

INFORME

EL IMPACTO DEL COVID19 EN LAS RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES DE CASTILLA Y LEÓN Y MEDIDAS ADOPTADAS

29 de septiembre de 2020



Elaborado por:

Servicio de Estudios y Documentación

Dirección Técnica Atención a Personas Mayores y Personas con Discapacidad

Dirección Técnica de Recursos Humanos y Gestión de Centros

Dirección Técnica de Acceso a los Servicios Sociales y Atención a la Dependencia

Gerencias Territoriales de Servicios Sociales

Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria (Consejería de Sanidad)

Secretario General de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades



Jesús Fuertes Zurita

Índice

Índice	3
Introducción	8
1 Contexto Nacional e Internacional	10
1.1 Contexto Internacional.....	10
1.1.1 COVID19 y Personas Mayores	11
1.1.2 COVID19 en los Centros Residenciales	13
1.1.3 Evidencia científica sobre el impacto del COVID19 en entornos residenciales.	17
1.2 Impacto del COVID19 en los modelos internacionales de centros residenciales de personas mayores	21
1.2.1 Revisión del Modelo Asistencial de Estados Unidos (Agosto de 2020).....	21
1.2.2 Revisión del Modelo Asistencial de Canadá (Agosto de 2020).....	24
1.2.3 Revisión del Modelo Asistencial de Alemania (Agosto de 2020).....	26
1.2.4 Revisión del Modelo Asistencial de Suecia (Agosto de 2020).....	29
1.2.5 Revisión del Modelo Asistencial de Francia (Agosto de 2020).....	32
1.2.6 Revisión del Modelo Asistencial de Reino Unido (Agosto de 2020)	36
1.3 Contexto Nacional	40
1.3.1 El sistema residencial en las distintas Comunidades.....	40
1.4 Valoración de la mortalidad en residencias en el entorno nacional e internacional	45
1.4.1 Datos proporcionados por las Comunidades Autónomas.	46
1.4.2 Centro Nacional de Epidemiología. Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo).....	48
1.4.3 Instituto Nacional de Estadística. Estimación del número de defunciones semanales durante el brote de COVID19 (EDeS).....	51

1.4.4	Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León. Información procedente de certificados de defunción de los meses de marzo y abril.....	53
1.4.5	Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.....	54
1.5	Mortalidad en residencias. Comparación en el ámbito nacional e internacional.	56
1.5.1	Personas fallecidas en situación de dependencia y atención residencial.....	59
2	El sector Residencial de Personas mayores en Castilla y León.....	60
2.1	Clasificación de los Centros y Plazas Residenciales.....	61
2.1.1	Centros y Plazas residenciales según la financiación de las mismas.....	62
2.1.2	Centros y Plazas residenciales según la titularidad de las mismas.....	62
2.1.3	Centros y Plazas residenciales según el tamaño de los centros.....	65
2.1.4	Centros y Plazas residenciales según la ubicación de las mismas (hábitat rural o urbano) 70	
3	Análisis del impacto de la epidemia en los centros residenciales de personas mayores.....	74
3.1	Evolución de la población residencial de los Centros durante la crisis de sanitaria.....	74
3.2	Morbilidad: Evolución de los contagios en la población residencial de los Centros durante la crisis de sanitaria.....	75
3.2.1	Morbilidad según las distintas variables de los centros residenciales de personas mayores.78	
3.2.2	Distribución territorial y temporal de la morbilidad en los centros residenciales de personas mayores.....	81
3.3	Hospitalizaciones y Derivaciones Hospitalarias.....	91
3.4	Mortalidad y Letalidad en la población residencial de los Centros durante la crisis de sanitaria.....	92
3.5	Perfil de personas fallecidas de la población residencial de los Centros durante la crisis de sanitaria.....	101
3.5.1	Lugar de fallecimiento.....	102
3.5.2	Distribución por sexo y edad.....	103
3.5.3	Grado de dependencia y estado de salud.....	105

4	Actuaciones desarrolladas ante COVID19 en los centros residenciales de personas mayores	108
4.1	Evolución de la epidemia en los centros residenciales	108
4.2	Elaboración y difusión permanente de documentos con las medidas a adoptar	115
4.3	Planes de Contingencia de los Centros	121
4.4	Actuaciones de apoyo, asesoramiento y seguimiento de Centros	122
4.4.1	Sistema de seguimientos.	122
4.4.2	Información, asesoramiento y pautas de actuación.	124
4.5	Adquisición y suministro de material de protección a los centros residenciales.....	125
4.5.1	Apoyo a centros en dotación y adquisición EPIS.....	125
4.5.2	Compra y distribución de EPIs para Centros Residenciales durante la crisis sanitaria	127
4.5.3	Compra y distribución de EPIs para Centros Residenciales durante la desescalada y la nueva normalidad.....	130
4.6	Gestión de recursos humanos.....	131
4.6.1	Gestión de recursos humanos en Centros de Titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales	132
4.6.2	Formación del personal Sociales.....	139
4.6.3	Gratificaciones extraordinarias.....	141
4.6.4	Voluntariado	141
4.7	Traslado de información a la autoridad sanitaria.....	142
4.8	Labores de desinfección de centros.....	142
4.9	Reubicación y traslado de residentes a otros centros residenciales y a recursos intermedios por parte de la gerencia de Servicios Sociales.-	143
4.10	Atención a las familias y traslado a domicilio	146
4.10.1	Traslado a domicilios de familiares:	147
4.11	Actuaciones Sanitarias	148
4.11.1	. Actuaciones por parte de la Consejería de Sanidad	148

4.11.2	Actuaciones por parte del SAMUR.....	157
4.11.3	Actuaciones por parte de MEDICOS SIN FRONTERAS.....	157
4.12	Actuaciones de Comprobación y Control.....	158
4.13	Procedimientos sancionadores incoados en los centros	161
4.14	Intervención de los centros	161
4.15	Transparencia. Sistema de información y estadística	164
4.15.1	Sistema de Información. Recogida de Datos y Tratamiento.....	164
4.16	Traslado de la Información.....	166
4.16.1	Traslado de información a los CECOPI, tanto regional como a los provinciales	166
4.16.2	Traslado de información al Ministerio de Sanidad.....	168
4.16.3	Traslado de información a la Fiscalía.....	169
4.16.4	Traslado de información a la Delegación del Gobierno:	171
4.17	Transparencia y publicación de los datos.	172
4.17.1	Derecho de acceso a Información Pública.....	174
4.17.2	Buzón del Presidente.....	174
4.17.3	SIAU (Sistema de Información Administrativa Único).	174
4.17.4	Comparecencias públicas de la Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades ante los medios de comunicación.....	174
4.18	Actuaciones de órganos de Control externo.....	174
4.18.1	Quejas y resoluciones del Procurador del Común.....	174
4.18.2	Quejas y resoluciones del Defensor del Pueblo	176
4.19	Actuaciones judiciales y de la fiscalía.....	176
4.19.1	Comunicaciones e informes con juzgados y fiscalía.....	176
4.19.2	Resultado de algunas de las actuaciones de juzgados y Fiscalía	177
5	CONCLUSIONES INFORME.....	181
5.1	El contexto.....	181
5.2	Principales resultados.....	182

5.3	Plazas residenciales y ocupación	183
5.4	Morbilidad	183
5.5	Mortalidad y letalidad.....	184
5.6	Evolución de la epidemia	185
5.7	Las medidas y sus efectos.....	186
5.8	Concluyendo	188
5.9	El futuro	189
5.10	Cierre.....	191

Introducción

Millones de infectados y miles de muertos son la dramática consecuencia de la pandemia ocasionada por el COVID19 en todo el planeta. Una crisis sanitaria, social y humanitaria sin precedentes en nuestra historia reciente que ha afectado, muy especialmente, y a nivel global, a las personas mayores y a los entornos en los que viven muchos de ellas, los centros residenciales para personas mayores.

Ni España, ni la Comunidad de Castilla y León han sido ajenas a esta dramática realidad en las que un elevado número de los contagios y fallecimientos acaecidos han tenido lugar en dichos centros residenciales.

Desde la responsabilidad como gestores públicos constituye una prioridad evaluar y analizar todas y cada una de las circunstancias relacionadas con la afectación del COVID19 a los centros residenciales. Una evaluación objetiva y despojada de apriorismos que a partir de los datos e informes técnicos nos permitan contar con un análisis detallado, minucioso y veraz tanto de los factores que propiciaron los contagios y fallecimientos en los centros como de las actuaciones desarrolladas por las Administraciones Públicas y sus efectos y grado de eficacia.

A partir de este estudio y de las conclusiones que se deriven será posible identificar con claridad las debilidades y fortalezas del sistema residencial y sanitario de Castilla y León, que habrán de señalar el camino para la adopción de aquellas decisiones que nos permitan hacer frente con éxito a situaciones similares que puedan presentarse en un futuro no muy lejano.

Así mismo, este informe constituye una exigencia derivada del principio de transparencia que ha de impregnar la actuación pública, constituyendo una valiosa fuente de datos e información a disposición de todos los ciudadanos interesados.

Con idéntico fundamento, el pasado 17 de junio se suscribió en Castilla y León el Pacto para la Recuperación Económica, el Empleo y la Cohesión Social. Una de las medidas suscritas en dicho acuerdo establecía el compromiso de elaborar un informe sobre incidencia y prevalencia de COVID19 en los centros residenciales de personas mayores de Castilla y León. Reforzando este compromiso, el Presidente de la Junta de Castilla y León se comprometió en el debate sobre el Estado de la Comunidad celebrado el 30 de junio, a remitirlo a las Cortes de Castilla y León, en el primer mes del nuevo periodo de sesiones.

Este informe responde a estos objetivos y compromisos y es el resultado de una intensa labor de técnicos y profesionales de la Junta de Castilla y León que desde antes incluso de finalizar el estado de alarma ya trabajan en el análisis sobre la afectación del COVID19 en los centros residenciales de esta Comunidad Autónoma.

Como consideración previa hay que señalar que el informe abarca un periodo temporal que comienza el 14 de marzo, día en el que se declara el estado de alarma y culmina en el mes de septiembre. Un marco temporal que en ocasiones, y en función de los datos analizados, se limita al 30 de junio y que en otras comprende un el periodo anteriormente indicado.

El informe consta de cuatro grandes apartados; el primero de ellos se refiere a un análisis del contexto intencional y nacional en el que se produce la pandemia, con una especial atención a la afectación producida en los centros residenciales considerado los diferentes modelos de atención a personas mayores existentes en el mundo.

Los bloques segundo y tercero se centran en analizar la situación específica de los centros residenciales en la Comunidad Autónoma de Castilla y León durante la pandemia, y ello, a partir de un exhaustivo análisis de la realidad del sistema residencial de Castilla y León y de los datos de seguimiento que el sistema de información ha recogido a diario.

El cuarto punto recoge de forma detallada todas las actuaciones desarrolladas por la Administración de la Comunidad Autónoma para luchar contra el COVID19 en los centros residenciales de Castilla y León. Se relacionan y explican las medidas tanto sociales como sanitarias adoptadas y se evalúa su efectividad.

Por último, un quinto punto va a recoger, a partir de los anteriores, una serie de conclusiones tanto de lo acaecido en los centros, como de las futuras actuaciones a desarrollar.

1 Contexto Nacional e Internacional

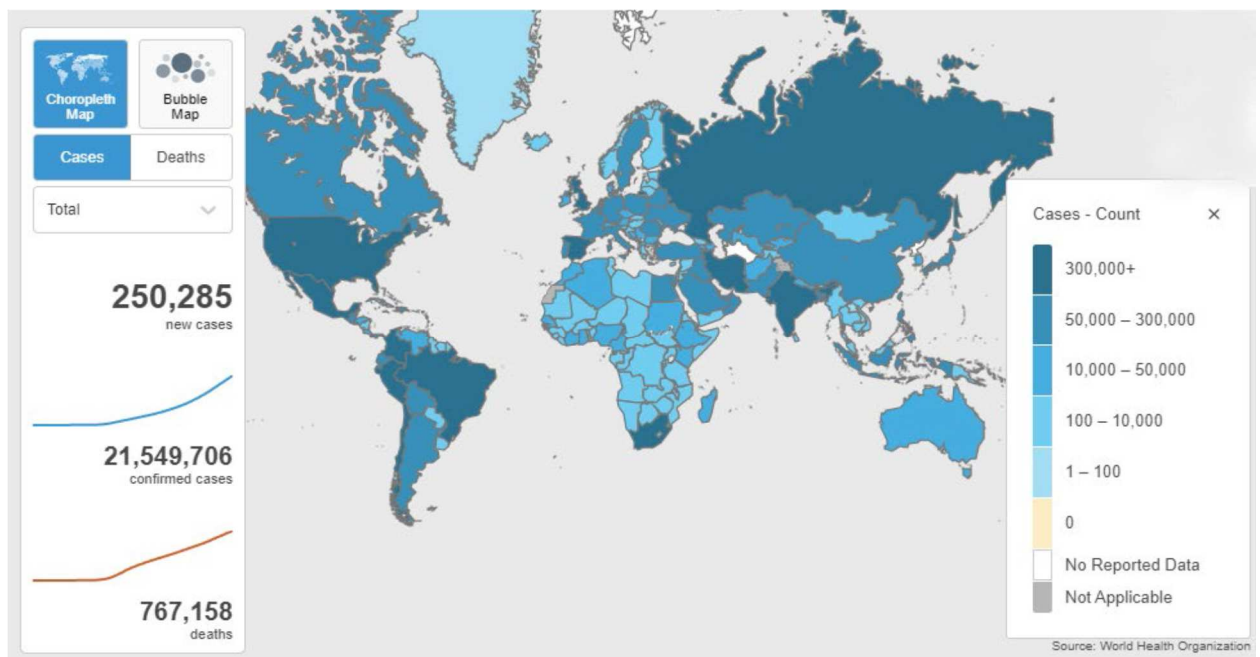
1.1 Contexto Internacional.

La pandemia de la COVID19 ha causado una crisis humana y sanitaria devastadora, sin duda, la peor que ha padecido el mundo en un siglo. En diciembre de 2019, un gran número de personas en Wuhan, provincia de la República Popular China, desarrollaron neumonía y fallo respiratorio de características similares a la epidemia de SARS (síndrome respiratorio agudo grave) de 2003.

A principios de enero de 2020, se aisló un nuevo virus de lavados bronco-alveolares, identificado posteriormente como beta-coronavirus. El virus fue denominado posteriormente SARS-CoV-2. Desde el momento de su aislamiento, y hasta la actualidad se ha extendido a nivel mundial, ha ocasionado millones de contagios diagnosticados y cientos de miles de muertes. El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró la existencia de una pandemia global por COVID19.

Datos oficiales de la OMS, representados en el WHO Coronavirus Disease (COVID19) Dashboard, permiten una visualización clara de la situación actual y la evolución desde principios de 2020.

El siguiente gráfico muestra la situación global de la Pandemia por COVID19 a 17 de agosto de 2020 por países así como la totalidad de casos con diagnóstico confirmado así como el número de muertes:



En España la incidencia de la enfermedad ha sido de las más elevadas del mundo, tanto en número de contagios en relación a la población como en tasas de mortalidad, especialmente entre los mayores de 65 años.

Por su directa relación con la situación de España en el contexto internacional, merece la pena considerar el estudio elaborado por el economista estadounidense Jeffrey Sachs y desarrollado junto a un equipo de expertos independientes que trabajan en la Red de Soluciones de Desarrollo Sostenible y la **fundación Bertelsmann Stiftung** y publicado por la editorial de la **Universidad de Cambridge**.¹ Según las conclusiones de este informe, España es el país que peor ha gestionado la pandemia del coronavirus de entre un grupo de más de 30 naciones pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

En el ranking de 33 países que analiza la respuesta a la emergencia del COVID19, España está en último lugar, con una puntuación de 0,39 de un máximo de 1, mientras que en el primero aparece Corea del Sur, con 0,9. Luego están Letonia (0,78), Australia (0,76), Lituania (0,75), Estonia (0,75), Japón (0,73), Eslovenia (0,72), Eslovaquia (0,72), y Nueva Zelanda, Noruega y Grecia con un 0,71 cada uno. El informe utiliza para la clasificación de la respuesta a la emergencia del COVID19 varios indicadores, entre los que se incluyen la tasa de contagio, la eficiencia en el control de la propagación del brote y la tasa de mortalidad.

1.1.1 COVID19 y Personas Mayores

Los efectos del COVID19 han alcanzado a toda la población, pero muy especialmente, por la propia naturaleza de la enfermedad, a las personas mayores. Y en este ámbito, los centros residenciales de personas mayores han sido duramente afectados con elevadas tasas de mortalidad entre los residentes.

¹ https://s3.amazonaws.com/sustainabledevelopment.report/2020/2020_sustainable_development_report.pdf

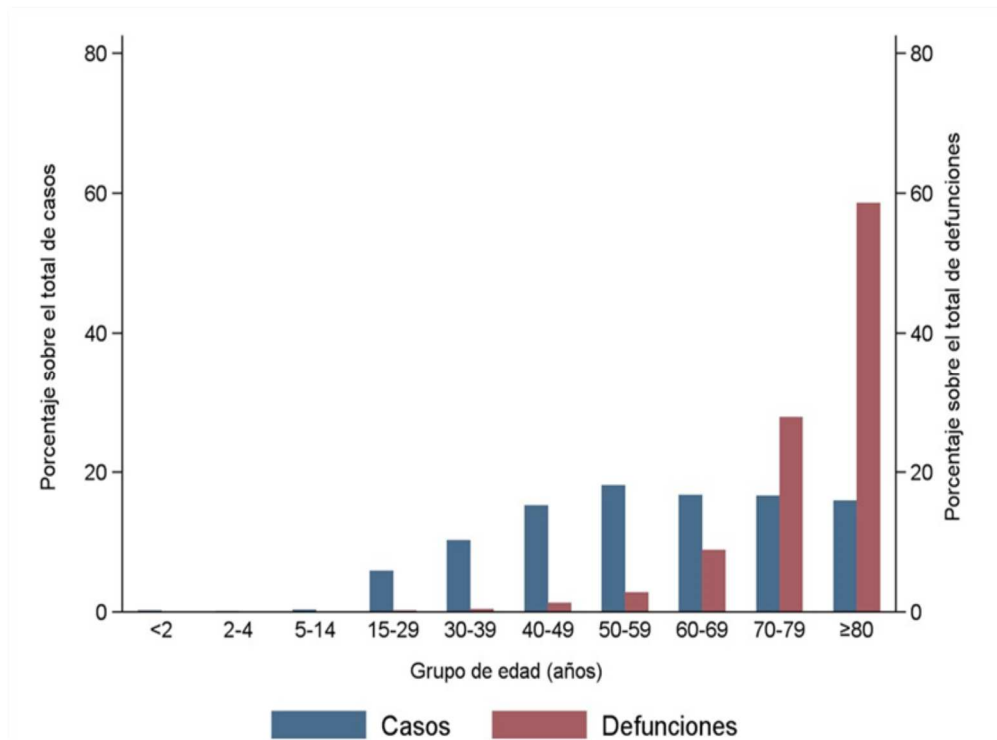


Gráfico 1

Tal y como puede apreciarse en el *gráfico 1*, el impacto por grupos de edad evidencia que, con respecto a otros grupos poblacionales, el virus ha tenido mayor impacto sobre las personas mayores de 70 años

El Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo) en España, refleja la distribución con respecto al exceso de mortalidad por edades que puede observarse en los *gráficos 2 y 3*:

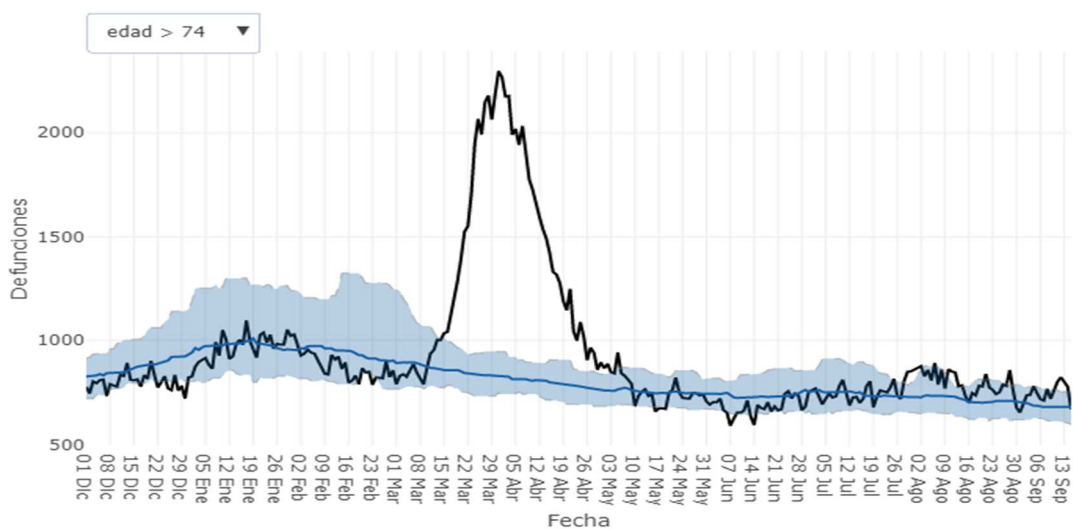


Gráfico 2

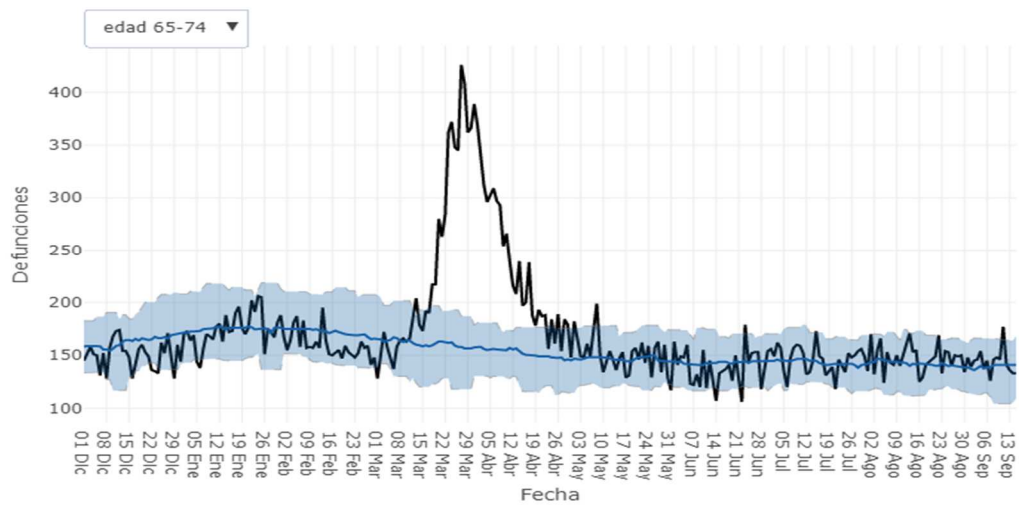


Grafico 3

Según los datos del MoMo referidos al periodo entre el 13 de marzo al 14 de septiembre, el principal y más destacado exceso de mortalidad se produce respecto de los mayores de 74 años, con un exceso del 26% y entre las personas de 65 a 74 años, con un exceso del 19%.

Las tasas de letalidad en el tramo de edad de 80 a 89 años fueron del 21,2% de casos confirmados y en mayores de 90 años del 22,2%. Por sexo en mujeres fueron del 16,4 y del 19,1% respectivamente y en hombres del 28,4 y del 31,3%²

1.1.2 COVID19 en los Centros Residenciales

El primer brote de COVID19 en un centro residencial de personas mayores del que se tiene noticia tuvo lugar en EEUU el 28 de febrero 2020 en Kirkland (Seattle), en una residencia calificada de segura según las autoridades estadounidenses. A partir de ese momento, los efectos derivados del COVID19 en residencias de personas mayores se han extendido a todo el mundo, aun cuando sus modelos de cuidados de larga duración sean muy diferentes.

Aunque la medición del impacto del COVID19 en las centros residenciales de mayores a nivel mundial tiene importantes carencias por la falta de información o las limitaciones en su acceso, si es necesario tener en cuenta el contexto de afectación a nivel mundial para determinar la situación de España en dicho ámbito.

² (Blanco, 2020, JUN 7)

En este sentido, aunque más tarde se incidirá en esta cuestión, es fundamental contar con datos fiables, vitales para el sistema de toma de decisiones en este entorno. Por ello, es preciso un esfuerzo y una inversión para poder conseguir indicadores científicamente robustos que sean comparables.

Según se recoge en el informe “*Mortality associated with COVID19 outbreaks in care homes: early international evidence*”³ existe una evidencia internacional creciente sobre que las personas que viven en centros residenciales son particularmente vulnerables a infecciones graves del COVID19 y que experimentan como resultado elevadas tasas de mortalidad.

En el *gráfico 4* se muestra la proporción de residentes de centros residenciales de personas mayores en comparación con la población total, proporción de residentes de centros residenciales de personas mayores que murieron (vinculado a COVID19) y muertes totales por millón de habitantes en el país. Se observa como España, con más del 6%, según dicho estudio, ocupa la primera posición en la proporción de residentes de centros residenciales de personas mayores que fallecieron (vinculado a COVID19)

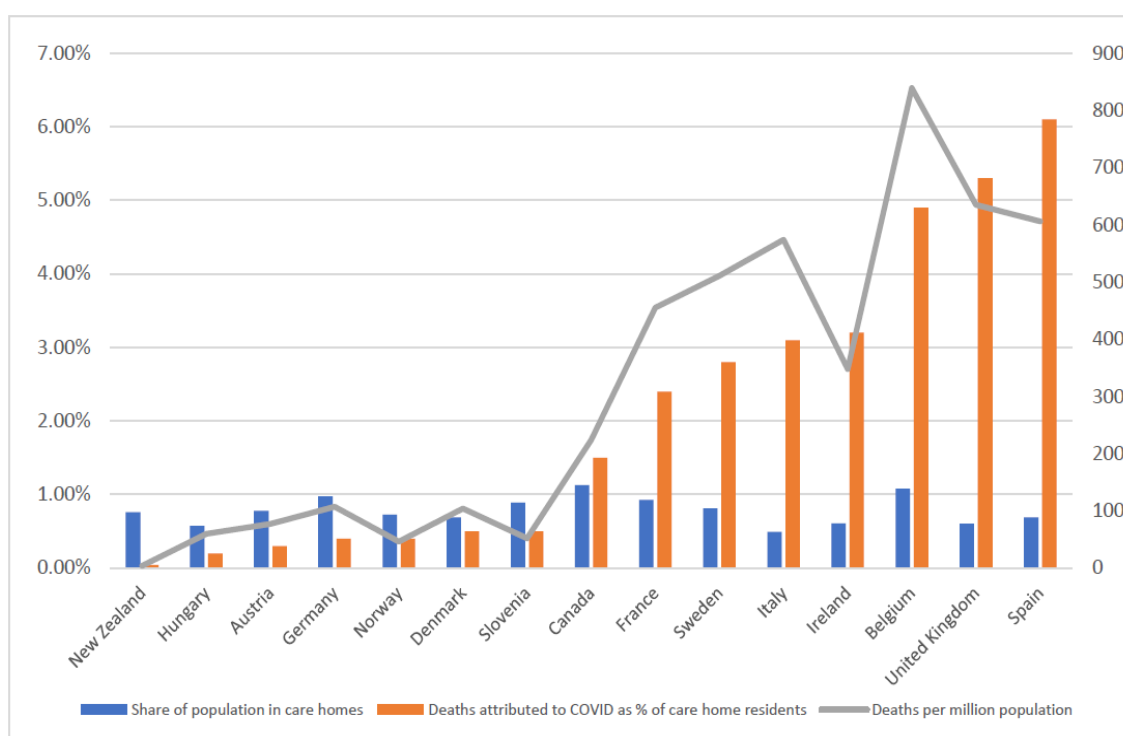


Gráfico 4

³ Itccovid.org

En el *Gráfico 5* que se recoge a continuación, y que se ha publicado en el “informe sobre el impacto del COVID19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en centros residenciales”, elaborado por el Grupo de Trabajo Multidisciplinar del Ministerio de Ciencia e Innovación⁴, se comparan 12 países desarrollados, donde se observa como el porcentaje de defunciones de personas que vivían en centros residenciales geriátricas sobre el total de fallecidos por COVID19 en cada país (datos, en su mayoría, actualizados al mes de mayo 2020) se aproxima al 50% como promedio, con variaciones entre países.

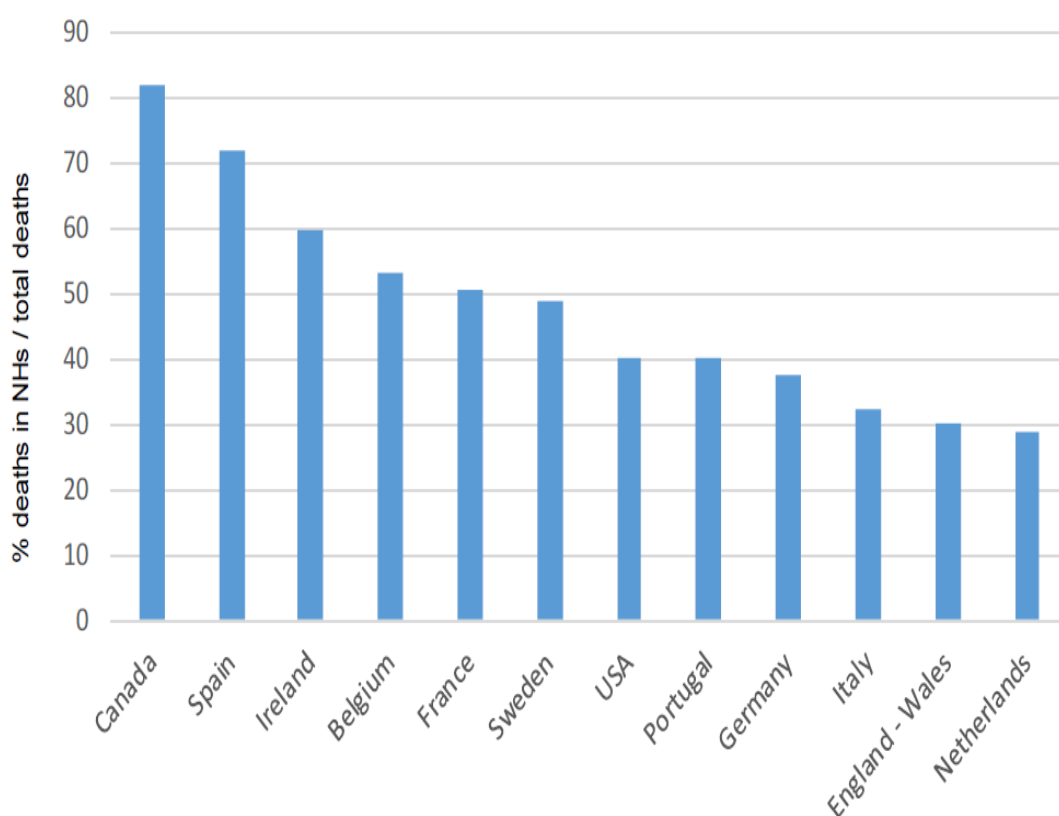


Gráfico 5

⁴ https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Informe_centros_residenciales_GDT_MinisterioCyI.pdf

Datos que indican que la afectación de la pandemia en los centros residenciales es compartida por muchos países del mundo, independientemente de su sistema de bienestar y de salud, y no es exclusiva de España. Aunque hay que destacar que en España la incidencia ha sido más elevada que en el resto de los países, con tasas de mortandad relativa muy elevadas, como se indica en la siguiente tabla⁵:

Rank	Country	Covid Index	Deaths Per Million	Effective Reproduction Rate (ERR)	Epidemic Control Efficiency (ECE)	ERR Decline	Mobility Decline
1	South Korea	0.90	5.00	0.76	0.63	0.36	0.10
2	Latvia	0.78	9.34	0.95	0.29	0.63	0.24
3	Australia	0.76	3.88	1.06	0.27	0.67	0.24
4	Lithuania	0.75	17.85	0.90	0.15	0.61	0.36
5	Estonia	0.75	46.14	0.94	0.21	0.73	0.31
6	Japan	0.73	5.08	1.25	0.29	0.70	0.16
7	Slovenia	0.72	49.18	0.83	0.07	0.78	0.46
8	Slovak Republic	0.72	4.77	0.96	0.07	0.74	0.42
9	New Zealand	0.71	4.34	0.80	-0.03	0.86	0.44
10	Norway	0.71	42.17	1.13	0.18	0.72	0.30
11	Greece	0.71	14.07	0.99	0.07	0.62	0.43
12	Denmark	0.70	92.00	1.11	0.19	0.73	0.29
13	Czech Republic	0.70	26.53	1.11	0.11	0.67	0.33
14	Finland	0.69	49.13	1.18	0.12	0.65	0.32
15	Hungary	0.68	43.48	1.14	0.06	0.63	0.32
16	Austria	0.65	70.13	1.16	0.00	0.58	0.44
17	Israel	0.64	29.04	1.22	-0.06	0.82	0.42
18	Luxembourg	0.64	166.13	0.95	-0.07	0.78	0.50
19	Germany	0.63	90.86	1.38	0.07	0.70	0.31
20	Switzerland	0.63	181.13	1.23	0.06	0.78	0.37
21	Poland	0.63	21.36	1.34	-0.05	0.52	0.38
22	Sweden	0.61	319.99	1.36	0.21	0.60	0.19
23	Netherlands	0.58	316.63	1.30	0.08	0.72	0.32
24	Canada	0.56	134.74	1.51	-0.10	0.63	0.37
25	Portugal	0.55	111.24	1.39	-0.21	0.65	0.49
26	Turkey	0.53	46.66	1.56	-0.25	0.65	0.38
27	Ireland	0.53	301.40	1.31	-0.14	0.73	0.44
28	United States	0.51	246.98	1.73	-0.05	0.63	0.27
29	Italy	0.49	508.74	1.19	-0.15	0.69	0.62
30	France	0.46	397.79	1.50	-0.21	0.68	0.54
31	United Kingdom	0.43	482.47	1.60	-0.15	0.60	0.43
32	Belgium	0.40	761.55	1.39	-0.10	0.67	0.45
33	Spain	0.39	575.26	1.50	-0.28	0.64	0.60

Tabla 1

⁵ https://s3.amazonaws.com/sustainabledevelopment.report/2020/2020_sustainable_development_report.pdf

1.1.3 Evidencia científica sobre el impacto del COVID19 en entornos residenciales.

Con el objetivo de poder construir un modelo lógico basado en la evidencia científica, se ha realizado una revisión sistemática que investiga las variables o factores que presentan una mayor correlación con el impacto del COVID19 en los entornos residenciales, así como aquellos que resultaron claves en la prevención de su propagación.

Se han incluido estudios cuantitativos publicados en revistas con revisión por pares: ensayos controlados aleatorios, estudios de cohortes, de casos y controles, y analíticos transversales que investigan el impacto del COVID19 así como editoriales médicos y publicaciones oficiales. Para esta revisión se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos *PsycINFO*, *CINAHL*, *SSCI* y *Medline*, *Academic Search Elite*, *Medline*, *Web of Science*, *Information Science & Technology Abstracts*, *medRxiv*, *Jewish Studies Source*, *BMJ Best Practice*.

La primera revisión sobre la evidencia temprana en relación con la incidencia de la COVID19, así como las variables que mayor influencia han tenido en la propagación masiva en centros residenciales, hasta el 4 de agosto, se han analizado, de un total de 1.650 artículos publicados, 70 estudios únicos junto con informes de brotes en centros residenciales o LTC.

Se han utilizado las herramientas de evaluación crítica MASTARI para garantizar que las variables pueden ser consideradas dentro del modelo lógico que se tiene como objeto desarrollar.

A continuación, describimos las **ideas claves de dicha revisión**, que presentan relación relacionadas, según la evidencia científica, con el impacto del COVID19 en entornos residenciales o *nursing homes*:

- a) La gravedad y mortalidad de la COVID19 aumentan con la edad:
 - ✓ Los pacientes mayores de 65 años tienen más probabilidades de requerir hospitalización.
 - ✓ La probabilidad de muerte por COVID19 aumenta con la edad.
 - ✓ La fragilidad, como término clínico, estar relacionado con un incremento en la probabilidad de contraer la enfermedad.
 - ✓ El deterioro cognitivo ha sido una de las variables con mayor incidencia en el contagio de la enfermedad.

El siguiente gráfico del Centro de Control de Enfermedades (CDC)⁶ de Atlanta muestra el número de hospitalizaciones por COVID19 con relación a la edad, siendo especialmente significativo en pacientes mayores de 85 años.

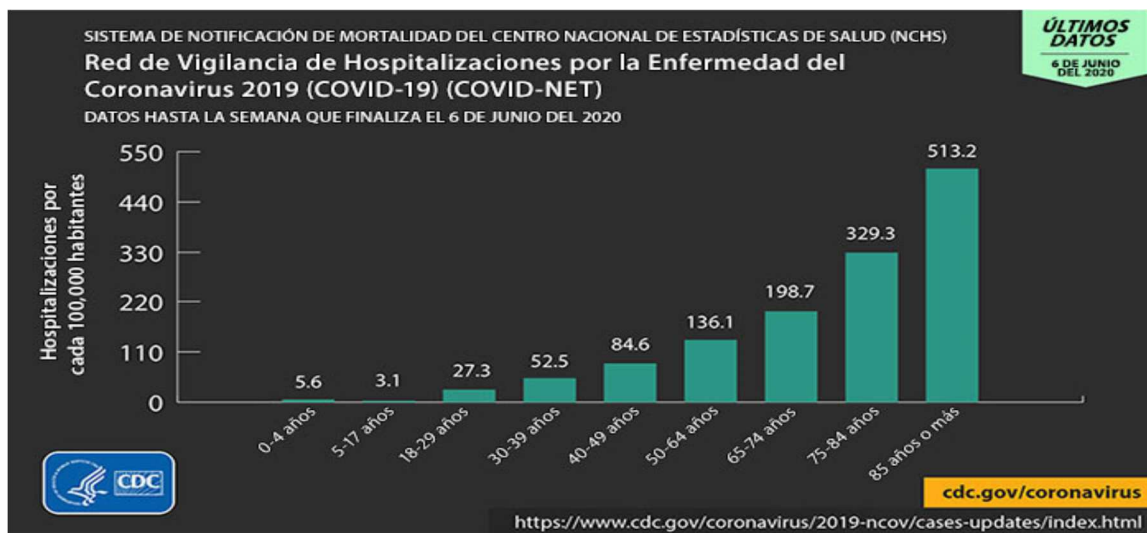


Gráfico 6

Tasa de hospitalizaciones por SARS CoV . Sistema de notificación de mortalidad del Centro Nacional de estadística de salud. (NCHS) 6.06.2020

El estudio de Graziano Onder⁷ et al., publicado en Jama en marzo de 2020, muestra datos de mortalidad por COVID19 según la edad, confirmando a Italia como el primer país en el que más de la mitad de las muertes ocurrieron en mayores de 80 años. Concretamente, la tasa de mortalidad para 80+ años es de un 52,3%. Si añadimos a personas mayores de 70, asciende al 87,9%.

Table. Case-Fatality Rate by Age Group in Italy and China^a

	Italy as of March 17, 2020		China as of February 11, 2020	
	No. of deaths (% of total)	Case-fatality rate, % ^b	No. of deaths (% of total)	Case-fatality rate, % ^b
All	1625 (100)	7.2	1023 (100)	2.3
Age groups, y				
0-9	0	0	0	0
10-19	0	0	1 (0.1)	0.2
20-29	0	0	7 (0.7)	0.2
30-39	4 (0.3)	0.3	18 (1.8)	0.2
40-49	10 (0.6)	0.4	38 (3.7)	0.4
50-59	43 (2.7)	1.0	130 (12.7)	1.3
60-69	139 (8.6)	3.5	309 (30.2)	3.6
70-79	578 (35.6)	12.8	312 (30.5)	8.0
≥80	850 (52.3)	20.2	208 (20.3)	14.8

^a Data from China are from Chinese Center for Disease Control and Prevention.⁴ Age was not available for 1 patient.

^b Case-fatality rate calculated as number of deaths/number of cases.

Tabla 2

⁶ Center for Disease Control and Prevention (CDC).

⁷ (Onder G, 2020)

La primera evidencia en la que coinciden los investigadores es que, en los centros residenciales, se encuentran personas con altos niveles de comorbilidad y dependencia. Y éstos son los que más se han visto afectados tanto en contagio como en mortalidad.⁸

Además, se dan otros factores que aparecen fuertemente relacionados con la probabilidad de contraer la enfermedad, a saber: la fragilidad y el deterioro cognitivo. Existen estudios en Italia y Francia que destacan la relación de la fragilidad, como término clínico, con un incremento de la probabilidad de contraer la enfermedad, así como de que ésta presente complicaciones que puedan causar la muerte de los pacientes.⁹

Esta circunstancia es explicada por la menor capacidad para compensar, en términos de homeostasis, los daños internos provocados por la enfermedad, así como por los cambios del entorno (aislamiento, soledad, falta de provisión de cuidados, etc.).

El deterioro cognitivo ha destacado, en numerosas publicaciones, como una de las variables que mayor incidencia han tenido en el contagio de la enfermedad. Los centros residenciales con una alta prevalencia de personas con deterioro cognitivo o demenciadas, han padecido un alto porcentaje de contagio.¹⁰

b) Las enfermedades crónicas aumentan la gravedad de la COVID19

- ✓ La mortalidad aumenta entre pacientes que tienen determinadas patologías previas.
- ✓ La sintomatología de la COVID19 en las personas mayores con condiciones de riesgo, difiere de la establecida para el cribado de las personas con posible contagio y, por tanto, las primeras son prioritarias en la realización de pruebas diagnósticas.
- ✓ Se ha relacionado también un peor pronóstico en pacientes con enfermedades crónicas (que frecuentemente se asocian a pacientes de mayor edad), especialmente
- ✓ Cáncer.
- ✓ Enfermedad renal crónica.
- ✓ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- ✓ Personas inmunodeprimidas.

⁸ (Bonanad, García-Blas, Tarazona-Santabalbina, Sanchis, & Bertomeu-González, 2020, Jul)

⁹ (Bellelli, Rebora, Valsecchi, & et al, 2020)

¹⁰ Wang H, Barbarino, & et al., 2020)

- ✓ Obesidad.
- ✓ Afecciones cardíacas graves.
- ✓ Enfermedad de células falciformes.
- ✓ Diabetes mellitus tipo 2.

Los pacientes que tienen alguna enfermedad cardiovascular crónica suelen presentar una peor evolución de sus parámetros respiratorios (es decir, sus pulmones requieren mayor cantidad de oxígeno y de soporte respiratorio para contrarrestar los efectos del virus).

En este grupo son más frecuentes el desarrollo de neumonía y la muerte. Los pacientes hipertensos están incluidos en este grupo de casos; se ha observado cómo la hipertensión arterial agrava el curso de la enfermedad.^{11 12 13 14}

Los pacientes que presentan enfermedades respiratorias crónicas suelen tener una peor progresión de la infección por COVID19, que además tiene en estos casos más probabilidad de ser mortal. Además, estas personas tienen mayor riesgo de desarrollar neumonía y fallecer.

En los datos nacionales se observa una sobrerrepresentación de los enfermos de Alzheimer entre los fallecidos. Esto podría explicarse porque las personas con Alzheimer son generalmente sujetos de edad avanzada y la propia edad ya aumenta el riesgo de padecer COVID19. Por otra parte, la enfermedad cerebrovascular, como otras que afectan al sistema cardiovascular, se ha descrito como factor de riesgo independiente de la progresión del COVID19 (los casos que han padecido un ictus en el pasado tienen más dificultad para superar la enfermedad).

Lo anterior explica, al menos en parte, que los centros residenciales de personas mayores son entornos de alto riesgo para resultados graves de brotes de COVID19¹⁵. A la edad avanzada y enfermedades crónicas subyacentes, se asocia el movimiento del personal asistencial entre los centros de una región.

En la investigación francesa de Guillaume Sacco et al., se realizó un estudio observacional en una residencia de tamaño medio para mayores con trastorno cognitivo en Maine-et-Loire. El porcentaje de casos positivos en SARS-CoV-2 fue del 47% en residentes (con letalidad del 27%) y 24 % entre el personal. El análisis de los casos, dada la menor expresión de los síntomas en los ancianos y la

¹¹ Guillaume , Gonzague, Oliver , & Cédric, 2020)

¹² (Zhao Q, 2020)

¹³ (Eric E. Brown, 2020)

¹⁴ (Akshay Avulaa, 2020)

¹⁵ (Blanco-Tarrio & Sánchez, Atención primaria y centros residenciales de ancianos: a propósito del COVID19, 2020)

alta prevalencia de cuidadores asintomáticos, llevó a la conclusión de que está justificada la realización de screening masivo en este tipo de centros.¹⁶

Además señalaron que algunos de los factores que dificultaron la detección de personas mayores contagiadas, fueron la presentación atípica de sintomatología unida a la dificultad de poder realizar una entrevista en personas con trastornos neurodegenerativos y que esta situación pudo facilitar la propagación del virus.¹⁷

Tak-Kwan Kong publicó el 22 de mayo de 2020 en *Aging Medicine*¹⁸ un artículo científico que recoge que existe evidencia de que los mayores de 65 años tienen un periodo de incubación más prolongado. De ser ciertos estos hallazgos, tendrían implicaciones importantes para el diagnóstico, prevención y control del COVID19.

1.2 Impacto del COVID19 en los modelos internacionales de centros residenciales de personas mayores

En el anexo I se acompañan los informes detallados de los modelos asistenciales de diferentes países, de los cuales a continuación extraemos las principales características y la incidencia de la pandemia en los mismos.

1.2.1 Revisión del Modelo Asistencial de Estados Unidos (Agosto de 2020)

1.2.1.1 Características del Modelo

El sistema de atención a la dependencia estadounidense se caracteriza por la intervención –en ocasiones superpuesta– de la administración federal y de la administración estatal.

Los dos tipos principales de centros residenciales para personas mayores dependientes en Estados Unidos son los denominados Nursing homes y los Assisted Living Facilities. Ambos están obligados a disponer de una acreditación para ejercer su actividad. Junto a ellos, cabe destacar los modelos de Retirement Communities e Independent Living Facilities, equiparables a las viviendas comunitarias o apartamentos tutelados en España y que no requieren de una acreditación específica.

¹⁶ Guillaume , Gonzague, Oliver , & Cédric, 2020)

¹⁷ (Kimball, Hatfield, Arons, & et al., 2020)

¹⁸ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/agm2.12114>

- ✓ Las Nursing homes ofrecen atención residencial, tanto de corta como de larga estancia en función de si la permanencia es inferior o superior a 100 días. La atención residencial agrupa un conjunto de servicios que incluye alojamiento, comida y presencia de personal de enfermería de forma permanente. Su funcionamiento está regulado por el Center for Medicare and Medicaid Services –CMS, en adelante–.

Estos centros brindan atención médica intensa y están orientados a personas mayores que no requieren de hospitalización, pero que cuentan con una serie de necesidades sanitarias: alimentación por sonda, ventiladores, oxígeno, administración de medicamentos intravenosos, o la atención a residentes encamados.

- ✓ Los Assisted Living Facilities constituyen soluciones residenciales de tipo comunitario que proporcionan atención personalizada, asistencia para la realización de las actividades de la vida diaria, ayuda con la medicación, servicio de lavandería o realización de las tareas domésticas.

El servicio puede ofrecer también atención sociosanitaria, aunque la atención no sea tan intensa como en las residencias. Este tipo de establecimientos permiten a las personas usuarias permanecer relativamente independientes.

- ✓ Junto a estos dos tipos de centros residenciales, cabe también hacer referencia a los Retirement Communities e Independent Living Facilities. Se trata de viviendas independientes –que pueden ser alquiladas o adquiridas en propiedad–, con equipamientos comunes y en las que se ofrecen servicios de apoyo, tanto para las tareas domésticas como para las actividades de la vida cotidiana. Estos centros no se encuentran sometidos a la regulación, la acreditación y la inspección federal y estatal.

1.2.1.2 *Contagios y fallecimientos*

- ✓ Estados Unidos es uno de los países más afectados por la pandemia, con 5,3 millones de personas contagiadas y casi 170.000 personas fallecidas. La tasa de fallecimientos por millón de habitantes es de 510 y la de contagiados supera las 16.000. La tasa de letalidad (el número de personas fallecidas en relación a los casos de contagio es del 3,1%.
- ✓ En lo que se refiere a los centros residenciales, el Gobierno norteamericano ha creado una página web específica para dar cuenta de la situación del COVID19 en las residencias de personas mayores que, además de ofrecer datos agregados para el conjunto del país, da cuenta de la situación en cada Estado y en cada residencia,

actualizándose esa información cada día. De acuerdo a los datos de esa web, el número de personas contagiadas en los centros residenciales (sumadas las personas con test PCR positivo y las personas con síntomas de la infección) asciende a 286.382, lo que representa el 10% de las personas residente y el 5,3% de todas las personas contagiadas en el país. De todas ellas, han fallecido algo más de 45.000 personas residentes, lo que supone el 1,6% de las personas residentes y el 26% de todas las personas fallecidas en Estados Unidos. Ambos indicadores están por debajo de la mayor parte de los países occidentales, donde tanto el porcentaje de residentes fallecidos como, sobre todo, el porcentaje que los fallecimientos en residencias representan respecto al total de fallecimientos son bastante mayores.

- ✓ Los datos de la página web desarrollada por el Gobierno federal también ponen de manifiesto las grandes diferencias entre los diferentes estados: en el caso de los fallecimientos, las tasas oscilan entre el 0,15% en Wyoming hasta el 17,1% en Rhode Island. En el caso de los contagios, oscila entre el 0,5% en Hawái y el 61% en Rhode Island.

Tabla 2. Indicadores relativos al COVID19 en USA(a 16 de agosto de 2020)

	Abs.	Tasas y porcentajes	
Personas contagiadas en todo el país	5.361.165	16.410 casos por millón de habitantes	
Personas fallecidas en todo el país	169.481	510 muertes por millón de habitantes	
Letalidad general	3,1%		
Personas contagiadas en residencias	286.382	10,6% de las personas residentes	5,3% de las personas contagiadas
Personas fallecidas en residencias	45.258	1,6% de las personas residentes	26% de las personas fallecidas
Letalidad en residencias*	15,8%		

Fuente: [COVID-19 Nursing Home Data](#) *A 16 de agosto.

Tabla 3

1.2.1.3 Principales dificultades a las que se ha tenido que hacer frente.

Un informe elaborado por el Senado norteamericano –y firmado por tres senadores de la oposición demócrata– señala las principales dificultades a las que se ha tenido que hacer frente en Estados Unidos para hacer frente a la pandemia en el entorno residencial (Casey et al., 2020):

- ✓ Retraso en la puesta en marcha de un sistema de información en relación a los contagios y fallecimientos en los centros residenciales. El sistema federal de información sobre el impacto de la COVID19 en los centros residenciales, al que se acaba de hacer referencia, no entró en funcionamiento hasta mayo.
- ✓ Retrasos en la prestación de apoyos a los centros residenciales: la administración federal no estableció un plan integral para hacer frente a la epidemia en los centros residenciales. En ese contexto, los centros residenciales no recibieron ni el material de

protección adecuado ni los tests PCR para poder diagnosticar el estado de salud de todos sus residentes. El reparto de esos materiales se realizó siguiendo criterios aleatorios, que impidieron un suministro adecuado en todos los centros.

- ✓ Las residencias han recibido una parte muy reducida de los fondos especiales creados por la administración federal para hacer frente a las consecuencias de la epidemia. Los centros residenciales no accedieron además hasta el mes de mayo a la financiación adicional establecida para evitar las dificultades económicas provocadas por el COVID19 en las residencias.
- ✓ Pese a recomendar la realización sistemática de tests, la administración federal no dotó a los centros residenciales del material adecuado para ello.
- ✓ Falta de claridad en la desescalada. Una vez iniciada la desescalada, la administración federal no ha establecido directrices claras sobre la forma en la que debe llevarse a cabo en los centros residenciales.

1.2.2 Revisión del Modelo Asistencial de Canadá (Agosto de 2020)

1.2.2.1 Características del Modelo

El modelo se caracteriza por su descentralización y falta de uniformidad. En ausencia de estándares federales, existen tantos modelos de atención como provincias y territorios –trece, en total²–. Citando a Benerjee, “la idea de un modelo de atención a la dependencia canadiense es algo engañosa. Da una sensación de concreción y congruencia que no existe. La atención a la dependencia tiene diferentes historias de desarrollo en cada provincia y territorio, dando lugar a un panorama variado”.

La falta de uniformidad en el sistema de servicios y atención a la dependencia tiene su reflejo, también, en la tipología de centros. No existe consenso, entre las diferentes provincias y territorios, en relación a los tipos de servicios y a su nomenclatura, de manera que los centros residenciales se denominan de diferente manera (nursing homes, long-term care homes, personal care homes, etc.), o el mismo término puede referirse a diferentes centros y servicios dependiendo de la provincia o el territorio

1.2.2.2 Contagios y fallecimientos

- ✓ Canadá se cuenta entre los países que ha tenido un impacto relativamente bajo del COVID19, con 198 fallecimientos por millón de habitantes. La tasa de contagios es de 3.301 casos por cada millón de habitantes y la tasa de letalidad es del 5,9%.
- ✓ A 1 de junio de 2020, el número de personas contagiadas en los centros residenciales asciende a 17.246, que representan el 4,1% de las personas residentes y el 13,9% de todas las personas contagiadas. El número de personas fallecidas asciende a 6.236, lo que supone una tasa de letalidad en el ámbito residencial del 36%. Las personas fallecidas en las residencias apenas representan el 1,5% de todos los residentes, pero el 85% de todas las personas fallecidas por COVID19 en Canadá hasta el mes de junio.

Tabla 13. Indicadores relativos al COVID19 en Canadá (a 1 de junio de 2020)

	Abs.	Tasas y porcentajes	
Personas contagiadas en todo el país	123.825*	3.301 casos por millón de habitantes	
Personas fallecidas en todo el país	7.326	198 muertes por millón de habitantes	
Letalidad general	5,9%		
Personas contagiadas en residencias	17.246	4,1% de las personas residentes	13,9% de las personas contagiadas
Personas fallecidas en residencias	6.236	1,5% de las personas residentes	85% de las personas fallecidas
Letalidad en residencias*	36,1%		

Fuente: Comas [et al, 2020](#) *A 16 de agosto.

Tabla 4

1.2.2.3 Principales dificultades a las que se ha tenido que hacer frente y medidas para prevenir y controlar la infección

El principal problema al que las residencias canadienses han tenido que hacer frente durante la pandemia ha sido el de las condiciones laborales del personal. Como en otros países, el sector se caracteriza por un nivel de contratación temporal y a tiempo parcial muy importante, con niveles salariales comparativamente bajos, lo que obliga al personal a trabajar en más de un centro de forma simultánea, compatibilizando su trabajo en dos o más centros. Se han puesto también de manifiesto otros problemas relacionados con el diseño arquitectónico de los centros, como el elevado porcentaje de habitaciones con dos o más ocupantes, la concentración de residentes en espacios pequeños, las dificultades para la sectorización de los centros, etc.

Las medidas adoptadas en los centros residenciales canadienses, si bien han sido diversas en las diferentes provincias del país, se han basado en las siguientes medidas básicas:

- ✓ Cierre de los centros a las visitas, salvo en casos de extrema necesidad.
- ✓ Reducción o suspensión de las actividades grupales.

