

The background of the entire page is a golden-yellow color with a faint, large-scale watermark of the Spanish coat of arms. The coat of arms features a crown at the top, a shield with a castle, a lion, and a fleur-de-lis, and two pillars on either side with a banner that reads 'PLVS' on the left and 'VTR' on the right. The text is centered over the shield area.

**EXTRACTO:  
tema residencias de  
personas mayores y  
pandemia**

**DEFENSOR DEL PUEBLO**

---

**Informe anual 2020**

**Volumen I. Informe de gestión**



**Informe anual 2020**

**Volumen I**  
**Informe de gestión**

Madrid, 2021

## SUMARIO

Presentación.....	5
Resumen estadístico y presupuestario .....	11
Resoluciones .....	32
Administraciones no colaboradoras o entorpecedoras .....	33
<b>SUPERVISIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS .....</b>	<b>35</b>
1 Administración de Justicia .....	37
2 Centros penitenciarios .....	102
3 Ciudadanía y seguridad pública .....	122
4 Migraciones.....	176
5 Igualdad de trato .....	297
6 Violencia de género .....	314
7 Educación y cultura.....	343
8 Sanidad.....	414
9 Seguridad social y empleo.....	480
10 Política social .....	573
11 Vivienda .....	647
12 Hacienda pública .....	666
13 Actividad económica .....	704
14 Comunicaciones y transporte .....	755
15 Medio ambiente .....	786
16 Orden territorial: despoblación.....	837
17 Urbanismo.....	851
18 Administración local .....	881
19 Función y empleo públicos .....	891
20 El Defensor del pueblo como Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (MNP) .....	949

Al final del presente volumen se incluye un índice completo, donde se detallan sus contenidos.

los pliegos de prescripciones técnicas del Acuerdo Marco para la gestión del servicio público especializado de atención temprana (20001257 y 20022452).

***Obligación de resolver de forma expresa y notificar la resolución también en los casos en que el menor cumpla los 6 años de edad***

La Administración debe resolver de forma expresa también en los casos en que el menor cumpla los 6 años de edad. La presentación de la solicitud de acceso al servicio de atención temprana, cuando el menor estaba próximo a los 6 años de edad, quedó sin respuesta por entender la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana que no era necesario, al ser dicha edad la máxima de atención en este recurso, según la normativa vigente.

El Defensor del Pueblo puso de manifiesto la obligación de notificación de la resolución a las personas en la lista de espera, así como la necesidad de que se habilitara el procedimiento para mejorar la información y comunicación con los solicitantes. La información, en cualquier caso, debe aclarar que el menor saldrá de la lista de espera al cumplir los 6 años de edad.

Además, y sin perjuicio de lo anterior, esta institución ha de recordar que el artículo 21 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, establece que la Administración está obligada a dictar resolución expresa y a notificarla en todos los procedimientos cualquiera que sea su forma de iniciación. En concreto, en los casos de prescripción, renuncia del derecho, caducidad del procedimiento o desistimiento de la solicitud, así como de desaparición sobrevenida del objeto del procedimiento, la resolución consistirá en la declaración de la circunstancia que concurra en cada caso, con indicación de los hechos producidos y las normas aplicables. En consecuencia, se formuló un Recordatorio del deber legal de resolver de forma expresa también en los casos en que el menor cumpla los 6 años de edad (20000801).

## 10.4 ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES. CENTROS RESIDENCIALES

### 10.4.1 Repercusión de la pandemia de covid-19 y la crisis sanitaria en las residencias de mayores

Durante esta crisis sanitaria están siendo especialmente duras las experiencias de las personas mayores que se encuentran en centros residenciales y la de sus familias. En 2020, la institución ha recibido el testimonio de muchas personas enormemente preocupadas por la situación de sus familiares residentes en un centro de mayores. Ya antes del estado de alarma se habían limitado las visitas para evitar los contagios.

El Defensor del Pueblo, de oficio, y como consecuencia de la presentación de quejas, de carácter individual o colectivo, viene examinando desde hace tiempo la atención que se presta a los usuarios de los centros residenciales de todo el territorio nacional. Las actuaciones, consideraciones y conclusiones, con relación a muchos de los problemas que surgen en las residencias de mayores, han quedado recogidas en los diversos informes anuales presentados a las Cortes Generales.

Desde 2017, la institución ha dado prioridad a los derechos de los mayores en las residencias. A finales de ese año, inició actuaciones de oficio con todas las comunidades autónomas. En el informe anual de 2018 se plasmaron las conclusiones de carácter general, derivadas de esas actuaciones, tras recabar y analizar la información sobre la situación de la atención residencial que remitieron las consejerías competentes. Dicho análisis continuó a lo largo de 2019, y así se refleja en el informe anual correspondiente, del cual se ha publicado la separata *Atención a personas mayores. Centros residenciales*, disponible en la web institucional.

En ambos informes hay conclusiones muy relevantes para el legislador, estatal y autonómico, y para las administraciones autonómicas, sobre recopilación de datos, dispersión normativa, suficiencia de plazas y listas de espera, ratios de personal de atención directa, cualificación del personal, asistencia sanitaria, inspecciones, sujeciones físicas e ingresos involuntarios, aspectos todos ellos directamente relacionados con la prevención de las vulneraciones de derechos.

En síntesis, con el fin de reforzar la garantía de los derechos de los mayores en las residencias, el Defensor del Pueblo proponía reformas normativas que implicaban una mayor dotación de personal y una mejora de su formación, el refuerzo de la asistencia sanitaria, así como una mayor capacidad inspectora de las administraciones para hacer frente a los retos presentes y futuros de este sector.

