

ABANDONADAS A SU SUERTE

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



AMNISTÍA
INTERNACIONAL



© AMNISTÍA INTERNACIONAL, DICIEMBRE DE 2020

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

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

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

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

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

es.amnesty.org

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

ABANDONADAS A SU

SUERTE

LA DESPROTECCIÓN Y DISCRIMINACIÓN

DE LAS PERSONAS MAYORES EN

RESIDENCIAS DURANTE LA PANDEMIA

COVID-19 EN ESPAÑA

CONTENIDO

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



RESUMEN EJECUTIVO

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AMNISTÍA
INTERNACIONAL