- ✓ Fomento de los servicios de teleasistencia y telemedicina, así como a muy diversas actividades de formación a distancia para la capacitación del personal en el manejo del COVID19.
- ✓ Detección precoz de los casos, mediante la realización de tests PCR y la valoración regular de la sintomatología de las personas residentes, llegándose a realizar en algunas provincias hasta dos pruebas diarias en el caso de los profesionales.
- ✓ Creación en los hospitales de equipos de asesoramiento a los centros residenciales y asignación al personal hospitalario de responsabilidades específicas de enlace y coordinación con centros específicos, especialmente mediante herramientas virtuales.
- ✓ Algunas provincias pusieron en marcha desde las primeras semanas de la epidemia una estrategia para la captación y cualificación de personal adicional para las residencias, lo que incluía la posibilidad de modificar las funciones y tareas del personal ya contratado, utilización de personal voluntario o extensión de los contratados a jornada parcial, para trabajar a jornada completa. En un contexto en el que las limitaciones de personal eran ya habituales, el recurso a personal extraordinario pudo haber tenido consecuencias negativas en la expansión de la infección, tanto por sus carencias formativas como por el riesgo que supone que algunas de estas personas trabajaran en más de un centro de forma simultánea.
- ✓ Estos riesgos hicieron que algunas provincias dejaran de recurrir a este tipo de herramientas de captación de personal adicional, limitando la posibilidad de trabajar en más de un centro al mismo tiempo. En ese sentido, a finales de marzo algunas provincias establecieron la prohibición de que el personal asistencial compaginara su trabajo en más de un centro. Para ello, los gobiernos provinciales asumieron el coste de contratar a estas personas a jornada completa y con dedicación a un solo centro.

1.2.3 Revisión del Modelo Asistencial de Alemania (Agosto de 2020)

1.2.3.1 Características del Modelo

El sistema alemán contempla tres grandes grupos de servicios: los que se prestan en el domicilio, los semiresidenciales (centro de día, de noche, de respiro, etc.) y los residenciales propiamente dichos (Pflegeheim).

A la hora de analizar la estructura competencial del modelo de atención residencial para las personas mayores en Alemania, es necesario tener en cuenta en primer lugar la separación entre la regulación

de la calidad de la atención –que corresponden básicamente a los Seguros de Dependencia- y el organismo que las agrupa a nivel federal– y la regulación de los requisitos funcionales, materiales y de personal de estos centros, que corresponden fundamentalmente a los Estados federados. Mientras que las cuestiones que son objeto de la regulación de los seguros son homogéneas en todo el país, la regulación del personal y de las estructuras residenciales es diferente en cada Estado federado.

Se trata por tanto de un sistema dual, en el que se aplican dos normativas básicas diferentes –la relativa al seguro de dependencia y la relativa a la regulación de los centros residenciales– y en el que las funciones de inspección y gestión de la calidad se encomiendan a dos tipos de organismos diferentes: por una parte, las agencias regionales o municipales encargadas de la inspección y el control de los centros residenciales –Heimaufsicht–, y por otra los respectivos servicios médicos de los seguros de enfermedad –Medizinischen Dienst der Krankenversicherung o MDK– responsables de la realización de las inspecciones de cumplimiento de los criterios de calidad establecidos en el marco del seguro de dependencia.

1.2.3.2 *Contagios y fallecimientos*

- ✓ Con 107 muertes por cada millón de habitantes, Alemania es uno de los países de Europa con una menor tasa de mortalidad por COVID19. Registra también una de las menores tasas de mortalidad en las residencias, al menos si se analiza desde el punto de vista del porcentaje de personas fallecidas por COVID19 en relación al número de personas residentes: las cerca de 3.500 personas fallecidas en los centros residenciales para personas mayores en Alemania representan el 0,4% de las personas residentes, frente al 2,4% en Francia, el 3,1% en Suecia, el 5,3% en el Reino Unido o el 6,1% en España. Con todo, las personas residentes fallecidas por COVID19 suponen el 39% de todas las personas fallecidas en Alemania, por lo que puede decirse que también en ese país, aunque la epidemia haya tenido un impacto menor, una buena parte de todos los fallecimientos corresponde a personas con dependencia residentes en centros residenciales para personas mayores.
- ✓ El número de personas contagiadas es los centros asciende a 17.604, que representan el 2,2% de todas las personas residentes, con una tasa de letalidad de casi el 20% (es decir, fallecieron dos de cada cinco personas contagiadas en residencias), frente a una tasa de letalidad del 4% para la población general. También fueron contagiadas casi diez mil personas trabajadoras, que representan el 1,3% de todas las personas contratadas en el sector. La letalidad entre los trabajadores es del 0,5%.

Tabla 31. Indicadores relativos al covid en los centros residenciales de Alemania (a 26 de junio)

	Abs.	Tasas y porcentajes	
Personas contagiadas en todo el país*	222.000	2.674 casos por millón de habitantes	
Personas fallecidas en todo el país	8.895	107,2 muertes por millón de habitantes	
Letalidad general	4,0%		
Personas contagiadas en residencias*	17.604	2,2% de las personas residentes	7,9% de las personas contagiadas
Personas fallecidas en residencias	3.491	0,43% de las personas residentes	39,2% de las personas fallecidas
Letalidad en residencias	19,8%		

Fuente: Elaboración propia a partir de [Comas et al, 2020](#). *Casos positivos.

Tabla 5

1.2.3.3 Medidas adoptadas para prevenir y controlar la infección:

Las medidas adoptadas en Alemania en relación a la prevención y el abordaje del coronavirus son muy diversas y dependen de las decisiones técnicas y políticas adoptadas en cada Estado.

Por otra parte, es de destacar que tanto en lo que se refiere al conjunto de la población como en lo que se refiere a la población en residencias, la gestión del COVID19 en Alemania parece haber sido eficaz, como ponen de manifiesto los datos señalados en el informe.

Las iniciativas que pueden considerarse exitosas (o innovadoras) para el abordaje de la pandemia en el sector de los cuidados de larga duración y, más concretamente, en los centros residenciales son las siguientes (Lorenz-Dant, 2020):

- ✓ Puesta en marcha de dotaciones económicas extraordinarias. A finales de marzo el Ministerio de Salud anunció la creación de un fondo económico especial destinado a compensar a los centros residenciales por las pérdidas económicas originadas por los desembolsos extraordinarios que debieron realizarse en el ámbito residencial para adaptarse a la nueva situación.
- ✓ Tanto la administración federal como los Estados federados han desarrollado numerosas iniciativas para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores/as del sector de la dependencia.
- ✓ Junto a las medidas para mejorar las condiciones laborales del sector, se han puesto en marcha diversas iniciativas para mejorar la capacidad de captación y cualificación de personal nuevo, al objeto de reforzar la capacidad de atención de los centros residenciales. A nivel federal se estableció una plataforma web –pfliegerreserve– en la que las personas disponibles y cualificadas para trabajar en el sector podían inscribirse.
- ✓ Durante la pandemia se suspendieron las evaluaciones de los centros y se establecieron diversa exenciones o moratorias en el cumplimiento de ciertas normas, al objeto de facilitar la gestión de los centros.

- ✓ Los Estados alemanes introdujeron medidas de muy diverso tipo –en algunos casos contradictorias entre sí– en lo que se refiere a la derivación desde y a los centros residenciales: cuarentena en aislamiento de las personas derivadas a una residencia desde un hospital y de los nuevos ingresos en residencias
- ✓ La prohibición de las visitas en los centros se estableció, en la mayor parte de los Estados, a principios de abril. La identificación de los contactos de las personas residentes contagiadas fue una de las prioridades de los equipos de salud pública desde el principio de la epidemia.
- ✓ También se establecieron medidas en los centros residenciales para identificar de forma precoz a los posibles casos de infección, y en algunos Estados se establecieron equipos móviles de asistencia sanitaria para reforzar la capacidad de los centros residenciales.

1.2.4 Revisión del Modelo Asistencial de Suecia (Agosto de 2020)

1.2.4.1 Características del Modelo

La responsabilidad para la prestación de los servicios sociales corresponde en Suecia a los 290 ayuntamientos, que gozan de una gran autonomía –incluso fiscal– para la regulación y gestión de sus servicios, con un tamaño, por otra parte, muy superior al de los ayuntamientos españoles (35.000 habitantes por término medio). La atención a las personas mayores –tanto domiciliaria como residencial– es por tanto competencia municipal.

Los 21 condados (equiparables a las provincias españolas) son por su parte responsables de la provisión de los servicios de salud.

Tanto desde el punto de vista normativo como estadístico, Suecia engloba dentro del concepto de Särskilt Boende (SÄBO) o alojamiento especial el conjunto de las plazas residenciales para personas mayores enmarcadas en el ámbito de los servicios sociales, si bien cabe señalar que en la práctica –debido a sus características arquitecturales y organizativas– estas plazas residenciales pueden estar más cerca de las viviendas asistidas o apartamentos tutelados de nuestro entorno que de los centros residenciales clásicos.

Cabe añadir, por otra parte, que muchos de los centros se definen por el tipo de colectivo al que se dirigen específicamente (por ejemplo, centros para personas con demencia) y que, junto a los centros de estancia permanente, son también frecuentes los centros o plazas para estancias de respiro

1.2.4.2 Contagios y fallecimientos

- ✓ De acuerdo al informe sobre el impacto del covid en el sistema sueco de atención a la dependencia (Szebehely, 2020), durante los meses de marzo a julio de 2020 contrajeron el COVID19 un total de 6.985 personas residentes en centros residenciales para personas mayores y, de ellas, fallecieron 2.584.
- ✓ En el conjunto del país se detectaron 551 muertes por millón de habitantes y algo más de 7.600 contagiados también por millón de habitantes.
- ✓ El número de personas contagiadas en las residencias durante ese periodo representa el 9% de todas las personas contagiadas y el 8,5% de las personas residentes. En lo que se refiere a la mortalidad, las personas fallecidas en residencias representan el 47,6% de todas las personas fallecidas con test positivo por COVID, con una tasa de mortalidad en las residencias del 3,1%. Si en el caso del conjunto de la población sueca ha fallecido el 7,2% de las personas con test positivo, en el caso de las residencias ha fallecido el 37% de las personas contagiadas, si bien probablemente la tasa de letalidad en ambos entornos no sea comparable, dado el mayor número de tests realizados en las residencias en relación a la población afectada.
- ✓ Los datos de Sbelzhy señalan también que el porcentaje de centros residenciales en los que se han detectado casos de covid se sitúa en el 25% y que el impacto de la pandemia en los centros residenciales ha sido muy diferente, con una afección muchísimo mayor en la región de Estocolmo: mientras que en esa región el porcentaje de residentes fallecidos alcanza el 7,1%, en el resto de las regiones el porcentaje es del 2,2%, con regiones en las que la mortalidad en las residencias ha sido prácticamente nula. En ese sentido, 40 municipios concentran más del 40% de la mortalidad por COVID19 en residencias.

Tabla 16. Indicadores relativos al covid en Suecia (a 20 de julio de 2020)

	Abs.	Tasas y porcentajes	
Personas contagiadas en todo el país*	75.488	7.662 casos por millón de habitantes	
Personas fallecidas en todo el país	5.428	551 muertes por millón de habitantes	
Letalidad general	-	7,2%	
Personas contagiadas en residencias*	6.985	8,5% de las personas residentes	9,2% de las personas contagiadas
Personas fallecidas en residencias	2.584	3,1% de las personas residentes	47,6% de las personas fallecidas
Letalidad en residencias	-	37,0%	

Fuente: [Szebehely, 2020](#). *Casos positivos.

Tabla 6

1.2.4.3 Principales dificultades a las que se ha tenido que hacer frente

La respuesta que en Suecia se ha dado a la expansión del COVID19 en los centros residenciales está determinada por la aproximación general que en el país se dio inicialmente a la epidemia, y que se centró en la consecución de la inmunidad de rebaño, evitando medidas drásticas como el confinamiento y recurriendo a medidas ‘blandas’, fundamentalmente basadas en la voluntariedad y la colaboración de la ciudadanía. Los datos sobre infecciones y mortalidad no parecen indicar que esa estrategia diera resultado, y Suecia se cuenta entre los países con una tasa de mortalidad más elevada, sólo por detrás de Bélgica, Perú, Reino Unido, España e Italia.

Inicialmente, Suecia no estableció además medidas específicas para el sector de los servicios de atención a las personas con dependencia ni, concretamente, a los centros residenciales. En las primeras semanas, las pautas de actuación se centraron en las medidas relacionadas con la higiene personal y la distancia social, y aunque la atención se centró en las personas mayores, los centros residenciales no fueron inicialmente objeto de medidas específicas. El foco inicial se puso en la prevención de la expansión de la pandemia en la comunidad y en el acceso a la atención sanitaria, especialmente de carácter intensivo (Szebehely, 2020).

En ese contexto, las principales dificultades se han centrado en los siguientes elementos:

- ✓ El cierre de los centros a las visitas externas se decretó a nivel nacional con cierto retraso, el 1 de abril, si bien en algunas regiones, como Estocolmo, la medida se había adoptado desde mediados de marzo. El retraso en el cierre de los centros a las visitas ha podido tener un impacto importante en la transmisión de la enfermedad en las residencias durante el mes de marzo.
- ✓ La capacidad de distribución de equipos de protección (EPIS), máscaras, guantes, etc. fue escasa durante las primeras semanas y buena parte de los centros residenciales no recibieron durante semanas los materiales necesarios. Además, las recomendaciones relativas a la utilización de esos equipos fueron durante toda la pandemia poco claras, y quedaron bajo la discrecionalidad de las autoridades regionales.
- ✓ También se puso de manifiesto la escasez de kits para la realización de tests, y al menos hasta el mes de abril ni los residentes ni los trabajadores de los centros fueron considerados como colectivos prioritarios a la hora de la realización de las pruebas diagnósticas. Posteriormente, las pruebas se han realizado sin limitaciones en los centros residenciales.

- ✓ La escasez de personal, debido en gran parte al elevado número de bajas por enfermedad, es otra de las dificultades a las que debieron hacer frente los centros residenciales. El elevado absentismo trajo consigo un recurso más elevado de lo habitual a personal nuevo, generalmente poco formado y contratado por horas. En ese sentido, uno de los principales problemas para la prevención del COVID19 en los centros residenciales de Suecia se relaciona con el incremento del número de trabajadores/as que son contratados/as por horas, que trabajan en más de un centro residencial al mismo tiempo, y que carecen de la formación suficiente.
- ✓ La coordinación sociosanitaria y la atención sanitaria a las personas residentes ha sido otro de los elementos críticos que pueden contribuir a explicar las altas tasas de letalidad en los centros residenciales sueco. En ese sentido, se han puesto de manifiesto problemas importantes en lo que se refiere al acceso de los usuarios/as de los centros residenciales a la atención hospitalaria requerida, así como en lo que se refiere a la coordinación entre los centros residenciales y los servicios médicos de atención primaria. Un informe específico realizado en relación a esta cuestión señala que los centros residenciales carecían de posibilidades para diagnosticar la situación de las personas residentes y/o para ofrecerles el tratamiento adecuado, y en muchos casos se optó por la administración de cuidados paliativos a las personas en situación de mayor gravedad debido a las dificultades para que pudieran ser derivadas a los hospitales.

1.2.5 Revisión del Modelo Asistencial de Francia (Agosto de 2020)

1.2.5.1 Características del Modelo

A la hora de señalar los distintos tipos de centros existentes, debe tenerse en cuenta tanto la diferenciación legal que se establece en la normativa, como la diferenciación que se establece en la práctica y en los análisis descriptivos que se realizan. En ese sentido, algunos tipos de centros tienen un estatus jurídico específico, mientras que otros son más bien modalidades o denominaciones de los centros legalmente reconocidos.

Teniendo en cuenta ambos enfoques, los principales centros que conforman la oferta residencial para personas mayores son los siguientes:

- ✓ Un primer tipo de centros son los denominados logement foyer o, actualmente, residences autonomie. Se trata de centros residenciales con atención de baja o muy baja intensidad, orientados a personas mayores de 60 años autónomas o con un grado muy

reducido de dependencia (GIR 4 a 61). La atención sanitaria y social se ofrece en estos centros por profesionales ajenos al propio centro, preferentemente mediante acuerdos con residencias convencionales y/o con entidades prestadoras de Servicios de Atención a Domicilio (SAD). Aunque tienen muchas similitudes con las residencias servicio a las que se hace posteriormente referencia, se diferencian de éstas en que son normalmente gestionadas por entidades públicas o privadas sin fin de lucro y en que están sometidas a la normativa sociosanitaria. Estos centros se consideran como un espacio intermedio entre el domicilio y el centro residencial tradicional y son objeto en los últimos años de un esfuerzo notable de expansión, al objeto de reforzar sus funciones preventivas (ver apartado de buenas prácticas). Como se observa en la tabla nº 1, el tamaño medio de estos centros es de 25 plazas y en 2015 apenas representaban el 1,1% de toda la oferta residencial.

- ✓ El segundo tipo de centros es el denominado Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA). Se trata, en la práctica, de centros similares a los anteriores y se caracterizan por su carácter no medicalizado³. Dirigidos también a personas autónomas o con niveles reducidos de dependencia (GIR 5 a 6), tienen un tamaño medio de 48 plazas y representan casi el 15% del total de plazas. Los requisitos que se establecen para la autorización y homologación de estos centros son diferentes a los que se aplican a los EHPAD. Los objetivos de estos centros se centran en la prevención de la dependencia y del aislamiento social, así como en el respiro de las personas cuidadoras. Como en las residencias autonomía, el alojamiento se realiza tanto en habitaciones como en apartamentos o estudios.
- ✓ El principal tipo de centro residencial en Francia es el llamado EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes). Se trata de centros medicalizados⁴, orientados a personas en situación de dependencia moderada o severa. Las personas usuarias deben tener más de 60 años y necesidades de apoyo para las actividades de la vida diaria. Con un tamaño medio de 81 plazas, representan el 79% de toda la oferta residencial. Los EHPAD ofrecen una atención integral de carácter sociosanitario y su tamaño oscila por lo general entre las 50 y 120 plazas. La principal diferencia entre un EHPA y un EHPAD reside en el nivel de autonomía de las personas recibidas –el EHPA atiende a personas mayores autónomas o semiautónomas, mientras que el EHPAD se orienta a las personas con pérdida de autonomía que necesitan atención médica y supervisión diaria–, en su nivel de medicalización –a

diferencia de los EHPA, los EHPAD están obligados a ofrecer servicios de atención sanitaria–, y en los servicios adicionales que se ofrecen.

- ✓ El último tipo de centros lo constituyen las llamadas Unidades de Cuidados de Larga Duración (USLD). Se trata de centros vinculados física y organizativamente a centros hospitalarios y tienen un nivel de medicalización sustancialmente mayor que en los EHPAD. Su tamaño medio es de 56 plazas y representan el 4,5% de toda la oferta residencial. Estos centros se dirigen a personas muy dependientes que precisan una atención médica constante.

1.2.5.2 Contagios y fallecimientos

- ✓ Algo más de catorce mil personas han fallecido en los centros residenciales para personas mayores en Francia a consecuencia del COVID19 desde el inicio de la pandemia, lo que supone el 1,8% de las personas residentes en estos centros y el 47% de todas las personas fallecidas en Francia a consecuencia del coronavirus19.
- ✓ El número de personas contagiadas en los centros residenciales asciende a casi 40.000, con lo que la tasa de letalidad en los centros residenciales sería del 35%. Las personas contagiadas en las residencias representan el 5,2% de todos los residentes y el 18,8% de las personas contagiadas. Se han contagiado además 16.712 profesionales de los centros residenciales, lo que supone 3,2 contagios por cada 100 profesionales.

Tabla 23. Indicadores relativos al COVID19 en Francia (a 16 de agosto de 2020)

	Abs.	Tasas y porcentajes	
Personas contagiadas en todo el país	211.211	3.157 casos por millón de habitantes	
Personas fallecidas en todo el país	29.597	442 muertes por millón de habitantes	
Letalidad general	14,1%		
Personas contagiadas en residencias	39.744	5,2% de las personas residentes	18,8% de las personas contagiadas
Personas fallecidas en residencias	14.123	1,8% de las personas residentes	47% de las personas fallecidas
Letalidad en residencias*	35%		
Personal contagiado en residencias	16.712		

Fuente: [Santé Publique France](#)

Tabla 7

1.2.5.3 Principales dificultades a las que se ha tenido que hacer frente

El porcentaje de personas residentes fallecidas en los centros residenciales franceses en relación a la población residente puede considerarse intermedio en el contexto europeo, inferior al de los países con tasas más elevadas (como Reino Unido o España), pero superior a otros países como Alemania o Dinamarca, y en la línea de Suecia.

Entre las principales dificultades que los centros residenciales franceses han debido superar en relación a la epidemia se ha citado, por una parte, los problemas de coordinación con el sistema de

salud, debido a la saturación del sistema hospitalario y de atención hospitalaria. En ese sentido, el modelo de atención medicalizada de los EHPAD no ha podido dar una respuesta adecuada a las necesidades sanitarias de los centros residenciales (Vienne-Noyes et al., 2020).

Entre las medidas o prácticas exitosas para prevenir y controlar la infección aplicadas de forma específica en Francia, cabe destacar las siguientes:

- ✓ Francia se ha caracterizado por un cierre temprano de los centros residenciales a las visitas, que fueron prohibidas en todo el país el 11 de marzo.
- ✓ También se establecieron de forma precoz y estricta medidas de aislamiento y protección de las personas usuarias, que se extendieron también al personal (obligación de llevar máscara fuera de la residencia, etc.).
- ✓ Durante la pandemia se ha reforzado el papel de los médicos coordinadores, entre otras razones debido a la dificultad de los médicos de familia de atención primaria para seguir prestando atención médica a las personas residentes. En algunas regiones se han establecido fondos especiales para financiar el incremento de las jornadas de trabajo de los médicos coordinadores que trabajaban a tiempo parcial, así como reforzar el personal paramédico y de enfermería de los centros. Se han establecido también plataformas web para facilitar la colaboración voluntaria de médicos y enfermeras en los centros residenciales
- ✓ Se establecieron además en Francia plataformas o equipos móviles de urgencia en cada región de salud (Plataforme Covid EHPAD), gestionadas desde los hospitales, con el objetivo de asesorar a los centros residenciales y de colaborar con ellos en la identificación de los casos, la reorganización de las rutinas organizativas y el tratamiento de los residentes contagiados que presentaban cuadros más severos.
- ✓ Eliminación temporal del copago para las personas que acceden a un centro residencial tras un ingreso hospitalario
- ✓ Impulso de la prestación de servicios de consulta médica a distancia - Medidas para facilitar el traslado de los profesionales desde sus lugares de trabajo a su domicilio, así como para facilitarles alojamiento fuera de sus domicilios en caso de resultar necesario, durante la fase de confinamiento.
- ✓ Algunos centros han optado, de forma voluntaria, por confinar a los profesionales junto a los residentes. Un estudio de evaluación de los centros que han adoptado esta

práctica (Belmin et al., 2020) pone de manifiesto tasas de infección mucho más bajas (0,4% de los residentes, frente al 4,4% en el resto de los centros que participaron en el estudio). También la mortalidad y los contagios entre los profesionales resultaron en estos centros inferiores al resto de los centros.

- ✓ Creación de líneas de apoyo y acompañamiento psicológico a los profesionales de los centros de salud y de servicios sociales, mediante una aplicación móvil y el recurso a los servicios de urgencias sociales regionales o departamentales.

1.2.6 Revisión del Modelo Asistencial de Reino Unido (Agosto de 2020)

1.2.6.1 Características del Modelo

Los dos tipos principales de centros residenciales (care homes) para personas mayores en el Reino Unido son los llamados nursing homes y los residential care homes. Junto a ellos, cabe destacar los modelos de extra care housing y sheltered housing, equiparables a las viviendas comunitarias o apartamentos tutelados en España. Se detallan a continuación las principales características de cada uno de los modelos:

- ✓ Los residential care homes (o care homes, en general) son centros residenciales orientados a personas mayores en situación de dependencia y/o que precisan de apoyo para las actividades de la vida diaria, pero que no presentan necesidades sustanciales en materia de salud. Su funcionamiento está regulado por la Care Quality Commission, por lo que entran dentro del marco normativo sociosanitario, y se diferencian de las llamadas nursing homes en el hecho de que no cuentan con presencia permanente de personal de enfermería. Se trata del principal tipo de centro existente en el modelo residencial británico, al menos desde el punto de vista del número de centros, aunque no desde el punto de vista de las plazas.
- ✓ Los nursing homes acogen a personas mayores dependientes con necesidades sanitarias más intensas y se caracterizan por la obligación de disponer de personal de enfermería durante las 24 horas del día. Para diferenciarlos de los anteriores, en este informe se denominará centros residenciales con enfermería a este tipo de centros, y centros residenciales a los care homes. Como se señala en el la Tabla 1, aunque el número de centros es menor, el número de plazas en las residencias con enfermería representa casi el 50% de las plazas disponibles.

- ✓ Junto a estos dos centros, que constituyen el grueso de la oferta residencial, cabe también hacer referencia a las denominadas retirement housing, entre las que destaca fundamentalmente el modelo de extra care housing, similar en cierto modo a las viviendas comunitarias o apartamentos tutelados españoles. Se trata de viviendas independientes –que pueden ser alquiladas o adquiridas en propiedad–, con equipamientos comunes, ubicadas generalmente en complejos o núcleos específicos, y en las que se ofrecen servicios de apoyo, tanto para las tareas domésticas como para las actividades de la vida cotidiana. Aunque carecen de personal con presencia permanente en el centro, se garantiza un sistema de vigilancia durante las 24 horas del día. Estos centros están también sometidos a la regulación, la acreditación y la inspección por parte de la Care Quality Commission, si bien la regulación se refiere únicamente al servicio que se presta en tales centros, pero no a las condiciones del centro o del alojamiento

1.2.6.2 *Contagios y fallecimientos*

- ✓ El cómputo de personas contagiadas y fallecidas por COVID19 en el Inglaterra, y en el conjunto del Reino Unido, ha sido objeto de polémica debido al retraso en la publicación de los datos y a las metodologías diversas utilizadas para la publicación de la información. En cualquier caso, de acuerdo a los datos de Comas et al., el número de fallecimientos vinculados al COVID19 en Inglaterra y Gales a mediados de junio ascendía a 48.538 personas, sumando tanto personas fallecidas con test PCR positivo como personas fallecidas con síntomas de la enfermedad. Este número de fallecimientos equivale a 822 muertes por millón de habitantes, una de las tasas más elevadas de todo el planeta. En lo que se refiere a los contagios identificados, ascienden a mediados de agosto a cerca de 273.000, lo que supone una tasa de casi cinco mil contagios por cada millón de habitantes.
- ✓ El número de personas fallecidas en los centros residenciales para personas mayores en Inglaterra asciende a 19.700, lo que supone el 4,2% de todas las personas residentes y el 40,5% de todas las personas fallecidas. Se calcula además que entre el 30% y el 55% de los centros, dependiendo de las regiones, han experimentado desde el mes de marzo al menos un brote de covid19 (ONS, 2020).

Tabla 25. Indicadores relativos al covid en los centros residenciales de Inglaterra (a 12 de junio)

	Abs.	Tasas y porcentajes	
Personas contagiadas en todo el país*	273.000	4.884 casos por millón de habitantes	
Personas fallecidas en todo el país*	48.538	822 muertes por millón de habitantes	
Letalidad general		15,7	
Personas fallecidas en residencias	19.700	4,2% de las personas residentes	40,5% de las personas fallecidas

Fuente: Elaboración propia a partir de [Comas et al., 2020](#). *Casos positivos a 15 de agosto. **Se incluyen datos de fallecimientos con tests positivos y con síntomas de COVID a 12 de junio, en Inglaterra y Gales.

Tabla 8

1.2.6.3 Principales dificultades a las que se ha tenido que hacer frente y medidas de control adoptadas

Inglaterra se encuentra entre los países de Europa en los que el porcentaje de personas residentes fallecidas por COVID19 ha sido más elevado, si bien la proporción de personas residentes fallecidas en relación a todas las personas fallecidas no es de las más elevadas de Europa. En todo caso, las dificultades a las que se han enfrentado los centros residenciales ingleses para hacer frente a la pandemia han sido muy numerosas. Se resumen a continuación las principales (Gordon et al., 2020; Devi et al., 2020):

- ✓ Escasez de directrices para la organización de la atención en los centros residenciales. Los organismos competentes no establecieron directrices claras sobre las medidas que debían ser adoptadas en los centros residenciales hasta el mes de abril, varias semanas después de detectarse los primeros casos.
- ✓ Las pautas para la derivación de casos entre hospitales y centros residenciales se centraron inicialmente en facilitar la derivación desde los hospitales a las residencias, para reducir la saturación de los centros hospitalarios.
- ✓ Dificultades para la realización de tests PCR en las residencias debido a la escasez de material de diagnóstico en los momentos iniciales. Además, durante las primeras semanas se priorizó la realización de tests a las personas sintomáticas, pese a la evidencia de que las muchas personas infectadas eran asintomáticas y podían transmitir la enfermedad. No se dispuso de tests suficientes para los residentes sintomáticos hasta mediados de abril y el testeo generalizado de los residentes no se inició hasta el mes de junio.
- ✓ Dificultades para acceder al material de protección (EPI), debido entre otras razones a que en un primer momento las residencias no se consideraron un ámbito prioritario, frente a los servicios de salud. De hecho, las residencias estuvieron al margen de las

cadena de suministro de EPIs del NHS¹⁹ y el acceso a los mismos se vio dificultado por el monopolio que en la práctica ejerció el NHS.

- ✓ Dificultades prácticas y organizativas para organizar el aislamiento de las personas infectadas en habitaciones o unidades individuales, con las dificultades que ello conlleva para una adecuada supervisión de la seguridad de las personas residentes, y ausencia de directrices claras sobre la forma de organizar la sectorización de los centros.
- ✓ Elevadas tasas de absentismo entre los profesionales, que diferentes informes cuantifican entre el 10% y el 15%. Dificultades para una prestación adecuada de los servicios médicos habituales en las residencias por parte de los profesionales de atención primaria y para atender las complejas necesidades sanitarias derivadas del COVID por el personal de las residencias, especialmente en los casos en los que carecen de personal de enfermería.
- ✓ Los sistemas de información en relación al número de personas contagiadas y fallecidas en los centros no han funcionado adecuadamente, lo que ha dificultado la correcta evaluación y planificación de la situación, y ha provocado además una imagen pública de caos y desorden, que se suma a la negativa imagen de los centros residenciales para personas mayores en el país.

En lo que se refiere a las medidas desarrolladas en el Reino Unido para hacer frente a la expansión del COVID19 en el medio residencial, cabe hacer referencia a las siguientes:

- ✓ Adaptación de los criterios y exigencias relacionadas con los estándares de calidad. El Care Quality Commission estableció un marco específico de inspección de los centros en los que se tenía en cuenta la situación provocada por el COVID19 tanto en lo que se refiere al cumplimiento de los criterios de calidad como a las obligaciones de los ayuntamientos en relación a los servicios sociales.
- ✓ En lo que se refiere a los sistemas de información, el NHS desarrolló un aplicativo denominado Capacity Tracker que permitía identificar a tiempo real la capacidad de las residencias, los niveles de absentismo, las tasas de infección, etc.
- ✓ El Gobierno impulsó una campaña para la captación de al menos 20.000 profesionales para trabajar en el ámbito de los servicios sociales, fundamentalmente mediante la reincorporación de personas que previamente habían trabajado en el sector. En el caso

¹⁹ *National Health System*

de las personas sin experiencia, se establecieron sistemas de formación a distancia y facilidades para acceder a los certificados de profesionalidad.

- ✓ Se puso también a disposición del personal de servicios sociales un sistema telemático de apoyo psicológico, inicialmente diseñado para el personal de los servicios de salud y que posteriormente se amplió a los servicios sociales.

A la vista de todo lo expuesto anteriormente, se pone de manifiesto en qué medida la extensión general del COVID19 en un país determinado se relaciona con su extensión en el medio residencial, de tal forma que si las tasas de infección son bajas en el conjunto del país, también lo son en el medio residencial.

En Alemania, tanto las tasas de mortalidad como las de personas contagiadas son relativamente bajas en la población general y en la población residencial. El éxito de Alemania –al menos en la primera fase del COVID19– a la hora de contener la infección se relaciona con la existencia con anterioridad a la epidemia de un plan contra las pandemias bien diseñado, el buen funcionamiento de los servicios de salud pública en el país, la capacidad para trazar los contactos de las personas infectadas, la recomendación precoz de utilizar mascarillas, la disponibilidad de sistemas tests PCR desde el principio de la epidemia y la elevada dotación de camas de cuidados intensivos en los hospitales.

1.3 Contexto Nacional

1.3.1 El sistema residencial en las distintas Comunidades

España no cuenta con un modelo definido de atención residencial y es patente la inexistencia de una orientación general del modelo. Los centros, arrastrando dinámicas y caracteres del siglo pasado, se configuran como espacios que acumulan funciones hoteleras, residenciales y sanitarias.

Para poder analizar la influencia que la pandemia ha tenido sobre la Comunidad de Castilla y León, en relación con otras Comunidades, hay que tener en cuenta tres variables fundamentales

- ✓ La población mayor de 65 años
- ✓ El porcentaje de población dependiente
- ✓ El número de centros residenciales.

En la tabla que se acompaña a continuación se refleja la población mayor de 65 años por Comunidades.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN ≥65	% POBLACIÓN ≥65 SOBRE POBLACION TOTAL	POBLACIÓN DEPENDIENTE	% POBLACIÓN DEPENDIENTE SOBRE LA POB ≥65
Andalucía	8.414.240	1.439.626	17,11%	284.946	19,8%
Aragón	1.319.291	285.564	21,65%	36.779	12,9%
Asturias, Principado de	1.022.800	262.983	25,71%	26.831	10,2%
Balears, Illes	1.149.460	178.587	15,54%	24.959	14,0%
Canarias	2.153.389	340.582	15,82%	32.848	9,6%
Cantabria	581.078	126.893	21,84%	21.093	16,6%
Castilla y León	2.399.548	608.428	25,36%	105.412	17,3%
Castilla-La Mancha	2.032.863	386.459	19,01%	64.034	16,6%
Cataluña	7.657.217	1.442.630	18,84%	228.132	15,8%
Comunitat Valenciana	5.003.769	963.413	19,25%	108.737	11,3%
Extremadura	1.067.710	221.168	20,71%	34.076	15,4%
Galicia	2.699.499	679.730	25,18%	67.650	10,0%
Madrid, Comunidad de	6.663.394	1.181.032	17,72%	164.055	13,9%
Murcia, Región de	1.493.896	233.361	15,62%	39.673	17,0%
Navarra, C. Foral de	654.214	128.379	19,62%	14.278	11,1%
País Vasco	2.207.776	491.698	22,27%	79.121	16,1%
La Rioja	316.798	66.242	20,91%	10.723	16,2%
Ceuta	84.777	9.929	11,71%		16,1%
Melilla	86.487	8.876	10,26%	3.022	
España	47.008.206	9.055.580	19,26%	1.346.369	14,4%

Tabla 9: Población mayor de 65 años y dependientes por Comunidades

Castilla y León es la segunda Comunidad con un porcentaje mayor de personas de 65 años (25,36%), solamente por detrás de Asturias (25,71%), con más del doble de población. Por otro lado también es la segunda Comunidad con mayor población dependiente de los mayores de 65 años, por detrás de Andalucía.

Según los datos oficiales del Imserso, España cuenta con cerca de 5.500 residencias para personas mayores, que ofrecen más de 372.000 plazas, lo que supone 4,12 por cada 100 mayores de 65 años. El 60% de esas plazas están en centros que cuentan con financiación pública y que forman, por tanto, parte del sistema público de servicios sociales.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	POBLACIÓN ≥65	CENTROS RESIDENCIALES	PLAZAS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL	COBERTURA PL RESIDENCIALES
Andalucía	1.439.626	673	42.585	2,96%
Aragón	285.564	279	18.424	6,45%
Asturias, Principado de	262.983	189	12.313	4,68%
Balears, Illes	178.587	61	5.110	2,86%
Canarias	340.582	99	7.327	2,15%
Cantabria	126.893	65	6.024	4,75%
Castilla y León	608.428	700	48.296*	7,94%
Castilla-La Mancha	386.459	473	26.649	6,90%
Cataluña	1.442.630	1.002	62.015	4,30%
Comunitat Valenciana	963.413	328	26.810	2,78%
Extremadura	221.168	265	13.751	6,22%
Galicia	679.730	321	21.179	3,12%
Madrid, Comunidad de	1.181.032	425	48.768	4,13%
Murcia, Región de	233.361	59	5.192	2,22%
Navarra, C. Foral de	128.379	78	6.149	4,79%
País Vasco	491.698	373	20.534	4,18%
La Rioja	66.242	32	3.209	4,84%
Ceuta	9.929	3	218	2,20%
Melilla	8.876	2	271	3,05%
España	9.055.580	5.417	372.985	4,12%

**Dato actualizado a enero de 2020*

Tabla 10: Número de centros y plazas por Comunidades

Castilla y León es la Comunidad que más centros residenciales de personas mayores y más cobertura de plazas tiene.

El tamaño medio es de casi 70 plazas por centro y el 51% de ellas está en centros residenciales grandes, siendo éstos los que cuentan con más de 100 plazas. La edad media de las personas usuarias supera los 80 años y las mujeres representan el 70% de los residentes.

En este punto hay que poner de manifiesto el estudio realizado por Instituto Carlos III²⁰, que puede consultarse en su web, sobre los factores más relevantes para la expansión de la epidemia en cada Comunidad Autónoma, como son la movilidad interna, infecciones entre el personal sanitario, las plazas en residencias, la movilidad con el País Vasco y la movilidad con Madrid. En la siguiente tabla se recoge el efecto de los factores relevantes para la difusión de la pandemia de COVID19 durante el periodo de ascenso.

FACTORES RELEVANTES	RR	IC (95%)
Plazas en Residencia por cada 100 mayores de 70 años Incremento 1 plaza	1.17 17%	(1,17-1,18)
% de personal sanitario infectado Incremento 10%	1.06 6%	(1,03-1,08)
Riesgo infectivo de la movilidad interna Incremento 10%	1.09 9%	(1,08-1,10)
Riesgo infectivo de la movilidad interna Incremento 10%	1.07 7%	(1,05-1,08)
Riesgo infectivo de la movilidad interna Incremento 10%	1.04 4%	(1,03-1,05)

Tabla 11: Valores de riesgos relativos (RR) e intervalos de confianza (IC al 95%)

Los RR estiman el efecto medio que ha tenido el factor a nivel nacional y el IC presenta la precisión de este estimador.

El valor del RR indica el incremento en el riesgo que produce un aumento en el factor, por ejemplo, para una Comunidad Autónoma un incremento de una plaza de residencia por cada 100 mayores de 70 años supone un acrecentamiento en el riesgo de COVID19 de un 17%. De esta misma manera, los resultados indican que un aumento en un 10% de personal sanitario infectado incrementa el riesgo un 6%; un incremento del 10% del riesgo infectivo de la movilidad interna (movilidad con casos de COVID19) supone un aumento del riesgo un 9%; un incremento de un 10% del riesgo infectivo de la movilidad externa desde Madrid supone un 7%; y un incremento de un 10% del riesgo infectivo de la movilidad externa desde País Vasco un 4%.

Según este estudio, Castilla y León obtiene en esta valoración una puntuación global de 16 puntos sobre un total de 25, ocupando el tercer lugar de toda España tras Cataluña y Castilla-La Mancha,

²⁰ <https://portalcne.isciii.es/fdd/>

ambas con 19. Por lo tanto Castilla y León desde el momento de inicio de la pandemia ha sido una comunidad de muy alto riesgo por factores no vinculados a la actuación pública.

Destacar que en el caso de Castilla y León, **el elevado número de plazas residenciales por cada 100 mayores de 70 años existentes en Castilla y León**, fue el principal factor de expansión del virus. En una escala del 1 al 7 de intensidad del efecto, Castilla y León obtiene un 5 por el efecto del número de plazas residenciales, a la cabeza de toda España, solo igualada por Castilla-La Mancha.

Señala, así mismo, que el incremento de una sola plaza por cada 100 habitantes aumentaba en un 17% el riesgo de contagio a nivel nacional.

En concreto: “El efecto más alto en Castilla y León ha sido el número de plazas en residencias por cada 100 mayores de 70 años, teniendo un efecto moderado el % de personal sanitario infectado así como el riesgo infectivo de la movilidad interna.” Además, señala que las personas mayores de 70 años son las que se han llevado la peor parte de la epidemia.

Por tanto, un factor en principio muy positivo en Castilla y León como es una elevada cobertura residencial, con la pandemia se ha tornado en un vector negativo que ha propiciado sobremanera el contagio y los consiguientes fallecimientos.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Movilidad Interna	Personal Sanitario	Plazas Residenciales	Movilidad P. Vasco	Movilidad Madrid	Puntuación Total
Andalucía	2	2	1	1	2	8
Aragón	3	2	4	2	4	15
Asturias, Principado de	3	2	2	2	3	12
Balears, Illes	2	1	1	2	2	8
Canarias	3	2	1	1	1	8
Cantabria	2	2	2	1	1	8
Castilla y León	4	4	5	2	1	16
Castilla-La Mancha	2	6	5	3	3	19
Cataluña	7	7	2	2	1	19
Comunitat Valenciana	2	7	1	1	1	12
Extremadura	2	1	4	3	2	12
Galicia	2	5	1	3	1	12
Madrid, Comunidad de	7	4	2	1		14
Murcia, Región de	3	1	1	3	3	11

Navarra, C. Foral de	2	3	2	3	1	11
País Vasco	3	2	2		3	10
La Rioja	2	2	2	4	3	13
Ceuta	2	2	1	1	2	8
Melilla	2	3	1	1	2	9
España	2	2	1	1	2	8

Tabla 12: Factores más relevantes de la epidemia en cada CC.AA.

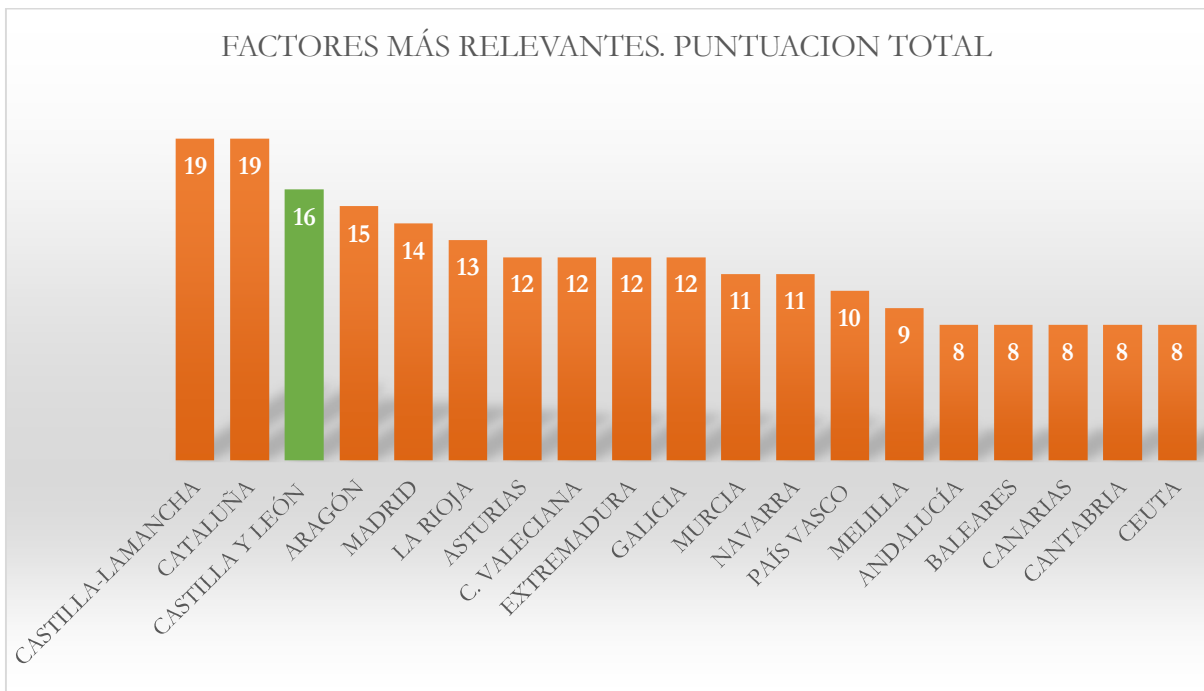


Grafico 7: factores más relevantes. Puntuación total.

El objetivo de los análisis planteados es el de buscar las causas que explican la incidencia de los contagios y la letalidad del virus en determinados colectivos como el de personas mayores.

Estos datos nos indican que Castilla y León es una de las Comunidades que tenía el mayor riesgo de que el impacto del COVID19 en los centros residenciales fuera muy superior al de resto de Comunidades Autónomas.

1.4 Valoración de la mortalidad en residencias en el entorno nacional e internacional

Uno de los grandes problemas en general y también a la hora de redactar este informe, ha sido la imposibilidad real de conocer y analizar la situación y el estado del sistema de Atención Residencial

en España, al no existir una única fuente de datos oficial, a lo que se suma la discrepancia de los datos entre las diferentes fuentes.

1.4.1 Datos proporcionados por las Comunidades Autónomas.

En virtud de la Orden ministerial SND/322/2020²¹, el Ministerio de Sanidad, creó un sistema de información específico, que incluía un amplio conjunto de datos, **tanto en centros residenciales de personas mayores como de personas con discapacidad**. Entre estos, las Comunidades Autónomas debían facilitar de forma periódica (dos días a las semana) los fallecidos totales en los centros residenciales, los fallecidos con COVID 19 y los fallecidos con sintomatología compatible, excluyendo de éstos los fallecidos en hospital, de manera que no se computaran de manera doble.

Los datos facilitados las Comunidades no se han hecho públicos por parte del Ministerio de sanidad, justificando esto en las dificultades encontradas, tanto en la carga de datos en la Plataforma, como en la calidad de los mismos. Entre otras circunstancias cita las siguientes:

- ✓ Plataforma poco amigable para el registro, que dificultaba el acceso al registro del Ministerio de Sanidad. No se permitía el envío por otros medios (mail).
- ✓ Ausencia de depuración de datos por el SI (Sistema de información), ya que existe una discrepancia con respecto al número de fallecimientos totales entre fuentes: La cifra oficial es de 27.359 fallecidos con COVID19 confirmados vs la cifra de 32.843 fallecidos señalada por el Ministerio de Sanidad en la reunión mantenida en la que parece incluir los que fallecieron en los centros residenciales, pero no se sabe exactamente a que corresponde
- ✓ Datos inconexos e incorrectos respecto a los centros intervenidos, tales como errores en la suma de residentes en centros intervenidos o discrepancia de datos evolutivos (los datos agregados de centros intervenidos, residentes intervenidos o número de fallecimientos que deberían ser incrementales en algunas CCAA disminuyen en los informes)
- ✓ Una CCAA no ha notificado nunca y algunas no lo han hecho con la periodicidad exigida o lo hicieron fuera de plazo.

²¹ Orden SND/322/2020, de 3 de abril, por la que se modifican la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo y la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, y se establecen nuevas medidas para atender necesidades urgentes de carácter social o sanitario en el ámbito de la situación de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID19. Publicado en el BOE del 4 de abril de 2020.

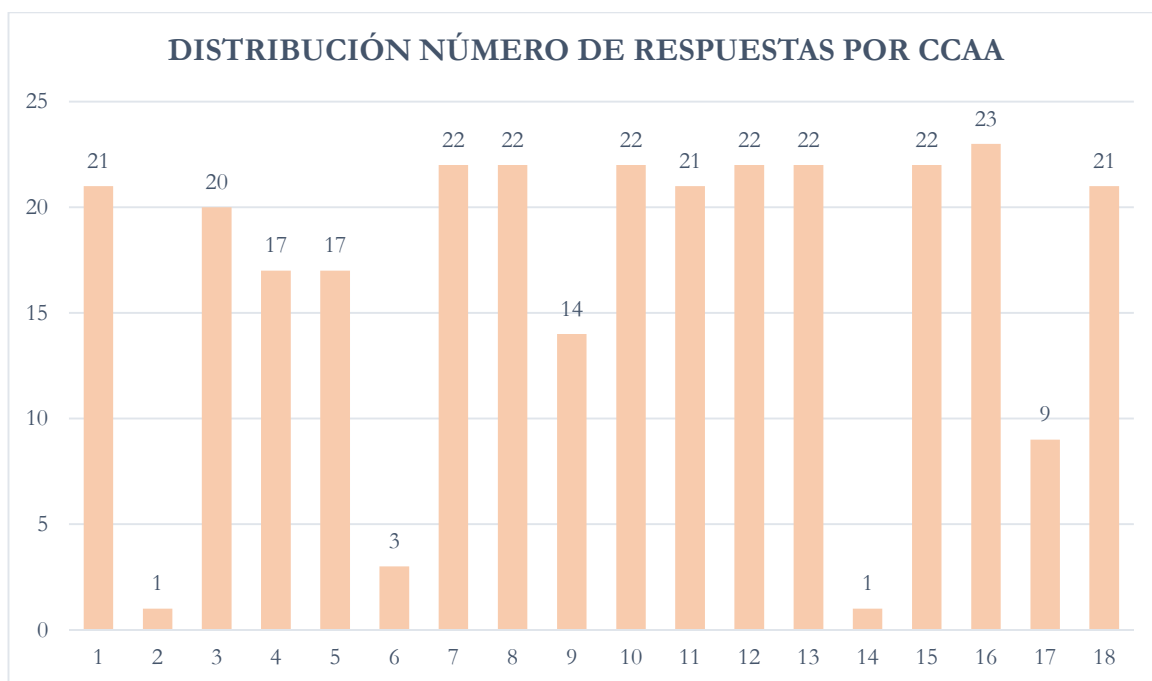


Gráfico 8: Número de días de carga de datos por CCAA.

Los datos oficiales que existen sobre sobre mortalidad COVID19 del Ministerio de Sanidad solamente recogen los fallecidos confirmados con PCR+ o pruebas similares, notificados por las CCAA. Por tanto quedan fuera los casos que presentaban algunos de los síntomas compatibles con la enfermedad y que fallecieron sin haberse podido confirmar.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Datos a 30 junio de 2020	Datos a 22 de septiembre de 2020
Andalucía	1.428	1.714
Aragón	912	1.360
Asturias, Principado de	334	342
Balears, Illes	224	285
Canarias	162	218
Cantabria	216	232
Castilla y León	2.787	2.970
Castilla-La Mancha	3.026	3.080
Cataluña	5.671	5.823

Comunitat Valenciana	1.432	1.566
Extremadura	519	557
Galicia	619	721
Madrid, Comunidad de	8.426	9.161
Murcia, Región de	147	197
Navarra, C. Foral de	528	562
País Vasco	1.560	1.825
La Rioja	366	407
Ceuta	4	10
Melilla	2	4
España	28.363	31.034

*Tabla 13: Fallecidos con COVID19 según datos oficiales del Ministerio de Sanidad en cada CC.AA.
Fuente: Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Actualizaciones nº 153 y 213.
Enfermedad por el coronavirus (COVID19).*

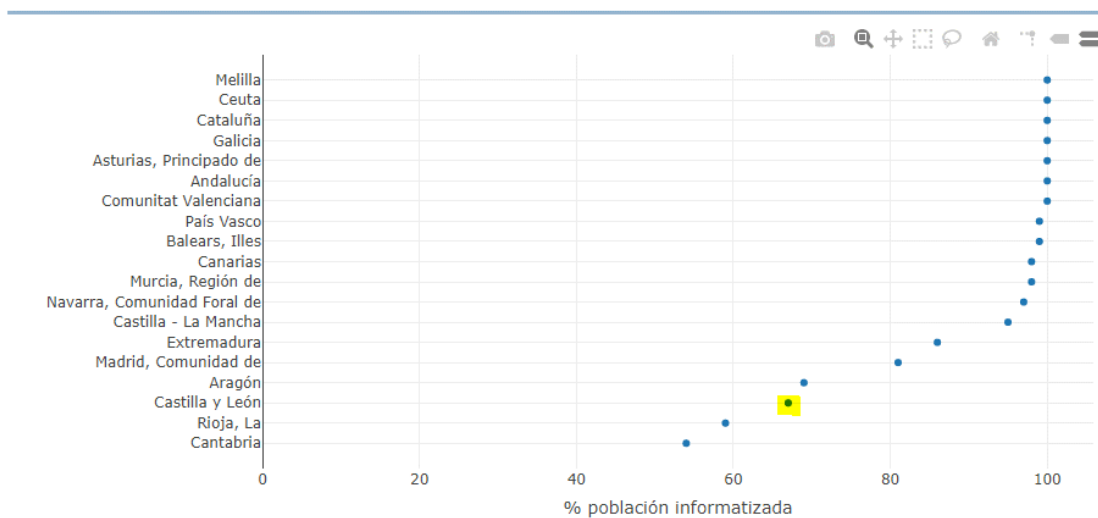
Si tenemos en cuenta las cifras oficiales de personas fallecidas con COVID19 confirmado en Castilla y León a fecha 30 junio (2.787) y las cifras de residentes fallecidos con COVID19 a la misma fecha (1.493) de centros residenciales de personas mayores y personas con discapacidad el porcentaje asciende al 53,6%

1.4.2 Centro Nacional de Epidemiología. Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo)

La primera fuente que se utilizó para obtener un conocimiento sobre la totalidad de muertes durante la epidemia fue el Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo) en España. Ofrece información sobre mortalidad diaria por todas las causas a partir de los datos del Registro General de Registros Civiles y Notariados del Ministerio de Justicia, distribuidos entre todas las Comunidades Autónomas. Durante el año 2020 incluye las defunciones por todas las causas procedentes de 3.929 registros civiles informatizados, que representan el 93% de la población española. Las estimaciones de mortalidad esperada se realizan mediante modelos restrictivos de medias históricas basados en la mortalidad observada del 1 de enero 2008 hasta un año previo a la fecha actual, procedente del Instituto Nacional de Estadística.

Por lo que se refiere a Castilla y León, los registros civiles informatizados representan el 67% de la población.

Porcentaje de población informatizada



Porcentaje de población informatizada, calculado como la suma de la población de los municipios informatizados entre la población total de la CCAA

Gráfico 9

La información más relevante que ofrece el sistema MOMO para este informe corresponde a dos aspectos:

- ✓ El cálculo del exceso de mortalidad.
- ✓ Los periodos de exceso de mortalidad son muy relevantes

En el primero de los casos se observa que la sobremortalidad más intensa se da, por este orden, en Madrid, Castilla – La Mancha, La Rioja y, ya con niveles similares, en Castilla y León, Cataluña y Navarra.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Períodos de exceso de mortalidad	Exceso	Porcentaje %
Andalucía	17/03/2020 al 21/04/2020	1.308	17,5%
Aragón	22/03/2020 al 21/04/2020	752	74,6%
Asturias, Principado de	05/04/2020 al 12/04/2020	110	38,2%
Balears, Illes	25/03/2020 al 03/04/2020	70	29,8%
Canarias	23/03/2020 al 04/04/2020	117	19,2%
Cantabria	30/03/2020 al 03/04/2020	62	96,9%
Castilla y León	15/03/2020 al 30/04/2020	3.470	114,8%
Castilla-La Mancha	10/03/2020 al 11/05/2020	5.228	158,7%
Cataluña	13/03/2020 al 08/05/2020	11.637	114,1%
Comunitat Valenciana	20/03/2020 al 19/04/2020	1.364	34,4%
Extremadura	20/03/2020 al 20/04/2020	595	61,7%
Galicia	24/03/2020 al 21/04/2020	495	19,1%

Madrid, Comunidad de	09/03/2020 al 09/05/2020	13.993	197,6%
Murcia, Región de	31/08/2020 al 06/09/2020	40	19,8%
Navarra, C. Foral de	19/03/2020 al 25/04/2020	662	109,4%
País Vasco	15/03/2020 al 23/04/2020	1.449	59,5%
La Rioja	19/03/2020 al 22/04/2020	274	129,8%
Ceuta	17/03/2020 al 21/04/2020	1.308	17,5%
Melilla	22/03/2020 al 21/04/2020	752	74,6%
España	11/03/2020 al 09/05/2020	42.521	63,0%

Tabla 14: Periodos de exceso de mortalidad anteriores al mes de julio, exceso estimado y porcentaje sobre esperados en cada CC.AA. Fuente: Centro Nacional de Epidemiología (ISCH). Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las causas. MoMo. Situación a 21 de septiembre de 2020

En el segundo de los casos, los períodos de exceso de mortalidad, se observa que los primeros se dan en Madrid (9 de marzo), Castilla – La Mancha (día 10), Cataluña (día 13), y Castilla y León y País Vasco (15 de marzo). Esto significa que los contagios ya se estaban dando de manera importante desde los primeros días del mes de marzo, y que la transmisión comunitaria ya se daba en Castilla y León 10 días antes del cierre de los centros.