Procede subrayar ahora dos de esas conclusiones:

- Las comunidades autónomas deben reforzar los servicios de inspección para que estén suficientemente dotados y puedan llevar a cabo su función de forma eficaz, vigilando que los centros mantengan los requisitos exigidos para el funcionamiento y la calidad del servicio de atención residencial de mayores. Es recomendable que se aprueben planes periódicos de inspección de los centros con indicadores sobre calidad, trato inadecuado y buenas prácticas. Las administraciones deben hacer un esfuerzo mayor en esa dirección.
- Para mejorar la calidad asistencial, el Consejo Territorial de Asuntos Sociales y Dependencia ha de estudiar y revisar al alza las ratios mínimas de personal de atención directa. Hay razones para pensar que

no son ya suficientes, dado que los usuarios con dependencia son más y su dependencia es mayor, y que son clave para una atención correcta y plenamente respetuosa con sus derechos. Las ratios deben establecerse por categorías profesionales. Es necesario, además, que las administraciones se impliquen en garantizar que el personal responde a la cualificación necesaria para el desarrollo de sus funciones.

Estas conclusiones encuentran su razón de ser en la escasez de medios y personal de muchos de los centros residenciales para personas mayores que se reparten por la geografía nacional. Problemas estructurales, frente a los que pretendía alertar el Defensor del Pueblo, que se han dejado ver con toda su crudeza en la actual crisis. Por eso, es preciso reconocer también el enorme esfuerzo que realizaron los trabajadores del sector de la atención residencial a personas mayores en circunstancias y condiciones muy complejas.

Ante la llegada de la pandemia, la dramática situación que se vivió en los primeros meses en muchos geriátricos refleja las dificultades del modelo para adoptar medidas suficientes de prevención y reacción, al tratarse de un modelo puramente asistencial, con medios muy escasos, que para la atención sanitaria depende del Sistema Nacional de Salud, a través de los servicios autonómicos de salud que se vieron desbordados. Esta era la situación cuando la enfermedad covid-19 entró a finales de febrero en cientos de residencias de toda España.

#### 10.4.2 Características de las quejas recibidas

El Defensor del Pueblo en los dos meses iniciales de crisis sanitaria recibió un número considerable de quejas, en las que los familiares de los residentes ponían de manifiesto carencias en la asistencia sanitaria y falta de información y transparencia por parte de los centros, así como problemas en la derivación a los hospitales.

Entre el 6 de marzo y 30 de abril llegaron al Defensor del Pueblo muchas quejas sobre residencias de mayores. La institución inició, además, diversas actuaciones de oficio con las consejerías de política social de las comunidades autónomas.

Las quejas reflejaban la situación dramática que se vivió en muchos geriátricos en los meses de marzo y abril: medios muy básicos y exiguos, insuficiente asistencia sanitaria, no derivación a los hospitales, falta de personal agravada por las bajas y cuarentenas causadas por el contagio, escasa formación e información sobre cómo proceder para combatir un brote y, en consecuencia, graves problemas de organización.

A partir del mes de mayo, las quejas de los ciudadanos, afectados directamente o no por la situación, han venido expresando su opinión sobre lo ocurrido, solicitando responsabilidad a distintas administraciones.

Otras quejas, más numerosas a medida que avanzaba el verano y el período llamado en su momento de «nueva normalidad», se centraban en los derechos de los usuarios, concretamente en el régimen de salidas y visitas, a menudo restringidas ante los rebrotes, considerando las limitaciones excesivas. Durante el tercer trimestre del año, este asunto ha sido el principal objeto de las quejas sobre residencias de mayores.

También han ido haciendo referencia a problemas relativos al retorno a las plazas por quienes decidieron abandonar las residencias en los peores momentos para evitar el contagio, o a las reclamaciones de cantidades económicas por el período de reserva de plaza o la liquidación tras el fallecimiento del usuario.

#### 10.4.3 Actuaciones concretas realizadas por la institución con las administraciones

La situación de desbordamiento vivida en muchos de los centros residenciales respecto a los que se recibían quejas, y el hecho de que las administraciones competentes se encontraran absorbidas por la gestión y reorganización de los recursos existentes, desaconsejaba en los dos primeros meses iniciar actuaciones individualizadas, caso por caso, ya que no hubiera permitido a la institución obtener información y resultados de forma rápida y eficaz. Por ello, se optó por iniciar actuaciones en las situaciones particulares más graves, dar información lo más amplia posible a los interesados a través de las normas publicadas y las comunicaciones oficiales, así como establecer vías de comunicación rápida con las consejerías, especialmente con las de Política Social y Sanidad.

En paralelo, se iniciaron actuaciones de oficio con todas las comunidades y ciudades autónomas y se trasladó al Ministerio de Sanidad las cuestiones más preocupantes que reflejaban las quejas.

#### ***Comunicado general inicial***

En un primer momento, en el comunicado general, realizado el 20 de marzo y aludido ya en el capítulo de asistencia sanitaria, el Defensor del Pueblo pidió que todas las administraciones incrementaran la dotación de recursos del sistema social, de la dependencia, y en especial del residencial, público o privado.

Recordó que el suministro de material de protección es imprescindible para los trabajadores sanitarios y demás personal asistencial, y también para habilitar, siempre

que fuera posible, el acompañamiento de familiares en los centros hospitalarios y en los centros sociosanitarios y residencias de mayores, o estructuras diferentes medicalizadas. También urgió a la ampliación de la realización de pruebas diagnósticas a residentes y personal.

