aspectos de la enfermedad al inicio de la pandemia.

**B)** Las personas usuarias de los centros residenciales y sus características. Su edad avanzada, la fragilidad de algunos de ellos, problemas de índole neurocognitiva que obligan al manejo cotidiano de la ausencia de comprensión por los residentes sobre lo que está sucediendo o a combinar los confinamientos y aislamientos con las necesidades de deambulación permanente, la pérdida de audición que implican dificultades para acceder a la información sobre la crisis y la elevada necesidad de apoyos para la realización de las actividades básicas de la vida diaria lo que exige contactos estrechos y continuados con el personal de cuidados.

**C)** La infraestructura, actividad y acceso a los medios de protección. Infraestructuras no siempre adecuadas, el tamaño de algunas residencias que no permitían el aislamiento de los contagiados, escasez, cuando no ausencia, de equipos de protección individual adecuados y las dificultades para un blindaje total de los centros residenciales.

**D)** El personal de cuidados y los recursos humanos de los centros residenciales. Ausencia de planes de contingencia adaptados a la situación de pandemia, ratios insuficientes de personal, personal sanitario insuficiente y poco entrenado, número muy importante de bajas de personal que provocó sobrecargas de trabajo, contrataciones de nuevo personal sin experiencia y por razones de urgencia, uso inadecuado de los EPI y falta de apoyos psicológicos.

**E)** La comunicación. Los problemas de comunicación entre el personal de las residencias, las personas residentes y las familias tensionaron enormemente las relaciones entre el centro residencial y las familias, dificultando la actuación y generando alarma.

**F)** Las políticas y estrategias de aislamiento y confinamiento adoptadas. Existió una enorme dificultad de acceso a pruebas diagnósticas, falta de preparación para proporcionar apoyos al final de la vida, falta de material de protección y problemas de

suministro y el colapso en los servicios habituales encargados del manejo y recogida de cadáveres.

**G)** La gobernanza intersectorial y entre distintas administraciones. Operó una errónea percepción de que los centros residenciales, por su predicado carácter “socio-sanitario”, podían y debían hacer frente a la situación por sus propios medios. La virulencia y rapidez de la primera oleada superó el ritmo de la adopción de medidas, a esto también contribuyó la complejidad organizativa y la multiplicidad de agentes intervinientes. No siempre se estableció un abordaje conjunto del problema, en todos los niveles, con la aportación de las múltiples visiones y conocimientos, debido entre otras razones a un sistema poco interconectado. Se hace necesario un mayor control por parte de las administraciones competentes sobre las residencias.

**H)** El edadismo, los dilemas éticos y los problemas jurídicos. No siempre se han considerado suficientemente los criterios generales de preservación de la autonomía y defensa de la dignidad de las personas ni se puede dispensar la asistencia sanitaria sobre criterios de esperanza de vida.

Las acciones fundamentales a corto plazo que, según los expertos, se debieron tomar fueron (PICARDO, 2021):

- La aplicación de medidas de detección de síntomas, y de restricción para visitantes y personal no esencial.

- La detección activa de infección sintomática en el personal, incluyendo la medición y documentación de la temperatura corporal y la determinación de los síntomas respiratorios para identificar y excluir a los trabajadores sintomáticos.

- La vigilancia de síntomas en los residentes, prestando especial atención a los ancianos con pluripatologías, alta dependencia, demencias y deterioro cognitivo, en los que cabe la presencia de signos inespecíficos como reducción del estado de alerta, reducción del movimiento, diarrea y sintomatología como ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, agitación o retraimiento.

- Las medidas anteriores de detección de casos hacían referencia a un escenario como el que nos enfrentamos, en el que existía escasez de test específicos de detección. Si se dispone de estos recursos se deberían utilizar para la detección y seguimiento de casos, y así se facilitaría la identificación de personas infectadas por SARS-CoV-2 pero



asintomáticas, las cuales constituyen un problema importante en estas instituciones y en la comunidad en general.