1.4.2.1 Datos de Castilla y León

En el caso de Castilla y León, la mortalidad por todas las causas observada y esperada desde diciembre de 2019, a septiembre de 2020 es la que se refleja en los gráficos siguientes

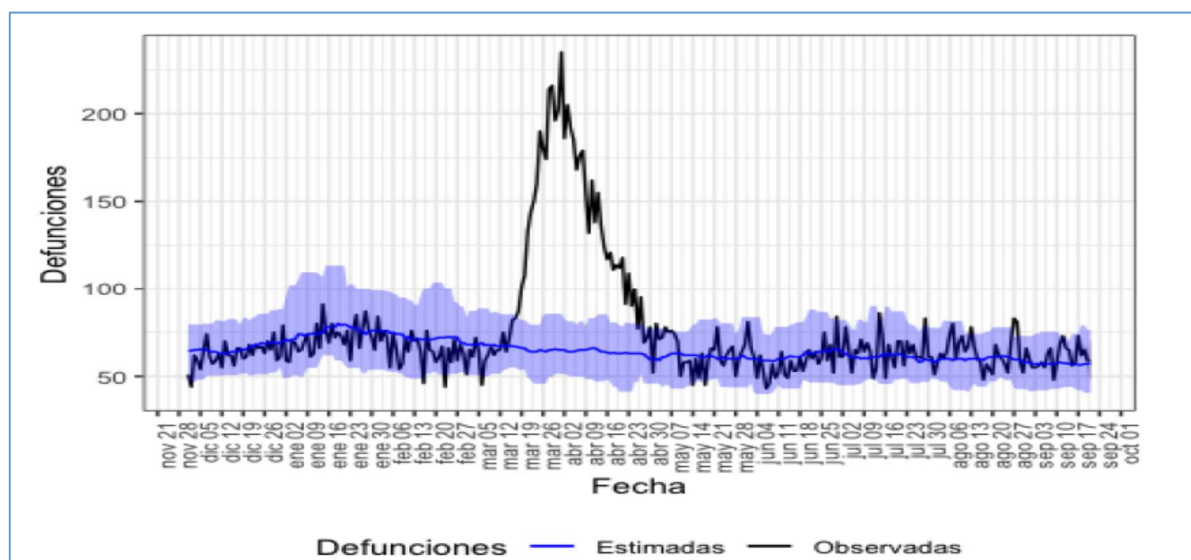


Gráfico 10

Fuente: Vigilancia de Mortalidad Diaria. Centro Nacional de Epidemiología. ISCH. Situación a 21 de septiembre.

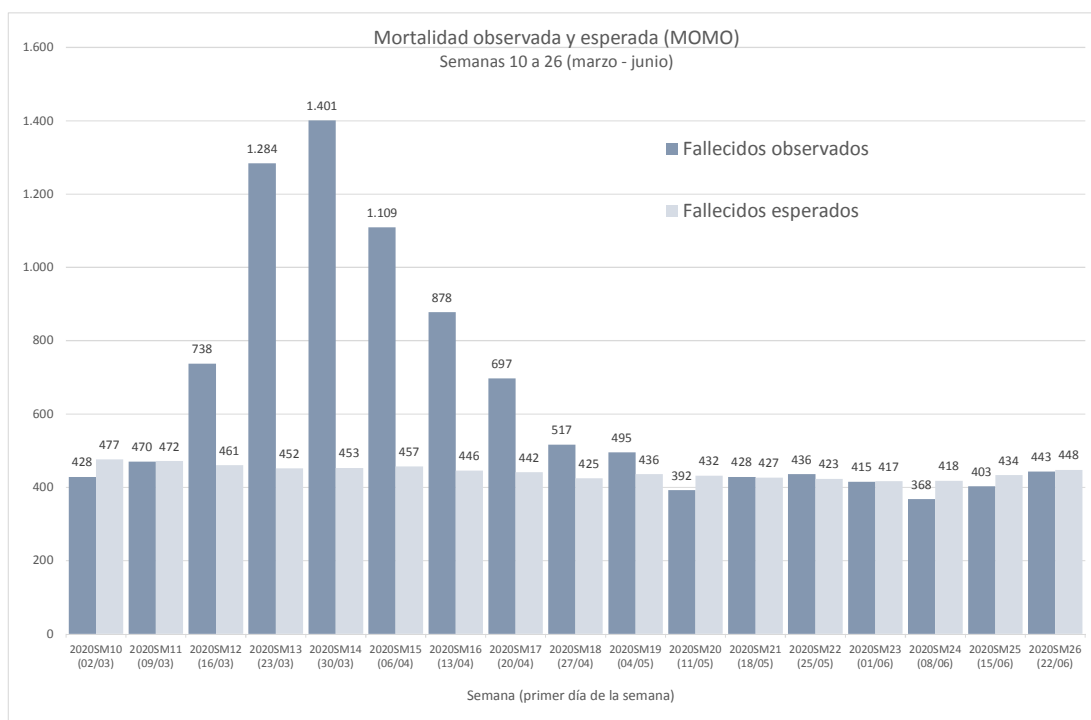


Gráfico 11

En el gráfico se puede observar la notable subida de la mortalidad desde la semana 12 (16 marzo – 22 marzo), situación que continúa hasta 19 (27 abril – 3 mayo) Después, en algunas semanas la cifra observada es inferior a la esperada. Entre los epidemiólogos es conocido este fenómeno como “*harvesting effect*”, con el que se quiere señalar que se adelantan algunos fallecimientos que, en condiciones normales, se habrían producido poco después. Este efecto es más apreciable a nivel nacional.

1.4.3 Instituto Nacional de Estadística. Estimación del número de defunciones semanales durante el brote de COVID19 (EDeS)

La segunda fuente que aborda la cuestión desde una óptica semejante es el Instituto Nacional de Estadística, que habilitó un espacio titulado *Información estadística para el análisis del impacto de la crisis COVID19*. El 3 de junio hizo pública su estimación de fallecidos a partir de los datos de la aplicación Inforeg, del Ministerio de Justicia, para la grabación de asientos registrales, entre ellos las defunciones. Esta aplicación se ha ido estableciendo en la mayoría de Registros Civiles y el INE calcula una cobertura de datos del 93,62% del conjunto del país, y del 77,85% para Castilla y León. En el proyecto, que es experimental, aplica coeficientes de corrección teniendo en cuenta estas deficiencias.

La fuente que utiliza es semejante a la del MoMo, pero la diferencia está en que el INE estima la mortalidad total aplicando coeficientes de corrección provincial, en función de la cobertura de

Inforeg. En Castilla y León esa cobertura oscila entre el 61,1% de Salamanca y el 97,4% de Valladolid.

1.4.3.1 Datos de Castilla y León

En el caso de Castilla y León, la estimación del número de defunciones semanales durante el brote de COVID19 (EDeS) se realiza por provincias en función de unos Coeficientes de corrección de subcobertura de los datos originales de Inforeg

AMBITO TERRITORIAL	Defunciones Inforeg/ Defunciones INe (%)	Coeficiente de corrección subcobertura
ESPAÑA	93,622	1,06812
CASTILLA Y LEON	77,850	1,28453
Ávila	83,028	1,20442
Burgos	84,985	1,17668
León	67,298	1,48593
Palencia	77,352	1,29279
Salamanca	61,110	1,63640
Segovia	83,758	1,19392
Soria	86,696	1,15345
Valladolid	97,412	1,02656
Zamora	69,728	1,43415

Tabla 15: Coeficientes de corrección
Fuente: INE, Proyecto técnico EDeS, junio 2020.

Se ofrecen a continuación datos estimados por semanas de defunciones para Castilla y León. Teniendo en cuenta el carácter experimental de este proyecto, es conveniente tomar las cifras con cautela dado que el modelo puede subestimar o sobreestimar las defunciones.

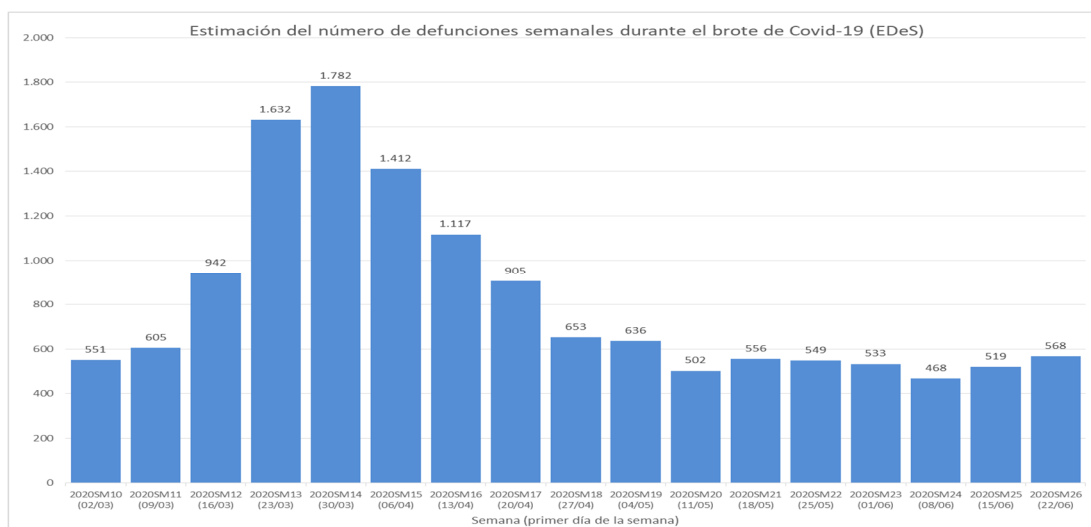


Gráfico 12

A diferencia del sistema MoMo, proporciona una estimación del total de fallecidos en las fechas de mayor incidencia de la epidemia.

1.4.4 Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León. Información procedente de certificados de defunción de los meses de marzo y abril

Otra fuente de gran valor, que sirve para contrastar la fiabilidad de estas estimaciones, es el informe que publicó el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León el 11 de mayo. Con la información solicitada a los Juzgados de los Registros Civiles de todos los certificados de defunción de los meses de marzo y abril de 2018, 2019 y 2020.

Datos publicados por el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (11/05/2020).

MARZO'20	Defunciones	Covid	Sospechosas de Covid	Covid + Sospechosas	2018	2019
Ávila	286	51	69	120	154	148
Burgos	440	17	27	44	340	310
León	785	140	84	224	523	523
Palencia	233	25	20	45	138	160
Salamanca	553	164	127	291	296	284
Segovia	504	138	155	293	138	116
Soria	240	3	13	16	92	77
Valladolid	586	9	18	27	436	435
Zamora	224	25	22	47	200	206
TOTAL CyL	3.851	572	535	1.107	2.317	2.259

Tabla 16

ABRIL'20	Defunciones	Covid	Sospechosas Covid19	Covid + Sospechosas	2018	2019
Ávila	354	117	112	229	154	155
Burgos	617	152	79	231	361	311
León	913	301	172	473	493	477
Palencia	239	59	38	97	189	167
Salamanca	729	278	201	479	291	261
Segovia	422	166	124	290	143	128
Soria	233	111	44	155	103	77
Valladolid	940	222	232	454	415	376
Zamora	335	89	68	157	230	196
TOTAL CyL	4.782	1.495	1.070	2.565	2.379	2.148

Tabla 17

	Fallecidos - Información TSJ				
	2018	2019	2020	Conf + Sosp.	Otras causas
marzo	2.317	2.259	3.851	1.107	2.744
abril	2.376	2.148	4.782	2.565	2.217
acumulado	4.693	4.407	8.633	3.672	4.961

Tabla 18: Fallecidos según la revisión de certificados de defunción realizada a instancias del TSJ de Castilla y León

La mortalidad registrada en 2018 y 2019 es inferior a la que consta por otras causas para 2020, lo cual es coherente con la información que existe al respecto: la sobremortalidad que ha existido durante la pandemia no se puede imputar íntegramente al coronavirus, aunque nadie niega hoy su influencia.

Si comparamos los resultados con los datos del MoMo y del INE, podemos observar la disparidad entre ellos.

A la vista de los datos posteriores facilitados por la Consejería de Sanidad, se puede concluir que los datos más ajustados son los del INE, por lo que sería la fuente válida para las comparaciones, semana a semana, con los datos relativos a residencias.

MES	TSJ	MOMO		INE	
	Registrados	Observación	% de TSJ	Estimación	% de TSJ
marzo	3.851	3.381	87,8%	4.307	111,8%
abril	4.782	3.980	83,2%	5.097	106,6%
acumulado	8.633	7.361	85,3%	9.404	108,9%

Tabla 19: Comparativa de datos de las distintas fuentes. Información sobre fallecidos obtenida por el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León a partir de certificados de defunción, y comparación con estimaciones del MOMO e INE (marzo – abril 2020)

1.4.5 Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

Además de la información facilitada al Ministerio de Sanidad, sobre los fallecidos confirmados por COVID19, la Consejería de Sanidad, a través del portal de transparencia (datos abiertos), facilita datos de la mortalidad en Castilla y León, a través de las bajas de las tarjetas sanitarias.

Este sistema nos permite conocer el número de fallecidos para hacer un análisis comparativo general, si bien dificulta la comparación estadística de los mismos durante períodos concretos de tiempo por dos motivos:

- ✓ No recoge la información de fallecidos que no son atendidos por el sistema público de salud (no tienen tarjeta sanitaria), pues reciben atención a través de otros sistemas de protección, y que puede estar en torno al 3%.
- ✓ Las fechas que utiliza son fechas de notificación del fallecimiento, y que pueden tener un cierto retraso con respecto a la fecha de fallecimiento

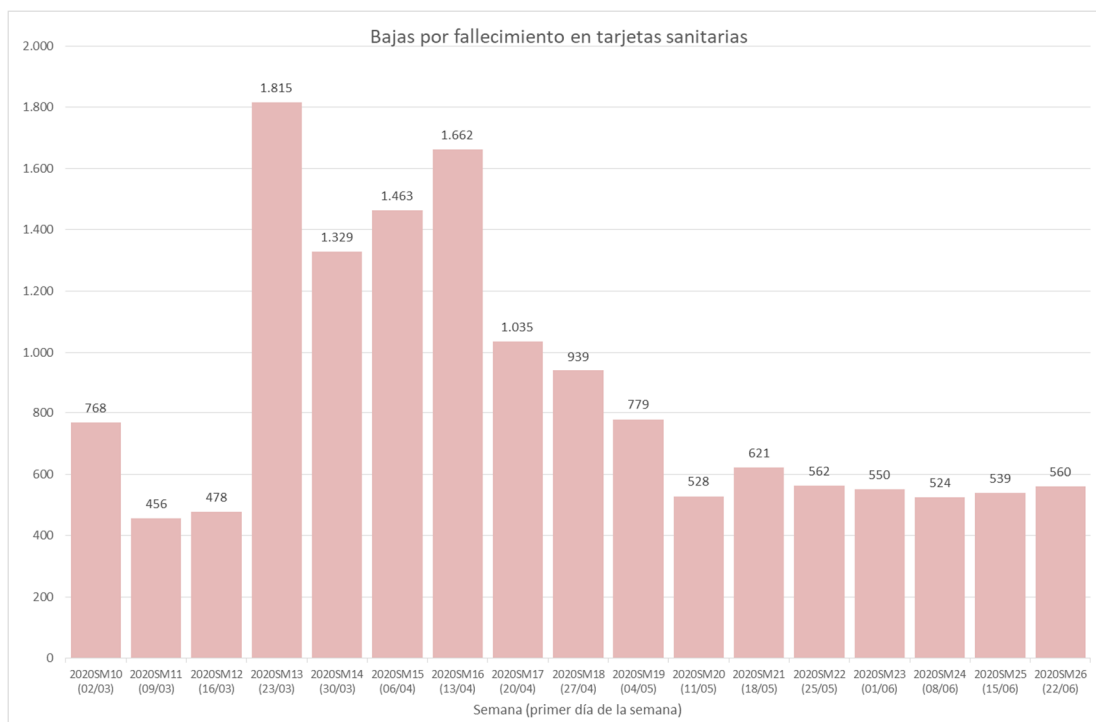


Gráfico 13

Si tomamos ahora los datos de Sanidad a 30 de junio, el porcentaje de residentes fallecidos confirmados con COVID19 o con síntomas compatibles, asciende a un nivel del 67%.

	Fallecidos Total	Fallecidos COVID19 Confirmados	Fallecidos con síntomas compatibles COVID19, sin confirmar	Total de fallecidos confirmados y con síntomas compatibles.	Fallecidos por Otras causas
Total. Fallecidos en Castilla y León Dato facilitado por la Consejería de Sanidad	14.764			3.875	10.889
Total de fallecidos en Residencias Dato facilitado por la Consejería de Familia	5.987	1.493	1.105	2.598	3.389
% Residencias	40,6%			67,0%	31,1%

Tabla 20: Fallecidos totales y de residentes acumulados a 30 de junio.

Esta cifra coincide casi exactamente con la que el Ministerio ha comunicado sobre España al Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades a finales de junio (67%), y encuentra similitudes con lo sucedido en otros países de la OCDE, según los estudios disponibles más fiables.

1.5 Mortalidad en residencias. Comparación en el ámbito nacional e internacional.

Tal como se ha puesto de manifiesto, resulta imposible la comparativa y valoración de los datos en el contexto internacional, e incluso dentro del contexto nacional entre Comunidades ya que no existe un registro real y fiable de los datos de personas fallecidas que vivían en centros residenciales con COVID19 o con síntomas compatibles.

Los únicos datos existentes son los que han publicado las Comunidades Autónomas, que muchas veces o bien no cuentan con el detalle suficiente o con referencias claras sobre lo incluyen o bien incluyen demasiada información que no es posible disgregar y separar. Datos tan dispares y diferentes como cada uno de los territorios.

No es el objetivo de este informe el tratar de clarificar esos datos, eso corresponde a otros, pero si es necesario explicar cuál es el contexto existente, para poder interpretar los datos de Castilla y León en primer lugar, y la imposibilidad de comparar con otras CCAA lo ocurrido, al no existir un dato de referencia.

El 8 de mayo, el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) del Ministerio de Sanidad informó al Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) y la oficina europea de la OMS de que en residencias habían fallecido 17.231 personas, y que por tanto el 67% de las muertes se habían producido en residencias. A 27 de junio esta cifra habría aumentado hasta 19.576, sin que se haya hecho público más detalle sobre esa cifra, cómo, por ejemplo:

- ✓ Desglose por Comunidades Autónomas
- ✓ Tipología de centro residencial (de personas mayores y/o de personas con discapacidad)
- ✓ Fallecidos confirmados COVID19, con síntomas compatibles o ambos

Es imposible discernir a qué hacen referencia esos datos, ni su relación con las cifras oficiales del Ministerio. A esto hay que añadir la disparidad en los datos de fallecidos, según las distintas fuentes que elaboran y aportan los mismos, cómo se ha puesto de manifiesto

Sin embargo, esta cifra de la que el Ministerio de Sanidad ha informado al Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades a finales de junio (67%) encuentra ciertas similitudes con lo sucedido en otros países de la OCDE. No obstante, no es sencillo encontrar datos suficientes que garanticen la homogeneidad en la obtención de los datos.

	Fallecidos en residencias % sobre total de fallecidos	
	Fallecidos con COVID confirmado	Fallecidos Con COVID 19 y Fallecidos con síntomas compatible
Canadá		85%
Estados Unidos	26,0%	
Alemania	39,2%	
Francia		49%
Suecia		47,6%
Bélgica		64%
Dinamarca	35%	
Irlanda		63%
Inglaterra y Gales		40,5%
Escocia		44%
Irlanda del Norte		52%
España		67%

Tabla 21: Fallecidos en Residencias

Fuente: Mortality associated with COVID19 outbreaks in care homes: early international evidence, International Long Term Care

No es sencillo obtener datos completos a este respecto porque en las informaciones localizadas no se suele aclarar si incluyen casos sospechosos y, en ocasiones, resulta imposible discernir si se está señalando solo los fallecidos en los centros, excluyendo las defunciones en hospitales. No obstante, se ha recogido información de múltiples fuentes, en torno al 30 de junio, sobre los fallecidos con COVID, confirmado y con sintomatología compatible, aunque es probable que estos últimos no estén computados en algunas CCAA.

En el caso de las Comunidades Autónomas, para valorar la incidencia se debería de utilizar un dato que sea comparable.

El que parece más apropiado y está disponible para todo el país es el número de plazas residenciales de personas mayores. A este respecto se siguen los datos publicados por Antonio ABELLÁN et al., (2019). *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019*. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 24.

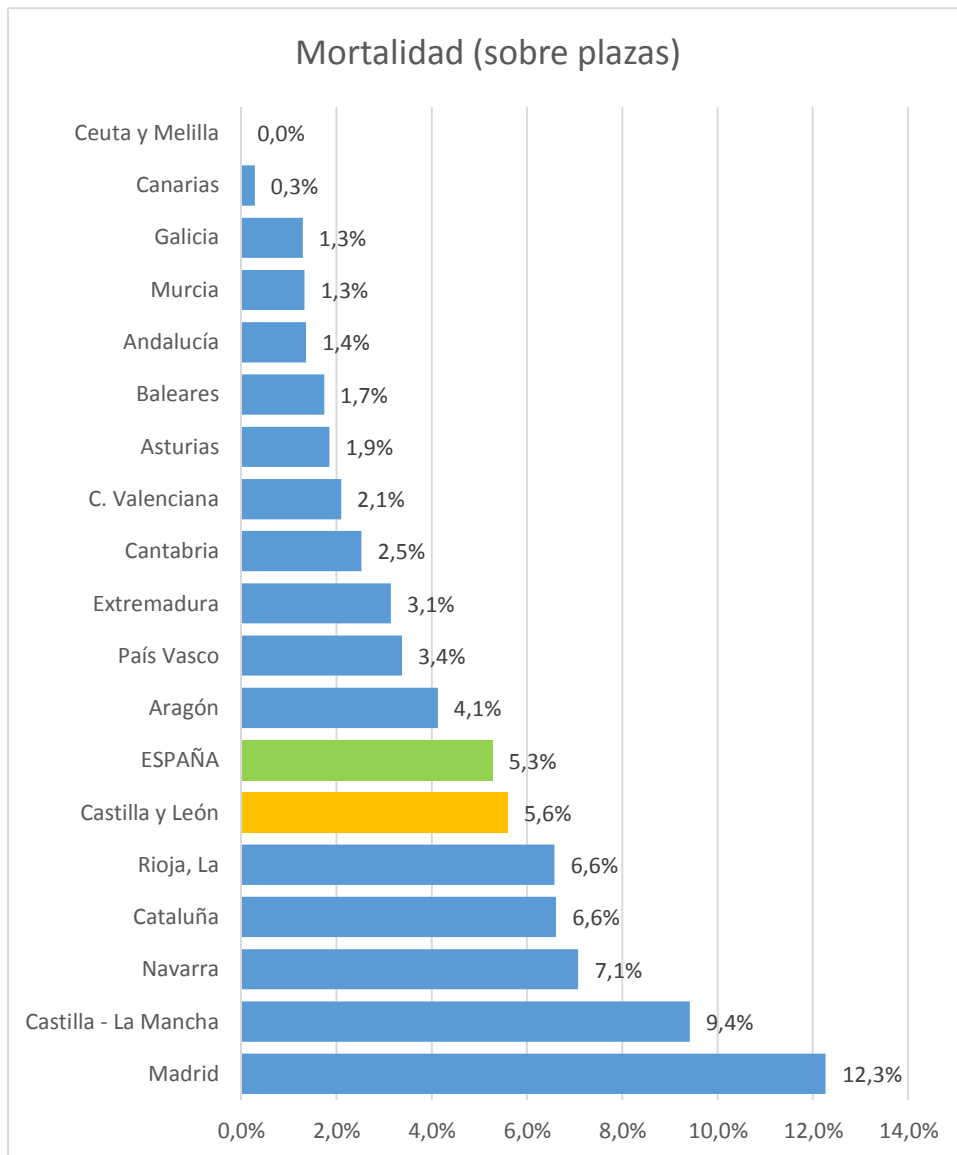


Gráfico 14

Entre las CCAA con tasas más altas, no se ha podido averiguar si en todos los casos se incluyen los casos sospechosos.

La incidencia está en relación directa con la que existió en el país durante la primera ola epidémica. Castilla y León se sitúa como la sexta comunidad autónoma en cuanto a mortalidad, ligeramente por encima de la media nacional.

1.5.1 Personas fallecidas en situación de dependencia y atención residencial

Como dato complementario, para enmarcar la situación registrada en Castilla y León con respecto al resto de CCAA, puede servir el estudio difundido recientemente por el IMSERSO²² sobre la mortalidad entre personas dependientes entre los meses de marzo y junio, utilizando una metodología similar a la del MoMo: sobre la base de las defunciones producidas en los años anteriores calcula la mortalidad esperada y la observada.

En lo que se refiere al exceso de mortalidad en personas dependientes con atención residencial, las comunidades más afectadas son, por este orden, Madrid, Castilla – La Mancha, Cataluña, Navarra y, en quinto lugar, Castilla y León.

Analiza también la relación entre el exceso de mortalidad entre los dependientes en residencia y la mortalidad del COVID en la población hasta el 31 de mayo.

En el gráfico se observa que Castilla y León se encuentra en el cuadrante superior izquierdo, lo que significa que tuvo una tasa de ataque del COVID superior a la media nacional, pero su incidencia entre los dependientes con atención residencial fue inferior a la media.

Así concluye el informe (pág. 29): “La Rioja, Aragón, País Vasco, Castilla y León y la Comunidad Foral de Navarra tuvieron un exceso de mortalidad de personas beneficiarias en residencias sobre el total de personas beneficiarias en residencias reducido para la tasa de ataque COVID19 que registraron”.

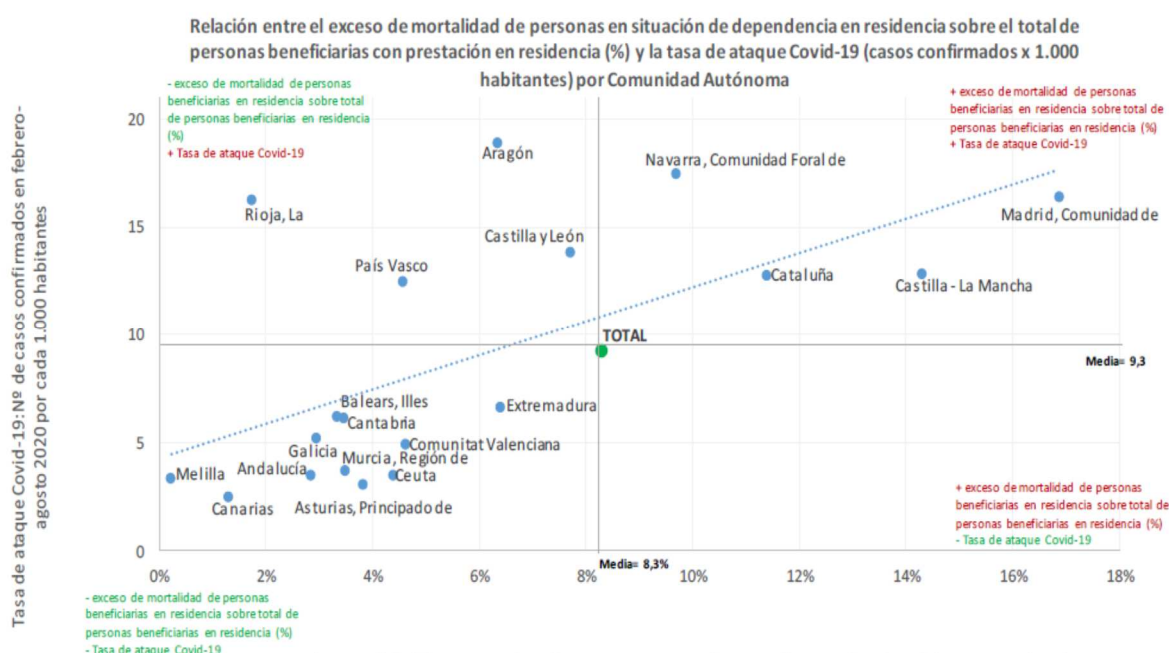


Gráfico 15

²² IMSERSO, *MoMo en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD)* (Datos a 31 de agosto de 2020).

2 El sector Residencial de Personas mayores en Castilla y León.

Desde la aprobación de la Ley 16/2010, de servicios Sociales de Castilla y León, de 20 de diciembre, junto con el hecho de tomar conciencia de los nuevos planteamientos sociales e incluso de los avances técnicos acaecidos aconsejaron la adopción de un nuevo modelo de atención residencial en el ámbito de los servicios sociales. Un modelo de atención centrado en la persona.

A nivel internacional, en el grupo de las personas mayores, existen exitosas aplicaciones de este modelo de atención, como son el “Modelo Housing”, dentro del cual se enmarcan iniciativas como la Unidades de convivencia de la “Red Salmón”, la “alternativa Eden” o las “Green Houses”; las aportaciones de la atención centrada en las personas con demencia formulada por Tom Kitwood y desarrollada por los componentes del grupo de demencias de la Universidad de Bradford, Inglaterra. A pesar de esta evidencia internacional, se consideró necesario poner en marcha desde febrero de 2012 hasta la aprobación del decreto 2/2016, un amplio pilotaje en más de 100 centros residenciales de toda la comunidad autónoma, para conocer de primera mano cómo debía producirse la adaptación de la ACP en unidades de convivencia.

Castilla y León lleva tiempo trabajando en un nuevo modelo de atención residencial partiendo de la experiencia sobre de la propia realidad y estuvieron en vigor cerca de tres años y medio, después de un pilotaje a través del denominado programa “En mi Casa”, con una muestra cercana a las 2.000 personas usuarias y por un periodo de cerca de cuatro años (comenzó en febrero de 2012).

Los resultados del programa “En mi Casa” fueron evaluados por un agente externo, la Universidad Católica de Ávila que, en su informe destaca, entre otras conclusiones que, sin excepción, el nuevo modelo procura mayores niveles de calidad de vida en todas las personas evaluadas, siendo especialmente beneficioso para las personas dependientes que presentaban deterioro cognitivo. El mismo informe constata que el nuevo modelo mejora la satisfacción de los profesionales y de los familiares de los usuarios. A tenor de lo expuesto, se consideró que existe evidencia científica suficiente para avalar el nuevo modelo de atención centrada en unidades de convivencia.

En este modelo la persona usuaria, es la responsable directa de elegir su estilo y condiciones de vida. En este nuevo modelo las decisiones sobre los apoyos que deben prestarse a las personas usuarias de los centros serán decididas por las mismas, en ejercicio de su autodeterminación, primando las decisiones de la propia persona usuaria de los centros frente a las decisiones profesionales que primaban en modelos de atención anteriores.

Otro aspecto relevante del modelo de intención que se pretende impulsar, se dirige a ordenar la vida cotidiana en el centro residencial que se orienta a asimilar la de un entorno familiar. Se parte de la premisa de que las personas usuarias de estos centros no son enfermos, al menos no lo son más que el resto de personas con la misma edad que residan en viviendas convencionales, siendo la falta de apoyos para las actividades de la vida diaria o su propia elección, lo que determina su cambio de residencia a un centro de atención social. En consecuencia, la vida cotidiana en un centro de atención social se dirige a reproducir la vida domiciliaria, siendo, por ende, muy diferente a la propia de un centro hospitalario.

En este sentido, el COVID19 ha venido a confirmar que la estructura de centros zonificados por actividades de día y noche, como eran los centros hasta la aparición de los decretos anulados, así como grandes espacios impersonales, no solo son un impedimento al desarrollo de proyectos de vida personalizados, sino que son condiciones que facilitan la transmisión de la enfermedad, porque dificulta la sectorización de los espacios y la gestión de grupos pequeños de personas.

2.1 Clasificación de los Centros y Plazas Residenciales.

En Castilla y León hay 700 centros residenciales de personas mayores con 48.296 plazas y un nivel de ocupación media del 89% al inicio de la crisis sanitaria.

PROVINCIA	CENTROS	PLAZAS	OCUPACIÓN INICIAL	% OCUPACIÓN
Ávila	51	3.681	3.210	87,2%
Burgos	97	6.978	6.258	89,7%
León	114	7.944	6.995	88,1%
Palencia	56	4.272	3.622	84,8%
Salamanca	126	7.546	6.720	89,1%
Segovia	40	3.060	2.746	89,7%
Soria	35	2.505	2.293	91,5%
Valladolid	116	7.898	7.001	88,6%
Zamora	65	4.412	4.014	91,0%
Total General	700	48.296	42.859	88,7%

Tabla 22: Número de centros residenciales de personas mayores en Castilla y León

A continuación, se detalla la clasificación de los centros residenciales de Castilla y León, desde distintas variables.

2.1.1 Centros y Plazas residenciales según la financiación de las mismas

En la Comunidad de Castilla y León, a 31 de diciembre de 2019 el total de las plazas de financiación pública ascendían a 38.677, que suponen el 90% de las plazas ocupadas y el 80% de las totales. Concepto éste, el de la financiación pública, diferente al de la titularidad de los centros donde están ubicadas las mismas.

Las plazas de financiación pública son de tres tipos:

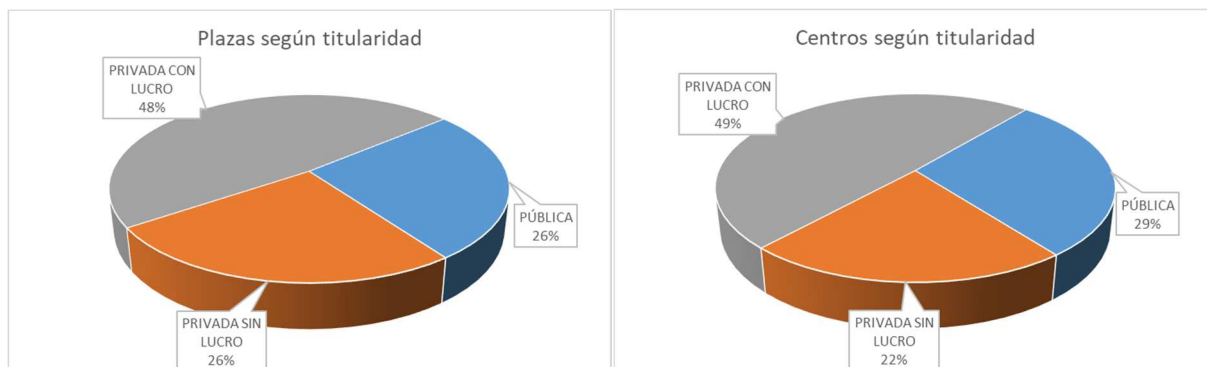
- ✓ Plazas de Titularidad pública
- ✓ Plazas Concertadas: Plazas en centros residenciales privados que son financiadas por la Comunidad para que en ellas se atiendan a personas mayores con derecho a asistencia residencial en plaza pública. Estas junto con las plazas de titularidad pública corresponden a las que se denominan plazas de responsabilidad pública.
- ✓ Plazas financiadas mediante la prestación económica vinculada al servicio residencial:

En el análisis del impacto del COVID19, evidentemente no influye la forma de financiación de las plazas en un mismo centro, por lo que de aquí en adelante referiremos todos los análisis atendiendo a la titularidad de los Centros Residenciales de Personas Mayores de la Comunidad,

2.1.2 Centros y Plazas residenciales según la titularidad de las mismas

Por titularidad, aproximadamente una cuarta parte de las plazas son de titularidad pública (26,1%), otro tanto son plazas gestionadas por entidades privadas sin ánimo de lucro (25,5%) y por último. cerca de la mitad restante están gestionadas con ánimo de lucro (48,4%).

Lo mismo ocurre con los centros, aunque en este caso se incrementa el número de centros públicos (28,4%), reduciéndose el número de centros privados sin ánimo de lucro (22,3%).



Gráficos 16 y 17

La distribución por provincias de las plazas y los centros residenciales es la siguiente:

PROVINCIA	PÚBLICAS		PRIVADAS SIN ANIMO DE LUCRO		PRIVADAS CON ANIMO DE LUCRO		TOTALES	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Ávila	799	21,7%	733	19,9%	2.149	58,4%	3.681	100,0%
Burgos	1.923	27,6%	2.042	29,3%	3.013	43,2%	6.978	100,0%
León	2.075	26,1%	2.016	25,4%	3.853	48,5%	7.944	100,0%
Palencia	871	20,4%	1.917	44,9%	1.484	34,7%	4.272	100,0%
Salamanca	1.992	26,4%	1.920	25,4%	3.634	48,2%	7.546	100,0%
Segovia	1.189	38,9%	642	21,0%	1.229	40,2%	3.060	100,0%
Soria	1.068	42,6%	234	9,3%	1.203	48,0%	2.505	100,0%
Valladolid	1.384	17,5%	1.845	23,4%	4.669	59,1%	7.898	100,0%
Zamora	1.312	29,7%	950	21,5%	2.150	48,7%	4.412	100,0%
Total General	12.613	26,1%	12.299	25,5%	23.384	48,4%	48.296	100,0%

Tabla 23: Distribución de plazas residenciales según titularidad y provincia

PROVINCIA	PÚBLICAS		PRIVADAS SIN ANIMO DE LUCRO		PRIVADAS CON ANIMO DE LUCRO		TOTALES	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Ávila	10	19,6%	11	21,6%	30	58,8%	51	100,0%
Burgos	15	15,5%	32	33,0%	50	51,5%	97	100,0%
León	36	31,6%	22	19,3%	56	49,1%	114	100,0%
Palencia	10	17,9%	21	37,5%	25	44,6%	56	100,0%
Salamanca	61	48,4%	24	19,0%	41	32,5%	126	100,0%
Segovia	13	32,5%	11	27,5%	16	40,0%	40	100,0%
Soria	16	45,7%	3	8,6%	16	45,7%	35	100,0%
Valladolid	17	14,7%	20	17,2%	79	68,1%	116	100,0%
Zamora	21	32,3%	12	18,5%	32	49,2%	65	100,0%
Total General	199	28,4%	156	22,3%	345	49,3%	700	100,0%

Tabla 24: Distribución de centros residenciales según titularidad y provincia

Dentro de la titularidad de las plazas en los tres grandes grupos anteriores se establece también división en función de las características de las propias instituciones públicas, de las entidades o de las empresas que gestionan los distintos centros, dando los siguientes cuadros la visión global del mapa de la titularidad de los centros residenciales de personas mayores en la Comunidad

Titularidad	Centros	Plazas	% Plazas	Ocupación inicial	Tasa de ocupación
PÚBLICA	199	12.613	26,1%	10.886	86,3%
PRIVADA	501	35.683	73,9%	31.973	89,6%
Total general	700	48.296	100,0%	42.859	88,7%

Tabla 25: Centros y plazas según titularidad al inicio de la crisis

Titularidad	Centros	Plazas	% del total de plazas	Ocupación inicial	Tasa de ocupación
PRIVADA SIN LUCRO	156	12.299	25,5%	11.288	91,8%
PRIVADA CON LUCRO	345	23.384	48,4%	20.685	88,5%
• EMPRESAS PEQ. Y MEDIANAS	303	17.489	36,2%	15.890	91,9%
• GRANDES GRUPOS	42	5.895	12,2%	4.795	81,3%
Total plazas privadas	501	35.683	73,9%	31.859	89,6%

Tabla 26: Centros Privados y plazas según tipo de entidad al inicio de la crisis

En el caso de los grandes grupos, la distribución de esos centros y plazas sería la que se detalla a continuación, según el origen de la denominación de “Gran grupo”, ya que no existe una definición propiamente dicha de estos.

GRANDES GRUPOS	Centros	Plazas	% Plazas	% Sobre el total de plazas residenciales
Aseguradora	4	625	10,6%	1,3%
Constructora	9	758	12,9%	1,6%
Fondos de Inversión	25	3.986	67,6%	8,3%
Sanidad Privada	2	287	4,9%	0,6%
Servicios Sociales	2	239	4,1%	0,5%
Total Grandes Grupos	42	5.895	100,0%	12,2%

Tabla 27: Centros y plazas según titularidad al inicio de la crisis

2.1.3 Centros y Plazas residenciales según el tamaño de los centros

A la hora de conocer y valorar la afectación que tuvo el virus en los centros residenciales de personas mayores un factor importante es el tamaño de los mismos. En Castilla y León, el 47% de las plazas están en centros grandes entendiendo como tal los que tienen más de 100 plazas residenciales; un 30% en centros medianos entendiendo como tal los que tienen más de entre 50 y 99 plazas residenciales; un 19% en centros pequeños, entendiendo como tal los que tienen entre 25 y 49 plazas residenciales; y, finalmente, el 4% en centros muy pequeños, aquellos que tienen menos de 25 plazas residenciales.

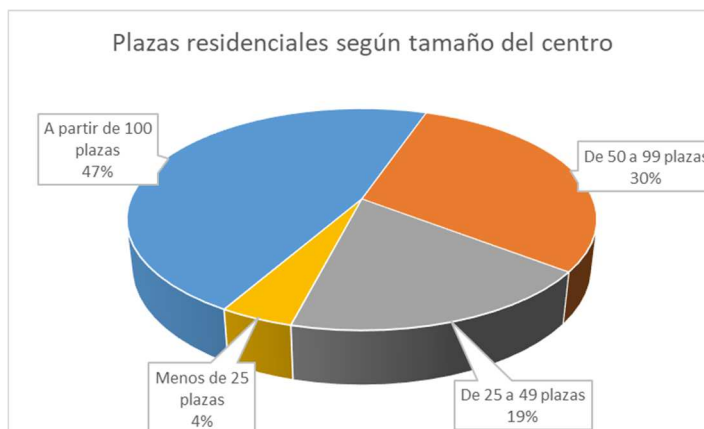


Gráfico 18

En las siguientes tablas se indica la distribución de centros y plazas, tanto en valores absolutos como en porcentajes de los centros residenciales de personas mayores en las distintas provincias.

PROVINCIA	A partir de 100 plazas	De 50 a 99 plazas	De 25 a 49 plazas	Menos de 25 plazas	Total general
AVILA	12	18	18	3	51
BURGOS	21	28	39	9	97
LEON	18	36	47	13	114
PALENCIA	15	13	19	9	56
SALAMANCA	23	31	30	42	126
SEGOVIA	7	19	11	3	40
SORIA	8	13	13	1	35
VALLADOLID	27	23	34	32	116
ZAMORA	13	21	23	8	65
Total general	144	202	234	120	700

Tabla 28: Centros residenciales según tamaño por provincias (valores absolutos).

PROVINCIA	A partir de 100 plazas	De 50 a 99 plazas	De 25 a 49 plazas	Menos de 25 plazas	Total general
AVILA	1.767	1.166	689	59	3.681
BURGOS	3.249	2.004	1.531	194	6.978
LEON	3.195	2.673	1.793	283	7.944
PALENCIA	2.454	881	759	178	4.272
SALAMANCA	3.542	2.266	1.101	637	7.546
SEGOVIA	1.058	1.480	455	67	3.060
SORIA	1.072	887	527	19	2.505
VALLADOLID	4.467	1.638	1.291	502	7.898
ZAMORA	1.872	1.548	864	128	4.412
Total general	22.676	14.543	9.010	2.067	48.296

Tabla 29: Plazas en Centros residenciales según el tamaño de los mismos por provincias (valores absolutos).

PROVINCIA	A partir de 100 plazas	De 50 a 99 plazas	De 25 a 49 plazas	Menos de 25 plazas	Total general
AVILA	48,0%	31,7%	18,7%	1,6%	100,0%
BURGOS	46,6%	28,7%	21,9%	2,8%	100,0%
LEON	40,2%	33,6%	22,6%	3,6%	100,0%
PALENCIA	57,4%	20,6%	17,8%	4,2%	100,0%
SALAMANCA	46,9%	30,0%	14,6%	8,4%	100,0%
SEGOVIA	34,6%	48,4%	14,9%	2,2%	100,0%
SORIA	42,8%	35,4%	21,0%	0,8%	100,0%
VALLADOLID	56,6%	20,7%	16,3%	6,4%	100,0%
ZAMORA	42,4%	35,1%	19,6%	2,9%	100,0%
Total general	47,0%	30,1%	18,7%	4,3%	100,0%

Tabla 30: Plazas en Centros residenciales según el tamaño de los mismos por provincias (%).

Si se combinan ambos factores, la titularidad y el tamaño de los centros residenciales se observa la siguiente radiografía del sector residencial de Castilla y León.

- ✓ Centros de titularidad Pública:
- ✓ La Gerencia de Servicios Sociales, las diputaciones provinciales y los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes tienen principalmente centros medianos y grandes. En el caso de los dos primeros, estos centros se sitúan en los municipios con mayor población

- ✓ Los centros de los ayuntamientos pequeños son, en su mayor parte, pequeños o muy pequeños, si bien hay un número no despreciable de centros medianos (31) y grandes (7)
- ✓ Centros de titularidad privada de entidades sin ánimo de lucro:
 - ✓ La mayor parte de los mismos pertenece a Fundaciones e Instituciones religiosas, y predominan los centros medianos y grandes.
 - ✓ Centros de titularidad privada de empresas con ánimo de lucro:
 - ✓ Pequeñas y medianas empresas: encontramos aquí el mayor número de centros (43% del total de centros, y 36% de las plazas), con un gran volumen de centros pequeños y muy pequeños.
 - ✓ Los grandes grupos empresariales tienen el 12% de las plazas, casi todas en centros grandes o medianos.

Titularidad	Más de 100 plazas	De 50-99 plazas	De 25-49 plazas	Menos de 25 plazas	Total general
PÚBLICA	31	47	69	52	199
• ADMON GRAL DEL ESTADO	1			1	
• ADMON AUTONOMICA (GSS)	14	5	1		20
• DIP. PROV. Y AYTOS > 20.000 HAB.	10	10	2		22
• AYTO < 20.000 HABITANTES	7	31	66	52	156
PRIVADA SIN LUCRO	43	50	54	9	156
• ASOCIACIONES	3	4	6	1	14
• FUNDACIONES	14	30	37	6	87
• INST. RELIGIOSAS	26	16	11	2	55
PRIVADA CON LUCRO	70	105	111	59	345
• EMPRESAS PEQUEÑAS Y MEDIANAS	44	92	108	59	303
• GRANDES GRUPOS	26	13	3		42
Total general	144	202	234	120	700

Tabla 31: Distribución del total de centros residenciales según el tamaño y la titularidad de los mismos

Titularidad	Más de 100 plazas	De 50-99 plazas	De 25-49 plazas	Menos de 25 plazas	Total general
PÚBLICA	5.621	3.456	2.649	887	12.613
• ADMON GRAL DEL ESTADO	67			67	
• ADMON AUTONOMICA (GSS)	3.183	551	48		3.782
• DIP. PROV. Y AYTOS > 20.000 HAB.	1.592	829	71		2.492
• AYTO < 20.000 HABITANTES	846	2.009	2.530	887	6.272
PRIVADA SIN LUCRO	6.435	3.526	2.150	188	12.299
• ASOCIACIONES	438	216	223	24	901
• FUNDACIONES	1.923	2.118	1.476	135	5.652
• INST. RELIGIOSAS	4.074	1.192	451	29	5.746
PRIVADA CON LUCRO	10.620	7.561	4.211	992	23.384
• EMPRESAS PEQUEÑAS Y MEDIANAS	5.920	6.498	4.079	992	17.489
• GRANDES GRUPOS	4.700	1.063	132		5.895
Total general	22.676	14.543	9.010	2.067	48.296

Tabla 32: Distribución del total de plazas según el tamaño y la titularidad de los centros residenciales

En cuanto al nivel de ocupación por tamaño de centro, en la siguiente tabla se observa que los centros residenciales de mayor tamaño tenían las tasas de ocupación más bajas, mientras que los pequeños se aproximan (sobre todo en algunas provincias) al máximo de su ocupación

PROVINCIA	A partir de 100 plazas	De 50 a 99 plazas	De 25 a 49 plazas	Menos de 25 plazas	Total general
AVILA	81,3%	95,5%	90,7%	59,3%	87,2%
BURGOS	87,1%	93,2%	89,7%	96,9%	89,7%
LEON	78,1%	93,5%	96,1%	97,9%	88,1%
PALENCIA	78,6%	91,4%	94,5%	96,6%	84,8%
SALAMANCA	87,2%	86,5%	96,0%	96,5%	89,1%
SEGOVIA	88,8%	88,4%	95,6%	92,5%	89,7%
SORIA	92,0%	91,8%	90,3%	89,5%	91,5%
VALLADOLID	87,3%	86,2%	95,7%	90,6%	88,6%
ZAMORA	86,8%	95,9%	92,4%	82,8%	91,0%
Total general	84,8%	91,2%	93,7%	93,2%	88,7%

Tabla 33: Tasa de ocupación al inicio de la crisis sanitaria en función del tamaño del centro residencial por provincias (%).

En este punto, se entiende, que más que las tasas de ocupación (promedios) respecto al número total de plazas que tenían los centros de atención residencial por provincias, es conveniente realizar un análisis del nivel de ocupación que presentaban los centros residenciales por rangos y tamaño

de los mismos al inicio de la crisis sanitaria, para tener una radiografía completa de cuál era la situación de los mismos.

PROVINCIA	A partir de 100 plazas	De 50 a 99 plazas	De 25 a 49 plazas	Menos de 25 plazas	Total general
Menos del 75%	29	16	12	4	61
Del 75 al 80%	8	4	8	2	22
Del 80 al 85%	10	9	3	5	27
Del 85 al 90%	22	10	16	2	50
Del 90 al 95%	26	38	17		81
Más del 95%	20	17			37
LLENO	29	108	178	107	422
Total general	144	202	234	120	700

Tabla 34: Centros según tamaño y nivel de ocupación al inicio de la crisis sanitaria (valores absolutos)

PROVINCIA	A partir de 100 plazas	De 50 a 99 plazas	De 25 a 49 plazas	Menos de 25 plazas	Total general
Menos del 75%	20,1%	7,9%	5,1%	3,3%	8,7%
Del 75 al 80%	5,6%	2,0%	3,4%	1,7%	3,1%
Del 80 al 85%	6,9%	4,5%	1,3%	4,2%	3,9%
Del 85 al 90%	15,3%	5,0%	6,8%	1,7%	7,1%
Del 90 al 95%	18,1%	18,8%	7,3%	0,0%	11,6%
Más del 95%	13,9%	8,4%	0,0%	0,0%	5,3%
LLENO	20,1%	53,5%	76,1%	89,2%	60,3%
Total general	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 35 Centros según tamaño y nivel de ocupación al inicio de la crisis sanitaria (%)

La gran mayoría de los centros pequeños y muy pequeños estaban llenos, lo cual les ha dado muy poco margen de maniobra si algún residente se contagiaba, a la hora de poder aislarlo, reordenar y sectorizar el centro, con las dificultades añadidas en estos casos por la propia configuración estructural de estos al ser tan pequeños.

En cambio, esa circunstancia no se producía en la mayor parte de los centros medianos y grandes (1 de cada 4 centros de mayor tamaño tenía un nivel de ocupación inferior al 75%).

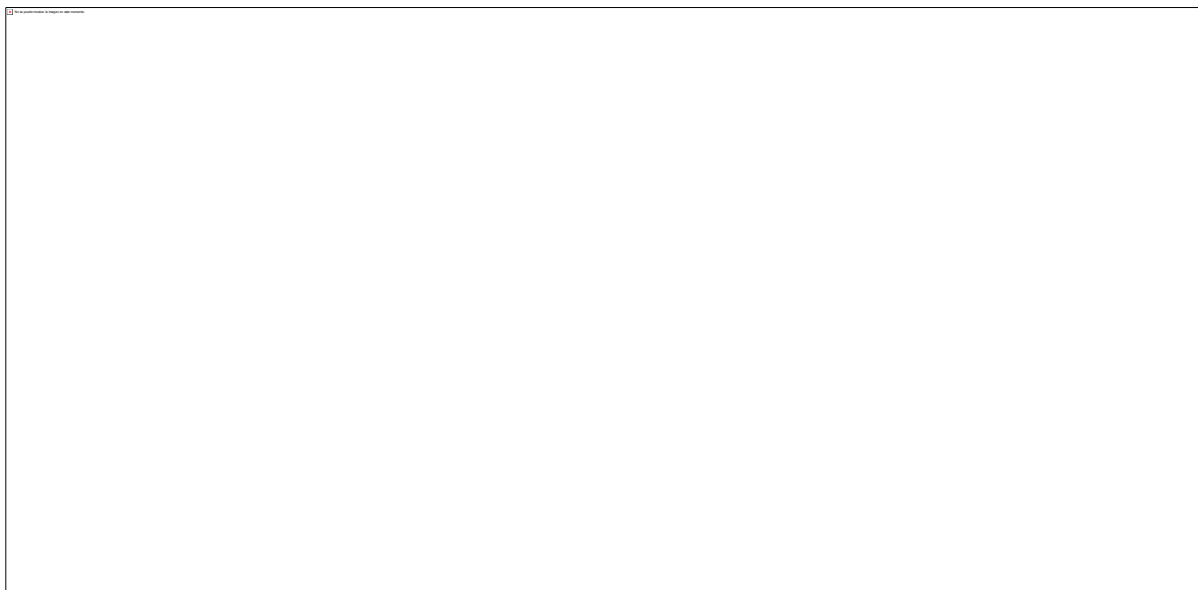


Gráfico 19

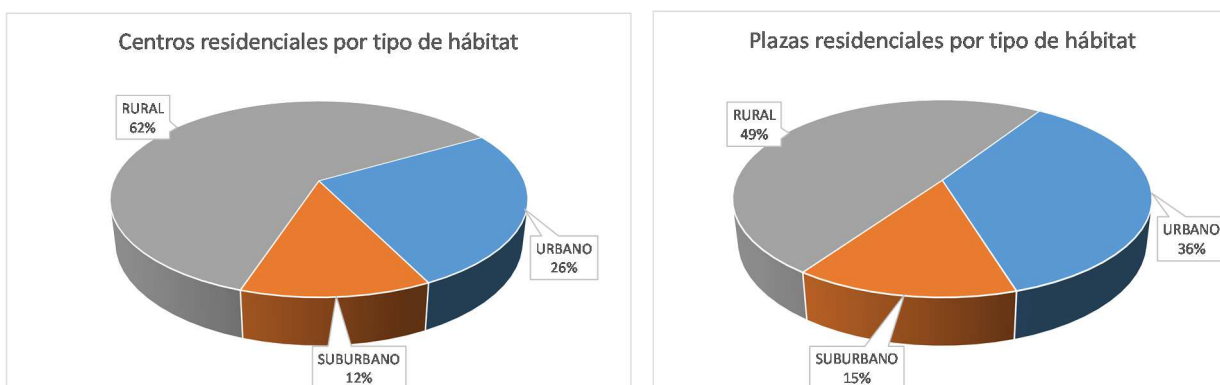
2.1.4 Centros y Plazas residenciales según la ubicación de las mismas (hábitat rural o urbano)

De la misma manera que se han clasificado los centros por la titularidad de los mismos, agrupando luego estos por el tamaño de los mismos, es relevante hacer este mismo análisis por el tipo de hábitat donde se ubican, relacionándolos también por el tamaño de los mismos.

Podemos clasificar los hábitats donde se ubican los centros del siguiente modo:

- ✓ Urbanos, los situados en localidades de más de 20.000 habitantes.
- ✓ Periurbanos, los localizados en alfoz y entorno próximos a las ciudades.
- ✓ Rural, el resto del territorio de la Comunidad.