### ***Ministerio de Sanidad***

El 25 de marzo, unos días después del primer comunicado, la institución dirigió una carta al ministro de Sanidad, como autoridad competente delegada, en la que remarcaba la necesidad de equipos de protección para el personal de las residencias y de pruebas diagnósticas para los residentes y el personal, así como la necesidad de mejorar la comunicación a los familiares.

La institución también expresó al ministro de Sanidad su preocupación por las informaciones y quejas que hacían referencia al uso de procedimientos de priorización de pacientes en las unidades de cuidados intensivos.

Como ya se ha indicado en el capítulo correspondiente a Sanidad, lo ético y exigible es singularizar clínicamente las decisiones de esta naturaleza aplicadas a cada paciente. Pueden existir guías, orientaciones, criterios que ayuden en las decisiones médicas, pero estas habrán siempre de singularizarse clínicamente y no incurrir en discriminación. Una denegación a grupos de personas, por edad o por discapacidad, no es admisible. Cada persona tiene unas características, un estado de salud, unas condiciones clínicas que los médicos tienen que valorar, y hay que dedicarle toda la atención que esa concreta persona precisa, con los recursos y medios materiales que haya disponibles.

En esa línea, el Ministerio de Sanidad hizo público el informe encargado a un grupo de trabajo especializado sobre los aspectos éticos ante la situación de pandemia, fechado el día 3 de abril. Rechaza cualquier forma de discriminación en la atención a los pacientes por su condición de edad o discapacidad.

Para que los médicos puedan tomar las decisiones éticas y deontológicas más difíciles, deben contar con todos los medios materiales imprescindibles para realizar su función y, también, con el respaldo decidido de las autoridades sanitarias. Es notorio que los profesionales sanitarios, y el personal de las residencias, se vieron completamente desbordados en algunos lugares y momentos. La situación en algunos momentos fue similar a una situación de medicina de catástrofe en la que no se pudo dar la mejor asistencia.

Las carencias estructurales en una situación así quedan al descubierto. Lo crucial ahora es prepararse para estar en las mejores condiciones si vuelve a producirse esta u



otra calamidad y, sobre todo, para que en las sucesivas olas pandémicas no vuelva a suceder.

### ***Consejerías de política social de las comunidades autónomas***

El 3 de abril, el Defensor del Pueblo inició actuaciones de oficio, de carácter general, con todas las consejerías de política social de las comunidades autónomas, competentes para la gestión ordinaria de sus servicios en orden a adoptar las medidas necesarias. Su objetivo principal era conocer de forma más completa la respuesta dada en cada territorio a la situación provocada en las residencias por la pandemia y determinar aspectos de mejora.

Ha de recordarse que el artículo 6 del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma, estipulaba claramente que cada Administración «conservaba las competencias que le otorgaba la legislación vigente en la gestión ordinaria de sus servicios».

En concreto, se solicitó información sobre:

- El refuerzo de la atención sanitaria en centros residenciales, públicos o privados; protocolos o instrucciones seguidas en la derivación de residentes a centros hospitalarios.
- La habilitación de centros y establecimientos públicos o privados para la atención monográfica por covid-19, previa segregación de grupos en función del grado de afectación (Orden Ministerial SND/265/2020, de 19 de marzo).
- Las dificultades y medidas adoptadas para la atención de los residentes en espacios separados.
- Las medidas de protección y seguridad de los trabajadores.
- Las medidas para facilitar información rápida y transparente a los familiares.
- Las medidas para facilitar visitas, o al menos contacto por videoconferencia o teléfono con los residentes.
- Las medidas para garantizar la retirada segura de las pertenencias de los fallecidos por covid-19.

Una vez transcurridos los primeros meses, con la pandemia más controlada, y ante el fin del primer estado de alarma, el Defensor del Pueblo amplió las investigaciones en curso, solicitando información sobre las previsiones relativas al funcionamiento en los

centros residenciales, ante el nuevo período que comenzaba. Entre otras cuestiones, se preguntó a las consejerías de política social acerca de:

- Las normas sobre organización de movilidad interna en los centros y protocolos en caso de posible contagio de usuarios y de trabajadores.
- Las condiciones y requisitos establecidos para la recepción de visitas, en las distintas fases de desescalada.
- Las condiciones y requisitos previstos para las visitas en los meses siguientes la denominada «nueva normalidad».
- Las recomendaciones sobre acondicionamiento de espacios, limitación del número de visitantes, circuitos de entrada, requisitos y condiciones establecidos para los paseos de los residentes.
- Las salidas fuera de la residencia: acompañamiento, medidas específicas de prevención frente a posibles contagios, circuitos preestablecidos, medidas preventivas a la vuelta al centro.
- Planes de contingencia sobre el funcionamiento de los centros en el caso de que se produzcan nuevos brotes de contagio, de forma que la respuesta resulte menos traumática para los usuarios afectados y sus familias, teniendo en cuenta los efectos psicológicos adversos por el confinamiento y el mayor aislamiento social y familiar.

Las administraciones fueron contestando y explicando, con distinto grado de detalle, las actuaciones realizadas y las numerosas normas y medidas adoptadas durante la primavera para intentar mejorar la seguridad y las condiciones de atención a los mayores en los centros residenciales y al personal que les atiende.

