



INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO COVID 19 Y RESIDENCIAS

Vers. final (24/11/2020)

Este informe ha sido presentado al Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia celebrado el día 2 de diciembre de 2020.



Ejemplar: 3ª revisión - 24.11.2020

Elaboración:

Grupos de trabajo COVID-19 de la **Comisión Delegada** y del **Comité Consultivo** del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia:

- Secretaría de Estado de Derechos Sociales del **Ministerio de Derechos Sociales y de la Agenda 2030** y representantes de los ministerios de Hacienda; Inclusión, Seguridad Social y Migraciones; Política Territorial y Función Pública; Trabajo y Economía Social; Educación y Formación Profesional.
- Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de **Andalucía**;
- Instituto Aragonés de Servicios Sociales (Gobierno de **Aragón**);
- Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de **Asturias**;
- Consejería de Asuntos Sociales y Deportes de **Illes Balears y Consells Insulars**;
- Consejería de Derechos Sociales, Igualdad, Diversidad y Juventud de **Canarias y Cabildos Insulares**;
- Instituto Cántabro de Servicios Sociales de la Consejería de Empleo y Políticas Sociales de **Cantabria**;
- Viceconsejería de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia de la Consejería de Bienestar Social **Castilla La Mancha**;
- Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de **Castilla y León**;
- Secretaría de Asuntos Sociales Generalitat de **Catalunya**;
- Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de **Extremadura**;
- Dirección Xeral de Maiores e Persoas con Discapacidade de la Consellería de Política Social de la Xunta de **Galicia**;
- Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de **Madrid**;
- Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) de la Consejería de Mujer, Igualdad, LGTBI, Familias y Política Social de la Región de **Murcia**;
- Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas (ANADP) del Departamento de Derechos Sociales de **Navarra**;
- Dirección de Servicios Sociales del Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales del **País Vasco**
- Diputaciones Forales de **Araba, Bizkaia y Gipuzkoa**.
- Dirección General de Dependencia, Discapacidad y Mayores de la Consejería de Servicios Sociales y Gobernanza Pública de **La Rioja**;
- Dirección General de Atención Primaria y Autonomía Personal de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la **Comunitat Valenciana**;
- Dirección General Asuntos Sociales e Igualdad de la Consejería de Sanidad, Servicios Sociales, Menores e Igualdad de la Ciudad Autónoma de **Ceuta**;
- Dirección General de Servicios Sociales, de la Consejería de Economía y Políticas Sociales de la Ciudad Autónoma de **Melilla**;
- Área de Derechos Sociales y Ciudadanía de la Federación Española de Municipios y Provincias (**FEMP**);
- **Confederación Española de Organizaciones Empresariales. CEOE** y sus organizaciones: Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradores (UNESPA); Círculo Empresarial de Atención a Personas (CEAPS); Asociación Nacional Empresarial de la Industria Farmacéutica (Farmaindustria); Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia (AESTE); GRUPO COFARES; Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN).
- **Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa. CEPYME** y sus organizaciones: Asociación de Empresas de Servicios de Atención a la Persona (AESAP);
- **Unión General de Trabajadores (UGT)**
- **Comisiones Obreras (CCOO)**
- **Confederación Intersindical Gallega (CIG)**
- **ELA-STV** (Solidaridad de los trabajadores vascos)

Realizaron aportaciones las siguientes entidades:

- **Área de Prevención y Promoción de la Salud** del Ministerio de Sanidad
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas (**Instituto de Políticas y Bienes Públicos**)
- **Care Policy and Evaluation Centre (CPEC)** - London School of Economics and Political Science
- **CERMI** y sus organizaciones: **Confederación Autismo España**; Confederación española de familias de personas sordas (**FIAPAS**); **Plena Inclusión**
- Unión Democrática de Pensionistas (**UDP**)
- Confederación **CEOMA**
- Federación **LARES**
- Fundación **Matía**
- Fundación **Pilares**
- **Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (AEDGSS)**, y su entidad asociada Associació Catalana de Directors de Centres i Serveis d'atenció a la dependència gerontològica (**ASCAD**)
- **Consejo General del Trabajo Social**
- **Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG)**
- **Help Age International**
- **Grupo Actuar-COVID**.

Redacción del borrador: Secretaría de Estado de Derechos Sociales - IMSERSO



ÍNDICE

1- INTRODUCCIÓN	4
2- LA PANDEMIA COVID-19 Y LOS CENTROS RESIDENCIALES	6
2.1.- Los centros residenciales. ¿Qué ocurrió en la primera oleada?	11
2.2.- Importancia de mejorar los datos.	17
2.3.- Factores críticos presentes en la primera oleada.	18
ANEXOS	44
A1- Marco común para la aplicación del Plan de Respuesta Temprana.	45
A2 - Planes de contingencia (lista de verificación).	50
A3- Coordinación socio-sanitaria.	54
A4- Propuesta para un sistema de recogida de información (SIAT).	102

PANEL DE REVISIONES

Fecha	Autor/informante	Modificación	pág



1- INTRODUCCIÓN.

La Comisión Delegada del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en sesión extraordinaria celebrada el 25 de junio de 2020 acordó la creación de un grupo de trabajo del que forman parte todos sus miembros, como impulsora, participante y receptora de los trabajos de síntesis. Esto se hizo considerando la relevancia y urgencia del impacto de la COVID-19 en los alojamientos colectivos de servicios sociales y más específicamente en aquellos en los que conviven personas mayores y personas con discapacidad. Esta necesidad de análisis se hizo extensiva al Comité Consultivo del Consejo en su sesión extraordinaria también de 25 de junio ya que, considerando la configuración de los servicios de atención residencial en España, se valoró el especial interés y relevancia de la participación de los agentes sociales (centrales sindicales y patronales del ámbito de las residencias) y territoriales (municipios y provincias) en la obtención de evidencias.

Dichos trabajos, se convino, debían estar completados al iniciarse el mes de septiembre y ser validados antes de su presentación al Consejo Territorial para su aprobación, si procediera.

Desde el intenso trabajo realizado por todos los participantes se pretendía configurar un **MARCO COMÚN** de análisis orientado inicialmente hacia cuatro resultados:

- 1- Obtener **evidencias y lecciones aprendidas ante los distintos escenarios de la COVID-19 en residencias, acercándonos a diferentes actuaciones de abordaje.**
- 2- Compilar y analizar los contenidos de los **Planes de Contingencia** elaborados por las comunidades autónomas en el plano de la gobernanza y por los centros residenciales regulados en el artículo 10 del Real Decreto – Ley 21/2020, de 9 de junio, en el plano de la actuación preventiva directa.
- 3- Elaborar propuestas de estructura de datos mínimos a recoger dentro de las **herramientas comunes de recogida de información de centros residenciales** con ajustarse a unos mínimos **parámetros comunes configurados contando con los estándares a nivel internacional.**
- 4- **Finalmente**, recopilar las formas de **coordinación entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario en cada territorio autonómico.**

No obstante, **la reaparición de brotes de COVID-19 en centros sociales residenciales a partir de la segunda mitad de julio provocó una readaptación de los ritmos y métodos de trabajo.** Así, entre el 4 de agosto y el 8 de septiembre se produjeron tres reuniones de coordinación urgente entre la Secretaría de Estado de Derechos Sociales y las consejerías de Servicios Sociales de las comunidades autónomas con participación de representantes del Ministerio de Sanidad que cristalizaron en:

- Un documento **marco común** para la aplicación en el ámbito de los servicios sociales del Plan de Respuesta Temprana presentado en el mes de julio por el Ministerio de Sanidad (ANEXO II de este documento)
- Una **lista de verificación** común para los planes de contingencia (ANEXO III de este documento).



- Una **recopilación y sistematización de las medidas adoptadas** para asegurar la coordinación sociosanitaria en los diferentes territorios autonómicos (ANEXO IV de este documento). Un documento de alto valor que se compartió entre todas las consejerías.

Igualmente se abordaron estas cuestiones en la **Mesa de Diálogo Social en Dependencia**¹ y con representantes de **organizaciones sociales y profesionales**. Los actores sociales han realizado aportaciones singulares a la Secretaría de Estado de Derechos Sociales² y también se valoró oportuno mantenerles informados de los trabajos a desarrollar y contar con sus propuestas, dado el impacto que han sufrido las personas a las que representan y su conocimiento del sector.

Este documento, fruto de los contactos y cooperación permanente entre la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, las Comunidades Autónomas y los agentes del sector, **tiene como objetivo** cerrar estos trabajos y aunar los cuatro ejes en un **marco común de lecciones aprendidas y de cooperación para abordar respuestas cohesionadas** ante el devenir de los escenarios de evolución de la pandemia COVID-19 en lo que concierne a los ámbitos residenciales.

Este documento, en su versión de aprobación, está sometido a revisiones en función de la aparición de nuevas evidencias y mejoras de la práctica.

NOTAS ACLARATORIAS:

1.- El informe está referido a los ámbitos residenciales de servicios sociales, especialmente los dirigidos a **personas mayores y personas con discapacidad**. Si bien se hacen planteamientos aplicables a ambos sectores de población, y se ha procurado considerar las especificidades de los centros de **personas con discapacidad**, se debe observar el contenido de este informe con ambas perspectivas.

2.- Al finalizar la última redacción se ha tenido acceso al informe del European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC): [Rapid Risk Assessment: Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK](#) y se ha procedido a **verificar la plena concordancia con sus contenidos y recomendaciones**.

¹ Compuesta por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 a través de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, centrales sindicales (UGT y CCOO) y organizaciones empresariales (CEOE y CEPYME)

² CERMI; Autismo España; Confederación española de familias de personas sordas (FIAPAS); Plena Inclusión; Unión Democrática de Pensionistas (UDP), Confederación CEOMA, Federación LARES, Fundación Matía, Fundación Pílares, Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, Associació Catalana de Directors de Centres i Serveis d'atenció a la dependència gerontològica (ASCAD); Consejo General del Trabajo Social; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG); Help Age International; grupo Actuar-COVID.

2- EFECTOS DEL PRIMER IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LOS CENTROS RESIDENCIALES.

En este momento, en España, cabría identificar tres etapas claramente diferenciadas en lo que a la evolución de la pandemia se refiere. Los datos de los contagios confirmados recopilados por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica son suficientemente esclarecedores.

Asistimos a una primera oleada de rápida propagación que fue desde inicios de marzo hasta aproximadamente el 10 de mayo, llegándose a un escenario de generalización de la epidemia por SARS-CoV-2 que motivó las medidas de confinamiento. Posteriormente, entre el 10 de mayo y el 5 de julio, la infección se mantuvo en unos parámetros de baja incidencia, para iniciarse tras la primera semana de julio un progresivo y preocupante incremento de casos, en el que estamos inmersos actualmente.



Gráfico 1. Evolución de casos confirmados mediante PCR o prueba serológica u otros. Fuente: [Panel COVID-19](#). Los datos proceden de la declaración individualizada de casos COVID-19 a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) a través de la aplicación informática SiViEs. Datos provisionales. Extracción 14/11/2020.

Son muchas las diferencias entre los dos momentos de incremento de infecciones y muy especialmente en lo que atañe a los contagios entre las personas mayores. Las edades de las personas infectadas y por tanto la afectación en términos de enfermedad y letalidad perfilan escenarios muy diferentes entre la fase marzo-mayo y la fase julio-septiembre/octubre.

Mientras que en la primera oleada la propagación de la infección en personas mayores fue muy notable, especialmente cuando su domicilio habitual lo constituía un centro residencial, en la segunda fase los contagios se han producido en mucha mayor medida entre personas más jóvenes y en ámbitos familiares y de relación social. Este sería uno de los factores que explicaría las bajas letalidades al finalizar septiembre.



Por lo tanto, la gravedad de lo acaecido entre marzo y mayo es la evidencia palmaria de que **la protección a las personas que están en centros residenciales, por su vulnerabilidad frente a la infección, debe ser considerada absolutamente prioritaria en la gestión global de la pandemia³.**

Debemos estar preparados ante eventuales escenarios de empeoramiento, que se confirman en este momento en un escenario de transmisión comunitaria en toda Europa.

Si acudimos a los datos de fallecimientos por COVID-19 o a los excesos de mortalidad observada sobre la esperada en los períodos señalados **es obvia la mayor afectación a las personas mayores.**

Para el periodo de primera oleada, el [sistema de vigilancia MoMo](#), gestionado por el Centro Nacional de Epidemiología (CNE), determinó un exceso de fallecimientos en España por todas las causas de 44.593 personas (entre el 10 de marzo y el 9 de mayo se registraron 111.253 fallecimientos frente a los 66.660 esperados para ese periodo de tiempo), con un incremento del 66,9%. Para ese mismo periodo y en el **segmento de edad de 75 años en adelante**, la mortalidad excesiva ascendió a 37.227 fallecimientos (85.042 observados frente a los 47.815 esperados) con un incremento del **77,9%**, sensiblemente mayor al incremento global.

Comparativamente, para esta fase inicial de segunda oleada, entre el 10 de julio y el 29 de octubre, y para las personas mayores de 74 años, el exceso de mortalidad fue de 12.391 (90.031 defunciones observadas sobre 77.640 esperadas) con un incremento de la mortalidad del **16%**, es decir, **casi cinco veces menor que en la fase inicial de la pandemia.**



Gráfico 2. Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Sistema MoMo. Datos provisionales. Fecha de extracción: 31/10/2020.

³ De acuerdo con la primera recomendación de la OMS: [WHO/2019-nCoV/Policy_Brief/Long-term_Care/2020.1](#)

No existe evidencia científica que avale una menor incidencia de la infección por SARS-CoV-2, esto es, que hubiese perdido capacidad infectiva o patogénica por factores como la estacionalidad o que sus manifestaciones clínicas fueran más leves. La disminución de los excesos de mortalidad entre personas mayores respecto a la primera fase tiene entre uno de sus factores explicativos más obvios la reducción en los contagios producidos. Por otra parte, es evidente la mejora de las capacidades diagnósticas, el avance en el conocimiento de la clínica de la enfermedad en las personas mayores junto a una mayor capacidad de respuesta, lo que incidiría en una menor letalidad. También habrán contribuido sin duda muchos factores entre los que seguro están la mayor conciencia de riesgo y la responsabilidad en el comportamiento de las personas mayores y de sus allegados, así como las **medidas de control de la pandemia en instalaciones críticas como son los centros residenciales.**

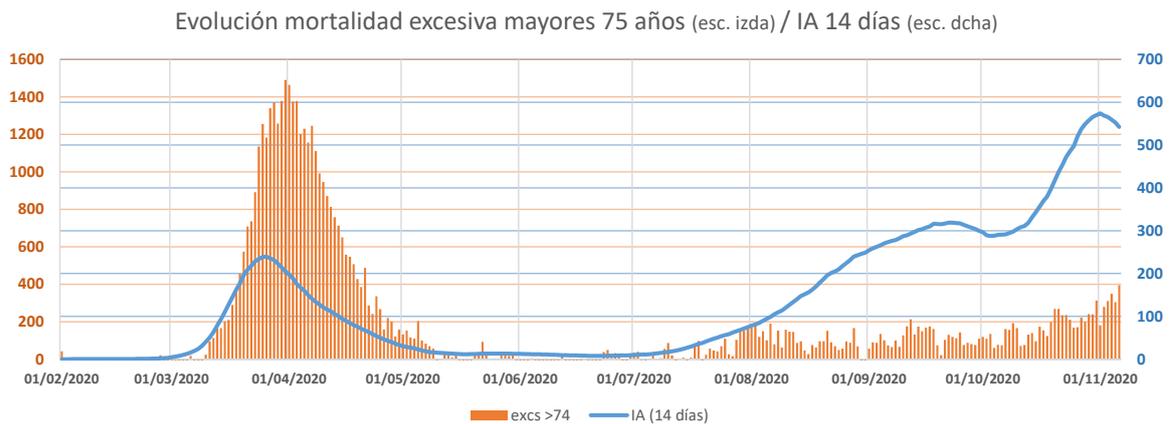


Gráfico 3. Elaboración propia. Fuente datos Ministerio de Ciencia e Innovación (ISCI) (ReNaVe).

Lo anterior viene avalado por la menor afectación en las personas mayores a pesar del incremento de la Incidencia Acumulada en el segundo periodo de pandemia.

Para avalar ese cambio de tendencia podemos acudir también a los [informes periódicos COVID-19](#) que nos informan de la distribución por edad y sexo de los casos notificados, apreciándose una notable diferencia entre periodos:

Figura 3. Distribución por edad y sexo. Casos de COVID-19 notificados a la RENAVE y población española

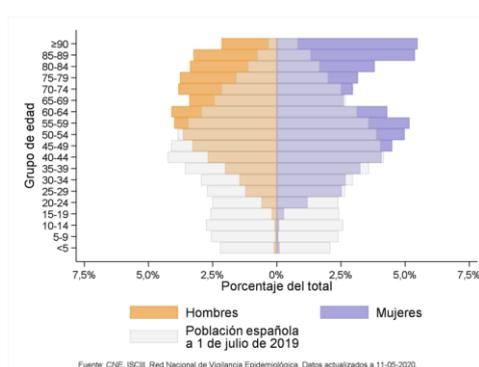
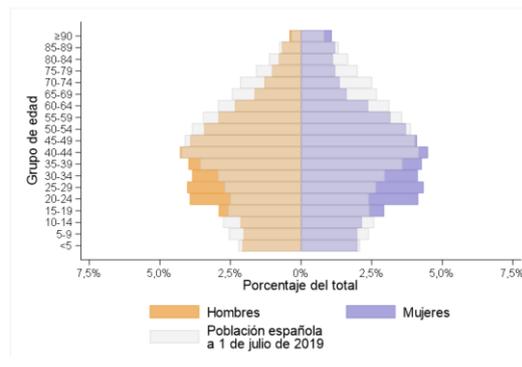


Figura 2. Distribución por edad y sexo, Casos de COVID-19 notificados a la RENAVE con inicio de síntomas y diagnóstico posterior al 10 de mayo de 2020 y población española



El gráfico de la izquierda representa los casos notificados por edad y sexo hasta el 10 de mayo ([informe nº 30](#)) y se observa una sobrerrepresentación de casos sobre la población española de las edades a partir de los 60 años. La figura de la derecha se refiere a casos notificados desde el 10 de mayo hasta el 30 de septiembre ([informe nº 46](#)) y se aprecia con claridad que los contagios se acumulan con mayor sobrerrepresentación en la población entre 20 y 39 años.

Esto se debe sin duda a que, como afirmábamos, a partir de junio los contagios se trasladaron mayoritariamente a los ámbitos de reunión y contacto social, familiar y laboral en forma de brotes controlados, si bien las peculiaridades de cada contexto (una alta incidencia acumulada en los contagios ámbitos geográficos concretos) tiene que llevarnos a **no bajar en ningún momento la guardia, adoptando especiales precauciones relacionadas con los colectivos vinculados a centros residenciales**.

Aspectos muy importantes como la mayor o menor concentración del patógeno en espacios cerrados o abiertos y los tiempos de exposición al mismo han de ser observados como muy importantes por ser inherentes a la actividad residencial.

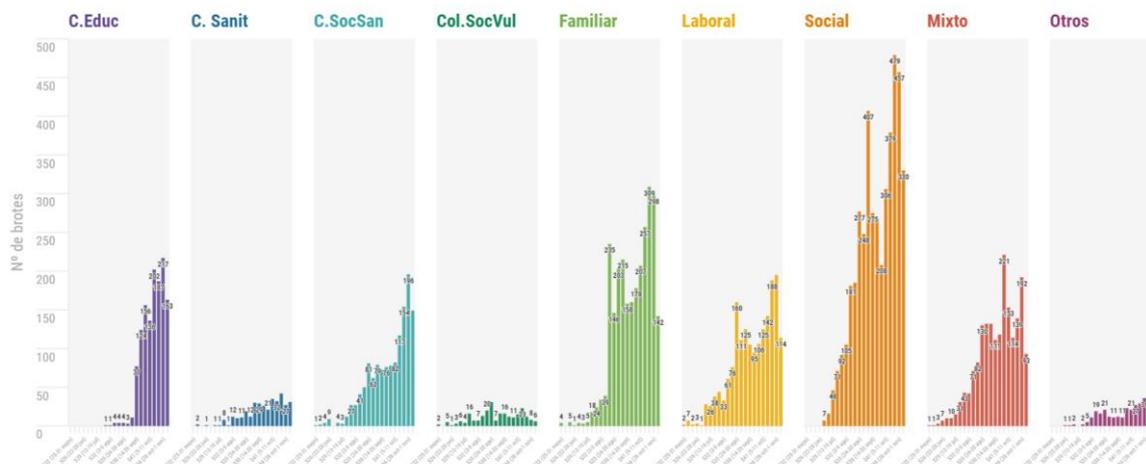


Gráfico 4. Nº de brotes por ámbito de aparición entre las semanas 22 (25-31 de mayo) y 45 (02-08 de noviembre). Fuente: Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación y Alertas Sanitarias CCAES. [Actualización nº 250](#).

La evolución de la incidencia de la infección en cada ámbito territorial tiene una influencia innegable en el riesgo de aparición de brotes en los centros residenciales y así se ha considerado en el documento **Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19⁴** aprobado por el Consejo Interterritorial de Salud en el que se establecen **niveles de alerta y actuaciones recomendadas en función del nivel de riesgo**, considerándose los centros sociosanitarios como de alto riesgo por confluir en ellos situaciones que implican cuatro de cinco factores:

- **contacto estrecho y prolongado**
- **espacios cerrados**

⁴ Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19. [Vers 22/10/2020](#).



- **ventilación escasa**
- **concurrencia de muchas personas**
- actividades incompatibles con el uso de mascarilla (no suele ser el caso de los centros residenciales)

Estas cuatro características deben ser igualmente consideradas en los centros de grandes dimensiones para personas con discapacidad, teniendo presente en la realidad de los mismos de acuerdo a la diversidad y heterogeneidad de las personas que en ellos viven.

La amenaza por tanto sigue estando ahí y **la evitación del contagio de las personas con mayor vulnerabilidad ante el virus es un elemento crucial para salvar vidas y para evitar la congestión del sistema sanitario.**



2.1.- Los centros residenciales. ¿Qué ocurrió en la primera oleada?

Uno de los documentos de **Información científico-técnica** elaborados por el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias (CCAES) ([actualización de 28 de agosto](#)) nos indicaba lo siguiente para los centros sociosanitarios:

*Existe una creciente evidencia internacional de que las personas que viven en centros sociosanitarios son particularmente vulnerables a las infecciones graves por SARS-CoV-2 y están experimentando altas tasas de mortalidad. **La edad avanzada y las comorbilidades que presentan los residentes son factores de riesgo de gravedad y el entorno cerrado con estrecho contacto con otros residentes y el personal que los atiende que favorece la transmisión, ha hecho que los efectos de la emergencia sanitaria COVID-19 estén siendo particularmente graves en este colectivo.** En los brotes detectados en residencias de mayores las tasas de ataque secundario son muy elevadas entre los residentes, sus visitantes, generalmente de edad avanzada, y los trabajadores. La mortalidad es muy elevada entre los residentes y sus visitantes, mientras que los trabajadores en general tienen un curso leve. Otros factores que contribuyen a la extrema vulnerabilidad de estos centros son: los menores recursos diagnósticos con los que cuentan, la alta carga de trabajo, la falta de preparación del personal en cuanto a medidas de prevención y control de la infección, la movilidad de los trabajadores de una residencia a otra y el número de bajas en los trabajadores por enfermedad que está ocasionando esta pandemia, que implica una mayor carga de trabajo a los presentes con el consiguiente riesgo. Se ha observado que en varias residencias de mayores un alto porcentaje de residentes están asintomáticos teniendo cargas virales altas y virus viable en cultivos, efecto que se ha observado hasta 6 días antes del desarrollo de los síntomas. **La transmisión a partir de asintomáticos o presintomáticos, constatada en esta infección, podría ser aún mayor en estos entornos, ya que la detección de síntomas en los mayores es especialmente compleja** por varios motivos: la respuesta inmune alterada asociada al envejecimiento, la alta prevalencia de comorbilidad, el deterioro cognitivo y la frecuencia de tos crónica. **La estrategia basada en la presencia de síntomas en los ancianos puede ser ineficaz, llevando a un retraso del diagnóstico y de la aplicación de las medidas de prevención.** La vigilancia de los centros sociosanitarios puede tener alguna complicación metodológica. Lo que se entiende por centros socio-sanitarios es diferente en la mayoría de los países. En general, el término “hogares de cuidado” (traducción del inglés “care homes”) hace referencia a todos los centros residenciales no agudos que albergan a personas con algún tipo de necesidad de cuidado a largo plazo. Estas consideraciones pueden dificultar la comparabilidad de los datos. Una alta proporción de estos centros, en Europa y en todo el mundo, ha informado de importantes brotes de COVID-19, con altas tasas de morbi-mortalidad en los residentes y de bajas laborales del personal afectado. En algunos países de la UE, la proporción de fallecimientos de casos COVID-19 en centros socio-sanitarios, residencias de ancianos en su mayoría, ha sido superior al 50%. **La falta de sistemas de vigilancia establecidos en muchos países en estos centros junto con la variabilidad en las estrategias y capacidades de hacer pruebas** que tienen los diferentes países hace que la carga y la mortalidad en estos centros puedan subestimarse. Algunos países, sólo registran el lugar de la muerte, mientras que otros también informan de las muertes hospitalarias asociadas a la estancia previa en residencias de mayores. También puede haber diferencias en la estrategia utilizada para medir las muertes en relación con COVID-19: muertes de casos confirmados (antes o después de su muerte), muertes de casos sospechosos (según los síntomas) o muertes en exceso (comparación total número de muertes con las de las mismas semanas en años anteriores).*

Lo sucedido en los centros de carácter residencial durante la primera oleada posee aún lagunas en el análisis derivadas muchas veces de la falta de datos suficientemente robustos y homogéneos entre territorios. De los datos que se fueron remitiendo por las comunidades autónomas al Ministerio de Sanidad en virtud de la Orden SND/275/2020, podemos deducir el impacto en términos de mortalidad asociada a la COVID-19, pero no se han recopilado a nivel nacional otros datos homogéneos referidos a contagios, letalidades, tasas de ataque, etc. No obstante, todas las comunidades autónomas de una u otra forma sí han realizado importantes esfuerzos para recopilar esta información.

El último reporte de datos por parte de las comunidades autónomas al Ministerio de Sanidad (de 23 de junio) presentaba un total acumulado de 18.883 defunciones. Este dato ha sido contrastado, depurado y corregido posteriormente por el IMSERSO⁵ hasta los 20.268, de los cuales **el 51% estaba confirmado mediante prueba, análisis serológico, etc.** (10.364 fallecimientos), mientras que 9.904 fallecimientos se notificaron como “con síntomas compatibles” con la COVID-19, es decir, sin confirmación (hay que recordar que inicialmente no se disponía de pruebas diagnósticas precisas).

En algunos medios de comunicación, e incluso en algunos ámbitos especializados, **se han relacionado, entendemos que erróneamente, esos 20.000 fallecidos en residencias con los más de 29.000 fallecidos confirmados por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica** para ese periodo. Esto ha llevado a afirmar que casi el 70% de las personas fallecidas en España estaban en residencias. **Sin quitar un ápice de gravedad a lo sucedido, creemos que esto no ha sido así.**

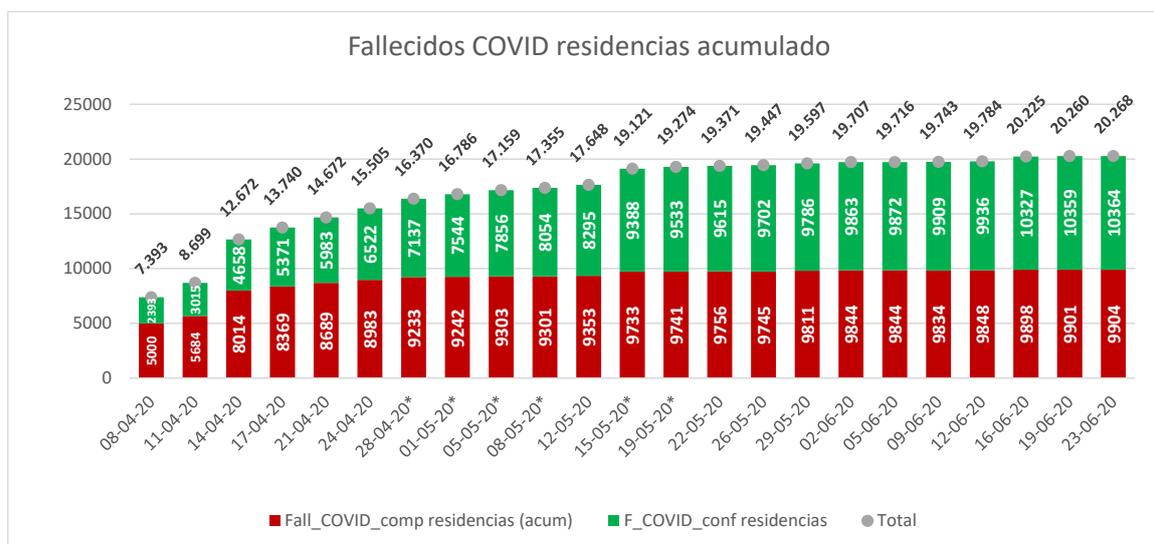
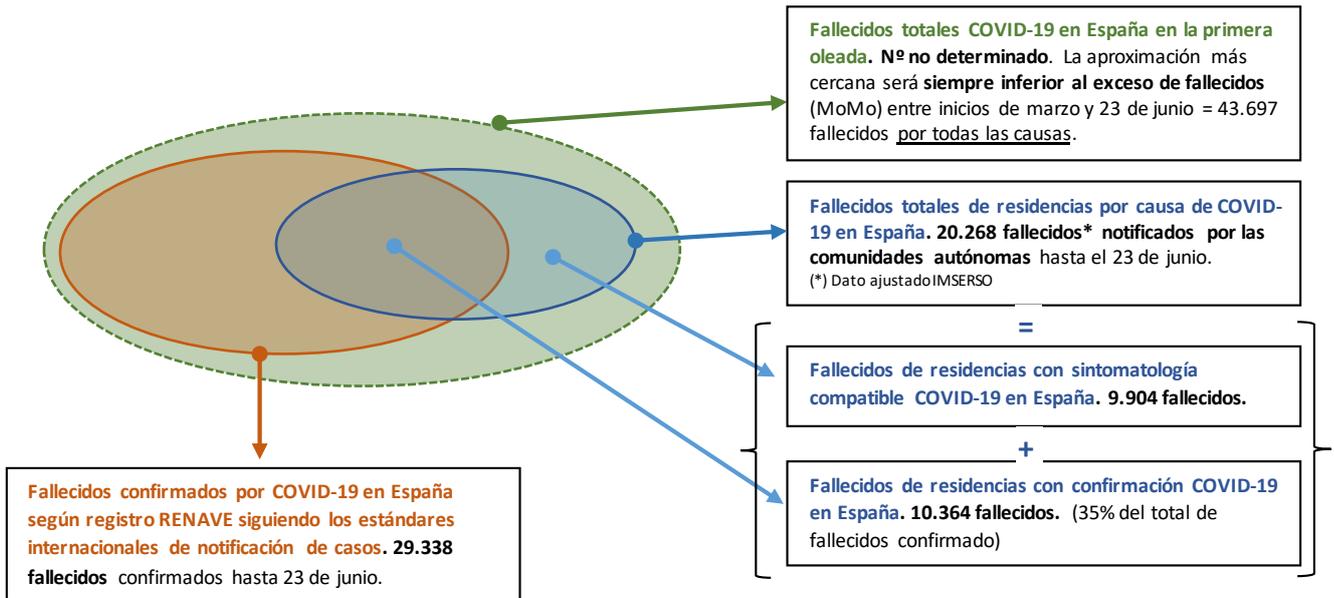


Gráfico 5. Elaboración: IMSERSO. Fuente: Información acumulada de fallecidos en centros residenciales (de todo tipo) reportados por las CCAA al Ministerio de Sanidad hasta el 23 de junio de 2020 en virtud de la Orden SND/275/2020. Los datos acumulados reportados han sido corregidos por el IMSERSO contrastando con datos oficiales publicados por las CCAA cuando se apreciaban inconsistencias. Los datos acumulados se refieren a fallecimientos desde inicios de marzo.