Según este criterio el 62% de los centros están en el medio rural, pero ofrecen solo la mitad del total de plaza, mientras que una cuarta parte están en ciudades, con el 36% de las plazas; y el 12% restante en entorno periurbanos, con el 15% de las plazas.



Gráficos 20 y 21

Como se puede observar en las tablas siguientes, Ávila, León, Soria y Zamora destacan por el volumen de plazas en el medio rural. En el extremo opuesto se encuentran Burgos y Valladolid donde se observa un peso relativo superior en el caso de los núcleos urbanos y periurbanos con respecto a la media de cada tipo de hábitat.

PROVINCIA	URBANO	PERIURBANO	RURAL	Total general
Ávila	8	1	42	51
Burgos	45	8	44	97
León	18	15	81	114
Palencia	21	4	31	56
Salamanca	17	17	92	126
Segovia	3	8	29	40
Soria	6	1	28	35
Valladolid	58	22	36	116
Zamora	6	11	48	65
Total general	182	87	431	700

Tabla 36: Distribución de centros residenciales según el hábitat por provincias

PROVINCIA	URBANO	PERIURBANO	RURAL	Total general
Ávila	1.134	84	2.463	3.681
Burgos	4.076	630	2.272	6.978
León	2.119	1.063	4.762	7.944
Palencia	1.868	447	1.957	4.272
Salamanca	1.818	1.799	3.929	7.546
Segovia	565	743	1.752	3.060
Soria	714	32	1.759	2.505
Valladolid	4.324	1.363	2.211	7.898
Zamora	793	841	2.778	4.412
Total general	17.411	7.002	23.883	48.296

Tabla 37: Distribución de plazas en centros residenciales según el hábitat y por provincia (valores absolutos)

PROVINCIA	URBANO	PERIURBANO	RURAL	Total general
Ávila	30,8%	2,3%	66,9%	100,0%
Burgos	58,4%	9,0%	32,6%	100,0%
León	26,7%	13,4%	59,9%	100,0%
Palencia	43,7%	10,5%	45,8%	100,0%
Salamanca	24,1%	23,8%	52,1%	100,0%
Segovia	18,5%	24,3%	57,3%	100,0%
Soria	28,5%	1,3%	70,2%	100,0%
Valladolid	54,7%	17,3%	28,0%	100,0%
Zamora	18,0%	19,1%	63,0%	100,0%
Total general	36,1%	14,5%	49,5%	100,0%

Tabla 38: Tasa de ocupación en centros residenciales según el hábitat y por provincia (%)

Por tamaño, en las tablas siguientes, se puede apreciar que la distribución en las ciudades y su entorno es similar, con predominio de los grandes centros, mientras que en el medio rural destacan los pequeños y medianos.

Esto no significa que en las ciudades y su entorno no haya centros pequeños, pero su peso es relativamente menor, sobre todo en lo que a las plazas se refiere.

TAMAÑO	URBANO	PERIURBANO	RURAL	Total general
A partir de 100 plazas	69	25	50	144
De 50 a 99 plazas	46	27	129	202
De 25 a 49 plazas	35	24	175	234
Menos de 25 plazas	32	11	77	120
Total general	182	87	431	700

Tabla 39: Distribución de centros según tamaño y tipo de hábitat en el que se ubica

TAMAÑO	URBANO	PERIURBANO	RURAL	Total general
A partir de 100 plazas	12.057	3.798	6.821	22.676
De 50 a 99 plazas	3.574	2.069	8.900	14.543
De 25 a 49 plazas	1.317	909	6.784	9.010
Menos de 25 plazas	463	226	1.378	2.067
Total general	17.411	7.002	23.883	48.296

Tabla 40: Distribución de plazas en centros residenciales según tamaño y tipo de hábitat en el que se ubican (valores absolutos)

TAMAÑO	URBANO	PERIURBANO	RURAL	Total general
A partir de 100 plazas	84,3%	85,5%	85,3%	84,8%
De 50 a 99 plazas	82,7%	94,7%	93,8%	91,2%
De 25 a 49 plazas	91,3%	94,6%	94,0%	93,7%
Menos de 25 plazas	91,1%	94,2%	93,8%	93,2%
Total general	84,7%	89,7%	91,4%	88,7%

Tabla 41: Distribución de plazas en centros residenciales según tamaño y tipo de hábitat en el que se ubican (%)

3 Análisis del impacto de la epidemia en los centros residenciales de personas mayores

La Gerencia de Servicios Sociales empezó a recabar datos sobre personas con síntomas, personas con COVID confirmado y fallecidos desde la declaración del estado de alarma y puso en marcha un sistema de información que fuera capaz de recabar los datos necesarios para realizar el seguimiento y detectar y atender las necesidades que surgieran.

Ese sistema de información está descrito en otro apartado de este informe. Está ligado a la aplicación SAUSS, a través de la cual los centros han informado a diario sobre la situación, fallecimientos e incidencias. Esa es la fuente principal que se ha utilizado para este análisis.

3.1 Evolución de la población residencial de los Centros durante la crisis de sanitaria

La ocupación de los centros residenciales de personas mayores al inicio de la crisis sanitaria era del 89% de media como se ha indicado anteriormente.

Durante toda la primera ola epidémica, los centros han estado cerrados, de modo que no se han admitido ingresos, salvo casos excepcionales debidos a situaciones de urgente necesidad.

Las bajas que se han producido en los centros se han debido a los fallecimientos de residentes y a los abandonos voluntarios del centro, sin que, como se indicaba, se hayan producido nuevos ingresos en las plazas que quedaban vacantes

Ocupación inicial	42.859	100,0%						
	31/03/2020		30/04/2020		31/05/2020		30/06/2020	
	Residentes	% sobre inicial	Residentes	% sobre inicial	Residentes	% sobre inicial	Residentes	% sobre inicial
Ocupación	41.405	96,6%	38.756	90,4%	37.822	88,2%	37.692	87,9%
- Residentes	41.118	95,9%	38.131	89,0%	37.422	87,3%	37.286	87,0%
- Hospitalizados	287	0,7%	625	1,5%	400	0,9%	406	0,9%
Fallecidos (acumulados)	1.722	4,0%	4.375	10,2%	5.238	12,2%	5.925	13,8%
- COVID confirmado	303	0,7%	1.278	3,0%	1.449	3,4%	1.473	3,4%
- COVID posible	385	0,9%	1.060	2,5%	1.087	2,5%	1.093	2,6%
- Por otras causas	1.034	2,4%	2.037	4,8%	2.702	6,3%	3.359	7,8%

Tabla 42: Residentes, hospitalizados y fallecidos acumulados al final de mes (marzo – junio) en relación al nivel de ocupación inicial

Como se puede observar, el nivel de ocupación descendió con fuerza hasta el 30 de abril (un 9,6%). Desde entonces la reducción es más pausada debido a que se controla la mortalidad de los centros, hasta niveles similares (o incluso inferiores) de años anteriores y de la misma manera, empieza a haber algunos ingresos que compensan las bajas.

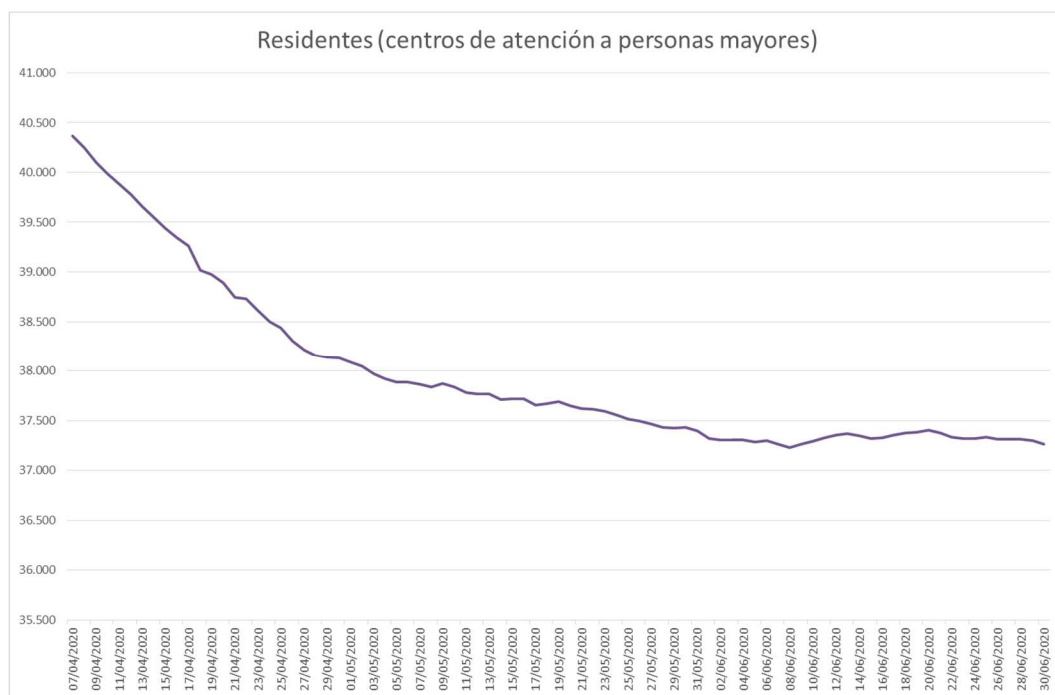


Gráfico 22

3.2 Morbilidad: Evolución de los contagios en la población residencial de los Centros durante la crisis de sanitaria.

La tasa de morbilidad se define como la proporción de personas que padecen una enfermedad sobre una población determinada. Este indicador es uno de los principales que se utilizan para describir la incidencia y evolución de una epidemia, pero puede aplicarse a distintos ámbitos poblacionales. Dado que habitualmente se utilizan distintos criterios para este indicador, en este informe se mostrarán varios que puedan servir para hacer comparaciones.

El indicador más común es la tasa de morbilidad sobre el total de la población, en este caso se tomará como referencia sobre el total de residentes. Para analizar la morbilidad es preciso aclarar que no todos los centros que tuvieron personas con COVID19 tuvieron contagios. Una parte de los casos registrados ingresaron en los centros con la enfermedad, procedente de hospitales o de sus domicilios. Pero esta información, como se puede suponer, no está disponible en la mayor parte de ellos.

Durante la primera ola de la crisis sanitaria se monitorizaron todos los centros residenciales de personas mayores, personas con discapacidad y viviendas tuteladas de la Comunidad.

A 30 de junio el 78% de los centros residenciales de personas mayores y personas con discapacidad (1.214 en total) no tenía casos COVID19 ni había tenido fallecidos con COVID19 o con sintomatología compatible.

Las provincias más afectadas, Segovia y Soria tenían entre el 44% y 48% sin incidencias; en el otro extremo están Valladolid y Zamora con el 86% y 89% de los centros sin afectación, respectivamente.

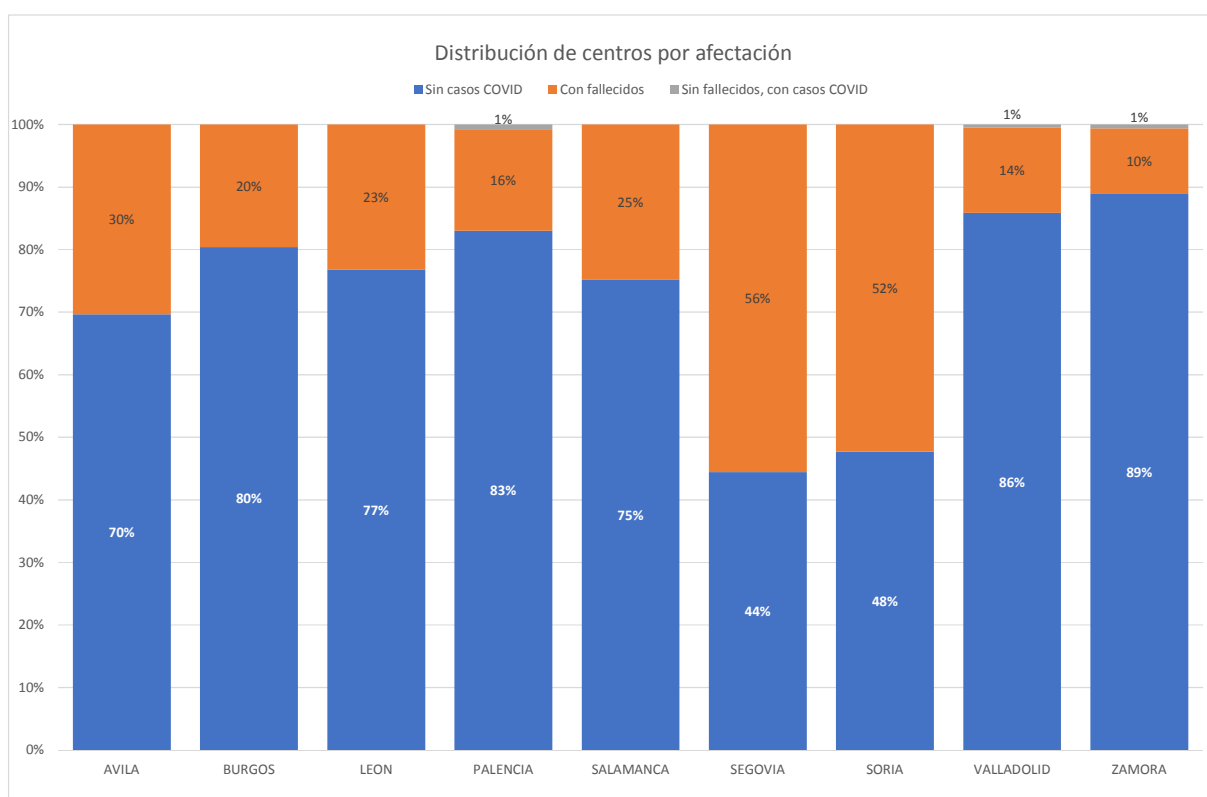


Gráfico 23: Distribución de centros de personas mayores y personas con discapacidad según el grado de afectación de los mismos

En el caso de los centros residenciales de personas mayores 700 de los 1.214 centros residenciales de personas mayores y personas con discapacidad monitorizados durante la primera ola de la crisis sanitaria, uno de cada tres centros residenciales de personas mayores de la Comunidad ha tenido contagios (252), con niveles de morbilidad muy distintos y con diferencias notables entre provincias.

PROVINCIA	Centros	Porcentaje	Residentes	Porcentaje
Ávila	25	49%	2.006	62%
Burgos	40	41%	3.468	55%
León	40	35%	3.227	46%
Palencia	9	16%	960	27%
Salamanca	43	34%	3.594	53%
Segovia	31	78%	2.249	82%
Soria	24	69%	1.641	72%
Valladolid	28	24%	3.040	43%
Zamora	12	18%	866	22%
Total general	252	36%	21.051	49%

Tabla 43: Centros con contagios y residentes iniciales en dichos centros (% con respecto al total de centros y residentes)

Dicho de otro modo, el 64% de los centros residenciales de personas mayores han estado libre de contagios, centros en los que reside el 51% del total de usuarios de este servicio.

Del total de centros, 34 tuvieron personas contagiadas, pero existe certeza de que se contagiaron fuera e ingresaron ya con conocimiento del centro de esa situación. En esos casos se actuó según la sectorización del mismo establecida en ese momento. En algunos casos se trataba de personas que llevaban varias semanas hospitalizadas, y fue allí donde se contagiaron y, o bien fallecieron en el hospital o regresaron al centro una vez estabilizados. En otros casos, se trata de personas contagiadas que fueron trasladados desde otros centros, intervenidos. No se puede decir, por tanto, que sean centros con contagios.

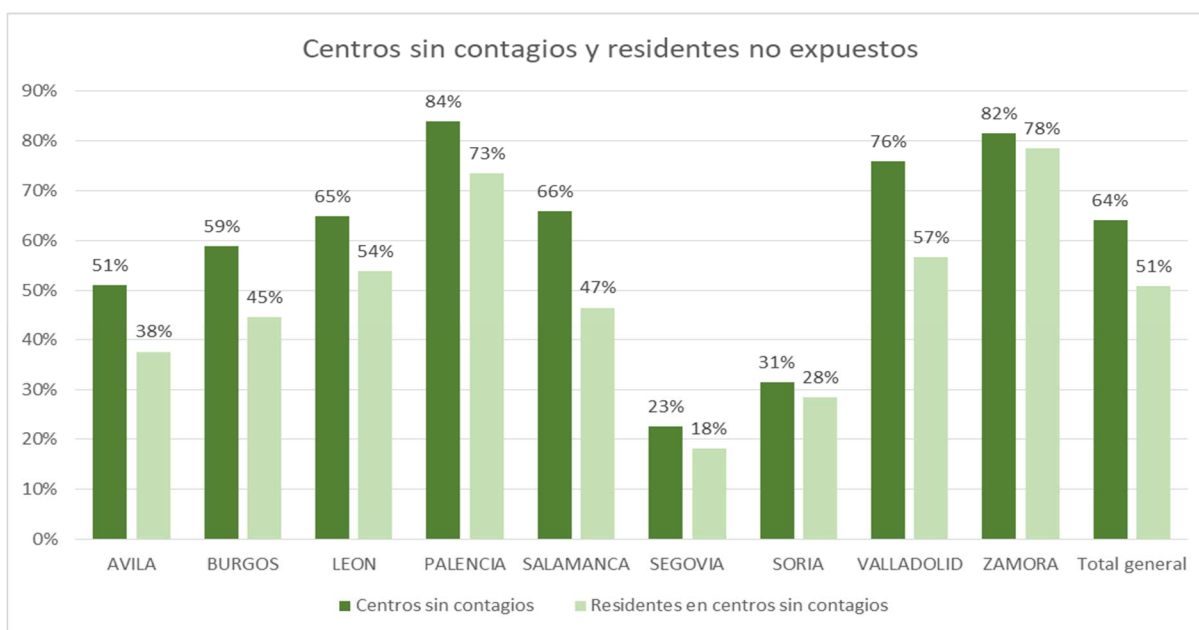


Gráfico 24: Centros residenciales de personas mayores y residentes en esos centros que no tuvieron afectación

A 30 de junio había un total de 6.615 personas con COVID19 confirmado, residentes en los centros de personas mayores (12 de ellos hospitalizados), habían fallecido 1.473 personas con COVID19 confirmado y otras 1.093 con sintomatología compatible. En total había 8.088 casos con COVID19 confirmado.

Total residentes iniciales	42.859
Residentes con COVID19 confirmado	8.088
Tasa de morbilidad	18,9%

Tabla 44: Tasa de morbilidad de los centros residenciales de personas mayores.

3.2.1 Morbilidad según las distintas variables de los centros residenciales de personas mayores.

En conjunto, el 36% de los centros de mayores tuvo contagios. Hay dos variables que muestran las mayores diferencias: el tamaño y la localización en el territorio.

Las tasas más altas se dan en los centros grandes (y decrecen con el tamaño del centro), y en las provincias de Segovia, Soria y Ávila. Por hábitat se aprecia un mayor impacto en el medio urbano, seguido y periurbano, con el rural bastante distanciado.

La titularidad del centro (público/privado) no tiene relevancia, las tasas de morbilidad obtenidas son similares, aunque si descendemos al subtipo en las privadas, se observan algunas diferencias que guardan relación con el tamaño y ubicación predominante en cada uno de ellos.

		Centros		Con contagios	
		Total	N	%	
Total general		700	252	36%	
Tamaño	A partir de 100 plazas	144	91	63%	
	De 50 a 99 plazas	202	80	40%	
	De 25 a 49 plazas	234	64	27%	
	Menos de 25 plazas	120	17	14%	
Titularidad	Pública	199	74	37%	
	Privada	501	178	36%	
	Privada sin ánimo de lucro	156	62	40%	
	Privada con ánimo de lucro	345	116	34%	
Hábitat	Urbano	182	80	44%	
	Periurbano	87	35	40%	
	Rural	431	137	32%	
Provincia	Ávila	51	25	49%	
	Burgos	97	40	41%	

León	114	40	35%
Palencia	56	9	16%
Salamanca	126	43	34%
Segovia	40	31	78%
Soria	35	24	69%
Valladolid	116	28	24%
Zamora	65	12	18%

Tabla 45: Morbilidad de los centros residenciales de personas mayores.

Esta visión general ya nos da una idea de cuáles pueden ser los factores que más han influido en la presencia o ausencia de contagios.

- ✓ En primer lugar, la localización es la variable más determinante. La mayor incidencia del COVID19 en las provincias cercanas a Madrid explica buena parte de la cuestión.
- ✓ En segundo término, el tamaño: a mayor número de residentes y de trabajadores, mayor número de contactos exteriores (en las primeras semanas y a lo largo de toda la epidemia) y, por tanto, mayor riesgo.

Veamos ahora la morbilidad ponderada por cada variable, lo cual nos ofrecerá más claves para entender la incidencia de la epidemia en los centros de mayores.

3.2.1.1 Morbilidad según el tamaño de los centros residenciales de personas mayores

Por tamaño de centros se observa que casi el 60% de los contagiados se localizan en los grandes centros, en una proporción muy superior a la de residentes, mientras que solo cuentan con el 44,9% de los residentes; le siguen los medianos, pero con la misma proporción que el total de residentes en estos centros.

Los centros pequeños y muy pequeños tienen una incidencia muy inferior, y que está muy por debajo de lo que suponen sus residentes.

PROVINCIA	Centros	%	Ocupación inicial	%	Confirmados	%
A partir de 100 pz	144	20,6%	19.228	44,9%	4.740	58,6%
De 50 a 99 plazas	202	28,9%	13.265	31,0%	2.264	28,0%
De 25 a 49 plazas	234	33,4%	8.439	19,7%	968	12,0%
Menos de 25 plazas	120	17,1%	1.927	4,5%	116	1,4%
Total general	700	100,0%	42.859	100,0%	8.088	100,0%

Tabla 46: Morbilidad en centros residenciales, residentes y contagiados por tamaños de los centros (30/06/2020).

Si los centros más grandes tienen mayor incidencia se explica porque tienen muchos más contactos con el exterior que el resto, y se sitúan principalmente en las ciudades y su entorno, donde la epidemia ha tenido más impacto. Pero su morbilidad es ligeramente más baja, quizá por su mayor capacidad para aplicar medidas preventivas, como es la sectorización de los centros.

3.2.1.2 Morbilidad según la titularidad de los centros residenciales de personas mayores

Por **titularidad de los centros**, observamos que el volumen de contagiados es similar al de residentes totales, de ahí que la morbilidad total sea muy semejante en ambos tipos.

En cambio, si nos circunscribimos a los centros con contagios, la morbilidad es ligeramente inferior en los públicos.

TITULARIDAD	Centros	%	Ocupación inicial	%	Confirmados	%
PÚBLICA	199	28,4%	10.886	25,4%	2.063	25,5%
PRIVADA	501	71,6%	31.973	74,6%	6.025	74,5%
Total general	700	100,0%	42.859	100,0%	8.088	100,0%

Tabla 47: Morbilidad en centros residenciales, residentes y contagiados por titularidad de los centros (30/06/2020).

Si descendemos al subtipo en las privadas, se aprecia que la morbilidad total es mayor en los centros promovidos por grandes grupos empresariales (que tienen el 15% de las plazas privadas y el 12,2% del total de plazas. Esto está relacionado con el tamaño de los centros.

TITULARIDAD	Centros	%	Ocupación inicial	%	Confirmados	%
Privada sin ánimo de lucro	156	31,1%	11.288	35,3%	2.068	34,3%
Privada sin ánimo de lucro	345	68,9%	20.685	64,7%	3.957	65,7%
Empresas medianas y pequeñas	303	60,5%	15.890	49,7%	2.860	47,5%
Grandes grupos	42	8,4%	4.795	15,0%	1.097	18,2%
Total general	501	100,0%	31.973	100,0%	6.025	100,0%

Tabla 48: Morbilidad en centros residenciales privados, residentes y contagiados por titularidad de los centros (30/06/2020).

La clave de las diferencias de morbilidad no está tanto en la titularidad como en el tamaño.

3.2.1.3 Morbilidad según el hábitat de los centros residenciales de personas mayores

Si analizamos la incidencia por **tipo de hábitat** vemos que la proporción de contagios en el medio urbano y periurbano es superior a la del total de residentes.

Como se ha indicado anteriormente, la movilidad y el tamaño de los centros residenciales de personas mayores en estos hábitats es mayor, factores que hacen que la tasa de morbilidad sea superior.

HÁBITAT	Centros	%	Ocupación inicial	%	Confirmados	%
URBANO	182	26,0%	14.741	34,4%	3.558	44,0%
PERIURBANO	87	12,4%	6.281	14,7%	1.312	16,2%
RURAL	431	61,6%	21.837	51,0%	3.218	39,8%
Total general	700	100,0%	42.859	100,0%	8.088	100,0%

Tabla 49: Morbilidad en centros residenciales privados, residentes y contagiados por hábitat donde se ubican los de los centros (30/06/2020).

3.2.2 Distribución territorial y temporal de la morbilidad en los centros residenciales de personas mayores.

Veamos ahora la **distribución territorial** de casos, que es otra de las variables más significativas.

La distribución relativa de contagiados por provincias es muy diferente a la de residentes porque la incidencia de los contagios no es homogénea en la Comunidad. Las diferencias más grandes se registran en los extremos: Segovia (con el 6,4% de los residentes tiene el 13,1% de los contagiados) y Palencia (con el 8,5% de residentes, tan solo tiene el 3,7% de los contagiados).

PROVINCIA	Centros	%	Ocupación inicial	%	Confirmados	%
Ávila	51	7,3%	3.210	7,5%	661	8,2%
Burgos	97	13,9%	6.258	14,6%	1.130	14,0%
León	114	16,3%	6.995	16,3%	1.199	14,8%
Palencia	56	8,0%	3.622	8,5%	302	3,7%
Salamanca	126	18,0%	6.720	15,7%	1.208	14,9%
Segovia	40	5,7%	2.746	6,4%	1.004	12,4%
Soria	35	5,0%	2.293	5,4%	785	9,7%
Valladolid	116	16,6%	7.001	16,3%	1.467	18,1%
Zamora	65	9,3%	4.014	9,4%	332	4,1%
Total general	700	100,0%	42.859	100,0%	8.088	100,0%

Tabla 50: Centros residenciales de personas mayores, residentes y contagiados por provincias (30/06/2020).

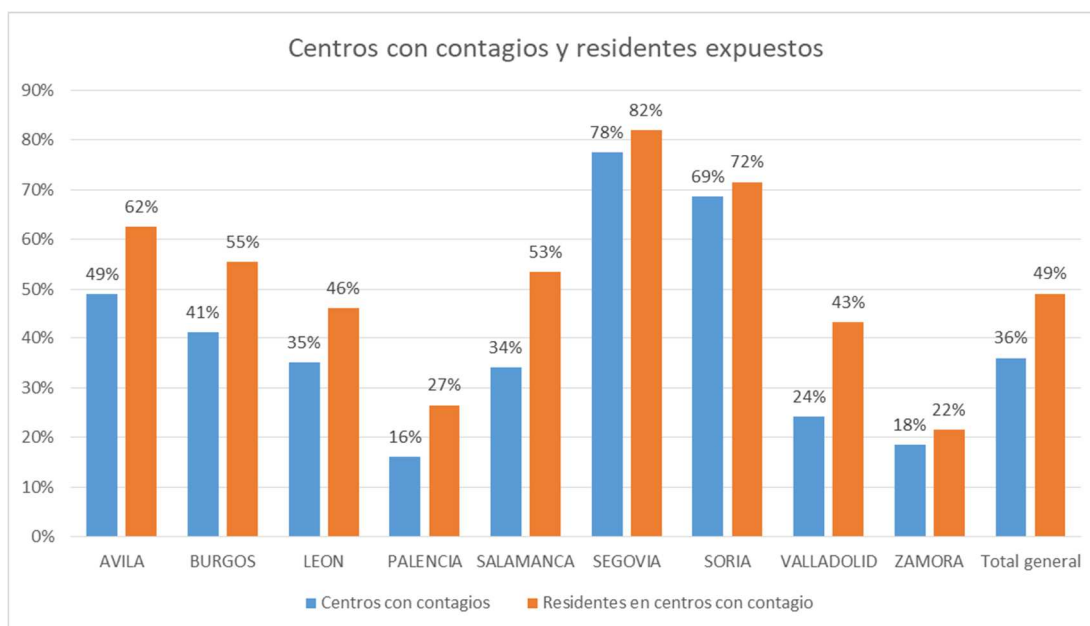


Gráfico 25

Si se analiza el nivel provincial, se observa lo siguiente:

- ✓ Las tres provincias con mayor proporción de centros con contagios son Segovia (78%), Soria (69%) y Ávila (49%), lo cual está en directa relación con la cercanía a Madrid. Se libran centros rurales, en su mayoría pequeños y dispersos. Los más afectados son los de las capitales y su entorno.
- ✓ Burgos es la siguiente provincia afectada (41% de los centros), ligado al inicio de la epidemia que llegó a Castilla y León desde Álava y La Rioja, a través de Miranda de Ebro. El mayor número de centros con contagios está en las ciudades y localidades cercanas. La mayor parte de los que no tienen contagios están dispersos y en Zonas de Acción Social alejadas.
- ✓ Le sigue León (35% de los centros) que tiene un comportamiento diferente. La mayor proporción de centros afectados se encuentra en la zona de Astorga y La Bañeza (2 de cada 3 centros). Por debajo está la capital y cercanías, y con una incidencia mucho menor El Bierzo y las comarcas periféricas.
- ✓ En Salamanca (34% de los centros afectados), la proporción es ligeramente más alta en la capital y su entorno (la mitad), y más baja en la mayor parte de las comarcas periféricas, con centros pequeños.
- ✓ Valladolid es otra provincia con baja proporción de centros afectados (solo 1 de cada 4), pero entre ellos destacan 16 grandes (de los 27 que tiene la provincia), y que aglutinan el 80% del total de residentes expuestos. La mayoría están en la capital y su

entorno. Las zonas más despejadas son periféricas, en particular las comarcas occidentales y del norte de la provincia.

- ✓ Las menos afectadas han sido Zamora y Palencia, donde solo 1 de cada 6 centros tuvo contagios. En Palencia sobresalen los de la capital, mientras que en Zamora están dispersos. En ambos casos la mayor parte de los casos se han concentrado en centros grandes con contagio temprano.

Respecto a la morbilidad, las diferencias entre provincias son muy notables, desde el 8-9% de Palencia y Zamora, hasta el 34-38% de Soria y el 37-44% de Segovia; es decir, una distancia de más de 30 puntos porcentuales entre los extremos. Esto se explica por la diferente incidencia de la epidemia en el territorio, como hemos podido observar al describir su localización.

Si nos fijamos en la tasa sobre los residentes de los centros con contagios, las diferencias ya no son tan grandes (16-18 puntos porcentuales), y la ordenación por provincias es diferente.

Esto se explica porque la infección se produjo en la mayor parte de los centros en fechas similares de forma que, si nos limitamos a ellos, se acercan las tasas. Existen diferencias, que se deben principalmente a la fecha de inicio del contagio, como ahora veremos, así como a las diferentes características de los centros.

PROVINCIA	Residentes de Todos los centros	Residentes de centros con contagios	Contagiados	Morbilidad sobre el total de residentes	Morbilidad sobre el total de residentes de centros contagiados
Ávila	3.210	2.006	661	20,6%	33,0%
Burgos	6.258	3.468	1.130	18,1%	32,6%
León	6.995	3.227	1.199	17,1%	37,2%
Palencia	3.622	960	302	8,3%	31,5%
Salamanca	6.720	3.594	1.208	18,0%	33,6%
Segovia	2.746	2.249	1.004	36,6%	44,6%
Soria	2.293	1.641	785	34,2%	47,8%
Valladolid	7.001	3.040	1.467	21,0%	48,3%
Zamora	4.014	866	332	8,3%	38,3%
Total general	42.859	21.051	8.088	18,8%	38,4%

Tabla 51: Residentes, contagiados y tasas de morbilidad por provincias (30/06/2020).

Uno de los datos más relevantes es la **fecha del primer contagio**, entre los residentes y trabajadores, pero existe una gran dificultad al respecto.

- ✓ En primer lugar, en la semana siguiente a la declaración del estado de alarma se empieza a recabar información de los centros en los que se detectan casos, algunos graves que son derivados a hospitales, todos los cuales evidentemente fueron contagiados con anterioridad. Pero no se dispone de un mapa completo hasta la última semana de marzo.
- ✓ En segundo término, dado que en las primeras semanas solo se hacían pruebas a los sintomáticos, quedaron ocultos otros muchos de los que no tenemos referencias. Cuando a mediados de abril se empiezan a realizar pruebas a la totalidad de residentes y trabajadores se descubren entonces casos ya curados, que habían sido completamente asintomáticos.

Por tanto, los datos que se ofrecen hay que tomarlos con precaución. Aun así, esta información tiene valor porque al menos en esas fechas hay certeza de que se habían producido contagios, que en algunos casos podían haber sido con anterioridad.

Los datos muestran que el 80% de los centros fueron contagiados en el mes de marzo, la mayoría antes del día 23. Teniendo en cuenta que el tiempo medio de incubación del coronavirus es de 4-5 días, y que puede llegar a los 10 días, parece claro que, cuando se produjo el cierre de los centros, el virus estaba dentro en la mayoría de los casos.

Centros con contagios y contagiados según fecha de identificación del primer caso

Fecha identificación primer caso	Centros	%	Confirmados	%
Antes del 23 de marzo	178	70,6%	6.302	78,3%
23 - 29 de marzo	26	10,3%	1.097	13,6%
30 de marzo - 5 de abril	11	4,4%	284	3,5%
6 - 12 de abril	9	3,6%	170	2,1%
13 - 19 de abril	8	3,2%	67	0,8%
20 - 26 de abril	10	4,0%	55	0,7%
Después del 26 de abril	10	4,0%	75	0,9%
Total general	252	100,0%	8.050	100,0%

Tabla 52: Centros con contagios y contagiados según fecha de identificación del primer caso

**** La cifra de contagiados es inferior (30 personas menos) a la que figura en el cuadro anterior porque aquí no se computan los casos confirmados conocidos que ingresan en centros sin contagios.*

Que existieran contagios con posterioridad a las primeras semanas no debe extrañar pues, a pesar de las medidas de prevención adoptadas, hasta mediados de abril no hay un volumen importante de trabajadores y residentes con pruebas (el primer cribado general), y por tanto existían personas asintomáticas que podían seguir extendiendo la infección. Además, incluso después de ese cribado, las posibilidades de infección no desaparecen totalmente sobre todo por los trabajadores y, a partir de la apertura de los centros, por las visitas, aunque el riesgo sea bajo por las medidas preventivas adoptadas.

Podemos también hacer otra observación relevante: los centros con contagios en las primeras fechas muestran una morbilidad muy elevada, cercana al 50%, lo cual es muy lógico porque la infección se produjo antes de que se adoptaran las medidas de aislamiento y sectorización de los centros.

Los centros con contagios en fechas posteriores tienen una morbilidad muy inferior porque, aunque alguno haya sido infectado en fechas iniciales, es razonable suponer que pesan más los centros con contagio más tardío y donde las medidas han tenido efectos.

Fecha identificación primer caso	Centros	Ocupación inicial	Confirmados	Morbilidad
Antes del 23 de marzo	178	15.285	6.302	41,2%
23 - 29 de marzo	26	2.403	1.097	45,7%
30 de marzo - 5 de abril	11	883	284	32,2%
6 - 12 de abril	9	672	170	25,3%
13 - 19 de abril	8	449	67	14,9%
20 - 26 de abril	10	533	55	10,3%
Después del 26 de abril	10	826	75	9,1%
Total general	252	21.051	8.050	38,2%

Tabla 53: Centros con contagios y contagiados y morbilidad según fecha de identificación del primer caso

En síntesis, interesa reseñar que el 92% de las personas infectadas residían en centros en los que todo apunta a que el contagio se produce antes del cierre de los centros

Del 8% restante no tenemos certeza, por el problema señalado con respecto a los asintomáticos, pero, en cualquier caso, es evidente que las medidas para detener la epidemia fueron eficaces. No solo porque el 64% de los centros quedó libre del COVID19 sino porque, allí donde entró el virus, se evitó que la mayor parte de los residentes fueran contagiados (la morbilidad se reduce drásticamente desde mediados de abril).

Si realizamos este mismo análisis por provincias observamos que:

- ✓ En Segovia, además de tener la mayor proporción de centros con contagios (78%), el 94% lo fue antes del 29 de marzo, es decir, que la casi totalidad de centros estuvieron contagiados desde el principio. Esto ayuda a entender mejor su nivel de morbilidad y, como veremos más adelante, su mortalidad.
- ✓ Soria, que es la siguiente en contagios (69%) sin embargo tiene una proporción de casos tempranos sensiblemente más baja, y eso explica su morbilidad y sobre todo su mortalidad esté muy lejos de las tasas segovianas.
- ✓ Ávila, aunque tiene una proporción mucho menor de centros con contagios (49%), también presenta una alta tasa de centros contagiados en fecha temprana, y eso hace que su morbilidad y mortalidad sea de las más altas.

Fecha identificación primer caso	AVILA	BURGOS	LEON	PALENCIA	SALAMANCA	SEGOVIA	SORIA	VALLADOLID	ZAMORA	Total general
Antes del 23 de marzo	21	26	28	5	34	28	16	15	5	178
23 - 29 de marzo	2	5	3	1	2	1	3	6	3	26
30 de marzo - 5 de abril	1	2	1		1		3	2	1	11
6 - 12 de abril		2	1	1	3			1	1	9
13 - 19 de abril		1	2	1	1		1	1	1	8
20 - 26 de abril	1	2	3	1		1	1	1		10
Después del 26 de abril		2	2		2	1		2	1	10
Total general	25	40	40	9	43	31	24	28	12	252
% de centros afectados	49%	41%	35%	16%	34%	78%	69%	24%	18%	36%

Tabla 54: Centros con contagios según fecha de identificación del primer caso por provincias (valores absolutos)

Fecha identificación primer caso	AVILA	BURGOS	LEON	PALENCIA	SALAMANCA	SEGOVIA	SORIA	VALLADOLID	ZAMORA	Total general
Antes del 23 de marzo	84%	65%	70%	56%	79%	90%	67%	54%	42%	71%
23 - 29 de marzo	8%	13%	8%	11%	5%	3%	13%	21%	25%	10%
30 de marzo - 5 de abril	4%	5%	2%	0%	2%	0%	13%	7%	8%	4%
6 - 12 de abril	0%	5%	2%	11%	7%	0%	0%	4%	8%	4%
13 - 19 de abril	0%	2%	5%	11%	2%	0%	4%	4%	8%	3%
20 - 26 de abril	4%	5%	8%	11%	0%	3%	4%	4%	0%	4%
Después del 26 de abril	0%	5%	5%	0%	5%	3%	0%	7%	8%	4%
Total general	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
% de centros afectados	92%	78%	78%	67%	84%	94%	79%	75%	67%	81%

Tabla 55: Centros con contagios según fecha de identificación del primer caso por provincias (%)

Por último, se ha calculado también la relación que existe entre la incidencia general del COVID19 (casos por 100.000 hab) y la registrada en las residencias (en %), a 31 de marzo. El coeficiente de correlación es estadísticamente significativo por provincias (0,90) y por zonas básicas de salud (0,52)

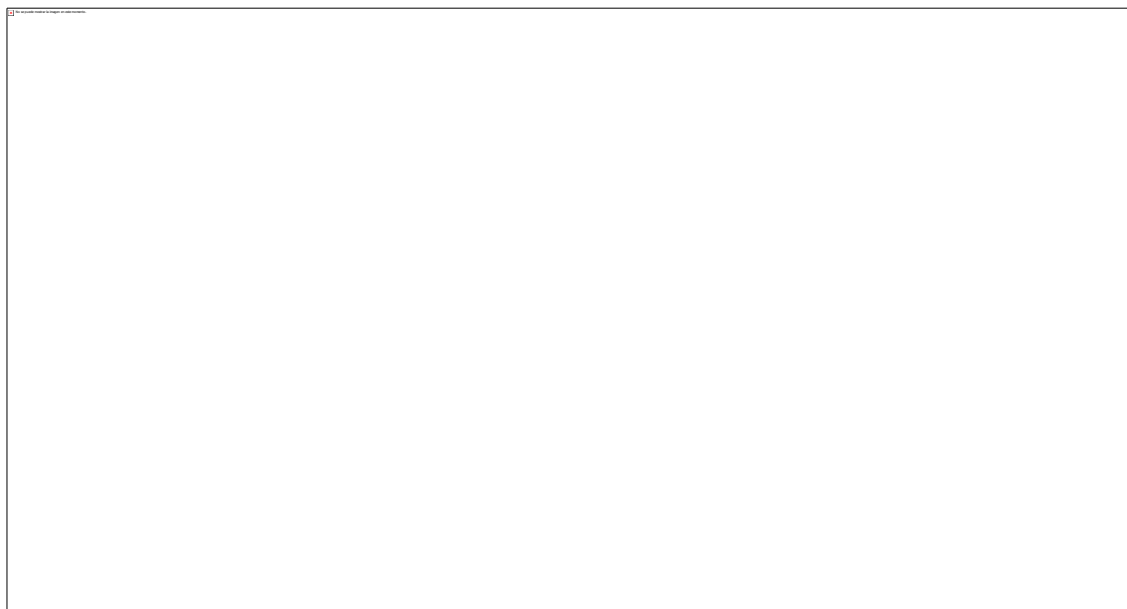


Gráfico 26

Esto ha tenido sus repercusiones evidentes en las residencias, puesto que los contagios son en su mayoría, como hemos visto, anteriores al cierre de los centros.

En resumen, podemos preguntarnos cuáles son los factores que más influyen en la morbilidad específica que se da en los centros con contagios.

Se ha realizado un análisis de varianza factorial, mediante el que se demuestra que las diferencias de morbilidad se explican por la fecha de identificación del primer contagio y la provincia. El resto de factores queda descartado (tamaño, hábitat, titularidad y nivel de ocupación).

Este análisis es concordante con los datos publicados por Sanidad sobre número de enfermos y morbilidad donde se observa que, cuando se cerraron los centros (el 13 de marzo), la extensión de la epidemia era muy elevada algunas zonas, con evidentes signos que existía transmisión comunitaria descontrolada. Sirvan de muestra estos dos ejemplos, uno urbano y otro rural.

En Segovia, con 55.665 habitantes (tarjetas sanitarias), se empiezan a hacer PCR el día 16, cuando ya existían casos diagnosticados con anterioridad. Cuatro días más tarde tiene ya 604 enfermos diagnosticados, lo cual equivale al 1,07% (1.065 por 100.000 hab en los 14 días anteriores). Al final de mes esa tasa casi se había multiplicado por 2,5. Si tenemos en cuenta que solo se hacía PCR a los casos con síntomas, ya nos podemos hacer una idea del grado de extensión real de la infección en la ciudad, lo cual se tradujo inmediatamente en contagios generalizados en los centros residenciales.

Fecha	TOTAL ENFERMEDAD	TOTAL ENFERMEDAD 14 DIAS	TASA POR 100 HABITANTES	PCR REALIZADOS
01/03/2020	0			0
02/03/2020	3			1
03/03/2020	2			0
04/03/2020	4			0
05/03/2020	1			0
06/03/2020	1			0
07/03/2020	2			0
08/03/2020	0			0
09/03/2020	3			0
10/03/2020	10			0
11/03/2020	8			0
12/03/2020	6			0
13/03/2020	18			0
14/03/2020	14			0
15/03/2020	10	82	0,15	0
16/03/2020	88	167	0,30	9
17/03/2020	76	241	0,43	24

18/03/2020	100	337	0,61	62
19/03/2020	122	458	0,82	3
20/03/2020	136	593	1,07	17
21/03/2020	74	665	1,19	30
22/03/2020	55	720	1,29	27
23/03/2020	166	883	1,59	67
24/03/2020	178	1.051	1,89	39
25/03/2020	131	1.174	2,11	90
26/03/2020	147	1.315	2,36	88
27/03/2020	106	1.403	2,52	114
28/03/2020	45	1.434	2,58	66
29/03/2020	40	1.464	2,63	24
30/03/2020	123	1.499	2,69	30
31/03/2020	81	1.504	2,70	52
Total general	1.750			743

Tabla: 56 Municipio de Segovia. Enfermos diagnosticados y PCR realizadas (marzo 2020)

Fuente: "Tasa de enfermos por Zonas Básicas de Salud"

<https:// analisis.datosabiertos.jcyl.es/explore/dataset/tasa-enfermos-acumulados-por-areas-de-salud/>

Las comarcas de Astorga y La Bañeza fueron las más azotadas por la epidemia en la provincia de León en las primeras semanas. Con una población cercana a los 40.000 habitantes, la incidencia de la infección fue extraordinaria en fechas muy tempranas, con un promedio del 2,7% de morbilidad a final de mes (enfermos diagnosticados en los últimos 14 días). Con 19 centros en esas comarcas, dos de cada tres tuvieron contagios.

El municipio de La Bañeza y su entorno inmediato, con 12.645 tarjetas sanitarias, fue el más afectado, alcanzando una tasa del 3,76% en los últimos 14 días (equivalente a 3.764 casos por cada 100.000 hab).

Fecha	TOTAL ENFERMEDAD	TOTAL ENFERMEDAD 14 DIAS	TASA POR 100 HABITANTES	PCR REALIZADOS
11/03/2020	1			0
12/03/2020	1			0
13/03/2020	5			7
14/03/2020	3			4
15/03/2020	4	14	0,11	0

16/03/2020	27	41	0,32	0
17/03/2020	28	69	0,55	1
18/03/2020	30	99	0,78	5
19/03/2020	27	126	1,00	7
20/03/2020	33	159	1,26	4
21/03/2020	24	183	1,45	5
22/03/2020	17	200	1,58	3
23/03/2020	75	275	2,17	10
24/03/2020	52	327	2,59	10
25/03/2020	31	357	2,82	9
26/03/2020	29	385	3,04	15
27/03/2020	24	404	3,19	18
28/03/2020	6	407	3,22	10
29/03/2020	22	425	3,36	7
30/03/2020	61	459	3,63	5
31/03/2020	45	476	3,76	6
Total general	545			126

Tabla: 57 Municipios de La Bañeza, Santa Elena de Jamuz, Soto de la Vega y Santa María de la Isla. Enfermos diagnosticados y PCR realizadas (marzo 2020)

Fuente: "Tasa de enfermos por Zonas Básicas de Salud"

<https:// analisis.datosabiertos.jcyl.es/explore/dataset/tasa-enfermos-acumulados-por-areas-de-salud/>

Con estos ejemplos se pretende ilustrar un hecho repetidas veces observado: cuando se detecta el nivel de riesgo existente y desde el Ministerio de Sanidad se da la voz de alarma, la infección tiene un grado de extensión elevado en muchas zonas de la comunidad y en numerosos centros residenciales. En la mayoría se hace visible de forma inmediata en personas con síntomas o cuadros clínicos más o menos graves. Pero la infección era mucho más profunda, afectando en ocasiones a muchos residentes y trabajadores, aunque esa realidad solo se pudo constatar pasadas varias semanas, cuando se cambió el criterio y se empezó a hacer PCR a la totalidad de usuarios y profesionales, incluidos los que no manifestaban ningún síntoma.

Esa extensión explica que, incluso después de haber sectorizado los centros de acuerdo con las instrucciones del Ministerio de Sanidad, la morbilidad siguiera creciendo en las siguientes semanas. Esto, ligado al perfil de los residentes, donde abundan las personas muy mayores, dependientes y con enfermedades crónicas, explica los niveles de mortalidad alcanzados.

3.3 Hospitalizaciones y Derivaciones Hospitalarias

El sistema de información del COVID19 en residencias incorporó el dato sobre hospitalizados el 4 de abril. En el gráfico siguiente se muestra el número de residentes de centros (de mayores y de discapacidad) que estaban hospitalizados a cada fecha. La mayor parte de ellos corresponde a personas mayores (97%).

Como se puede observar, hasta el 21 de abril se produce un incremento continuado, hasta los 742 de máximo. A partir de entonces se produce un descenso paulatino, paralelo a la reducción de la incidencia de la epidemia.

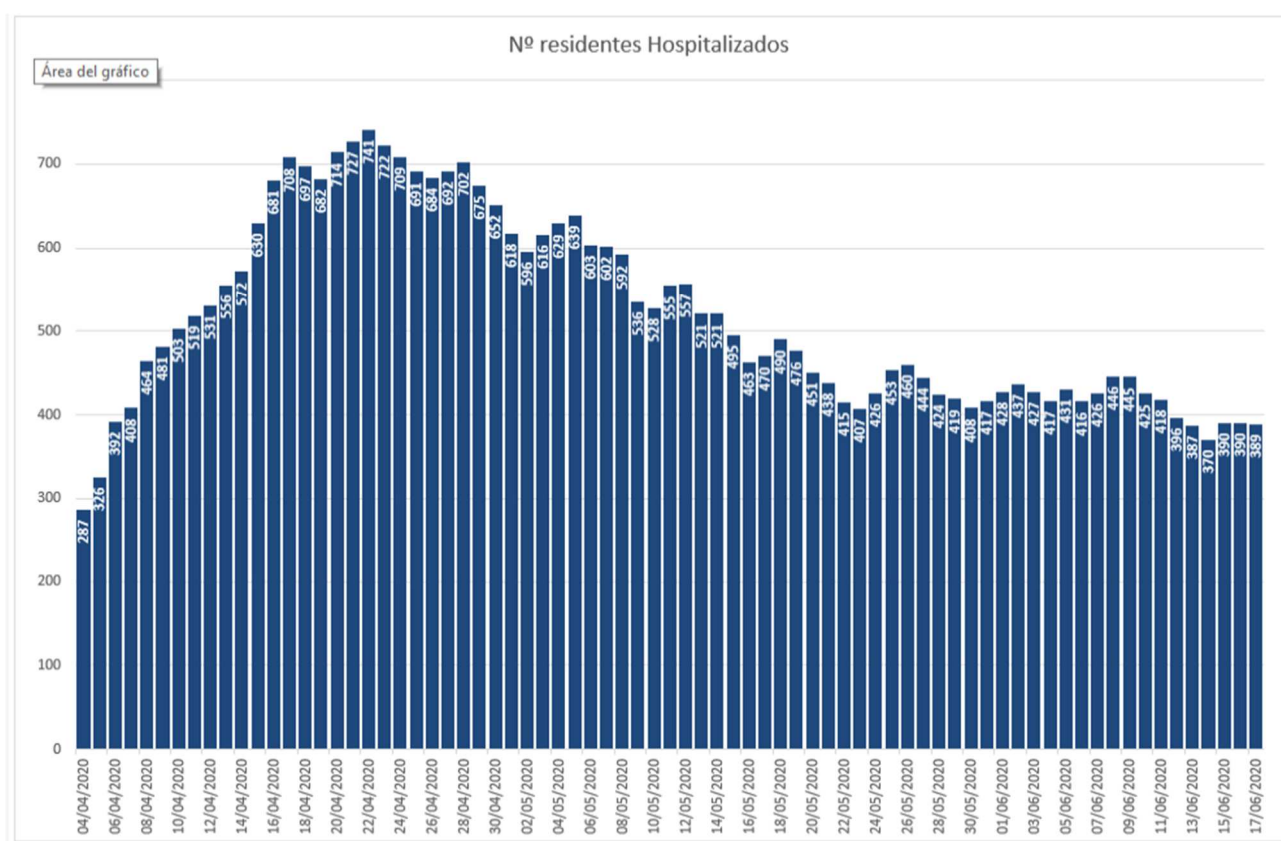


Gráfico 27: Residentes hospitalizados hasta final del estado de alarma

En cuanto a las derivaciones hospitalarias, señalar que ya con anterioridad al 4 de mayo se contaba con datos sobre las derivaciones y es partir de esta fecha cuando se cuenta ya se recaba una información precisa. A las cifras obtenidas se han sumado los incrementos de hospitalizaciones producidos con posterioridad. Esto significa que las derivaciones reales son superiores a las cifras que se ofrecen, pero no se dispone de información precisa al respecto.

Provincia	10/05/2020	22/05/2020	05/06/2020	15/06/2020	30/06/2020
Ávila	227	254	312	337	381
Burgos	437	490	568	612	664
León	621	698	807	858	963
Palencia	233	274	336	367	405
Salamanca	460	511	569	601	660
Segovia	303	334	367	385	419
Soria	190	212	238	256	288
Valladolid	499	576	678	731	831
Zamora	204	246	284	307	358
CASTILLA Y LEÓN	3.174	3.595	4.159	4.454	4.969

Tabla 58: Derivaciones hospitalarias acumuladas

3.4 Mortalidad y Letalidad en la población residencial de los Centros durante la crisis de sanitaria.

La información disponible sobre mortalidad en residencias, con anterioridad a esta epidemia, es la relativa a personas con expediente de dependencia, de la que dispone la Gerencia de Servicios Sociales, y la de bajas de tarjeta sanitaria que ofrece la Consejería de Sanidad. Ambas fuentes son incompletas, pues no todos los usuarios de servicios residenciales solicitan valoración de dependencia, ni todos tienen tarjeta sanitaria del SACYL. A esto hay que añadir que, de las personas que no obtienen grado de dependencia, la información que obra en poder de la administración no se actualiza, como es lógico. En resumen, es difícil encontrar datos comparables con lo sucedido en los meses de marzo a junio porque no existía ese control, que se ha circunscrito siempre a las personas que recibían el servicio con financiación pública de algún tipo.

Desde la aprobación del Decreto-Ley 5/2020, de 18 de junio²³, se ha establecido la obligación a los centros de informar sobre la totalidad de los usuarios de servicios residenciales, incluidos los no financiados. La Gerencia de Servicios Sociales ha implantado desde marzo el sistema de información para recabar datos completos de los fallecidos desde el día 1 de ese mes, y se está desarrollando para incluir información más detallada sobre todos los residentes.

Por lo que respecta a las tarjetas sanitarias, tampoco la información es completa porque no todas las personas comunican su traslado a un centro o su abandono del mismo, sobre todo cuando su

²³ 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.

domicilio particular está en la misma zona básica de salud que el centro en el que ingresan o abandonan.

No obstante lo dicho, mostramos a continuación algunos datos sobre la mortalidad en residencias, según bajas de tarjetas sanitarias en centros, en el mes de enero a junio, desde 2017. Al ser datos recogidos con una metodología homogénea en todos los años, son datos comparables.

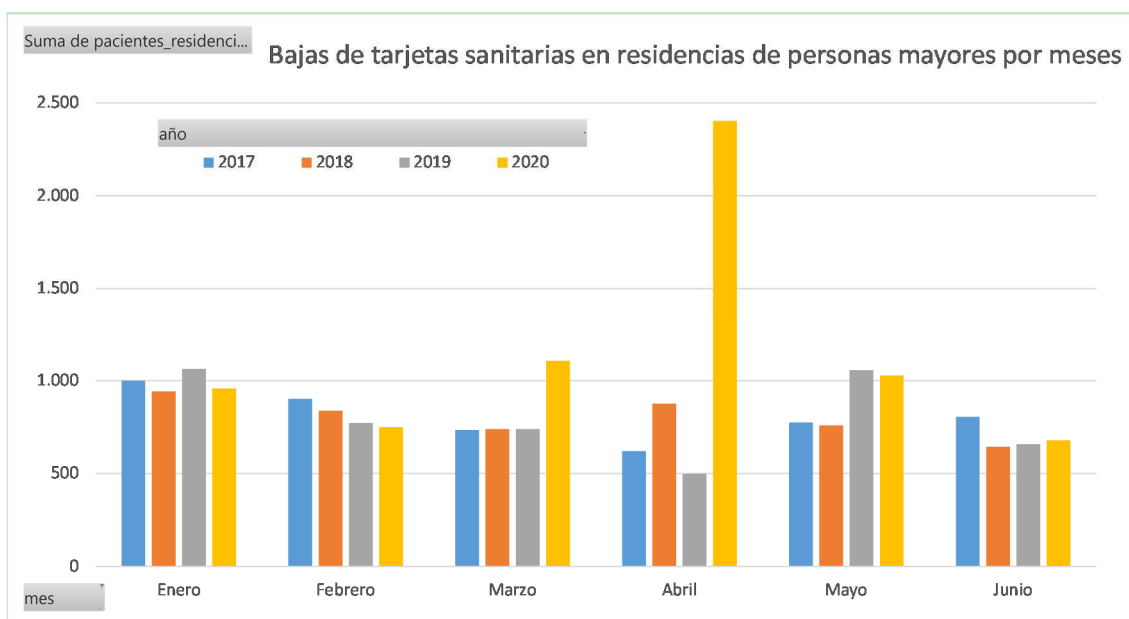


Gráfico 28: Residentes

Para hacer la comparación, hemos de centrarnos en los meses centrales de la ola epidémica, de marzo a mayo, en los que se produjo la mayor parte de fallecimientos COVID. Además, evitamos de este modo el problema del retraso en el registro de las bajas de tarjeta sanitaria.