En las respuestas recibidas, las consejerías de política social destacan el liderazgo y protagonismo del Ministerio de Sanidad al principio y el papel central desempeñado por las consejerías de sanidad de las comunidades autónomas. En general, las consejerías con competencias sanitarias y de salud pública han adoptado un papel muy destacado, llegando incluso a intervenir totalmente la gestión de los centros residenciales. Las consejerías de política social han jugado, en algunos aspectos, un papel de apoyo y acompañamiento para la gestión de la crisis.

Ilustra este modelo de organización la Región de Murcia, donde los coordinadores sanitarios asumen atribuciones por motivos de salud pública, como el alta, la baja, reubicación y traslado de los residentes a otro centro residencial o asistencial.

Ese enfoque estaba ya en la Orden SND/275/2020 del ministro de Sanidad, de 23 de marzo, que detalla los motivos de posible intervención de los centros por las

administraciones autonómicas. La Orden SND/322/2020, de 3 de abril, por su parte, estableció nuevas medidas para atender necesidades urgentes de carácter social o sanitario en el ámbito de la situación de la crisis sanitaria ocasionada por la covid-19. Incorporó al personal y recursos del IMSERSO y modificó matices sobre las intervenciones de centros.

Se exponen a continuación los elementos y consideraciones más relevantes que se desprenden de las contestaciones oficiales sobre lo sucedido en las residencias en esos primeros meses.

### ***Distribución de los usuarios en grupos según su grado de afectación, protocolos de ubicación y aislamiento de pacientes***

Dependiendo de su estructura y tamaño, los centros residenciales presentaron mayores o menores dificultades para la distribución de los usuarios en grupos según su grado de afectación, tal como recogía la Orden SND/265/2020 del ministro de Sanidad, de 19 de marzo, de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros sociosanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la covid-19.

Los residentes debían clasificarse en cuatro categorías: a) residentes sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de covid-19; b) residentes sin síntomas, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado de covid-19; c) residentes con síntomas compatibles con la covid-19; d) casos confirmados de covid-19.

Estos protocolos de ubicación y aislamiento de pacientes, siendo adecuados, no consiguieron atajar rápidamente los brotes, porque llegaron cuando el SARS-CoV-2 ya estaba dentro de los centros.

Por otra parte, al haber una gran escasez de pruebas diagnósticas y aproximadamente un 30 % de casos asintomáticos, aunque se aislara en una planta a los casos sospechosos, en otra planta podían quedar residentes asintomáticos que seguían contagiando al resto.

Además, el tamaño grande de los centros ha podido ser un elemento determinante para la expansión del contagio. Según las estadísticas sobre residencias de Envejecimiento en Red (ENR) del CSIC, con datos de 2019, de las 5.417 residencias que se estima hay en España, hay 1.229 con más de 100 plazas, 1.520 entre 50 y 100, 1.479 entre 25 y 50 y 1.130 con menos de 25.

Algunas comunidades autónomas, cuyas residencias resultaron menos afectadas en la primera ola, habilitaron centros para la atención monográfica de residentes que resultaban contagiados y necesitaban vigilancia de sus síntomas. Esta experiencia

puede resultar una buena práctica contra el contagio de cara a las sucesivas olas que puedan sobrevenir. La reorganización del centro, creando grupos pequeños independientes entre sí y personal propio, puede ser otra útil estrategia preventiva.

### ***Refuerzo de la atención médica y de enfermería. Medicalización de las residencias***

Resulta importante subrayar que la mayor parte de los centros residenciales de personas mayores no cuentan con un servicio médico propio las 24 horas del día, sino que se apoyan y coordinan con los servicios de salud de su zona correspondiente.

Las normas autonómicas sobre centros de mayores los definen como establecimientos de servicios sociales no sanitarios, de alojamiento, convivencia y atención social, donde la atención sanitaria y farmacológica que se presta al residente es complementaria a la pública que le corresponda, garantizando el acceso de los usuarios a los recursos sanitarios públicos.

Pese a los esfuerzos que todas las comunidades autónomas realizaron para asistir a las residencias de mayores, esfuerzos que han trasladado en sus contestaciones oficiales al Defensor del Pueblo, las quejas y noticias reflejan que, en las primeras semanas de la pandemia, en algunos centros con gran número de residentes contagiados no se consideró adecuado derivarlos a los hospitales, pero tampoco llegó asistencia médica ni de enfermería suficiente, ni medicamentos ni oxígeno, para atender a los residentes para los que no estaba indicada la hospitalización. Tampoco llegaban las pruebas diagnósticas, ni los equipos de protección individual (EPI).

Como se ha explicado en el capítulo de asistencia sanitaria, en esos dos primeros meses los hospitales en algunas comunidades autónomas atendían muy por encima de su capacidad máxima. Muchos centros habían reconvertido sus plantas para dedicarlas casi en exclusiva a la atención de infectados por el coronavirus.

Las UCI de toda España apenas podían atender la emergencia causada por el virus y tuvieron que aumentar a pasos forzados sus camas, reorganizando espacios y funciones del personal, hasta prácticamente duplicarlas. Tampoco los médicos de los centros de salud o los equipos de cuidados paliativos tenían capacidad de respuesta porque la atención primaria se encontraba también saturada o habían acudido a reforzar la atención hospitalaria. En esas circunstancias, en ocasiones no pudo darse la mejor asistencia.