Es plausible que los más de 10.000 fallecimientos por COVID-19 confirmados de personas de residencias consten también como fallecidos con COVID-19 confirmado en los datos de la RENAVE, mientras que los 9.904 fallecimientos no confirmados obviamente no pueden constar en esa estadística, atendiendo a los estándares internacionales de notificación, por no haberse confirmado la infección mediante pruebas diagnósticas. No se debería, por tanto, establecer comparaciones entre ambas magnitudes, al contener diferente información.

Para ayudar a esclarecer la confusión con los datos de fallecimientos en residencia habría que considerar el siguiente esquema de distribución:

⁵ La depuración de datos se refiere a corregir alguna pequeña inconsistencia contando con la información oficial publicada por las comunidades autónomas en sus portales web y sobre todo a incorporar los fallecidos de residencia y no sólo en residencia como reportó alguna comunidad autónoma atendiendo a la literalidad de la Orden SND/275/2020



Aún **no es posible ofrecer una cifra consistente que relacione el total de fallecidos por la COVID-19 en España, con el total de fallecidos en residencias** (que podemos fijar en el entorno de 20.000 personas para la primera oleada).

La suma de fallecidos confirmados COVID-19 en la RENAVE (29.000) y de fallecidos con síntomas compatibles (sin confirmación) de residencia ascendería a 39.000 personas. El resto de fallecimientos hasta una hipótesis de 43.600 (deducida de exceso de fallecimientos MoMo) bien podría deberse a fallecimientos por COVID-19 no confirmados y producidos en ámbitos domiciliarios y otros en los que la ausencia de diagnóstico de confirmación fue mucho menor que en las residencias, sumados a fallecimientos no-COVID.

Se podría por lo tanto estimar como plausible **un rango entre el 47% y el 50% de afectación en residencias respecto al total de fallecimientos por la enfermedad COVID-19** en la primera oleada.

De ser válida esa estimación y según algunos estudios preliminares a nivel internacional⁶, **el caso español se situaría** en cuanto a porcentaje de fallecimientos de usuarios de centros residenciales respecto al total de fallecidos COVID-19 **en unos parámetros intermedios para la primera oleada**, similares a los de Reino unido (45%), Francia (46%), Suecia (46%), Escocia (47%) o Irlanda del Norte (49%); sensiblemente por debajo de Bélgica (61%), Australia (75%), Canadá (80%) o Eslovenia (81%) y por encima de Dinamarca (35%), Austria (36%), Israel (39%) o Alemania (39%).

⁶ Comas-Herrera A, Zalakaín J, Litwin C, Hsu AT, Lemmon E, Henderson D and Fernández J-L (2020) [Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence](#). Article in LTCovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 14 October 2020. Estos datos deben tomarse con cautela por los problemas ya conocidos de comparabilidad entre datos. Este informe atribuía a España un 63% de fallecidos en residencias sobre el total de fallecidos, si bien ya hemos explicado que realmente se situaría en un arco entre 47 y 50%.



Las dificultades para la atención sanitaria en algunos contextos de desbordamiento y la limitada capacidad de diagnóstico de la enfermedad COVID-19 mediante pruebas PCR al inicio de la pandemia estuvieron presentes de una forma muy relevante en la primera mitad de la oleada inicial (10 de marzo-mediados de abril) entre las personas mayores y personas con discapacidad que residían en centros sociales de carácter residencial. Esta situación se relaciona con las inconsistencias en la información de ese periodo, ya que en muchos casos no se dispuso de confirmación de las causas del fallecimiento con prueba PCR / serológica. Un posterior y más minucioso análisis de los certificados de defunción (no digitalizados⁷) podría confirmar esta hipótesis, si bien adolecerá posiblemente de suficiente precisión, ya que la sintomatología de la COVID-19 en personas mayores presenta manifestaciones clínicas muy variadas y complejas como se describirá más adelante.

Otra forma de dimensionar el impacto de la pandemia en las residencias respecto a la mortalidad y que también ofrece cierta comparabilidad para el caso español sería plantearnos **cuántas de las personas que había en residencias han fallecido por COVID-19 en la primera oleada de la pandemia en España, con relación al total de la población residencial previo a la pandemia.**

La información disponible indica que España se **situaría en un valor próximo al 6%, con un dato que mostraría una alta afectación** respecto a otros países de la OCDE⁸, superando este caso a países como Escocia (5,5%), Reino Unido (5,2%), Bélgica (5,0%), Estados Unidos (4,2%), o (Francia (2,5%).

Este valor cercano al 6 % se obtiene a partir de diferentes fuentes de datos:

1. **La mortalidad estimada de la COVID-19 sobre el total de personas en residencias de mayores = 6,1%.** Este cálculo se realiza asumiendo que el impacto se ha producido mayoritariamente en las residencias de personas mayores, siendo muy inferior la letalidad en las de discapacidad y por supuesto casi insignificante en otros alojamientos colectivos de servicios sociales (menores, casas de acogida, etc.) y con la base a los siguientes parámetros estimados por el Departamento de Población del CSIC (Envejecimiento en Red⁹): 372.985 plazas/camas; 89,5% de nivel de ocupación; 333.920 personas mayores como población residencial estimada.
2. **La mortalidad estimada de la COVID-19 en la población en centros residenciales notificados por las comunidades autónomas hasta el 23 de junio = 5,7%.** Este cálculo se realiza a partir de los datos declarados por las comunidades autónomas al Ministerio de Sanidad¹⁰ (Orden SND/275/2020) y correspondiente a población residencial declarada en el inicio del periodo de alarma. La información no permite discriminar si se corresponde con cualquier tipo de

⁷ Es reseñable a este respecto la iniciativa del Instituto Nacional de Estadística (INE) de aportar una herramienta de digitalización de los certificados de defunción que mejorará mucho el escenario del Registro de Fallecimientos obteniendo información en tiempo real de esta magnitud y simplificando los procedimientos.

⁸ Adelina Comas-Herrera, et al. Op. Cit. Nota 5. *Last updated 14 october 2020.*

⁹ [Nueva estimación de población residencial de EnR?](#). Citada en la revista The Lancet: [Pollán et al. \(2020\): Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain \(ENE-COVID\): a nationwide, population-based seroepidemiological study.](#)

¹⁰ Se ha tomado el dato corregido por IMSERSO.

alojamiento colectivo de servicios sociales o exclusivamente con residencias de mayores. La población residencial declarada (máximo valor) superaba en este caso las 355.000 personas.

3. **La mortalidad excesiva en personas con grado de dependencia reconocido y con Programa Individual de Atención en centros residenciales: 7,6%.** El porcentaje en este caso es más elevado, lo que es lógico considerando la mayor fragilidad de las personas en situación de dependencia y la correlación entre esta fragilidad y la mayor letalidad.

No todas las personas mayores o personas con discapacidad en residencias tienen un grado reconocido de dependencia con una prestación de servicio residencial, pero podemos estimar que el 72,6% de dicha población residencial total tiene Programa Individual de Atención (PIA) de residencia (ya sea directamente o por la vía de una prestación económica vinculada a dicho servicio).

El cruce de datos que realiza el IMSERSO con el Ministerio de Justicia y con el INE permite establecer las mortalidades mensuales esperadas mediante modelos restrictivos de medias históricas desde 2017 y cotejarlas con las mortalidades observadas. Se ha analizado el **exceso de mortalidad apreciado entre la población con dependencia con atención residencial** ligada al Sistema de Autonomía y atención a la Dependencia (SAAD) correspondiente al periodo en observación ([MoMo Dependencia – Imserso](#)). Para la primera oleada, el total inicial de personas dependientes con PIA de residencia o de prestación económica vinculada a residencia ascendía a 242.429 y **se observaron 18.373 fallecimientos en exceso de marzo a junio** (33.848 fallecimientos observados frente a 15.475 esperados).

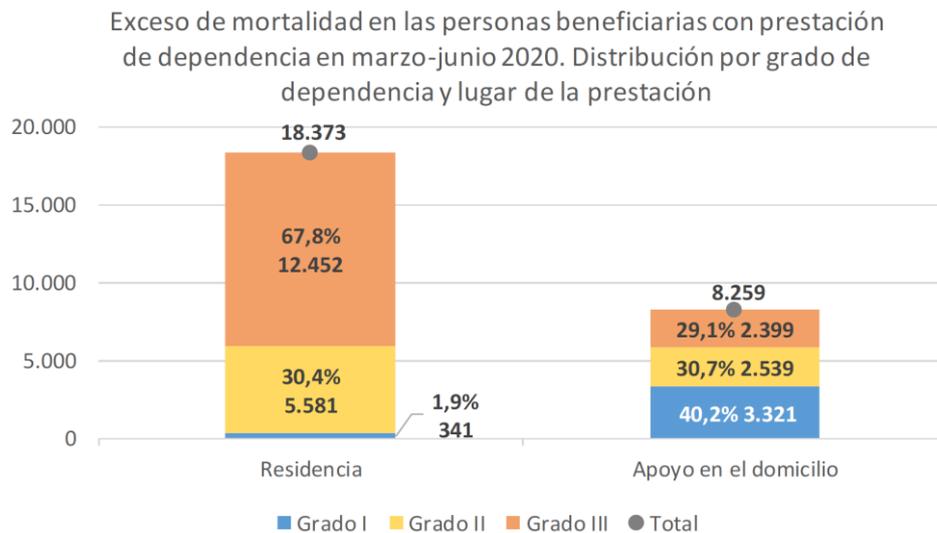


Gráfico 6. Fuente: IMSERSO. MoMo EN EL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD). Informe con datos a 31 de agosto de 2020 que por ajuste temporal presenta los datos de fallecimientos hasta 31 de julio. https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/covid19_dep/index.htm#ancla2

En todo caso, cuando se considera la mortalidad excesiva sobre la mortalidad esperada siempre conviene aclarar que **no se discriminan las causas del fallecimiento**.



Esto significa que el dato contendrá una parte de decesos por causa directa de la COVID-19 (seguramente mayoritarios, pero imposibles de determinar en número), junto a decesos producidos por otras causas, vinculadas algunas de ellas posiblemente a la pandemia de forma indirecta a medida que transcurra el tiempo, como los efectos secundarios de los confinamientos o una menor intensidad de la prestación de servicios, por el desbordamiento sufrido en estas instalaciones o las dificultades para prestar la atención sanitaria habitual a los episodios agudos normales entre esta población por otras patologías y no por COVID-19.



2.2.- Importancia de mejorar los datos.

Más allá de los datos sobre mortalidad vinculada a la pandemia en los centros residenciales, se carece de otra información agregada que sería muy relevante para aprender de lo sucedido.

Existe una amplísima tipología de centros residenciales en cuanto a su estructura, tamaño, capacidad, personal, organización, etc. Es evidente que **no todos los centros residenciales tienen las mismas capacidades**. No se dispone siempre de información ordenada sobre estas características, lo que facilitaría la identificación de estrategias diferenciadas y adaptadas a cada realidad asistencial.

Por ejemplo, la **“sectorización”** (asumida ya como una actuación común en todos los planes de contingencia de los centros residenciales) es una estrategia muy relevante y eficaz para prevenir la transmisión de la infección dentro del centro residencial en el caso de que se detecte un brote entre los residentes, pero **no siempre es viable arquitectónicamente**. Que el centro disponga de equipos de protección y de personal formado y suficientemente entrenado es también un elemento crítico, como también lo es que estén articulados y funcionen los oportunos mecanismos de coordinación con el sistema sanitario, que aporta apoyo técnico, capacidad diagnóstica o de seguimiento y atención directa y derivación de casos que requieran atención clínica específica.

Disponer de información estandarizada a nivel nacional sobre la tipología de centros y de sus residentes y de sus capacidades, permitiría analizar los efectos diferenciados de la pandemia en caso de brote. Esto es, cuántos de los aproximadamente 5.500 centros residenciales de personas mayores han tenido casos de COVID-19, y qué características tenían, lo que sería de mucha importancia para conocer datos críticos como son la **tasa de ataque a los centros y la tasa de letalidad de la enfermedad** en este entorno junto con la trazabilidad de las medidas adoptadas.

Una información robusta y su correspondiente análisis permiten, sin duda, la determinación de las mejores estrategias ante los diferentes escenarios, además de mejorar la transparencia ante la ciudadanía

En el ANEXO IV de este informe haremos referencia a la estructura de **información clave para la monitorización de la situación en centros residenciales** junto a una propuesta para establecer sistemas de alerta temprana que ayuden a los operadores autonómicos y a los centros residenciales en la adopción de decisiones.

2.3.- Factores críticos presentes en la primera oleada.

Más allá de las cifras, es evidente la altísima afectación que sufrieron los centros residenciales en todo el mundo y también en España en la primera oleada de la pandemia, especialmente en su primera mitad entre marzo y mayo.

Gracias a la información facilitada por todos los agentes participantes en este informe, hemos podido identificar **una treintena de factores que estuvieron presentes y que interactuaron en lo que podríamos calificar como una “tormenta perfecta”**.

Estos factores se presentan a continuación agrupados en relación con su vinculación con:

- A) El **patógeno** SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19.
- B) Las **personas** usuarias de los centros residenciales y sus características.
- C) La **infraestructura**, actividad y acceso a los **medios** de protección.
- D) El **personal** de cuidados y los recursos humanos de los centros residenciales.
- E) La **comunicación**.
- F) Las políticas y **estrategias** de aislamiento y confinamiento adoptadas.
- G) La **gobernanza** intersectorial y entre distintas administraciones.
- H) El **edadismo**, los dilemas éticos y los problemas jurídicos.

Para cada grupo de **factores** de los que estuvieron presentes abriremos un cuadro de **evidencias disponibles, aprendizajes adquiridos** y posibles **medidas** que ayuden a contener, mitigar o anular dichos factores y que se han compilado a través del examen de los planes de actuación desarrollados en todas las comunidades autónomas. Por tanto, muchas de estas medidas, si no todas, ya han sido adoptadas por las autoridades competentes.



La mejora en la respuesta ante los efectos combinados de todos estos factores pasa por discriminar aquellos sobre los que se posee capacidad para actuar de forma inmediata o a medio plazo (mitigando los efectos, mejorando la respuesta, creando soluciones) de aquellos sobre los que hay menor margen de maniobra actualmente, si bien han de ser tenidos muy en cuenta, al tiempo que se identifican con claridad tareas, recursos, tiempos y responsabilidades.

Considerando la actual situación de incidencia acumulada en la totalidad del contexto europeo y el impacto que ello tiene en las personas que ocupan los centros residenciales **resulta crucial aprender de lo sucedido y articular mejoras en la respuesta**. Independientemente de la esperanza que está depositada en las vacunas, las medidas adoptadas y el abordaje mejorado de la pandemia para estos centros deberán mantenerse en el largo plazo.



A) Las características del patógeno SARS-CoV-2 y de la enfermedad COVID-19:

1. **Alta contagiosidad** de la enfermedad COVID-19 y más en las situaciones de alojamiento colectivo que obligan al uso compartido de espacios (habitaciones, baños, zonas comunes, etc.) con la consiguiente velocidad de expansión en los centros residenciales una vez que el virus penetra en la residencia.
2. **El lógico desconocimiento sobre muchos aspectos de la enfermedad al inicio de la pandemia**, como el periodo de incubación; la posibilidad de transmitir el virus en el periodo ventana entre la infección y la manifestación de síntomas (presintomáticos); la capacidad de transmisión por sujetos con infección asintomática o la variabilidad en las formas de expresión de la enfermedad (síntomatología que como luego se vio, era más compleja que la disnea, fiebre y tos), impactaron en el abordaje inicial¹¹ al no poder adoptarse todas las pautas que facilitasen el control de la enfermedad en los mayores.

Otros aspectos tan importantes como la posibilidad de transmisión por aerosoles o el tiempo de permanencia de inmunización son elementos que o bien han sido ampliamente debatidos hasta hallar evidencia (aerosoles) o bien siguen investigándose actualmente (inmunización). Lleva tiempo llegar a algunas evidencias científicas importantes para articular las mejores estrategias.

Evidencias:

- Cuando se adoptaron oficialmente medidas de limitación de visitas, salidas, etc. en las residencias (entre el 12 y el 18 de marzo dependiendo de territorios) el patógeno ya se había introducido en muchos centros¹² y especialmente en los territorios en los que la incidencia de la infección era mayor.
- Ahora conocemos¹³ que el 14 de marzo ya existían en España al menos 46.645 casos positivos (han sido confirmados posteriormente en RENAVE), de los cuales más del 40% se encontraban en Madrid, que ya presentaba una incidencia acumulada para esos primeros 14 días de marzo de 278 casos/100.000 hab. Otras incidencias acumuladas (14 días) muy altas a la misma fecha eran las que ya presentaban La Rioja (251 casos/100.000 hab); Navarra (128); Castilla-La Mancha (147); País Vasco (102); Castilla y León (91) y Cataluña (102).
- La mayor o menor afectación en las residencias ha tenido una relación directa con la incidencia de la infección en el entorno¹⁴.

¹¹ Cabe recordar, no obstante, que el 5 de marzo se había publicado ya un **Documento técnico con Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19**, publicado por el Ministerio de Sanidad y elaborado en colaboración con el IMSERSO. https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Centros_sociosanitarios.pdf

¹² Véase tabla 5, pág 76. del informe **Informe de Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes**. Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC) Madrid. Accesible en: <https://digital.csic.es/handle/10261/220460> (autores: Eloísa del Pino, Francisco Javier Moreno-Fuentes, Gibrán CruzMartínez, Jorge Hernández-Moreno, Luis Moreno, Manuel Pereira-Puga, Roberta Perna (2020)).

¹³ Ver datos publicados periódicamente en <https://cneccovid.isciii.es/covid19/>

¹⁴ National Collaborating Centre for Methods and Tools. (2020, October 16). **What risk factors are associated with COVID-19 outbreaks and mortality in long-term care facilities and what strategies mitigate risk?** <https://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/covid-19-rapidevidence-service>



- Paulatinamente se fueron obteniendo algunas certezas a medida que la investigación sobre el SARS-CoV-2 avanzaba. Por ejemplo, el documento de Información científico-técnica del CCAES ([actualización de 28 de agosto](#)) ya indicaba lo siguiente sobre los casos asintomáticos:

Conocer la proporción de personas infectadas con un curso asintomático es complejo. En la serie más larga publicada por Centro de Control de Enfermedades de China, en la que se describen 72.314 casos, el 1,2% de los casos fueron asintomáticos. Estos casos se detectaron en el contexto de búsquedas exhaustivas en brotes intrafamiliares y algunos acabaron desarrollando síntomas. En contraste, en el barco Diamond Princess, cuarentenado en Japón, en el que se realizaron pruebas diagnósticas a 3.700 pasajeros, el 50% de los que tuvieron resultados positivos estaban asintomáticos. Posteriormente, tras 14 días de observación, la mayoría desarrollaron síntomas, siendo el porcentaje de verdaderos asintomáticos de 18%. En el estudio de seroprevalencia de España, se calculó que 33% de los casos eran asintomáticos.

- Obviamente aún existen aspectos de la enfermedad y de sus formas de transmisión que requieren de un mayor conocimiento. Recientemente se dispone de evidencia sobre la **transmisión** del patógeno **por aerosoles**¹⁵. Las condiciones inherentes a las residencias (alta concentración de personas en espacios cerrados; dificultades para una adecuada ventilación¹⁶, más en periodo invernal; y altos tiempos de exposición) son muy relevantes al confirmarse ese modo de transmisión.

Lecciones aprendidas:

- Actuar con la **única guía de la aparición de síntomas o signos** de la enfermedad en las personas residentes o en el personal **es un mecanismo altamente imperfecto** para adoptar decisiones acertadas relativas a separación y asistencia¹⁷.
- Los **síntomas en personas mayores pueden ser muy variados**. Más allá de la aparición de tos persistente o fiebre, pueden aparecer trastornos gastrointestinales como diarreas, vómitos o pérdida de apetito; cansancio; reducción de la movilidad; sangrados, pérdida de gusto y olfato o incluso trastornos neurológicos: incremento de la confusión, delirium... Esto abunda en la dificultad de una detección precoz por mera sintomatología.
- **Una alta incidencia en el exterior a un centro residencial (un elevado nivel de alerta) no solo incrementa el riesgo potencial de entrada del virus, sino que además tensiona el sistema sanitario y compromete su capacidad de respuesta hacia las personas residentes ante cualquier evento de salud, tenga o no relación con la COVID-19.**

¹⁵ La Información Científico Técnico sobre la Enfermedad por coronavirus COVID-19, actualizada en la web del Ministerio de Sanidad (<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>) de 12 de noviembre de 2020 y el documento técnico de 18 de noviembre: [Evaluación del riesgo de la transmisión de SARS-CoV-2 mediante aerosoles. Medidas de prevención y recomendaciones](#), concluyen que en el estado actual del conocimiento existen evidencias científicas consistentes que permiten afirmar que la transmisión del virus SARS-CoV-2 por aerosoles debe considerarse una vía de transmisión adicional a las ya reconocidas con anterioridad (contacto con secreciones respiratorias, fómites). Estos aerosoles podrían tanto impactar y depositarse en las conjuntivas y la mucosa del tracto respiratorio superior, como ser inhalados llegando a cualquier tramo del tracto respiratorio. El riesgo de esta transmisión aumenta en la distancia corta, en entornos cerrados y concurridos, especialmente mal ventilados, y si se realizan actividades que aumenten la generación de aerosoles (ejercicio físico, hablar alto, gritar o cantar).

¹⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. [Heating, ventilation and air-conditioning systems in the context of COVID-19](#). 10 November 2020. Stockholm: ECDC; 2020

¹⁷ Report: [LESS-COVID-19. Learning by Experience and Supporting the Care Home Sector during the COVID-19 pandemic: Key lessons learnt, so far, by frontline care home and NHS staff](#). University of Leeds. October 2020.



- Las medidas de contención para la entrada del virus en los centros residenciales se han de adoptar **en consonancia con la situación epidemiológica del entorno** en el que se encuentra la residencia. En informes autonómicos¹⁸ sobre infección y letalidad en residencias, se apunta a que **la incidencia de la COVID-19 en el territorio en el que se ubica cada residencia es un factor muy relevante.**
- Idealmente, **la organización residencial debe reorganizarse antes de la aparición de brotes**, de forma que se embolsen pequeñas unidades de residentes, preferentemente con atención del MISMO PERSONAL. De esta forma se disminuyen las posibilidades de infección cruzada y se evita que las pruebas diagnósticas –en caso de brote- hayan de realizarse a todos los residentes y a todo el personal con el consiguiente consumo de tiempo, esfuerzo y uso de recursos escasos.
- La determinación de un brote en residencia (un solo caso positivo confirmado actualmente¹⁹) debe desencadenar de forma inmediata diversas medidas entre las que es imprescindible la **realización de pruebas diagnósticas** de al menos a todas las personas del mismo embolsamiento, *burbuja*, sector o unidad de atención.
- La realización de **pruebas diagnósticas de infección activa en personas trabajadoras asintomáticas** antes de su incorporación o reincorporación laboral es una buena práctica que puede evitar nuevos casos en los centros residenciales. Debe prestarse especial atención a las personas trabajadoras vinculadas laboralmente a más de un centro residencial.
- Aunque pueda resultar eficaz la realización de pruebas PCR regulares a residentes y personal cuando hay una situación de alta transmisión comunitaria en un área geográfica o en una determinada población, es necesario hacer compatible esta práctica con la garantía de disponibilidad **de capacidad diagnóstica para actuar rápidamente en caso de sospecha y/o brote**. Se debe considerar como posibilidad el **análisis en forma de lotes (pooling)**²⁰ para optimizar recursos siempre que se hubiese habilitado previamente un sistema en pequeñas unidades asistenciales.
- **Los test de antígenos** en este sentido pueden ser de **muchísima utilidad**²¹ en los centros residenciales por tener grandes ventajas operativas: rapidez en obtención de resultados (15-30 minutos), menor coste y posibilidad de toma de muestra y obtención de resultado in situ sin remitir pruebas a laboratorio.

¹⁸ Informes de la Comunidad de Navarra: [Auditoría de los centros residenciales de Navarra ante la crisis de COVID-19](#) y de Castilla y León: [El impacto del COVID19 en las residencias de personas mayores de Castilla y León y medidas adoptadas](#).

¹⁹ Ver [Plan de respuesta temprana](#) (vers. 16.07.2020)

²⁰ Tal y como se recomienda en el apartado 6 Estudios de Cribados de la [ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ, VIGILANCIA Y CONTROL DE COVID-19](#) (act. 12.11.2020)

²¹ El ECDC ha recomendado su uso en los centros residenciales bien para nuevos ingresos, detección precoz o estrategias de revisión periódica de todo el personal y residentes: [Rapid Risk Assessment: Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK](#)



Medidas/actuaciones:

- **EXTREMAR y NO OLVIDAR LAS MEDIDAS BÁSICAS** de evitación de la infección en los entornos residenciales (**higiene respiratoria, lavado de manos, limpieza de superficies...**).
- Las residencias deben ser puntualmente informadas del **NIVEL DE ALERTA** en su entorno inmediato para adecuar las medidas preventivas a cada escenario.
- **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.** Los planes de contingencia de los centros han de contemplar adecuaciones a los posibles escenarios epidémicos del entorno²².
- **VIGILAR permanentemente el ESTADO DE SALUD** de los residentes y del personal. (Toma frecuente de temperatura, observación de síntomas y signos...)
- Prever en los planes de contingencia la **separación por cohortes (sectorizar)** en caso de brote, estableciendo estrictamente zonas limpias y sucias para tránsito y estancia.
- Idealmente se debe **separar antes** de la aparición de brotes, si la instalación y los recursos lo permiten, en el sentido de **CREAR UNIDADES DE ATENCIÓN MÁS PEQUEÑAS** con dinámicas independientes entre sí y personal propio para evitar contaminación cruzada. El estado basal y funcional de las personas residentes puede ser un criterio para la creación de estas unidades de atención.
- **REGISTRAR para obtener trazabilidad** de contactos (personal, residentes, visitantes).
- Tener establecidos de antemano los mecanismos de alerta: notificación a las autoridades sanitarias, **tiempos y responsabilidades de realización de las PRUEBAS DIAGNÓSTICAS** para residentes y personal cuando estén indicadas²³.
- Realizar “barridos” (personal y residentes) mediante **TEST DE ANTÍGENOS** con una periodicidad acorde con la incidencia de la COVID.19 en el entorno y en coordinación con las autoridades sanitarias.
- Procede también la realización de pruebas diagnósticas que permitan identificar la infección activa en **nuevos residentes** que ingresen en el centro o a **residentes que retornen** a la instalación especialmente si proceden de ingreso hospitalario por el riesgo de infección nosocomial.
- De igual forma es muy recomendable la verificación de estado mediante prueba diagnóstica PCR a **personal de nuevo ingreso**.
- **REVISAR y MODIFICAR cuando sea necesario los protocolos y planes de contingencia**²⁴ en función de las **nuevas evidencias** disponibles y consultar diariamente las indicaciones, instrucciones y recomendaciones actualizadas.

²² Ver escenarios propuestos en el documento: [Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19.](#) Versión 22.10.2020

²³ De acuerdo con las recomendaciones 3 y 7 de la OMS: [WHO/2019-nCoV/Policy Brief/Long-term Care/2020.1](#)

²⁴ De acuerdo con la recomendación 6 de la OMS: [WHO/2019-nCoV/Policy Brief/Long-term Care/2020.1](#)



B) Las características de las personas usuarias de los centros residenciales:

3. Refiriéndonos a residencias de personas mayores se trata de **personas que pueden presentar morbilidades** y habitualmente situaciones de fragilidad que se asocian a una peor evolución de la enfermedad. Aquí debe diferenciarse la diversidad de la atención a la **discapacidad** con claridad, no necesariamente ligada a comorbilidades, pero sí a sus necesidades de apoyo²⁵
4. Para las residencias de mayores, **la edad avanzada**, aunque el estado de salud sea relativamente bueno, es *per se* un factor que deviene generalmente en una peor capacidad de respuesta del sistema inmunitario frente a la infección, lo que abunda en la mayor letalidad.
5. Muchas de las personas residentes en estos centros presentan, además, **problemas de índole neurocognitiva** que han supuesto otro reto de muy difícil abordaje. Estos problemas 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 permanente²⁶. Otras cuestiones como, por ejemplo, la pérdida de audición, implican dificultades para acceder a la información sobre la crisis, sobre la situación del centro en el que residen así como sobre las medidas de prevención de la transmisión de la infección.
6. **Los efectos del aislamiento sobre la salud de las personas residentes son muy negativos:** la prioridad de índole epidemiológica de adoptar medidas generales de contención (aislamientos y confinamientos) evita contagios y salva vidas pero puede provocar así mismo efectos graves en la salud de las personas, más allá del riesgo de la COVID-19, que han de ser debidamente ponderados. Las medidas de aislamiento adoptadas para las personas de residencias no siempre tuvieron en cuenta esa múltiple perspectiva²⁷.
7. La elevada necesidad de apoyos para la realización de las actividades básicas de la vida diaria de muchas de las personas residentes **exige contactos estrechos y continuados** con el personal de cuidados, debiéndose afrontar riesgos inevitables.

²⁵ Entendemos por personas con grandes necesidades de apoyo, un grupo de personas diversas que se caracterizan por: Presencia de limitaciones muy significativas en el funcionamiento intelectual, que limitan notablemente su comprensión y su conducta adaptativa. Presencia de otro tipo de discapacidades o limitaciones, fundamentalmente físicas, sensoriales o del sistema nervioso. Presencia de conductas desafiantes y/o trastornos mentales. Por necesitar apoyos intensos y generalizados en todas o casi todas las actividades que configuran el desarrollo y bienestar de cualquier persona: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, relaciones sociales, vida en la comunidad, autodeterminación, salud y seguridad, aprendizaje, ocio y trabajo (Verdugo Alonso, M. Ángel. (2018). Conceptos clave que explican los cambios en las discapacidades intelectuales y del desarrollo en España. *Siglo Cero*, 49(1), 35-52. <https://doi.org/10.14201/scero20184913552>)

²⁶ Este elemento de los deterioros neurocognitivos es crucial además si se valora el significado para la salud de los aislamientos que incluso pudieron derivar en ocasiones en el uso de sujeciones a pesar de su prohibición en condiciones normales.