	2017	2018	2019	2020
marzo-mayo	2.129	2.374	2.293	4.538
Índice (2019 = 100)	93	104	100	198

Tabla 59: Residentes

En los tres años anteriores hay un volumen de bajas oscilante, siendo la cifra de 2019 intermedia. Si situamos la referencia en las bajas de ese año, en 2020 encontramos casi el doble.

De la misma fuente se obtiene el detalle de la tasa de mortalidad provincializado, tanto a nivel general, como por provincias.

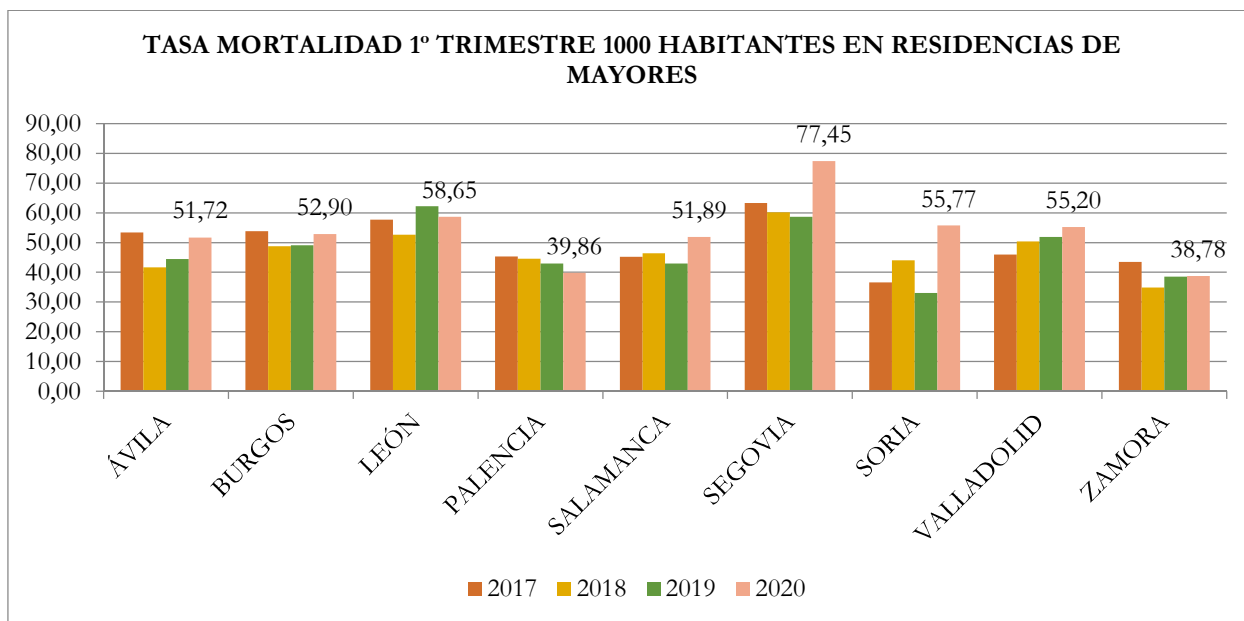


Gráfico 29: Tasa de mortalidad primer trimestre en centros residenciales de personas mayores

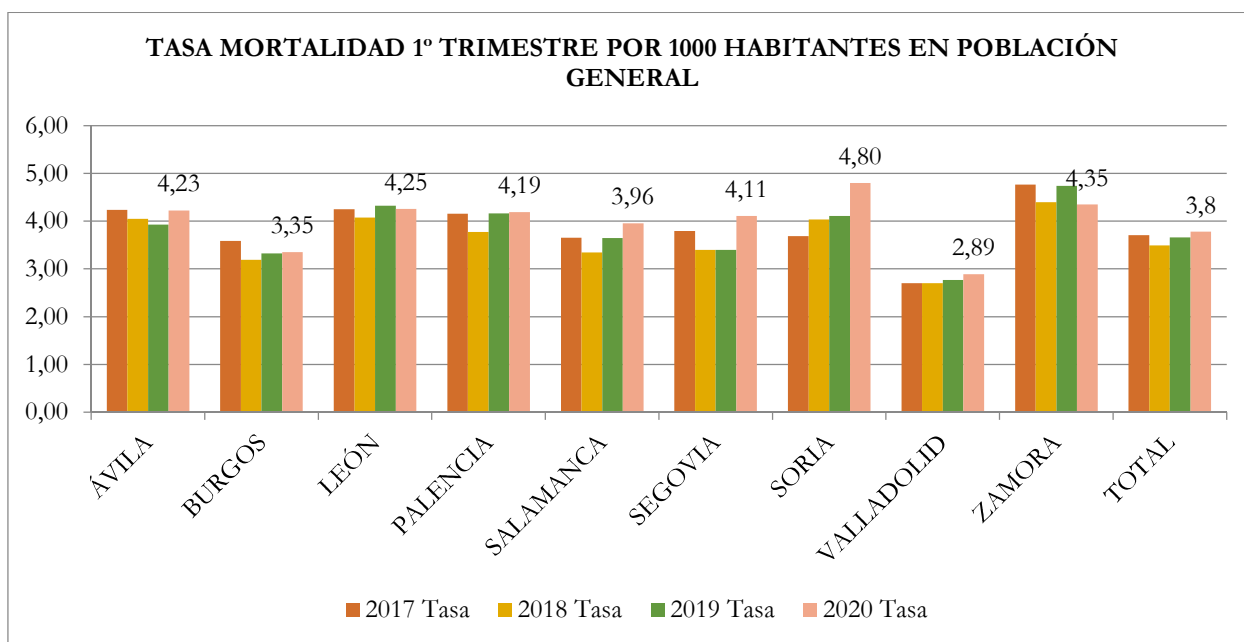


Gráfico 30: Tasa de mortalidad primer trimestre en la población en general

A continuación se muestran los datos concretos sobre mortalidad y letalidad durante la primera ola epidémica.

Semana	INE Totales	Residentes fallecidos	% sobre totales	COVID confirmado	% COVID confirmado sobre totales	COVID confirmado + posible	% COVID confirmado + posible
1 de marzo	66	20	30,3%	0	0,0%	0	0,0%
2 de marzo - 8 de marzo	551	168	30,5%	0	0,0%	0	0,0%
9 de marzo - 15 de marzo	605	224	37,0%	4	0,7%	10	1,7%
16 de marzo - 22 de marzo	942	363	38,5%	43	4,6%	96	10,2%
23 de marzo - 29 de marzo	1.632	723	44,3%	197	12,1%	412	25,2%
30 de marzo - 5 de abril	1.782	895	50,2%	234	13,1%	639	35,9%
6 de abril - 12 de abril	1.412	846	59,9%	297	21,0%	550	39,0%
13 de abril - 19 de abril	1.117	575	51,5%	254	22,7%	353	31,6%
20 de abril - 26 de abril	905	441	48,7%	195	21,5%	228	25,2%
27 de abril - 3 de mayo	653	282	43,2%	116	17,8%	134	20,5%
4 de mayo - 10 de mayo	636	235	36,9%	69	10,8%	77	12,1%
11 de mayo - 17 de mayo	502	163	32,5%	29	5,8%	36	7,2%
18 de mayo - 24 de mayo	556	187	33,6%	21	3,8%	26	4,7%
25 de mayo - 31 de mayo	549	174	31,7%	12	2,2%	13	2,4%
1 de junio - 7 de junio	533	176	33,0%	10	1,9%	12	2,3%
8 de junio - 14 de junio	468	142	30,3%	4	0,9%	4	0,9%
15 de junio - 21 de junio	519	153	29,5%	5	1,0%	5	1,0%
22 de junio - 28 de junio	568	163	28,7%	2	0,4%	2	0,4%
29 de junio - 30 de junio	175	57	32,6%	1	0,6%	1	0,6%
TOTALES	14.171	5.987	42,2%	1.493	10,5%	2.598	18,3%

Tabla 60: Fallecidos totales estimados y fallecidos residentes en centros residenciales de personas mayores y personas con discapacidad (marzo – junio 2020)

En las semanas sin sobremortalidad (la primera y las últimas, cuando el peso de los fallecidos COVID19 era muy reducido, los fallecidos en residencias se sitúan en torno al 30% del total. En cambio, en las semanas centrales llega a rozar el 60%.

En las semanas 15 y 16, la mortalidad imputada a otras causas es del 20%, muy lejos del 30% registrado en periodos sin COVID. Esto puede tener dos explicaciones: o el COVID ha ocupado el papel que en circunstancias normales tienen otras enfermedades, o hay una sobrevaloración de la incidencia del COVID en la mortalidad.

Desde el inicio de la epidemia hasta el 30 de junio fallecieron con COVID19 confirmado 1.473 personas mayores; con sintomatología compatible 1.093; y otras 3.359 por otras causas. Si se añaden a estas cifras las personas fallecidas en centros de personas con discapacidad las cifras ascienden a 1.493 con COVID19 confirmado, 1.105 con sintomatología compatible y 3.389 por otras causas.

Esto hace que la tasa de mortalidad (respecto a los residentes de los centros de personas mayores) de casos confirmados sea del 3,4% de los residentes, y del 6,0% si sumamos los casos con sintomatología compatible.

La letalidad del COVID19, es decir, fallecidos sobre contagiados, asciende al 18,2% si solo computamos los casos confirmados, y al 27,9% si añadimos los que tenían sintomatología compatible.

Total fallecidos (1 de marzo a 30 de junio de 2020)	5.925
Fallecidos con COVID confirmado	1.473
Fallecidos con sintomatología compatible	1.093
Fallecidos por otras causas	3.359

Total residentes iniciales	42.859
COVID confirmado	8.088
Tasa de morbilidad	18,9%
Fallecidos con COVID confirmado	1.473
Tasa de mortalidad	3,4%
Tasa de letalidad	18,2%
COVID confirmado + fallecidos con sintomatología compatible	9.181
Tasa de morbilidad (con casos posibles)	21,4%
Fallecidos con COVID confirmado + sintomatología compatible	2.566
Tasa de mortalidad (con casos posibles)	6,0%
Tasa de letalidad (con casos posibles)	27,9%

Tabla 61: Mortalidad y Letalidad

Los casos COVID19 se concentran en la segunda quincena de marzo y en el mes de abril, siendo mucho más reducidos en mayo y junio. Al principio abundan los casos de sintomatología compatible, cuando todavía se hacían pocas pruebas, casos que van siendo progresivamente más raros a medida que pasa el tiempo.

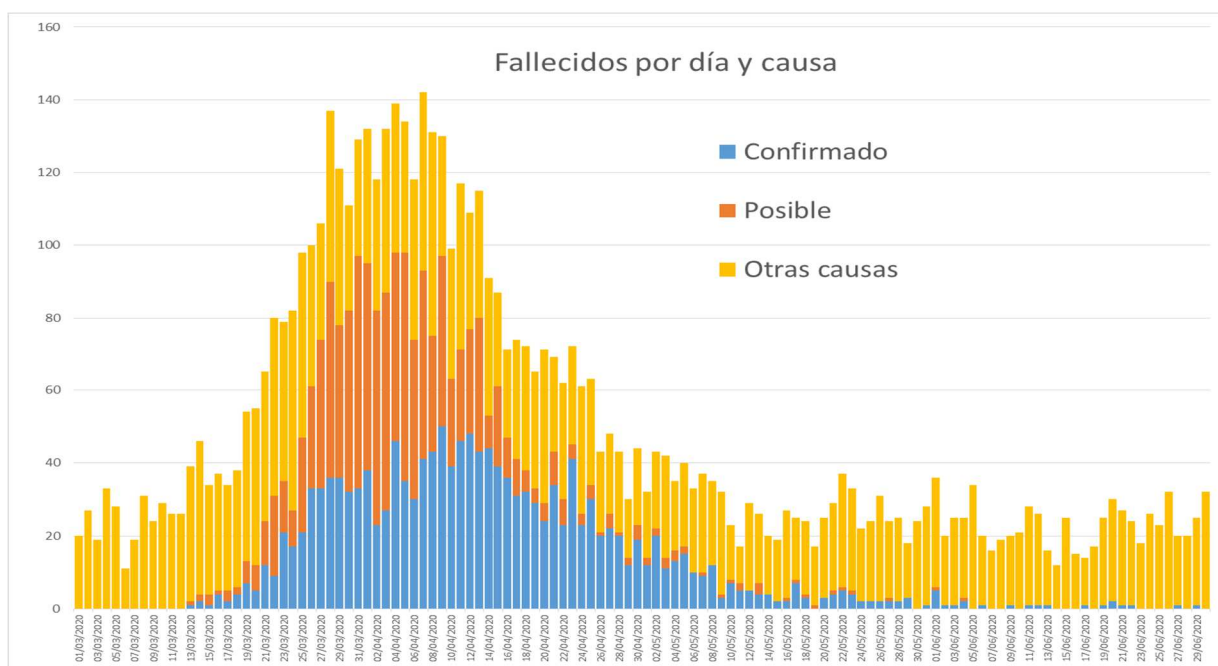


Gráfico 31: Fallecidos en centros residenciales de personas mayores

Veamos a continuación las cifras absolutas y las tasas de mortalidad y letalidad según las distintas variables analizadas en el informe:

PROVINCIA	COVID confirmado	Sintomatología compatible	COVID confirmado + posible	Otras causas	Total general
Ávila	126	83	209	255	464
Burgos	170	109	279	415	694
León	215	188	403	638	1.041
Palencia	53	36	89	234	323
Salamanca	254	205	459	574	1.033
Segovia	186	195	381	244	625
Soria	109	92	201	189	390
Valladolid	299	125	424	521	945
Zamora	61	60	121	289	410
Total general	1.473	1.093	2.566	3.359	5.925

Tabla 62: Personas mayores fallecidas por causa y provincia (1 marzo – 30 junio). Valores absolutos

PROVINCIA	Tasa de mortalidad		Tasa de letalidad	
	COVID confirmado	COVID confirmado + posible	COVID confirmado	COVID confirmado + posible
Ávila	3,9%	6,5%	19,1%	28,1%
Burgos	2,7%	4,5%	15,0%	22,5%
León	3,1%	5,8%	17,9%	29,1%
Palencia	1,5%	2,5%	17,5%	26,3%
Salamanca	3,8%	6,8%	21,0%	32,5%
Segovia	6,8%	13,9%	18,5%	31,8%
Soria	4,8%	8,8%	13,9%	22,9%
Valladolid	4,3%	6,1%	20,4%	26,6%
Zamora	1,5%	3,0%	18,4%	30,9%
Total general	3,4%	6,0%	18,2%	27,9%

Tabla 63: Tasas de mortalidad y letalidad por provincias (1 marzo – 30 junio). Porcentajes

Las diferencias de mortalidad se explican fundamentalmente por la diferente incidencia de la epidemia en el territorio y por el grado de dependencia de los residentes en los centros con contagios. No son estos los únicos factores que intervienen, pero sí son los más destacados.

Como se puede observar en las siguientes tablas, Segovia tiene la mayor morbilidad, seguida por Soria, pero la mortalidad de la primera es significativamente más alta que en la segunda. Esto se debe a que, en los centros con contagios de Segovia, sus residentes tenían un grado de dependencia muy superior a los de Soria: los de grado 2 y 3 suman el 61,7% en la primera, frente al 51,6% de la segunda.

Salamanca es una provincia cuya tasa de morbilidad está en la media regional, sin embargo la letalidad es la más alta. Esto se debe a su proporción de personas con alto grado de dependencia en los centros con contagios. En el otro extremo encontramos las provincias de Burgos y Soria, con las tasas de letalidad más reducidas, que se corresponden con la proporción más baja de personas con grado 2 y 3 de dependencia.

PROVINCIA	Morbilidad		Mortalidad		Letalidad	
	Confirmados	Confirmados + posibles	Confirmados	Confirmados + posibles	Confirmados	Confirmados + posibles
Ávila	20,6%	23,2%	3,9%	6,5%	19,1%	28,1%
Burgos	18,1%	19,8%	2,7%	4,5%	15,0%	22,5%
León	17,1%	19,8%	3,1%	5,8%	17,9%	29,1%
Palencia	8,3%	9,3%	1,5%	2,5%	17,5%	26,3%
Salamanca	18,0%	21,0%	3,8%	6,8%	21,0%	32,5%
Segovia	36,6%	43,7%	6,8%	13,9%	18,5%	31,8%
Soria	34,2%	38,2%	4,8%	8,8%	13,9%	22,9%
Valladolid	21,0%	22,7%	4,3%	6,1%	20,4%	26,6%
Zamora	8,3%	9,8%	1,5%	3,0%	18,4%	30,9%
Total general	18,8%	21,4%	3,4%	6,0%	18,2%	27,9%

Tabla 64: Tasas de morbilidad sobre el total de residentes, mortalidad y letalidad por provincias

PROVINCIA	Grado 2 y 3	Grado 3	Grado 2	Grado 1	Sin grado
Ávila	57,9%	31,6%	26,3%	19,9%	22,1%
Burgos	53,6%	32,2%	21,4%	20,6%	25,9%
León	57,3%	37,4%	19,9%	14,8%	27,9%
Palencia	56,9%	32,0%	25,0%	21,8%	21,2%
Salamanca	65,0%	44,3%	20,7%	14,9%	20,0%
Segovia	61,7%	36,2%	25,6%	17,7%	20,5%
Soria	51,6%	32,6%	19,0%	19,0%	29,4%
Valladolid	55,0%	34,3%	20,7%	17,5%	27,5%
Zamora	55,7%	34,5%	21,2%	19,0%	25,3%
Total general	57,7%	35,8%	21,8%	17,8%	24,5%

Tabla 65: Centros con contagios. Distribución de los residentes por grado de dependencia y provincia

Si nos fijamos en la distribución por las principales variables, observamos que el medio rural y urbano concentran en torno al 40% de fallecidos cada uno, con un 20% para el suburbano. Esta distribución no se corresponde con la de residentes porque la incidencia de la epidemia ha sido sensiblemente más baja en el medio rural.

En cuanto a la titularidad, la distribución (25/75) es prácticamente la misma que existe en la de plazas residenciales y en la ocupación Las privadas con lucro tienen una mortalidad superior al resto, lo cual está relacionado con su mayor peso de los centros grandes y de los situados en el medio urbano y suburbano.

Por último, por tamaño se observa que la proporción de fallecidos es muy superior en los grandes centros, comparada con la de residentes. La explicación está en la elevada proporción de centros con contagios entre los grandes, y que se refleja en una tasa de mortalidad del 4,7% de los confirmados, y del 8,5% si incluimos a los posibles, bastante superiores a la media de 3,4-6,0%

		COVID confirmado		COVID confirmado + posible		Ocupación inicial
Total general		1.473	100,0%	2.566	100,0%	100,0%
HÁBITAT	URBANO	668	45,3%	1.030	40,1%	40,6%
	SUBURBANO	273	18,5%	530	20,7%	16,3%
	RURAL	532	36,1%	1.006	39,2%	55,7%
TITULARIDAD	PÚBLICA	362	24,6%	665	25,9%	25,4%
	PRIVADA	1.111	75,4%	1.901	74,1%	74,6%
	PRIVADA CON LUCRO	816	55,4%	1.321	51,5%	48,3%
	PRIVADA SIN LUCRO	295	20,0%	580	22,6%	26,3%
TAMAÑO	A partir de 100 pzas	905	61,4%	1.629	63,5%	44,9%
	De 50 a 99 plazas	384	26,1%	609	23,7%	31,0%
	De 25 a 49 plazas	157	10,7%	288	11,2%	19,7%
	Menos de 25 plazas	27	1,8%	40	1,6%	4,5%

Tabla 66: Fallecidos por hábitat, titularidad y tamaño de los centros

Por lo que se refiere a la letalidad, las diferencias se relacionan bastante con la proporción de dependientes de grado 2 y 3 que tienen los centros con contagios. Destaca la baja letalidad relativa de los centros medianos, para la proporción de grandes dependientes y severos que tienen, y la elevada de los grandes centros y los más pequeños: la explicación de esto hay que buscarlo en la fecha de entrada de la infección en los centros. Los centros muy pequeños con contagios fueron relativamente pocos, pero la mayoría tienen un contagio muy temprano; y los grandes centros, en comparación con los demás, también registran una fecha temprana de contagio.

		Morbilidad sobre total de residentes		Tasa de mortalidad		Tasa de letalidad		Grado 2 y 3
		COVID confirmado	Confirmados + posibles	COVID confirmado	COVID confirmado + posible	COVID confirmado	COVID confirmado + posible	
Total general		18,9%	21,4%	3,4%	6,0%	18,2%	27,9%	57,7%
HÁBITAT	URBANO	24,1%	26,6%	4,5%	7,0%	18,8%	26,3%	54,8%
	SUBURBANO	20,9%	25,0%	4,3%	8,4%	20,8%	33,8%	64,8%
	RURAL	14,7%	16,9%	2,4%	4,6%	16,5%	27,2%	58,2%
TITULARIDAD	PÚBLICA	18,3%	20,8%	3,3%	6,1%	17,5%	28,1%	62,1%
	PRIVADA	19,1%	21,6%	3,5%	5,9%	18,4%	27,9%	56,0%

	PRIVADA CON LUCRO	18,0%	20,0%	3,9%	6,4%	20,6%	29,6%	61,8%
	PRIVADA SIN LUCRO	22,9%	26,7%	2,6%	5,1%	14,3%	24,6%	45,8%
TAMAÑO	A partir de 100 plazas	24,7%	28,4%	4,7%	8,5%	19,1%	29,8%	57,8%
	De 50 a 99 plazas	17,1%	18,8%	2,9%	4,6%	17,0%	24,5%	58,8%
	De 25 a 49 plazas	11,5%	13,0%	1,9%	3,4%	16,2%	26,2%	54,3%
	Menos de 25 plazas	6,0%	6,7%	1,4%	2,1%	23,3%	31,0%	57,9%

Tabla 67: Tasas de morbilidad sobre el total de residentes, mortalidad y letalidad, y proporción de residentes en centros con contagios con grado 2 y 3 de dependencia

Fecha primer contagio	A partir de 100 plazas	De 50 a 99 plazas	De 25 a 49 plazas	Menos de 25 plazas	Total general
Antes del 23 de marzo	82,5%	78,9%	72,2%	91,7%	80,6%
23 - 29 de marzo	13,9%	11,4%	18,1%	0,0%	13,6%
Desde el 30 de marzo	3,7%	9,7%	9,6%	8,3%	5,8%
Total general	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 68: Porcentaje de fallecidos con COVID confirmado y posible por fecha de primer contagio, según tamaño del centro

3.5 Perfil de personas fallecidas de la población residencial de los Centros durante la crisis de sanitaria.

Desde el inicio de la epidemia hasta el 30 de junio fallecieron en centros residenciales de personas mayores y personas con discapacidad de Castilla y León un total de 5.987 personas. Hasta el momento nos hemos centrado en las personas mayores fallecidas (5.925), y en particular de los que tuvieron COVID19 confirmado o sintomatología compatible, con el fin de destacar los factores explicativos de lo sucedido en estos meses.

SECTOR	COVID confirmado	Sintomatología compatible	Otras causas	Total general
MAYOR	1.473	1.093	3.359	5.925
DISCAPACIDAD	20	12	30	62
Total general	1.493	1.105	3.389	5.987

Tabla 69: Fallecidos por sector y causa (1 de marzo a 30 de junio de 2020) en centros residenciales

A partir de ahora mostraremos cifras totales de fallecidos, incluyendo los que residían en centros de atención a personas con discapacidad, para poder comparar con otras cifras publicadas en diversos ámbitos.

La cifra de residentes fallecidos durante el periodo de marzo a junio del 2020 asciende a 5.987. Las mayores frecuencias se observan en León, Salamanca y Valladolid.

Provincia	Fallecidos	Porcentaje
Ávila	471	8%
Burgos	698	12%
León	1.056	18%
Palencia	328	5%
Salamanca	1.044	17%
Segovia	632	11%
Soria	391	7%
Valladolid	951	16%
Zamora	416	7%
Castilla y León	5.987	100%

Tabla 70: Fallecidos por provincias

3.5.1 Lugar de fallecimiento

El 71% de los fallecidos de residencias de Castilla y León han fallecido en el propio centro residencial en el que residían, mientras que un 29% de ellos fue en hospitales.

LUGAR	COVID confirmado	Sintomatología compatible	Confirmado posible	+ Otras causas	Total general
Hospital	795	77	872	876	1.748
Residencia	698	1.028	1.726	2.513	4.239
Total general	1.493	1.105	2.598	3.389	5.987

Tabla 71: Lugar de fallecimiento del 1 de marzo al 30 de junio (valores absolutos)

LUGAR	COVID confirmado	Sintomatología compatible	Confirmado posible	+ Otras causas	Total general
Hospital	53,2%	7,0%	33,6%	25,8%	29,2%
Residencia	46,8%	93,0%	64,4%	74,2%	70,8%
Total general	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 72: Lugar de fallecimiento del 1 de marzo al 30 de junio (porcentaje)

3.5.2 Distribución por sexo y edad

El porcentaje de mujeres fallecidas es muy superior al de hombres (22 puntos porcentuales), lo cual se debe a que son mucho más numerosas entre los residentes de centros. En el caso de los varones, aunque son menos, su tasa de mortalidad es sensiblemente superior.

Sexo	Fallecidos	Porcentaje	Porcentaje residentes	Tasa de mortalidad (1)
Mujeres	3.648	60,9%	68,5%	12,4%
Hombres	2.339	39,1%	31,5%	17,3%
Ambos sexos	5.987	100,0%	100,0%	14,0%

Tabla 73: Fallecidos por sexo. (1) Solo de residentes en centros de personas mayores

Grupos de edad	COVID confirmado			Síntomatología compatible			Otras causas			Total general
	MUJER	VARON	TOTAL	MUJER	VARON	TOTAL	MUJER	VARON	TOTAL	
Menor de 65 años	4	11	15	4	5	9	17	27	44	68
De 65 a 69 años	5	11	16	4	6	10	18	29	47	73
De 70 a 74 años	15	34	49	8	12	20	31	62	93	162
De 75 a 79 años	38	53	91	20	29	49	94	106	200	340
De 80 a 84 años	87	101	188	66	53	119	210	187	397	704
De 85 a 89 años	248	183	431	210	121	331	528	349	877	1.639
De 90 a 94 años	284	194	478	232	130	362	712	356	1.068	1.908
De 95 a 99 años	150	52	202	131	43	174	400	158	558	934
De 100 o más años	19	4	23	25	6	31	88	17	105	159
Total general	850	643	1.493	700	405	1.105	2.098	1.291	3.389	5.987

Tabla 74: Fallecidos según causa, sexo y grupos de edad (1 de marzo – 30 de junio de 2020)

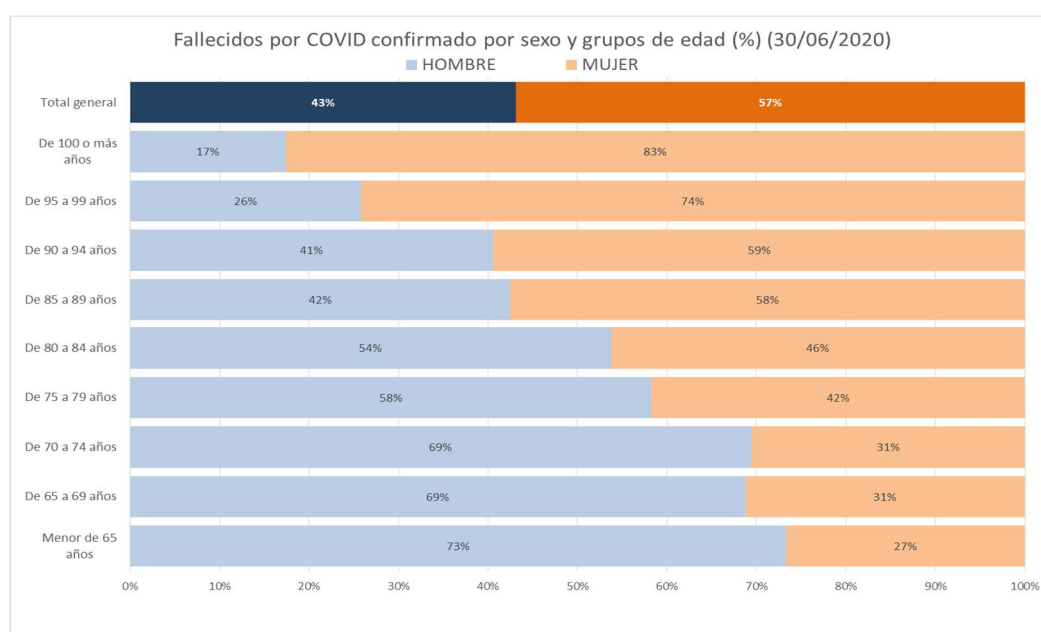


Gráfico 32

La edad media de los residentes está en torno a los 87 años, mientras que la de los fallecidos en estos meses asciende a 89, cinco años más que la esperanza de vida en la Comunidad.

SEXO	Edad residentes media	Edad fallecidos media	Esperanza de vida en Castilla y León 2019
Mujer	88,1	90,3	86,9
Hombre	83,9	87,6	81,5
Ambos sexos	86,8	89,2	84,2

Tabla 75: Edad media de los residentes y fallecidos por sexo

No existen diferencias en la edad media en el fallecimiento si diferenciamos por causas.

SEXO	COVID confirmado	Sintomatología compatible	Confirmado posible	+ Otras causas	Total general
Mujeres	90,0	90,7	90,3	90,3	90,3
Hombres	87,2	88,3	87,6	87,3	87,5
Ambos sexos	88,8	89,8	89,2	89,2	89,2

Tabla 76: Edad media a la fecha del fallecimiento y causa (1 de marzo a 30 de junio de 2020)

El siguiente gráfico muestra las pirámides de población residente y de fallecidos superpuestas. La parte derecho corresponde a las mujeres, con mucho más volumen. Se observa la sobre mortalidad masculina a partir de los 83 años, y femenina a partir de los 91.

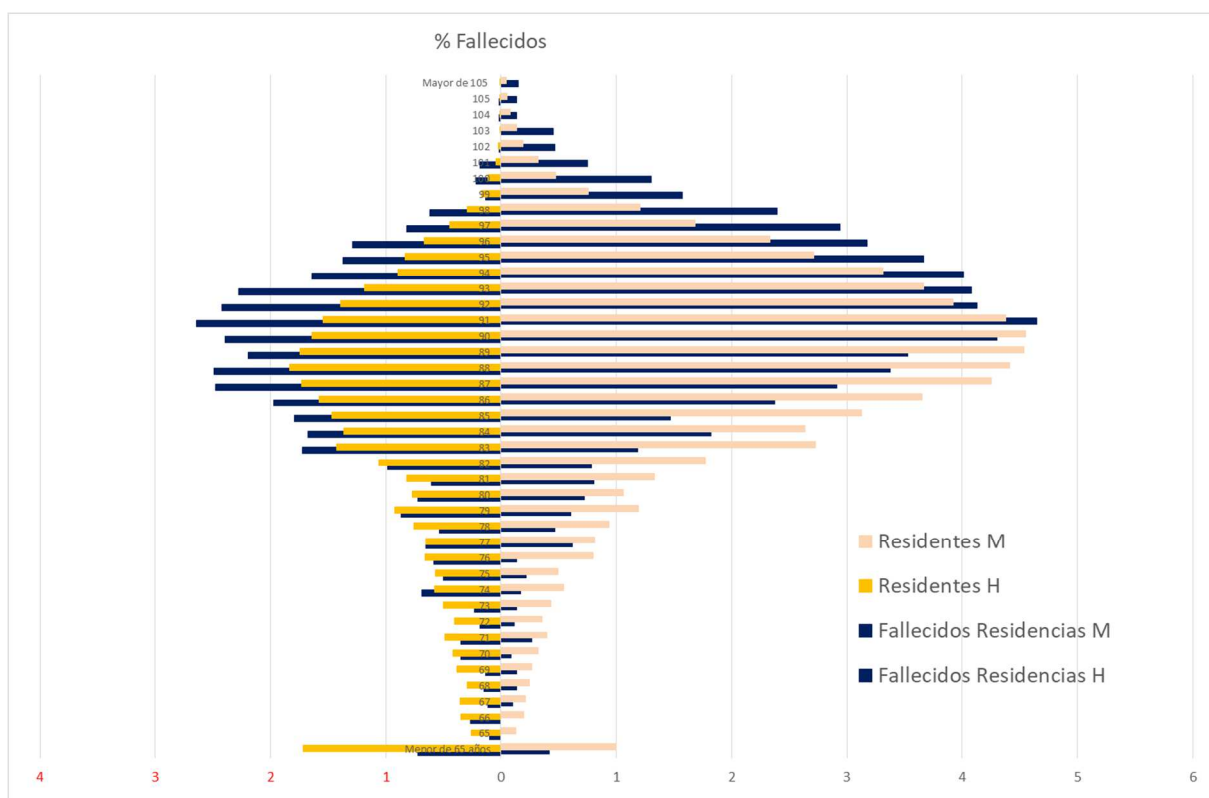


Gráfico 33: Pirámide poblacional de residentes y fallecidos

Centrándonos ya en los fallecidos con COVID, confirmado y con sintomatología compatible, en los centros de atención a personas mayores, las tasas de mortalidad por sexo y por grupos de edad se muestran a continuación. En cuanto al sexo, aunque el volumen de mujeres fallecidas es muy superior, su tasa de mortalidad es sensiblemente inferior a la de los hombres. En cuanto a la segunda variable, como era de esperar, se observa el crecimiento de la tasa de mortalidad con la edad.

Sexo	Fallecidos			Tasa de mortalidad		
	COVID confirmado	Porcentaje	COVID confirmado + posible	Porcentaje	COVID confirmado	COVID confirmado + posible
Mujer	843	57,2%	1537	59,9%	2,9%	5,3%
Hombre	630	42,8%	1029	40,1%	4,5%	7,4%
Ambos sexos	1.473	100,0%	2566	100,0%	3,9%	6,0%

Tabla 77 Fallecidos con COVID confirmado y posible y tasas de mortalidad en centros de mayores por sexo

Grupos de edad	Fallecidos			Tasa de mortalidad		
	COVID confirmado	Porcentaje	COVID confirmado + posible	Porcentaje	COVID confirmado	COVID confirmado + posible
Menos de 65 años	8	0,5%	10	0,4%	0,7%	0,9%
De 65 a 69 años	11	0,7%	20	0,8%	1,0%	1,7%
De 70 a 74 años	47	3,2%	67	2,6%	2,5%	3,5%
De 75 a 79 años	88	6,0%	136	5,3%	2,6%	4,1%
De 80 a 84 años	187	12,7%	303	11,8%	2,9%	4,7%
De 85 a 89 años	430	29,2%	761	29,7%	3,5%	6,3%
De 90 a 94 años	477	32,4%	839	32,7%	4,2%	7,4%
De 95 a 99 años	202	13,7%	376	14,7%	4,2%	7,9%
100 y más años	23	1,6%	54	2,1%	3,6%	8,4%
Total general	1.473	100,0%	2.566	100,0%	3,4%	6,0%

Tabla 78 Fallecidos con COVID confirmado y posible y tasas de mortalidad en centros de atención a personas mayores por grupos de edad

3.5.3 Grado de dependencia y estado de salud

El grado de dependencia se presenta como otra de las variables explicativas de la alta mortalidad y letalidad del COVID19 en residencias. Los centros residenciales son cada vez más un recurso asistencial que se limita a personas con situaciones personales complejas y con altos grados de dependencia. De modo habitual los fallecimientos en centros residenciales se concentran precisamente en estas personas, y ahora el coronavirus ha venido a repetir la misma pauta pero con más intensidad.

Entre los residentes, predominan los de grado 3 (1 de cada 3), mientras que los otros grados y las personas sin dependencia tienen proporciones en torno al 20%. En cambio, entre los fallecidos son los de grado 3 los más afectados, como es natural. La mitad de los fallecidos son grandes dependientes, y no se aprecian diferencias significativas entre los casos COVID y los fallecidos por otras causas.

Estos datos ponen de relieve que los fallecimientos se dan en personas que tienen un nivel de deterioro (por enfermedad y vejez –véanse los datos de edad-) que los hace particularmente vulnerables a cualquier enfermedad sobrevenida. Y esto explica la mortalidad registrada así como la elevada letalidad del virus.

Grado de dependencia	Residentes iniciales		Fallecidos		Fallecidos con COVID confirmado y posible		Fallecidos por otras causas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Grado 3	15.290	35,7%	3.014	50,3%	1.294	49,8%	1.716	51,9%
Grado 2	9.742	22,7%	1.135	19,0%	521	20,1%	614	18,6%
Grado 1	7.695	18,0%	789	13,2%	365	14,0%	424	12,8%
Sin grado	10.133	23,6%	1.049	17,5%	418	16,1%	555	16,8%
Total general	42.859	100,0%	5.987	100,0%	2.598	100,0%	3.309	100,0%

Tabla 79: Residentes y fallecidos por grado de dependencia

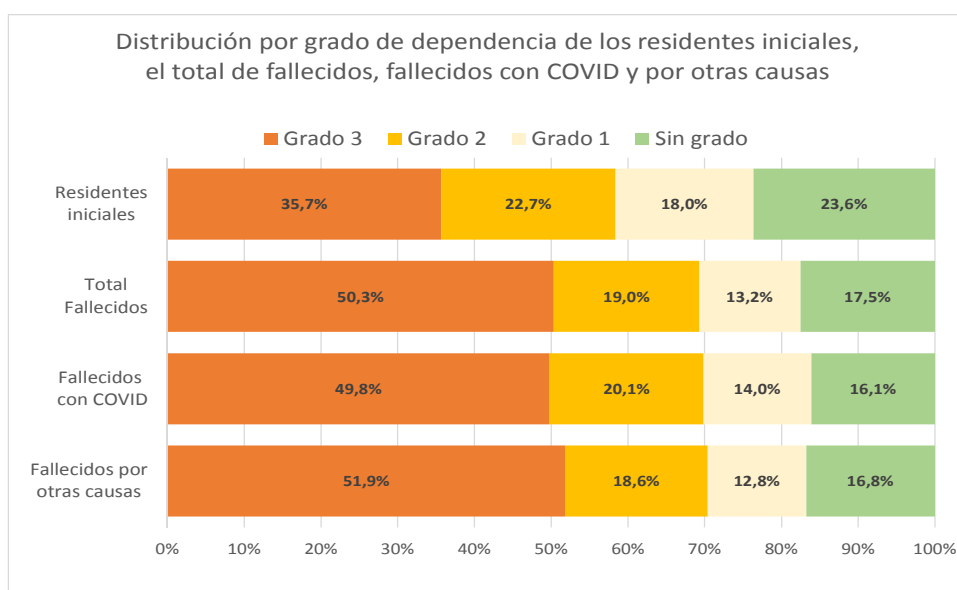


Gráfico 34

También disponemos de información sobre la prevalencia de algunas patologías relevantes entre las personas fallecidas por COVID, que podemos comparar con la presencia de esas mismas patologías en los residentes de centros de personas mayores. Sobre estos últimos, disponemos de información relativa al 84%; y sobre los fallecidos con COVID confirmado o posible la información es sobre el 73% de los casos.

Porcentaje de personas con alguna de las patologías relevantes sobre el total de residentes y de fallecidos con COVID confirmado o posible

	% de residentes	% de fallecidos con COVID confirmado o posible
Pluripatología crónica	47,3%	56,2%
Limitación sensorial	29,5%	34,5%
Discapacidad intelectual	4,7%	4,2%
Enfermedad mental	9,3%	8,2%
Trastornos graves del comportamiento	3,5%	3,1%
Deterioro cognitivo	38,8%	48,4%

Tabla 80

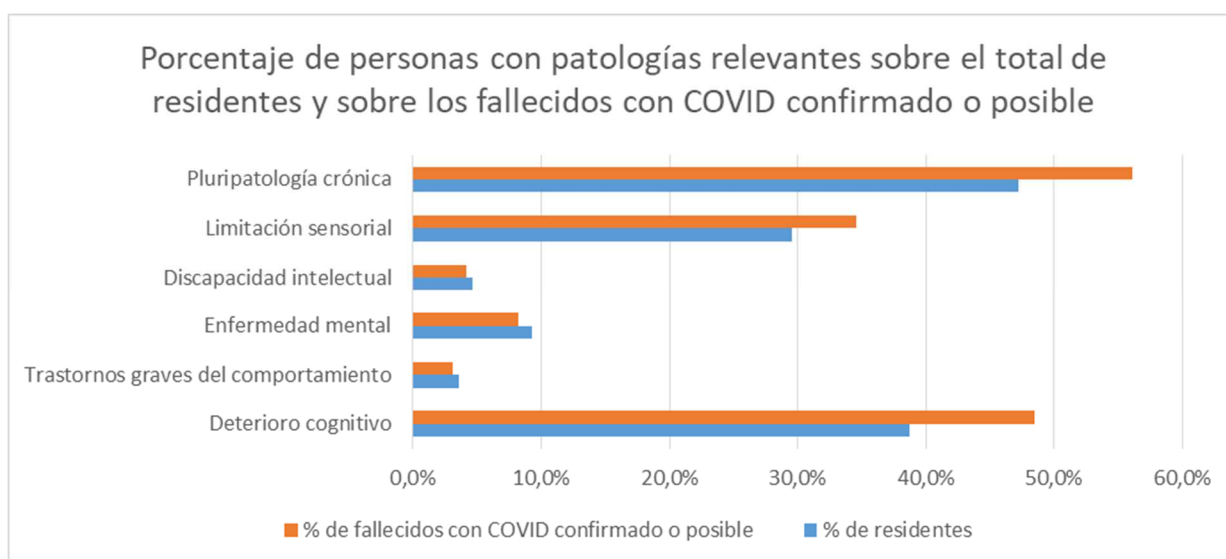


Gráfico 35

Como se puede observar, entre los fallecidos se da una presencia más acusada de casos con pluripatología crónica, limitaciones sensoriales y deterioro cognitivo (la mitad).

Todos estos datos vienen a ilustrar con más detalle el nivel de deterioro de estas personas, que las hacía particularmente vulnerables ante el COVID19.

4 Actuaciones desarrolladas ante COVID19 en los centros residenciales de personas mayores

A continuación, se desarrollan de forma pormenorizada todas las actuaciones desarrolladas por la Administración autonómica en los centros residenciales de Castilla y León.

La mayor parte de las mismas se refieren al periodo que transcurre desde el 1 de marzo, días previos a la declaración del Estado de alarma hasta el 30 de junio, fecha en la que los contagios descienden de manera significativa, considerándose la situación como controlada en toda España y en la que ha perdido la vigencia el estado de alarma.

Algunas otras actuaciones se refieren a un periodo más amplio que llegaría hasta el 15 de septiembre al considerar que son actuaciones de ejecución permanente para la prevención de contagios en los centros residenciales. **Se adjunta el gráfico con la cronología en el anexo IV**

4.1 Evolución de la epidemia en los centros residenciales

El sistema de monitorización de los centros residenciales de personas mayores y personas con discapacidad estuvo operativo desde el 30 marzo. Ese sistema permitía hacer un seguimiento diario en tiempo real de la evolución de la pandemia en todos los centros residenciales de la Comunidad, e ir conociendo el estado y necesidades de los mismos.

En las primeras semanas solo se recogían datos de los centros en los que se iban registrando casos con síntomas. Como es lógico, el mapa no pudo estar completo hasta finales de mes y solo se pudo conocer la profundidad de la infección a mediados de abril, con la realización masiva de pruebas.

En el siguiente gráfico se muestra el volumen de casos confirmados (incluyendo los casos registrados en centros de atención a personas con discapacidad). El número de casos confirmados crece rápidamente hasta el 21 de abril; a partir de entonces lo hace más paulatinamente hasta mediados de mayo; desde entonces solo hay incrementos puntuales y la cifra llega hasta los 8.674 casos acumulados²⁴.

²⁴ El cálculo incluye fallecidos, residentes y hospitalizados con COVID confirmado. En el mes de junio se producen algunos descensos puntuales que se explican por corrección de errores detectados y por salidas de residentes con COVID confirmado pero ya curados, con destino a domicilios particulares.

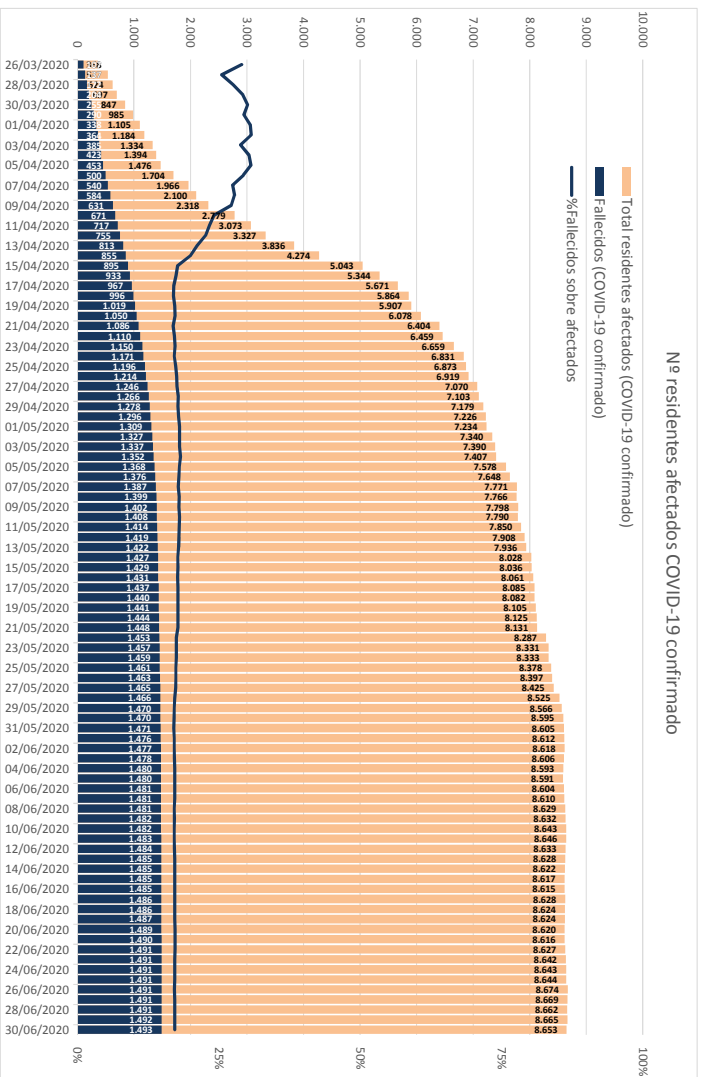


Gráfico 37

La información relativa a casos curados se empieza a recoger el día 23 de abril. El número de casos que se van recuperando crece rápidamente a lo largo del mes de mayo.

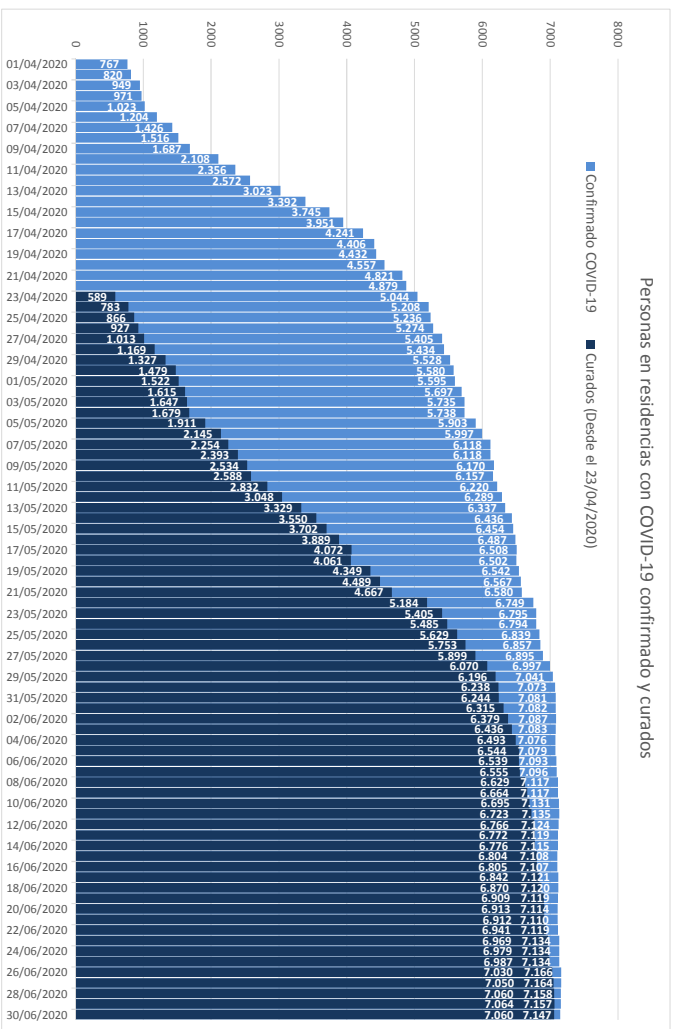


Gráfico 38

La Orden ministerial SND/265, publicada en el BOE del 21 de marzo, estableció los criterios de clasificación de los residentes, dentro de las medidas de ubicación y aislamiento, como medidas preventivas. Desde entonces se dieron instrucciones a los centros para que procedieran a la

clasificación y sectorización de los centros. En la siguiente figura se observa su distribución a lo largo de esos meses.

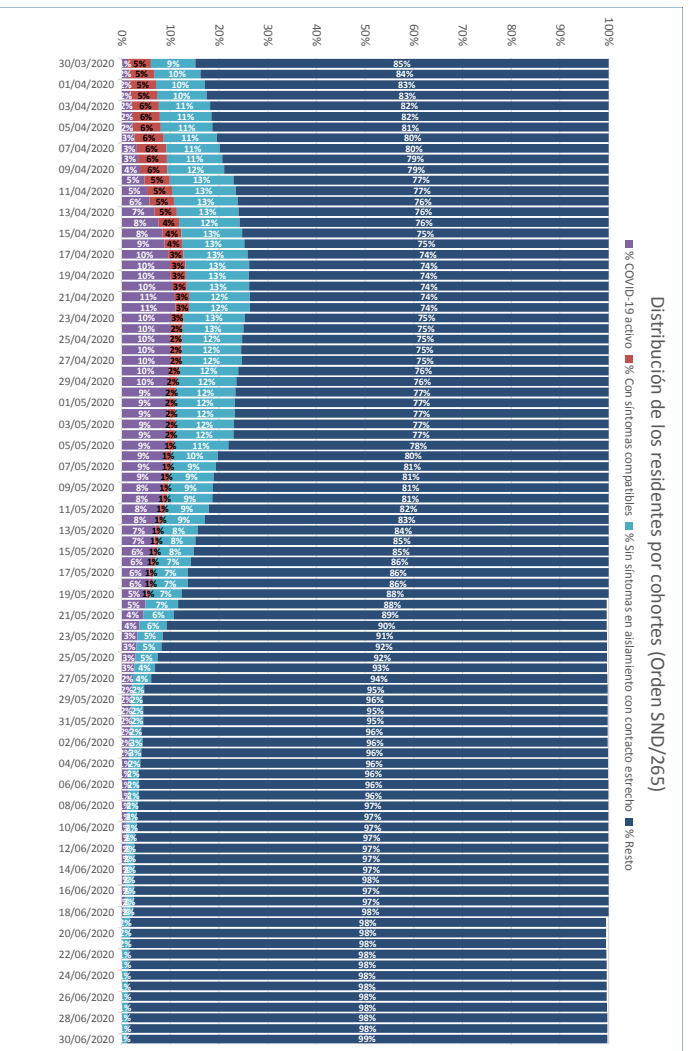


Gráfico 39

Como se puede observar en el gráfico, la mayor parte de los residentes (a partir del 74%) estuvo siempre clasificado como persona sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID19.

Cerca de 12.000 personas llegaron a estar en aislamiento por COVID activo o posible. Los casos de sintomatología compatible, que al principio son numerosos, se reducen rápidamente durante el mes de abril, pasando muchos a engrosar la cifra de casos con COVID activo. Estos últimos suben hasta el 22 de abril y desde entonces se reducen progresivamente. Como es lógico se observa una reducción paralela de los casos en aislamiento preventivo por contacto estrecho con casos confirmados o posibles.

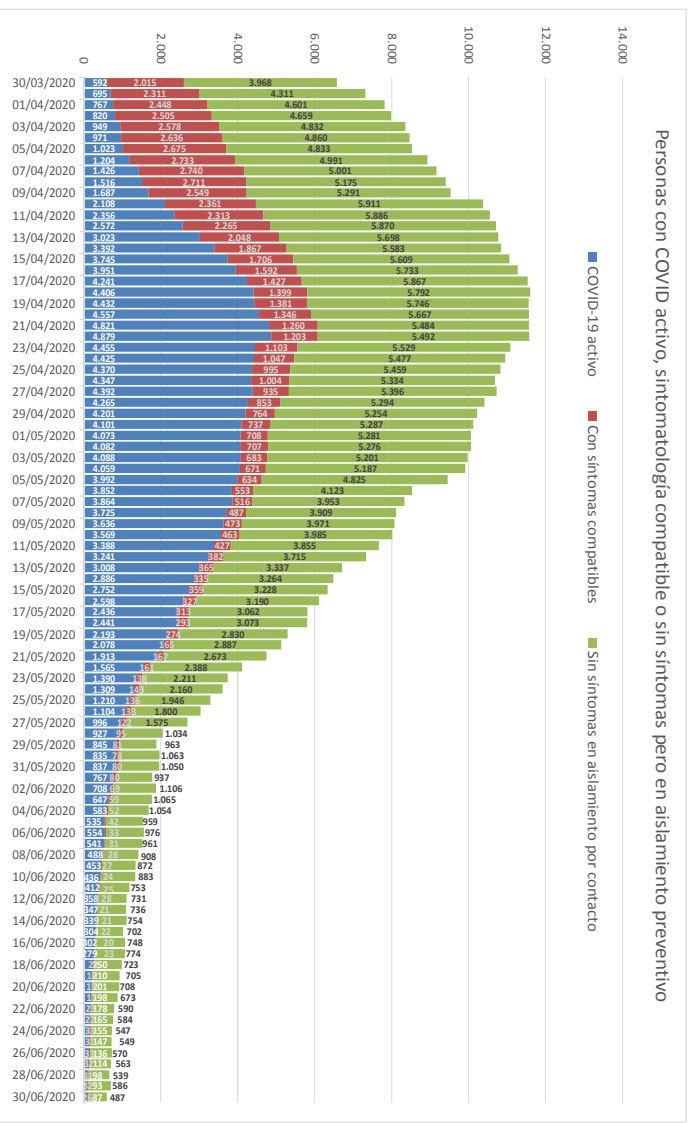


Gráfico 40

Durante esos meses, los centros fueron clasificados en función de dos variables, que sirvieron para ordenar el seguimiento de las actuaciones, teniendo en cuenta el tamaño del mismo: el grado de afectación del centro y las necesidades de personal.

La siguiente tabla muestra cómo se clasificaron por el **Tamaño** (plazas autorizadas) y **Grado de Afectación** (según el porcentaje de personas afectadas sobre residentes).