- El distanciamiento social, incluida la restricción del movimiento de residentes y las actividades de grupo.

- Considerar, además, el efecto que medidas como el distanciamiento, el confinamiento y la restricción de visitas pueden tener sobre la salud mental de los residentes, buscando alternativas viables para mantener el bienestar emocional.

- La desinfección de los dispositivos compartidos tras su uso, así como enfatizar en la limpieza minuciosa y desinfección personal (lavado de manos) y del entorno.

- La capacitación del personal en el control de infecciones y el uso de EPI.

- El establecimiento de planes para hacer frente a la escasez de recursos de detección y de protección frente a la COVID-19 y la necesaria coordinación con los servicios de apoyo y autoridades competentes informando de todos los casos sospechosos o confirmados.

- Considerar las pautas que las autoridades sanitarias establecen, en las que se desarrollan y detallan las medidas anteriormente señaladas. Además, estas las mantienen actualizadas al conocimiento y la evidencia disponible en cada momento, por lo que se recomienda su frecuente revisión.

A medio y largo plazo también es necesario poner en marcha otras medidas, como señala el Grupo Multidisciplinar creado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (ORDOVÁS et al., 2020):

- Crear un observatorio que recoja y analice los datos y la información local e internacional y marque pautas con relación a las actuaciones frente a la COVID-19 y como modelo de futuro;

- Explotar la base de datos de los Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA), disponible y homogénea para la mayoría de las comunidades autónomas (CC.AA.), que podría servir para analizar con precisión la vulnerabilidad de determinados perfiles de pacientes y sus resultados de salud frente a la COVID-19, pero también para comparar residencias, vinculando estos datos con datos estructurales o encuestas ad hoc;

- Homogeneizar los datos de las CC.AA. y crear una encuesta sobre salud y calidad de atención que se podría integrar con la encuesta europea SHARE (en la que España participa);

- Estimular la investigación sobre aspectos clínicos, psicológicos, de movilidad, nutricionales y sociales en este sector de la población mayor en general; para esto serían necesarias acciones estructurales como por ejemplo crear una agencia para tal fin (Centro Nacional de Investigaciones del Envejecimiento) consistente con otros países, e impulsar estudios representativos longitudinales multidisciplinares a nivel nacional.

- Mejorar radicalmente la atención en las residencias, mediante soluciones de: a) telemedicina/telerehabilitación y conectividad remota en general; b) sensores (para seguridad de los residentes y cuidado de su salud); c) robótica, para apoyo a los cuidadores.

Son, por tanto, necesarias actuaciones coordinadas y decididas en el sector de las residencias y de cuidados de larga duración en general, mediante un análisis profundo de lo que ha ocurrido, planteando planes de transformación y un impulso decidido a la investigación, innovación y transferencia, lo que permitiría que el sector recobrarla una dignidad que ya estaba afectada por un estigma preexistente, y que se ha visto muy afectada por la pandemia.

Es fundamental abrir un debate sobre un nuevo modelo de cuidados de larga duración en España, que incluya las residencias. Y este nuevo modelo tiene que partir de la implicación proactiva de las personas mayores y sus cuidadores, sus preferencias en relación al lugar en el cual quieren vivir, y el tipo de cuidados que quieren recibir, y cómo esto se conciliaría con los recursos disponibles.

## **NUEVO MODELO DE RESIDENCIAS DE MAYORES**

Como señaló el Director de la OMS, Región Europea (STATEMENT, 2020), en su comparecencia del 23 de Abril 2020: “De ahora en adelante, los sistemas de atención a largo plazo de calidad, con recursos, sólidos y sostenibles que prioricen las necesidades y la dignidad de las personas deben ser nuestro estándar. Se necesita el compromiso de los más altos niveles institucionales, en todos los sectores de nuestra sociedad. Se debe

fortalecer la coordinación y la continuidad entre los servicios sociales y de salud, así como a través de los sistemas de información. Debemos reunir a médicos, enfermeras, farmacéuticos, profesionales de la salud social y de otro tipo, trabajadores de atención y, sobre todo, a los propios residentes, en la toma de decisiones y la prestación de atención”.