²⁷ Véase al documento de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) de agosto de 2020 respecto a la necesidad de contacto social de las personas mayores: Comunicado de la SEGG respecto a las restricciones de contacto social en las residencias de mayores. Accesible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Manifiesto-SEGG-salir-de-residencias.pdf>

Evidencias:

- La enfermedad COVID-19 presenta **peor curso en las personas con edad avanzada:**

Tabla 4. Casos de COVID-19 por nivel de gravedad notificados a la RENAVE con inicio de síntomas y diagnóstico posterior al 10 de mayo de 2020. Distribución por grupo de edad

Grupo de edad (años)	Casos totales N	Hospitalizados ¹ N (%)	UCI ¹ N (%)	Defunciones ¹ N (%)
<2	8836	230 (2,6)	6 (0,1)	3 (0,0)
2-4	12917	86 (0,7)	6 (0,0)	0 (0,0)
5-14	44419	226 (0,5)	7 (0,0)	0 (0,0)
15-29	119142	1296 (1,1)	61 (0,1)	9 (0,0)
30-39	86759	1904 (2,2)	121 (0,1)	11 (0,0)
40-49	89733	3072 (3,4)	261 (0,3)	48 (0,1)
50-59	70692	3920 (5,5)	439 (0,6)	142 (0,2)
60-69	42586	4083 (9,6)	544 (1,3)	272 (0,6)
70-79	26191	4349 (16,6)	447 (1,7)	604 (2,3)
≥80	28284	7073 (25,0)	137 (0,5)	2437 (8,6)
Total	533857	26656 (5,0)	2051 (0,4)	3629 (0,7)

¹ n (%) calculado sobre el total de casos en cada grupo de edad

Tabla 1. Informe nº 46. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo. ISCIII (30.09.20).

- **La fragilidad²⁸**, entendida como una “extrema vulnerabilidad a los factores de estrés endógenos y exógenos, que expone a una persona a un mayor riesgo de resultados negativos relacionados con la salud” es un poderoso predictor de dependencia, hospitalización, caídas, pérdida de la movilidad y enfermedad cardiovascular. Refleja la edad biológica de la persona, mucho más que la edad cronológica. La aplicación de cualquier medida debe considerar el grado de fragilidad de las personas. La fragilidad se evalúa a través de la capacidad funcional que comprende la capacidad intrínseca de la persona (capacidades físicas y mentales), las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características²⁹.
- Una investigación reciente³⁰ sobre 2.772 pacientes de más de 80 años que fueron ingresados en 150 hospitales entre el 1 de marzo y el 29 de mayo, asocia una peor evolución clínica y mayor mortalidad hospitalaria en personas mayores al **estado funcional deficiente (mayor grado de dependencia en preingreso)**, independientemente de las comorbilidades.
- Hay que considerar que **no siempre es posible u oportuna la adopción de algunas medidas de distancia física, separación y aislamiento con población que presenta deterioros neurocognitivos**, con necesidades permanentes de deambulación o con dificultad de comprensión y retención de normas de distanciamiento físico, higiene de manos o higiene respiratoria.

²⁸ La prevalencia estimada en Europa es de 18% (IC95% 15-21%), entre las personas que viven en la comunidad 12%(IC95% 10-15%) y en entornos no comunitarios de 45% (IC95% 27-62%). La prevalencia estimada a nivel poblacional en España es de 19% (IC95% 12-28%), teniendo en cuenta solo el estudio realizado en entorno comunitario está en un rango de 4.2-27.3%, hay un solo estudio en residencias con una prevalencia de 68.8% (González-Vaca et al, 2014) y otro en Atención Primaria con una prevalencia de 29.4%. Es más común a mayor edad, mujeres, y en grupos de menor nivel educativo o de ingresos bajos. (la mayoría de los estudios incluidos en la revisión se refieren a personas >= 65 años) [O’Caoimh, 2018]. La incidencia de fragilidad se estima en un rango de 5-13% , pre fragilidad entre un 21.2%-36. En el único estudio español incluido en la revisión (León-Muñoz et al, 2014) la incidencia en España, en entorno comunitario en mayores de 60 años, es 7.5%. [Galluzzo, 2018]

²⁹ Informe mundial sobre el envejecimiento y salud, OMS, 2015.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

³⁰ Jose-Manuel Ramos-Rincon, MD PhD, Verónica Buonaiuto, MD, Michele Ricci, MD, Jessica Martín-Carmona, MD, Diana Paredes-Ruiz, MD, María Calderón-Moreno, MD, Manel Rubio-Rivas, MD PhD, José-Luis Beato-Pérez, MD, Francisco Amalich-Fernández, MD PhD, Daniel Monge-Monge, MD, Juan-Antonio Vargas-Núñez, MD PhD, Gonzalo Acebes-Repiso, MD, Manuel Mendez-Bailon, MD, Isabel Perales-Fraile, MD, Gema-María García-García, MD, Pablo Guisado-Vasco, MD, Alaaeldeen Abdelhady-Kishta, MD, Maria-de-los-Reyes Pascual-Pérez, MD, Cristina Rodríguez-Fernández-Viagas, MD, Adrián Montaña-Martínez, MD, Antonio López-Ruiz, MD, María-Jesus Gonzalez-Juarez, MD, Cristina Pérez-García, MD, José-Manuel Casas-Rojo, MD, Ricardo Gómez-Huelgas, MD PhD, for the SEMI-COVID-19 Network, **Clinical Characteristics and Risk Factors for Mortality in Very Old Patients Hospitalized with COVID-19 in Spain**, The Journals of Gerontology: Series A, , glaa243, <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa243>



- **La atención integral de las personas mayores o personas con discapacidad** debe considerar las necesidades físicas, sensoriales, cognitivas y emocionales, evitando la discontinuidad en los cuidados en todas sus dimensiones, tengan o no relación con la propagación del virus³¹ a fin de preservar las capacidades funcionales.
- Las medidas de confinamiento y aislamiento pueden **impactar muy negativamente en la salud física, cognitiva y psicológica de esta población**³².

Lecciones aprendidas:

- Las medidas que se adopten deben priorizar siempre evitar la infección de las personas que presentan mayor vulnerabilidad frente a la enfermedad COVID-19.
- Para elaborar y aplicar los criterios de sectorización contenidos en los Planes de Contingencia de los centros residenciales se deben considerar la diversidad, las vulnerabilidades y las fragilidades concretas de la población atendida.
- Las medidas de contención de la infección que puedan comportar efectos adversos en las personas mayores, las personas con discapacidad, o las personas con problemas de conducta o de salud mental, deben aplicarse siempre ponderando el riesgo-beneficio.
- La aplicación concreta de las medidas debe poder personalizarse y/o exceptuarse si facultativamente se apreciase mayores riesgos para la salud o se comprometiera la supervivencia por causa de su aplicación generalizada.
- La aplicación de medidas de aislamiento, confinamiento, pérdida de rutinas, de actividad física, etc., cuando son de inevitable aplicación, deben mantenerse **solo por el tiempo que sea estrictamente necesario**.
- La mayoría de los países establecieron restricción de visitas³³, pero esta política por sí sola no ha protegido a las residencias de las infecciones. Los distintos países están considerando cada vez más cómo **hacer que las visitas sean más seguras**, reconociendo su impacto en el bienestar de las personas.
- Es fundamental **fomentar entornos que apoyen y mantenga la capacidad funcional**, teniendo en cuenta los **activos y apoyos de la comunidad** (activos para la salud, redes comunitarias, voluntariado, etc...). También los **centros residenciales deben apoyar y mantener la capacidad funcional**, reorganizando los espacios de forma que se pueda permitir la realización de actividad física y socialización de forma segura.

³¹ Ver documentos de la [Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología](#). Entre otros: [COVID-19: Aprendizajes desde la óptica de la promoción del buen trato](#).

³² Suarez-Gonzalez A, Jordi A Matias-Guiu and Comas-Herrera A (2020) [Impact and mortality of the first wave of COVID-19 on people living with dementia in Spain](#). LTCovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 9 August 2020.

³³ [International examples of measures to prevent and manage COVID-19 outbreaks in residential care and nursing home settings](#). (may 2020)



- También es fundamental promover el **bienestar emocional** de las personas mayores que viven en centros residenciales, facilitando su socialización con otros residentes y/o familiares o personas allegadas de forma segura, y de ese modo paliar las consecuencias que el confinamiento está teniendo sobre estas personas³⁴.

Medidas/actuaciones:

- Establecimiento de **grupos técnicos y/o comisiones intersectoriales e interdisciplinarias** que revisen las propuestas normativas y recomendaciones para procurar la máxima adecuación a las diversas realidades.
- Siendo necesarias las **normas de aplicación general** de evitación de contactos y prevención del contagio en residencias, debe existir la posibilidad de establecer **excepciones basadas en criterios facultativos de preservación de la salud** junto con la aplicación de medidas generales.
- El confinamiento de las personas que viven en residencia debe evitarse en lo posible y limitarse, en todo caso, a los casos sospechosos y/o positivos.
- Plantear **flexibilidad en el aislamiento respecto a visitas** ante situaciones de enfermedad avanzada, final de vida o de residentes con riesgo de síndrome confusional (delirium) o que presenten graves alteraciones conductuales, **siempre con medidas estrictas de prevención de la infección para personal y familiares**.
- La implementación de medidas de confinamiento de los centros se tienen que acompañar por **planes para paliar los efectos negativos del aislamiento social** manteniendo a los residentes en contacto con sus seres queridos con uso de sistemas telemáticos, que sean accesibles, estimulando la movilidad de los mismos y su orientación en espacio, tiempo y vínculos personales.
- **Lo anterior puede incluir la reserva de zonas y horarios para uso del espacio público** (calles adyacentes y/o jardines) por parte de las personas usuarias de los centros residenciales así como la posibilidad de establecer **SALIDAS GRUPALES SEGURAS** con cuidadores/as (especialmente en casos de personas con discapacidad, personas con problemas de conducta o con problemas de salud mental).
- La amplísima diversidad de las personas con discapacidad hace preciso reconocer las **necesidades concretas de apoyo para la comunicación** (comprensión y expresión). Se debe disponer de información en lectura fácil de cualquier información. Esto requiere de un importante esfuerzo por **garantizar un entorno comprensible**, que garantice la accesibilidad cognitiva atendiendo al sistema de comunicación de cada persona. Todo ello favorecerá el acceso a la información sobre la crisis, sobre la situación del centro en el que residen así como sobre las medidas de prevención de la transmisión de la infección, facilitando la participación de la persona en la toma de decisiones.

³⁴ De acuerdo con la recomendación 9 de la OMS: [WHO/2019-nCoV/Policy_Brief/Long-term_Care/2020.1](https://www.who.int/publications/m/item/who-2019-nCoV-policy-brief-long-term-care-2020-1)



- Es fundamental **mantener y mejorar la capacidad funcional** de las personas mayores que viven en centros residenciales con el objetivo de prevenir fragilidad y dependencia, a través de la identificación de fragilidad³⁵ y la intervención a través de programas de actividad física multicomponente³⁶ cuando sea preciso, y promoción de estilos de vida saludables^{37 38 39}
- Entre los criterios de reorganización previa en **unidades de atención más pequeñas** contenidos en los Planes de Contingencia de los centros residenciales (cuando son posibles) se puede considerar como **criterio la mayor o menor vulnerabilidad y fragilidad** de parte de la población atendida.
- Es muy importante **brindar servicios de recuperación y rehabilitación** para promover el bienestar físico, cognitivo y emocional de las personas residentes para paliar los efectos de la enfermedad y los efectos del aislamiento en aquellas personas que han superado la infección.
- Se debe valorar la posibilidad de **estudiar la epidemiología de la COVID-19⁴⁰ en residencias a nivel estatal**, basados en datos existentes y comparables, explorando la información que se pueda extraer de la información clínica como base de datos de los Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA), del Ministerio de Sanidad⁴¹.

³⁵ Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor.

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf

³⁶ Guía para desarrollar programas de actividad física multicomponente en recursos comunitarios y locales.

https://www.msbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_GuiaAF.pdf

³⁷ Consejo Integral en Estilo de Vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta.

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf

³⁸ Materiales para reforzar el consejo sobre estilos de vida saludable en atención primaria

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Materiales_EstilosdeVidaSaludable.htm

³⁹ <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/>

⁴⁰ Informe Residencias GTM. El Grupo de Trabajo Multidisciplinar (GTM) asesora y apoya al Ministerio de Ciencia e Innovación en materias científicas relacionadas con el COVID-19 y sus consecuencias futuras.

⁴¹ Las variables para construir la estratificación de los GMA son homogéneas a nivel de CC.AA., y la base de datos incluye la variable “vive en residencia”. Con estos datos, sería viable investigar las complicaciones y mortalidad por grupos de edad, así como la probabilidad de ser excluidas de recursos intensivos, y valorar si el acceso a recursos fue asociado a la comorbilidad y fragilidad, o bien sencillamente a la edad, siendo útil para estudiar aspectos de vulnerabilidad “intrínseca” de los mayores frente a la COVID-19, por ejemplo, valorando la asociación entre grupos de riesgo GMA, demencia, discapacidad y riesgo de infección y resultados medidos como complicaciones/mortalidad entre los residentes y también en el colectivo total de las personas mayores.



C) Las características de las infraestructuras residenciales y las dificultades para acceder a medios de protección adecuados:

8. Las residencias son **espacios de uso colectivo** cuyas **infraestructuras no son siempre adecuadas** para contener una pandemia de estas características. La infraestructura de los centros residenciales facilitó la difusión de la enfermedad por el **uso compartido y continuado de espacios** (habitaciones, baños y zonas comunes) en los que son relativamente frecuentes los problemas de ventilación; así como las dificultades arquitectónicas para sectorizar, separar la circulación de los usuarios y trabajadores y/o aislar a los residentes. Todos estos son factores que limitan la aplicación estricta de la recomendación de mantener la distancia interpersonal, relevante para contener la difusión de la infección.
9. El **tamaño** de las residencias puede tener su influencia. Aún faltan estudios sólidos al respecto, pero ya se apunta⁴² que pueda existir una **correlación entre el mayor tamaño del centro (en término de número de plazas ocupadas) y un mayor riesgo de diseminación** generalizada del patógeno con independencia de los protocolos aplicados.
10. **Difusión de la infección en la situación de aislamiento.** Cuando se procedió al “cierre” mediante normas de confinamiento y aislamiento de los centros residenciales, si el virus penetraba en las instalaciones y no se contaba con los medios y las medidas de apoyo adecuadas, **muchos centros embolsaron la infección, convirtiéndose en un espacio inevitable de diseminación interna generalizada, afectando gravemente a las personas residentes.** Algunos estudios posteriores de seroprevalencia en centros residenciales⁴³ así lo confirman, llegando a observarse tasas de ataque superiores al 70% entre residentes en muchas instalaciones. Cuando eso sucedía, las letalidades se podían elevar fácilmente por encima del 20%.
11. Se produjo **escasez, cuando no ausencia, de equipos de protección individual adecuados**, entre marzo y mediados de abril, en muchos casos por las dificultades ya conocidas de desabastecimiento generalizado, no solo en los centros sociales residenciales.
12. **Dificultades para un blindaje total de los centros residenciales.** La introducción del virus en los centros residenciales se pudo producir inicialmente a través de visitas, por el propio personal y por los residentes con salidas al exterior. Tras aplicar medidas de restricción de visitas y salidas, los contagios se han producido mayoritariamente desde el personal. La situación epidémica del entorno (incidencia acumulada en la localidad o barrio donde se ubica el centro) es un importantísimo determinante de riesgo.

⁴² Los informes citados de la [Comunidad de Navarra](#) y de [Castilla y León](#) apuntan desde diferentes metodologías de análisis a que el tamaño de los centros ha sido una de las variables importantes de afectación directamente proporcional en infección y letalidad. Se unen aquí dos factores: un mayor número de personas con acceso a la instalación (profesionales) y mayores dificultades de contención.

⁴³ Resultan muy interesante y esclarecedores los estudios de seroprevalencia como el *Mapa Serológico de la Infección por SARS-CoV-2 en Centros Sociosanitarios de la Comunidad de Madrid (SeroSOS)* promovido por su Consejería de Sanidad. En sus resultados preliminares ya había determinado seroprevalencia de anticuerpos frente a SARS-CoV-2 por encima del 70% en residentes de noventa residencias.



Evidencias:

- El **tamaño medio de los centros residenciales en España está cercano a las 70 plazas**, si bien la mitad de las residencias en España supera las 100 plazas. A mayor tamaño, más personal, mayor riesgo de entrada del virus y más dificultades para contener los contagios.
- Existe un elevado número de **habitaciones de uso compartido**. Las normativas autonómicas⁴⁴ permiten en todos los casos las habitaciones de uso compartido (llegando en algún caso a admitir hasta seis camas por habitación). También existen habitaciones de uso individual con baño compartido.
- Durante la primera fase de la pandemia, los centros residenciales –como ocurrió con todos los servicios- enfrentaron una aguda **crisis de acceso a material de protección**⁴⁵. La disponibilidad de recursos humanos en los centros depende en buena medida de la evitación de bajas por contagio. Los últimos datos acumulados⁴⁶ desde mayo indican que el 4,1% de casos en España son de personal sanitario y sociosanitario. El 32,4% de las infecciones de personal sanitario se produce en centros sociales residenciales.
- Las características de los entornos residenciales hacen mucho más difícil contener la expansión de la infección una vez que el virus entra en las instalaciones. Los brotes en centros residenciales presentan un promedio de **17 casos/brote** en residencias de mayores y de 11 casos/brote en centros de personas con discapacidad⁴⁷.
- El último informe disponible⁴⁸ rebaja esa cifra a **12,6 casos/brote** como promedio de 99 brotes entre el 15 y el 22 de octubre en residencias de mayores, fruto seguramente de la implantación de medidas y planes de contingencia, pero aun así sigue siendo muy elevada. Mantener bajas estas cifras es crucial para rebajar la mortalidad.

Lecciones aprendidas:

- Los centros residenciales no poseen generalmente unas características que permitan hacer frente a una pandemia. **Se han concebido como espacios de convivencia** y las normas que regulan su creación y funcionamiento no prevén un uso o unas capacidades sanitarias avanzadas. **Las personas que viven en estos centros no son pacientes.**
- Las **situaciones de convergencia masiva** en la demanda de equipos de protección y otros recursos no tienen fácil solución si no se ha previsto un stock suficiente.

⁴⁴ Se puede consultar el cuadro de resumen de normativas autonómicas elaborado recientemente por la SEGG: https://www.segg.es/media/descargas/Cuadro_resumen_SEGG_Normativa_Residencias_Rev.18mayo2020.pdf

⁴⁵ Véase el **problema de la “convergencia masiva”** citado en el informe: [Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes](#). Del Pino et al (2020)

⁴⁶ [Informe nº 49. Situación de COVID-19 en España](#). Casos diagnosticados a partir 10 de mayo (ISCIH-CNE)

⁴⁷ [Actualizaciones de información diaria](#) emitida por el CCAES. Este promedio está en 16 casos/brote para toda la pandemia hasta mediados de octubre.

⁴⁸ Informe nº [235](#).



- **Derivar a los afectados por infección de SARS-CoV-2 de las residencias hacia centros de atención intermedios**⁴⁹ gestionados por el sistema sanitario en colaboración con los servicios sociales y conectados con el ámbito hospitalario es una estrategia que ha mostrado **alta eficacia**, reduciendo la carga de trabajo de la atención primaria en salud, permitiendo un mejor triaje si fuera precisa la atención hospitalaria y rebajando sensiblemente el riesgo de propagación de la infección en el medio residencial, lo que permite que este último mantenga su funcionalidad.
- Las características concretas de cada instalación determinan la factibilidad de la adopción de medidas de prevención y de contención. Los **planes de contingencia** deben adaptarse siempre a las posibilidades reales.
- Los planes de contingencia de cada centro residencial pueden tener una estructura básica común, pero deben realizarse adaptaciones centro a centro, especialmente en lo referido a cuestiones como la **sectorización**⁵⁰.

Medidas/actuaciones:

- Es muy importante **categorizar previamente los centros residenciales** en función de sus capacidades reales para contener la infección a fin de tener previstos los apoyos precisos en caso de brote⁵¹.
- **El centro residencial** que por sus características y capacidades **no pueda abordar con garantías las estrategias ideales** de sectorización y separación, debe haber comunicado con anterioridad tal situación a las autoridades autonómicas para prever las mejores soluciones de apoyo externo en caso de brote (como la asistencia directa al centro, identificación de alojamiento alternativo, etc.).
- Se recomienda asegurar, como **parte esencial de los planes de contingencia**, el acceso o la **existencia de stock suficiente** (de al menos un mes de autonomía) **de equipos de protección individual** para residentes, profesionales y –excepcionalmente- familiares ante la eventualidad de un brote que afecte a un número elevado de residentes.

⁴⁹ Véanse las experiencias de Aragón, Asturias, Galicia o la Diputación Foral de Vizcaya. En el caso asturiano ha sido posible gracias a la estrecha coordinación intersectorial autonómica (sanidad-servicios sociales) y en parte a la cooperación intergubernamental (CREDINE (IMSERSO)-SESPA). En CREDINE se han atendido ya a más de 600 pacientes covid-19 positivos con sintomatología leve, la mayoría de ellos procedentes de brotes en residencias. En Galicia, en marzo se pusieron en funcionamiento los Centros Residenciales de Cuidados Integrados (CRCI) en los ayuntamientos de Baños de Molgas (Ourense) y Santiago de Compostela (A Coruña), estando actualmente en funcionamiento nuevos CRCI en Santiago de Compostela (A Coruña) y Vigo (Pontevedra).

⁵⁰ En el informe de Médicos sin Fronteras sobre su experiencia en apoyo a centros residenciales durante la primera fase de la pandemia, una responsable médica relata lo siguiente: “No hemos encontrado una residencia igual a otra. Son todas diferentes en lo que respecta a los accesos, la distribución de las habitaciones y de las áreas comunes, los servicios de cocina y de lavandería, los vestuarios, los circuitos de ventilación natural, el acceso a zonas al aire libre o por el contrario edificios completamente cerrados... En cada centro, nos hemos enfrentado a un rompecabezas para asesorar e implementar las medidas de zonificación y de circulación más adecuadas, y en muchas ocasiones hemos tenido que escoger el mal menor para llegar a proponer algo funcional”.

⁵¹ La SEGG [sugiere](#) tres tipos: A) centro residencial con profesionales sanitarios suficientes con capacidad para prestar la atención que requieren estos pacientes (ver más adelante) y con posibilidad de aislar áreas del edificio para un aislamiento correcto; B) centro residencial con profesionales sanitarios suficientes que no tienen capacidad para aislar zonas del edificio, pero sí pueden tratar puntualmente en habitación individual algún caso aislado. Como máximo podrían aislar a un máximo de 5 residentes; C) centro residencial sin profesionales sanitarios suficientes y que no tienen capacidad para aislar zonas del edificio ni habitaciones



- Revisar los **sistemas de ventilación** y procurar fórmulas de renovación de aire⁵².
- Se debe garantizar la **desinfección regular de zonas comunes y de tránsito**.
- La articulación de **centros intermedios de atención** (centros de *drenaje*) a los que derivar a personas residentes positivas asintomáticas o con sintomatología leve es un mecanismo que ha demostrado alta eficacia, reduciendo la tensión asistencial del sistema sanitario, permitiendo reducir el riesgo de expansión de la infección y normalizando la vida de quienes permanecen en los centros residenciales. Dichos centros intermedios deben
- Proceder a incorporar en los **planes de contingencia** la **reserva de un número suficiente de habitaciones** disponibles para su uso inmediato en caso de **necesidad de aislamiento**. Su ubicación concreta deberá considerar los accesos y servicios adecuados para poder sectorizar y aislar la “zona sucia”.
- Los **planes de contingencia** deben adecuarse a los diferentes escenarios posibles, a la normativa y directrices de las autoridades (sanitarias y de servicios sociales) y –en la medida de lo posible– ser revisados por expertos in situ.
- En general, los **planes de contingencia** contendrán una memoria de infraestructuras; las características de los residentes; directrices de recursos humanos; inventario de recursos materiales; plan de comunicación; protocolos de actuación para diversos escenarios: preparación, vigilancia, prevención y control de infección y fórmulas para la revisión y adecuación permanente. Deberán identificar las actuaciones y las personas responsables de hacer seguimiento de las mismas.

⁵² Puede revisarse el apartado 17 de la última revisión del documento [Care Homes Strategy for Infection Prevention & Control of Covid-19 Based on Clear Delineation of Risk Zones](#) y la web del Laboratorio Internacional de Salud y calidad del aire (Australia) con [información sobre aerosoles](#) y COVID-19



D) Organización y Recursos humanos de los centros residenciales⁵³:

13. **Existió ausencia de planes de contingencia adaptados a la situación de pandemia**. En líneas generales las direcciones de los centros residenciales fueron estableciendo protocolos que tenían que cambiar repetidas veces en función de la experiencia adquirida y de las normativas, instrucciones y recomendaciones que recibían del exterior (en ocasiones contradictorias). Por tratarse de una situación sin precedentes, cuando existía un plan de contingencia, no estaba adaptado a una pandemia de esta gravedad, ni había sido entrenado a través de simulacros.
14. **Se partía de ratios insuficientes de personal** como un problema estructural presente ya antes de la pandemia⁵⁴. El perfil de las personas atendidas en residencias residentes en España ha evolucionado en las dos últimas décadas hacia la necesidad de incrementar la intensidad de los cuidados, mientras que la configuración de los recursos humanos necesarios apenas se ha modificado⁵⁵. A este problema estructural se pueden añadir los bajos salarios y la baja calidad en el empleo que hacen poco atractivo el sector⁵⁶.
15. Un buen número de centros residenciales **no cuenta con personal sanitario suficiente y/o con personal sanitario suficientemente entrenado** para el abordaje de una situación de infección generalizada en el centro como la vivida. Las jornadas parciales son la tónica en este personal y exteriormente se ha tenido la falsa percepción de que en los centros residenciales había personal sanitario para afrontar la pandemia. Por otra parte, cuando este personal existe, está generalmente desvinculado del SNS.
16. En ocasiones, **se puso en riesgo la continuidad de los cuidados por colapso funcional debido al gran número de bajas del personal**, que debía guardar cuarentenas ante la mera sospecha de infección por contacto estrecho o ante el menor síntoma, sin posibilidad inicialmente de hacer pruebas de confirmación. Este importante número de bajas laborales en un mismo periodo temporal dio lugar a grandes sobrecargas de trabajo y a una mayor rotación del escaso personal disponible, lo que además fue en dirección contraria a intentar atender en pequeñas unidades aisladas entre sí y limitar el número de contactos estrechos.
17. Se produjeron inevitables contrataciones de **nuevo personal sin experiencia y por razones de urgencia**, al que no hubo tiempo de formar adecuadamente. La crisis en la disponibilidad de personal en algunos territorios y momentos de mayor incidencia ha sido un factor crítico.
18. **Uso inadecuado de los EPIs**. En el mejor de los casos se poseía cierto entrenamiento para el manejo preventivo de la gripe estacional. En residencias es habitual el uso de guantes y batas, pero no el uso de mascarillas, pantallas, calzas, etc. en un entorno de aislamiento y con los requisitos que impone la prevención de la transmisión del SARS-CoV-2.

⁵³ Se ha considerado para identificar estos aspectos el informe de Eloísa del Pino, Francisco Javier Moreno-Fuentes, Gibrán Cruz Martínez, Jorge Hernández-Moreno, Luis Moreno, Manuel Pereira-Puga, Roberta Perna (2020). *Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*. Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC) Madrid. Accesible en: <https://digital.csic.es/handle/10261/220460>

⁵⁴ No hay evidencia de que este factor afecte a una mayor propagación de contagios entre residentes pero es obvio que incide directamente en las capacidades del centro residencial para abordar el problema.

⁵⁵ El [acuerdo del Consejo Territorial](#) que regula ratios mínimas es del año 2008.

⁵⁶ Un último informe de la OCDE reporta sobre la situación de las trabajadoras de este sector: OECD (2020), *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.



19. Hubo falta de apoyos psicológicos, imprescindibles para el personal, los residentes y las familias durante el evento pandémico y para afrontar el shock post traumático que en muchos casos se ha producido al tener que afrontar situaciones difícilísimas entre las que hay que incluir la pérdida de personas con las que se habían establecido vínculos estrechos. Ese establecimiento de vínculos estrechos entre personal y residentes es una afortunada característica inherente a la atención en centros residenciales. El acceso a los necesarios apoyos psicológicos, si se estableció en algunos casos, fue a través de acciones voluntarias de apoyo y no por una sistematización de la puesta a disposición de estos servicios.

Evidencias:

- Existió y se mantiene una **crisis de personal de cuidados** en los centros residenciales. Esto afecta particularmente a los ámbitos de la enfermería y del personal gerocultor o auxiliar. La sustitución o refuerzo con este personal es un reto que se debe abordar de forma pragmática para resolver en un corto plazo.
- Las ratios medias de personal de cuidados directos en los centros residenciales⁵⁷ se sitúan actualmente en 0,3 por persona residente. Con esa ratio, un eventual brote entre el personal que cause un importante número de **bajas por IT** dificulta enormemente el abordaje del brote y pone en peligro la continuidad de los servicios de manera casi inmediata por las dificultades para la contratación de nuevo personal para sustituciones⁵⁸.
- El personal sanitario especializado (enfermería y medicina) tiene en muchas ocasiones **dedicación parcial** en las residencias de forma que trabaja en varias instalaciones, lo que incrementa el riesgo potencial de transmisión cruzada entre instalaciones⁵⁹.
- La incorporación de nuevo personal –no suficientemente formado ni conocedor muchas veces de la instalación- pudo producir errores y también requirió de una dedicación a su orientación y formación concretas.
- La atención en situaciones de **altísimo estrés** ha dejado un importante impacto psicológico en el personal de las residencias. Generalmente se establecen vínculos muy estrechos entre el personal y los residentes y las situaciones de fallecimiento en estas circunstancias de pandemia, unidas a la tensión asistencial, han sido devastadoras para el personal, que puede presentar secuelas a medio plazo que han de ser tratadas.

⁵⁷ El Acuerdo del Consejo Territorial que establece para centros residenciales de personas mayores y con discapacidad las ratios mínimas exigibles es de 27 de noviembre de 2008. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-20451>. Se establecía para el personal cuidador unas ratios de entre 0,27 (personas mayores dependientes) y de 0,44 para centros de personas con discapacidad.

⁵⁸ Durante la fase inicial (marzo-mayo) se tuvo noticia de centros que operaron al límite del colapso con bajas del 40% del personal.

⁵⁹ El 27 de marzo de 2020 se publicó en *The New England Journal of Medicine* un artículo que ya alertaba sobre la transmisión a través de personal compartido entre residencias con resultados catastróficos: [Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington](#).