Los expertos en geriatría y en medicina interna señalan que el traslado al hospital no siempre es lo mejor para pacientes mayores, muy frágiles y con una enfermedad infecciosa grave, como la covid-19. Pero, para decidir, como ya se ha dicho, hay que

hacer una valoración individual con criterios clínicos, nunca con restricciones genéricas referidas únicamente a una determinada condición como la edad o la discapacidad.

Por otra parte, en caso de no indicación médica de hospitalización, tiene que garantizarse que en la residencia el mayor tendrá la atención sanitaria debida, con personal médico y de enfermería, cualificado y entrenado, y medicación adecuada como sedantes y oxígeno. Por eso, si los residentes no van al hospital, el hospital tiene que ir a la residencia. Ante la no derivación a los hospitales se debían medicalizar las residencias, algo que no ocurrió en todos los territorios durante los dos primeros meses de la pandemia, o sucedió tarde o de forma insuficiente. Hay comunidades que lo hicieron y otras que no. Y en todas llegaron tarde los EPI y las pruebas diagnósticas.

Algunas comunidades, como el Principado de Asturias, optaron por la medicalización de varios centros residenciales y la adscripción de personal sanitario por parte del Servicio de Salud para dirigir la asistencia médica de 24 centros de la red pública y privada de personas mayores o con discapacidad. De otra parte, se habilitaron plazas de alojamiento turístico como centros de descanso para los profesionales sociosanitarios de centros residenciales adscritos y concertados, que hubieran sido contactos estrechos de casos posibles, probables o confirmados de covid-19.

En otras comunidades se anunciaron medidas para la medicalización de las residencias, pero dichas medidas no siempre se materializaron con la capacidad y rapidez que hubieran sido necesarias. Hicieron falta muchas semanas para lograr organizar un apoyo sanitario relevante a las residencias de mayores con personal médico y de enfermería.

### ***Medidas de protección y seguridad de los trabajadores***

Respecto a las medidas de protección y seguridad de los trabajadores, todas las consejerías hacen referencia a que el personal tuvo acceso desde el inicio a la formación y protocolos de actuación que se han ido sucediendo a medida que mejoraba el conocimiento sobre la transmisión de la enfermedad.

Coinciden también en las dificultades iniciales para disponer de las medidas de protección adecuadas como mascarillas, gel hidroalcohólico y equipos de protección individual (EPI), que en los primeros momentos eran muy difíciles de adquirir en el mercado.

Es sabido que este ha sido uno de los graves problemas planteados en las primeras semanas de la pandemia. Resulta obvio que los centros no reaccionaron rápido ante las primeras señales de alerta, y tampoco fueron advertidos por las administraciones competentes. Aunque sí se han descrito algunas loables excepciones

en distintas partes del país, que sí promovieron medidas preparatorias con cierta antelación.

No se adquirió ni almacenó material de protección y el mercado internacional se encontró durante semanas muy tensionado, con una alta demanda para bienes que escaseaban y proveedores esperando al mejor postor. El material finalmente llegó (y también se fabricó en España), pero tardó en hacerlo.

Alguna comunidad, como Cantabria, afirma que desde el inicio de la pandemia ha facilitado medidas de protección y seguridad a los trabajadores en los centros de titularidad pública. Añade que, en un inicio, se facilitaron también directamente desde los servicios públicos a los centros privados, aun siendo responsabilidad de cada empresa, atendiendo a la escasa disponibilidad en los mercados.

#### ***Funcionamiento de los centros en la llamada «nueva normalidad»***

Al segundo conjunto de cuestiones planteadas por esta institución, relativas al funcionamiento de los centros en la llamada «nueva normalidad» y a las medidas de prevención y organización dirigidas a evitar los rebrotes en las residencias, no han contestado todas las comunidades autónomas, habiendo optado muchas por centrar sus informes en las cuestiones referidas a la primera ola. Las que lo han hecho acompañan las normas y protocolos aprobados, muy numerosos en todas. En consecuencia, el Defensor del Pueblo ha procedido a requerir esa información complementaria.

Debe destacarse que a partir de julio el número de quejas se redujo de forma notable y no ha reflejado nada parecido a las dramáticas circunstancias vividas en la primavera de 2020, en consonancia con una mejora de la situación, en la que los planes de contingencia, el aislamiento de los centros del exterior con restricciones de salidas y vistas, la existencia de EPI y pruebas diagnósticas, los protocolos de funcionamiento, la experiencia acumulada, una mejor asistencia sanitaria y la derivación de pacientes a los hospitales cambiaron el escenario. Las negativas repercusiones del aislamiento de los centros sobre los mayores residentes, en algunos territorios muy estricto, constituyeron a partir de ese momento el motivo principal de las quejas.

#### **10.4.4 Recomendaciones a las consejerías de política social de las comunidades autónomas**

A la vista de los dramáticos datos de afectados y fallecidos en residencias que se iban conociendo, el 24 de abril de 2020, el Defensor del Pueblo estimó preciso incidir en el refuerzo de las medidas de atención sanitaria y en otros derechos de las personas mayores en centros residenciales postergados frente a la urgencia de proteger la vida.

Por ello, dirigió siete Recomendaciones a todas las comunidades autónomas para que mejoraran la atención sanitaria de los residentes en centros de mayores, la información que se proporcionaba a sus familias y la protección de sus derechos.

Las Recomendaciones se dirigieron a todas las comunidades autónomas, aun siendo consciente esta institución del esfuerzo realizado en algunas, que ya en esa fecha habían aprobado protocolos, guías de actuación y medidas que respondían a todos o alguno de los aspectos recomendados.