Las residencias de mayores en el futuro post Covid-19 deberían estar perfectamente integradas en el sistema nacional de salud, con una relación permanente con el centro de atención primaria a la que los residentes estén adscritos, así como a su hospital de referencia, estructuras de apoyo al que deben derivar los residentes ante cualquier complicación. La implantación de las nuevas tecnologías deberían evitar desplazamientos de estos residentes, así como mantener actualizada e integrada su historia clínica para facilitar su atención en cualquier dispositivo asistencial de su área de salud. Su dependencia orgánica y funcional debería ser de la Consejería de Salud de la C.A., que debería velar no solo por controlar el cumplimiento de las características estructurales de las residencias (dimensiones de las habitaciones, ratio de personal, nº extintores...) sino sus resultados sobre calidad de la atención de los residentes en base a unos parámetros de calidad asistenciales contrastados. Sería deseable que a nivel nacional existiera una homogeneización sobre todos estos criterios, así como los de acreditación y permiso de apertura de estas residencias, ya que actualmente cada C.A. tiene los suyos propios.

Algunos aspectos claves de este cambio que se debe producir en las residencias deberían estar más centrados en el cuidado personal e integral del residente, mejorando así su calidad de vida, en cambio otros deben concentrarse en el ámbito de los derechos de las personas mayores, tan importantes como los del resto de grupos sociales y olvidados o relegados en muchos momentos de esta crisis e incluso antes de ella (INZIRATI et al., 2020). El nuevo modelo debe ser:

- Un modelo de cuidados y de atención centrado en la persona, que dé respuesta a las necesidades de cada persona teniendo en cuenta sus preferencias y valores, implicando a las personas también en la planificación y evaluación de estos modelos y su implementación. Esto supone escucharlos en todo el proceso.

Que no sea la persona quien se tenga que adaptar a la vida colectiva en una institución, sino que sea el centro o el servicio el que se adapte a las expectativas y deseos

de cada persona. Superar un modelo asistencialista, que solo busca compensar limitaciones funcionales de las personas, por otro que refuerce sus capacidades para decidir y actuar de acuerdo a sus decisiones.

Para ello se requiere que estos centros estén abiertos a la participación con órganos efectivos en los que tengan presencia, además de la dirección del centro, las propias personas residentes, sus familiares, los y las trabajadores/as y también representantes de la administración, a ser posible la más próxima al entorno (ayuntamiento, comarca, barrio...). Esa participación, además de democratizar los centros, reforzará su carácter abierto y su integración en el entorno (GARCÍA et al, 2021).

- Considerar múltiples opciones que den respuesta a diferentes necesidades: no solo el modelo residencial, si no alternativas para mantener en sus domicilios a las personas que así lo deseen<sup>5</sup> (aparentemente una mayoría, como se aprecia en Costa-Font y Mascarilla, 2009) y otras alternativas como pisos con servicios, asistidos o comunidades de convivencia (“co-housing”)<sup>6</sup>. Un informe de la UE apuntaba que los países del sur de Europa están siendo los últimos en cambiar su modelo de cuidados de larga duración hacia el potenciamiento de la atención en el domicilio (SPASOYA et al, 2018), el modelo danés, en muchos aspectos un modelo virtuoso a estudiar en profundidad, estructura las residencias como pequeños núcleos parecidos a la vivienda (ROSTGAARD, 2020); esto garantiza más espacios para la privacidad de los residentes, y mejorara también la posibilidad de aislamiento de los pacientes en caso de epidemias;

- Estas opciones tienen que ser accesibles y viables económicamente para las personas, y no generar desigualdades. Probablemente tengan que ir acompañadas por políticas sociales y de vivienda;

- Se necesita también avanzar decididamente hacia la atención sanitaria y social integradas, como señalábamos anteriormente. Las personas mayores que viven en residencias deben recibir una atención sanitaria en igualdad de condiciones de las que viven en sus casas.