Lecciones aprendidas:

- Los **recursos humanos** disponibles, su formación y entrenamiento son uno de los elementos más críticos para abordar con éxito la pandemia en las residencias.
- No basta con que existan **planes de contingencia**. Deben ser **conocidos y asimilados** por todo el personal, por los residentes y por los familiares.
- En cada centro residencial deben **identificarse claramente las personas concretas** que asumen las tareas del seguimiento y de la correcta aplicación de los protocolos contenidos en los planes de contingencia.
- Es imprescindible la **formación del personal** en la aplicación de protocolos. Esta formación debe ser **práctica** y entrenada a través de **simulacros** diversos, especialmente en lo que afecta a la utilización correcta de los EPIs por parte de personas residentes y de los propios trabajadores y, en su caso, de los familiares, así como en el respeto de la aplicación de las medidas de circulación de personas y/o material en caso de brote o situaciones de aislamiento por cuarentena de los residentes.
- La optimización del personal disponible requiere de sistemas ágiles de verificación de infección en los casos de incorporación o sospecha por contacto probable (**Test rápidos de antígenos / pruebas PCR**).
- **Los brotes** en los centros residenciales, en un escenario de limitación de salidas y de control de visitas, **proceden mayoritariamente del personal de atención**.

Medidas/actuaciones:

- Es imprescindible ofrecer **formación específica sobre COVID-19** y su transmisión a todo el personal, así como **entrenar en el uso de material de protección**, especialmente al personal de cuidados directos ante la posibilidad de tener que utilizar EPI completos para tratar a residentes infectados y en aislamiento.
- Es imprescindible que **VERIFICAR que** todas las personas ligadas al centro residencial **conocen y comprenden los protocolos** de actuación en las diferentes contingencias (con especial atención a personas incorporadas que carezcan de experiencia en la instalación concreta).
- Se debe **proporcionar atención psicológica** a todo el personal de las residencias que ayude a superar las situaciones vividas con especial atención a quienes presenten signos de shock post-traumático.
- El personal de los centros residenciales debe ser consciente de la necesidad de **evitar siempre el contacto estrecho sin protección con el resto del personal** (especialmente en situaciones relacionadas con desplazamientos, descanso, almuerzo, etc.).
- Es muy importante que el **personal de los centros residenciales preserve su propia salud**, manteniendo estrictamente las medidas higiénicas básicas en su vida fuera del centro (higiene de manos, respiratoria, limitación de contactos estrechos, etc.).
- Se deben realizar **pruebas periódicas** (Test antígenos/PCR) al personal de atención.



E) Problemas en la comunicación y sesgos informativos:

20. Los **problemas de comunicación entre el personal de las residencias, las personas residentes y las familias** fueron otro elemento crítico. Estos problemas derivaron muchas veces en falta de información hacia el interior y hacia el exterior que tensionaron enormemente las relaciones entre el centro residencial y las familias, dificultando la actuación y generando alarma. La imposibilidad de mantener visitas (prohibidas) devino en la necesidad de destinar tiempo y recursos humanos no siempre disponibles para mantener la comunicación con el exterior por otras vías.
21. **El enorme esfuerzo realizado para la atención en los centros residenciales en un contexto como el descrito no siempre ha sido percibido positivamente desde el exterior.** Parecidos problemas y tensiones se sufrían en el medio hospitalario (falta de equipos de protección, escasez de personal, colapso, infección del personal...) lo que se trató también de forma muy crítica, pero con un enfoque más motivador hacia la “heroicidad” del personal y en apoyo y reconocimiento al Sistema Nacional de Salud, mientras que para las residencias la imagen fue negativa y desmotivadora.

Evidencias:

- La desinformación de las familias sobre la situación concreta del centro y de sus residentes, cuando se produce, es un elemento generador de situaciones de alta ansiedad.
- Mayoritariamente, se establecieron cauces de comunicación con las familias, que se han ido mejorando con la evolución de la pandemia.
- En general no se supieron transmitir a la sociedad los impresionantes esfuerzos realizados en la primera línea de los servicios sociales en general y en las residencias en particular.

Lecciones aprendidas:

- Es muy importante mantener a las **personas residentes** informadas de la situación y de las opciones identificadas para respetar su derecho a decidir en la aplicación de las medidas necesarias en cada situación del centro.
- **Un brote de COVID-19 en una residencia no es siempre un fracaso.** Es una situación grave que ha de ser abordada y atajada con profesionalidad y planificación. La trascendencia no está en el brote en sí, sino en lo adecuado de la respuesta que se ofrezca.
- La **falta de comunicación, información y transparencia** hacia el exterior generará inmediatamente especulaciones y un alto nivel de ansiedad.
- Todos los agentes involucrados deben prever la utilización de tiempo, recursos y esfuerzos en hacer **pedagogía hacia el exterior** sobre el reto que se asume y el esfuerzo que se está realizando.



Medidas/actuaciones:

- Los **planes de contingencia deben contener un PLAN DE COMUNICACIÓN** interno (hacia trabajadores y residentes) y las medidas de comunicación con FAMILIARES y otros agentes interesados. Procede nombrar responsables concretos de dicha comunicación.
- La transmisión de información a las familias debe ser **frecuente, transparente y en formato accesible**. El estado general del centro se puede facilitar en “partes” periódicos a la globalidad a través de web o grupos en redes sociales (Whatsapp, Telegram...) y los casos particulares a través de videoconferencias, mensajes de texto o llamadas de teléfono.
- Se recomienda disponer de procedimientos de **contacto directo telemático (como puede ser a través de llamada telefónica, videoconferencia, mensajería de voz o de texto, ...) o presencial frecuente** de las familias con los residentes. El uso de espacios exteriores cuando es posible facilita mucho la operativa y aporta mayor seguridad.
- Las recomendaciones del **Defensor del Pueblo**⁶⁰ son:
 - *Adoptar las medidas precisas para garantizar la información continua, y al menos diaria, a la persona designada por la familia del residente sobre su situación de salud, actividades, comidas y demás aspectos de interés, sin perjuicio de procurar las herramientas de comunicación directa o telemática.*
 - *Facilitar información a la familia en caso de traslado dentro del centro o de derivación a otro centro residencial u hospitalario.*
 - *Mantener informado regularmente al representante de la familia de la situación general en que se encuentra la residencia en cuanto a usuarios afectados por Covid-19 (fallecidos, confirmados y con síntomas compatibles), recursos disponibles e incidencias de personal*

⁶⁰ <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/residencias-de-mayores-atencion-sanitaria-e-informacion-emergencia-covid-19/>



F) Dificultades en obtener apoyos del exterior en los momentos más críticos:

22. **Existió una enorme dificultad de acceso a pruebas diagnósticas.** Como se conoció después, con unas indicaciones (recomendaciones) de detección por sintomatología para proceder a aislamientos no bastaba para contener la infección. **Las pruebas diagnósticas se hicieron inicialmente inaccesibles** a los centros residenciales al centrarse todas las capacidades existentes hacia el sistema sanitario que se encontraba en una situación crítica.
23. En ocasiones, los centros residenciales no están preparados para **proporcionar apoyos al final de la vida**. En la normalidad de un centro residencial, el *exitus* suele ocurrir en ámbitos hospitalarios tras un ingreso. Eventualmente, solo cuando las capacidades del centro lo permiten, se produce en residencia. Atender esta realidad requiere personal facultativo entrenado y acceso a equipos y medicación muy concretos. De nuevo la desconexión de las residencias con el sistema sanitario pudo provocar inasistencias en esos momentos finales además de, como ocurre en el medio hospitalario, la imposibilidad de contacto con los familiares y seres queridos en los últimos momentos.
24. **Se produjeron situaciones de falta de material de protección** y problemas de suministro iguales a las producidas en los centros sanitarios y otros. La falta de provisión del exterior se debió a la falta de recursos generalizada.
25. El **colapso en los servicios habituales encargados del manejo y recogida de cadáveres** (funerarias) en algunos territorios y momentos concretos, dio lugar a serios problemas imposibles de resolver desde las capacidades de los centros residenciales. Al desbordamiento de estos servicios se sumaba la obligatoriedad de aplicar protocolos concretos para la COVID.

Evidencias:

- **Un centro residencial (sea cual sea su capacidad operativa) no está diseñado para abordar una crisis** como esta sin apoyo exterior. No es autosuficiente para el abordaje clínico de la COVID-19 ni para otras eventualidades que requieren del funcionamiento exterior.
- El **modelo organizativo** actual determina generalmente una distribución sectorial de competencias repartidas entre servicios sociales (responsables de la acreditación y calidad de los centros residenciales) y del sistema sanitario autonómico (responsable de la salud pública y de la asistencia sanitaria a las personas residentes) que devino en ocasiones en tensiones por el típico problema del *propietario de la crisis*⁶¹.
- La necesidad imperiosa de **preservar la operatividad del sistema sanitario** devino en decisiones centradas en priorizar la provisión de capacidades diagnósticas y medios materiales y humanos hacia dicho sistema. Esto pudo provocar en ocasiones **sensación de abandono** en los operadores de las residencias.

⁶¹ De nuevo acudimos al *Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*. Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC) Madrid. Accesible en: <https://digital.csic.es/handle/10261/220460>



Lecciones aprendidas:

- Es imprescindible conectar los centros residenciales con las capacidades asistenciales del sistema sanitario, y especialmente reforzar los vínculos con los centros de atención primaria.
- Todos los agentes implicados intentan cumplir su misión y abordar las dificultades a que se enfrentan desde su óptica. Es crítico **compartir y comprender los problemas y las visiones de todos los agentes implicados.**

Medidas/actuaciones:

- Las comunidades autónomas deben implementar un **sistema de solicitud de pruebas de diagnóstico de SARS-CoV-2 para las residencias** que incluya su categorización en el punto de toma de la muestra en relación con su contexto clínico o epidemiológico, y así facilitar la priorización de los estudios microbiológicos por parte de los laboratorios de Microbiología⁶².
- Los **planes de contingencia** de las residencias deben contener las medidas y procedimientos concretos considerando escenarios exteriores en los que **los apoyos naturales se puedan ver comprometidos por la situación**, disponiendo en lo posible de diferentes alternativas de actuación.
- Los sistemas sanitarios autonómicos deben **establecer con carácter previo y de forma coordinada** con los servicios sociales las **fórmulas de apoyo** concretas a los centros residenciales en los diversos escenarios⁶³.

⁶² La [ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ, VIGILANCIA Y CONTROL DE COVID-19](#) (act. 25.10.2020), acordada en el Consejo Interterritorial de Salud recomienda para los Centros sociosanitarios la realización de prueba rápida de detección de antígeno en exudado nasofaríngeo en los casos que presenten síntomas. 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.

⁶³ De acuerdo con la recomendación 11 de la OMS: [WHO/2019-nCoV/Policy Brief/Long-term Care/2020.1](#)



G) Los problemas de gobernanza del sistema⁶⁴:

26. 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. Esto se unió al lógico **énfasis que la sanidad pública debía poner en proteger prioritariamente el ámbito sanitario y muy especialmente el hospitalario**, que a su vez se encontraba más que sobrepasado en algunos territorios para afrontar la oleada. Todo esto pudo favorecer una errónea percepción del riesgo.
27. **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.
28. **No siempre se estableció un abordaje conjunto del problema, en todos los niveles, con la aportación de las múltiples visiones y conocimientos**. Las personas residentes en centros residenciales son y deben seguir siendo atendidas por el Sistema Nacional de Salud, si bien, a pesar de las situaciones de cronicidad que generalmente se abordan en las residencias, la coordinación entre sistemas debe mejorar, superando la existencia de diferentes lenguajes y cierto desconocimiento mutuo.
29. A pesar del esfuerzo de las comunidades autónomas para mejorar sus sistemas de información compartida entre sanidad y servicios sociales, la toma de decisiones podría haberse beneficiado de un mejor intercambio de información derivado de la existencia de un **sistema más interconectado y con mayor detalle sobre la situación** de los distintos centros y su evolución.

Evidencias:

- Las decisiones tomadas por las autoridades sanitarias se han basado fundamentalmente en **criterios epidemiológicos** y han sido de elaboración y **aplicación urgente**, lo que ha dificultado la comunicación previa con los agentes afectados.
- La enorme **complejidad de actores** y la variabilidad de centros residenciales implica que las decisiones y recomendaciones de carácter general no siempre puedan aplicarse de forma idéntica en la totalidad de territorios y centros.
- La falta de **datos esenciales suficientemente estandarizados y compartidos** opera en contra de la efectividad y de la proactividad en la adopción de medidas.
- Los buenos resultados en la gestión de la pandemia en los centros residenciales allí donde se han producido están directamente relacionados con la existencia de **conexiones fluidas entre las autoridades de salud pública y de servicios sociales**.

⁶⁴ Buena parte de esta información procede de los testimonios de agentes implicados contenidos en el informe de Eloísa del Pino et al (2020) *Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*. Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC) Madrid. Accesible en: <https://digital.csic.es/handle/10261/220460>



- La **intervención de la sanidad** en los centros residenciales, especialmente a partir de finales de abril, constituyó un **alivio y una mejora muy significativa** en la gestión de la crisis por los mismos.

Lecciones aprendidas:

- Una buena **gestión conjunta de la crisis** entre salud pública y servicios sociales aporta mejores resultados finales que redundan en una mayor protección de las personas más vulnerables al patógeno y en una menor tensión en el sistema sanitario.
- Es fundamental trabajar en la conexión entre los servicios sociales de carácter residencial y la sanidad pública. En ello cobra especial importancia estratégica la actuación de la atención primaria en salud.

Medidas/actuaciones:

- La adopción de medidas y de recomendaciones para centros residenciales se debe abordar con un **enfoque intersectorial**, cobrando especial relevancia para ello las autoridades de salud pública y las de servicios sociales en cada ámbito territorial.
- **Creación** –en los distintos ámbitos territoriales- de **grupos técnicos interdisciplinares y sectorialmente mixtos (sanidad-servicios sociales)** en los distintos niveles de la administración, que propongan, revisen y adecúen las recomendaciones y medidas a adoptar en cada momento por los centros de decisión.
- **Adoptar acuerdos respecto a estándares de información en los servicios sociales sobre centros residenciales** que se adecúen paralelamente a las demandas de información por parte de las autoridades de salud pública.
- **Realizar tanto a nivel autonómico como central informes de auditoría y de seguimiento de la pandemia y sus efectos en centros residenciales que analicen la incidencia, los factores coadyuvantes y las nuevas lecciones aprendidas.**
- **Se puede analizar a futuro el encaje de los centros residenciales en el Catálogo de Infraestructuras críticas** a fin de gozar de las medidas de protección contenidas en la Ley 8/2011, de 28 de abril, que define como servicio esencial: *el servicio necesario para el mantenimiento de las funciones sociales básicas, la salud, la seguridad, el bienestar social y económico de los ciudadanos, o el eficaz funcionamiento de las Instituciones del Estado y las Administraciones Públicas.*



H) *Edadismos* hacia la población mayor, discriminación por discapacidad, valores y problemas jurídicos.

30. El abordaje del problema no siempre ha considerado suficientemente los criterios generales de preservación de la autonomía y defensa de la dignidad de las personas. Por ejemplo, algunas de las medidas no tuvieron en cuenta suficientemente la voluntad y la situación de las personas en centros residenciales. Las medias de horarios de paseo reservados para personas mayores iban acompañadas de la prohibición de entrada y salida de las mismas personas mayores si su vivienda era una residencia. En situaciones de aislamiento con personas con deterioro cognitivo se pudieron adoptar medidas de contención no plausibles éticamente. Estas situaciones han devenido en ocasiones en actuaciones judiciales en amparo de los derechos de las personas y también en la inseguridad jurídica de los gestores hacia la aplicación de algunas medidas. Otro tanto cabe decir del derecho a la información de las personas en los centros residenciales (no siempre convenientemente informadas de lo que estaba ocurriendo) y por supuesto de su derecho de acceso a los servicios que proporcionan todos los sistemas de protección social, y especialmente los del Sistema Nacional de Salud.

Igualmente, en el ámbito de las personas con discapacidad, se ha denunciado ocasionalmente la discriminación a través de la falta de accesibilidad a las comunicaciones oficiales sobre las medidas de protección frente al virus. Durante el estado de alarma se ha podido evidenciar el estigma para el acceso a los servicios de salud a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, ante el colapso sanitario.

Evidencias:

- El **cuidado integral de las personas mayores** y de las personas con discapacidad en residencias ante la COVID-19 es una obligación legal, ética, sanitaria y social.
- **No se puede dispensar la asistencia sanitaria sobre criterios de esperanza de vida**, ni difuminar la vida de cada persona mayor o con discapacidad en un grupo de iguales homogéneo.
- Se cuestionó en algún momento la adopción de medidas generales respecto a la posible restricción en la hospitalización de personas mayores y personas con discapacidad. A este respecto, el Ministerio de Sanidad hubo de publicar rápidamente (2 de abril) un **informe de recomendaciones éticas**⁶⁵ elaborado por un grupo de trabajo creado ad-hoc. El Comité de Bioética de España se pronunció en el mismo sentido, tras una consulta de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, a través de la Dirección General de Políticas de Discapacidad.
- **Algunas medidas de desescalada** –en el afán protector por evitar rebrotes en residencias– **pudieron generar desigualdades** importantes en función del lugar de residencia entre las personas mayores y personas con discapacidad, impidiendo unas salidas y contactos que eran imprescindibles para recuperarse de los efectos del aislamiento. A estos efectos la

⁶⁵ [Informe de recomendaciones éticas](#) (Ministerio de Sanidad)



SEGG emitió un comunicado⁶⁶ ligado a la celebración del Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato (15 de junio) además de otros documentos orientando la desescalada.

- Del mismo modo, y en consonancia con los hechos, Plena Inclusión publicaba el 26 de marzo el documento: *El derecho a la salud de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en el marco de la crisis sanitaria creada por el COVID-19*⁶⁷.
- Se ha podido contribuir en ocasiones a generar injustamente **sentimientos de inutilidad de las personas mayores**, la sensación de ser una carga y no tener valor. Las personas mayores que se ven como una carga para los demás son más proclives a la depresión y el aislamiento social, con riesgo de autoexclusión.
- El **edadismo o discriminación por edad existe**⁶⁸ **tiene efectos negativos en la salud** de las personas mayores y en la autopercepción de la persona mayor, provocando consecuencias sociales como la invisibilización de las personas mayores y efectos en la atención sanitaria, o generando actitudes negativas en la prestación de cuidados a largo plazo.
- La **discriminación por discapacidad** en cualquiera de sus formas se ha evidenciado y ha comprometido el derecho de estas personas a la salud y la vida.
- Los **familiares de las personas con discapacidad y mayores, y en especial con demencia, deben considerarse factores claves de la atención**. La separación prolongada de sus familias derivada de la prohibición de visitas está causando daños devastadores y duraderos en la salud cognitiva y psicológica de las personas que viven con demencia en residencias⁶⁹.

Lecciones aprendidas:

- Actualmente no hay ni un solo problema relacionado con las personas mayores o personas con discapacidad, en este caso en residencias, que no necesite **un tratamiento interdisciplinar**. Es un trabajo conjunto, por necesidad, no por opción, y requiere del conocimiento de la información por todos los agentes y niveles de la administración.
- La **autonomía de las personas mayores y de las personas con discapacidad** – independientemente de que estén en una residencia- debe ser considerada y deben participar y ser consultadas sobre las decisiones⁷⁰.

⁶⁶ <https://www.segg.es/media/descargas/Maltrato-COVID-SEGG.pdf>

⁶⁷ Plena Inclusión: [El derecho a la salud de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en el marco de la crisis sanitaria creada por el COVID-19](#)

⁶⁸ Véase la Separata sobre Residencias del Informe del Defensor del Pueblo 2019: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/05/Separata_personas_mayores_centros_residenciales.pdf

⁶⁹ [Impact and mortality of the first wave of COVID-19 on people living with dementia in Spain](#)

⁷⁰ Xavier Gómez-Batiste, Jordi Amblàs, Núria Terribas, Anna Casellas-Grau, Xavier Costa, Begoña Román, Pepa Romero y Marina Geli: [Recomendaciones éticas y clínicas para la toma de decisiones en el entorno residencial en el contexto de la crisis de COVID-19](#).



Medidas/actuaciones:

- Respeto escrupuloso a las recomendaciones descritas en el documento sobre aspectos éticos de la pandemia⁷¹ y revisión de cada medida desde la óptica del aseguramiento de los derechos humanos⁷².
- Asegurar la dignidad en la última etapa de la vida, manteniendo en la medida de lo posible la voluntad manifestada por la persona mayor y permitiendo la visita de familiares y allegados de forma segura y apoyando al residente en el duelo ante la pérdida de cónyuge/pareja/familiar o compañeros del centro residencial⁷³.
- Se considera necesaria una estrategia de consenso nacional para el cuidado relacional y el buen trato de la población residencial durante la pandemia de COVID-19.

⁷¹ [Informe de recomendaciones éticas](#) (Ministerio de Sanidad)

⁷² **Asamblea de las Naciones Unidas:** Informe de la Experta Independiente Claudia Mahler sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad (resolución 42/12 del Consejo de Derechos Humanos): [Impacto de la enfermedad por coronavirus \(COVID-19\) en el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad](#). Resumen realizado por **HelpAge Internacional** accesible en: <http://www.helpage.es/download/5f90499963039>

⁷³ Materiales para afrontar el duelo [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nCov-China/documentos/Afrontar el duelo en tiempo de coronavirus.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nCov-China/documentos/Afrontar%20el%20duelo%20en%20tiempo%20de%20coronavirus.pdf); https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nCov-China/img/20.04.09_Acom_Duelo.jpg; <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nCov-China/documentos/20200403DueloDocumentoProfesionales.pdf>



ANEXOS

- A1- Marco común para la aplicación del Plan de Respuesta Temprana.
- A2 - Planes de contingencia (lista de verificación).
- A3- Coordinación socio-sanitaria.
- A4- Propuesta para un sistema de recogida de información (SIAT).



ANEXO I

Marco común para la aplicación del Plan de Respuesta Temprana

https://www.mscbs.gob.es/ssi/imserso/docs/Plan_de_respuesta_temprana_en_un_escenario_de_control_de_la_pandemia_por_COVID-19.pdf

Marco común para la aplicación del “Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19” en el ámbito de los centros sociales residenciales.

7 de septiembre de 2020

El 18 de junio, el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia decidió crear el **Grupo de Trabajo “Residencias y COVID-19”** para coordinar propuestas que mejoren la capacidad de respuesta de los centros sociales residenciales ante un posible rebrote de la epidemia. Este grupo de trabajo quedó constituido el 25 de junio por todos los integrantes de la Comisión Delegada del SAAD y del Consejo Consultivo, con tres objetivos principales: realizar un análisis comparado de los contenidos de los Planes de Contingencia elaborados por estos centros en los distintos territorios; obtener evidencias y lecciones aprendidas sobre las mejores prácticas y estrategias en la gestión residencial frente a COVID-19; y adaptar el sistema de recogida de datos propuesto por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) al caso español. Estos trabajos se presentarán a principios de septiembre al Consejo Territorial, para su discusión.

Una vez finalizado el estado de alarma, España entró en un **escenario de “control de la pandemia”**, y para seguir haciendo frente a la enfermedad y evitar un nuevo incremento de casos se aprobaron las medidas generales de prevención y control que se deben mantener durante la “nueva normalidad”, recogidas en el **Real Decreto-ley 21/2020**, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

En esta nueva etapa, el Ministerio de Sanidad y las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas siguen trabajando de forma coordinada con dos objetivos principales: **1) controlar la transmisión y reducir el impacto de la pandemia; 2) asegurar que se dispone de las capacidades necesarias para detectar y actuar ante nuevos brotes o, incluso, ante una segunda oleada**. Para articular el conjunto de medidas necesarias para lograrlo se ha elaborado el **“Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19”**, presentado el 13 de julio.



Junto a medidas específicas relacionadas con el sistema sanitario y a una respuesta genérica a los distintos niveles de riesgo epidemiológico que se puedan presentar (brotes controlados o casos esporádicos limitados; brotes complejos o transmisión comunitaria esporádica; transmisión comunitaria no controlada), **el plan señala la importancia de adaptar las recomendaciones generales a entornos específicos que resulten especialmente vulnerables, como es el caso de los centros sociales residenciales**, especialmente los de personas mayores o personas con discapacidad.

La epidemia ha tenido, en efecto, un impacto especialmente grave en estos centros, en los que hay un contacto estrecho entre personas muy vulnerables. Por ello, es esencial extremar ahora las medidas de prevención, detección y acción frente al virus, como destaca también la propia **Organización Mundial de la Salud**, que en el documento titulado “**Preventing and managing COVID-19 across long-term care services**”, del 24 de julio, propone 11 ejes de actuación para mejorar la respuesta ante situaciones similares.

El propio Plan de Alerta Temprana recoge ya en el apartado 4.4.3 algunas recomendaciones específicas para estos centros. Sin embargo, **la reciente reaparición de casos de infección por COVID-19 en centros sociales residenciales de algunos territorios refuerza la urgencia de articular estas medidas con un mayor detalle y comunicarlas a la ciudadanía**. Esto último reforzará su confianza en que los servicios sociales y sanitarios se encuentran preparados y coordinados para hacerles frente de manera eficaz. Y esta eficacia será mayor si se basa en **la cooperación institucional, el intercambio de información y la concertación de actuaciones que, desde el respeto a las competencias de las distintas administraciones, se lleva a cabo en el seno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia**.

Adicionalmente, tanto las comunidades autónomas como el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 mantienen un contacto estrecho con las organizaciones empresariales del sector, representantes de sus trabajadores y trabajadoras y organizaciones sociales del sector.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, este documento, que ha sido compartido y debatido con las Consejerías de Servicios Sociales, recoge los **ejes principales para prevenir, evaluar el riesgo y dar una respuesta adecuada a posibles rebrotes de la enfermedad en los centros residenciales**, que serán desarrollados en cualquier caso por cada comunidad autónoma en el ejercicio de sus competencias.



1. Es prioritario **evitar la introducción del virus en los centros**, para lo que deberán aplicarse las recomendaciones de las autoridades sanitarias, y en particular las que se recogen en el documento técnico "**Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19**". Las administraciones competentes asegurarán el cumplimiento por los titulares de centros de las normas de desinfección, prevención y acondicionamiento de las instalaciones, y que su actividad se desarrolle en condiciones que permitan en todo momento prevenir los riesgos de contagio. Estas medidas de prevención deberán aplicarse estrictamente a todas las personas que entren a los centros desde el exterior y teniendo en cuenta el escenario epidemiológico de la zona en la que se ubique el centro residencial
2. De acuerdo con el artículo 10 del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, los titulares de los centros han de disponer de **planes de contingencia por COVID-19** orientados a la identificación precoz de posibles casos entre residentes y trabajadores y sus contactos, y a la activación en su caso de los procedimientos adecuados a cada nivel de riesgo, en coordinación con los servicios de salud correspondientes. **Este plan de contingencia estará a disposición de las autoridades competentes.** Es muy conveniente que se determinen los contenidos mínimos de estos planes (ver la lista de verificación propuesta) y que se verifique su coherencia con las medidas planteadas por las autoridades autonómicas para cada escenario.
3. Los titulares de los centros **garantizarán la puesta a disposición de residentes, trabajadores y visitantes de los materiales de protección adecuados al riesgo.** Deberán contar siempre con una reserva suficiente de material para cubrir posibles contingencias (se recomienda un stock de al menos un mes).
4. La prevención y la detección precoz de casos requiere la **realización de pruebas PCR para conocer el estado de salud de todas las personas que residen o trabajan en el centro, con la periodicidad y frecuencia que se considere adecuada según la situación epidemiológica de cada territorio.** En todo caso, esto se hará al menos siempre que se detecte un caso en el centro.
5. En el caso de centros de gran tamaño, se valorará la posibilidad de llevar a cabo la **sectorización de la residencia en unidades de convivencia más pequeñas como medida preventiva**, reduciendo así, en lo posible, el número de contactos estrechos entre personal y residentes.
6. Los centros sociales residenciales han de colaborar en la **recopilación, verificación y notificación de los datos** necesarios para el seguimiento y la vigilancia epidemiológica del COVID-19 que les sean requeridos por las autoridades de salud pública, tal y como establece el artículo 23 del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio. **El Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Derechos Sociales propondrán, y coordinarán con las comunidades autónomas, un sistema de recogida directa de datos de los centros residenciales** que permita disponer de un registro sistemático de todos estos centros en el conjunto del país y de sus características, así como la vigilancia de su situación epidemiológica y el lanzamiento de alertas en caso necesario. Este sistema permitirá conocer en tiempo real la evolución de la pandemia en los distintos territorios por todas las autoridades interesadas, y posibilitará una mejor asignación de los recursos sanitarios y sociales. También permitirá una



- mejor planificación de actuaciones como la campaña especial de vacunación de la gripe prevista en el Plan de Alerta Temprana.
7. La detección de **un caso en un centro social residencial será indicativa de la aparición de un brote**, lo que implicará: la notificación a las autoridades sanitarias; el aislamiento del caso; la cuarentena de los contactos estrechos; y la búsqueda activa de casos. Esto implicará también la **realización de pruebas PCR a todas las personas que residen o trabajan en el centro**.
 8. Respecto a las medidas de aislamiento, las autoridades de las comunidades autónomas valorarán la posibilidad de **disponer de centros de drenaje, identificados previamente**, a los que trasladar los casos positivos por COVID-19 que cursen con sintomatología leve y especialmente cuando el aislamiento en el propio centro, no sea posible. En estos centros se garantizará el correcto seguimiento del estado de salud de las personas infectadas, evitando también ingresos innecesarios y reduciendo la carga asistencial en los centros hospitalarios.
 9. En caso de que la situación de riesgo así lo recomiende, **podrán restringirse las visitas no profesionales al centro o las salidas de este, o el ingreso, reingreso y traslado en aquellas residencias situadas en localidades que tengan alto riesgo de contagio**. En todo caso, esto habrá de hacerse **respetando siempre los derechos de las personas y asegurando una correcta información a residentes y familiares**. También deberá promoverse la sustitución de estas visitas por otras formas de contacto entre las familias y las personas residentes, como videoconferencias y otras alternativas.
 10. Las autoridades competentes deberán **garantizar la coordinación de los centros sociales residenciales con los recursos sanitarios del sistema de salud de la comunidad autónoma**, con el fin de **asegurar en todo momento a estas personas la atención sanitaria** a la que tienen derecho como ciudadanos (artículo 10 del Real Decreto-ley 21/2020).
 11. En el caso de contagio y siempre que sea necesario, **las autoridades sanitarias garantizarán el acceso a la atención hospitalaria a las personas que residen en estos centros en igualdad de condiciones al resto de la ciudadanía**, sin que puedan establecerse protocolos genéricos que supongan discriminación por motivos de edad o discapacidad. El acceso a los medios sanitarios hospitalarios debe decidirse facultativamente y en función de la situación individual de cada paciente y no por aplicación de criterios generales.
 12. Las direcciones de los centros arbitrarán las medidas necesarias para **garantizar una información correcta y accesible a las personas residentes y a sus familias** sobre la situación de la residencia y la evolución de los distintos escenarios adoptados en función del riesgo epidemiológico.
 13. Los centros deben garantizar que cuentan con **suficiente personal para atender adecuadamente a las personas que residen en estos centros**. En caso de que la evolución de la epidemia lo requiera, las autoridades podrán volver a adoptar las medidas necesarias para asegurar que no se producen situaciones de falta de personal que pongan en peligro la continuidad de las atenciones



14. Los trabajadores y las trabajadoras son esenciales para que estos planes se desarrollen adecuadamente y debe **garantizarse en todo momento su seguridad, su adecuada formación respecto a las medidas a aplicar y su conocimiento de los planes de contingencia**. Formación e información que se ofrecerán en formatos accesibles para las y los trabajadores con discapacidad.
15. Los centros garantizarán una atención conforme a **criterios éticos de derechos humanos**, respetando la **autonomía** y **voluntad** de las y los residentes. Y evitando cualquier tipo de práctica que atente contra su integridad y dignidad.
16. La **Secretaría de Estado de Derechos Sociales** y las **Consejerías responsables de los servicios sociales** de las comunidades autónomas **mantendrán reuniones periódicas** para asegurar el intercambio de información en torno a la situación de los centros residenciales y del resto de dispositivos del Catálogo de Referencia de Servicios Sociales, y coordinar en su caso la adopción de nuevas medidas. La frecuencia de estas reuniones se decidirá en función de la evolución del riesgo, y se invitará a participar a las autoridades sanitarias siempre que se considere necesario.