En concreto, las Recomendaciones fueron las siguientes:

1. Reforzar en los centros residenciales la asistencia sanitaria a los enfermos por covid-19 sin indicación de hospitalización mediante una mejor coordinación con las consejerías de sanidad, para lograr un adecuado soporte médico y de enfermería, al menos mediante la adscripción presencial y provisional de personal sanitario de refuerzo, la entrega del equipamiento sanitario preciso para la función asistencial, el suministro de equipos de protección individual para el personal y la realización de pruebas diagnósticas a todos los residentes y al personal del centro.
2. Suplir las bajas laborales de los trabajadores de las residencias de mayores desde los proveedores de servicios (o, en su defecto, desde la autoridad correspondiente) para poder garantizar el cuidado adecuado (higiene, alimentación, movilización, etc.) de las personas mayores.
3. Adoptar las medidas precisas para garantizar la información continua y completa, y al menos diaria, a la persona designada por la familia del residente sobre su situación de salud, actividades, comidas y demás aspectos de interés, sin perjuicio de procurar herramientas de comunicación directa o telemática.
4. Facilitar información a la familia en caso de traslado dentro del centro o de derivación a otro centro residencial u hospitalario.
5. Mantener informado regularmente al representante de la familia de la situación general en que se encuentra la residencia en cuanto a usuarios afectados por covid-19 (fallecidos, confirmados y con síntomas compatibles), recursos disponibles e incidencias de personal.
6. Permitir que los mayores no contagiados puedan, de forma voluntaria y temporal, volver con sus familias durante esta crisis del coronavirus, sin pérdida de plaza, y siempre que sea posible de conformidad con los requisitos para la protección de la salud pública que se establezcan.

7. Adoptar protocolos que permitan facilitar la despedida al menos a un miembro de la familia en los casos de estado clínico terminal. En opinión de la institución, el proceso de muerte debe ser lo más humanizado y digno que sea posible, sin perjuicio de garantizar la seguridad del resto de usuarios, trabajadores y del propio familiar. Igualmente, se debe procurar, si así lo solicita el enfermo, atención espiritual al residente según sus creencias.

Las comunidades autónomas, diputaciones forales y las ciudades autónomas manifestaron expresamente la aceptación de todo lo recomendado si bien la forma en que se pone en práctica varía notablemente de unas a otras. El Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de Cataluña ha contestado que no son de su competencia, sino del Departamento de Salud, que ha contestado recientemente. A continuación, se describen someramente las respuestas recibidas.

***Refuerzo en los centros residenciales de la asistencia sanitaria, suministro de equipos de protección individual y realización de pruebas diagnósticas***

Respecto al refuerzo médico y de enfermería, aparte de lo reseñado en el apartado anterior, en las contestaciones recibidas se pone de manifiesto un incremento de los esfuerzos a partir de los momentos iniciales de la pandemia. En general, los protocolos sobre movilidad y sectorización de usuarios y para la intervención sanitaria han sido consensuados con las consejerías con competencia en materia de sanidad.

En todos los territorios se ha incrementado la atención sanitaria presencial desde los servicios de salud y, en algunos casos, se han reforzado los centros con personal propio y del servicio de salud correspondiente.

También se han dictado normas para la posible intervención de las residencias por parte de las administraciones competentes en caso de ser necesario para garantizar la salud y el bienestar de los usuarios. En Madrid se hizo uso de esta medida en 13 residencias durante el estado de alarma.

La totalidad de las administraciones coinciden en afirmar que se ha facilitado material desde las consejerías a las residencias que lo han necesitado, si bien destacan las dificultades encontradas en los primeros momentos para el aprovisionamiento en el mercado de los necesarios equipos de protección individual, mascarillas, gel hidroalcohólico y otros materiales.

Las respuestas sobre las pruebas diagnósticas realizadas a los usuarios y personal de los centros residenciales varían mucho, en función del número de residencias de cada territorio, de la afectación de la pandemia e incluso de la fecha en



que se ha enviado la respuesta a la institución. En general, indican que se realizan pruebas cuando se detecta algún caso en el centro y para la distribución de usuarios en el mismo. En los últimos meses se hacen con carácter más generalizado siendo incluso una exigencia para los usuarios que reingresan y para los nuevos trabajadores.

### ***Cobertura de las bajas laborales de los trabajadores de las residencias de mayores***

En cuestiones de personal, todas las comunidades indican que han adoptado medidas para suplir las bajas laborales de los trabajadores de las residencias de mayores y muchas afirman que se han incrementado las plantillas a partir de la pandemia. A título de ejemplo, el Principado de Asturias manifiesta que posibilitó la contratación de profesionales para reforzar las actividades de cuidado y en algún centro se llegó a triplicar el personal a fin de facilitar la sectorización. La Diputación Foral de Guipúzcoa y la Comunidad de Cantabria dejan constancia de que han movilizado el personal de los centros de día, cerrados durante la pandemia, para reforzar las plantillas de los centros residenciales.

La Comunidad de Madrid informa de que, además de reforzar las plantillas de los centros propios con profesionales de los centros en que se suspendió la actividad durante la pandemia, autorizó la celebración de 2.070 contratos eventuales para centros públicos, con una duración de un mes e importe de 17 millones de euros. En general, se promovió la incorporación de médicos de atención primaria y de mutuas, y se colaboró con las empresas y patronales del sector, facilitando información y listados para la contratación de personal sanitario ante el aumento de bajas y las dificultades para encontrar personal sanitario por la gran demanda hospitalaria.