Grado de afectación		1	2	3	4	5
Tamaño		1	2	3	4	5
A. ≥ 100 plazas						
B. 50-99 plazas				10-30% confirmados o síntomas compatibles	30-60% confirmados o síntomas compatibles	>60% residentes confirmados o síntomas compatibles
C. 25-49 plazas	Sin confirmados y hasta 5% de residentes con síntomas compatibles	<10% confirmados o síntomas compatibles; o 0 fallecido	10-20% confirmados o síntomas compatibles	20-50% confirmados o síntomas compatibles	>50% residentes confirmados o síntomas compatibles	
D. 9-24 plazas						
E. <9 plazas	Sin nada	Sin confirmados ni con síntomas, pero fallecido	Algún caso con síntomas compatibles	Algún COVID confirmado		

Tabla 81

Por lo que se refiere al grado de afectación, las actuaciones más intensas y continuadas se dieron en los centros con grado 3 (morbilidad del 10 al 30%), 4 (30-60%) y 5 (>60%). Estos centros llegaron a sumar el 19% del total entre el 18 y el 24 de abril, para descender a partir de esa fecha. En los centros con grado 1 y 2 (la gran mayoría) primaban las acciones preventivas, en particular cuando se observaba un incremento en alguno de los indicadores de seguimiento.

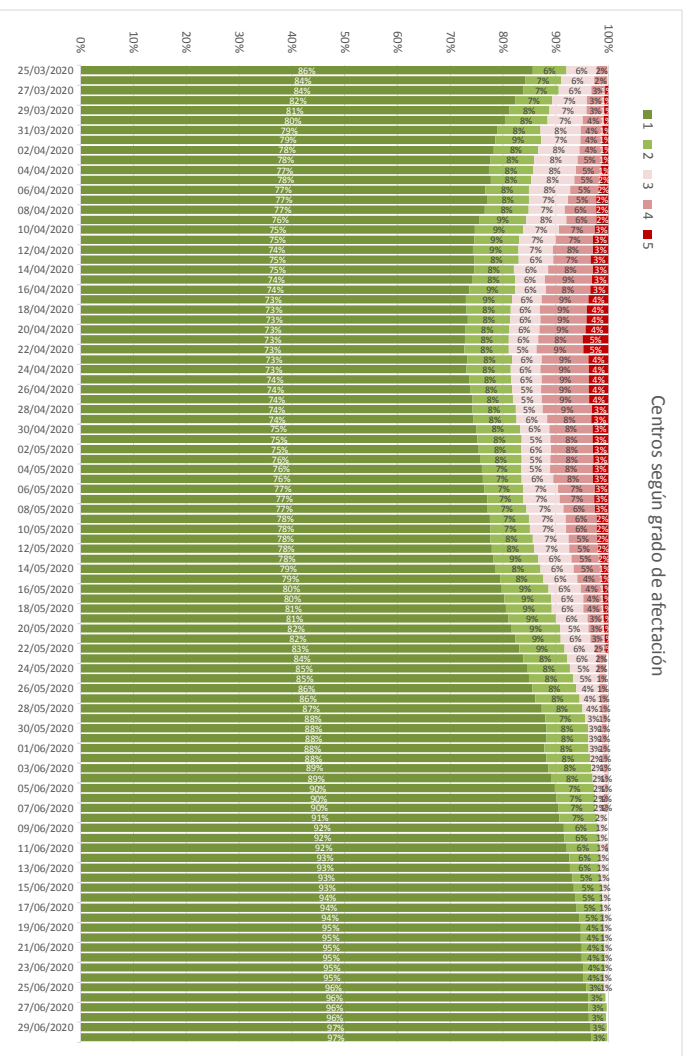


Gráfico 41

La necesidad de personal fue otro de los aspectos clave durante estos meses. En las primeras semanas el volumen de trabajadores con COVID confirmado o en cuarentena por haber estado en contacto estrecho con algún caso posible o confirmado fue muy elevado, en particular en las provincias de Soria y Segovia. Por esa razón los centros más afectados tuvieron serias dificultades para atender adecuadamente a los residentes.

Desde las Gerencias Territoriales se desarrollaron acciones especialmente dirigidas a apoyar a los centros en la contratación de personal y, cuando no fue posible dar la atención debida por falta de medios y personal, se procedió a la intervención de los centros.

A efectos de realizar el seguimiento, se clasificaron los centros en función de las bajas de personal sanitario y de atención directa.

	Situación del personal		
Tamaño	Q	R	S
Más de 9 plazas	Sin bajas o hasta el 10%	10-20% de déficit	Más del 20% de déficit
E. <9 pzas	Sin bajas	Alguna baja	

Tabla 82 Necesidades de personal

Nota: las bajas de personal sanitario se ponderaban al doble que las de atención directa.

La contratación de personal sanitario y de atención directa para los centros residenciales es un problema que viene de lejos. En muchas zonas de la comunidad ya resultaba difícil contratar profesionales cualificados para cubrir esas funciones, al igual que sucede en el sistema de salud, y cuando comenzó la epidemia esas dificultades se incrementaron exponencialmente.

En la encuesta realizada a todos los centros residenciales de la Comunidad se preguntaba acerca de este hecho, poniéndose de manifiesto lo siguiente que en los meses anteriores a la declaración del estado de alarma el 46% de los centros habían tenido problemas para contratar personal de enfermería y el 29% para contratar personal médico

	Pers. médico	Pers. enfermería	Pers. at. directa
No se ha necesitado	61%	44%	28%
Ninguna dificultad	10%	10%	30%
Algunas dificultades	6%	11%	29%
Muchas dificultades	23%	35%	14%

Tabla 83

La necesidad de personal fue otro de los aspectos clave durante estos meses. En las primeras semanas el volumen de trabajadores con COVID confirmado o en cuarentena por haber estado en contacto estrecho con algún caso posible o confirmado fue muy elevado, en particular en las provincias de Soria y Segovia. Por esa razón los centros más afectados tuvieron serias dificultades para atender adecuadamente a los residentes.

En la tabla siguiente se presenta el volumen de bajas y el porcentaje de la totalidad de centros de mayores, por provincias. Y en la siguiente, solo de los centros con contagios, donde se observa el nivel de gravedad que la situación se llegó a producir en algunos lugares. Los porcentajes se calculan sobre el total de trabajadores que los centros tienen actualmente.

Provincia	Número de trabajadores	Trabajadores con COVID confirmado	Trabajadores en cuarentena	Porcentaje COVID confirmados	Porcentaje total afectados
AVILA	1.833	224	133	12%	19%
BURGOS	3.816	378	354	10%	19%
LEON	3.482	504	238	14%	21%
PALENCIA	1.857	97	72	5%	9%
SALAMANCA	3.607	545	186	15%	20%
SEGOVIA	1.707	693	194	41%	52%
SORIA	1.264	448	63	35%	40%
VALLADOLID	4.115	565	149	14%	17%
ZAMORA	2.186	115	59	5%	8%
Total general	23.867	3.569	1.448	15%	21%

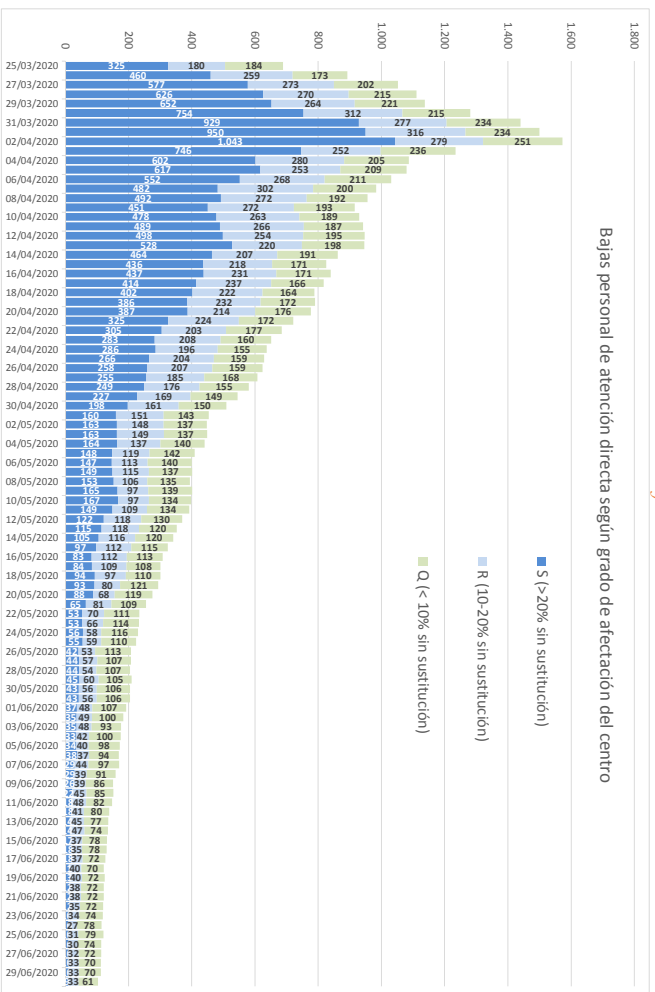
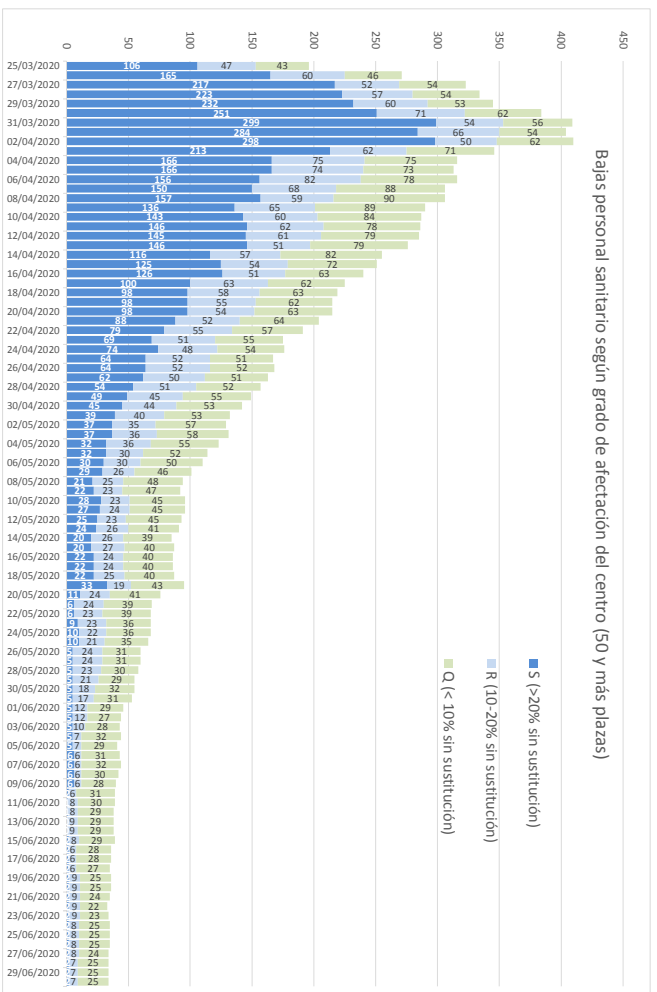
Tabla 84 Trabajadores de centros de atención a personas mayores, casos con COVID confirmado y en cuarentena

Provincia	Número de trabajadores	Trabajadores con COVID confirmado	Trabajadores en cuarentena	Porcentaje COVID confirmados	Porcentaje total afectados
AVILA	1.131	214	126	19%	30%
BURGOS	2.281	343	316	15%	29%
LEON	1.567	480	144	31%	40%
PALENCIA	654	70	42	11%	17%
SALAMANCA	1.994	523	155	26%	34%
SEGOVIA	1.497	669	185	45%	57%
SORIA	952	430	45	45%	50%
VALLADOLID	1.834	531	105	29%	35%
ZAMORA	653	105	38	16%	22%
Total general	12.563	3.365	1.156	27%	36%

Tabla 85 Trabajadores de centros de atención a personas mayores con contagios, casos con COVID confirmado y en cuarentena

Desde las Gerencias Territoriales se desarrollaron acciones especialmente dirigidas a apoyar a los centros en la contratación de personal y, cuando no fue posible dar la atención debida por falta de medios y personal, se procedió a la intervención de los centros. Estas medidas se explican en otro apartado del informe.

Las bajas de personal fueron muy abundantes en las primeras semanas, por contagios o por cuarentenas, y la dificultad para sustituir a esos profesionales fue muy intensa hasta finales de abril, aunque desde los primeros días de ese mes se lograra reducir el impacto considerablemente. En los gráficos siguientes se muestra la evolución.



4.2 Elaboración y difusión permanente de documentos con las medidas a adoptar

Con la aparición de los primeros casos de contagios en las residencias de mayores se comenzaron a desarrollar actuaciones destinadas a prevenir la aparición de nuevos casos y a limitar su propagación en aquellos centros en los que se detectó la aparición de alguna persona contagiada.

Se procedió a la elaboración, bien en colaboración con otras Consejerías o en solitario por la Consejería de Familia, de instrucciones, recomendaciones u orientaciones bajo diversas

denominaciones, que han recogido pautas de actuación para los todos los centros residenciales ubicados en Castilla y León.

Desde el día 28 de febrero de 2020 se comenzó a publicar y distribuir estos documentos que han sido objeto y lo siguen siendo de constantes revisiones y actualizaciones para adaptarlos a las circunstancias cambiantes que la evolución de la pandemia determinaba.

Junto a estas instrucciones de elaboración propia, también se procedió a remitir a los centros residenciales aquellos documentos y protocolos que referidos a la gestión de la pandemia en los centros residenciales se aprobaban en el ámbito del Estado (Ministerio de Sanidad. Vicepresidencia Segunda del Gobierno. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.)

Estos documentos han resultado un apoyo fundamental para que los centros residenciales contaran con orientaciones, pautas y criterios de actuación, tanto en la prevención, como en la gestión de los contagios, y en general, en todas las actividades que ha de desarrollar una residencia.

A continuación, se refieren las normas, instrucciones, protocolos elaborados, la mayor parte de ellos remitidos a los centros residenciales a través de las respectivas Gerencias Territoriales de Servicios Sociales. Todos estos documentos se acompañan en el anexo II de este informe.

FEBRERO

- ✓ 28-02-2020 RECOMENDACIONES GENERALES para las residencias de carácter social en relación a la pandemia por coronavirus, COVID19. Consejería de Sanidad (1)

MARZO

- ✓ 5-03-2020. INDICACIONES a centros sociosanitarios para prevenir contagios y frenar propagación covid19. Gobierno de España. (2)
- ✓ 11-03-2020 NOTIFICACIÓN a usuarios de centros de día y de estancias diurnas sobre medidas a adoptar para evitar contagios del covid 19 (3)
- ✓ 11-03-2020.ORDEN SAN/295/2020, de 11 de marzo, por la que se adoptan medidas preventivas y recomendaciones en relación con el COVID19 para toda la población y el territorio de la Comunidad de Castilla y León, en la que se incluyen restricciones a visitas a residencias. (4)
- ✓ 12-03-2020 Orden SAN/300/2020 de 12 de marzo de la Junta de Castilla y León por la que se amplían las medidas preventivas en relación con el COVID19 para toda la población y el territorio de la Comunidad de Castilla y León (5)

- ✓ 12-03-2020 Acuerdo 9/2020 de 12 marzo de la Junta de Castilla y León. Sobre medidas a adoptar en los centros de trabajo dependientes de la Administración de la Comunidad Autónoma con motivo del COVID19 (6)
- ✓ 13-03-2020 ORDEN SAN/306/2020, de 13 de marzo de la Junta de Castilla y León, por la que se amplían las medidas preventivas en relación con el COVID19 para toda la población y el territorio de la Comunidad de Castilla y León (7)
- ✓ 14-03-2020 Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID19. Gobierno de España (8)
- ✓ 17-03-2020 GUÍA DE ACTUACIÓN para los centros dependientes de la gerencia de servicios sociales de la Consejería de Familia de la Junta de Castilla y Leon en relación con el COVID19 o enfermedad por el nuevo coronavirus sars-cov-2: centros residenciales (centros de personas mayores, camp, campyco, co, y centros de menores). (9)
- ✓ 18-03-2020 RECOMENDACIONES en las residencias de atención personas mayores para mejorar el bienestar psicoafectivo. (10)
- ✓ 19-03-2020: PROTOCOLO DE COORDINACIÓN entre la gerencia de servicios sociales, las corporaciones locales y cruz roja para la atención inmediata a necesidades sociales por la crisis del COVID19 (11)
- ✓ 21-03-2020 ORDEN SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID19. (12)
- ✓ 23-03-2020. MEDIDAS GENERALES para contener el impacto de la crisis del covid19 en las residencias de carácter social (13)
- ✓ 26-03-2020 (ACTUALIZACIÓN) GUÍA DE ACTUACIÓN para los centros dependientes de la gerencia de servicios sociales de la Consejería de Familia de la Junta de Castilla y Leon en relación con el COVID19 o enfermedad por el nuevo coronavirus sars-cov-2: centros residenciales (centros de personas mayores, camp, campyco, co, y centros de menores). (14)
- ✓ 26-03-2020. DOCUMENTO MARCO sobre la atención farmacéutica a las residencias de carácter social debido a la crisis del COVID19. Consejería de Sanidad (15)

- ✓ 30-03-2020. PAUTAS DE ACTUACION ante pandemia COVID19 para residencias de mayores y centros sociosanitarios: guía. Consejería de Sanidad (16)

ABRIL

- ✓ 1-04-2020. RESOLUCIÓN de la dirección general de salud pública por la que se autoriza el traslado de usuarios de residencias de personas mayores asintomáticas a domicilios de familiares. Consejería de Sanidad (17)
- ✓ 1-04-2020.PROCEDIMIENTO para la atención socio-sanitaria en residencias de personas mayores y de personas con discapacidad, ante la crisis sanitaria por el COVID19. Consejería de Sanidad (18)
- ✓ 6-04-2020 PROCEDIMIENTO para la reubicación temporal de las personas dependientes que ingresan en el hospital con infección covid y otras prioridades sociales (19)
- ✓ 8-04-2020 RESOLUCIÓN de 8 de abril de 2020 por la que se determinan reglas procedimentales específicas, como consecuencia de la declaración del estado de alarma por el covid. (20)
- ✓ 10-04-2020. PROTOCOLO CON LA AGE para la coordinación de acciones de las administraciones en las residencias de mayores consideradas críticas y en las de carácter general. (21)
- ✓ 16-04-2020. (ACTUALIZACIÓN) MEDIDAS GENERALES a adoptar para contener el impacto de la crisis del covid19 en las residencias de carácter social. (22)
- ✓ 20-04-2020 (ACTUALIZACIÓN) GUÍA DE ACTUACIÓN para los centros dependientes de la gerencia de servicios sociales de la Consejería de Familia e igualdad de oportunidades de la Junta de Castilla y León en relación con el COVID19: centros residenciales (centros de personas mayores, camp, campyco, co, y centros de menores) (23)
- ✓ 21-04-2020- (ACTUALIZACIÓN) GUÍA DE ACTUACION en centros residenciales de la comunidad de Castilla y Leon (24)
- ✓ 22-04-2020. (ACTUALIZACIÓN) PROTOCOLO CON LA AGE para la coordinación de acciones de las administraciones en las residencias de mayores consideradas críticas y en las de carácter general. (25)

- ✓ 24-04-2020 (ACTUALIZACIÓN) GUÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL frente al COVID19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial. Gobierno de España (26)

MAYO

- ✓ 4-05-2020 GUÍA para los planes de desescalada en la administración de la comunidad de Castilla y León con motivo del COVID19. Consejería de Presidencia (27)
- ✓ 19-05-2020- INSTRUCCIÓN interpretativa de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León sobre la realización de pruebas diagnósticas para la detección del COVID19 por entidades ajenas al Sistema Público de Salud de Castilla y León en desarrollo de la Orden SND/344/2020, de 13 de abril, por la que se establecen medidas excepcionales para el refuerzo del Sistema Nacional de Salud y la contención de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID19. Consejería de Sanidad. (28)

JUNIO

- ✓ 5-06-2020. Plan de desescalada en las Residencias y centros de día públicos y privados de personas mayores y de personas con discapacidad de Castilla y León (29)
- ✓ 10-06-2020 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 COVID19. Gobierno de España (30)
- ✓ 15-6-2020. 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 (31)
- ✓ 18-06-2020. 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. (32)
- ✓ 19-06-2020. ACUERDO 29/2020, de 19 de junio, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el Plan de Medidas de Prevención y Control para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID19, en la Comunidad de Castilla y León. Consejería de Sanidad (33)

- ✓ 26-06-2020 GUÍA DE CONTENIDO DEL PLAN DE CONTINGENCIA frente a situaciones de crisis sanitarias en centros residenciales de atención a personas mayores y personas con discapacidad (34)

JULIO

- ✓ 03-07-2020 Acuerdo 32/2020, de 2 de julio, de la Junta de Castilla y León, sobre medidas a adoptar durante la situación de crisis sanitaria por COVID19, en los centros de trabajo dependientes de la Administración de la Comunidad de Castilla y León. Consejería de Presidencia (35)
- ✓ 10-07-2020 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 (36)
- ✓ 16-07-2020. Atención a pacientes institucionalizados y vulnerables en domicilio en estado de pandemia covid.19 y ayuda a la toma de decisiones. Consejería de Sanidad (37)
- ✓ 17- 07- 2020. Guía de Medidas preventivas a adoptar frente al SARS-Cov-2 en la situación de nueva normalidad en los centros de trabajo dependientes de la Administración de la Comunidad de Castilla y León. Consejería de Presidencia (38)
- ✓ 24-07-2020 DECRETO-Ley 7/2020, de 23 de julio, por el que se establece el régimen sancionador específico por el incumplimiento de las medidas de prevención y contención sanitarias para afrontar la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID19 en la Comunidad de Castilla y León. (39)

AGOSTO

- ✓ 16-08-2020 Acuerdo 43/2020 de 15 de agosto, de la Junta de Castilla y León, por el que se da publicidad, para general conocimiento y por ser de obligado cumplimiento, a la Orden comunicada del Ministro de Sanidad, de 14 de agosto de 2020, mediante la que se aprueba la declaración de actuaciones coordinadas en salud pública para responder ante la situación de especial riesgo derivada del incremento de casos positivos por COVID19. (40)
- ✓ 19-08-2020 (ACTUALIZACIÓN) 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 (41)

SEPTIEMBRE

- ✓ 14-09-2020 (ACTUALIZACIÓN) 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 (42)

4.3 Planes de Contingencia de los Centros

En un primer momento, en la Guía de prevención y control frente al COVID19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial” del Ministerio de Sanidad y en las “Pautas de actuación ante pandemia COVID19 para residencias de mayores y centros socio sanitarios: Guía de la Consejería de Sanidad”, se recoge que los centros deben disponer de planes de contingencia adaptados a las características de cada centro y dirigidos a la prevención y a la respuesta ante la eventual aparición de casos y brotes de COVID19.

Este Plan es el instrumento fundamental para la óptima dirección y gestión de los centros residenciales, que recoge y aglutina un conjunto de directrices dedicadas a la prevención y seguridad, tanto de los usuarios como del personal, ante situaciones de crisis de salud pública como la vigente.

El plan de contingencia debe estar adaptado a las características propias de cada centro, y contempla la organización de la prestación de los servicios, mediante la constitución de áreas diferenciadas, formadas por agrupaciones de usuarios en un número limitado y atendidos por un equipo de profesionales no sometido a rotaciones, permitiendo una inmediata compartimentación de las dependencias del centro residencial y evitando, con ello, la rápida propagación de enfermedades.

Este Plan incluirá al menos:

- ✓ Un análisis detallado de las infraestructuras del centro (número de plantas, de habitaciones, sistemas de acceso). Se incluirá la posibilidad de división del centro en áreas diferenciadas para residentes según lo establecido en la Orden SBND/265/2020.
- ✓ Análisis detallado de las características de los residentes.
- ✓ Recursos humanos disponibles (personal sanitario y no sanitario y otro personal)
- ✓ Relación detallada de los equipos de protección individual disponibles y una estimación de la necesidad en un escenario de aumento acusado del número de casos.
- ✓ Garantizar la provisión de jabón, papel y soluciones desinfectantes.

- ✓ Establecer un Plan de continuidad de la actividad ante posibles bajas del personal a consecuencia de la pandemia.

Por parte del personal técnico de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales se ha desarrollado, y se sigue haciendo una **labor constante de asesoramiento y comprobación** para garantizar la existencia de dichos planes de contingencia en todos los centros residenciales.

Posteriormente, mediante 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, se recoge la obligatoriedad, por parte de las entidades titulares de los centros de atención social de carácter residencial de personas mayores y personas con discapacidad, de contar con un **Plan de contingencia**.

Al objeto de facilitar a las entidades titulares de los centros de atención social de carácter residencial la implementación del plan de contingencia, la Junta de Castilla y León elaboró el 26 de junio una **Guía con su contenido mínimo que distribuyó y puso a disposición en sede electrónica**²⁵.

A fecha de hoy todos los centros residenciales de personas mayores de Castilla y León cuentan con un Plan de Contingencia, conforme a la normativa.

4.4 Actuaciones de apoyo, asesoramiento y seguimiento de Centros

El apoyo constante a los centros residenciales ha sido un objetivo prioritario en la actuación desarrollada. Para ello se organizó un sistema que mantenía una comunicación constante con todos los centros residenciales.

4.4.1 Sistema de seguimientos.

Desde las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales se ha realizado un seguimiento telefónico diario de la situación de los centros públicos y privados de personas mayores.

La periodicidad de las llamadas realizadas ha sido diaria, hasta que se ha contado con un sistema de información específico para este fin, pasando a realizarse dos o tres días a la semana. Señalar que el seguimiento se ha mantenido diario cuando la situación epidemiológica del centro lo ha requerido.

²⁵ <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/informacion-covid19-sobre-residencias.html>

Los registros de la información telefónica alertan de si se produce alguna variación importante en el número de fallecidos, el número de bajas laborales no sustituidas o el número de residentes aislados, produciéndose una salida presencial al centro para comprobar el grado de afectación del mismo. Desde finales de marzo al 30 de junio de 2020 se han realizado **26.843 llamadas telefónicas de seguimiento** a los 697 centros residenciales para personas mayores existentes en Castilla y León. Marzo y abril han sido los meses en los que más llamadas se han realizado, observando como en mayo y en junio, a medida que la situación mejoraba en los centros, este seguimiento telefónico comienza a descender.

CENTROS Y RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES		
MES	Nº DE CENTROS	LLAMADAS REALIZADAS
MARZO	696	4.145
ABRIL	697	13.083
MAYO	644	10.450
JUNIO	599	5.134
TOTAL	697	26.843

Tabla 86 Llamadas efectuadas, centros y totales

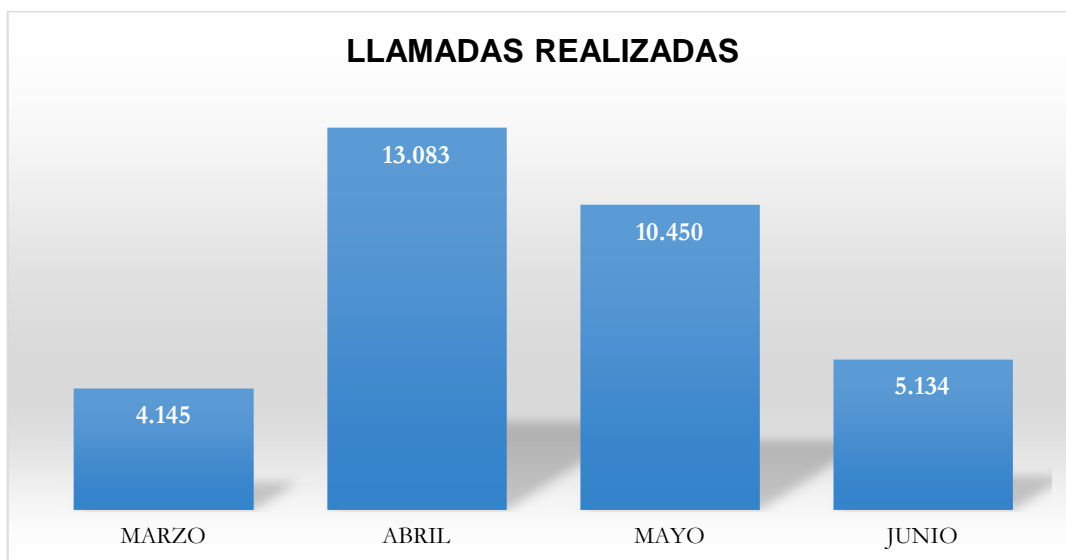


Gráfico 44

Se adjunta anexo III en el que se recoge, para cada una de las provincias, el seguimiento realizado por las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales, indicando, la periodicidad, el número de centros y las llamadas realizadas.

4.4.2 Información, asesoramiento y pautas de actuación.

Desde las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales se han mantenido informados puntualmente a todos y cada uno de los centros públicos y privados de personas mayores de toda la normativa, protocolos, guías y recomendaciones así como de toda la información de interés relativa al COVID19 que ha ido sucediéndose y actualizándose desde los primeros días de marzo por el Ministerio de Sanidad, la Consejería de Sanidad, la Gerencia de Servicios Sociales y otras instituciones dirigidas al sector a través de listas de distribución de correo electrónico. De la misma forma, se traslada información y recomendaciones durante la atención telefónica y presencial.

El envío permanente de todo lo publicado se ha organizado en varias líneas de intervención directa que permite, a cualquier hora del día y, a través de herramientas telemáticas, tener informados puntualmente a todos los centros de todo cuanto llega a las Gerencias Territoriales de forma inmediata

Es de especial relevancia la labor de información a responsables de centros al respecto de la reubicación de residentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 5.2 Orden SND/265/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID19.

Se explica la clasificación de los residentes según la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, en asintomáticos sin contactos de riesgo, sintomáticos con contacto de riesgo, residentes con síntomas compatibles con COVID 19 y enfermos con test positivo:

- ✓ Residentes sin síntomas y sin contacto estrecho.
- ✓ Residentes sin síntomas, en aislamiento preventivo
- ✓ Residentes con síntomas compatibles con el COVID19
- ✓ Casos confirmados de COVID19

Esta clasificación implica también una reubicación de los residentes, tarea en la que se apoya tanto telefónica como presencialmente a cada uno de los centros que lo demanda.

Como consecuencia, se dan instrucciones precisas y adaptadas a cada centro en función de su situación durante la epidemia y a las características constructivas y funcionales del mismo, se imparten indicaciones y se resuelven dudas.

Los técnicos que visitan centros y los de apoyo telefónico inciden en la difusión y comprensión de las medidas

4.5 Adquisición y suministro de material de protección a los centros residenciales.

4.5.1 Apoyo a centros en dotación y adquisición EPIS

Al inicio de la pandemia, en el 74% de los centros no se disponía de stock suficiente de equipos de protección.

Desde que se declaró el estado de alarma, se ha venido proporcionando EPIS a los centros residenciales públicos y privados de toda la Comunidad por parte de la Junta de Castilla y León, en la medida en la que se ha tenido disponibilidad, ya que muchos centros no han podido cumplir la obligación de disponer de ellos para su personal por la dificultad para poder adquirirlos.

Según manifiestan los centros, el 38% no ha tenido carencias en ningún momento, mientras que el resto manifiesta haber tenido falta de equipos en algún momento. El 5% de los centros manifiesto que ha tenido siempre dificultad para conseguirlos.

A partir de los envíos que, en un primer momento, realizaba la Consejería de Sanidad a la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León semanalmente en las diferentes provincias, colaborando las diferentes Gerencias Territoriales de Servicios Sociales en la recepción de solicitudes de equipos de protección individual por parte de los centros y en su posterior asignación y distribución, se recoge en anexo III la distribución del material por provincias

PROVINCIA	MASCARILLAS	GUANTES	OTROS	TOTAL
Ávila	393.015	119.420	121.878	634.313
Burgos	909.485	211.300	105.735	1.226.520
León	340.485	256.200	68.720	665.405
Palencia	208.807	155.381	52.888	417.076
Salamanca	391.494	138.700	73.589	603.783
Segovia	201.835	315.790	100.178	617.803
Soria	545.508	142.420	41.709	729.637
Valladolid	944.891	195.336	91.742	1.231.969
Zamora	447.949	174.660	80.793	703.402
	4.383.469	1.709.207	737.232	6.829.908

Tabla 87 Listado de los EPIs suministrados y de los EPIs repartidos a los centros privados desde las delegaciones territoriales.

Posteriormente, se informó a través de la aplicación SAUSS que, a partir del 1 junio de 2020, debían ser las entidades titulares de residencias las que se dotasen de este material una vez que ya existía en el mercado oferta suficiente.

- ✓ Ante las dificultades que algunas entidades manifiestan para encontrar alguno de los productos en el mercado, se comunica a todos los centros residenciales los enlaces de proveedores de EPIS en Castilla y León, teniendo en cuenta el compromiso de la Confederación de Organizaciones Empresariales de Castilla y León (CECALE) y las Cámaras de Comercio, Industria y Servicios de Castilla y León, en colaboración con la Junta de Castilla y León de difundir un directorio de empresas de la Comunidad que han adaptado sus procesos productivos para ofrecer productos que sirvan para preservar la salud en el ámbito laboral y con el objetivo de facilitar al tejido empresarial de la Comunidad la búsqueda de dichos productos.
- ✓ También se les facilita el enlace de la página web de la Junta, en Datos Abiertos, en el que aparecen los contratos de suministros de EPIS con las empresas con las que ha contratado la Junta de Castilla y León. Allí aparecen empresas del resto de España y del mundo, con las que se ha contratado algún tipo de material.
- ✓ Se informa a todos los centros residenciales de la publicación del Extracto de la Orden de 15 de mayo de 2020, de la Consejería de Empleo e Industria, por la que se convocan para 2020 subvenciones públicas para adquisición de equipos de protección individual frente a riesgos biológicos, asistencia externa para desinfección de equipos, instalaciones y personas, exclusivamente en respuesta a la situación de contingencia y asistencia de un servicio de prevención ajeno para la evaluación de puestos de trabajo que puedan ser población de riesgo frente a la COVID19.
- ✓ Subvención de dos millones de euros a las entidades del tercer sector para la adquisición de materiales publicada en la Resolución de 21 de agosto de 2020, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se convocan subvenciones destinadas a mejorar la protección del personal y de los usuarios de los centros de atención social de personas mayores y personas con discapacidad en Castilla y León.

4.5.2 *Compra y distribución de EPIs para Centros Residenciales durante la crisis sanitaria*

4.5.2.1 *Contexto nacional*

El Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública supuso, entre otras cuestiones, la modificación de la Ley Orgánica 3/1986 de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública para establecer el suministro centralizado de cualquier producto necesario para garantizar la protección de la salud en el abordaje del coronavirus.

Según manifestó el Ministro de Sanidad

“Esta medida de compra centralizada es de “carácter preventivo”, Queremos tener apoyo jurídico para poder garantizar el suministro centralizado de productos necesarios. (Se refiere a equipos de protección que no tienen consideración de producto sanitario). España no está en situación de desabastecimiento de medicamentos. Es verdad que muchos requieren productos provenientes de China, pero buena noticia es que la situación en este país está evolucionando bien”

Este Real Decreto-ley supuso un **punto de inflexión** para las Comunidades Autónomas que vieron cómo, y pese a ser los gestores de los servicios sanitarios en su territorio, se convertía al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), dependiente del Ministerio de Sanidad, el **responsable** de garantizar el suministro de equipos de protección individual, dificultando, así, a las comunidades autónomas realizar sus propias compras.

Ante la aprobación del Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo Comunidades autónomas, hospitales y empresas privadas, que ya se habían movilizado buscando material, principalmente en el mercado chino, frenaron en seco sus pedidos, más todavía a partir del 14 de marzo, cuando el Ejecutivo incluyó en el decreto del estado de alarma la posibilidad de requisar todo el material sanitario que hubiera en España.

En esa línea de actuación de compra centralizada por parte del Estado y dentro de las funciones del mando único del Ministerio de Sanidad durante el Estado de Alarma, el 19 de marzo se delegó en el vicepresidente segundo del Gobierno y Ministerio de Derechos Sociales y para la Agenda **2030**, la coordinación del funcionamiento de los servicios sociales de todo el Estado, donde se incluyen las residencias de mayores y asumió personalmente, en el desarrollo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la responsabilidad de la entrega de material de protección para las residencias de mayores.

Ante esta situación desde la Junta de Castilla y León con fecha 20 de marzo se remitió una carta al Vicepresidente Segundo del Gobierno, en la que textualmente se indicaba:

“ ... En la reunión del pasado lunes todas las Comunidades Autónomas le trasladamos nuestra enorme preocupación por la urgente e ineludible necesidad de facilitar equipos de protección fundamentalmente a los trabajadores del servicio de ayuda a domicilio y de los centros residenciales de personas mayores y de personas con discapacidad. A pesar de que se comprometió la llegada de material sanitario de protección para el personal de servicios sociales, hoy ni siquiera se nos ha podido decir ni cuándo, cuánto, ni cómo se va a repartir este imprescindible material, sumiéndonos en una confusión mayor al preguntarnos por si nos parecía correcto que la distribución se pudiera realizar por el ejército sin que se nos concretara si ese supuesto reparto era o no para los profesionales de los servicios sociales.

Se están produciendo numerosas muertes y contagios de personas mayores por carecer los profesionales de los elementos de protección necesarios, produciéndose brotes numerosos de contagio al no poder garantizarse las medidas básicas de profilaxis en su actuación. Soy consciente de la escasez y la dificultad de previsión de este tipo de material, pero también es obligación del Gobierno de España, en el presente estado de alarma, de proveer urgentemente de este material e informar a las Comunidades Autónomas en qué situación se encuentra este suministro para poder planificar nuestra atención en los próximos días, ya que en muchos centros ya no disponen de equipos de protección.

Por todo ello, he de reiterarle la urgente obligación del Gobierno de España en remover todos los obstáculos para garantizar la provisión de equipos de protección así como de informar de forma transparente e inmediata de la situación de provisión de estos equipos y el sistema de reparto y distribución de los mismos.

No se ha remitido material por parte del Estado directamente a la Gerencia de Servicios para la distribución directa a los centros residenciales.

El día 19 de marzo, el Ministro de Sanidad rectificó y dijo que las regiones y otros agentes sanitarios podían comprar material «si así lo estimaban oportuno». El día 22 de marzo el Ministerio de Sanidad repartió 1,6 millones de mascarillas entre todas las Comunidades Autónomas.

A continuación se detalla la solicitud de material que se trasladó al Ministerio de Sanidad y las entregas realizadas por el Ministerio.

PETICIONES AL MINISTERIO	UNIDADES			ENTREGAS MINISTERIO	UNIDADES	DIFERENCIA
	MATERIAL	STOCK	NECESIDADES			
MASCARILLA QUIRÚRGICA (no EPI)	555.301	1.700.000	2.255.301	MASCARILLA QUIRÚRGICA (no EPI)	60.000	-2.195.301
MASCARILLA AUTOFILTRANTE FFP2	4.979	1.500.000	1.504.979	MASCARILLA AUTOFILTRANTE FFP2		-1.504.979
MASCARILLA AUTOFILTRANTE FFP3	6.192	800.000	806.192	MASCARILLA AUTOFILTRANTE FFP3		-806.192
GUANTES	4.450.180	1.700.000	6.150.180	GUANTES		-6.150.180
BATA IMPERMEABLE	14.626	1.700.000	1.714.626	BATA IMPERMEABLE	1.500	-1.713.126
BUZO 3B	1.625	100000	101.625	BUZO 3B	500	-101.125
BUZO 4B	813	100000	100.813	BUZO 4B		-100.813
GAFAS MONTURA INTEGRAL	6.217	100.000	106.217	GAFAS MONTURA INTEGRAL		-106.217
PANTALLA FACIAL	244	500	744	PANTALLA FACIAL	500	-244

Tabla 88 Material solicitado al Ministerio y Material suministrado con fecha 18 de marzo Previsiones para dos meses

El 29 de marzo, el presidente del Gobierno reconoció ante los presidentes autonómicos con los que mantuvo una reunión por videoconferencia que el "aprovisionamiento" del material imprescindible para el sistema sanitario en la lucha contra el COVID19 iba "con cierto retraso", insistiendo que éste era un problema que afecta ahora de forma generalizada a toda Europa

Ante esta situación la Junta de Castilla y León recurrió a cuatro vías para la provisión de material

- ✓ A partir del 10 de marzo canalizó sus demandas hacia el Ministerio
- ✓ El 14 de marzo se hace un llamamiento a toda la sociedad de Castilla y León para que de forma voluntaria pongan a disposición del sistema sanitario el material de protección de que se disponga y que no se necesite
- ✓ El día 14 de marzo se inician los contactos con empresas de la Comunidad para estudiar la posibilidad de la fabricación de mascarillas.
- ✓ Inicio de la compra de material en China

El primer avión con material, procedente de China, aterrizó en Zaragoza el 24 de marzo de 2020, con seis toneladas de material. Desde ese momento, comenzaron a llegar las diferentes compras de material realizadas por la Junta de Castilla y León, tanto en el extranjero como en territorio nacional.

4.5.3 Compra y distribución de EPIs para Centros Residenciales durante la desescalada y la nueva normalidad

La Gerencia de Servicios Sociales comenzó a autoabastecer a los centros propios a partir del 15 de junio, aunque las compras se comenzaron a realizar con anterioridad.

Para hacer frente a la crisis de la COVID19, la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades ha realizado cuatro declaraciones de emergencia para la adquisición de EPIS con destino a sus centros residenciales de personas mayores.

- ✓ Resolución de **6 de mayo de 2020** por la que se acuerda la adquisición por procedimiento de emergencia, de **protectores respiratorios (mascarillas) y guantes de protección**: 3.213.000 unidades de guantes de nitrilo. 240.000 unidades de mascarillas quirúrgicas y 300.000 unidades de mascarillas FFP 2). **Importe.- 1.506.015,00 €**
- ✓ Resolución, de **18 de junio de 2020**, por la que se declara de emergencia la adquisición de **protectores respiratorios (mascarillas) guantes y batas de protección**: 7.000.000 unidades de guantes de vinilo. 360.000 unidades de mascarillas quirúrgicas. 300.500 unidades de mascarillas ffp 2 y 124.000 unidades de batas de protección: **Importe.- 2.239.675,00 €**
- ✓ Resolución de **27 de julio de 2020**, por la que se declara de emergencia la adquisición de **guantes de nitrilo**: 5.000.000 unidades. **Importe.- 510.000,00 €**
- ✓ Resolución de 11 de septiembre de 2020, por la que se declara de emergencia la adquisición de protectores respiratorios (mascarillas quirúrgicas) con destino a los centros residenciales de atención a personas mayores y personas con discapacidad dependientes de este organismo autónomo, como consecuencia de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID19. **392.000 unidades. Importe.- 75.891,20 €**

A continuación se detallan los suministros adquiridos y su correspondiente reparto entre las Gerencias Territoriales las diferentes provincias en función de sus necesidades.

	BATAS	MASCARILLA QUIRÚGICA	MASCARILLA KN95 (FFP2)	GUANTES NITRILO	GUANTES VINILO
Ávila	5.925	20.000	68.043	176.520	385.000
Burgos	50.000	126.000	96.993	671.700	1.464.000

León	17.400	64.000	80.046	439.560	958.000
Palencia	5.925	54.000	24.000	103.800	226.000
Salamanca	4.650	74.000	35.832	219.540	478.000
Segovia	7.125	32.000	30.997	499.080	1.087.000
Soria	15.375	64.000	63.882	204.840	446.000
Valladolid	7.600	86.000	36.272	616.980	1.344.000
Zamora	10.000	80.000	164.435	280.980	612.000
TOTAL	124.000	600.000	600.500	8.213.000	7.000.000

Tabla 89 Suministros adquiridos repartidos a las Gerencias territoriales.

Además de estas adquisiciones por el procedimiento de emergencia, se han realizado numerosos contratos menores por los diversos centros de gestión dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales (Residencias, Gerencias Territoriales y Servicios Centrales).

La mayor parte son supuestos de pequeñas compras y cuya información pueden consultarse en la página web de la Junta de Castilla y León, concretamente en la sección de datos abiertos del sector público <https:// analisis.datosabiertos.jcyl.es/pages/contratos-emergencia/> y, también, en el perfil del contratante, donde se podrá obtener información del órgano que realiza la contratación, el procedimiento de adjudicación, el tipo de contrato, el presupuesto de adjudicación, la fecha de formalización, la identidad de adjudicatario y su NIF, así como el plazo de ejecución.

4.6 Gestión de recursos humanos.

Como ya se ha indicado anteriormente, uno de los aspectos que más colapsó el funcionamiento de las residencias fue el de la baja del personal de estos centros, tanto el sanitario, como el personal de atención directa a las personas mayores. Situaciones que se produjeron desde antes incluso de la Declaración del Estado de alarma, bien porque fueran contagiados o bien porque fueran contactos de contagios o de contactos de éstos.

Al no existir en un primer momento pruebas diagnósticas el personal quedaba en cuarentena en su domicilio, sin saber y tener certeza de hasta cuando duraba esa cuarentena, que en algunas situaciones y casos se extendió durante todo el estado de alarma.

La búsqueda de profesionales para las residencias para personas mayores fue dirigida, en todo momento, no solo a conseguir recursos humanos para los centros propios, sino a disponer de información de candidatos para poder poner a disposición de centros privados que lo necesitasen y facilitarles la labor.

Se presta a estos centros un servicio de orientación sobre la posibilidad de tramitación vía ECYL, de las contrataciones necesarias para la sustitución de personal en situación de baja laboral. De esta forma se ofrecen listados de personas demandantes de empleo que pudieran reunir requisitos para los puestos de trabajo necesarios.

- ✓ Contactar entidades que cuentan con servicios de ayuda a domicilio,
- ✓ con CEAS
- ✓ con colegios profesionales
- ✓ entidades del tercer sector
- ✓ facultades universitarias
- ✓ centros de formación
- ✓ publicidad de la oferta vía redes sociales, o cualquier otra vía que permitiese localizar trabajadores, dada la situación existente.

4.6.1 Gestión de recursos humanos en Centros de Titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales

4.6.1.1 Gestión de Bolsas de empleo

Así mismo, desde el momento inicial, en el mes de marzo, la Gerencia de Servicios adoptó una serie de criterios para facilitar la contratación de personal por parte de los centros residenciales de personas mayores: reducir los trámites en las autorizaciones de contratación, en los llamamientos de bolsa.

Cuando a través del sistema de bolsas y llamamientos a través del ECYL no se ha podido localizar un candidato se han utilizado todas las opciones posibles:

Los criterios se recogen en la Orden PRE/260/2020, de 15 de marzo, para la gestión de bolsas de empleo temporal de personal funcionario y laboral de la Administración de Castilla y León, durante el estado de alarma declarado por Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, establece que:

“Durante el estado de alarma, los órganos gestores de las bolsas de empleo temporal de Cuerpos, Escalas y Competencias funcionales incluidas en el ámbito de aplicación del Decreto 21/2018, de 26 de julio y demás normas previstas en su disposición transitoria, efectuarán los llamamientos precisos para atender sin dilación los servicios públicos precisados de incorporación de personal temporal, siguiendo el orden en el que figuren los interesados en la respectiva bolsa.

En aquellos supuestos en que no consten bolsas constituidas, así como cuando, constituidas éstas, resultaren insuficientes o agotadas, el llamamiento se efectuará a través del Servicio Público de Empleo de Castilla y León, y en defecto de candidatos, de forma directa, sin precisar la autorización previa de la comisión de seguimiento de bolsas, sin perjuicio de la puesta en conocimiento de los llamamientos efectuados una vez finalizados los mismo”.

Por consiguiente, para efectuar los llamamientos por los gestores de las bolsas se actuó de la siguiente manera:

- ✓ El llamamiento del candidato se realizará por el orden de prelación correspondiente mediante una llamada telefónica.
- ✓ Iniciada la llamada telefónica se esperan como máximo 10 tonos, si pasados los 10 tonos no se contactase, o saltase el contestador, o estuviera comunicando, se llamará al siguiente candidato, no suponiendo penalización.
- ✓ Si se contactase telefónicamente pero no aceptase el llamamiento, o lo condicionase se llamará al siguiente, no suponiendo penalización.
- ✓ Se formalizará la contratación con el candidato localizado y que acepte el llamamiento y que esté en disposición de iniciar la relación laboral en la fecha que se le indique.
- ✓ Se continuará con la lista para los siguientes llamamientos, pudiendo volverse a contactar una única vez conforme al procedimiento del punto 2. con aquellos que no han aceptado el llamamiento o no se ha contactado con ellos, hasta agotar la bolsa.
- ✓ Si no fuera posible la contratación por el sistema de bolsa por estar agotada, se realizara un llamamiento genérico al ECYL, según sistema habilitado al efecto por el ECYL, con carácter de urgencia. si en un período máximo de 24 horas no se ha recibido contestación acerca de la existencia o no de candidatos, se pasara al siguiente sistema.
- ✓ Se iniciará el llamamiento de los candidatos propuestos por el ECYL, siguiendo el mismo sistema del punto 2. **(19/03/2020):** Puede ir realizando el llamamiento el Ectl

o nosotros mismos. En la oferta que hagamos al EcyL se le solicitará varios candidatos al mismo tiempo para agilizar el trámite.

- ✓ En defecto de candidatos, o agotados los candidatos del remitidos por el ECYL, se acudiría a la contratación directa, contactando con colegios profesionales, sindicatos, centros de formación, universidades, u otros.

Ha de destacarse en este punto, la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos en el ámbito de los servicios sociales ante la situación de crisis ocasionada por el COVID19, adoptada a propuesta del Consejo Interterritorial del SAAD, permitió flexibilizar la contratación de personal.

En concreto su artículo 4º medidas excepcionales para la contratación o reincorporación de personal. En concreto señala que es de inmediata aplicación el Acuerdo de 20 de marzo de 2020 del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se modifican temporalmente los criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Se autoriza, según señala la Orden, previa valoración por la autoridad competente de la oportunidad de la medida y de la idoneidad del trabajador, a la contratación temporal, a jornada parcial o completa, de personal que se encuentre cursando el último año de los estudios requeridos para la prestación de los correspondientes servicios en los distintos ámbitos del sector de los Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y que, en consecuencia, no se halle en posesión del preceptivo título académico o de la habilitación profesional correspondiente.

El personal con dispensa absoluta de asistencia al puesto de trabajo por ejercicio de funciones sindicales podría reincorporarse de forma temporal y voluntaria para desempeñar sus funciones en atención a la situación generada por el COVID19. En esta situación de total de los 101 trabajadores sindicales de la Gerencia de Servicios Sociales se incorporaron 38. Otros 15 mostraron su disponibilidad a hacerlo, aunque sus funciones no eran compatibles con las necesidades existentes en ese momento.

4.6.1.2 Refuerzo con personal de la Administración

En estos centros, la gestión de los recursos humanos con motivo de la crisis sanitaria causada por la pandemia de coronavirus ha obligado a utilizar todas las fórmulas posibles para conseguir

disponer los recursos humanos necesarios para garantizar la protección de las personas residentes en los centros de personas mayores y personas con discapacidad y también en los centros de protección de menores. Se adoptan las medidas necesarias para el refuerzo en materia de personal para garantizar la adecuada atención del personal residente, entre ellas, en materia de servicios de limpieza, requerimiento a empleados públicos con competencias funcionales necesarias para prestar servicios en centros residenciales, movilidades geográficas, aumento de plantillas

	FUNCIONARIOS	LABORALES	TOTALES
TOTAL PERSONAL DE CENTROS GSS	192	3.465	3.657

Tabla 90

El número de contratos formalizados a 30 de junio asciende a 970, tanto por sustitución de IT, como cobertura de otras circunstancias, como refuerzos de plantilla, de los cuales son destacables, 71 enfermeros, 362 contratos de auxiliar de enfermería, 190 cuidadores técnicos de servicios asistenciales y 232 personal de servicios.

COMPETENCIA FUNCIONAL	NÚMERO
ALMACENERO	1
AUX. ENFERMERÍA	362
AYUDANTE DE COCINA	19
CUIDADOR TÉCNICO DE SERVICIOS ASISTENCIALES	190
EDUCADOR	28
EDUCADOR DE DISCAPACITADOS	8
ENCARG. MANTENIM	2
ENFERMERA	71
FISIOTERAPEUTA	3
MEDICO GENERAL	14
OF. 1ª MANTENIM.	4
ORDENANZA	2
P. SERVICIOS	232
RESP. NOCTURNO INTERN.	6
SUBALTERNO	8
SUBGOBERNANTE	1
TÉCNICO DE ATENCIÓN AL MENOR EN INSTITUCIONES	12
TERAPEUTA OCUPACIONAL	1
TÉCNICO SUPERIOR EN EDUCACIÓN INFANTIL	6
Total general	970

Tabla 91 Contratación personal (30/06/2020)

A pesar del importante número de contratos formalizados, la situación de pandemia creada por el COVID19 ha afectado de forma importante a las residencias de personas mayores y personas con discapacidad de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, y la falta de profesionales sanitarios, y la descapitalización de los centros en determinadas competencias funcionales, ha determinado la necesidad de buscar otras vías para disponer de personal de competencias funcionales esenciales y fundamentales para garantizar la salud de los usuarios de dichos centros.

Asignación de empleados públicos de otras Consejerías.

La Gerencia de Servicios Sociales solicitó a la Dirección General de Función Pública disponer de empleados públicos de la competencia funcional de médico, enfermero, ATE y Técnicos superiores en educación infantil (que hayan desempeñado la competencia funcional de auxiliar de enfermería y/o de cuidador técnico de servicios Asistenciales), habiéndose dictado Resolución de asignación de dicho personal a la Gerencia de Servicios Sociales.

Enfermero		13
Ayudante Técnico Educativo	Auxiliar Enfermería	57
	Cuidador Técnico Servicios Asistenciales	54
Técnico Jardín Infancia	Auxiliar Enfermería	6
	Cuidador Técnico Servicios Asistenciales	9

Tabla 92

Adscripciones temporales de personal de servicios generales.

A mayores del personal asistencial y sanitario, es necesario sustituir y reforzar trabajadores de los colectivos de personal de servicios y cocina, para lo que se ha contado en primer lugar con el personal de las Residencias Juveniles dependientes de la Consejería de Familia, y al ser insuficiente se ha acudido a otras consejerías como la Consejería de Agricultura y Ganadería, y la Consejería de Cultura.

	C.FAMILIA-JUVENTUD	C.AGRICULTURA	C. EDUCACIÓN
Personal de Servicios	28	2	5
Ayudante de cocina		2	
Cocinero	3	2	1
Personal Subalterno	9		
Encargado de Servicios Generales	1		

Tabla 93

Contratación alumnos último curso de Enfermería.

Ante la falta de estos profesionales se ha optado también por contratar alumnos del último curso de enfermería al amparo del artículo 4 de la Orden SND/295/2020.

Se han formalizado 9 contratos, 4 en la Residencia de personas mayores de Benavente y 5 en la Residencia Tres Arboles de Zamora.

Otras actuaciones

Otras actuaciones llevadas a cabo, han sido la encomienda de funciones a personal de la Gerencia de Servicios Sociales, para que realice funciones de seguimiento y apoyo a los centros residenciales privados, esta función ha recaído principalmente sobre personal Asistente Social, y también sobre profesionales de las unidades de valoración que permanecen cerradas, y cuentan con profesionales técnicos.

También, en ocasiones se ha encomendado a trabajadores de las Unidades de Valoración y de las Unidades de Estancias Diurnas, que se encuentran cerradas que apoyen en otros centros residenciales, tanto propios, como privados.