ANEXO II

Planes de contingencia (lista de verificación).

https://www.mscbs.gob.es/ssi/imsero/docs/lista_de_verificacion_de_los_planes_de_contingencia_de_los_centros_sociales_residenciales.pdf

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LOS PLANES DE CONTINGENCIA DE LOS CENTROS SOCIALES RESIDENCIALES

5 de agosto de 2020

De forma similar a las listas de verificación para hospitales y centros de atención primaria que se incluyen en el “Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19”, se propone una lista de contenidos básicos que deben desarrollar los planes de contingencia de los centros sociales residenciales. Estos planes son obligatorios, de acuerdo con el artículo 10 del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio.

ESTADO ACTUAL DEL CENTRO Y EVALUACIÓN INICIAL DE CAPACIDADES	
Descripción del centro, de su ocupación y de la situación de los residentes	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Se cuenta con un registro de la población del centro, con sus datos sociales y sanitarios actualizados, y del grado de ocupación de las instalaciones. <input type="checkbox"/> Se han identificado y evaluado los grupos más vulnerables del centro. Se han clasificado los residentes en función de los apoyos que precisan por criterios de salud con criterios científicos.
Capacidad para hacer frente a distintos escenarios	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Se han elaborado hipótesis sobre distintos escenarios de riesgo y se dispone de un mapa de vulnerabilidades y de capacidades de respuesta.
RECURSOS, EQUIPAMIENTOS E INSTALACIONES	
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Se tiene estimado el personal necesario ante distintos escenarios de riesgo. <input type="checkbox"/> Hay una distribución adecuada de las tareas que cada persona tiene que desempeñar en cada escenario y se ha previsto su capacidad de respuesta ante situaciones excepcionales. <input type="checkbox"/> Se ha formado al personal en el manejo del material, el uso de equipos de protección y las actuaciones necesarias en los distintos escenarios de riesgo. <input type="checkbox"/> Se han designado supervisores/as que aseguren las actuaciones adecuadas en cada situación. <input type="checkbox"/> Se hace seguimiento y se gestionan adecuadamente las bajas por enfermedad. <input type="checkbox"/> Se han planificado medidas para evitar el colapso por sobreesfuerzo entre trabajadoras y trabajadores.



	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> El personal dispone de algún recurso de atención psicológica ante el burn-out o para la gestión de situaciones traumáticas.
Material de protección y desinfección	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Se dispone de un inventario de los recursos necesarios (solución hidroalcohólica, EPIs, material de limpieza y desinfección, contenedores de material infeccioso).<input type="checkbox"/> Se ha establecido un procedimiento para supervisar el uso y actualizar periódicamente el inventario, teniendo en cuenta las necesidades adicionales previstas para los distintos escenarios.<input type="checkbox"/> Se ha previsto el tiempo de uso del material disponible, identificación de proveedores y estimación del tiempo de compra y suministro para su reposición.<input type="checkbox"/> Se ha asegurado una reserva eficiente de material.<input type="checkbox"/> Se han establecido las medidas de higiene sanitaria, de tratamiento de ropa y enseres, y los protocolos para la gestión de residuos COVID, para evitar el contagio.
Instalaciones y espacios para el aislamiento	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Se dispone de escenarios de sectorización del centro, dividiendo a residentes, personal y espacios en unidades de convivencia de menor dimensión.<input type="checkbox"/> Se tiene prevista la disponibilidad de espacios para garantizar el aislamiento de casos positivos (indicar %) o se cuenta con otros centros de drenaje donde sea posible trasladar a estas personas.<input type="checkbox"/> Se han anticipado los mecanismos jurídicos para respetar los derechos de las personas que se trasladen espacios diferentes o a ingresos hospitalarios, especialmente en los casos de personas con deterioros cognitivos o con medidas jurídicas y que requieran autorización de terceros.<input type="checkbox"/> Se dispone de un sistema inmediato de información a las familias para los casos de traslado.
Continuidad de los servicios	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Las actividades del centro que soportan necesidades básicas de las personas están aseguradas en los diferentes escenarios.<input type="checkbox"/> Se dispone de un plan de "continuidad de operaciones" para asegurar la atención adecuada del centro incluso ante la aparición de brotes.<input type="checkbox"/> Se han identificado los agentes y entidades externas al centro que deben intervenir en caso de tener que activar un plan de continuidad de operaciones.<input type="checkbox"/> Se dispone de un sistema de comunicación eficaz con los agentes externos implicados en los planes de continuidad de operaciones.



VIGILANCIA SANITARIA	
Diagnóstico y detección de casos	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Se realizan periódicamente pruebas de diagnóstico a residentes y personal.<input type="checkbox"/> Se dispone de un sistema de vigilancia, alerta precoz y respuesta rápida, incluyendo la comunicación obligatoria de los posibles casos de COVID-19 al sistema de salud.<input type="checkbox"/> Se han designado responsables del seguimiento de la realización de estas pruebas.<input type="checkbox"/> Se conoce la situación epidemiológica del territorio y hay capacidad de adaptación de decisiones en función de su evolución.
Asistencia sanitaria	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Se dispone de un protocolo de actuación para la coordinación con el sistema de salud correspondiente, asegurando la atención de los residentes.<input type="checkbox"/> Se ha designado a una persona del centro con capacidad para comunicar datos de la situación diaria, mantener el contacto con las autoridades y activar los protocolos sanitarios.
Entradas y salidas del centro	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Se comprueba el estado de salud de los nuevos ingresos.<input type="checkbox"/> Se cuenta con un plan sobre las decisiones a adoptar con relación a las visitas de familiares a residentes (incluyendo la posibilidad de utilizar medios alternativos, como videoconferencias) y salidas del centro en función de los diferentes escenarios.<input type="checkbox"/> Se cuenta con un sistema de registro de visitas que permite la monitorización inmediata de contactos.<input type="checkbox"/> Se cuenta con un protocolo de acceso de visitas al centro que incluye medidas básicas de higiene respiratoria, uso de mascarilla, higiene de manos, tiempos de contacto, etc.
Duelo, paliativos y fallecimientos	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Se ha contemplado la atención integral de las personas y familiares ante una situación de fallecimiento inminente y la necesidad de aplicar cuidados paliativos, asegurando el respeto a sus voluntades.<input type="checkbox"/> Se conocen las voluntades anticipadas.<input type="checkbox"/> Se contempla la posibilidad excepcional de acompañamiento por familiares en los últimos momentos con uso de medidas extremas de protección.<input type="checkbox"/> Se ha previsto la gestión de cadáveres en caso de COVID-19 confirmado o sospechoso.



GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN	
Interna (personal del centro y residentes)	<input type="checkbox"/> Las personas residentes y los trabajadores y trabajadoras son partícipes de la situación del centro en todo momento, y se ha asegurado la comprensión de todas las medidas para su correcta aplicación.
Externa (familiares)	<input type="checkbox"/> Se ha asegurado una adecuada comunicación del centro con las familias de las personas que residen en él, y de las familias con los residentes en caso de suspensión de visitas.
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	
Atención integral	<input type="checkbox"/> Se ha previsto en la planificación de la atención el mantenimiento máximo de la dignidad de la persona de acuerdo a sus decisiones y voluntades anticipadas.
Autonomía de la persona	<input type="checkbox"/> Se están considerando en las medidas de protección los enfoques éticos sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario.



ANEXO III

Medidas de coordinación sociosanitaria indicadas por las comunidades autónomas

INFORMACIÓN SOBRE LOS MECANISMOS DE COORDINACIÓN ADOPTADOS EN CADA TERRITORIO ENTRE LOS SERVICIOS SOCIALES Y EL SISTEMA SANITARIO PARA ASEGURAR LA ATENCIÓN MÉDICA EN LOS CENTROS SOCIALES RESIDENCIALES EN CASOS DE COVID-19

Una de las principales lecciones aprendidas durante los meses anteriores en todo el mundo es que los centros sociales residenciales son altamente vulnerables a los efectos de la infección por COVID-19⁷⁴, y que por lo tanto es necesario no solo extremar las medidas de prevención para evitar que el virus llegue a estos centros, sino también asegurar la atención médica de las personas que conviven en ellas, mediante una coordinación adecuada entre los servicios sociales y los sanitarios.

Esta necesaria coordinación ya se recoge, de hecho, en el artículo 11 de la Ley de Dependencia, que en su apartado c) señala la necesidad de establecer “procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención”.

El escenario de la pandemia por COVID-19, sin embargo, ha hecho que exista una fuerte demanda social para que todas las administraciones expliciten de forma transparente los mecanismos adoptados para hacer efectiva esta coordinación, asegurando que están preparados los dispositivos para garantizar esta atención sanitaria. El Consejo Territorial de Servicios Sociales y para la Autonomía y Atención a la Dependencia es el marco adecuado para que todas las administraciones compartan esta información y la den a conocer de forma conjunta y sistemática.

El “Marco común de aplicación a los centros residenciales del Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19” que se abordó en la reunión entre la Secretaría de Estado de Derechos Sociales y las Comunidades Autónomas del pasado 4 de agosto ya recogía este compromiso, puesto que los puntos 10 y 11 decían lo siguiente:

“10. Las autoridades competentes deberán garantizar la coordinación de los centros sociales residenciales con los recursos sanitarios del sistema de salud de la comunidad autónoma, con el fin de asegurar en todo momento a estas personas la atención sanitaria a la que tienen derecho como ciudadanos (artículo 10 del Real Decreto-ley 21/2020).

11. En el caso de contagio y siempre que sea necesario, las autoridades sanitarias garantizarán el acceso a la atención hospitalaria a las personas que residen en estos centros en igualdad de condiciones al resto de la ciudadanía, sin que puedan establecerse protocolos genéricos que supongan discriminación por motivos de edad o discapacidad. El acceso a los medios sanitarios hospitalarios debe decidirse facultativamente y en función de la situación individual de cada paciente y no por aplicación de criterios generales.”

Este nuevo documento viene a concretar en mayor medida esta información, señalando los mecanismos concretos adoptados por las autoridades competentes de cada territorio.

Madrid, 30 de agosto de 2020

NOTA: Desde la recogida de información es posible que se hayan modificado/incorporado nuevas actuaciones y estrategias en los diversos territorios

⁷⁴ Ver “Impact of COVID-19 on long-term care: what the evidence tells us”, OMS (2020): *Preventing and managing COVID-19 across long-term care services*, Policy Brief, 24 July, pp. 2-3.



INFORMACIÓN SOBRE LOS MECANISMOS DE COORDINACIÓN ADOPTADOS EN CADA TERRITORIO ENTRE LOS SERVICIOS SOCIALES Y EL SISTEMA SANITARIO PARA ASEGURAR LA ATENCIÓN MÉDICA EN LOS CENTROS SOCIALES RESIDENCIALES EN CASOS DE COVID-19

COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA: ANDALUCÍA	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
1. Evitar la existencia de casos positivos covid-19 y contagios en los centros residenciales, así como su adecuado aislamiento preventivo.	Asignación de un/a enfermero/a gestor de casos referente del centro de salud a los centros residenciales para mayores que corresponda según la ubicación del centro.
2. Garantizar la sectorización del centro.	
3. Garantizar que los nuevos ingresos residenciales y los trabajadores, de nueva alta o que regresen de vacaciones, tengan PCR con resultado negativo para covid-19.	
4. Asegurar una adecuada coordinación entre los centros sanitarios de atención primaria y los centros residenciales.	Adscripción de médico de familia de atención primaria para la supervisión de casos de personas residentes en centros residenciales.
5. Conocer las necesidades de equipos de protección de los centros residenciales.	Habilitación por parte de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de un formulario semanal a los centros residenciales para conocer las necesidades de equipos de protección y material sanitario y su posterior traslado a la Consejería de Salud y Familias.
6. Conocer los recursos profesionales con los que cuentan los centros residenciales para asegurar una adecuada atención y continuidad de la actividad del centro, con especial incidencia en la disponibilidad de profesionales sanitarios propios.	Habilitación por parte de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de un formulario semanal a los centros residenciales para conocer las bajas médicas del personal del centro y su posterior traslado a la Consejería de Salud y Familias, en caso de ser necesaria su intervención para la medicalización del centro, como a los Servicios de Inspección correspondientes.



COMUNIDAD AUTONOMA: ARAGON	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
1. Establecer protocolos específicos de identificación y comunicación de casos COVID desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al servicio público de salud (SPS).	<ul style="list-style-type: none"> * Diseño y puesta en marcha de aplicación informática, plataforma "SIRCovid", para unificar identificación, información, alerta, atención y tratamiento de los casos covid en todos los centros residenciales. * Información y formación a los responsables de los centros, para el manejo y actualización de la plataforma. * Coordinación de los equipos de atención de salud pública y de servicios sociales. * Unificación en un mismo soporte de los datos sociales y sanitarios, con disponibilidad y acceso desde los dos sistemas.
2. Establecer protocolos de atención específica de casos COVID por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> * Reuniones de coordinación entre Departamentos. * Puesta en marcha de 5 dispositivos especiales para atender casos Covid procedentes de centros residenciales y hospitalarios. (dos en provincia de Teruel, dos en Zaragoza y uno en provincia de Huesca). * Funcionamiento de un equipo de coordinación de derivaciones integrado por personal de Servicios Sociales y Salud Pública para la gestión de los traslados a los dispositivos COVID. * Elaboración e implementación de protocolos de derivación a dispositivos especiales Covid desde centros residenciales y centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma. * Creación de un dispositivo para personas Covid negativo, que por motivos sociales, tras alta hospitalaria, no podían retornar al domicilio (particular o centro residencial). * Intervención del Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales, en coordinación con el Departamento de Sanidad, en centros que se quedaban sin personal, siendo imposible por parte de las entidades titulares asumir la dirección y atención de los residentes. * Información, orientación y seguimiento de planes de contingencia. * Información, orientación y seguimiento de la sectorización de los centros. * Elaboración de normativa conjunta. * Elaboración de medidas específicas para elaborar planes de contingencia de los centros. * Integración de personal técnico en equipos multiprofesionales de ambos Departamentos para formar, orientar y supervisar las medidas de prevención puestas en práctica en los centros residenciales.



3. Establecer protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.	* No se ha definido ningún protocolo específico ya que todos los casos que clínicamente han precisado atención hospitalaria han seguido el protocolo ordinario establecido por el sistema de Salud.
4. Supervisar la aplicación de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.	* Reuniones de coordinación entre Departamentos. * Elaboración de normativa conjunta. * Integración de personal técnico en equipo multiprofesional para formar, orientar y supervisar las medidas de prevención puestas en práctica en los centros.
5. Asegurar que se cuenta con los recursos sanitarios y sociales necesarios para atender a las personas dependientes, y especialmente a las que viven en centros sociales residenciales.	* Contacto y seguimiento de los centros para valorar las necesidades de recursos materiales y personales existentes. * Seguimiento de los nuevos ingresos de todos los centros residenciales de la Comunidad Autónoma. * Control mediante la recepción de Declaraciones Responsables del cumplimiento de las condiciones para nuevos ingresos. * Envíos periódicos de material de protección (EPIS) existentes en el Departamento. * Gestión de bolsa de trabajo para facilitar la contratación de personal a los directores de los centros. * Contacto con entidades y asociaciones que disponen de bolsa propia de demandantes de empleo, para facilitar la contratación de personal a los centros.
6. Otros (especificar).	



COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA: ASTURIAS	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
<p>1. Establecer protocolos específicos de identificación y comunicación de casos COVID desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al servicio público de salud (SPS).</p>	<p>La Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Gobierno del Principado de Asturias en el marco de actuación del Plan de Coordinación Sociosanitaria del Principado de Asturias, desde el 16 de marzo estableció el Sistema de Vigilancia y Alerta Temprana COVID19 en Centros Residenciales de Servicios Sociales (SisVAT-COVID19) se ha diseñado para facilitar la toma de decisiones ágil y el establecimiento de medidas oportunas de acuerdo con las directrices de Salud Pública en función del estado de situación de los centros frente a la pandemia, mediante la recopilación y el análisis de un conjunto amplio de indicadores diseñados para monitorizar la situación de residentes y profesionales. (ver documento: SisVAT-COVID19.docx)</p> <p>En base a la encomienda por parte de la Consejería de Salud basada en la Resolución de fecha 26 de marzo, sobre Medidas complementarias en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, la Dirección Gerencia del SESPA establece la figura del coordinador asistencial para dirigir y coordinar la actividad asistencial de los centros residenciales, establecidos por la Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias.</p> <p>Los equipos gestores de casos, liderados en las diferentes áreas por las direcciones de atención sanitaria y salud pública, seguirán coordinando los procedimientos de actuación, en colaboración con los servicios centrales del Sespa y el sistema de vigilancia epidemiológica, con el fin de tomar las decisiones más oportunas en cada momento.</p> <p>La Resolución de 19 de junio de 2020, de la Consejería de Salud, por la que se establecen medidas urgentes de prevención, contención y coordinación necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 tras la expiración de la vigencia del estado de alarma, determina que cada centro residencial designará un/a responsable asistencial, que contará con un perfil competencial de dirección, evaluación y prestación de los cuidados orientados a la promoción y mantenimiento de la salud. Su función está definida, pero estará relacionada con la implementación de los procedimientos, la coordinación con el Servicio de Salud, desarrollo de la cultura de seguridad y de práctica basada en la evidencia, monitorización y evaluación para la mejora continua.</p>



Además, se mantiene en permanente actualización en función de la situación epidemiológica de la región los siguientes documentos:

- Procedimiento de actuación frente al COVID-19 en Residencias de Personas Mayores y Centros Sociosanitarios (20/08/2020) [Acceso al procedimiento. Actualizado a 06/11/2020](#)
- Resolución de 18 de agosto de 2020, de la Consejería de Salud, de cuarta modificación de las medidas urgentes de prevención, contención y coordinación necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. (Suplemento al núm. 160 de 18-08-2020) [Acceso resolución.](#)
- Resolución de 29 de julio de 2020, de la Consejería de Salud, de tercera modificación de las medidas urgentes de prevención, contención y coordinación necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (Suplemento AL núm. 135 de 14-07-2020) [Acceso a resolución de 29 de julio.](#)
- Resolución de 14 de julio de 2020, de la Consejería de Salud, por la que se adoptan medidas urgentes de prevención, contención y coordinación necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (Suplemento AL núm. 135 de 14-07-2020).
- Se modifican las medidas urgentes de prevención, contención y coordinación necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19, aprobadas por la Resolución del Consejero de Salud de 19 de junio de 2020, en el sentido recogido en el anexo de esta Resolución. [Acceso a la resolución 14 de julio 2020](#)
- Resolución de 19 de junio de 2020, de la Consejería de Salud, por la que se establecen medidas urgentes de prevención, contención y coordinación necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 tras la expiración de la vigencia del estado de alarma (Suplemento al BOPA núm. 118 de 19-06-2020). Anexo: Medidas urgentes de prevención, contención y coordinación necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 tras la expiración de la vigencia del estado de alarma. **Capítulo VI. Medidas relativas a servicios sociales.** [Acceso a la resolución 19 de junio de 2020.](#)
- Se establecerá por parte de cada centro residencial un plan de contingencia, que será un documento vivo a través del cual se articularán las líneas de actuación en contexto de epidemia. En la última actualización se introducen actuaciones nuevas en relación al fortalecimiento de las esferas cognitiva, emocional y física.



<p>2. Establecer protocolos de atención específica de casos COVID por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).</p>	<p>Se han elaborado documentos para el ámbito sociosanitarios y recursos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Procedimiento de actuación frente al COVID-19 en Asturias en residencias de mayores y centros sociosanitarios (20/08/2020) Actualizado a 06/11/2020</u>• <u>Procedimiento de actuación en Asturias frente al COVID-19 en Asturias en residencias de mayores y centros sociosanitarios (25/03/2020)</u>• <u>Protocolo sociosanitario para la atención a las personas vulnerables casos posibles, probables y confirmados de COVID-19 a seguimiento por Atención Primaria (17/04/2020)</u>• <u>Recomendaciones para Centros Sanitarios ante posibles casos de Violencia de Género durante el estado de alarma (24/03/2020)</u>• <u>Plan de Contingencias para Centros de Asistencia a Drogodependientes frente a COVID-19 (16/03/2020)</u>• <u>Plan de Desescalada para Centros No Residenciales de Atención a Adicciones del Principado de Asturias (26/05/2020)</u>• <u>Protocolo Nueva Normalidad para los Centros Residenciales de Atención a Adicciones y Centros de Reducción de Daños (29/06/2020)</u>
<p>3. Establecer protocolos de derivación de personas que viven en un centro de mayores, y beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.</p>	<p>Se ha establecido un centro para personas que por cualquier motivo no puedan realizar el aislamiento domiciliario en caso de contacto estrecho o caso confirmado con sintomatología leve.</p> <p>La derivación se realiza en función del protocolo: Niveles de Atención y Criterios Clínicos de Clasificación de Pacientes. Circuito específico para centros sociosanitarios (10/06/2020). Documento vinculado al Procedimiento de atención sanitaria a posibles casos y confirmados SARS-COVID-2 (COVID-19) en residencias de personas mayores y centros sociosanitarios (23/03/2020).</p>



<p>4. Supervisar la aplicación de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.</p>	<p>La crisis sanitaria motivada por la COVID-19 y el impacto que ésta ha tenido, especialmente en los centros residenciales para personas dependientes, así como en el resto de centros y servicios sociales, exigen una labor extra de control y seguimiento de los mismos por parte del Servicio de Inspección y Acreditación de Centros, que conlleva a la necesidad de fijar un plan de choque urgente para la inspección de la totalidad de los centros residenciales para personas en situación de dependencia.</p> <p>El presente Plan consolida la labor de coordinación con el servicio de inspección de la Consejería de Salud, reforzada durante el período del estado de alarma sanitaria, ya que resulta esencial para garantizar la calidad asistencial de las personas residentes y usuarios de los centros sociosanitarios, máxime teniendo en cuenta su labor a los efectos del control de lo dispuesto en la Resolución de 19 de junio de 2020, de la Consejería de Salud, por la que se establecen medidas urgentes de prevención, contención y coordinación necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 tras la expiración de la vigencia del estado de alarma.</p> <ul style="list-style-type: none">• Garantizar los derechos de las personas usuarias de los centros de atención social.• En aras a mantener la legalidad vigente, la detección de situaciones de funcionamiento irregular de centros, así como vigilar su situación para que se adapten a las condiciones materiales y organizativo-funcionales en los términos establecidos en el citado Decreto 43/2011, de 17 de mayo y disposiciones concordantes.• Para la formación y consolidación de la red de centros del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en el territorio del Principado de Asturias y la promoción de unos servicios sociales de calidad, la acreditación, de aquellos centros que, habiéndolo solicitado, cumplan los requisitos establecidos de acuerdo con el procedimiento reglamentariamente fijado.• Comprobar y asesorar en el efectivo y correcto cumplimiento de las condiciones establecidas en requerimientos o en las resoluciones de procedimientos de autorización o acreditación de centros, así como en todas aquellas derivadas de la Resolución de 19 de junio de 2020, de la Consejería de Salud, por la que se establecen medidas urgentes de prevención, contención y coordinación necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 tras la expiración de la vigencia del estado de alarma, siempre que tengan incidencia en el cumplimiento de la normativa en materia de servicios sociales. Asesoramiento en el cumplimiento de las medidas recogidas en la Resolución de 19 de junio de 2020, de la Consejería de Salud, por la que se establecen medidas urgentes de prevención, contención y coordinación necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 tras la expiración de la vigencia del estado de alarma, siempre que tengan incidencia en el cumplimiento de la normativa en materia de servicios sociales
--	--



<p>5. Asegurar que se cuenta con los recursos sanitarios y sociales necesarios para atender a las personas dependientes, y especialmente a las que viven en centros sociales residenciales.</p>	<p>Actualmente Asturias cuenta con dispositivos orientados a dar respuesta a personas que por sus características individuales no pueden realizar el aislamiento domiciliario o la hospitalización:</p> <ul style="list-style-type: none">• Se ha habilitado el CREDINE (IMSERSO) –ampliado a 78 camas- para la hospitalización de casos con sintomatología leve y vigilancia clínica de contactos estrechos a personas con dependencia de centros residenciales. <p>Estos espacios se irán habilitando en función de la situación epidemiológica de la región.</p> <p>La Consejería de Salud ha habilitado el Centro Residencial Juvenil Ramón Menéndez Pidal, de Oviedo, como nuevo recurso ante la COVID-19. Este equipamiento acogerá a personas con sospecha o confirmación de la enfermedad que por su sintomatología y estado no necesiten ingreso hospitalario y tampoco puedan aislarse en sus propios domicilios durante el período recomendable.</p> <p>Este centro dispone de 58 habitaciones individuales repartidas en tres plantas. Podrán hacer uso de sus plazas aquellas personas con un cuadro clínico leve o asintomático que, por sus circunstancias particulares, no puedan aislarse en sus hogares.</p> <p>La residencia también permitirá acoger a casos positivos o contactos estrechos de paso por Asturias --turistas, deportistas no residentes en la comunidad, personas en tránsito o viajeros identificados en aeropuertos, entre otros--, así como a quienes no dispongan de domicilio fijo.</p> <p>Tal como establecen los protocolos, las personas alojadas en este dispositivo permanecerán confinadas en sus respectivas habitaciones hasta que su situación clínica les permita retomar su rutina. Además, el acceso a una de estas plazas será una decisión consensuada entre el Servicio de Vigilancia Epidemiológica y el Sespa.</p> <p>La primera planta se destinará a contactos estrechos de casos confirmados; el segundo piso se mantendrá como reserva, para su uso en función de la evolución epidemiológica y de las necesidades que se detecten; y la tercera planta acogerá a casos confirmados de COVID-19.</p> <p>También existen recursos disponibles para garantizar la atención menor cuyos progenitores y tutores son hospitalizados simultáneamente y no cuentan con más apoyo familiar para su cuidado, y de personas sin hogar.</p>
---	--



<p>6. Otros (especificar).</p>	<p>En el portal Social Asturias en la sección https://www.socialasturias.es/coronavirus además de los protocolos señalados, se encuentran publicados:</p> <p>Instrucciones comunes de limpieza, cocina y transporte y relativas al uso y mantenimiento de los equipos de protección individual/gestión de residuos</p> <p>Documentación técnica para profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medidas de prevención y actuación para la atención en los jardines de infancia de servicios sociales (24/7/2020)• Protocolo para la realización de visitas familiares en los Centros de Acogimiento Residencial de Menores (28/05/2020)• Medidas de prevención y actuación por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2(COVID-19) para la atención en Centros de Atención Integral Diurna para menores y Centros de Día (28/05/2020)• Medidas de prevención y actuación por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2(COVID-19) para la atención en Puntos de Encuentro Familiar del Principado de Asturias (18/05/2020)• Conjunto de medidas de carácter general y específico dirigidas a garantizar que la actividad desarrollada en Puntos de Encuentro Familiar del Principado de Asturias (PEF) se realice en condiciones de seguridad y protección, tanto para las personas usuarias (menores y familias) como para los y las profesionales de dichos recursos.• Recomendaciones para la reincorporación de personas usuarias en centros de día de personas mayores y/o con dependencia (22/7/2020)• Recomendaciones para las familias de personas usuarias de servicios de atención diurna para personas mayores y personas con discapacidad (22/7/2020)• Recomendaciones para la reincorporación de personas usuarias en centros de apoyo a la integración (22/7/2020)• Medidas de prevención y actuación en centros de atención diurna para personas mayores y personas con discapacidad (22/7/2020)• Medidas de prevención y actuación para la atención en centros sociales de personas mayores ante la alerta sanitaria por COVID-19 (20/7/2020)• Consentimiento informado para la reincorporación a los servicios de atención diurna para personas mayores y con discapacidad (15/07/2020)• Medidas de prevención y actuación en el Servicio de Ayuda a Domicilio ante la alerta sanitaria por COVID-19 (09/07/2020)
--------------------------------	--



- Medidas de prevención y actuación por el nuevo coronavirus SARS-Cov-2 (COVID-19) para la valoración de dependencia (30/06/2020)
- Instrucciones para la realización de salidas y paseos de personas usuarias de centros residenciales para personas mayores, personas con discapacidad y viviendas tuteladas del Principado de Asturias (29/06/2020)
- Instrucciones para la realización de visitas a viviendas tuteladas, centros residenciales de personas con discapacidad y centros residenciales de personas mayores del Principado de Asturias (26/06/2020)
- Protocolo para el ingreso de nuevas personas usuarias en centros residenciales y viviendas tuteladas para personas mayores y personas con discapacidad del Principado de Asturias (26/06/2020)
- Modelo de plan de contingencia de centro de día (23/06/2020)
- Modelo de plan de contingencia de centro de apoyo a la integración (23/06/2020)
- Medidas de prevención y actuación para la atención en Unidades de Atención Infantil Temprana de Servicios Sociales (04/06/2020)
- Recomendaciones para las familias y/o tutores de menores usuarios de las Unidades de Atención Infantil Temprana de Servicios Sociales
- Medidas de prevención y actuación por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2(COVID-19) para la intervención domiciliaria y en el entorno de los programas de apoyo en el entorno (25/05/2020)
- Confinamiento y acompañamiento en el proceso de final de la vida. Centros Residenciales de Personas Mayores y Centros de Atención Social (23/04/2020)(en proceso de actualización)