---

<sup>5</sup> En España en 2020 había 2.131.400 personas mayores de 65 años que vivían solas (INE. Encuesta continua de hogares).

<sup>6</sup> Las estadísticas dicen que solo un 4% de las personas mayores que viven en residencias están allí por voluntad propia (García et al., 2021)

Se ha apreciado en algunos casos una clara discriminación hacia los mayores que viven en estos centros al obligarles en el coste de la plaza a copagar unos servicios sanitarios privados, a pesar de que por derecho de ciudadanía les corresponde disfrutar de forma gratuita de los servicios sanitarios públicos como al resto de la población.

- La atención sanitaria prestada en las residencias, debe incrementar su componente sanitario con la presencia de profesionales expertos (por ejemplo, enfermería 24 h), se tiene que vincular con la atención primaria y comunitaria de salud; se tienen que estudiar fórmulas para mejorar la inversión (a nivel social y sanitario) en residencias: por ejemplo, una inversión en el soporte sanitario a las residencias, con personas formadas en geriatría en los puestos de decisión lo que ha demostrado su capacidad para reducir traslados innecesarios a agudos, así una parte del coste se podría “recuperar” por esta vía;

- Se tienen que mejorar las condiciones contractuales y económicas de los trabajadores, fidelizándolos y formándolos adecuadamente. Hay que tener en cuenta que son 320.000 las personas que trabajan en esos centros, lo que representa un 1,7% de la población ocupada. Su impacto económico es de casi 5.000 millones de euros anuales, lo que supone un 0,4% del PIB. Es un sector claramente feminizado (83% de mujeres) con la mayor parte de los puestos en el sector privado (80%). De hecho, el crecimiento experimentado por el empleo en este sector en los últimos años se debe fundamentalmente al sector privado (JIMÉNEZ-MARTÍN y VIOLA, 2020).

Además, como ha ocurrido en otros sectores, el empleo repuntó a partir de 2015, pero en cierto modo lo ha hecho a costa de salarios más bajos que en el resto de los sectores. Produciéndose en este periodo una significativa precarización del empleo: el empleo indefinido cae, mientras sube, además del temporal, el empleo a tiempo parcial (JIMÉNEZ-MARTÍN y VIOLA, 2020);

- Hay que potenciar los aspectos tecnológicos (telemedicina, conexión remota con especialistas, formación de trabajadores, sensores para prevenir caídas, monitorizar signos vitales y acompañar la eliminación de contenciones físicas, etc.);

- Es necesario un mayor control de las residencias por parte de la administración, para poder conocer si reúnen las condiciones adecuadas. Ya que al estar las competencias repartidas, así como al tener las entidades proveedoras naturaleza diferente (públicas, privadas etc), el control que se realiza es difuso.

Al ser el modelo de residencias en España muy fragmentado a nivel de gestión, es esencial la función de regulación y supervisión de las residencias por la autoridad sanitaria /social.

La mayoría de las comunidades, diez en total, no inspeccionan los centros ni una vez al año desde 2014. En 2020, aún con un refuerzo de las inspecciones por la pandemia, todavía fueron siete las que no mandaron un control a ninguna de ellas (EL PAÍS, 2021). Además, el resultado de estas inspecciones no es público, por lo que el que ingresa en una residencia no puede saber si esta ha sido sancionada o no.

La sanción más común por faltas graves es 5.000 euros, y una cuarta parte de las multas es por falta de personal, pudiendo disminuir la multa si se subsana el fallo<sup>7</sup>. Madrid es la comunidad con más multas (351) y en ella se encuentran cuatro de las cinco residencias más sancionadas de toda España.