La Rioja mantiene contacto telefónico diario con las residencias de la comunidad autónoma, y ha organizado un sistema de apoyo para facilitarles personal y minimizar el esfuerzo que desde cada centro debían hacer para la captación de personal. En cifras, a 30 de abril 240 personas se habían ofrecido y se habían colocado 145 profesionales en un total de 20 centros.

### ***Información continua y completa, y al menos diaria, con la familia del residente***

Todas las consejerías responsables comparten la necesidad de mantener informados a los familiares sobre la situación del residente e intensificar el contacto a través de medios telefónicos o telemáticos. Por ello, todas han aceptado la Recomendación del Defensor del Pueblo de adoptar las medidas precisas para garantizar la información continua y completa, y al menos diaria, con la persona designada por la familia del residente sobre

su situación de salud, actividades, comidas y demás aspectos de interés, sin perjuicio de procurar herramientas de comunicación directa o telemática con el propio usuario.

En cuanto a su puesta en práctica, hacen referencia a la aprobación de protocolos y adquisición de recursos materiales, instalación de acceso a internet, y adquisición por diversas vías de teléfonos y tabletas. La Junta de Castilla y León ha puesto de manifiesto la inclusión de las Recomendaciones de esta institución relacionadas con la información a los familiares en el 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.

Las administraciones implicadas, no obstante, dejan constancia de las dificultades prácticas para la comunicación diaria en algunos centros y con aquellos residentes con mayor deterioro físico o cognitivo.

Así, la Agencia Madrileña de Atención Social, durante los momentos de mayor incidencia de la crisis estableció tres niveles: 1) los enfermos en centro hospitalario con cuyos familiares contactan los profesionales todos los días; 2) los usuarios con aislamiento en el centro, para quienes se prioriza una comunicación diaria con los familiares, y 3) el resto de los usuarios sin restricciones en el centro, con los que la comunicación se realiza en días alternos.

Esa agencia pone de manifiesto también que remitió a todos sus centros residenciales el Plan de Comunicación con los familiares, tutores o personas de referencia de los usuarios de los centros residenciales de la Agencia Madrileña de Atención Social durante la crisis generada por la infección por coronavirus, cuyos objetivos eran asegurar el mantenimiento de un cauce de comunicación bidireccional eficaz y satisfactoria entre los familiares o personas de referencia y los residentes, así como mantener un buen nivel de confianza por parte de los familiares en la atención prestada a los residentes que viven en el centro.

La Diputación Foral de Bizkaia, además de la adquisición de material para la comunicación, informa de que ha establecido como criterio la llamada de un profesional a la familia al menos cada 48 horas y videollamada directa con la persona usuaria al menos cada 5 días.

La Rioja, teniendo en consideración el elevado número de usuarios de algunas residencias, se plantea solicitar a los centros residenciales el diseño de un protocolo de información continuada a las familias donde se articulen distintos extremos como periodicidad, tipo de llamada, medios telemáticos utilizados, o seguimiento de las comunicaciones.

Por otra parte, en distintas actuaciones concretas sobre casos individuales, se ha constatado que los centros residenciales procuraron cumplir las normas fijadas por la

comunidad autónoma. Ahora bien, en ocasiones, sobre todo en los centros con mayor número de usuarios, o en los que se vieron desbordados, resultó complicado dar respuesta al incremento exponencial de llamadas de familiares y armonizarlo con la actividad diaria laboral del personal tras la suspensión de las visitas, una vez se había decretado el estado de alarma. En general, establecieron procedimientos de llamadas periódicas a los familiares de los residentes para transmitirles información sobre su estado de salud.

Esta institución estima necesario que se haga un esfuerzo en este aspecto. La comunicación de los residentes con sus familias de manera frecuente es esencial, máxime cuando se limitan las visitas y las salidas por razones de salud pública y de prevención de contagios.

#### ***Información a la familia en caso de traslado dentro del centro o de derivación a otro centro residencial u hospitalario***

También todas las consejerías de política social coinciden en la procedencia de informar a los familiares del usuario cuando se produzca algún cambio en su ubicación, si bien alguna comunidad autónoma puntualiza que la decisión la debe adoptar la Administración o la residencia, en función de las necesidades y de la sectorización impuesta por las normas relativas a la pandemia. No obstante, el incumplimiento de la obligación de informar a la familia puede dar lugar a la imposición de penalidades graves en algunos territorios, como La Rioja.

#### ***Información regular al representante de la familia de la situación general en que se encuentra la residencia en cuanto a usuarios afectados por covid-19***

La Recomendación de mantener informado regularmente al representante de la familia de la situación general en que se encuentra la residencia, en cuanto a usuarios afectados por covid-19 (confirmados y con síntomas compatibles, y fallecidos), recursos disponibles e incidencias de personal, ha suscitado las mayores diferencias.

La Rioja refiere que esta información se debe facilitar por la residencia en el marco de sus protocolos de comunicación con las familias. Cantabria, en cambio, afirma que el Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS) está en disposición de coordinar la ejecución de esta medida.

La Diputación Foral de Bizkaia deja constancia de que, en las inspecciones realizadas desde el pasado 30 de marzo, se ha comprobado que los centros están informando de la situación sanitaria de cada persona y también de la situación general que se está viviendo en el centro. La respuesta de esa diputación indicaba que ese

aspecto se ha comprobado en todas las residencias de su territorio y que se haría hincapié en la segunda vuelta de inspecciones.