COMUNIDAD AUTONOMA: CANARIAS	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
1. Establecer protocolos específicos de identificación y comunicación de casos COVID desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al servicio público de salud (SPS).	<p>Elaboración de planilla informativa (24.03.2020) y creación de una base de datos, por parte del Servicio de Inspección y Registro de Centros (Viceconsejería de Derechos Sociales), para el seguimiento de la situación epidemiológica de todos los centros de carácter residencial de atención a personas mayores, personas con discapacidad y personas con trastorno mental grave.</p> <p>La planilla y la frecuencia de la remisión se ha modificado en función de la situación epidemiológica del momento, inicialmente de lunes a domingo, reduciéndose la frecuencia a partir del 6 de abril de 2020.</p> <p>Elaboración de Informes diarios o semanales sobre la situación epidemiológica de todos los centros de atención residencial de personas mayores, personas con discapacidad y personas con trastorno mental grave, del ámbito de Servicios Sociales, a partir de la base de datos que se alimenta de la información de las planillas recibidas.</p> <p>Remisión semanal de los informes a Fiscalía.</p> <p>Revisión entre la Viceconsejería de Derechos Sociales y la Dirección General de Salud Pública de información sobre casos COVID y fallecimientos, a los efectos de su verificación para su posterior remisión al Ministerio.</p> <p>Remisión periódica de la base de datos al órgano de la Consejería designado para el suministro de material a los centros.</p> <p>Remisión periódica de la base de datos a la DG de Salud Pública para coordinación de actuaciones, entre otras los cribados (PCR y test serológicos) a residentes y trabajadores de los centros.</p> <p>Remisión periódica de la base de datos a la Policía Autonómica para coordinar las actuaciones que ellos realizaban en el ámbito de los Centros.</p> <p>Comunicación a la UME de solicitudes por parte de los centros para su desinfección.</p> <p>“Guía de apoyo para la aplicación del documento técnico del Ministerio para residencias de mayores y centros sociosanitarios. Protocolo de diagnóstico y tratamiento para el COVID-19. Criterios de derivación”. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud.</p>



<p>2. Establecer protocolos de atención específica de casos COVID por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).</p>	<p>Resolución del Director General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud sobre seguimiento a realizar por parte de los centros de salud en los centros residenciales y centros sociosanitarios de su zona básica, con el objeto de continuar con las medidas preventivas del covid-19 en los mencionados centros y la búsqueda activa de casos. (8 de abril de 2020 modificada el 14 de abril de 2020).</p> <p>Protocolo de actuación en los centros residenciales de mayores de la comunidad autónoma de canarias para la reducción del riesgo de exposición al sars-cov-2 mediante la determinación de PCR y anticuerpos en residentes y trabajadores. DG Salud Pública. SCS. 14 de abril de 2020.</p> <p>Documento de "Medidas que los centros residenciales y sociosanitarios deben cumplir de forma estricta y en las cuales debemos hacer especial incidencia", elaborado por la D.G. de Salud Pública. SCS.</p> <p>Normas para el acceso del personal a los centros de mayores. DG Salud Pública. SCS.</p> <p>ORDEN conjunta de 29 de mayo de 2020, por la que se establecen medidas para los centros y demás establecimientos residenciales de personas mayores y con discapacidad durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la pandemia derivada de la COVID-19 y sus consecuencias en la Comunidad Autónoma de Canarias. Consejería de Sanidad y Consejería de Derechos Sociales. Regula entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">- Aprobación de protocolos específicos de protección de cada centro o establecimiento residencial.- Visitas de familiares a personas residentes.- Paseos y desplazamientos- Retorno de residentes con derecho a reserva de plaza y nuevos ingresos.- Colaboración y seguimiento de los Centros de Salud de Atención Primaria, conforme a las medidas indicadas en los documentos emitidos al respecto por la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud: "Guía de Apoyo para Residencias de mayores y Centros Sociosanitarios" y Resolución de 14 de abril de 2020 del Director General de Salud Pública, sobre el seguimiento a realizar por parte de los Centros de Salud, en los Centros Residenciales y Centros Socio Sanitarios). <p>La Orden contiene un modelo de Declaración responsable para los familiares que realicen visitas a residentes. Y una Encuesta epidemiológica para autocompletar por las personas visitantes.</p> <p>ORDEN conjunta de 27 de julio por la que se modifica la Orden de 29 de mayo de 2020. Consejería de Sanidad y Consejería de Derechos Sociales.</p> <p>Recoge aspectos específicos según el tipo de usuario y tipo de centro de atención residencial y regula las salidas de los residentes.</p>
---	--



	<p>La Orden contiene un modelo de Declaración responsable para la salida de residentes acompañados de un familiar.</p> <p>Elaboración por parte de la Viceconsejería de Derechos Sociales y la DG de Salud Pública del documento "Guía de actuación para los centros de atención en régimen diurno a personas mayores y personas con discapacidad" sobre medidas a llevar a cabo para la apertura de los centros de estancia diurna decretada en la Orden SND/399/2020, de 9 de mayo. Contempla, entre otros aspectos, la elaboración del Plan de Contingencia. Dicha Guía se actualizó el 15 de julio de 2020.</p> <p>Este documento fue remitido a todos los Centros de Día de atención a personas mayores, personas con discapacidad y personas con trastorno mental grave.</p>
3. Establecer protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.	<p>Guía de apoyo para la aplicación del documento técnico del Ministerio para residencias de mayores y centros sociosanitarios. Protocolo de diagnóstico y tratamiento para el COVID-19. Criterios de derivación. DG de Salud Pública. SCS</p>
4. Supervisar la aplicación de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.	<p>Visitas de la Inspección de Salud Pública a las residencias para verificar la aplicación de los protocolos.</p> <p>Realización por parte del Servicio Canario de la Salud de acciones formativas a los trabajadores de las residencias, sobre lavado de manos y uso correcto de E Pis.</p> <p>Se han elaborado, actualizado y difundido los diferentes documentos que se indican en los apartados previos, para facilitar la comunicación de los casos y para el cumplimiento de todas las normas.</p>
5. Asegurar que se cuenta con los recursos sanitarios y sociales necesarios para atender a las personas dependientes, y especialmente a las que viven en centros sociales residenciales.	<p>En la planilla de información remitida a los centros se incluyen apartados relativos al personal sanitario, a los elementos de protección de que disponen y a la elaboración de los Planes de contingencia de los centros, entre otros aspectos.</p> <p>Suministro de material de protección a los centros en base a la información recabada.</p>
6. Otros (especificar).	



COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA: CANTABRIA	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
1. Establecer protocolos específicos de identificación y comunicación de casos COVID desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al servicio público de salud (SPS).	Existe protocolo Coordinador covid de cada centro residencial, ante cualquier sospecha de cambio del estado de salud, se establece aislamiento del residente afectado, comunica a servicio de salud y pide PCR. El residente permanece en aislamiento en su centro hasta que se confirme el pcr. Si está sintomático se atiende desde atención primaria y decide si es necesario cuidados hospitalarios su derivación De igual forma comunica los casos de trabajadores que se aíslan en su domicilio
2. Establecer protocolos de atención específica de casos COVID por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).	El SCS realiza los PCR, rastrea los contactos, planifica los barridos periódicos de centros residenciales con PCR y siempre que hay un caso en una residencia se asegura.
3. Establecer protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.	A cargo del scs. desde atención primaria , 68derivación de cualquier residente que precise cuidados hospitalarios



4. Supervisar la aplicación de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.	Existencia de un grupo de trabajo constituido por. Derivación de salud pública, de dg de derivación sociales, de icass y representantes de patronal de residencias de mayores y discapacidad
5. Asegurar que se cuenta con los recursos sanitarios y sociales necesarios para atender a las personas dependientes, y especialmente a las que viven en centros sociales residenciales.	Atención sanitaria asegurada por servicio cántabro de salud, con residentes integrados en los cupos de los profesionales de AP concertado con ICAAS tenemos un centro residencial covid, específico para residentes positivos de cualquier residencia que no precisen derivación hospitalaria
6. Otros (especificar).	Todas las residencias en su plan de contingencia, disponen de una capacidad de aislamiento al menos del 10% de sus plazas y stock de EPIS en cantidad suficiente para un mes



COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA: CASTILLA Y LEÓN	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
<p>1. Establecer protocolos específicos de identificación y comunicación de casos COVID desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al servicio público de salud (SPS).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de actuaciones en las residencias y centros de día públicos y privados de personas mayores y de personas con discapacidad de Castilla y León. 19 de agosto 2020. Disponible en : https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/informacion-covid19-sobre-residencias.html • Se ha creado un SISTEMA DE INFORMACIÓN ESPECÍFICO, que entró en funcionamiento el 24 de marzo de 2020, a través del cual. Todos los centros residenciales informan diariamente sobre residentes, hospitalizados, personas con síntomas, personas contagiadas y curadas, aislamientos, información sobre pruebas diagnósticas, fallecimientos, etc. A partir de la experiencia acumulada se está implantando actualmente una aplicación más potente que incluya todo lo anterior y, además, información nominal de todos los trabajadores y residentes. La información recabada estará a disposición de los técnicos del SPS y de SS de forma permanente, sobre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pruebas diagnósticas y resultados ✓ Bajas laborales, sustituciones y dificultades para contratar. ✓ Disponibilidad de EPIS ✓ Quejas y reclamaciones de los usuarios y respuesta de los centros. • Procedimiento de diagnóstico, vigilancia y control de casos y contactos de covid-19 (fase normalidad) en residencias de mayores y centros sociales. Última versión 6 de Julio 2020. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/residencias-mayores <p>PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA PROTECCIÓN DE FAMILIAS VULNERABLES en el ámbito de las CC.LL. https://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1246991411473/Texto%20Generico/1284961235233/Texto</p>
<p>2. Establecer protocolos de atención específica de casos COVID por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de actuaciones en las residencias y centros de día públicos y privados de personas mayores y de personas con discapacidad de Castilla y León. 19 de agosto 2020. Disponible en : https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/informacion-covid19-sobre-residencias.html • Atención a pacientes institucionalizados y vulnerables en domicilio en estado de pandemia covid-19 y ayuda a la toma de decisiones. Última versión 16 de junio 2020. (Actualmente en revisión). Disponible en:



	<p>https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/actuacion-atencion-primaria</p> <ul style="list-style-type: none">• Protocolo de tratamiento farmacológico para pacientes covid-19 en Atención Primaria. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/actuacion-atencion-primaria• Procedimiento para realizar un nuevo cribado de la infección por SARS-COV-2 en residencias de personas mayores y otros centros sociosanitarios. 30 de julio 2020.• Protocolo de actuación ante situaciones específicas de gravedad, últimos días y fallecimiento en la crisis covid-19. 2 de abril de 2020. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/actuacion-atencion-primaria
3. Establecer protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.	<ul style="list-style-type: none">• Guía de actuaciones en las residencias y centros de día públicos y privados de personas mayores y de personas con discapacidad de Castilla y León. 19 de agosto 2020. Disponible en : https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/informacion-covid19-sobre-residencias.html• Procedimiento de atención sanitaria en centros residenciales en situación de covid-19. 28 de agosto de 2020.• Atención a pacientes institucionalizados y vulnerables en domicilio en estado de pandemia covid-19 y ayuda a la toma de decisiones. Última versión 16 de junio 2020. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/actuacion-atencion-primaria• Guía de atención en residencias sociosanitarias en la fase de transición de la pandemia de Covid 19. 16 de junio de 2020.• Procedimiento para la reubicación temporal de las personas dependientes que ingresan en el hospital con infección por Covid -19: Hospital San Luis Palencia(a nivel regional)
4. Supervisar la aplicación de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.	<ul style="list-style-type: none">• COORDINACIÓN ENTRE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD Y DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES: CREACION DE LA FIGURA DEL <i>PROFESIONAL DE ENLACE</i> en los centros Y DE LOS <i>EQUIPOS COVID</i> PARA VIGILAR POSIBLES NUVOS BROTES:



	<ul style="list-style-type: none">✓ Cada centro residencial deberá elaborar un plan de contingencias que deberán conocer los “responsables de residencia de los equipos de Atención Primaria “que son los interlocutores con “el profesional de enlace de los centros residenciales” y el sistema de salud. Esos planes estarán en el SAUSS (sistema de registro de servicios sociales) de servicios sociales y a ellos se tendrán acceso desde cada una de las gerencias de Atención Primaria.✓ En cada gerencia de Atención Primaria existirá el responsable coordinación sociosanitaria, que actuará como interlocutor con la persona responsable en la Gerencia Territorial de Servicios Sociales y será el responsable de adaptar las medidas precisas a la situación concreta del Área para garantizar la atención sanitaria y coordinará las actuaciones en caso de que surjan brotes.✓ Estos dos responsables de coordinación tanto del sistema de salud como de servicios sociales analizarán la situación diaria de las residencias que tienen que enviar diariamente la información de su situación a través del sistema de registro SAUSS.
<p>5. Asegurar que se cuenta con los recursos sanitarios y sociales necesarios para atender a las personas dependientes, y especialmente a las que viven en centros sociales residenciales.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Aprobación del Decreto-Ley 5/2020, de 18 de junio, por el que se regulan las medidas extraordinarias que deben adoptarse en la atención social en los centros residenciales de personas mayores y personas con discapacidad en castilla y León, para garantizar la protección de usuarios y profesionales ante situaciones excepcionales de salud pública declaradas oficialmente.• Obligatoriedad de PLANES DE CONTINGENCIA DE LOS CENTROS de atención social de carácter residencial: https://serviciossociales.icvl.es/web/es/informacion-covid19-sobre-residencias.html<ul style="list-style-type: none">• El sistema de información creado proporciona los datos necesarios para evaluar la situación de cada centro y detectar de forma precoz las situaciones en las que pueda llegar a darse una falta de atención adecuada. <p>Otros recursos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Equipos de Atención Primaria que trabajan de forma conjunta y coordinada con el personal sanitario de las residencias.• Atención en Hospitales de agudos: con camas en las plantas de hospitalización y en cuidados críticos si así se requiere.• Equipos Covid Residencia. Son equipos multidisciplinares que están formados por médicos y enfermeras de Atención Primaria, Medicina Interna, UCAS, servicio de urgencias hospitalización a domicilio,



	<p>cuidados paliativos... Estos equipos apoyan a los Equipos de Atención Primaria. Actualmente no están en activo pero según la situación epidemiológica lo requiera se podrán de nuevo en funcionamiento.</p> <ul style="list-style-type: none">• Recursos intermedios de transición "Arca de Noé" para el cuidado sanitario de personas dependientes y estables que aún son positivos en la Covid 19 y no pueden volver a la residencia.• Se van a habilitar camas en Centros de Cuidados Hospitalarios intermedios con atención sanitaria las 24h y posibilidad de oxigenoterapia a concentraciones elevadas con toma a pared. En estos centros se cubrirían todas las necesidades sanitarias de los pacientes dependientes excepto los cuidados intensivos para los que, en caso de ser susceptibles de necesitarlos, serían derivados a los hospitales de agudos de referencia.
6. Otros (especificar).	<ul style="list-style-type: none">• ESTABLECER UN SISTEMA DE GARANTIA DE DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS DE PROTECCION (EPIS): CONVOCATORIA DE AYUDAS PARA ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO. (BOCyL de 28 de Agosto 2020)• Se está tramitando un contrato específico de oxigenoterapia para pacientes con patología respiratoria aguda y subaguda en centros residenciales y centros sociosanitarios públicos y privados en el contexto de la evolución epidemiológica de la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-COV-2



COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA: CASTILLA – LA MANCHA	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
1. Establecer protocolos específicos de identificación y comunicación de casos COVID desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al servicio público de salud (SPS).	<p>Puesta en marcha de la Plataforma SUSTENTA desde mediados del mes de mayo, para la comunicación y recogida de información de todos los Centros Residenciales de Castilla La Mancha</p> <p>Decreto 24/2020, de 19 de junio, sobre medidas de prevención necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 una vez superada la fase III del Plan para la transición hacia una nueva normalidad: Capítulo VIII Medidas en el ámbito de los servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales → Artículo 38. Obligación de información sobre casos de COVID-19.</p>
2. Establecer protocolos de atención específica de casos COVID por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas de atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).	Se ha constituido un Grupo de trabajo Sanidad-Bienestar Social para la redacción de un Plan de Respuesta Temprana de control de la pandemia por Covid-19 en Centros Residenciales Sociosanitarios, que va a contener todos los protocolos de actuación en materia de coordinación Sociosanitaria necesarios en los centros residenciales. Este documento está muy avanzado y estará finalizado previsiblemente para finales de agosto
3. Establecer protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.	<p>Plan de Respuesta Temprana</p> <p>Protocolo del Servicio de Salud y la Consejería de Bienestar Social para la gestión del alta hospitalaria en aquellos pacientes que, por motivos de la crisis sanitaria, precisan de un recurso sociosanitario.</p> <p>Resolución de 05/08/2020, de la Consejería de Sanidad, por la que se modifica la Resolución de 26/06/2020, por la que se establecen los requisitos para las salidas permitidas en centros sociales y sociosanitarios de carácter residencial, una vez superada la fase III del Plan para la transición hacia una nueva normalidad, con el fin de adaptarlas a la evolución de la crisis sanitaria del SARS-CoV-2 en Castilla-La Mancha.</p> <p>Resolución de 18/06/2020, de la Consejería de Sanidad, por la que se modifica la Resolución de 27/05/2020, por la que se establecen los requisitos para el retorno de personas usuarias con derecho a reserva de plaza a los centros de servicios sociales especializados de carácter residencial por razones de urgencia social.</p>
4. Supervisar la aplicación de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria	Plan de Respuesta Temprana



<p>para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.</p>	<p>Equipo de Coordinadores Sociosanitarios y de Coordinadores de las Gerencias de Areas Sanitarias. Servicios de inspección y especializados de las Consejerías de Sanidad y de Bienestar Social.</p>
<p>5. Asegurar que se cuenta con los recursos sanitarios y sociales necesarios para atender a las personas dependientes, y especialmente a las que viven en centros sociales residenciales.</p>	<p>Plan de Respuesta Temprana Planes de Contingencias en todos los recursos sociosanitarios Decreto 45/2020, de 3 de agosto, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a centros residenciales como consecuencia de la COVID-19 para la atención y cuidado de las personas mayores durante 2020. Proyecto de Ley de Reserva Estratégica de material Decreto 24/2020, de 19 de junio, sobre medidas de prevención necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 una vez superada la fase III del Plan para la transición hacia una nueva normalidad.</p>
<p>6. Otros (especificar).</p>	



COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA: CATALUNYA	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
1. Establecer protocolos específicos de identificación y comunicación de casos COVID desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al servicio público de salud (SPS).	Se han establecido protocolos específicos para el conjunto de territorio Maneig a les residències de casos en investigació, probables o confirmats de la COVID-19 Informació sobre les actuacions prev entives en referència al nou coronavirus SARS-CoV-2 en l'àmbit de la residència (19 de març) Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 a les residències (5 abril) Además cada residencia tiene el circuito específico de identificación i comunicació identificado en su propia plan de contingencia
2. Establecer protocolos de atención específica de casos COVID por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).	Protocolos establecidos y actualizados: <u>Pla d'acció per la gestió de persones en l'àmbit residencial i l'assistència sanitària en situació de pandèmia per COVID-19 (10 abril)</u> <u>Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 a les residències</u> <u>Procediment d'actuació davant una persona amb infecció per COVID-19 – Residències</u> <u>Recomanacions pràctiques per a la presa de decisions ètiques i clíniques en l'entorn residencial en context de la crisi de COVID-19</u> <u>Signes i símptomes d'alarma COVID-19 en persones grans que viuen a residències</u> <u>Acompanyament de final de vida pels familiars a persones que viuen en una residència. Mesures de control de la infecció en la visita dels familiars</u> <u>Gestió de la infecció pel coronavirus SARS-CoV-2 en l'àmbit residencial</u>
3. Establecer protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.	<u>Criteris de reubicació de persones que viuen en centres residencials durant la pandèmia de COVID-19</u> Existen perfiles de derivación de residentes a la atención intermedia y hospital de agudos. Se están trabajando circuitos de derivaciones adaptados a cada territorio- región



4. Supervisar la aplicación de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.	La supervisión se realiza des de diferentes actores: atención primaria de salud, salud pública y vigilancia epidemiológica, direcció general de autonomía personal y discapacidad, servicios territoriales d'afers socials, inspección de salud y de servicios sociales
5. Asegurar que se cuenta con los recursos sanitarios y sociales necesarios para atender a las personas dependientes, y especialmente a las que viven en centros sociales residenciales.	Se ha elaborado un plan de contingencia entre los Departamentos de Salut i Treball, Afers Socials i Famílies <u>Pla de contingència per a residències per a la tardor de 2020</u> Donde se aseguran los recursos necesarios a diferentes niveles. Recursos de atención primaria (enfermera y médicos), de atención intermedia (camas disponibles), profesional de atención directa en centros residenciales (incremento del 15% de la ratio de gerocultor / auxiliar)
6. Otros (especificar).	Se han establecido guías para la elaboración de planes de contingencia en centros residenciales de mayores, personas con discapacidad, centros de día de gente mayor y personas con discapacidad. <u>Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 a les residències (5 abril)</u> <u>http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/guia-per-elaborar-pla-contingencia-habitatges-persones-amb-discapacitats.pdf</u> <u>http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/guia-elaborar-pla-contingencia-centres-gent-gran-discapacitats.pdf</u> De acuerdo al plan de contingencia conjunto Salut - Servicios sociales: Se ha reservado un volumen de plazas libres en centros residenciales para mejorar la capacidad de sectorización y aislamiento en caso de rebotes. Se han previsto residencias y dispositivos de soporte en caso que haya residencias con dificultad de hacer aislamientos o residencias congestionadas. Se ha establecido una red de residencias centinelas para detectar de manera precoz incidencias en diferentes áreas clave para hacer frente al coronavirus. Se ha establecido un programa de formación sistemático para el conjunto de residencias. Se ha establecido criterios de ingresos, visitas, salidas, funcionamiento de centros de día en territorios con elevado riesgo de rebote. <u>Instruccions per les quals s'adopten mesures especials de protecció als centres residencials i centres de dia de gent gran i centres residencials de persones amb pluridiscapacitats per a la contenció del brot epidèmic de la pandèmia de COVID-19 a diferents municipis de Catalunya.</u>



	<p><u>Pla de DESESCALADA en centres residencials (maig 2020)</u></p> <p><u>Oxigenoteràpia</u></p> <p><u>Ventilació i sistemes de climatització en establiments i locals de concurrència humana</u></p> <p><u>Instruccions per les quals s'adopten mesures especials de protecció als centres residencials i centres de dia de gent gran i centres residencials de persones amb pluridiscapacitats per a la contenció del brot epidèmic de la pandèmia de COVID-19 a diferents municipis de Catalunya.</u></p> <p><u>Neteja i desinfecció en residències geriàtriques</u></p> <p><u>Pla de DESESCALADA en centres residencials (maig 2020)</u></p> <p><u>Zona groga Com actuar a les residències quant a la utilització d'EPI i mesures de protecció</u></p> <p><u>Instruccions per a les residències per a la prevenció i protecció de la infecció per la COVID-19</u></p> <p><u>Informació sobre les actuacions preventives en referència al nou coronavirus SARS-CoV-2 en l'àmbit dels centres de dia</u></p> <p><u>Gestió de residus de COVID-19 segons el Decret llei 7/2020 i l'Ordre SND 271/2020</u></p> <p><u>Procediment per a la sectorització</u></p>
--	--



COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA: CEUTA	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
1. Establecer protocolos específicos de identificación y comunicación de casos COVID desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al servicio público de salud (SPS).	Las residencias se comprometen a dar preferencia a los ingresos derivados del Hospital Universitario de Ceuta.
2. Establecer protocolos de atención específica de casos COVID por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).	El INGESA facilita los números de extensión para la atención directa de los médicos de familia de centros de salud de la Ciudad. De igual manera nombra un coordinador médico para las tres residencias.
3. Establecer protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.	Los casos asintomáticos y leves se tratarán en los mismos centros y los casos graves y muy graves, serán derivados al hospital universitario de la Ciudad.
4. Supervisar la aplicación de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.	El INGESA conoce y "aprueba" los planes de contingencias de las tres residencias.
5. Asegurar que se cuenta con los recursos sanitarios y sociales necesarios para atender a las personas dependientes, y especialmente a las que viven en centros sociales residenciales.	Los médicos de familia de los centros de salud de la ciudad harán la petición de pruebas PCR a los nuevos ingresos de los centros residenciales, dentro de las 48 horas anteriores a su ingreso.
6. Otros (especificar).	



COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA: COMUNITAT VALENCIANA	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
<p>1. Establecer protocolos específicos de identificación y comunicación de casos COVID desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al servicio público de salud (SPS).</p>	<p>1. Por instrucción de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública de 17 de marzo de 2020, ratificada en la Resolución de 20 de junio de 2020, se creó en cada departamento de salud una Comisión de control de centros residenciales (en adelante "la Comisión") para la vigilancia y seguimiento respecto a la aparición de casos de COVID-19 en los centros de servicios sociales de carácter residencial.</p> <p>Esta comisión está compuesta por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La persona responsable de la Gerencia o la Dirección de Atención Primaria, que la presidirá. - Profesionales con competencias en materia de: Salud pública, Medicina preventiva, Prevención de riesgos laborales (SPRL), Hospital a domicilio (UHD), Inspección de servicios sanitarios y aquellos otros profesionales que considere la Gerencia - Representante de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas. - En los departamentos en régimen de concesión, debe formar parte de ella el comisionado de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública. <p>El objetivo de estas Comisiones es establecer y aplicar los mecanismos de coordinación, interdisciplinares e intersectoriales, necesarios para garantizar la prevención, detección, atención integral y control frente a la COVID-19 de las personas residentes en los centros de servicios sociales del departamento.</p> <p>2. Como parte de su cometido elaboró el documento "Actuaciones para la prevención y control frente al covid-19 en centros de servicios sociales de carácter residencial" de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, en el cual se contemplan, entre otras cosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación con los centros residenciales - Criterios de actuación para la vigilancia activa de Covid-19: medidas en situación de transmisión comunitaria en el entorno local de las residencias; definición de brote en centros residenciales; grados de vigilancia: procedimiento para el establecimiento de vigilancia activa G1 y G2; medidas a adoptar en caso de vigilancia activa G1 o G2; procedimiento de reubicación; criterios para la autorización de baja voluntaria; y cierre del brote
<p>2. Establecer protocolos de atención específica de casos COVID por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).</p>	<p>En la Resolución de 17 de agosto de 2020, de la Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se establece el plan de actuación en las residencias de personas mayores dependientes, los centros de día, las viviendas tuteladas y los CEAM/CIM de la Comunidad Valenciana, en el contexto de crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19 (DOGV 8885 de 18 de agosto de 2020), se especifica:</p> <p>El plan de contingencia deberá incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> b) La posibilidad de aislar un 10% de personas residentes en habitaciones con baño propio. De forma alternativa y justificada podrán disponer de un espacio adaptado dentro del centro residencial para tal efecto



	<p>que garantice el aislamiento de al menos el 10% de las personas residentes, que en todo caso deberá tener acceso a baños de uso exclusivo de las personas residentes de la zona aislada. Dicho porcentaje se calculará sobre las plazas autorizadas por parte de la Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas. En las residencias donde la incidencia de la pandemia durante los últimos meses haya superado el 50% de personas residentes contagiadas o el 20% de personas residentes fallecidas, este espacio deberá ser, como mínimo, del 15%. Dicho porcentaje se calculará sobre las plazas autorizadas por parte de la consellería competente.</p> <p>Se acompañará el plano del edificio acotando las zonas de aislamiento, preferiblemente vertical o por plantas y se situarán en espacios con acceso separado o en los lugares de menos tránsito del edificio, utilizando la sectorización de incendios ya definida como área de ubicación.</p> <p>c) Recursos humanos disponibles, especificando la categoría profesional y dedicación (horario semanal) de cada persona trabajadora del centro.</p> <p>Asimismo, en el Anexo I "Residencias de personas mayores" se especifica el abordaje y manejo en cada fase.</p>
3. Establecer protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.	<p>El documento "Actuaciones para la prevención y control frente al covid-19 en centros de servicios sociales de carácter residencial" de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, contempla, entre otras cosas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Identificación y manejo de casos y contactos en centros residenciales: sospecha de caso; actuación ante contactos en centros residenciales con brote activo; cribado en centros residenciales sin brote activo; y criterios sanitarios para aislamiento y pruebas ante ingresos y salidas.
4. Supervisar la aplicación de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.	<p>El documento "Actuaciones para la prevención y control frente al covid-19 en centros de servicios sociales de carácter residencial" de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, contempla, entre otras cosas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Criterios de actuación para la vigilancia activa de Covid-19: medidas en situación de transmisión comunitaria en el entorno local de las residencias; definición de brote en centros residenciales; grados de vigilancia: procedimiento para el establecimiento de vigilancia activa G1 y G2; medidas a adoptar en caso de vigilancia activa G1 o G2; procedimiento de reubicación; criterios para la autorización de baja voluntaria; y cierre del brote- Identificación y manejo de casos y contactos en centros residenciales: sospecha de caso; actuación ante contactos en centros residenciales con brote activo; cribado en centros residenciales sin brote activo; y criterios sanitarios para aislamiento y pruebas ante ingresos y salidas.
5. Asegurar que se cuenta con los recursos sanitarios y sociales necesarios para atender a las personas dependientes, y especialmente a las que viven en centros sociales residenciales.	<p>El documento "Actuaciones para la prevención y control frente al covid-19 en centros de servicios sociales de carácter residencial" de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, contempla, entre otras cosas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Plan de contingencia del departamento para la prevención y atención al covid-19 en centros residenciales- Suministros de material de protección a los centros residenciales- Grupo de trabajo de mejora de la asistencia sanitaria en centros residenciales



	<p>En la <i>Resolución de 17 de agosto de 2020, de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se establece el plan de actuación en las residencias de personas mayores dependientes, los centros de día, las viviendas tuteladas y los CEAM/CIM de la Comunidad Valenciana, en el contexto de crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19 (DOGV 8885 de 18 de agosto de 2020)</i>, se especifica:</p> <p>El plan de contingencia deberá incluir:</p> <p>a) Un stock de garantía de equipos de protección individual para, al menos, cuatro semanas, y un curso específico de formación sobre su uso para el personal. Este stock deberá estar disponible en cada residencia antes del 1 de octubre de 2020</p>
6. Otros (especificar).	