•En las evaluaciones de estándares de calidad, es importante incluir indicadores relacionados con la calidad de vida y que sean significativos para los residentes (tipo “*Person Reported Outcome Measures (PROM)*”, y “*Person Reported Experience Measures (PREM)*”).

Todo ello implica una mirada futura en la que las residencias sean de verdad consideradas como espacios no sólo de atención y apoyo sino también de cohesión social y, por lo tanto, las ayudas se adapten y prioricen las necesidades reales de las personas mayores, mejorando así su calidad de vida.

## CONCLUSIÓN

Los gobiernos deben diseñar políticas innovadoras específicamente dirigidas a las necesidades de las personas de edad, incluidos los relativos a la vivienda, el empleo, la asistencia sanitaria, la protección social y otras formas de apoyo intergeneracional. Debido a que los próximos cambios demográficos son previsible con claridad, los gobiernos tienen la oportunidad de adoptar un enfoque proactivo para alinear sus políticas

---

<sup>7</sup> 1.133 residencias para personas mayores recibieron una multa entre 2014 y 2020, un 21% de las más de 5.000 que hay en España (El País, 2021).

con las necesidades cambiantes de una población envejecida (Naciones Unidas: World Population Ageing, 2017).

Para incorporar otros modelos en las que la proximidad, la atención personalizada y el carácter hogareño vayan ganando espacio es necesario flexibilizar las normas; favorecer que los centros sean servicios abiertos al entorno y ajustando el concepto de “persona usuaria” de los centros. Sobre esto último señalar que cuando una persona necesita atenciones en un centro residencial, no es por su edad sino por su situación de dependencia, eso supone relativizar el concepto de “centros residenciales de mayores”, y la posibilidad de que puedan acceder a ellos, en determinadas circunstancias, personas en situaciones de dependencia que no cumplan el requisito de edad; algo que actualmente requiere de autorización excepcional en algunas Comunidades, y en otras resulta inviable. Sería el caso de personas con discapacidad intelectual al cuidado de uno de sus progenitores o familiares, cuando éste tenga que entrar en un centro residencial, evitando así romper de manera cruel e innecesaria una convivencia tan consolidada como la que se suele dar en estos casos. También sería el caso de personas con discapacidad física o intelectual que necesiten un centro residencial, cuando el centro específico para ellos les obligue a desarraigarse de su entorno.

Para que la situación creada en las residencias durante la pandemia pueda evitarse, en el futuro se debe desarrollar un nuevo modelo residencial, un modelo centrado en el cuidado personal e integral del residente que no sea sólo de atención y apoyo sino también de cohesión social, y, por lo tanto, las ayudas se adapten y prioricen las necesidades reales de las personas mayores, mejorando de ese modo su calidad de vida.

## REFERENCIAS

ABELLÁN GARCÍA, Antonio, ACEITUNO NIETO, María del Pilar y RAMIRO FARIÑAS, Diego. *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019*. 2019. Madrid, España: Informes Envejecimiento en red nº 24. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf>

COSTA-FONT Joan; ELVIRA David y MASCARILLA-MIRÓ Oscar. ¿‘Ageing in Place’? Exploring Elderly People’s Housing Preferences in Spain. *Urban Stud*

[Internet] 2009 [cited 2021 Jul 11];46(2):295–316. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0042098008099356>

EL PAÍS. Informe Residencia Tercera Edad. 4 de julio 2021.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío y SÁNCHEZ -IZQUIERDO, Macarena. Impacto del COVID-19 en Personas Mayores en España: Algunos Resultados y Reflexiones. *Clínica y Salud*, vol. 31, núm. 3, pp. 165-169, 2020 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a25>

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO. Informe Diligencias Abiertas 2020

GARCIA, Gustavo et al. Un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia. Residencia su casa. AEDGSS. 2021. <https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2021/06/Modelo-residencias2021.pdf>

IMSERSO. Informe anual 2020. <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informeanual2020.pdf>

INSTITUO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). Encuesta continua de hogares. 2020.