CENTROS GERENCIAS TERRITORIALES	FUNCIONARIOS	LABORALES	TOTALES
RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD	7	112	119
CENTRO DE PROTECCIÓN DE MENORES "FUENTE CLARA"	3	38	41
TOTAL ÁVILA	10	150	160
RESIDENCIA TERCERA EDAD BURGOS I	7	159	166
RESIDENCIA TERCERA EDAD FUENTES BLANCAS	5	142	147
RESIDENCIA MIXTA MIRANDA DE EBRO	6	151	157
C.A.M.P. FUENTES BLANCAS	6	151	157
CENTRO OCUPACIONAL EL CID	7	79	86
RESIDENCIA JUVENIL "GREGORIO SANTIAGO"	3	29	32
TOTAL BURGOS	34	711	745
RESIDENCIA TERCERA EDAD DE LEÓN	7	114	121
RESIDENCIA MIXTA DE PONFERRADA	6	160	161
RESIDENCIA JUVENIL "SUERO DE QUIÑONES"	3	29	32
CASA FAMILIAR EL ALBA SANTA MARÍA	0	18	18
TOTAL LEÓN	16	321	337
RESIDENCIA TERCERA EDAD PALENCIA	8	134	142
C.A.M.P. DE PALENCIA	5	145	150
TOTAL PALENCIA	13	279	292
RESIDENCIA TERCERA EDAD DE SALAMANCA	5	86	91
C.A.M.P. DE SALAMANCA	8	114	122
C.A.M.P. Y C.O. DE BÉJAR	7	110	117
HOGAR-CUNA LOS CHARROS	3	29	32
RESIDENCIA JUVENIL "MOLINOS DEL TORMES"	3	33	36
TOTAL SALAMANCA	26	372	398
RESIDENCIA ASISTIDA TERCERA EDAD DE SEGOVIA	10	240	250
RESIDENCIA TERCERA EDAD DE SEGOVIA	7	100	107
TOTAL SEGOVIA	17	340	357
RESIDENCIA MIXTA DE SORIA	6	165	171
C.A.M.P. Y C.O. "ÁNGEL DE LA GUARDA"	6	150	156
TOTAL SORIA	12	315	327
RESIDENCIA ASISTIDA TERCERA EDAD DE VALLADOLID	8	241	249
RESIDENCIA MIXTA PARQUESOL	5	124	129
RESIDENCIA JUVENIL "LA ALAMEDA"	0	10	10
C.A.M.P. DE VALLADOLID	4	156	160
RESIDENCIA JUVENIL JOSÉ MONTERO 2	3	36	39
TOTAL VALLADOLID	20	567	587
RESIDENCIA TERCERA EDAD DE ZAMORA	7	100	107
RESIDENCIA MIXTA BENAVENTE	6	135	141
CENTRO VIRGEN DEL YERMO	17	118	135
TOTAL ZAMORA	30	353	383
TOTAL PERSONAL SERVICIOS PERIFÉRICOS	178	3.408	3.586
CENTROS SERVICIOS CENTRALES	FUNCIONARIOS	LABORALES	TOTALES
CENTRO "ZAMBRANA"	11	57	68
CENTRO "LOS MANZANOS"	3	0	3
TOTAL PERSONAL SERVICIOS CENTRALES	14	57	71
TOTAL PERSONAL CENTROS	192	3465	3657

Tabla 94 Personal Centros Gerencia de Servicios Sociales

4.6.2 *Formación del personal Sociales*

A lo largo de esta crisis sanitaria, desde la Gerencia de Servicios Sociales, se han establecido actuaciones de formación a los trabajadores responsables de los centros residenciales, tanto públicos como privados.

El objetivo principal ha sido formar en los contenidos esenciales de prevención y control de la infección, así mismo dotar de competencias en la evaluación de riesgos y adecuación de los protocolos a cada centro e instruir en el uso y manejo de los Equipos de Protección Individual

- ✓ Los principales contenidos han sido:
- ✓ Actuaciones ante el virus: cuarentenas, aislamientos, evaluación del centro
- ✓ Zonificación de áreas, Zonas de aislamientos
- ✓ Gestión de residuos.
- ✓ Utilización de los EPIs
- ✓ Procedimiento de desinfección.
- ✓ Recomendaciones psicológicas a los residentes.
- ✓ Organización del personal.
- ✓ Coordinación con los servicios sanitarios.

La docencia ha sido proporcionada por la Gerencia de Servicios Sociales, Médicos sin Fronteras y Médicos del Mundo. Se adjunta anexo III con las actuaciones de formación efectuadas por provincias

Las acciones formativas más significativas han sido:

- ✓ Formación en el uso adecuado de EPIs, colocación y retirada. On-line. Formación permanente, desde el 20 de marzo, siempre que se necesite.
- ✓ I Jornadas de Formación para actuaciones en residencias de mayores. Del 19/06/2020 al 30/06/2020. Se han realizado 11 jornadas en las 9 capitales de provincia y en Ponferrada y Miranda de Ebro. Con un total de 364 asistentes. Presencial.

Provincia	Nº Alumnos
Ávila	33
Burgos	34
León	48
Palencia	47
Salamanca	34
Segovia	27
Soria	37
Valladolid	65
Zamora	39
TOTAL	364

Tabla 95. Número de alumnos por provincia

- ✓ II Jornadas de Formación para actuaciones en residencias de mayores. Del 07/09/2020 al 21/09/2020. Presencial.
- ✓ Curso de capacitación básica en entornos con riesgo biológico. Presencial en el recinto ferial de Valladolid. Del 05/05/2020 al 15/05/2020.
- ✓ COVID19 Aspectos generales del SARS-CoV-2. Quiron-Prevención. On-line. Formación permanente, siempre que se necesite.
- ✓ Cursos de formación específicos sobre COVID dirigidos al personal directivo de los centros residenciales de personas mayores. Presencial. Varias ediciones. Desde mayo.
- ✓ Charlas formativas sobre:
 - ✓ Protección y control frente Covid 19
 - ✓ Intervención y organización de espacios
 - ✓ Centros en periodos de crisis por epidemias
 - ✓ Residencias con grave afectación
 - ✓ Residencias poco o nada afectadas
- ✓ Presencial. Formación permanente, desde marzo.

4.6.3 Gratificaciones extraordinarias.

Se han abonado, de conformidad con lo establecido en la Orden de 29 de julio de 2020 de la Consejería de Familia e IO, gratificaciones extraordinarias a 4.800 trabajadores que han desarrollado su actividad en los centros residenciales de servicios sociales durante la pandemia, con un coste de más de 2,5M€.

El pago se realizó en la nómina del mes de agosto a los empleados que prestan sus servicios en la Gerencia de Servicios Sociales y en la de agosto o septiembre a aquellos pertenecientes a otras consejerías.

4.6.4 Voluntariado

Desde la declaración del Estado de alarma, muchas personas, a título particular, se pusieron en contacto con la Gerencia de Servicios Sociales para ofrecer su ayuda y colaboración en el ámbito. Sus datos eran remitidos a las respectivas Gerencias Territoriales de Servicios Sociales y ,según las necesidades, se les asignaban tareas de apoyo, entre ellas, diversas funciones de apoyo a los centros residenciales.

Se muestra en la siguiente tabla la relación a finales de mayo de voluntarios por provincia.

PROVINCIA	TOTALES
Ávila	26
Burgos	52
León	42
Palencia	14
Salamanca	71
Segovia	11
Soria	19
Valladolid	160
Zamora	28
TOTAL	423

Tabla 96. Voluntarios por provincia

4.7 Traslado de información a la autoridad sanitaria.

Desde el primer momento, fundamentalmente a través de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales en cada provincia, se ha suministrado información en función de la situación y circunstancias del momento y teniendo en cuenta las indicaciones recibidas por la autoridad sanitaria sobre cuestiones relativas a contactos para solicitar asistencia sanitaria, aplicación de pruebas diagnósticas a través de los Centros de Salud correspondientes y procedimiento para la atención sociosanitaria.

En función de la información recibida a través del sistema SAUSS, de los seguimientos realizados y demás coordinaciones por cualquier medio, presencial, telemático o telefónico, se da traslado a la autoridad sanitaria de toda la información recabada en aquello que es de su competencia.

4.8 Labores de desinfección de centros.

Las actuaciones de desinfección en las instalaciones de los centros residencias de personas mayores, se están gestionando desde las Delegaciones Territoriales de la Junta de Castilla y León, contando con la colaboración de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales en la recepción de peticiones de desinfección de centros para su derivación a las Delegaciones Territoriales y contacto con los diferentes organismos que realizan dicha desinfección (UME, Unidades del Ejército, Bomberos...)

Además algunos centros residenciales realizaron desinfecciones a través de empresas particulares contratadas por ellas mismas.

La desinfección de los centros se centró en un primer momento en la zona exterior del centro y más tarde se procedió a la desinfección del interior.

Han participado en estas labores medios y personal los Ayuntamientos, Diputaciones Provinciales, fundamentalmente con los servicios de prevención y extinción de incendios, agrupaciones y asociaciones de voluntarios de protección civil, Medios de extinción de incendios Forestales, Servicio Territoriales de Fomento y por supuesto la Unidad de Militar de Emergencias y en algunos puntos, como en Segovia, han participado en tareas de desinfección el ejército terrestre de la academia de artillería.

Se adjunta como anexo III los listados provinciales de las desinfecciones realizadas en centros residenciales.

	RESIDENCIAS DE MAYORES
Ávila	58
Burgos	79
León	68
Palencia	29
Salamanca	89
Segovia	89
Soria	70
Valladolid	44
Zamora	91
TOTAL	617

Tabla 97

4.9 Reubicación y traslado de residentes a otros centros residenciales y a recursos intermedios por parte de la gerencia de Servicios Sociales.-

El marco de actuación de los centros residenciales con los casos de personas mayores residentes positivas de COVID19 fue el establecido por el Ministerio de Sanidad en la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo. Esta Orden, dictada al amparo de del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, de declaración del estado de alarma, tenía por objeto la adopción de medidas organizativas y de coordinación orientadas a reducir el riesgo de contagio así como a tratar de la forma más adecuada a las personas que sufrían esta enfermedad, con el objetivo de proteger a la población más vulnerable de la infección por COVID19.

En base a la referida Orden y en la Guía de prevención y control frente al COVID19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial, del propio Ministerio de Sanidad, las personas mayores con COVID19 permanecían en los centros residenciales, siempre que no fuera necesaria su hospitalización, clasificados en cuatro categorías:

- ✓ Residentes sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID19.
- ✓ Residentes sin síntomas, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID19.
- ✓ Residentes con síntomas compatibles con el COVID19.
- ✓ Casos confirmados de COVID19

Sin embargo, la realidad de los centros residenciales de personas mayores de la Comunidad, bien fuera por su tamaño, diseño arquitectónico o grado de ocupación, no siempre permitía realizar adecuadamente esta sectorialización y separación de residentes que preveía la normativa estatal.

Por ello surgió la necesidad de crear recursos intermedios para poder facilitar la continuidad de atención de dichos centros una vez que la mayoría de sus residentes y buena parte de sus trabajadores se veían contagiados por COVID19 y, en otros casos, para salvaguardar la integridad física de los residentes que no estaban infectados cuando no se podía garantizar una adecuada separación de éstos con el resto de residentes positivos.

En una situación similar se encontraban aquellas personas vulnerables que vivían en sus domicilios y contraían la enfermedad y que, no requiriendo de atención hospitalaria, no podían continuar en sus domicilios por ausencia de apoyo social o familiar (casos de prioridad social) o aquellas personas que continuaban siendo positivas a la enfermedad tras el alta hospitalaria y que no encuentran un centro residencial viable que esté dispuesto a atenderlos y no pueden permanecer en su vivienda habitual.

Para todas estas situaciones se adoptaron dos tipos de medidas:

- ✓ La reubicación y traslado de residentes a otros centros residenciales, públicos o privados.
- ✓ La creación de recursos intermedios (Arcas de Noé).

En relación a la primera de las medidas, la **reubicación y traslado de residentes a otros centros residenciales, públicos o privados**, estas actuaciones se adoptaban por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad, previo informe favorable de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de la correspondiente provincia y a propuesta del Gerente de Servicios Sociales de Castilla y León, justificada en el adecuado aislamiento y protección de cohortes de los residentes del centro en base a lo establecido en la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, así como cuando resultara necesario para sostener la continuidad de los servicios por carecer de recursos humanos suficientes.

Estas medidas se han adoptado durante la primera oleada de la pandemia, antes de la finalización del estado de alarma, y fueron las siguientes:

- ✓ Residencia “El Castillo”-Traslado de seis personas con prueba PCR negativa de COVID19 de la residencia de personas mayores “El Castillo” de Cabezón de Pisuerga (Valladolid) a la residencia de mayores Vitalia Home de Cervera de Pisuerga (Palencia).
- ✓ Residencia “San Ramón y San Luis”- Traslado de nueve personas con prueba PCR negativa de COVID19 de la residencia de personas mayores “San Ramón y San Luis” de Mojados (Valladolid) al centro residencial “Fuenteolivo” de Valladolid.
- ✓ Residencia “Domus VI Celada”- Traslado de dos personas residentes negativos de COVID19 desde el centro residencial “Domus VI Celada”, de Celada del Camino (Burgos), al Centro Residencial del mismo grupo empresarial, “Domus VI Rio Vena”, en Burgos.
- ✓ Hogar residencial “El Racimo”- Traslado de ocho personas con prueba PCR negativa de COVID19 del Hogar Residencial “El Racimo”, ubicado en la localidad de Villalmanzo (Burgos) a la Residencia de Personas Mayores “Fuentes Blancas” en Burgos, de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.
- ✓ Vivienda Tutelada de Tercera Edad “Época Burgos”- Traslado y reubicación parcial de dos personas residentes con PCR negativa.

La segunda de las medidas, fue la habilitación de recursos intermedios por parte de la gerencia de Servicios Sociales. Se trata de dispositivos de atención temporal a personas con un diagnóstico de COVID positivo confirmado, estables desde el punto de vista clínico, pero que no pueden valerse por sí mismas y que por este motivo no pueden regresar a su domicilio habitual al alta hospitalaria y que no encuentran un centro residencial viable que esté dispuesto a atenderlos o bien que no pueden permanecer en su vivienda por falta de apoyos suficientes. También para los supuestos de personas usuarias de centros residenciales que tras el alta hospitalaria no podían regresar a su centro de origen por la situación de emergencia del centro o por no poder garantizar las condiciones exigidas de aislamiento.

Durante el estado de alarma han existido los siguientes dispositivos Arca de Noé, con 29 plazas ubicados en:

- ✓ Centro Residencial San Luis de Palencia, con 21 plazas.
- ✓ Vivienda Ávila-1, con 8 plazas.

Estos centros han atendido a 58 personas vulnerables positivas de COVID19.

Por otra parte, esta dotación de centros intermedios se completó con la cesión por parte del IMSERSO, de dos centros de referencia nacional ubicados en Castilla y León:

- ✓ El Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias de Burgos (CREER).
- ✓ Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca (CREA).

Estos centros de referencia estatal fueron cedidos por resoluciones del Director General del IMSERSO de 8 de abril, en las que no sólo se ponían a disposición de la Comunidad Autónoma las instalaciones de ambos centros, sino también se autorizaba la puesta a disposición de los empleados públicos de ambos centros. La finalidad de esta cesión era albergar usuarios de otros centros residenciales cuando la atención en éstas se viera comprometida por elevado casos positivos entre usuarios y profesionales.

Tras esta cesión, en el marco de la intervención de los centros residenciales “Tomás y Mateos” y “Santa Inés” en la Fuente de San Esteban (Salamanca, acordada por Resolución de la Dirección general de Salud Pública, de 24 de abril, se trasladaron 8 residentes positivos (4 de cada una de las residencias) al CREA de Salamanca.

Por lo que se refiere al CREER no se realizó ningún traslado al mismo ya que no hubo necesidades de reubicación de residentes que pudieran asumirse por centro, dado el escaso personal del que disponía el mismo.

4.10 Atención a las familias y traslado a domicilio

A lo largo de este periodo se ha atendido a las familias de personas residentes en los recursos residenciales de la Gerencia de Servicios Sociales, telefónicamente y mediante la contestación a los escritos, quejas o sugerencias presentadas.

En relación con **los centros residenciales en los que se ha intervenido** asumiendo funciones de dirección y/ o apoyo, la intervención de apoyo telefónico a familiares de Centros Residenciales, está destinada **a proporcionar apoyo e información a las familias** que están sufriendo una situación excepcional, y en muchos casos crítica, durante el estado de alarma. Por ello se han articulado dos tipos de llamadas:

- ✓ Ante fallecimientos: para transmitir un mensaje de condolencia y apoyo, facilitando este proceso atípico de duelo, mediante la escucha, motivando la expresión de sentimientos y emociones; se sugieren distintas tareas o rituales que pueden ayudar en el proceso de integración de la pérdida.
- ✓ Ante situaciones de agravamiento de la salud o de cambios sustanciales por la incidencia de COVID19 en el Centro Residencial: proporcionar información veraz y realista de la situación así como del estado de su familiar. Mostrando escucha activa de sus emociones y sentimientos, transmitiendo apoyo, asegurando la disponibilidad para la atención, información y ayuda en lo que puedan necesitar.

Finalmente, en línea con el Plan de desescalada interna en las residencias, se ha difundido el Documento Técnico de Comunicación e Información a las Familias en Centros Residenciales durante la crisis sanitaria por COVID19 que recoge pautas de referencia para analizar y plantear las actuaciones que las residencias deben realizar en la información y comunicación con las familias así como en la aplicación de medidas de humanización en la fase final del ciclo de vida de la persona residente.

Así como, orientar y recoger aquellas cuestiones relevantes que deben ser consideradas por los centros para dar respuesta a la difícil tarea que conlleva compaginar todas estas medidas de prevención con la protección de datos y la propia libertad de la persona a mantener el contacto con sus familiares y personas allegadas.

4.10.1 Traslado a domicilios de familiares:

Por Resolución de 1 de abril de 2020, ampliada con fecha 2 de abril de 2020, de la Directora General de Salud Pública se autoriza que las personas residentes asintomáticas de centros residenciales de personas mayores y de personas con discapacidad, puedan ser recogidas por sus familiares para llevárselos a sus domicilios particulares, previa solicitud o consentimiento de las mismas, así como acreditación por parte del personal médico de la Residencia o en su caso del personal médico de SACYL que, en el día y hora de su salida del Centro, se encuentran asintomáticas.

En cumplimiento de dicha Resolución, se ha posibilitado el traslado de personas residentes de residencias de personas mayores y de personas con discapacidad asintomáticas a domicilios de familiares, cumpliendo con los requisitos establecidos en la misma.

4.11 Actuaciones Sanitarias

4.11.1 . Actuaciones por parte de la Consejería de Sanidad

El 11 de marzo la Organización Mundial de la Salud (OMS) elevó la situación de Emergencia de Salud Pública ocasionada por la COVID19 a Pandemia Internacional.

En la Gerencia Regional de Salud se venía trabajando, desde unas semanas antes, de cara a dar respuesta al previsible incremento, tanto en el número como en la complejidad de la demanda asistencial y se dispuso un **Plan de Respuesta Asistencial**, como el instrumento eficaz para hacer frente a la situación de riesgo colectivo que llegaba.

Sobre la atención a la población en Residencias de Carácter Social, podemos señalar que, desde principios del mes de marzo se intensificó el trabajo coordinado con la Consejería de Familia y la Gerencia Regional de Servicios Sociales para la atención de esta población, derivando entre otras, las siguientes **actuaciones y medidas**:

Inicialmente, se establecieron unas **Recomendaciones generales en relación a la pandemia por coronavirus**. En ellas se intentó reducir el contagio, suprimiendo las visitas y se aconsejó el aislamiento a los residentes con sintomatología respiratoria. También se incluían, **las medidas esenciales de protección de los trabajadores**.

En este mismo sentido y en consonancia con la Orden 265/2020, de 19 de marzo del Ministerio de Sanidad se difundió una **Guía de Pautas de actuación ante la pandemia COVID19 para residencias de mayores y centros sociosanitarios**. Lo más relevante la obligación que marca a los centros de disponer de **planes de contingencia adaptados a las características de cada centro** y dirigidos a la prevención y a la respuesta ante la eventual aparición de casos y brotes de COVID19. **Si se detecta un caso positivo se deberá designar en el centro un área diferenciada para residentes con infección y otra para residentes sin infección**. Se recogen **medidas generales** dirigidas a la **protección de la salud de residentes y de los trabajadores**. Se recogen detalladamente las medidas de desinfección, limpieza y la gestión de residuos. Incluye **además medidas de humanización y recomendaciones sobre los fallecimientos en las residencias**.

Se elaboraron varios documentos firmados por el Gerente Regional de Salud y de Servicios Sociales **para contener el impacto de la crisis COVID en las residencias de carácter social**, así como para la reubicación temporal de personas dependientes tras ingreso en el hospital.

En el primero de ellos, de fecha 20 de marzo, de medidas generales para contener el impacto se incluyen: las relativas al aislamiento de pacientes infectados, la necesidad de prueba negativa para los enfermos infectados con COVID19 que regresen a la residencia tras su ingreso en el hospital y el uso de material de protección por los profesionales de las mismas.

Además, recoge la organización de la asistencia sanitaria y la creación de equipos asistenciales multidisciplinarios y de los profesionales de referencia en el Área de Salud, tanto por parte de la GSS como de la GRS, para el seguimiento diario de la situación, en cada una de las residencias del Área de Salud.

En los documentos posteriores, fechados el 6 y 16 de abril, se diseña un procedimiento para la reubicación temporal de las personas dependientes que ingresan en el hospital con infección por COVID19 y otras situaciones de prioridad social, así como el procedimiento para la atención temporal de personas dependientes en domicilio en situación de prioridad social.

Entre las medidas para la atención de las residencias y centros sociosanitarios destacan las siguientes:

- ✓ Se han designado en cada Área de Salud a dos personas responsables para el seguimiento de la atención en las Residencias de personas mayores y centros de discapacidad, encargadas de adoptar las medidas necesarias, en cada momento, y garantizar la atención sanitaria y prestación de cuidados personales, el suministro de farmacia y el suministro de material de protección. Un responsable designado por el Gerente de Atención Primaria o Gerente Asistencial del Área de Salud y la otra por el Gerente Territorial de Servicios Sociales
- ✓ Cada residencia y centro socio sanitario ha designado un profesional interlocutor de la atención sociosanitaria, tanto en lo referente a las solicitudes de servicios sanitarios como de material y es el encargado de mantener al día la información relativa a su centro.
- ✓ En cada Equipo de Atención Primaria hay, al menos, dos profesionales (médico y enfermera) además del trabajador social responsables del seguimiento de la situación en las Residencias de su Zona Básica de Salud
- ✓ En todas las Áreas de Salud se ha constituido un equipo multidisciplinar (COVID-Residencias), al que se le dotó de un teléfono para prestar apoyo a los Equipos de Atención Primaria y a los profesionales sanitarios de las Residencias de personas

mayores y de personas con discapacidad. También para la atención sanitaria directa en las Residencias, cuando fuera preciso.

Desde Sacyl se ha tratado de garantizar la atención, el asesoramiento y el seguimiento telefónico a todas ellas, con una periodicidad adecuada a las circunstancias individuales.

AVILA	Compuesto por profesionales de AP con apoyo Hospitalario
BURGOS	En la actualidad su actividad consiste en reuniones /15 días. Composición: 1 Especialista en medicina interna, 1 médico de hospitalización a domicilio, directora enfermería, director médico, trabajadora social
EL BIERZO	Compuesto por 1 especialista medicina preventiva, 9 enfermeras
LEON	Compuesto en cada zbs por 1 médico de familia, 1 enfermera y 1 trabajadora social. Desde el Área apoyaban a estos equipos 2 unidades móviles con 1 médico de paliativos y 1 enfermera cada una. Además contaban con 1 médico y 1 enfermera de emergencias de apoyo al Área. Para el apoyo de la implantación de las medidas preventivas en las residencias han contado también con 5 enfermeras y 1 fisioterapeuta. En la actualidad sólo funcionan los equipos de las zbs y el resto de profesionales están de apoyo.
PALENCIA	Está funcionando y están cambiando de composición. Está compuesto por médicos y enfermeras de AP de la Gerencia, enfermeras contratadas, personal de paliativos y un geriatra
SALAMANCA	Composición: 1 geriatra, 1 internista, 3m familia, 1 preventivista, auxiliar administrativo, enfermeras para test
SEGOVIA	Composición: 2 médicos de cuidados paliativos, 2 especialistas de medicina interna, 1 médico de familia de cada zona básica de salud y los 16 médicos coordinadores de los equipos de AP
SORIA	Está compuesto por 2 enfermeras, 1 médico de familia, dos médicos residentes de familia y en su momento más crítico de la pandemia se contó con la colaboración del SAMUR
VALLADOLID E	Compuesto por: 1 geriatra, 1 médico de cuidados paliativos, 1 especialista en medicina interna, 2 médicos de urgencias, 6 especialistas de familia, 6 enfermeras, 4 mir y 2 cir.
VALLADOLID O	Composición en el origen: 1 directora médica, 8 médicos de familia, 2 med preventiva, 3 residentes de familia, 1 medico med interna, 1 médico endocrino, 2 oncólogos, 1 médico alergología y 1 enfermera. Este equipo recibía el apoyo en cada ZBS de médicos y enfermeras.
ZAMORA	Composición: 2 especialistas en medicina interna, 2 médicos residentes de familia y un médico de cuidados paliativos.

Tabla 98 Composición equipos COVID residencias por áreas

La atención presencial igualmente ha sido heterogénea, adaptándose a la situación de cada momento, prestando atención diaria en las residencias en situación crítica, así como apoyos puntuales para aquellas que precisaban soporte temporal.

En la atención se han tenido en cuenta las guías emitidas por las Sociedades Científicas, así como los dictámenes de las Comisiones de Bioética de Castilla y León.

Con fecha, a 20 de Marzo de 2020 y dada la situación asistencial en que nos encontrábamos, el Director General de Planificación y Asistencia Sanitaria remitió una serie de medidas a las empresas que proporcionan el servicio de Terapias Respiratorias Domiciliarias para pacientes crónicos, de forma que se permitiera la prescripción de oxigenoterapia continua domiciliaria en centros residenciales y centros sociosanitarios, de carácter público o privado, indicado por un profesional médico (aunque no fuera un prescriptor de SACYL autorizado). También se solicitó posponer toda la actividad programada para centrar en las necesidades sanitarias más apremiantes, entre las que los pacientes de las residencias eran parte primordial.

Esto permitió subsanar una parte de las deficiencias creadas en torno a la necesidad de inmediatez en la prescripción de tratamientos con oxígeno en el entorno residencial.

Se adjunta el número de altas de pacientes atendidos en Residencias durante los tres meses de marzo a junio:

MARZO-JUNIO (3 meses)	Nº ALTAS DE PACIENTES EN RESIDENCIAS
ÁVILA	203
BURGOS	340
LEÓN	190
H.BIERZO	24
PALENCIA	67
SALAMANCA	365
SEGOVIA	404
SORIA	254
VALLADOLID	280
ZAMORA	169
TOTAL	2.296

Tabla 99 Altas de pacientes atendidos en residencias

Con fecha 28 de agosto, desde esta DG se remitieron instrucciones concretas a los hospitales para la formalización de contratos de servicio durante cuatro meses, para garantizar la Oxigenoterapia **para pacientes con patología respiratoria aguda/subaguda en centros residencias y centros sociosanitarios** en respuesta a la situación COVID 19.

PROVINCIA	Nº ESTIMADO PACIENTES EN RESIDENCIAS NUEVO EXPEDIENTE
ÁVILA	264
BURGOS	680
LEÓN	247
H.BIERZO	31
PALENCIA	90
SALAMANCA	730
SEGOVIA	525
SORIA	508
VALLADOLID	364
ZAMORA	338
TOTAL	3.777

Tabla 100 Nº estimado pacientes en residencias

En relación a la realización de los test diagnósticos, señalar el carácter prioritario con el que se ha tratado a esta población, así como a los profesionales que prestan servicios en las mismas.

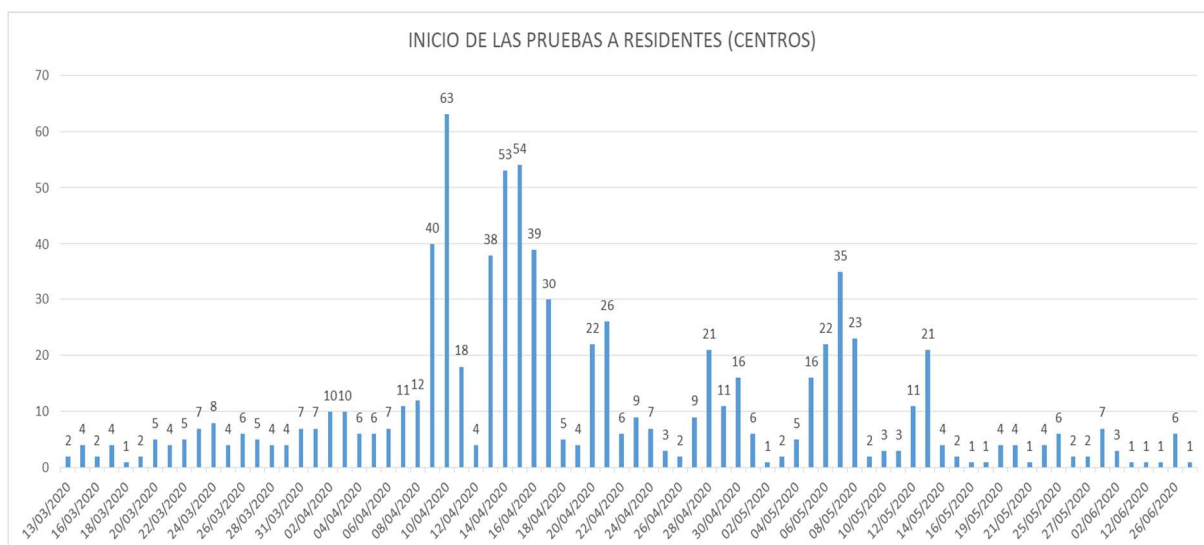


Gráfico 45 Inicio de las pruebas a residentes

Hemos sido una Comunidad pionera en el cribado de residencias de ancianos. A fecha 28 de mayo estaban ya testadas el 99% de residencias, el 99% de residentes y el 95% de trabajadores de las residencias.

MESES	Nº PCR EN RESIDENTES			
	PCR -	PCR +	% PCR -	% PCR +
ABRIL	1.430	193	88%	12%
MAYO	3.697	413	90%	10%
JUNIO	3.828	436	90%	10%
JULIO	2.439	69	97%	3%
AGOSTO	3.962	248	94%	6%
SEPTIEMBRE	3.084	489	86%	14%
Total general	18.440	1848	91%	9%

Tabla 101 Número de PCR realizadas en centros residenciales de personas mayores

PROVINCIA S	Nº Residencia s	Residente s actuales	Nº Residencia s con Test	Nº Residente s con Test	Nº Trabajadore s con test	%Test Trabaja dores	% Reside ncias con Test	%Residente s con Test
AVILA	79	3.430	79	3.430	1.363	95%	100%	100%
BURGOS	162	6.361	161	6.359	1.374	98%	99%	100%
LEON	168	6.926	167	6.717	1.293	92%	99%	97%
PALENCIA	107	4.113	107	4.112	1.408	96%	100%	100%
SALAMANC A	148	6.242	148	6.238	2.090	98%	100%	100%
SEGOVIA	50	2.366	50	2.366	242	99%	100%	100%
SORIA	43	2.164	43	2.163	519	96%	100%	100%
VALLADOLI D	177	6.796	171	6.699	2.335	90%	97%	99%
ZAMORA	90	4.197	89	4.166	763	99%	99%	99%
Total	1.024	42.595	1.015	42.250	11.387	95%	99%	99%

Tabla 102 Test a residentes y trabajadores a 28 de mayo de 2020 en centros residenciales de personas mayores y personas con discapacidad

A finales del mes de julio se mandaron instrucciones para hacer estudio serológico de diagnóstico rápido en residencias y centros Sociosanitarios, así como instrucciones para la realización de PCR a residentes y trabajadores.

- ✓ Se ha realizado cribado a todos los usuarios de residencias y centros sociosanitarios para el diagnóstico precoz de posibles casos.
- ✓ En cuanto a la realización de las pruebas a los trabajadores de estos centros, se realizan en tres supuestos:
 - ✓ Cuando el resultado del cribado es IgM positiva e IgG negativa.
 - ✓ En el personal de nueva incorporación que no haya pasado la infección COVID 19.
 - ✓ Cuando se haya estado ausente al menos 15 días (vacaciones, etc.) y no se tenga constancia de haber pasado previamente la infección COVID 19.

	Residencias cribadas	Centros con cribado a trabajadores
AVILA	100%	100%
BURGOS	71%	71%
LEON	100%	100%
BIERZO	93,75%	100%
PALENCIA	100%	100%
SALAMANCA	97,46%	96,39%
SEGOVIA	67%	59%
SORIA	100%	100%
VALLADOLID E	98,7%	64,65
VALLADOLID O	100%	100%
ZAMORA	100%	100%
Total	93,45%	90,09%

Tabla 103 Test a residentes y trabajadores a 15 de septiembre de 2020

Está previsto que el resto de centros finalizará durante el mes de septiembre.

El 24 de agosto se enviaron criterios para el cribado de trabajadores de nueva incorporación o ausencia prolongada.

Además de lo ya señalado, se adoptaron una serie de medidas encaminadas a facilitar a la población la accesibilidad a la prestación farmacéutica:

Así, en aquellos productos farmacéuticos no dispensables a través de oficina de farmacia, las residencias que lo han precisado, para algunos de sus pacientes, han podido solicitarlos a los Servicios de Farmacia de Atención Primaria o al Servicio de Farmacia Hospitalaria de su Área de Salud.

También se han dispuesto los denominados “Recursos intermedios”, como dispositivos destinados a personas COVID positivas que, por diferentes circunstancias, no puedan hacer el aislamiento o permanecer en sus domicilios o residencias de personas mayores en tanto se negativice la prueba diagnóstica.

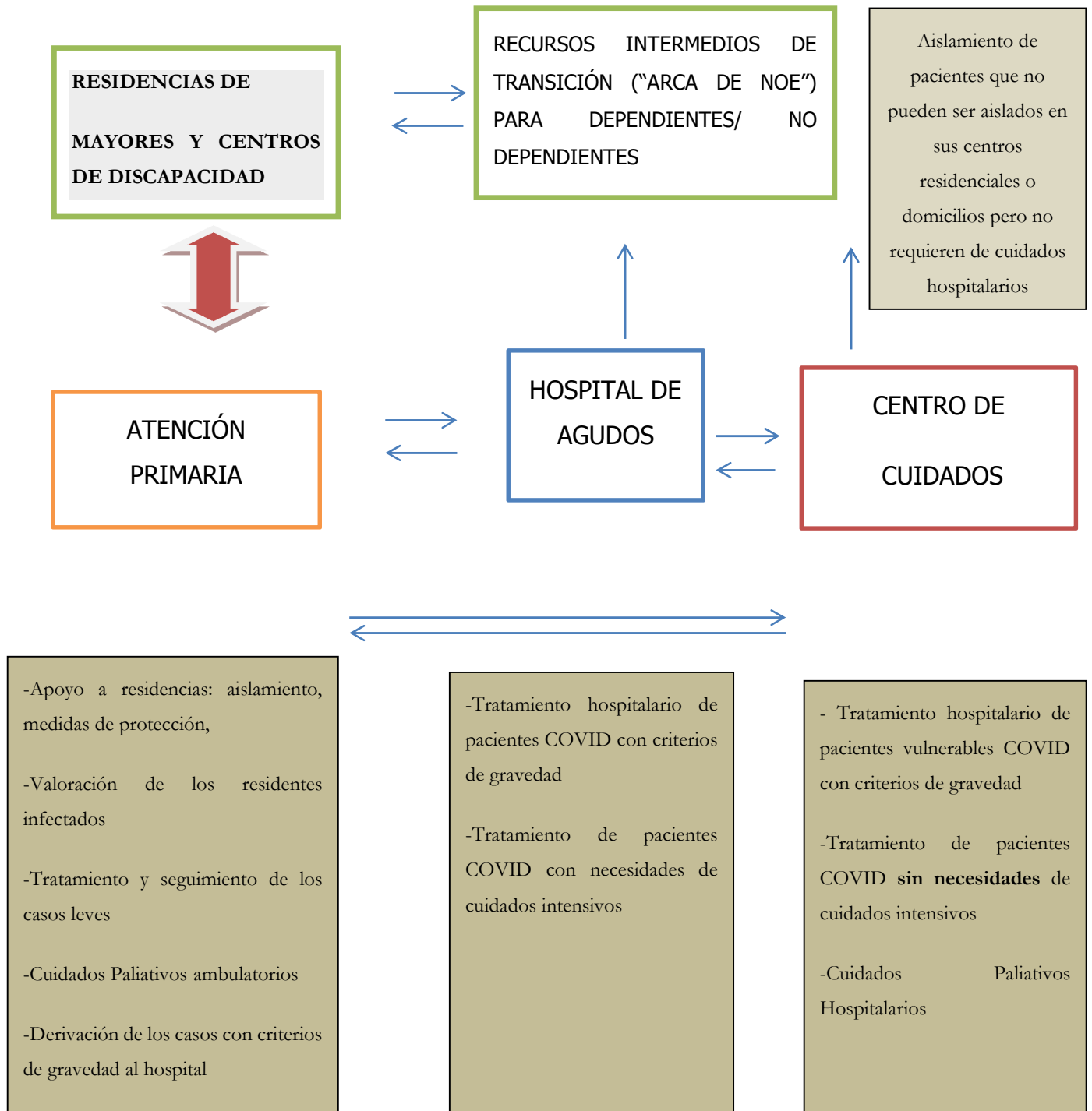
- ✓ Recurso intermedio de hospitalización (medicalizado) destinado a personas COVID positivas que requieren cuidados sanitarios complejos que no se pueden proporcionar en el domicilio o en las residencias. Este tipo de recurso requiere personal sanitario 24 horas al día y disponibilidad de tomas de oxígeno a pared. En la actualidad las camas disponibles en este recurso son las siguientes:

✓

ÁREA	LUGAR	CAMAS
Ávila	Hospital	40 (ampliables)
Burgos	Hospital Divino Valles	40 ampliables a 130
León	Monte de San Isidro	250
El Bierzo	Hospital	12
Palencia	Hospital	
Salamanca	Los Montalvos	40 ampliables a 120
Segovia	Hospital	
Soria	Hospital Virgen del Mirón	21
Valladolid Este	Edificio Rondilla	48 ampliables a 184 (en breve plazo)
Valladolid Oeste	Edificio Rondilla	
Zamora	Hospital	

Tabla 104 Recurso intermedio de hospitalización para personas dependientes

MODELO DE ATENCIÓN EN RED A PACIENTES DE CENTROS RESIDENCIALES COVID EN EL ÁREA DE SALUD



4.11.2 Actuaciones por parte del SAMUR.

Durante la pandemia los sanitarios madrileños del SAMUR-Protección Civil han colaborado en la lucha contra el coronavirus interviniendo en centros residenciales de personas mayores de Soria y Segovia. Estos efectivos ayudaron y asesoraron en los centros sobre las medidas necesarias a adoptar para evitar los contagios de los residentes. Durante su estancia, también asesoraron a los trabajadores de las residencias sobre los métodos y las medidas de seguridad para combatir el coronavirus.

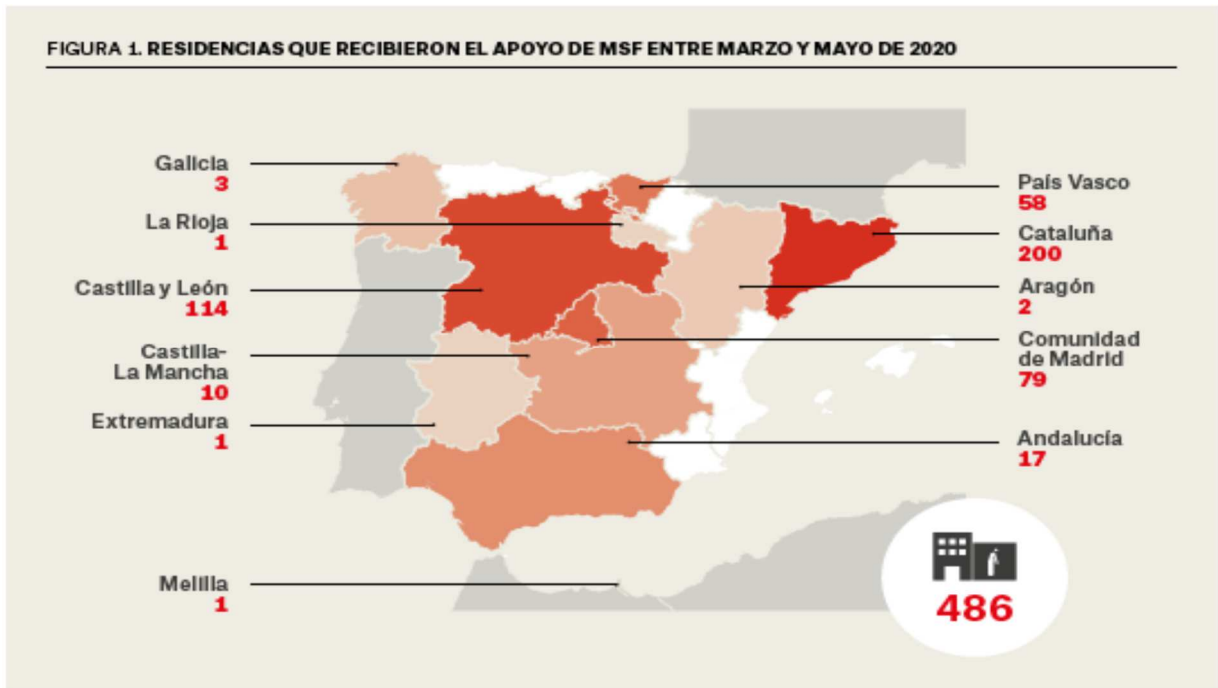
4.11.3 Actuaciones por parte de MEDICOS SIN FRONTERAS

El 19 de marzo, Médicos Sin Fronteras (MSF) inició el trabajo de apoyo a residencias con equipos presenciales formados por personal sanitario y logístico. El 4 de abril realizó las primeras visitas a las residencias en Castilla y León.

Esta organización no contaba con experiencia ante este nuevo virus, pero si acumulaba la experiencia de 50 años de trabajo en epidemias con estrategias innovadoras y de urgencias lo que permitió solventar los retos que esta pandemia supuso para la organización en su trabajo en España.

MSF ²⁶ dio apoyo al personal de 114 residencias en Castilla y León, estableciendo ámbitos de separación de pacientes por cohortes; diseño de materiales, circuitos y protocolos para la sectorización adaptados a la situación; sensibilización y capacitación sobre protección y control de infecciones; uso de equipos de protección individual (EPI) adaptados a las necesidades; formación, planes de contingencia y evaluaciones de estructuras; y con donaciones de EPI cuando fue necesario.

²⁶ Publicación MSF: Agosto 2020



Fuente Médicos Sin Fronteras.



Fuente Médicos Sin Fronteras.

4.12 Actuaciones de Comprobación y Control

Desde el inicio de la pandemia las distintas Gerencias Territoriales establecieron un seguimiento telefónico de todos los centros residenciales, tal como se ha indicado anteriormente.

Además y en función de lo indicado en el artículo 67 y 68 de la Ley de Servicios Sociales de Castilla y León, inspectores y demás personal técnico han llevado a cabo durante la pandemia actuaciones de comprobación y control en los propios centros residenciales.

El art. 68 establece que además del personal inspector, el personal técnico de las administraciones públicas de Castilla y León competentes en materia de servicios sociales **colaborará con la inspección** mediante la realización de comprobaciones periódicas sobre las condiciones de funcionamiento de las entidades, servicios y centros del sistema de servicios sociales, así como sobre la adecuación a la ley y sus normas de desarrollo de las prestaciones que reciban las personas usuarias de su ámbito territorial, dando traslado al personal inspector del resultado de las mismas

En aplicación de esta norma, los técnicos de las distintas Gerencias Territoriales e inspectores, bien de forma individual o acompañados por los Equipos COVID-residencias (en 74 de las visitas realizadas), Médicos sin Frontera o la UME, han visitado durante el periodo de 15 de marzo a 15 de septiembre 501 centros residenciales y realizado 828 informes de comprobación y control, con la siguiente distribución por provincias:

PROVINCIA	Número de Residencias supervisadas	de Informes de Comprobación realizados
Ávila	48	158
Burgos	88	162
León	45	63
Palencia	56	81
Salamanca	78	113
Segovia	34	50
Soria	32	33
Valladolid	92	118
Zamora	28	52
CYL	501	828

Tabla 105 Número de Actuaciones de comprobación y control realizadas

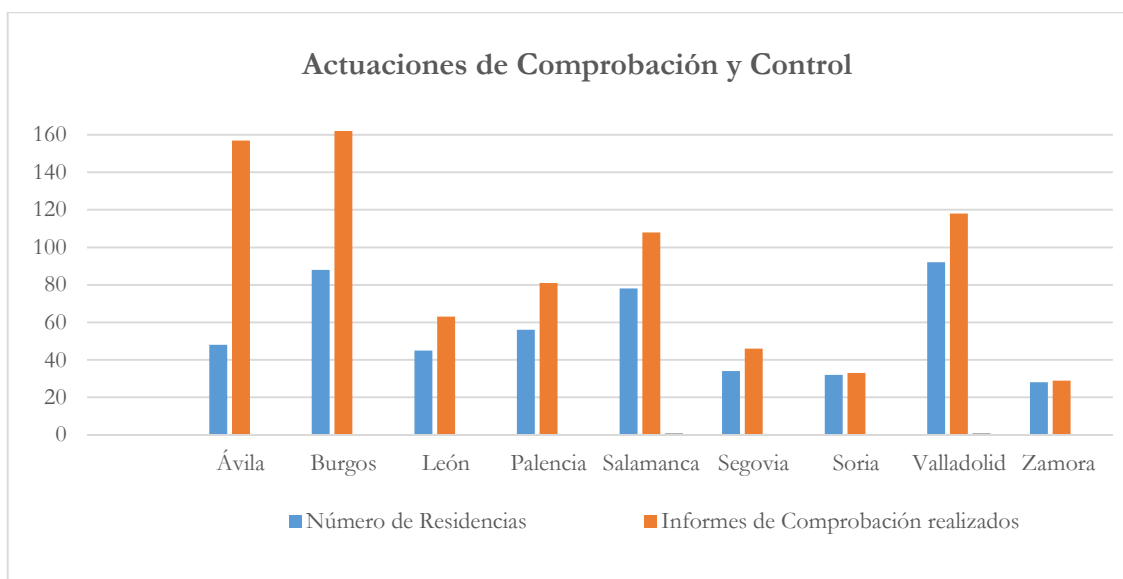


Gráfico 45 Actuaciones de Comprobación y Control

La siguiente tabla refleja las visitas realizadas con personal de la gerencia de atención primaria, de médicos sin frontera o con la UME, SAMUR o Ejército de Tierra.

ACTUACIONES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL	NÚMERO DE VISITAS
CONJUNTAMENTE CON LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA	153
CONJUNTAMENTE CON MÉDICOS SIN FRONTERAS	79
CONJUNTAMENTE CON UNIDAD MILITAR DE EMERGENCIA, SAMUR, EJERCITO DE TIERRA	60

Tabla 106 Visitas realizadas

Se adjunta anexo III en el que se recoge por cada una de las provincias las visitas realizadas a los centros de personas mayores distinguiendo cuatro boques en función del personal que realiza las mismas. Señalar que un mismo centro ha podido ser visitado en varias ocasiones.

4.13 Procedimientos sancionadores incoados en los centros

Durante la duración del estado de alarma, el Real Decreto 463/2020 impedía incoar procedimientos sancionadores, por lo que solamente a partir del 1 de junio se pudieron incoar procedimientos sancionadores.

De las actuaciones de comprobación y control anteriormente indicadas, durante el periodo del 1 de junio al 15 de septiembre se han incoado 10 procedimientos sancionadores, que se están tramitando.

- ✓ 2 en Burgos por infracciones muy graves
- ✓ 4 en León por infracción grave
- ✓ 4 en Valladolid: 1 por infracción leve y 3 por grave

4.14 Intervención de los centros

La Orden del Ministerio de Sanidad SND 275/2020, de 23 de marzo, habilitó a las autoridades competentes de las Comunidades Autónomas para adoptar medidas excepcionales de intervención de aquellos centros residenciales que por la incidencia de la COVID19 entre residentes y trabajadores estuvieran colapsando, por concurrir alguna de las siguientes situaciones excepcionales:

- ✓ Imposibilidad, por ausencia de medios personales, materiales, circunstancias físicas o de otra índole, para cumplir con lo indicado en la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, y especialmente en lo relativo a las normas de aislamiento.
- ✓ Imposibilidad para gestionar adecuadamente la conservación y retirada de cadáveres por acumulación y/o ausencia de servicios funerarios disponibles.
- ✓ Cualquier otra circunstancia análoga que ponga en grave peligro la integridad y sostenimiento del servicio que se presta.

En este sentido, desde la Subsecretaría del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, realizó una aclaración sobre las solicitudes de auxilio de los centros y la implementación de estas medidas, que debía limitarse exclusivamente a situaciones de colapso o desbordamiento cuando el manejo de la situación por la dirección y el personal del centro resultara materialmente imposible.

La Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, al amparo de esta normativa, adoptó medidas excepcionales interviniendo **6 centros residenciales de personas mayores** para garantizar la continuidad de la actividad y la atención a los residentes de estos centros residenciales. Estas intervenciones fueron las siguientes;

- ✓ Residencia “Caracillo” Ciudad Rodrigo.-Se acuerda el traslado de 30 residentes asintomáticos de ese centro a la residencia “Montevideo” de Salamanca.
- ✓ Residencia “Reina Amalia II” de Briviesca (Burgos).- Se acuerda el traslado de 9 residentes negativos y asintomáticos de la residencia “Reina Amalia II” a la Residencia de Personas Mayores “D. Francisco Hurtado de Mendoza y D^a M^a Mardones” en Miranda de Ebro (Burgos), de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales.
- ✓ Residencia “El Roble” en Caboalles de Abajo (León) donde se requiere a la empresa EULEN S.A. que, de entre el personal del servicio de estancias diurnas que presta sus servicios en los centros dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales en la provincia de León, ponga a disposición del centro privado “El Roble” a trabajadores con la cualificación necesaria para garantizar la atención de las personas residentes
- ✓ Residencia “Valle del Cuco” De Adrada de Haza.-Se intervino con 31 residentes a los que no se ha practicado prueba alguna de COVID19, de los cuales 18, presentan fiebre o síntomas que pudieran ser compatibles con el coronavirus y 13, sin fiebre u otros síntomas. Se acordó el traslado de éstos últimos residentes de la siguiente forma:
- ✓ 10 personas a la Residencia 'Parquesol', de Valladolid, de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.
- ✓ 3 personas a la Residencia 'Puente de Hierro', de Palencia, de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.
- ✓ 7 personas a la Residencia “Virgen de las Viñas” de Aranda de Duero, de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León
- ✓ 9 personas a la Residencia “Cortes” de Burgos, de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León
- ✓ 2 residentes ingresan en el Hospital.
- ✓ Las residencias “Tomás y Mateos” y “Santa Inés” en La Fuente de San Esteban (Salamanca), reubicando a 8 personas procedentes de ambas residencias, con resultado positivo en COVID19, al Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con

Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (CREA) del IMSERSO y a 29 personas que permanecían en el centro “Tomás y Mateos”, a la residencia “Santa Inés.

Estas medidas extraordinarias de intervención se acordaron por resolución conjunta de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León y Gerencia Regional de Salud (SACYL) previo informe de la Gerencia Territorial de Servicios de cada provincia, siendo necesaria la autorización de la Dirección General de Salud Pública de la Junta de Castilla y León cuando se realizara el traslado de residentes a otros centros residenciales.

Estas medidas extraordinarias consistieron, en todos los casos, en la designación de un empleado/a público/a para dirigir y coordinar la actividad asistencial de estos centros, teniendo a su disposición los recursos materiales y humanos disponibles en el centro residencial intervenido, así como de los recursos vinculados con la actividad sanitaria asistencial que se presta de forma habitual a los residentes en el mismo. Estas facultades de dirección del centro no incluían la gestión económico-financiera del mismo, que continuaba siendo ejercida por el titular del centro.

Junto a la designación de un empleado/a público/a en la dirección del centro se adoptaron, entre otras, las siguientes medidas extraordinarias:

- ✓ Ordenar por motivos de salud pública la reubicación y traslado de los residentes a otro centro residencial de su territorio, con independencia de su carácter público o privado.
- ✓ Garantizar la atención sanitaria de los residentes del centro, desde las Gerencias de Salud del Área.
- ✓ Acordar la puesta a disposición del centro intervenido de personal cualificado para el cuidado de residentes, procedente de otras empresas del sector.
- ✓ Instar al Servicio Público de Empleo (ECYL) a realizar prospecciones entre los demandantes de empleo con la cualificación requerida para la atención en centros residenciales para seleccionar candidatos aptos para cubrir las bajas de personal.

En la residencia “El Roble” de Caboalles de Abajo (León) se acordó la finalización de estas medidas extraordinarias de intervención, por resolución de la Dirección General de Salud Pública, de 7 de mayo.

En el caso del centro residencial “Valle del Cuco”, en Adrada de Haza (Burgos), se ha incoado expediente sancionador y se encuentra cautelarmente cerrado.

Una vez finalizado el periodo de vigencia del estado de alarma, todas estas medidas excepcionales decayeron y quedaron sin efecto, sin que en estos momentos se pueda realizar una intervención de centros residenciales, en los términos y con el alcance que preveía la Orden 275/2020, en las actuales situaciones de brotes. Limitación confirmada por la respuesta del Ministerio de Sanidad a una consulta planteada al respecto por esta Comunidad Autónoma.

4.15 Transparencia. Sistema de información y estadística

4.15.1 Sistema de Información. Recogida de Datos y Tratamiento.

Tal cómo se ha indicado en apartados anteriores, desde el 9 de marzo se estableció una comunicación continua entre las Gerencias Territoriales y los centros residenciales con el fin de:

- ✓ trasladarles las instrucciones oportunas
- ✓ recabar información sobre la situación
- ✓ y proporcionar el apoyo que fuera necesario

En concreto, desde que se detectaron los primeros casos con síntomas se empezó a recabar esa información a diario, incluidos fines de semana y festivos.

Al mismo tiempo se empezó a desarrollar un sistema de información específico, adaptado a los requerimientos del Ministerio de Sanidad.

A través de este sistema, al que se puede acceder a través de la web, todos los centros residenciales de personas mayores y personas con discapacidad informan:

- ✓ Diariamente sobre residentes hospitalizados, personas con síntomas, personas contagiadas y curadas, aislamientos, datos sobre pruebas diagnósticas, fallecimientos, etc.
- ✓ Informan sobre bajas no sustituidas de personal, dificultades para contratar, necesidades de EPIs.
- ✓ Mantienen actualizado en la plataforma los datos sobre los profesionales interlocutores (necesario para el Sistema público de Salud y para Servicios Sociales), sobre el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y la Mutua.

- ✓ Envío al sistema de información del plan de contingencia, obligatorio para todos los centros, y se encuentra disponible para todos los técnicos del Sistema público de Salud y de Servicios Sociales.

El sistema de información permite:

- ✓ Disponibilidad permanente de la información grabada para los técnicos de Servicios Sociales y de la Consejería de Sanidad.
- ✓ Rastreo diario de incidencias, que eran comunicadas a los técnicos de cada provincia, para garantizar que se procediera a dar la respuesta adecuada en cada caso.
- ✓ La planificación de la realización de pruebas diagnósticas (se realizó un cribado general inicial a todos los residentes y trabajadores y, desde agosto, se está llevando a cabo un segundo cribado).
- ✓ Sirvió para agilizar la realización de pruebas diagnósticas a los trabajadores que estaban de baja (por contagio o por contacto estrecho con casos confirmados), con el fin de que se pudieran reincorporar con la mayor rapidez posible.
- ✓ También sirvió para la asignación de equipos de oxigenoterapia en centros.
- ✓ Se ha utilizado el sistema para enviar a los centros las instrucciones, guías de actuación y protocolos.
- ✓ También se ha utilizado para recabar información específica sobre cuestiones muy diversas, que nos han permitido conocer la evolución de la epidemia, las dificultades que han tenido los centros así como sus sugerencias y dudas sobre múltiples cuestiones.