COMUNIDAD/CIUDAD AUTONOMA: EUSKADI	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
1. Establecer protocolos específicos de identificación y comunicación de casos COVID desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al servicio público de salud (SPS).	Existe, dentro de la Diputaciones forales un procedimiento de registro diario por el que los centros residenciales dan información, sobre la situación de casos, cohortes, y fallecimientos de los centros. Dicho Registro es compartido con el Departamento de salud que considera los datos aportados como fidedignos y oficiales respecto a la casuística en Residencias. Así mismo se envía semanalmente a la Fiscalía una relación de las personas usuarias de todos los centros residenciales, por centro, con lo casos COVID positivos, fallecimientos COVID, fallecimientos No COVID e inspecciones forales de centro realizadas.
2. Establecer protocolos de atención específica de casos COVID por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).	Existe un plan general de contingencia sociosanitario, con una serie de medidas a activar en función del escenario epidémico. Una de ellas es el plan de apoyo de Atención primaria al ámbito sociosanitario. Cada Organización sanitaria de servicios integrados tiene un plan de contingencia comarcal avalado por la comisión sociosanitaria del centro (Con participación residencias, Diputaciones forales y Ayuntamientos de la comarca) y se cuenta en cada Organización con un referente sociosanitario y también de referentes de proximidad que están a cargo de las contingencias que surjan en las residencias de su área de influencia. Este plan tiene una visión integral, pero sobre todo de apoyo asistencial desde primaria o hospitalización a domicilio en la medida de las necesidades expresadas o detectadas.
3. Establecer protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.	Como elemento central la declaración es que para todas las personas que necesiten de derivación hospitalaria, independientemente de su situación, se puede hacer sin ninguna restricción. Las cuestiones propias del medio residencial con la existencia de voluntades anticipadas, las situaciones de paliatividad, la dificultad de establecer circuitos de sectorización efectivos en residencias pequeñas... ha llevado a la habilitación de Unidades de referencia COVID (400 plazas en todas la CAPV en 4 centros distintos) para la atención de personas usuarias del medio residencial con un aporte sanitario intensivo por una parte y para aquellos cuya situación residencial no reúna las condiciones de asilamiento necesarias. Esta Unidades han sido un elemento fundamental para una gestión más racional y eficaz tanto de los medios sanitarios como de los residenciales, ofreciendo un servicio sociosanitario integral e intensivo.
4. Supervisar la aplicación de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.	Dentro del plan de contingencia sociosanitario se ha habilitado la realización de inspecciones mixtas, sociales por el agente competente a través de la Inspección foral de centros y sanitarias por técnicos de salud pública del Departamento de Salud El contenido de la Inspección mixta a centros residenciales es la revisión de las condiciones administrativas, normativas y la inspección de la aplicación estricta de los planes de contingencia COVID, en al que se



	<p>comprueben aspectos como la sectorización, el establecimiento de zonas para Atención en cohortes, la utilización correcta de los equipos de protección individual o la aplicación de políticas de personal, visitas o salidas congruentes con la situación epidémica.</p>
<p>5. Asegurar que se cuenta con los recursos sanitarios y sociales necesarios para atender a las personas dependientes, y especialmente a las que viven en centros sociales residenciales.</p>	<p>La percepción durante la ola epidémica en cuanto a la capacidad y la situación de los recursos sociales y sanitarios es solvente, no habiéndose dado una situación de falta de recursos en el sistema sanitario y social compaginado con el desarrollo y adaptación de recursos contextuales a la situación a la que nos enfrentamos.</p> <p>El plan de contingencia sociosanitario avanza en esa línea con una mayor previsión de cuáles van a ser los recursos a implantar y con una distribución más ordenada por escenarios. Actuaciones como el cribado selectivo de trabajadores sociosanitarios, la existencia documental de planes de contingencia de los centros, la inspección mixta de centros, el plan de vigilancia epidemiológica ... entre muchos otros son elementos que permiten asegurar nuestro buen posicionamiento ante próximas pandemias.</p>
<p>6. Otros (especificar).</p>	



COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA: EXTREMADURA	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
1. Establecer protocolos específicos de identificación y comunicación de casos COVID desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al servicio público de salud (SPS).	<ul style="list-style-type: none">• Elaboración de una base de datos "CentrosCovid" con capacidad de recogida de datos y análisis de los mismos. Permite recoger información de todo lo relacionado con los casos Covid, capacidad de centros, número de trabajadores y residentes afectados, ingresos, altas, fallecimientos y stock de materiales en el centro.• Elaboración de Informes diarios o semanales sobre la situación epidemiológica de todos los centros de atención residencial de personas mayores, personas con discapacidad y personas con trastorno mental grave, del ámbito de Servicios Sociales, a partir de la base de datos que se alimenta de la información de los datos recibidos.• Revisión entre la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y la Dirección General de Salud Pública de información sobre casos COVID y fallecimientos, a los efectos de su verificación para su posterior remisión al Ministerio.• Remisión periódica de datos a la DG de Salud Pública para coordinación de actuaciones, entre otras los cribados (PCR y test serológicos) a residentes y trabajadores de los centros.• Comunicación a la UME de solicitudes por parte de los centros para su desinfección.• Documentos de interés:<ul style="list-style-type: none">o "Guía para la coordinación y mejora de la asistencia sanitaria en centros residenciales" en coordinación con la Dirección General de Asistencia Sanitaria, la Dirección General de Salud Pública y SEPAD.o "Plan de actuación en centros residenciales frente a la pandemia Covid-19". SEPAD
2. Establecer protocolos de atención específica de casos COVID por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas de atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).	<p>En base a estas dos resoluciones se realiza la regulación de ingresos, visitas y salidas de los centros residenciales y demás servicios del SAAD en Extremadura:</p> <ul style="list-style-type: none">- RESOLUCIÓN de 4 de septiembre de 2020, del Vicepresidente Segundo y Consejero, por la que se ordena la publicación en el Diario Oficial de Extremadura del Acuerdo de 2 de septiembre de 2020, del Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura, por el que se establecen las medidas básicas de prevención en materia de salud pública aplicables en Extremadura tras la superación de la Fase III del Plan para la transición hacia una Nueva Normalidad.- RESOLUCIÓN de 16 de octubre de 2020, del Vicepresidente Segundo y Consejero, por la que se ordena la publicación en el Diario Oficial de Extremadura del Acuerdo de 16 de octubre de 2020, del Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura, por el que se modifica el Acuerdo de 2 de septiembre de 2020, del Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura, por el que se establecen las medidas básicas de prevención en materia de salud pública aplicables en Extremadura tras la superación de la Fase III del Plan para la transición



	hacia una nueva normalidad y se adoptan medidas excepcionales y temporales de intervención en materia reuniones en Extremadura.
3. Establecer protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.	Las derivaciones a centros sanitarios o intervención medicalizada de los mismos se realiza según los criterios que cada Dirección de Salud Pública de Área estime en función de las características del centro, la cantidad de residentes positivos o con sintomatología y otros factores que consideren oportunos.
4. Supervisar la aplicación de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.	Verificación de la aplicación del Plan de Contingencia del Centro de forma coordinada entre SEPAD y Dirección General de Salud Pública y las distintas Direcciones de Salud Pública de cada una de las 8 Áreas de Salud. Se han elaborado, actualizado y difundido los diferentes documentos que se indican en los apartados previos, para facilitar la comunicación de los casos y para el cumplimiento de todas las normas.
5. Asegurar que se cuenta con los recursos sanitarios y sociales necesarios para atender a las personas dependientes, y especialmente a las que viven en centros sociales residenciales.	En los protocolos de información remitidos a los centros se incluyen apartados relativos al personal sanitario, a los elementos de protección de que disponen y a la elaboración de los Planes de contingencia de los centros, entre otros aspectos. Suministro de material de protección a los centros en base a la información recabada
6. Otros (especificar).	



COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA: GALICIA	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
<p>1. Establecer protocolos específicos de identificación y comunicación de casos COVID desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al servicio público de salud (SPS).</p>	<p>Los establecidos en el <u>Protocolo para el manejo de la crisis sanitaria en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios</u> y en el <u>Plan de reactivación en el ámbito sociosanitario</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo conjunto de la Consejería de Sanidad y de la Consejería Política Social para el manejo de la crisis sanitaria provocada por el virus SARS-CoV-2 en las residencias de mayores y en otros centros sociosanitarios • Plan de reactivación en el ámbito sociosanitario en relación con la infección por el virus SARS-CoV-2 • Medidas específicas que deberán adoptarse en los centros residenciales sociosanitarios y en los centros de atención diurna, en el contexto de la situación epidemiológica relacionada con la infección ocasionada por el virus SARS-COV-2 (COVID-19) • Protocolo para el manejo de casos con sospecha de infección por virus SRAS COV-2 (COVID 19) en las residencias de mayores y centros sociosanitarios • Desarrollo de un módulo específico en la aplicación web del Registro Único de Entidades Prestadoras de Servicios Sociales (RUEPSS) para que desde los centros se comunicara vía electrónica y de forma instantánea la información sobre los casos positivos por Covid-19 en los mismos
<p>2. Establecer protocolos de atención específica de casos COVID por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas de atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).</p>	<p>Establecimiento de Equipos de Seguimiento Covid-Residencias en todas las Áreas Sanitarias del Servicio Gallego de Salud (Sergas). Son equipos encargados de la vigilancia, control y supervisión de los distintos dispositivos y la intervención en el caso de aparición de casos en un centro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de cribados quincenales mediante PCR a todos los trabajadores de los centros (en torno a los 14.000). Se acaba de terminar el tercer cribado quincenal. • Realización de cribados quincenales aleatorios en los centros, con una muestra representativa establecida mediante un algoritmo matemático. Ya realizados dos cribados PCR según este modelo. • Se han realizado dos cribados completos a toda la red residencial, mediante PCR. • Realización de PCR a todos los trabajadores que se incorporan a trabajar a un centro, ya sea después de un permiso o aquellos trabajadores de nueva incorporación. • Realización de PCR previa al ingreso a todos los ciudadanos que van a ingresar en una residencia, en las 72 horas previas al mismo.



<p>3. Establecer protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.</p>	<p>Los establecidos en el <u>Protocolo para el manejo de la crisis sanitaria en las residencias de mayores y otros centros sociosanitarios</u> y en el <u>Plan de reactivación en el ámbito sociosanitario</u>.</p>
<p>4. Supervisar la aplicación de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.</p>	<p>Protocolo de inspecciones conjuntas por la Inspección de Servicios Sociales y la Inspección de Sanidad a los centros residenciales, con el fin de verificar la correcta aplicación de los protocolos existentes</p>
<p>5. Asegurar que se cuenta con los recursos sanitarios y sociales necesarios para atender a las personas dependientes, y especialmente a las que viven en centros sociales residenciales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento por parte de los profesionales de las respectivas Áreas Sanitarias del Servicio Gallego de Salud (Sergas) y supervisión a través de los equipos de la Consellería de Política Social • Suministro periódico de equipos de protección a los centros residenciales de atención a personas mayores desde la Plataforma Logística Clonegal, en coordinación por la Consellería de Sanidad y la Consellería de Política Social. Se realizan al menos una vez a la semana con posibilidad de ampliación en caso de aparición de positivos o brotes en algún centro. Los envíos urgentes se aseguran en cuestión de horas.
<p>6. Otros (especificar).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Niveles de riesgo por ayuntamiento de referencia para centros residencias socio-sanitarios y centros de atención diurna • Medidas relacionadas con las visitas, salidas y pruebas PCR acordadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud • Recomendaciones para el acompañamiento en los duelos en situación de confinamiento en residencias-COVID 19 • Creación y puesta en funcionamiento de portales web sobre todo lo relacionado con la pandemia por el Covid-19 en los centros sociosanitarios en la Consellería de Sanidad y en la Consellería de Política Social • Puesta en marcha durante la pandemia de cinco Centros Residenciales de Cuidados Integrados (CRCI) en los ayuntamientos de Baños de Molgas (Ourense), Santiago de Compostela (A Coruña), A Coruña y Vigo (Pontevedra). Estos CRCI son espacios residenciales destinados al seguimiento y tratamiento de personas usuarias de residencias con Covid-19 positivo o paucisintomáticos o con sintomatología leve en las que el personal médico no considera necesaria la hospitalización. Su objetivo es preservar a los/as usuarios/as residentes de los centros de origen de un posible contagio y, además, agrupar los casos confirmados para realizar un tratamiento continuado con personal



	<p>sanitario del Servicio Gallego de Salud (Sergas). La derivación a estos centros se hace bajo criterios estrictamente médicos y clínicos</p> <ul style="list-style-type: none">• Por otra parte, la Comunidad Autónoma de Galicia ha intervenido varias residencias de personas mayores donde se han presentado brotes de Covid-19, con el objetivo de garantizar la calidad asistencial y la correcta protección de la salud tanto de las personas usuarias como de las trabajadoras y trabajadores de los centros, así como para reforzar el personal de estos.• Establecimiento de un equipo de asesoramiento para los centros con visitas in situ y evaluación e implantación de mejoras en circuitos, dinámicas de trabajo, adecuación de espacios, uso adecuado de los equipos de protección...• En la actualidad se está trabajando en un proyecto experimental para detectar la aparición de SARS-CoV-2 en las residencias de mayores a través de las aguas residuales, y anticiparse así a la aparición de un brote
--	--



COMUNIDAD AUTÓNOMA: ILLES BALEARS	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
1. Establecer protocolos específicos de identificación y comunicación de casos COVID desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al servicio público de salud (SPS).	Creación de equipo directivo de coordinación sociosanitaria formado por la Consellería de Salud y Consumo, la Consellería de Asuntos Sociales y los Consejos Insulares de Mallorca, Menorca, Ibiza y Formentera (que tienen la competencia de autorización e inspección en sus territorios), estando así representadas todas las instituciones que gestionan servicios sociales para personas en situación de dependencia, personas mayores y con discapacidad. Creación de una base de datos que se nutre con la información que envían a diario todas las residencias, con el objeto de disponer de la información necesaria para realizar un seguimiento pormenorizado de cada centro y de todo el territorio mediante un informe diario analizado por el equipo de coordinación sociosanitaria. Esta base de datos, junto a la coordinación entre instituciones, ha posibilitado una gestión eficaz de la pandemia
2. Establecer protocolos de atención específica de casos COVID por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).	Creación de una Central de coordinación COVID en Atención Primaria de Salud, en la que se ha constituido un equipo de profesionales que ha gestionado en exclusiva todos los casos, sospecha de casos y contactos estrechos en centros de servicios sociales (ya sean residenciales, viviendas tuteladas o supervisados), el Servicio de Ayuda a Domicilio o los Centros de Día. Consiguiendo un acceso directo y ágil desde los servicios, para dar soporte inmediato y gestionar cada caso de manera individualizada, especialmente en las residencias. Definición del proceso de identificación y comunicación desde los servicios a la Central Covid, dónde se gestiona cada caso para derivar al recurso más adecuado, o para dar instrucciones de cómo atender a la persona caso, sospecha de caso o contacto estrecho. Creación de un informe de valoración y traslado para los usuarios de residencias. Se recomienda a todas las residencias que lo tengan actualizado en todos los residentes, para que en caso de descompensación se tenga definido el recurso hospitalario más adecuado para cada persona. Valoración de todos los usuarios teniendo en cuenta la situación clínica, la valoración funcional y cognitiva, y la calidad de vida previa con el fin de dar la respuesta y vigilancia sanitaria más adecuada.
3. Establecer protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.	Desde el equipo de vulnerables de la Central de coordinación COVID se valora a cada paciente (caso, contacto estrecho o sospecha), se gestiona el traslado si el paciente está inestable o se solicita PCR en caso de que el paciente esté estable y pueda permanecer aislado en su residencia. Hay un protocolo de derivación a centros hospitalarios. Constitución de un equipo específico en el 061 para dar cobertura a los traslados de las personas en centros residenciales y pisos tutelados, y se crean de circuitos específicos para agilizar los traslados.



	<p>Derivación de la residencia al hospital mediante el informe de valoración y traslado que se ha creado ad hoc, y que debe cumplimentar el personal sanitario de la residencia (o en su defecto un profesional del 061 o de Atención Primaria), que se envía al hospital que debe acoger a la persona, al 061 y a la central, que define el recurso más adecuado en cada caso.</p> <p>Creación de unidades hospitalarias COVID-19 específicas para personas mayores y con discapacidad para adaptarnos a sus necesidades. Así, se crearon unidades COVID-19 en el hospital General (Mallorca), una unidad de 20 camas en Son Espases (Mallorca), en el Hospital Joan March (Mallorca), en el Hospital San Juan de Dios (Mallorca), en el hospital Can Misses (Ibiza), y en coordinación con Hospital Cruz Roja se ha acondicionado una residencia como unidad hospitalaria y una unidad de un hospital privado (Policlínica en Mallorca).</p> <p>Contratación en momento álgido de la epidemia de 2 unidades hospitalarias en 2 hospitales privados (Quiron Palma planas y Policlínica), ambas en Mallorca.</p> <p>Estas unidades hospitalarias específicas para personas en situación de dependencia se dimensionaron con una ratio mayor de enfermeras y auxiliares de enfermería por la enorme necesidad de cuidados complejos que tienen estas personas, y se eligieron a médicos expertos en personas mayores con el fin de conseguir un equipo cohesionado que trabajara para evitar la pérdida de capacidad funcional y el deterioro cognitivo.</p>
<p>4. Supervisar la aplicación de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.</p>	<p>Desde la Central de Coordinación COVID se ha realizado seguimiento de todos los casos y se ha dado soporte a todos los centros residenciales y a todas las entidades.</p> <p>El equipo directivo de coordinación sociosanitaria ha editado, actualizado y difundido diversos documentos para facilitar la comunicación de los casos, el cumplimiento de todas las normas y para agilizar todos los circuitos.</p> <p>Se han intervenido 2 residencias por la aparición de brotes que no se podían controlar sin la supervisión de profesionales sanitarios expertos.</p> <p>Se han creado documentos diversos que han sido consensuados por todas las instituciones de servicios sociales y el servicio de salud, han sido revisados por la Dirección General de Salud Pública, y contienen información adaptada a las residencias con la mejor evidencia disponible. Estos documentos se han actualizado a medida que el ministerio ha ido publicando nuevos documentos. Y se ha hecho difusión intensa a todos los centros sociales de carácter residencial y a los pisos tutelados o supervisados.</p> <p>Se han establecido redes de comunicación para apoyar a todas las residencias para resolver dudas y asesorar, y para tomar decisiones en caso de síntomas atípicos en residentes.</p> <p>Se ha solicitado un plan de contingencia con las normas de seguridad recomendadas a cada residencia para saber qué hacer en caso de sospecha de COVID, ante un contacto estrecho de COVID-19, o ante un caso confirmado.</p> <p>Se han evaluado todos los planes de contingencia, hasta asegurar que todas las residencias cuentan con un plan adaptado y seguro a cada realidad, y se ha incidido en la difusión a todos los trabajadores.</p>



	<p>Se han regulado las visitas de familiares en las residencias, las salidas de residentes, por ingresos excepcionales y más adelante los ingresos regulares.</p> <p>Se ha regulado la puesta en marcha de los centros de día que se encuentran dentro de las residencias y se les ha obligado también a contar con un plan de contingencia que ha sido evaluado por la Consejería de Salud.</p> <p>Se realiza seguimiento diario de COVID-19 en todas las residencias en cuanto a residentes y trabajadores.</p> <p>En el estado de alarma se reguló la salida de residentes para que pudieran realizar el confinamiento en el domicilio familiar fuera de la residencia.</p> <p>Se ha facilitado la salida de residentes desde el 22 de junio, asegurando que el residente y la persona que acompaña en la salida al residente conocen las normas de seguridad, y mediante la firma de una declaración responsable se compromete a seguir las normas de seguridad mientras permanece fuera del centro residencial.</p> <p>Desde el 18 de agosto se han vuelto a prohibir las salidas.</p>
5. Asegurar que se cuenta con los recursos sanitarios y sociales necesarios para atender a las personas dependientes, y especialmente a las que viven en centros sociales residenciales.	<p>El SPS han definido los recursos en función de las fases de la pandemia.</p> <p>Ha definido las necesidades de camas y ratios en las residencias.</p> <p>Ha establecido los recursos hospitalarios necesarios y se han configurado adaptados a las necesidades de las personas en situación de dependencia.</p>
6. Otros (especificar).	



COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA: LA RIOJA	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
1. Establecer protocolos específicos de identificación y comunicación de casos COVID desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al servicio público de salud (SPS).	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de nueva normalidad en residencias de personas mayores y de personas con discapacidad. - Planes de nueva normalidad en centros de menores. - Protocolo actuación en residencias Sociosanitarias. - Protocolo cribado residencias de Servicios Sociales COVID19. Cribado Test ELISA periódico de usuarios y trabajadores. - Protocolo de actuación en trabajadores del Servicio de Ayuda a domicilio Recogen: - Comunicación diaria de cada residencia de su situación epidemiológica e incidencias través de la aplicación "Encuesta COVID centros sociosanitarios" (de lunes a Domingo), y envío de informe resumen diario a diferentes órganos del Gobierno de La Rioja (Salud, Servicios Sociales, Presidencia) y Delegación del Gobierno. - Planes de Contingencia de centros de día y ocupacionales de discapacidad, centros de día de mayores, servicios de atención temprana, y centros de participación activa de personas mayores. - Obligación de comunicación al Servicio de Epidemiología de la DG Salud Pública y Cuidados. - Comunicación de nuevos casos y coordinación con los Centros de Salud de Atención Primaria y Hospitalaria. - Cribado de usuarios de residencias y trabajadores en los que se detecten positivos.
2. Establecer protocolos de atención específica de casos COVID por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo actuación en residencias Sociosanitarias. Recoge entre otros: - Seguimiento telefónico y presencial de AP (Atención Primaria) en casos positivos. - Actuación en la detección de los posibles casos de enfermedad por virus COVID-19. - Manejo residencial de los posibles casos de enfermedad por virus COVID-19. - Ubicación de los residentes con sospecha de COVID-19. - Medidas organizativas: circuitos de atención, medios de comunicación entre servicios y profesionales. - Áreas de Atención. - Ámbitos de colaboración. Servicios Sociales, Atención Primaria.
3. Establecer protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo actuación en residencias Sociosanitarias. Recoge entre otros: - Actuación en



4. Supervisar la aplicación de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.	<ul style="list-style-type: none">- Verificación de la aplicación del Plan de Contingencia del Centro en las visitas del Servicio de Autorización, Acreditación e Inspección de Servicio Sociales.
5. Asegurar que se cuenta con los recursos sanitarios y sociales necesarios para atender a las personas dependientes, y especialmente a las que viven en centros sociales residenciales.	<ul style="list-style-type: none">- Protocolo actuación en residencias Sociosanitarias.- Protocolo de reingreso y nuevos ingresos en residencias- Protocolo de actuación en trabajadores del Servicio de Ayuda a domicilio- Plan de nueva normalidad en residencias de personas mayores y de personas con discapacidad.- Planes de nueva normalidad en centros de menores.
6. Otros (especificar).	



COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA: MADRID	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
1. Establecer protocolos específicos de identificación y comunicación de casos COVID desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al servicio público de salud (SPS).	Procedimiento de diagnóstico, vigilancia y control de los casos COVID-19 en centros sociosanitarios (actualización a 5 de agosto de 2020) http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/procedimiento_vigilancia_seguimiento_residencias_cm_5_agosto.pdf
2. Establecer protocolos de atención específica de casos COVID por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).	Anterior protocolo Coordinación con Atención Primaria Se ha creado una red de apoyo a centros residenciales que sirven de enlace junto a la figura del geriatra de enlace y el referente de salud pública de cada área. Estos equipos son denominados UAR (unidades de atención a residencias) son equipos móviles dependientes de atención primaria con atención específica a residencias. Están formadas por médico, enfermera y técnico. Los principales cometidos de estas unidades son: - Formación. Conocer y mejorar la dotación de personal sanitario en residencias de acuerdo al porcentaje de residentes con discapacidad y/o demencia. - Reacción al brote. Son el eje donde está vertebrada la reacción ante brotes siendo los encargados de, tras identificar junto a salud pública los casos y contactos, realizar el oportuno estudio de cada brote. - Dar soporte sanitario a estos centros en coordinación con su médico de AP.
3. Establecer protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.	Anterior protocolo
4. Supervisar la aplicación de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.	Manual para la elaboración de un Plan de contingencia en Centros de Servicios Sociales de carácter residencial para personas mayores, personas con discapacidad o personas con enfermedad mental, de la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/plan_contingencia.pdf



<p>5. Asegurar que se cuenta con los recursos sanitarios y sociales necesarios para atender a las personas dependientes, y especialmente a las que viven en centros sociales residenciales.</p>	<p>Resolución 2026/2020 de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, por la que se aprueban las instrucciones relativas a la obligación de los centros y servicios de remitir información sobre su situación ante la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/resolucion_2026_2020.pdf</p> <p>La Comunidad de Madrid ofrece hasta 140 plazas para el cuidado a las personas mayores de 60 años que no puedan realizar la cuarentena por COVID-19 en su residencia habitual, de tal manera que se pueda minimizar la propagación del virus, especialmente entre los colectivos más vulnerables, y ofrecer un espacio seguro a las personas mayores donde puedan mantener la continuidad de sus terapias y mitigar las secuelas del aislamiento.</p> <p>El acceso al recurso se realizará desde los hospitales o residencias que lo requieran, con un período de estancia dependiente de la evolución clínica vinculada al COVID-19 de las personas mayores de 60 años que requieran cuidados y apoyo para las actividades cotidianas. Son espacios seguros adaptados a las necesidades de quienes hayan superado el proceso agudo de la enfermedad, pero que aún necesiten aislamiento, cuidados y atención personalizada durante su convalecencia.</p> <p>Estrategia de detección de COVID19 en centros residenciales. Desde mediados de septiembre la Comunidad de Madrid está realizando entrega a las Residencias de test de antígenos que agilizan la capacidad diagnóstica. Estos nuevos test son una técnica rápida de detección de antígenos del COVID-19 fiable, con una sensibilidad superior al 93% y una especificidad superior al 99%.</p> <p>Se está realizando la planificación y distribución y reposición de pruebas de antígeno para diagnosticar el COVID-19 a centros residenciales a trabajadores y usuarios de los mismos, como parte de la estrategia de prevención de infección por coronavirus en centros residenciales de mayores de las Consejerías de Sanidad y Políticas Sociales.</p> <p>Se ha creado una plataforma de toma de datos compartida entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Políticas Sociales (REDCAP) para el seguimiento de los casos de cada centro residencial donde se ve la evolución de la situación sanitaria así como el estudio diagnóstico de la aplicación de los test distribuidos.</p> <p>Se ha puesto en marcha un espacio de Coordinación semanal de la Consejería de Políticas Sociales y la Consejería de Sanidad con las patronales del sector donde se valoran la evolución de las medidas adoptadas y la adaptación de las mismas a la situación epidemiológica de los centros.</p>
<p>6. Otros (especificar).</p>	<p>Protocolos para los centros de atención residencial y los centros de atención diurna en esta nueva fase de la actividad asistencial, teniendo en cuenta las especificidades de cada una de las redes de atención y con el conforme de la Dirección General de Salud Pública.</p>



http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/protocolo_atencion_residencial_discapacidad_y_enfermedad_mental_junio.pdf
http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/protocolo_atencion_diurna_discapacidad_y_enfermedad_mental_junio.pdf

Actualmente se está elaborando nuevas adaptaciones de los protocolos de centros de día para personas en situación de dependencia, así como recomendaciones de ventilación de espacios cerrados según las últimas recomendaciones de la OMS en cuanto a transmisión por aerosoles.

Se crea un stock de EPIS para la abastecer aquellos centros residenciales que a causa de un brote tengan que utilizar el stock de almacenaje requerido en los protocolos, de tal forma que se asegure el abastecimiento de los centros.

Medidas generales de salidas y visitas en centros residenciales de personas mayores (actualizado a fecha 18/8/2020)

http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/medidas_generales_de_salidas_y_visitas_en_centros_de_ppmm.pdf



COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA: REGIÓN DE MURCIA	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
1. Establecer protocolos específicos de identificación y comunicación de casos COVID desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al servicio público de salud (SPS).	Puesta en marcha de la aplicación Informática Sansonet. Todos los casos sospechosos, cuarentenas, solicitudes de PCR y sus resultados se vuelcan de inmediato en la aplicación por lo que se conoce en tiempo real cualquier positivo o cualquier sospecha. Todos los recursos sociales y el SPS tienen acceso y centralizan los datos en esta aplicación.
2. Establecer protocolos de atención específica de casos COVID por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas de atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).	Se ha centralizado la respuesta inmediata el denominado CORECAAS, que es un grupo de intervención rápida integrado por técnicos especialistas en epidemiología, médicos, enfermeros y trabajadores sociales, entre otros. Cuando se detecta un caso positivo, se desplazan de inmediato al centro sociosanitario afectado y adoptan las medidas pertinentes basándose en criterios facultativos (hospitalizaciones, sectorizaciones, cuarentenas, etc.). En cualquier caso, existe un protocolo de atención de casos Covid y todos los recursos sociales cuentan con un Plan de Contingencia.
3. Establecer protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.	Son los médicos del CORECAAS los que, tras el examen de los afectados, deciden la hospitalización o no en base a criterios estrictamente médicos, en coordinación con los médicos de los propios recursos, en su caso.
4. Supervisar la aplicación de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.	Todos los protocolos que afectan a recursos sociales se elaboran por las autoridades sanitarias en coordinación con la Consejería de Política Social, y su aplicación se supervisa en el CORECAAS en el que hay técnicos del Instituto Murciano de Acción Social (Consejería de Política Social). No obstante, la Inspección de la Consejería también supervisa el cumplimiento de dichos protocolos, es parte de su cometido.



5. Asegurar que se cuenta con los recursos sanitarios y sociales necesarios para atender a las personas dependientes, y especialmente a las que viven en centros sociales residenciales.	Antes de la pandemia los recursos sociales y sanitarios necesarios para atender a las personas dependientes ya estaban plenamente garantizados. Ahora, frente a la Covid-19, mediante los recursos que se han puesto en marcha, se garantiza una respuesta inmediata y el acceso de todas las personas dependientes al sistema sanitario público ante una contingencia ocasionada por la Covid-19, mediante la atención del CORECAAS que determina las hospitalizaciones, la realización de pruebas PCR, o cualquier medida que sea necesaria para atender a los usuarios plenamente desde criterios estrictamente médicos. En una situación de normalidad, se han establecido protocolos de prevención para las salidas de los residentes a los centros sanitarios cuando es necesario.
6. Otros (especificar).	



COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA: NAVARRA	
OBJETIVO	MEDIDAS ADOPTADAS
1. Establecer protocolos específicos de identificación y comunicación de casos COVID desde los centros y servicios del SAAD, especialmente desde los centros residenciales, al servicio público de salud (SPS).	Se crea la plataforma "Seguimiento coronavirus" donde los responsables de los centros vuelcan datos con frecuencia variable según niveles epidemiológicos. Se trata de información sobre incidencia y prevalencia de Covid-19 en residentes y personal. El Dept. de Derechos Sociales ha consensuado con el Dept. de Salud, a través de una Unidad de Ordenación de la Atención Sanitaria en Centros Residenciales Sociosanitarios, (anexo la OF donde se constituye la Unidad y la composición) un procedimiento de actuación para la detección y actuación ante personas (anexo procedimiento) positivas en centros residenciales. Y se ha difundido (email, charlas web, visitas a los centros,...) a todas las residencias de mayores y con discapacidad de la Comunidad Foral.
2. Establecer protocolos de atención específica de casos COVID por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).	Cada centro residencial tiene su propio Plan de contingencia (anexo la estructura del plan), refiriendo información de cómo actuar ante la aparición de casos. Se trata de planes consensuados con los Centros de Salud que son atendidos por cada residencia y las mutuas de prevención de riesgos de las mismas. Estos planes están revisados por el Depto. de Derechos Sociales, y el Dept. de Salud (Atención Primaria de Salud y El Instituto Navarro de Salud Pública y Laboral. Además, se les han hecho aportaciones desde la Unidad de Ordenación de la Atención Sanitaria en Centros Residenciales Sociosanitarios Además se ha creado un protocolo (anexo IV) de detección y mapeo de casos de infección por Sars-CoV-2 en centros sociosanitarios.
3. Establecer protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.	Desde la Unidad de Ordenación de la Atención Sanitaria en Centros Residenciales Sociosanitarios y en el plan de contingencia de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas se establece un itinerario para derivar a un recurso intermedio/ centro sociosanitario creado en Amavir Argaray, donde se realizan aislamientos de covid-19 confirmados y de contactos estrechos para personas mayores y con discapacidad residentes en centros y/o procedentes de sus domicilia particulares. (anexo características del recurso)
4. Supervisar la aplicación de los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.	Desde la Unidad de Ordenación de la Atención Sanitaria en Centros Residenciales Sociosanitarios, creada en Atención Primaria de Salud y compuesta a nivel operativo por personal de Salud y de Derechos Sociales se ha establecido un sistema de funcionamiento ordinario y de atención continua (24h.) para apoyar, orientar, y supervisar a los centros residenciales con un continuo feedback de comunicación, con profesionales de medicina enfermería y trabajo social.
5. Asegurar que se cuenta con los recursos sanitarios y sociales necesarios para	La Unidad de Ordenación de la Atención Sanitaria en Centros Residenciales Sociosanitarios cumple también con la función de cerciorarse de que los centros residenciales dispongan de todos los recursos sanitarios y



atender a las personas dependientes, y especialmente a las que viven en centros sociales residenciales.	sociales necesarios para atender a las personas resientes. Además de estar en estrecha relación con los centros de salud. Por otra parte, se han establecido protocolos de utilización de equipos de protección covid-19 y abastecimiento de material (anexo)
6. Otros (especificar).	Desde la Unidad de Ordenación de la Atención Sanitaria en Centros Residenciales Sociosanitarios, se ha trabajado en un plan de priorizar la atención a persona mayores en residencias en momentos de convalecencia por Covid-19 o tras aislamiento (anexo)



ANEXO IV

Propuesta estructura de información de centros residenciales (SIAT).