INZITARI Marco et al. How a Barcelona post-acute facility became a referral center for comprehensive management of subacute patients with COVID-19. *J Am Med Dir Assoc Med Dir Assoc* [Internet] 2020. 21 (7): 954–957. Publicado en línea el 11 de junio de 2020. doi: [10.1016 / j.jamda.2020.06.015](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.015)

JIMÉNEZ-MARTÍN, Sergi y VIOLA, Analía. La asistencia residencial en España y COVID-19. *Estudios sobre la Economía Española - 2020/20*. 2020.Madrid, España: FEDEA. Disponible en: <https://www.fedea.net/la-asistencia-residencial-en-espana-y-covid-19/>

MAZAGATOS, Clara et al. , Working Group for the surveillance and control of COVID-19 in Spain. Effectiveness of mRNA COVID-19 vaccines in preventing SARS-CoV-2 infections and COVID-19 hospitalisations and deaths in elderly long-term care facility residents, Spain, weeks 53 2020 to 13 2021. *Euro Surveill*. 2021;26(24): pii=2100452. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.24.2100452>.

MEIS-PINHEIRO Uxío et al. Clinical characteristics of COVID19 in older adults. A retrospectives study in long-term nursing homes in Catalonia” *PLoS ONE* 16(7): e0255141. 2021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255141>

MILLER, Eric D. La crisis pandémica del COVID-19: el evento de pérdida y trauma de nuestro tiempo. *J. Loss Trauma* 25, 560–572.2020. doi: 10.1080 / 15325024.2020.1759217

ONU. *World Population Ageing 2017*. ST/ESA/SER.A/397

ORDOVÁS, José M<sup>a</sup> et al. Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias. Ministerio de Ciencia e Innovación. 2020. [https://www.ciencia.gob.es/dam/jcr:30b55515-5141-4f87-9341-6e2b7272cb73/Informe\\_residencias\\_GDT\\_MinisterioCyI.pdf](https://www.ciencia.gob.es/dam/jcr:30b55515-5141-4f87-9341-6e2b7272cb73/Informe_residencias_GDT_MinisterioCyI.pdf)

PICARDO, Juan. COVID-19 en residencias de mayores: una asignatura pendiente. *Enfermería Clínica* 31, pp.117-119. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.015>.

PINO Eloisa del y MORENO Javier (coords.) *Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*. Madrid: CSIC; 2020.

RICO, Manuel. *¡Vergüenza!: El escándalo de las residencias*. Ed. Planeta, 2021.



ROSTGAARD, Tine. COVID-19 in LTC in Denmark 1[Internet]. 2020 [cited 2021 sep. 8]. Available from: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Denmark-29-May-2020.pdf>

SPASOVA, Slavina et al. Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies [Internet]. 2018. Available from: Challenges in long-term care in Europe - European Commission [ec.europa.eu › social › BlobServlet](http://ec.europa.eu/social/BlobServlet)

STATEMENT, Kluge H. Invest in the overlooked and unsung: build sustainable people-centred long-term care in the wake of COVID-19 - WHO European Region [Internet]. [cited 2020 May 12]; Available from: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/statements/2020/statement-invest-in-the-overlooked-and-unsung-build-sustainable-people-centred-long-term-care-in-the-wake-of-covid-19>

ZALAKAIN, Joseba; DAVEY, Vanessa y SUÁREZ-GONZÁLEZ, Aida. The COVID-19 on users of Long-Term Care services in Spain. *LTCcovid: International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE*, 28/05/2020. 2020. Disponible en: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCcovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>

ZUNZUNEGUI, María Victoria. El exceso de mortalidad por covid-19 en las personas mayores que viven en las residencias de España: variaciones entre comunidades autónomas. *Envejecimiento en red*. 2021. <https://envejecimientoenred.es/el-exceso-de-mortalidad-por-covid-19-en-las-personas-mayores-que-viven-en-las-residencias-de-espana-variaciones-entre-comunidades-autonomas/>