Con los datos facilitados por los centros, éstos **se** clasificaban a diario, según las tablas que se han indicado en apartados anteriores del presente informe:

- ✓ En función de grado de afectación del centro: según el porcentaje de residentes afectados y el tamaño del centro (número de plazas autorizadas), se clasificaban en 5 grados, en orden creciente, considerándose niveles de afectación bajos o muy bajos los grados 1 y 2 y a partir del grado 3, centros con mayor afectación, reforzándose el seguimiento diario de estos centros, en particular cuando subían de grado.
- ✓ En función de las necesidades de personal del centro: según el porcentajes de déficit de personal sobre el total de personal de la residencia

A partir de la experiencia acumulada se está implantando actualmente una aplicación más potente que incluya todo lo anterior, permita discernir entre centros para personas mayores y para personas con discapacidad, además, información nominal de todos los trabajadores y residentes. La información recabada estará a disposición de los técnicos del Sistema público de Salud y de Servicios Sociales de forma permanente, sobre:

- ✓ 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

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.

4.16 Traslado de la Información.

4.16.1 Traslado de información a los CECOPI, tanto regional como a los provinciales

Con la declaración de la Pandemia por COVID19 y del estado de alarma se constituyeron, en el marco de la normativa estatal de Protección Civil, los Centros de Cooperación Operativa Integrada (CECOPI) a nivel regional y provincial para la dirección y coordinación de la emergencia sanitaria. Han estado integrados por la Administración General del Estado (Delegación y subdelegaciones del Gobierno, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Fuerzas Armadas y Protección Civil Estatal) y de la Administración Autónoma (Consejería de Fomento y Agencia de Protección Civil de Castilla y León, Dirección General de Salud Pública, Emergencias Sanitarias, Dirección General de Producción Agropecuaria y la Gerencia de Servicios Sociales; y por Delegados Territoriales, Protección Civil, Gerencias de Salud de Área y Gerencias Territoriales de Servicios Sociales, a nivel provincial)

En el marco de los CECOPI se analizaban, entre otras cuestiones, la situación de las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad y especialmente la coordinación del operativo

de desinfecciones en estos centros desarrollados por la Unidad Militar de Emergencias (UME) y por otras unidades militares.

Es en este ámbito, en el que se suscribió, entre la Delegación del Gobierno en Castilla y León y la Junta de Castilla y León, el Protocolo para la coordinación de acciones en las residencias de personas mayores consideradas de especial seguimiento y en las de carácter general, el 10 de abril (actualizado el 22 de abril) que sustancialmente establecía un procedimiento de coordinación entre las distintas administraciones con competencia en el territorio de la Comunidad Autónoma, así como la posible intervención de las Fuerzas Armadas, para dar una respuesta integral de todas las administraciones, en las labores de vigilancia, desinfección, atención, mantenimiento y seguimiento de las residencias de mayores de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, tanto en las calificadas como de especial seguimiento, como en el resto de ellas.

Para articular esta coordinación se constituía el Grupo de Seguimiento y Coordinación provincial, formado por

- ✓ Delegado Territorial de la Junta de Castilla y León.
- ✓ Subdelegado de Gobierno.
- ✓ Responsable de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales.
- ✓ Responsable del Servicio Territorial de Sanidad.
- ✓ Responsable de los equipos COVID19 en la provincia.
- ✓ Representante equipo de desinfección.

El procedimiento de actuación era el siguiente:

- ✓ El Grupo de Seguimiento y Coordinación provincial, reportaba diariamente a la Agencia de Protección Civil, un resumen de las reuniones de seguimiento y valoración, incluyendo un listado actualizado y priorizado de las actuaciones de desinfección que se proponen por las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales para las residencias de especial seguimiento.
- ✓ La Agencia de Protección Civil contrastaba el listado de Residencias de especial seguimiento con la Gerencia Regional de Servicios Sociales y con los responsables autonómicos de los equipos COVID19, que posteriormente remitía a la Delegación de Gobierno de Castilla y León.

- ✓ La Delegación de Gobierno en Castilla y León, cursaba la solicitud al Ministerio de Asuntos Sociales y de copia al Mando de Operaciones del ejército para su posterior ejecución.

4.16.2 Traslado de información al Ministerio de Sanidad

Como se ha indicado anteriormente, La Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID19, en su redacción dada por la Orden SND/322/2020, de 3 de abril estableció que durante la vigencia del estado de alarma y sus prórrogas:

A continuación se muestra la relación de indicadores y un extracto de los datos enviados por esta comunidad (los correspondientes a los últimos días de cada mes)

FECHA DE INFORMACIÓN	28/04/2020	29/05/2020	19/06/2020
Nº total de centros de servicios sociales de carácter residencial en la comunidad autónoma.	1.214	1.214	1.214
Nº total de residentes en centros de servicios sociales de carácter residencial en la comunidad autónoma.	43.439	42.602	42.599
Nº total de fallecimientos en centros de servicios sociales de carácter residencial desde el 8 de marzo de 2020 hasta la fecha.	2.884	3.862	4.308
Nº total de fallecimientos por COVID19 confirmados en centros de servicios sociales de carácter residencial desde el 8 de marzo de 2020 hasta la fecha.	587	688	697
Nº total de fallecimientos con sintomatología compatible con COVID19 (no confirmados) en centros de servicios sociales de carácter residencial desde el 8 de marzo hasta la fecha.	1.005	1.028	1.028
Nº de centros de servicios sociales de carácter residencial con expediente de intervención por COVID19 abierto desde el 24 de marzo de 2020 hasta la fecha.	6	6	6
Por incremento no esperado de fallecidos			
Por ausencia de medios	6	6	6
Por gestión de cadáveres			
Otros			
Nº total de residentes en centros de servicios sociales de carácter residencial con expediente de intervención por COVID19 desde el 24 de marzo de 2020 hasta la fecha.	144	128	124
Nº total de trabajadores en activo en centros de servicios sociales de carácter residencial con expediente de intervención por COVID19 desde el 24 de marzo de 2020 hasta la fecha.	97	104	102
Nº de fallecimientos desde el 8 de marzo de 2020 hasta la fecha en los centros de servicios sociales de carácter residencial con expediente de intervención por COVID19.	47	46	46

Nº de centros de servicios sociales de carácter residencial con expediente de intervención abierto desde el 24 de marzo de 2020 hasta la fecha por COVID19 y situación excepcional o análoga (apartado quinto Orden SND/275/2020).	6	6	6
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---

Nº Residentes clasificados en cohorte a) de la orden SND/265/2020: sin síntomas y sin contacto en centros de servicios sociales de carácter residencial con expediente de intervención por COVID19 desde el 24 de marzo de 2020 hasta la fecha.	16	43	123
Nº Residentes clasificados en cohorte b) de la orden SND/265/2020: sin síntomas en aislamiento preventivo por contacto, en centros de servicios sociales de carácter residencial con expediente de intervención por COVID19 desde el 24 de marzo de 2020 hasta la fecha.	34	37	1
Nº Residentes clasificados en cohorte c) de la orden SND/265/2020: con síntomas compatibles con COVID19, en centros de servicios sociales de carácter residencial con expediente de intervención desde el 24 de marzo de 2020 hasta la fecha.	0	0	0
Nº Residentes clasificados en cohorte d) de la orden SND/265/2020: casos confirmados de COVID19, en centros de servicios sociales de carácter residencial con expediente de intervención desde el 24 de marzo de 2020 hasta la fecha.	94	48	0

Tabla 107 Información obligatoria de las CCAA sobre residencias (08/04/2020 – 19/06/2020)

La Comunidad de Castilla y León ha dado absoluto cumplimiento a dicha Orden, remitiendo puntualmente en todos los casos la información requerida por el Ministerio de Sanidad. (Se incluyen los justificantes en el anexo IV)

Asimismo, a pesar del compromiso del Gobierno en hacer públicos los datos sobre los efectos de la pandemia en los centros de servicios sociales de carácter residencial, el Ministerio de Sanidad aún no ha publicado las cifras oficiales de las Comunidades Autónomas y del conjunto del país.

4.16.3 Traslado de información a la Fiscalía

La Fiscalía General del Estado, durante la pandemia ha desarrollado una labor de seguimiento y vigilancia de la situación de las residencias de personas mayores en la Comunidad Autónoma.

Por Instrucción de la Fiscalía de Sala Delegada Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 18 de marzo de 2020, se estableció que desde las diferentes Fiscalías se solicitara información sobre los centros residenciales. La Fiscalía General del Estado determinó que fueran las jefaturas de las Fiscalías de Comunidad Autónoma, las que, en su ámbito competencial, ejerzan la función de centralizar la información relativa la evolución del coronavirus en las residencias de personas mayores, tanto públicas o privadas. En el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, se determinó

que se remitiera esta información al Fiscal Delegado de Civil y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad –que forma parte de la Fiscalía de la ciudad de León.

Desde esa Fiscalía se solicitó a la Gerencia de Servicios Sociales, el 19 de marzo, información sobre los siguientes extremos:

- ✓ Muertes que puedan estar aconteciendo en cualesquiera establecimientos residenciales de su ámbito.
- ✓ Circunstancias asistenciales que, aun sin estar reflejadas en un acontecimiento de muerte, puedan estar suponiendo escenarios de riesgo para los ancianos.

A partir de ese momento, desde la Gerencia de Servicios Sociales, se implementó un sistema de información periódica a dicha Fiscalía sobre la situación de los centros residenciales de personas mayores y de personas con discapacidad.

Diariamente se remitía a la Fiscalía la relación nominal de centros residenciales (con indicación de la provincia y localidad) afectados por COVID19 con la siguiente información de cada una de ellas:

- ✓ Número de residentes aislados con síntomas compatibles con COVID19
- ✓ Número de residentes confirmados de COVID19
- ✓ Número de residentes fallecidos con COVID19 confirmado.
- ✓ Número de residentes fallecidos con COVID19 posible.

Además, también diariamente, se remitían los cuadros informativos sobre la situación de los centros residenciales que se publicaban en la página web de la Junta de Castilla y León.

Asimismo, desde la aprobación de la Orden del Ministerio de Sanidad SND/275/2020, de 23 de marzo, se estableció que las autoridades competentes de las comunidades autónomas deberán cumplimentar y remitir al Ministerio de Sanidad la información contenida en el anexo de la referida Orden, en relación con los centros de servicios sociales de carácter residencial existentes en su territorio. Dicha información debía ser remitida por primera vez antes del día 8 de abril de 2020 y debía ser actualizada desde esa fecha cada martes y viernes. A partir de ese momento también se comenzó a remitir a la Fiscalía la información periódica que se remitía al Ministerio de Sanidad.

Además de toda esta información periódica, también se informó puntualmente a la Fiscalía de las seis intervenciones de residencias de personas mayores que se realizaron durante la vigencia del estado de alarma.

Por último, sin perjuicio de toda esta información periódica remitida al Fiscal Delegado de Civil y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad, también desde las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales se han remitido cuantos informes y documentación han sido requerida por las diferentes Fiscalías Provinciales en el marco de las diligencias abiertas por éstas sobre centros residenciales.

A la fecha de elaboración del presente informe, no se tiene constancia de que ninguna de las diligencias abiertas por la Fiscalía sobre centros residenciales de personas mayores se haya deducido responsabilidad alguna a la Junta de Castilla y León. En este sentido es relevante señalar el archivo acordado por la Fiscalía de Castilla y León de la denuncia formulada por la Asociación Defensor del paciente por la presunta prohibición de la derivación de personas mayores de centros residenciales enfermas de COVID19 a los hospitales de la Comunidad.

4.16.4 Traslado de información a la Delegación del Gobierno:

Como se ha señalado con anterioridad, el Protocolo para la coordinación de acciones en las residencias de personas mayores consideradas de especial seguimiento y en las de carácter general, suscrito por la Delegación del Gobierno en Castilla y León y la Junta de Castilla y León establecía el sistema de la coordinación y priorización de las tareas de desinfección en estos centros residenciales de especial seguimiento.

En el marco de este Protocolo de Coordinación, desde la Gerencia de Servicios Sociales se remitía, diariamente a la Delegación del Gobierno, la relación de centros residenciales que, en el sistema información de residencias (SAUSS), se calificaban como de especial seguimiento (Grados 4 ó 5), en función del tamaño y grado de afectación del virus a los residentes del centro y a sus trabajadores. Esta información era necesaria para la priorización de las actuaciones de desinfección que se planteaban en los diferentes CECOPI provinciales por parte de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales. Estos datos se remitieron desde el 20 de abril hasta el 25 de junio.

Asimismo, de conformidad con lo previsto en el apartado 5.2 de la Orden del Ministerio de Sanidad SND 275/2020, se informó a la Delegación del Gobierno de Castilla y León, para su traslado a los Ministerios de Sanidad y de Derechos Sociales y para la Agenda 2030, de las intervenciones de centros residenciales de personas mayores realizadas por las Gerencias de Servicios Sociales y Regional de Salud.

4.17 Transparencia y publicación de los datos.

Diariamente se suministraba a la Consejería de Transparencia, Ordenación del Territorio y Acción Exterior los datos necesarios para establecer la situación epidemiológica del coronavirus (COVID19) en los centros residenciales de Castilla y León para su publicación en la web oficial de la Junta de Castilla y León: <https:// analisis.datosabiertos.jcyl.es/pages/coronavirus/>

Diariamente en el portal de comunicación de la Junta de Castilla y León, se publicaba una tabla con datos de coronavirus en residencias de mayores y centros de personas con discapacidad propios de la Junta de Castilla y León: <https:// comunicacion.jcyl.es/web/es/ultimos-contenidos/familia-comunicados.html>

No se publicaron los datos desglosados de cada uno de los centros residenciales públicos o privados que no son titularidad de la Junta de Castilla y León, en función de lo establecido en el Informe de los Servicios Jurídicos de la Junta de Castilla y León DSJ-28-2020 de 15 de abril. Conforme a lo establecido en dicho informe, se solicitó por dos ocasiones, autorización y parecer a todos los centros residenciales, tanto públicos como privados, para disponer de sus datos a efectos de responder a una solicitud de acceso a la información pública que solicitaba dichos datos.

El Informe de los Servicios Jurídicos de la Junta de Castilla y León fue corroborado y asumido por la Abogacía del Estado AE 1381/2020 de 31 de julio, por el informe de la Agencia Española de Protección de Datos, de 13 de agosto de 2020 y por el informe de 24 de septiembre de 2020 del Delegado de Protección de datos de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León sobre tratamiento de datos de personas fallecidas por COVID19 en centros de carácter social para la atención a personas mayores y de personas con discapacidad en Castilla y León.

Se adjunta en anexo Informe DSJ-28-2020 de 15 de abril e informe AE 1381/2020 de 31 de julio e informe de la Agencia Española de Protección de Datos, de 13 de agosto de 2020.

Se adjunta en el anexo IV todos los informes antes referidos

Un estudio realizado por newtral.es a mediados de septiembre, comparando los distintos portales web de transparencia de las administraciones regionales, ha revelado que Castilla y León es la Comunidad Autónoma que más facilita el acceso a la información relacionada con la pandemia del COVID19, ofreciendo una información completa y bien estructurada que cumple con todos los requisitos marcados por los autores del estudio, siendo junto con Andalucía y

Navarra, las únicas Comunidades Autónomas con datos claros y pormenorizados sobre la situación en residencias de mayores.

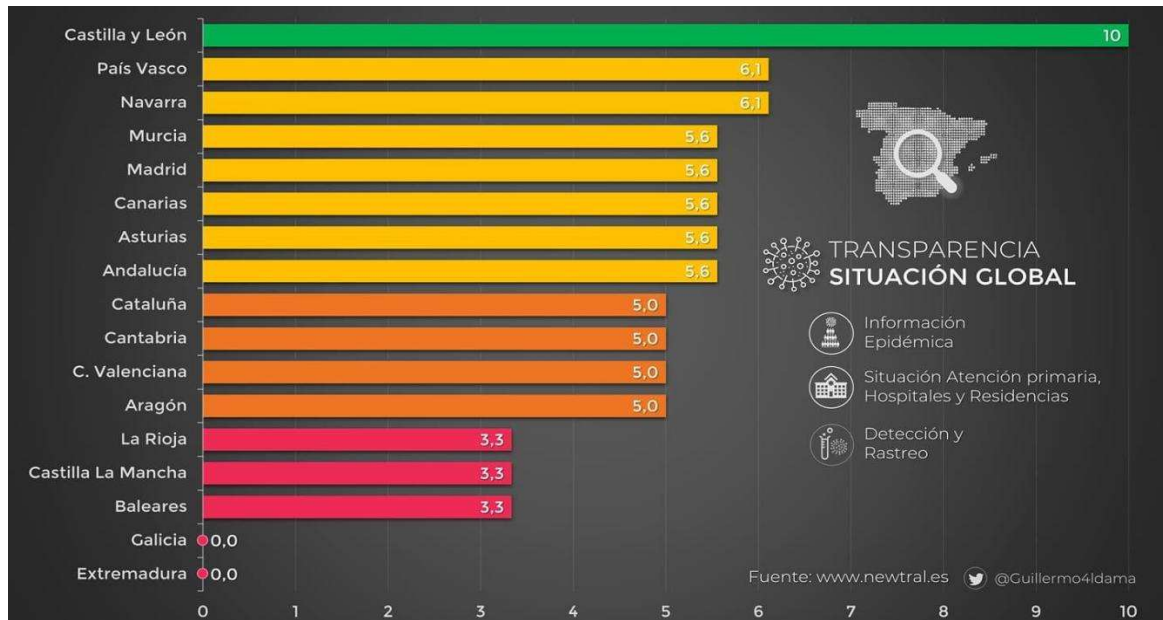


Grafico 47 Fuente neutral

Resumen de las preguntas cuya información se ha buscado y encontrado en la web de cada gobierno autonómico



Fuente: Elaboración propia en base al análisis realizado de cada CCAA. • Actualización: septiembre 2020

Neutral

Grafico 46 Fuente neutral

4.17.1 Derecho de acceso a Información Pública

En el periodo del 15 de marzo al 30 de junio se recibieron 4 solicitudes de acceso a información relacionada con incidencia del COVID 19 en centros residenciales:

- ✓ 2 fueron estimadas en su totalidad
- ✓ 2 estimadas parcialmente en virtud del informe DSJ-28-2020 de 15 de abril.

4.17.2 Buzón del Presidente

Se han atendido 34 solicitudes de información realizadas vía email al Presidente de la Junta de Castilla y León relacionadas con incidencia del COVID 19 en centros residenciales.

4.17.3 SLAU (Sistema de Información Administrativa Único).

A través la web <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/contactar-servicios-sociales.html> se han atendido vía email cerca de 1000 solicitudes de información en los diferentes ámbitos de actuación de los servicios sociales de la Comunidad y su afectación por la situación de crisis sanitaria por COVID19.

4.17.4 Comparecencias públicas de la Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades ante los medios de comunicación.

La Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades desde el inicio de la pandemia hasta el 30 de junio, ha comparecido ante los medios de comunicación en rueda de prensa en 30 ocasiones informando puntualmente a la ciudadanía sobre la evolución de la pandemia en los centros residenciales de Castilla y León.

El 28 de abril compareció en las Cortes de Castilla y León para explicar las actuaciones llevadas a cabo en relación con el COVID19.

4.18 Actuaciones de órganos de Control externo.

4.18.1 Quejas y resoluciones del Procurador del Común

Se ha realizado una consulta a la base de datos del Procurador del Común por fecha de entrada limitando la misma al periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2020 y el 30 de junio de 2020, en la que la petición de información estuviera relacionada con la COVID19 en centros residenciales de personas mayores resultando un total de 17 actuaciones.

Hay que destacar que en la mayoría ellas se han solicitado datos y actuaciones de diferentes centros residenciales para personas mayores y que se han respondido aportando todos los datos solicitados de todos los centros residenciales.

Una de ellas, la Q1788/2020, referida a “Protocolo de actuación en residencias de ancianos frente al coronavirus solicitaba información detallada a fecha 1 de marzo de 2020 sobre los siguientes extremos:

Número de plazas y personas residentes a fecha 1 de marzo de 2020.

Personal contratado por categorías profesionales: médico-geriatra, personal de enfermería, psicólogo, auxiliares de gerontología, fisioterapeutas, personal de terapia ocupacional, servicio de limpieza y de cocina, administrativos, gerente-director y todos aquellos trabajadores que se contemplen en la legislación autonómica como obligatorios dependiendo del número de plazas y en cumplimiento de la ratio establecida.

Metros cuadrados del centro de acuerdo con la normativa con el fin de determinar si se han producido casos de hacinamiento.

Personas residentes que, hasta la fecha, han sido diagnosticadas de la enfermedad por coronavirus mediante prueba analítica y/o sospecha de padecerla en base a la sintomatología que presentan.

Número de personas residentes que han sido derivadas a centros hospitalarios.

Si las personas residentes sanas han sido aisladas o trasladadas a otros centros libres de la enfermedad.

Número de personas que han fallecido a causa del coronavirus.

Número total de personas fallecidas desde el 1 de marzo.

Detección de síntomas en el personal. Listado de personas que han sido dadas de baja por enfermedad o en cuarentena hasta la fecha y si han sido sustituidas adecuadamente.

Disponibilidad de material de protección para enfermedades infecciosas para el personal: mascarillas, guantes, soluciones hidroalcohólicas, gafas protectoras, cubrezapatos, gorros, batas, etc.

Kits de test rápido para detección del coronavirus que se hayan proporcionado a los centros residenciales.

Contactos que se hayan mantenido con los familiares de las personas residentes con el fin de facilitarles información y si se proporcionaron a las personas mayores medios audiovisuales para contactar con sus familias.

Denuncias anteriores en relación con las residencias por irregularidades, negligencias, mala praxis... e inspecciones realizadas por esa Consejería con mención de sus resultados.

Todos estos datos, por cada centro residencial de Castilla y León fueron remitidos al Procurador del Común con fecha 14 de mayo de 2020.

4.18.2 *Quejas y resoluciones del Defensor del Pueblo*

Se ha realizado una consulta a la base de datos del Defensor del Pueblo por Fecha de entrada limitando la misma al periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2020 y el 30 de junio de 2020, en la que la petición de información estuviera relacionada con la COVID19 en centros residenciales de personas mayores, resultando un total de 4 actuaciones:

4.19 Actuaciones judiciales y de la fiscalía

4.19.1 *Comunicaciones e informes con juzgados y fiscalía*

Se han atendido 51 solicitudes de información de las Fiscalías Provinciales y 4 de los Juzgados sobre actuaciones y medidas llevadas a cabo en las residencias

Se han mantenido comunicaciones en 7 ocasiones con las Fiscalías Provinciales y 12 con los Juzgados, sobre actuaciones y necesidad de intervención de determinados centros.

PROVINCIA	Solicitud Información FISCALIA PROVINCIAL	Solicitud Información JUZGADO	Comunicaciones con FISCALIA PROVINCIAL	Comunicaciones con JUZGADOS
Ávila	5		1	1
Burgos	12	1	6	10
León	18			
Palencia	2	1		
Salamanca	6			
Segovia	4	1		
Soria	1			
Valladolid	2			
Zamora	1	1		1
CYL	51	4	7	12

Tabla 108

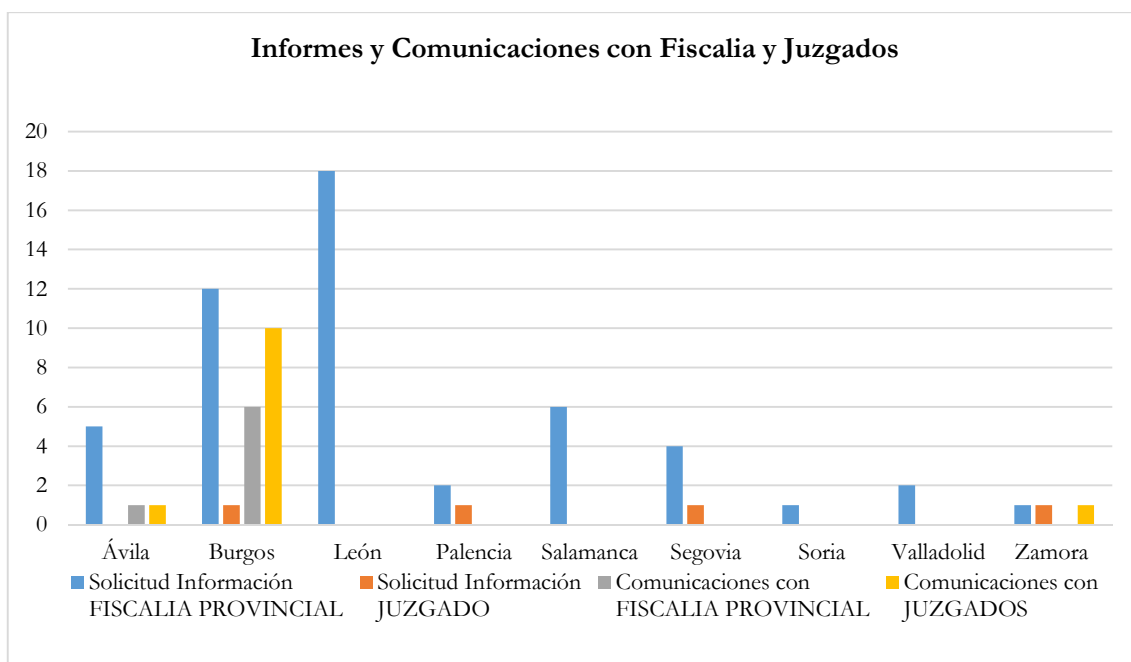


Gráfico 47

En todos los casos se ha aportado la información requerida acompañada de la justificación necesaria.

4.19.2 Resultado de algunas de las actuaciones de juzgados y Fiscalía

Durante todo este periodo se han presentado denuncias ante instancias judiciales en relación con la gestión desarrollada por las diferentes Administraciones Publicas en los centros residenciales. Algunas de ellas ya se han sustanciado y aportan diversos razonamientos que pueden contribuir al conocimiento de lo sucedido.

1.- Decreto de 25 de junio dela Fiscalía Superior de Castilla y León.

El 25 de junio se notifica a la Administración Autonómica, a través de sus Servicios Jurídicos, el Decreto de 25 de junio de 2020 por el que, tras diversas actuaciones, se archivan las Diligencias de Investigación que se abrieron por la Fiscalía Superior de Castilla y León, en relación con una supuesta orden de la Junta de Castilla y León de no trasladar a los ancianos enfermos de las residencia a los hospitales para ser tratados por el COVID19, en sendos documentos administrativos fechados a finales del mes de marzo y de mediados del mes de abril.

La Dirección de los Servicios Jurídicos trasladó a la Fiscalía Superior toda la documentación necesaria elaborada por el SACyL de la Consejería de Sanidad y la Gerencia Regional de Servicios Sociales de la Consejería de Familia durante el pico de la pandemia, entre la segunda quincena del

mes de marzo y el mes de abril, que le permitieran rechazar los hechos denunciados, y que acreditaban que en ningún caso se produjo una prohibición de traslado de los mayores a los hospitales, y se garantizó la debida asistencia y atención sanitaria en las propias residencias.

La Fiscalía Superior de Castilla y León archiva la denuncia en un amplio, extenso y fundado Decreto, señalando que no cabe hacer denuncias genéricas, es decir, que no se puede plantear la realización de investigaciones generales sobre la conducta o actividades de una Administración y la formulación de denuncias prospectivas, intentando justificar la apertura de un proceso penal para la investigación de unos hechos meramente sospechosos, sin aportar un indicio objetivo de su realidad.

Tampoco la conducta descrita, de existir, sería constitutiva de un deber de auxilio hospitalario del artículo 196 del Código Penal, ya que es un delito de omisión de carácter doloso —que de modo consciente se deniegue la asistencia sanitaria requerida o se abandone el servicio—, que se cometa por un profesional de la sanidad, y que haya conllevado un grave riesgo para la salud, y en este caso ni la ha cometido un profesional ni, con la importante documentación aportada por la Junta de Castilla y León, se aprecia una conducta omisiva, ni se concreta un nexo causal contra la salud de forma concreta. Los residentes enfermos tuvieron control médico y sanitario a través de los Equipos COVID Residencias, compuestos por profesionales sanitarios de múltiples especialidades, y contaron con los medios materiales y farmacológicos adecuados en las residencias.

También rechaza que pueda existir un delito de resultado, ya sea doloso o por imprudencia grave, menos grave o leve, pues la denuncia ni siquiera señala o concreta fallecidos, identidad ni indicios de criminalidad alguna, ni puede existir un delito de prevaricación administrativa, en el sentido de que los actos, más allá de una mera irregularidad, constituyan una arbitrariedad palmaria o evidente, y se dicte a sabiendas de su injusticia, y nada de ello existe en los documentos administrativos examinados, ya que no contienen prohibición de traslado alguna, si no forma de proceder sanitaria para la derivación de residentes a hospitales, en los que la decisión la adopta el Equipo médico COVID formado por profesionales sanitarios, ingresos que de hecho así se han producido durante toda la pandemia, y la atención médica en las residencias estaba avalada por el propio Ministerio de Sanidad, que convirtió a las mismas en espacios para uso sanitario en su Orden SND/275/2020.

En definitiva, señala que las Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades, han actuado correctamente, que no existe fundamento para ejercitar acción alguna contra ellas, y los hechos descritos no revisten carácter de acción punible en la vía penal.

2.- Inadmisión de la querrela presentada por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos de Castilla y León (CesmcyL) por delito contra la seguridad e higiene en el trabajo

El 6 de julio la Sala de lo Civil y Penal del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (TSJCyL) acordó no admitir la querrela de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos de Castilla y León (CesmcyL) por delito contra la seguridad e higiene en el trabajo pues entendía que no se había provisto de equipos de protección individual al personal sanitario a su cargo.

Este fallo considera que resultan probados los esfuerzos realizados por la Junta para poder suministrar los equipos de protección adecuados a los profesionales sanitarios para la prestación de sus servicios. En concreto, se destaca que desde el 9 de marzo de 2020 se han distribuido por la Administración Autonómica entre los centros e instituciones sanitarias dependientes de la Gerencia Regional de Salud, así como entre los centros sociosanitarios y centros residenciales de personas mayores dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales, en función de sus distintas necesidades, un total de **33.232.066 artículos**.

En concreto, alude a 14.908.220 mascarillas quirúrgicas, 2.601.287 del tipo FFP2, 477.408 del modelo FFP3, 11.896.255 guantes, 901.549 batas y mandiles, 360.611 buzos/monos, 297.833 gafas, 353.034 pantallas protectoras, 459.570 calzas protectoras, 21.990 hisopos (bastoncillos), 51.852 capuces, 83.153 geles hidroalcohólicos, 1.434 pijamas, 500.000 manguitos y 317.870 test de diagnóstico.

Todo ello permitió al Tribunal concluir valorando que los profesionales sanitarios han dispuesto en todo momento del material de protección individual necesario para desarrollar su actividad sanitaria, a pesar de la situación complicada de desabastecimiento a nivel mundial durante el principio de la crisis sanitaria, han tenido la formación necesaria correspondiente al respecto y también han sido objeto de un control serológico adecuado de la enfermedad para prevenir contagios.

3.- Archivo por Decreto de 15-5-2020 de la Fiscalía Provincia de Palencia, de la denuncia presentada por la Federación de empleados y empleadas de Servicios Públicos de UGT en Castilla y León por hechos acaecidos en la Residencia Pública de Mayores Puente de Hierro.

En dicha denuncia se expone que en la Residencia Pública de Mayores Puente de Hierro al menos han fallecido 9 ancianos residentes, y que en base a esa cifra y a la de contagios solicita a la Fiscalía se investigue si dichos fallecimientos y contagios eran evitables o no, en atención a las medidas que

sean venido exponiendo, tanto para los residentes como para los trabajadores, y su puesta a disposición de EPIS y no menos importante la información y formación que los planes de contingencias disponen.

Para terminar apuntado la posibilidad de culpa in vigilando de las Consejería de Familia e IO y de Sanidad por ser los principales fiscalizadores de la gestión del centro.

La Fiscalía **procede al archivo** de la denuncia en base a los siguientes argumentos:

En la denuncia, no se expone, ni se concreta, incumplimiento alguno y mucho menos causalidad jurídica penal alguna, que anude la eficacia de la medida de protección y su consciente incumplimiento en relación a los fallecimientos o contagios que se dicen.

La denuncia incurre en una palmaria indeterminación de hechos, sin concretar los mismos, sin describir un supuesto concreto sobre afectados o autores y como antes se dijo, sin concretar incumplimiento causal alguno, lo que en definitiva deja al albur la investigación interesado.

5 CONCLUSIONES INFORME

5.1 El contexto

Ninguna entidad, institución, organización o administración de España, incluidas las residencias de personas mayores y la atención sanitaria pública que atienden a las mismas, estaba preparada para hacer frente a la dimensión de la pandemia. Igualmente, ninguna fue capaz de preverla, ni siquiera las máximas autoridades sanitarias estatales. No es que las residencias estuvieran peor preparadas que otras organizaciones; lo que sucedió es que en las residencias se acumulaban y concentraban situaciones de extremo alto riesgo por las estrechas y frecuentes relaciones y contactos existentes en la vida cotidiana y la presencia de un gran número de las personas más débiles ante el virus.

Y esta falta de previsión ha sucedido en todo el mundo, arrollando especialmente a países tan desarrollados como Reino Unido, Italia, Francia, Bélgica o EEUU. No obstante ha habido importantes diferencias en cómo cada país ha gestionado y afrontado esta situación con resultados muy diferentes.

Según estudios internacionales, España ha sido uno de los países que más ha sufrido y que peor ha gestionado la pandemia (según recoge el estudio elaborado por el economista estadounidense Jeffrey Sachs y desarrollado junto a un equipo de expertos independientes que trabajan en la Red de Soluciones de Desarrollo Sostenible y la **fundación Bertelsmann Stiftung** y publicado por la editorial de la **Universidad de Cambridge**²⁷), e incluso de los peores en afrontar la segunda ola en la que ya estamos inmersos. También es cierto que no se conoce aún de manera científica el porqué de este comportamiento, y el gobierno central no ha iniciado un análisis en profundidad que pueda explicarlo. Esto ha motivado que grupos de profesionales estén reclamando con insistencia un estudio urgente e independiente a la manera como lo han hecho otros gobiernos en los que el impacto ha sido mucho menor. Esta situación, que impide conocer con detalle las causas de ese impacto tan fuerte en España, también limita conocer cómo estas causas de ámbito nacional han repercutido en los resultados obtenidos en Castilla y León.

Sí sabemos que Castilla y León, al inicio de la pandemia, era una de las comunidades de más riesgo debido a factores de movilidad interna y externa (con País Vasco y Madrid) y mayor proporción de plazas residenciales de personas mayores, (según el estudio sobre factores de difusión del

²⁷ ²⁷ https://s3.amazonaws.com/sustainabledevelopment.report/2020/2020_sustainable_development_report.pdf

COVID19 en España del Instituto Carlos III²⁸) factores todos ellos ajenos a la actuación de esta administración al inicio de la pandemia.

Estos elementos deben ayudarnos a contextualizar los resultados del impacto del virus en las residencias de personas de mayores de Castilla y León que se exponen a continuación.

5.2 Principales resultados

1. La primera evidencia en la que coinciden los investigadores es que, en los centros residenciales, se encuentran personas con altos niveles de comorbilidad y dependencia. Y éstos son los que más se han visto afectados tanto en contagio como en mortalidad.

2. El deterioro cognitivo ha destacado, en numerosas publicaciones, como una de las variables que mayor incidencia han tenido en el contagio de la enfermedad. Los centros residenciales con una alta prevalencia de personas con deterioro cognitivo o demenciadas, han padecido un alto porcentaje de contagio.

3. A la vista de todo lo expuesto anteriormente, se pone de manifiesto en qué medida la extensión general del COVID19 en un país determinado se relaciona con su extensión en el medio residencial, de tal forma que si las tasas de infección son bajas en el conjunto del país, también lo son en el medio residencial

4. Castilla y León tiene la mayor tasa de plazas residenciales de España, con respecto a la población mayor de 65 años (7,6% frente a 4,1%), solo superada en números absolutos por Cataluña y Madrid. Es por tanto la que mayor riesgo relativo tiene de impacto del COVID19, por esta variable.

5. Se observa sobremortalidad en España, al principio en Madrid (desde el 9 de marzo), Castilla – La Mancha (día 10), Cataluña (día 13), y Castilla y León y País Vasco (15 de marzo). Esto significa que los contagios ya se estaban dando de manera importante desde los primeros días del mes de marzo, y que existía transmisión comunitaria en Castilla y León 10 días antes del cierre de los centros (13 de marzo).

²⁸ <https://portalcne.isciii.es/fdd/>

6. Según datos publicados por el IMSERSO, Castilla y León es la sexta comunidad en cuanto a mortalidad (5,6%) en los centros residenciales de personas mayores, ligeramente por encima de la media nacional (5,3%), y por detrás de Madrid (12,3%), Castilla – La Mancha (9,4%), Navarra (7,1%), Cataluña (6,6%) y La Rioja (6,6%). Se observa que la mortalidad en centros residenciales está en relación directa con la incidencia del COVID en las distintas comunidades durante la primera ola epidémica.

7. A 30 de junio, el número de fallecidos por COVID confirmados en Castilla y León, que figura en la estadística oficial del Ministerio de Sanidad, ascendía a 2.787 personas. De ellas el 53,6% eran residentes de centros de mayores (1.473) y de discapacidad (20).

8. Si incluimos los casos con sintomatología compatible (1.105 fallecidos), la cifra total de fallecidos COVID entre los residentes de centros de Castilla y León asciende a 2.598, que suponen el 67,0% del total de fallecidos en la comunidad. Este porcentaje coincide con el dato sobre fallecidos en residencias de toda España que ofreció el Ministerio de Sanidad al Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades a finales de junio.

5.3 Plazas residenciales y ocupación

9. La mitad de las plazas se sitúan en el medio rural, un 36% en ciudades y el 14% en su entorno inmediato. El 47% de las plazas están en centros grandes (de más de 100), y solo el 4% en centros muy pequeños (de menos de 25 plazas).

10. La tasa de ocupación, al inicio de la crisis sanitaria, era del 88,7%, la mayoría de los centros más pequeños (el 89%), estaban llenos, lo cual les daba muy poco margen de maniobra en caso de contagio, en cuanto a sectorización y aislamiento de residentes.

5.4 Morbilidad

11. A 30 de junio el 78% de los centros residenciales de atención a personas mayores y con discapacidad (1.214) no tenía casos de COVID19 activo ni habían tenido fallecidos con COVID19 confirmado o sintomatología compatible.

12. El 64% de los centros residenciales de personas mayores ha estado libre de contagios, en los que reside el 51% del total de usuarios de este servicio.

13. La morbilidad ha sido del 18,9% sobre el total de residentes. El análisis estadístico demuestra que la probabilidad de contagio de los centros está en relación directa, principalmente, con la provincia en la que se ubica y el tamaño del centro. Los centros ubicados en Segovia y Soria, y los de más de 100 plazas son los que tenían mayor probabilidad de ser contagiados.

14. Las diferencias de morbilidad entre provincias son muy notables, desde el 9% de Palencia y Zamora, hasta el 38% de Soria y el 44% de Segovia. Esto se explica por la diferente incidencia de la epidemia en el territorio: existe una correlación estadísticamente significativa entre la incidencia general del COVID19 y la registrada en las residencias (a 31 de marzo el coeficiente de correlación por provincias es del 0,90 y por Zonas Básicas de Salud es del 0,52).

15. Los centros grandes tienen mayores tasas de morbilidad (28,4%) que los medianos y pequeños (entre el 6,7% y el 18,8%), probablemente porque en aquellos (por el número de trabajadores y visitas) se producen muchos más contactos con el exterior, y se sitúan principalmente en las ciudades y su entorno, donde la pandemia ha tenido más impacto.

16. La titularidad del centro (público/privado) no tiene relevancia en cuanto al riesgo de contagio ni se observan diferencias significativas en las tasas de morbilidad. Las diferencias que se observan dentro del sector privado están relacionadas con el tamaño de los centros y su ubicación.

17. En los centros con contagios la morbilidad ha sido del 43,6%. El análisis de los datos concluye que las diferencias en la morbilidad se explican por la fecha de identificación del primer contagio y la provincia. El resto de factores (tamaño, hábitat, titularidad y nivel de ocupación) no son estadísticamente significativos.

18. Al menos el 80% de los centros fue contagiado en el mes de marzo, la mayoría antes del día 23. En esos centros se concentra el 92% de las personas contagiadas y se produjo el 94% del total de fallecimientos. Teniendo en cuenta que el tiempo medio de incubación del coronavirus es de 4-5 días, y que puede llegar a los 10 días, parece claro que, cuando se produjo el cierre de los centros, el virus estaba dentro en la mayoría de los casos.

5.5 Mortalidad y letalidad

19. Los primeros fallecidos por COVID son del 13 de marzo. La mayor parte de los decesos (el 95%) se produce entre el 19 de marzo y el 8 de mayo.

20. La tasa de mortalidad (respecto a los residentes de los centros de personas mayores) de casos confirmados es del 3,4% de los residentes, y del 6,0% si sumamos los casos con sintomatología compatible. Las diferencias de mortalidad se explican fundamentalmente por la diferente incidencia de la epidemia en el territorio y por el grado de dependencia de los residentes en los centros con contagios.

21. La letalidad del COVID19 (fallecidos sobre contagiados) asciende al 18,2% si solo computamos los casos confirmados, y al 27,9% si añadimos los que tenían sintomatología compatible. Las diferencias entre centros se relacionan directamente con la fecha de identificación del primer contagio y la proporción de residentes con gran dependencia.

22. El 60% de los fallecidos son mujeres, mucho más abundantes entre los residentes. Su tasa de mortalidad es del 5,3%, mientras que la de los varones es del 7,4%. El 91% de los fallecidos con COVID tenía más de 80 años. La edad media al fallecimiento asciende a 90 años en las mujeres, y 88 en los hombres, la misma que se registra en los fallecidos por otras causas.

23. En el riesgo de mortalidad y letalidad tiene mucha importancia el grado de dependencia de los residentes. Entre los fallecidos, la mitad tiene gran dependencia y otro 20% son dependientes severos. La prevalencia de enfermedades previas en ellos es también muy elevada: 56% con pluripatología crónica y 48% con deterioro cognitivo.

5.6 Evolución de la epidemia

24. Al principio de la epidemia se realizaban pruebas diagnósticas solo a los residentes y trabajadores con síntomas. En el mes de abril se realizan ya de forma masiva y es entonces cuando crece con fuerza el número de casos detectados (sobre todo hasta el 21 de abril); después lo hace más lentamente hasta estabilizarse en torno a los 8.600 casos.

25. El volumen de casos activos alcanza hasta los 4.500 y decrece especialmente a partir del 5 de mayo. Al inicio de junio baja de los 800 casos y finaliza el mes con menos de 100.

26. Se aplicaron los criterios de clasificación y aislamiento previstos en la Orden Ministerial SND/265, publicada el 21 de marzo. El número de personas que estuvo en las situaciones de aislamiento por caso confirmado o posible alcanzó su techo en la tercera semana de abril, hasta cerca de los 11.600. Después desciende rápidamente hasta los 2.000 en los últimos días de mayo, y cierra junio en 600.

27. La mayor parte de los residentes (74% en el momento más bajo) estuvo siempre clasificado como persona sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID19.

28. El 15% de los trabajadores de centros de mayores han causado baja por COVID, y se alcanza el 21% si sumamos los que han estado en cuarentena por contacto con casos posibles o confirmados

29. Las dificultades para la contratación de personal sanitario y de atención directa siempre han sido frecuentes, pero durante la pandemia se han elevado. Las bajas fueron muy abundantes en marzo y abril. Las bajas con dificultades de sustitución alcanzan su máximo en los primeros días de abril para descender a la mitad una semana más tarde. En los centros con contagios, el 36% tuvo dificultades para sustituir el personal médico, el 57% el de enfermería, y el 64% el de atención directa.

30. Las hospitalizaciones se produjeron a lo largo de toda la epidemia. En número de casos asciende de manera continua hasta el 21 de abril, a pesar del elevado número de fallecimientos que se produjo en los hospitales. Hasta finales de abril, las dos terceras partes eran casos COVID. Desde el comienzo de la epidemia y hasta el 30 de junio se habían realizado casi 5.000 derivaciones hospitalarias.

5.7 Las medidas y sus efectos

A las medidas iniciales adoptadas se fueron sumando progresivamente otras muchas, tanto desde el ámbito social como sanitario y en coordinación ambos sistemas. No obstante fue necesario superar unas primeras semanas de desconcierto en las que los recursos sociales y sanitarios se vieron sobrepasados por unos acontecimientos cuya dimensión fue muy superior a cualquier previsión que se hubiera hecho y que se manifestaban de una manera absolutamente desconocida. Para organizar las actuaciones fue imprescindible contar con un sistema de información que permitió conocer la situación de los centros en tiempo real.

Fueron de gran ayuda, especialmente en los momentos de mayor contagios, algunos apoyos externos como los proporcionados por la Unidad Militar del Ejército que realizó múltiples desinfecciones, por el SAMUR de Madrid que actuó de manera muy diligentes en las provincias de Soria y Segovia en los momento más álgidos de la pandemia, y por la organización Médicos sin Fronteras que enseñaron a múltiples centros en todas las provincias a usar los equipos de

protección y a hacer separaciones en los centros aplicando las técnicas que ellos utilizan en los países en los habitualmente actúan.

A continuación se recuerdan sucintamente el conjunto de las medidas más importantes adoptadas y que ya que han sido detalladas a lo largo del informe:

- ✓ La base para la adopción, modulación y evaluación de las medidas fue el nuevo sistema de información, puesto en marcha a partir del 24 de marzo que permitió conocer y monitorizar la situación de todos los centros en tiempo real.
- ✓ Estas medidas pueden agruparse en los siguientes apartados:
 - Medidas de orientación, información y apoyo a los centros: La elaboración y envío, desde el primer momento, de 42 protocolos, recomendaciones y normas, actualizadas permanentemente, con indicaciones para la atención de casos afectados y al conjunto de residentes. Más de 26.800 seguimientos telefónicos y visitas presenciales de técnicos y profesionales para asesorar y atender sus necesidades. Asimismo, se estableció la obligación de contar con un Plan de Contingencia para todos los centros. Se procedió a la desinfección de los centros con el apoyo de la UME, bomberos, otras unidades del Ejército, llegando a 617 centros residenciales.
 - Medidas para dotar de recursos humanos a los centros: Reforzar la dotación de personal en los centros fue un objetivo prioritario desde los primeros días. 970 contratos en centros propios y asesoramiento, bolsas de empleo y reducción de trámites para los privados. También se han desarrollado constantemente acciones formativas para profesionales y responsables de centros.
 - Medidas de suministro de material. Al inicio de la pandemia el 74% de los centros no contaba con reservas suficientes. Se procuró dotar de EPIS a todas las residencias que lo han necesitado en la medida de las posibilidades de compra o suministro. Casi 7 millones de unidades repartidas en los centros y otros 7 millones adquiridos para los centros dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales. Para apoyar a los centros se convoca una línea de ayudas para la adquisición de EPIS a las entidades sin ánimo de lucro
 - Medidas de comprobación y control. Se incrementó la supervisión e inspección de los centros llegando a las 501 residencias visitadas y 828 informes de comprobación y control realizados.

- Medidas de intervención. Para garantizar la atención de los mayores se intervinieron 6 centros residenciales y en otros casos se derivaron residentes a otros centros.
- Medidas sanitarias. El día 23 de marzo se pusieron en marcha los equipos COVID para dar una respuesta integral a las necesidades sanitarias de las personas en atención residencial. Además se ha proporcionado atención hospitalaria a las personas mayores que así lo han requerido. Además, se protocolizó toda la relación entre las residencias y el sistema sanitario. Se han llevado a cabo pruebas de diagnóstico a todo el personal y residentes, de forma que a 28 de mayo estaban testadas el 99% de residencias, el 99% de residentes y el 95% de trabajadores
- Medidas de coordinación e información. Cuando aparecieron los primeros casos, se estableció un sistema de comunicación permanente con fiscalía, delegación de gobierno y Ministerio de Sanidad. Desde el primer momento se ha ofrecido una información de alta calidad y permanente actualizada sobre la incidencia de la pandemia en los centros residenciales.
- Medidas de Transparencia. Castilla y León se ha caracterizado por la transparencia mostrada durante toda la pandemia habiendo obtenido la máxima puntuación en determinados baremos.

5.8 Concluyendo

Los datos expuestos nos llevan a concluir que nuestro sistema residencial al inicio de la pandemia se vio sometido a una situación extrema y excepcional en la misma medida que al conjunto de organizaciones y con el mismo desconocimiento y falta de preparación que el conjunto de la sociedad. Estos datos solamente han reflejado el brutal impacto que ha sufrido nuestra comunidad autónoma en la pérdida de la salud y la vida de las personas más vulnerables ante el Covid19; sin olvidar que nuestra comunidad se hallaba posicionada entre las de mayor riesgo por factores incontrolables, y en un país que lideró y sigue liderando muchas de las peores estadísticas de la pandemia en el mundo por razones que aún no conocemos con exactitud.

Más allá de actuaciones individuales y puntuales que pudieran ser reprochables profesionalmente o incluso sancionables administrativa o penalmente y que en su momento dirimirá la justicia (a día de hoy no hay ninguna condena y se han archivado muchas de las denuncias presentadas contra

entidades y contra esta administración), el sistema de protección residencial en su conjunto y el de la atención sanitaria pública al mismo dio la mejor respuesta que pudo con los precarios medios de que disponía para hacer frente al inmenso desafío que supuso inicialmente el virus. Los esfuerzos realizados por muchos trabajadores, directores, funcionarios y entidades en las peores condiciones posibles han sido encomiables y no suficientemente reconocidos; y con demasiada frecuencia injusta y gratuitamente maltratados.

No obstante, una primera prueba de la fortaleza de nuestro sistema de atención residencial es que, una vez que ha empezado a disponer de los medios necesarios, los resultados obtenidos en esta segunda ola están siendo mejores.

Además, hay que desterrar la idea profusamente difundida, de que la existencia de contagio dentro de una residencia equivale necesariamente a una mala gestión o a actuaciones negligentes de los responsables y trabajadores de los centros. Incluso ya en los casos de centros en los que dicho contagio se puedan dar en la segunda ola, la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología ya ha advertido que no pueden atribuirse automáticamente a una mala práctica, pues pueden ser múltiples los factores por los que pueden suceder y no siempre controlables. Esta asociación de profesionales, sin duda referencia obligada en España en materia de atención a personas mayores, aboga por la necesidad de “asumir el riesgo de rebrotes y evitar el cierre absoluto de las residencias”.

5.9 El futuro

Por último, es necesario mirar al futuro extrayendo aprendizajes de lo que aún se está viviendo, por lo que se tiene que seguir profundizando en los datos acumulados y diseñar la atención residencial del futuro donde las personas, estando más seguras, puedan desarrollar sus proyectos de vida con pleno respeto a sus derechos y dignidad, y donde sus familias puedan confiar en la atención que reciben.

Por poner algunos ejemplos, es necesario conocer en el impacto que ha tenido el confinamiento en el bienestar físico, mental y emocional de las personas mayores, necesitamos profundizar en las mejores prácticas en materia de contacto y comunicación con las familias así como las de humanización en casos del final de la vida, es preciso buscar el equilibrio entre seguridad mediante el confinamiento y la cobertura de necesidades físicas, cognitivas y afectivas de las personas mayores; necesitamos contar con herramientas predictivas del riesgo y que nos proporcionen alertas tempranas, así como una información permanente y en tiempo real más detallada y puntual de los recursos y funcionamiento de las residencias etc... .

Siguiendo con las perspectivas futuras, la consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, antes de que existiese el más mínimo atisbo de la pandemia, ya era consciente de que hay muchos miles de personas vulnerables, mayores y con discapacidad, viviendo en equipamientos residenciales en la comunidad y, por lo tanto, muy dependientes de la calidad de las instituciones que les acoge. Por ello, se consideraba necesario darles un marco de las máximas garantías en sus derechos y dignidad. Por todo esto, desde la Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades se comprometió al inicio de esta legislatura una ley de atención residencial, primera en España, que contase con el mayor consenso posible. Este compromiso se ha reiterado en diversas ocasiones y forma parte del Pacto para la Recuperación Económica, el Empleo y la Cohesión Social que alcanzaron los grupos políticos de las cortes con motivo de la pandemia ya que los sucesos acaecidos en estos últimos meses hacen aún más necesaria dicha ley. El proceso se inició ya en el mes de julio con la actividad de diversos grupos de trabajo compuestos por una amplia representación y con el asesoramiento de los mejores expertos posibles, así como conociendo el estado de la cuestión en el mundo (ver anexo IV) estando previsto que concluya la primera fase en el mes de octubre.

No obstante, hay algunos aprendizajes alrededor de los cuales se está configurando un consenso en temas como:

- a) La atención residencial ha de fundamentarse en un enfoque ético de los cuidados poniendo la dignidad y derechos de las personas en el centro de las actividades de atención y cuidado.
- b) La atención centrada en la persona es el enfoque que mejor encarna los valores este modelo de atención que en cuenta las necesidades de residentes y sus familias y los trabajadores.
- c) La necesidad de que exista disponible personal suficiente y adecuadamente cualificado y formado en estos valores y con condiciones de trabajo que permita abordar una tarea tan exigente y compleja.
- d) En cuanto a los aspectos arquitectónicos, las unidades de convivencia es una configuración de los espacios en la que mejor pueden desarrollarse los principios de la atención centrada en la persona y son un cortafuegos a la hora de evitar la propagación de contagios ante infecciones.
- e) Es necesario que los centros cuenten de manera permanente con medios de protección individual suficiente y personal formado en su uso para hacer frente a otras eventualidades que puedan darse en el futuro.
- f) Es imprescindible repensar el modelo actual de atención sanitaria pública, universal y gratuita en las residencias y ver la manera en la que se garantiza a los residentes el acceso a

la misma con plenas garantías como al resto de ciudadanos, no solo en situaciones de emergencia sanitaria sino también en circunstancias ordinarias.

5.10 Cierre

Las personas, tanto mayores que viven en residencias como sus familiares, así como el personal que les atienden, que han sufrido y aún sufren de muy diversas maneras las consecuencias de esta terrible pandemia, tienen derecho a conocer la verdad de lo sucedido y a no ser engañados mediante la ocultación de datos o tergiversación de los mismos. Este informe pretende colaborar a su esclarecimiento dentro de la limitada y confusa información hasta este momento disponible; y se suma así al ejercicio de transparencia que desde el primer momento esta comunidad ha llevado a cabo durante la pandemia del Covid19; transparencia que se reclama desde muy diferentes instancias para entender por qué en España el impacto del virus ha sido y sigue siendo en esta segunda ola de tanta magnitud. Ello es imprescindible para que en el futuro no vuelva a suceder nada parecido ante posibles nuevas olas de esta pandemia y potenciales nuevas emergencias sanitarias. El gobierno de Castilla y León se ha ofrecido públicamente a colaborar en un estudio riguroso e independiente como el que reiteradamente han propuesto profesionales de reconocido prestigio a través de la revista *"The Lancet"*. Este informe que se aquí se presenta es ya una primera muestra de este compromiso, y somos conscientes de que es necesario seguir investigando y analizando los datos que en el futuro vayamos obteniendo a través de los sistemas de información que hemos puesto en marcha y los informes que, a todos los niveles, en los próximos meses probablemente se irán publicando.