NOTA: Elaborado inicialmente en abril de 2020, modificado en mayo 2020. La estructura de datos sugerida ya fue remitida a los grupos de trabajo COVID-Residencias sin que se hayan recibido aportaciones.



SISTEMA DE INFORMACIÓN COVID-19 EN CENTROS RESIDENCIALES

ANTECEDENTES

Es evidente que la **vigilancia en los centros residenciales**, dada la alta vulnerabilidad de muchos de sus residentes con relación a COVID-19 y a otras infecciones **es y será una necesidad imperiosa**.

No obstante en estos meses se han puesto de manifiesto algunas deficiencias en la información disponible y la existencia de dificultades en la obtención de diferentes capas de datos imprescindibles para obtener evidencias y abordar el problema dimensionando correctamente su magnitud.

La primera dificultad consiste en que se carece de una capa de información censal de centros residenciales. Esta ausencia de censo de residencias conlleva desconocer con exactitud el número total de instalaciones, su ubicación y el número de personas atendidas en dichas instalaciones. Esta información es crítica para poder dimensionar y ubicar correctamente los recursos sanitarios y sociales que se pudieran activar (equipos, vacunas, asistencia sanitaria, formación, etc.)

La segunda dificultad consiste en una falta de homogenización de los datos de recopilación periódica necesarios para activar sistemas de alerta que desencadenen las oportunas actuaciones de apoyo a estos centros.

Actualmente la primera capa con la información de Residencias de Mayores más utilizada tiene como fuente los datos recopilados por encuesta del CSIC (2019) con 5.417 residencias de mayores a la que habría que añadir un número desconocido de centros para personas con discapacidad, trastorno mental, etc...

Al tratarse de información proveniente de encuesta tiene un gran valor estimativo de las dimensiones a abordar pero carece de precisión y de valor registral.

La capa de información de residencias (censo) será esencial para superponerla con la capa de áreas de salud en el territorio de manera que se perciba la intersección entre ambas y que se permita al sistema sanitario dimensionar con mayor exactitud las actuaciones que deba desarrollar en su atención a la población de estos centros.

La información que se propone recoger determina el estado de la infraestructura residencial respecto a COVID-19 y **en ningún caso sustituye la OBLIGACIÓN DE REPORTE INDIVIDUAL DE CASOS A LAS AUTORIDADES SANITARIAS** por parte del personal sanitario de los centros o por la dirección de los mismos respecto a los dispositivos de salud pública de su área.

Conseguir y poder ofrecer esta información poseería un enorme valor para la planificación sanitaria y para poder desarrollar eventuales campañas de vacunación, estudios de seroprevalencia, u otras actuaciones relacionadas no solo con COVID-19 y con otras enfermedades infecciosas (gripe estacional) sino también con las trayectorias de hospitalización recurrente en el caso de personas con enfermedades crónicas.



ESTRUCTURA DE DATOS

DATOS CRÍTICOS

El conjunto de datos propuesto está estructurado inicialmente en **2 bloques** de datos y de un módulo opcional (stock de EPI) que puede ser suprimido o simplificado.

El **primer bloque de datos** se reportaría una sola vez (información necesaria para dar alta en registro) y conformaría una ENCUESTA DE CENTROS perfectamente lista para componer el censo residencial. Procedería únicamente editar los oportunos cambios en supuestos de actualización de datos.

Se sugiere además la generación automática de un identificador único para cada registro de manera que se dote de identidad a cada centro residencial. Este identificador puede ser generado aleatoriamente o contener simultáneamente datos lógicos -por ejemplo, códigos de región (NUTS2), código postal o códigos de tipología- de manera que el identificador ya aporte un significado útil.

Los únicos datos de carácter personal que contendría serían los referidos a las personas responsables de mantener la información actualizada de cada centro residencial, así como personas de contacto.

El **segundo bloque de datos** conformaría la ENCUESTA DE RESIDENTES y PERSONAL y sería una batería de información relacionada con COVID-19 que implicaría reporte con una frecuencia indicada (diaria/semanal) y únicamente en casos de aparición de brote en residencia, considerando que este existe a partir del primer caso confirmado por laboratorio en residentes o en personal y se mantiene hasta que se determine que el se ha erradicado el brote (2 test negativos).

Este bloque de datos tiene correlación con los que sugiere el ECDC de la Comisión Europea para monitorización de *Long Term Care facilities*.

Un **tercer bloque de datos** podría ser el relacionado con los EPI.

Más adelante se pueden establecer otros bloques de reporte de información (módulos) respecto a otras amenazas y eventos sanitarios de las personas residentes que deban ser compartidas con el sistema sanitario para su análisis y seguimiento (gripe estacional, microorganismos multirresistentes, olas de calor, recurrencias de ingreso hospitalario, etc.)



La estructura de datos propuesta inicialmente es la siguiente:

Bloques	Información	Nº entradas
Encuesta de centros (solo se rellena una vez y se actualiza por la dirección del centro y bajo su responsabilidad de mantener actualizado)	IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO	17
	INFORMACIÓN BÁSICA RESIDENTES	4
	INFORMACIÓN BÁSICA PLANTILLA	8
	INFORMACIÓN BÁSICA INFRAESTRUCTURA	5
Encuesta COVID-19 residentes y plantilla (con la frecuencia que se indique)	ESTADO EPIDEMIOLÓGICO RESIDENTES	6
	FALLECIMIENTOS	4
	SITUACIÓN PLANTILLA	4
	OBSERVACIONES (único campo abierto)	1
Encuesta EPIs y medidas de PCI (solo si lo estiman oportuno)	STOCK	11
	CONSUMO SEMANAL	11
	PREVISIÓN DE INTERRUPCIONES AL SUMINISTRO	

Consideramos que esta es una propuesta inicial de máximos que puede ser reducida a lo mínimo imprescindible siempre que el sistema en el que se aloje sea escalable y ampliable.

Se ha calculado que completar un formulario (cuestionario web) puede llevar unos **15/20 minutos la primera vez** (carga inicial de datos básicos de la residencia), reduciéndose a **5/7 minutos el reporte, en su caso, de los datos de frecuencia diaria o semanal según se determine**).

Por otra parte, si se determina como posible y oportuno, contestar a los dos bloques de datos en el primer reporte proporcionaría (gracias a la información acumulada recogida) datos críticos para conocer en profundidad la dimensión de la pandemia en las residencias en el ataque sufrido entre inicios de marzo y junio, permitiendo cruces de información muy relevantes para obtener aprendizajes.

De todos los datos se ha elaborado una tabla de conceptos aclaratoria para asegurar la calidad del dato con la correspondiente concordancia con la estructura de información requerida por el ECDC. Esta descripción es aún muy mejorable.

INFORMES, CRIBADOS Y ALERTAS

La obtención de la información indicada permitiría:

- Disponer de un mapa actualizado de residencias.
- Generar informes de estado de residencias individualizados y por agregados territoriales (localidad, provincia, comunidad...).
- Tener una imagen más fiable y actualizada de las residencias, de su estructura, de los recursos humanos disponibles, de su tamaño, etc, Cualquier proceso de mejora que se plantee debe partir de un correcto diagnóstico de situación basado en datos.



- Conocer el estado de cada residencia o de algunos clúster relevantes (geográficos, por tipología de personas atendidas, por tamaño...) respecto a la enfermedad COVID-19, activándose obligación de reporte periódico cuando se confirme algún caso (brote).
- Sistematizar posibles alertas inmediatas a través de cruces lógicos de información de manera que se pueda reaccionar de inmediato ante diferentes eventualidades.
- Poseer un enlace directo con los centros residenciales que permita a las Consejerías competentes transmitir de manera ordenada e inmediata información relevante (normativa, guías de actuación, planes de contingencia, etc...).

GENERACIÓN DE ALERTAS

De cara a la explotación de los datos agregados, se han desarrollado, por parte de IMSERSO, algunos análisis iniciales de riesgos (alertas) de tipo semáforo que describimos a continuación:

- Riesgo de colapso asistencial.
- Detección generalización interna de contagios.
- Problemas para aislamiento / sectorización.
- Alerta de manejo de fallecimientos.

Para la elaboración del sistema de alertas han sido definidos 3 algoritmos correlativos a los riesgos que se busca detectar que describimos a continuación a modo de ejemplo de explotación. Hay que considerar que fueron desarrollados en abril y que actualmente las capacidades diagnósticas y otras han mejorado sensiblemente.



NIVELES		INFORMACIÓN A GRABAR			
n1	n2	n3	ESTRUCTURA DE DATOS	CONCEPTO INFORMACIÓN A GRABAR	
DATOS QUE SE REPORTAN UNA VEZ (solo se actualizan si hay cambios)					
1			IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO		EQUIVALENCIAS CON ECDC: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-long-term-care-facilities-surveillance-guidance.pdf https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-10-long-term-care-facilities-surveillance-may-data-collection.xlsx LTCF identifier ECDC propone once tipologías que se han traducido al caso español como: RSH = Residencia de personas mayores; GNH = Centro asistido para personas mayores (C3); PCF = Unidad de cuidados paliativos; SAN = Unidad de convalecencia / estancias temporales; MD = Residencia personas con discapacidad intelectual; PH = Residencia para personas con discapacidad física; PS = Residencia para personas con enfermedad mental; RH = Centros de estancia temporal para rehabilitación; MIX = Centros que reúnen características de varios de los anteriores; O = Otros; UNK = Desconocido RSH = Residencia de personas mayores; GNH = Centro asistido para personas mayores (C3) PH = Residencia para personas con discapacidad física MD = Residencia personas con discapacidad intelectual PS = Residencia para personas con enfermedad mental O = Otros PUB = publica PRI = privada SOC = Social, sin ánimo de lucro PUB = publica PRI = privada SOC = Social, sin ánimo de lucro Address Region code = Cód NUTS2
	1.0		IDENTIFICADOR DEL CENTRO	De asignación automática puede ser de contenido lógico.	
	1.1		NOMBRE DE LA RESIDENCIA O CENTRO SOCIO-SANITARIO		
	1.2		Tipología genérica	Indicar la primordial	
		1.2.1	<i>Personas mayores</i>		
		1.2.2	<i>Personas con discapacidad física</i>		
		1.2.3	<i>Personas con discapacidad psíquica</i>		
		1.2.4	<i>Enf. Mental</i>		
		1.2.5	<i>Infancia</i>		
		1.2.6	<i>Otras</i>		
	1.3		Titularidad	Pública, privada sin ánimo de lucro, privada	
		1.3.1	<i>Pública</i>		
		1.3.2	<i>Privada</i>		
		1.3.3	<i>Privada sin ánimo de lucro</i>		
	1.4		Gestión		
		1.4.1	<i>Pública</i>		
		1.4.2	<i>Privada</i>		
		1.4.3	<i>Privada sin ánimo de lucro</i>		
	1.5		Entidad titular		
	1.6		Entidad que gestiona		
	1.7		Dirección del centro residencial		
	1.8		CP		
	1.9		Localidad		
	1.10		Provincia		
	1.11		Comunidad/Ciudad autónoma		
	1.12		Teléfono 1		
	1.13		Teléfono 2		
	1.14		e-MAIL		
	1.15		Responsable 1	Director / directora del centro	
	1.16		Responsable 2	Segundo/a responsable (dirección médica, gerencia, etc...)	



NIVELES			INFORMACIÓN A GRABAR	
n1	n2	n3	ESTRUCTURA DE DATOS	CONCEPTO INFORMACIÓN A GRABAR
<p style="color: red; font-weight: bold;">DATOS QUE SE REPORTAN UNA VEZ (solo se actualizan si hay cambios)</p>				<p>EQUIVALENCIAS CON ECDC: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-long-term-care-facilities-surveillance-guidance.pdf https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-10-long-term-care-facilities-surveillance-may-data-collection.xlsx</p>

2		INFORMACIÓN BÁSICA RESIDENTES		
2.1		Nº total plazas	Nº de plazas en registros oficiales (autorización de actividad)	N of resident beds
2.2		Edades residentes	Nº por tramos	
	2.2.1	< 60 años		
	2.2.2	60-69		
	2.2.3	70-79		
	2.2.4	80-89		
	2.2.5	90-99		
	2.2.6	> 100		
	2.2.7	Hombres < 60 años		
	2.2.8	Hombres 60-69		
	2.2.9	Hombres 70-79		
	2.2.10	Hombres 80-89		
	2.2.11	Hombres 90-99		
	2.2.12	Hombres > 100		
	2.2.13	Mujeres <60 años		
	2.2.14	Mujeres 60-69		
	2.2.15	Mujeres 70-79		
	2.2.16	Mujeres 80-89		
	2.2.17	Mujeres 90-99		
	2.2.18	Mujeres > 100		
2.3		Grado de funcionalidad de los residentes	Este apartado se podría sustituir por mejores clasificaciones (escalas) funcionales. No obstante no están disponibles en todos los centros residenciales. Se han considerado la clasificación alfa y beta que propone la Generalitat de Catalunya en sus guías.	
	2.3.1	<i>Autónomos (tipo α)</i>	nº personas autónomas para realizar ABVD o bien aquellas que necesitan algún tipo de soporte no necesariamente profesionalizado; ó Test de Barthel ≥50; ó Test de Pfeiffer: 0-2 errores; ó con grado de dependencia I.	
	2.3.2	<i>Dependientes (tipo β)</i>	nº de personas dependientes que necesitan apoyo total o parcial para realizar ABVD. Incluye necesidad de supervisión intensa por demencias avanzadas y personas cuyas atenciones requieren cuidado profesionalizado, ó Test de Barthel < 50; ó Test de Pfeiffer: 3-10 errores; Grado de dependencia II y III.	
	2.3.3	<i>Autónomos Hombres</i>		
	2.3.4	<i>Autónomos Mujeres</i>		
	2.3.5	<i>Dependientes Hombres</i>	Se entiende como dependientes a aquellas personas que precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.	
	2.3.6	<i>Dependientes Mujeres</i>		



NIVELES			INFORMACIÓN A GRABAR		EQUIVALENCIAS CON ECDC: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-long-term-care-facilities-surveillance-guidance.pdf https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-10-long-term-care-facilities-surveillance-may-data-collection.xlsx
n1	n2	n3	ESTRUCTURA DE DATOS	CONCEPTO INFORMACIÓN A GRABAR	
DATOS QUE SE REPORTAN UNA VEZ (solo se actualizan si hay cambios)					
3			INFORMACIÓN BÁSICA PLANTILLA HABITUAL (incluida contratación externa)		<p>N of staff = Total number of staff. The definition of persons as 'staff' should be made nationally and should include those who work full time, part time, or periodically; including paid and unpaid staff. This is requested once per surveillance period rather than once per daily/weekly report. Therefore repeat this for each daily/weekly report.</p>
	3.1		Médicos Nº:	Todo tipo (geriatras, rehabilitadores, etc)	
	3.2		Enfermería Nº:		
	3.3		Auxiliares/gerocultores Nº:	Todo tipo sea o no considerado estrictamente sanitario (auxiliares enfermería, gerocultores, cuidadores, etc.)	
	3.4		Otro personal técnico	Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc...	
	3.5		Personal de administración	Incluye la dirección salvo que sea personal incluido en apartados anteriores	
	3.6		Personal de limpieza Nº:		
	3.7		Otro personal Nº.	Conductores/as, cocineros, mantenimiento, vigilancia, etc...	
	3.8		Total	Plantilla total independientemente de situación actual de bajas laborales. Incluye personal subcontratado (suma del 3.1 al 3.7)	
4			INFORMACIÓN BÁSICA INFRAESTRUCTURA		
	4.1		nº HABITACIONES	Individuales, dobles, múltiples	
		4.1.1	<i>Individuales</i>		
		4.1.2	<i>Dobles</i>		
		4.1.3	<i>Múltiples</i>		
	4.2		nº de plantas		
	4.3		Nº de zonas comunes	Incluye salas actividades, comedores, salas rehabilitación, etc	
	4.4		Posibilidad de separación de seguridad en edificio (p.ej. Separación vertical, por zonas de incendio, etc) para aislar por cohortes		
		4.4.1	<i>Si</i>		
		4.4.2	<i>No</i>		
	4.5		Posibilidad de disponer de zonas/habitaciones diferenciadas para residentes en aislamiento		
		4.5.1	<i>Si</i>		
		4.5.2	<i>No</i>		



NIVELES		INFORMACIÓN A GRABAR		EQUIVALENCIAS CON ECDC: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-long-term-care-facilities-surveillance-guidance.pdf
n1	n2	n3	ESTRUCTURA DE DATOS	CONCEPTO INFORMACIÓN A GRABAR
DATOS QUE SE REPORTAN PERIÓDICAMENTE (una vez que hay brote declarado)				
5			DATOS DE RECOGIDA DIARIA SITUACIÓN RESIDENTES	SITUACIÓN A LAS 9:00 HORAS DEL DÍA QUE SE INFORMA
	5.0		Nº de residentes actual	Residentes actuales (los reales, a las 9 de la mañana de cada día de reporte).
	5.1		Nº Residentes sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19 (a)	
	5.2		Nº Residentes sin síntomas en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19 (b)	En los centros en los que ha existido contacto con alguna persona confirmada, no debe incluirse en este ítem la totalidad de residentes, sino solo aquellos que, por haber tenido contacto estrecho con ellos, están en observación y estricto aislamiento preventivo).
	5.3		Nº Residentes con síntomas compatibles con el COVID-19 (c)	No testados. Fiebre, tos, disnea, dolores musculares...
	5.4		Nº Casos confirmados de COVID-19 (d)	Solo casos testados y confirmados
		5.4.1	Confirmados mediante PCR	
		5.4.2	Confirmados mediante test anticuerpos	
	5.5		Nº Casos pendientes de ingreso en hospital	Solicitado traslado a hospital y en espera
	5.6		Nº Casos derivados e ingresados en hospital	Residentes derivados a atención hospitalaria con ingreso efectivo.
6			DATOS DE SITUACIÓN PRUEBAS Y TEST	
	6.1		Nº total test realizados a residentes (acumulado)	
		6.1.1	PCR	
		6.1.2	Test anticuerpos	
	6.2		Nº total de residentes actuales sin test	
	6.3		Nº total test realizados a profesionales (acumulado)	
		6.3.1	PCR	
		6.3.2	Test anticuerpos	
	6.4		Nº total de profesionales actuales sin test	

NUM = Número de plazas ocupadas el día que se comunica brote por primera vez. Total number of beds occupied by residents included in the initial report. This figure also includes beds occupied by residents who are absent due to hospitalisation, etc. Beds shared by partners should be counted as two beds. This is requested once per surveillance period rather than once per daily/weekly report. Therefore repeat this for each daily/weekly report.



NIVELES		INFORMACIÓN A GRABAR		EQUIVALENCIAS CON ECDC: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-long-term-care-facilities-surveillance-guidance.pdf	
n1	n2	n3	ESTRUCTURA DE DATOS	CONCEPTO INFORMACIÓN A GRABAR	
7			DATOS DE FALLECIMIENTOS		
	7.1		Nº Fallecimientos en residencia desde el 01/03/2020 (acumulados)	Todos los fallecimientos	Number of deaths in LTCF(s)
		7.1.1	<i>Con diagnóstico posible COVID-19</i>	Se recogerán todos los casos que hayan fallecido y que no se les haya hecho la prueba pero que, en el certificado de defunción, conste que es un caso compatible o con sospechas de infección por el COVID-19.	Number of deaths amongst possible and probable COVID-19 cases amongst residents
		7.1.2	<i>Con diagnóstico confirmado COVID-19</i>	Se recogerán todos los casos que hayan fallecido con COVID-19 confirmado por prueba de laboratorio o test.	Number of deaths amongst confirmed COVID-19 cases amongst symptomatic residents
		7.1.3	<i>Por otras causas (no COVID-19)</i>		
	7.2		Nº Fallecimientos en residencia últimas 24 horas	Todos los fallecimientos con exitus en residencia últ 24h	
		6.2.1	<i>Con diagnóstico posible COVID-19</i>	Se recogerán todos los casos que hayan fallecido y que no se les haya hecho la prueba pero que, en el certificado de defunción, conste que es un caso compatible o con sospechas de infección por el COVID-19.	
		6.2.2	<i>Con diagnóstico confirmado COVID-19</i>	Se recogerán todos los casos que hayan fallecido con COVID-19 confirmado por prueba de laboratorio o test.	
		6.2.3	<i>Por otras causas o desconocido</i>		
	7.3		Fallecimientos de residentes en hospital últimas 24 horas	Todos los fallecimientos con exitus en hospital últ 24h	
		6.3.1	<i>Con diagnóstico posible COVID-19</i>	Se recogerán todos los casos que hayan fallecido y que no se les haya hecho la prueba pero que, en el certificado de defunción, conste que es un caso compatible o con sospechas de infección por el COVID-19.	
		6.3.2	<i>Con diagnóstico confirmado COVID-19</i>	Se recogerán todos los casos que hayan fallecido con COVID-19 confirmado por prueba de laboratorio o test.	
		6.3.3	<i>Por otras causas o desconocido</i>		
	7.4		Nº cuerpos pendientes de retirada en la residencia		



NIVELES		INFORMACIÓN A GRABAR	EQUIVALENCIAS CON ECDC: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-long-term-care-facilities-surveillance-guidance.pdf
n1	n2	n3	
		ESTRUCTURA DE DATOS	CONCEPTO INFORMACIÓN A GRABAR
8		SITUACIÓN PLANTILLA	
	8.1	Personal en situación de baja laboral por COVID-19 confirmado	Incluir solo bajas no sustituidas de personal
	8.1.1	Médicos Nº:	Todo tipo (geriatras, rehabilitadores, etc)
	8.1.2	Enfermeras Nº:	
	8.1.3	Auxiliares/Gerocultores Nº:	Todo tipo sea o no considerado sanitario (auxiliares enfermería, cuidadores, etc.)
	8.1.4	Otro personal técnico	Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc...
	8.1.5	Personal de administración Nº:	Incluye la dirección salvo que sea personal 3.1 a 3.2
	8.1.6	Personal de limpieza Nº:	
	8.1.7	Personal de cocina Nº:	
	8.1.8	Personal de mantenimiento Nº:	
	8.1.9	Otro personal Nº.	Conductores/as, vigilancia, otro personal sanitario (fisioterapeutas...), etc...
	8.1.10	Total bajas	
	8.2	Personal en situación de baja laboral por COVID-19 no confirmado	Incluir solo bajas no sustituidas de personal
	8.2.1	Médicos Nº:	Todo tipo (geriatras, rehabilitadores, etc)
	8.2.2	Enfermería Nº:	
	8.2.3	Auxiliares/Gerocultores Nº:	Todo tipo sea o no considerado sanitario (auxiliares enfermería, cuidadores, etc.)
	8.2.4	Otro personal técnico	Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc...
	8.2.5	Personal de administración Nº:	Incluye la dirección salvo que sea personal 3.1 a 3.3
	8.2.6	Personal de limpieza Nº:	
	8.2.7	Personal de cocina Nº:	
	8.2.8	Personal de mantenimiento Nº:	
	8.2.9	Otro personal Nº.	Conductores/as, vigilancia, otro personal sanitario (fisioterapeutas...), etc...
	8.2.10	Total bajas	Suma de las siguientes (oculta)
	8.3	Personal en situación de baja laboral por otras causas	Bajas no sustituidas de personal
	8.3.1	Médicos Nº:	Todo tipo (geriatras, rehabilitadores, etc)
	8.3.2	Enfermeras Nº:	
	8.3.3	Auxiliares/Gerocultores Nº:	Todo tipo sea o no considerado sanitario (auxiliares enfermería, cuidadores, etc.)
	8.3.4	Otro personal técnico	Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc...
	8.3.5	Personal de administración Nº:	Incluye la dirección salvo que sea personal 3.1 a 3.3
	8.3.6	Personal de limpieza Nº:	
	8.3.7	Personal de cocina Nº:	
	8.3.8	Personal de mantenimiento Nº:	
	8.3.9	Otro personal Nº.	Conductores/as, vigilancia, otro personal sanitario (fisioterapeutas...), etc...
	8.3.10	Total bajas	Suma de las siguientes (oculta)
	8.4	Fallecimientos personal desde el 01/03/2020 (COVID-19 confirmado o posible)	Se recogerán todos los casos que hayan fallecido por COVID-19 confirmado o posible, sumados a los casos a los que no se les haya hecho la prueba pero que, en el certificado de defunción, conste que es un caso compatible o con sospechas de infección por el COVID-19.



NIVELES		INFORMACIÓN A GRABAR		EQUIVALENCIAS CON ECDC: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-long-term-care-facilities-surveillance-guidance.pdf
n1	n2	n3	ESTRUCTURA DE DATOS	CONCEPTO INFORMACIÓN A GRABAR
9			STOCK EQUIPOS Y MATERIAL DE PROTECCIÓN HOMOLOGADO (opcional)	No se incluirán materiales subestándar que se estén utilizando (mascarillas y batas de tela, etc.)
	9.1		BATAS	Unidades
	9.2		CALZAS	Pares
	9.3		MANDILES	Unidades
	9.4		GORROS	Unidades
	9.5		GUANTES	Pares
		9.5.1	Vinilo	
		9.5.2	Nitrilo	
	9.6		GAFAS DE PROTECCIÓN	Unidades
	9.7		PANTALLAS FACIALES	Unidades
	9.8		MASCARILLAS	Unidades
		9.8.1	Mascarillas FFP2	Type of staff masks
		9.8.2	Mascarillas FFP3	Type of staff masks
		9.8.3	Mascarillas quirúrgicas	Type of staff masks
	9.9		SOLUC HIDROALCOHOLICA (litros)	Litros
	9.10		ALCOHOL (litros)	Litros
	9.11		LEJIA (litros)	Litros
10			Observaciones	



Parámetros

determinación alertas	
Ratio normal de personal de atención (RN)	
Ratio actual de personal de atención (RA)	
Diferencia RA RN	
%RA respecto a RN	
Riesgo claudicación personal	
Índice de contagios probables (ICP)	
Incremento de contagios probables (Δ ICP)	
Clasificación Estado epidémico	
Situación C24	
Situación C48	
Clasificación respecto a fallecimientos	
Certeza epidemiológica residentes $(6.1 / (= \text{suma}; 5.1:5.4)) = \geq 95$ para	
Certeza epidemiológica profesionales $(6.4/3.8) = \geq 90$	
Certeza epidemiológica	
Indicadores básicos:	
TASA DE ATAQUE RESIDENTES	$TAR = [(infectados 5.3+5.4) + (fallecidos 7.1.1+7.1.2)] / [totales (residentes actuales 2.2) + (fallecidos 7.1)] = x\%$
TASA DE ATAQUE PROFESIONALES	$TAP = [(infectados 8.1+8.2) + (fallecidos 8.4)] / [totales (plantilla total 3.8)] = x\%$
TASA DE ATAQUE TOTAL RESIDENCIA	$TATR = [(infectados 5.3+5.4) + (fallecidos 7.1.1+7.1.2) + (infectados 8.1+8.2) + (fallecidos 8.4)] / [(residentes actuales 2.2) + (fallecidos 7.1) + (plantilla total 3.8)] = x\%$
TASA DE LETALIDAD ACUMULADA RESIDENTES	$TLA = (fallecidos 7.1.1+7.1.2) / (5.3 + 5.4) = x\%$
TASAS DE ATAQUE CENTROS (PROVINCIAL/AUTONÓMICA/ESTADAL)	$(n^{\circ} \text{ CENTROS CON } 5.1 + 5.2 > 1) / (N^{\circ} \text{ TOTAL CENTROS EN EL TERRITORIO})$
Se establecerán también por tipología residencial (1.2)	



Equivalencias ECDC

<u>code</u>	<u>denomination ECDC</u>	<u>equivalencia propuesta para España</u>	<u>Notas</u>
RSH	Residential home	Residencia de personas mayores	Residencia que se configura como el hogar de personas mayores con autonomía para realizar la mayoría de las ABVD. Mayoritariamente diseñados para personas no dependientes o dependientes moderados (Grado I), aunque acojan a personas con mayor deterioro.
GNH	General nursing home	Centro asistido para personas mayores (C3)	Residencia que atiende a personas mayores que mayoritariamente requieren cuidados permanentes, con apoyos constantes para realizar las ABVD y/o con supervisión continuada por limitaciones físicas o neurocognitivas. Cuenta con servicios sanitarios (medicina y enfermería permanentes) del tipo C3 no integrados en sistema de salud.
PCF	Palliative care facility	Unidad de cuidados paliativos	Unidades de cuidados paliativos generalmente por derivación hospitalaria.
SAN	Sanatorium	Unidad de convalecencia / estancias tempotales	Estancias temporales para convalecencia sanitaria (por alta hospitalaria y/o por causas sanitarias o sociales)
MD	LTCF for mentally disabled	Residencia personas con discapacidad intelectual	Residencia que se configura como el hogar de personas con discapacidad intelectual.
PH	LTCF for physically disabled	Residencia para personas con discapacidad física	Residencia que se configura como el hogar de personas con discapacidad física y orgánica.
PS	Psychiatric LTCF	Residencia para personas con enfermedad mental	Residencia que se configura como el hogar de personas con trastorno mental.
RH	Rehabilitation	Centros de estancia temporal para rehabilitación	Estancias temporales para rehabilitación física o psíquica
MIX	Mixed LTCF	Centros que reúnen características de varios de los anteriores	Se evitará en lo posible esta clasificación ya que de las anteriores se deberá señalar el tipo primordial de cuidados en el centro.
O	Other	Otros	
UNK	Unknown	Desconocido	