Desde el Principado de Asturias informaron de que durante toda la primavera se llevó a cabo una política de total transparencia sobre la afectación de la covid-19 en las residencias, con una publicación diaria en la web *socialasturias* que, desde el 19 de junio, pasó a incluirse en los datos que facilita la página web de sanidad, menos detallados.

Navarra informó de que esta práctica no había sido generalizada en todos los centros residenciales, aunque algunos sí habían dado información periódica a los familiares sobre el estado de la situación, sin poder precisar cuántos. Por parte del Departamento de Derechos Sociales se hizo pública la información relativa a cada uno de los centros residenciales en los términos que recomendó el Defensor del Pueblo.

De forma similar, en Castilla y León la información relativa a la situación de las residencias en cuanto a contagios y fallecimientos es trasladada desde la Gerencia de Servicios Sociales a las autoridades sanitarias correspondientes, siendo objeto de publicación en la web de la Junta de Castilla y León. Murcia informó de la puesta en marcha de un teléfono gratuito de información relacionado con las competencias y gestión del Instituto Murciano de Atención Social.

La Comunidad de Madrid remitió información poco clara sobre esta Recomendación, por lo que se solicitó una ampliación. No obstante, en actuaciones realizadas ante reclamaciones concretas, el Defensor del Pueblo ha podido comprobar que la consejería dio instrucciones a las residencias de titularidad privada para que informaran a los familiares de la situación de la residencia y del residente, mediante carta, o circular informativa, o telefónicamente si fuese necesario.

***Permitir que los mayores no contagiados puedan, de forma voluntaria y temporal, volver con sus familias durante la crisis, sin pérdida de plaza***

La Recomendación de permitir que los mayores no contagiados puedan, de forma voluntaria y temporal, volver con sus familias durante la crisis del coronavirus, se acepta en todas las comunidades autónomas, muchas de las cuales ya lo estaban permitiendo e incluso fomentando. Sin embargo, las condiciones en que se permite varían notablemente de unas comunidades a otras.

Así, las diputaciones forales de Gipuzkoa y Bizkaia reconocen el derecho a reserva de plaza con suspensión del precio público durante el tiempo que dure el período de alerta sanitaria. En Gipuzkoa, además, se facilitan ayudas técnicas y económicas en función de las circunstancias.

En la Comunitat Valenciana, el usuario que deja la residencia puede optar por la suspensión temporal de la prestación del servicio de residencia, en cuyo caso mantiene el derecho a ocupar la misma plaza al retorno, debiendo cumplir con las obligaciones administrativas y el abono de las tasas correspondientes. Si el usuario elige la baja de la prestación del servicio, se entiende que existe una renuncia y, en este caso, una vez finalizado el estado de alarma podrá volver a solicitar el recurso para la atención a personas en situación de dependencia. La Rioja ha adoptado un protocolo con condiciones similares a estas.

Andalucía, en principio, amplió a 60 días la reserva de plazas por ausencia voluntaria en las residencias, y la Administración asumió el 100 % del coste de las plazas vacantes por fallecimiento durante la suspensión de nuevos ingresos.

La Región de Murcia reconoce la posibilidad de volver con la familia y conservar el derecho a la plaza en residencia, y ha establecido una bonificación del 50 % del precio público para estos casos.

En la Comunidad Foral de Navarra se ha permitido la salida al domicilio familiar de cuantos residentes (y/o familias) lo han propuesto. Asimismo, también se ha permitido el regreso al centro cuando las personas usuarias así lo han requerido por diferentes motivos. En este caso, se comprobaba mediante test PCR la presencia o no de infección activa para poder realizar la ubicación adecuada dentro del centro residencial.

La Comunidad de Madrid, además de informar de que ha adoptado un protocolo que solo condiciona el retorno a los centros propios a que el usuario no presente sintomatología compatible con la covid-19 o que tenga prueba PCR negativa, señala que en los dos primeros meses del estado de alarma se habían comunicado 212 traslados voluntarios con la familia, con reserva de plaza en residencias concertadas, contratadas y de gestión indirecta.

No obstante, desde la finalización del primer estado de alarma, se han recibido quejas de ciudadanos a los que no se les prorrogaba la reserva de plaza una vez superado el plazo contemplado por la normativa ordinaria y, dada la situación de la pandemia, no se atrevían a llevar a sus familiares de vuelta a la residencia.

Sobre este asunto la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid, ha manifestado que, atendiendo a las circunstancias de la pandemia, se están estudiando las circunstancias de cada persona y se están autorizando prorrogas de ausencias de la residencia, mientras se mantenga la actual situación de crisis sanitaria (20020713, 2002249 y 20023455).

Durante el período en que los usuarios han permanecido voluntariamente en el domicilio de sus familiares, manteniendo la plaza reservada, varias comunidades autónomas han mantenido la participación económica en el coste del servicio del

usuario, en concepto de precio público, al tratarse de una contraprestación satisfecha por la prestación de un servicio. La Comunidad de Madrid se remite al Decreto Legislativo 1/2002, de 24 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Tasas y Precios Públicos de la Comunidad de Madrid, según cuyo artículo 30, cuando por causas no imputables a la persona obligada al pago, no se preste el servicio procederá la devolución del importe que corresponda. Dado que, durante el estado de alarma, las residencias se mantuvieron en funcionamiento y los usuarios pudieron permanecer en ella, como lo hicieron otros residentes, se mantiene su aportación económica (20022043).

***Adopción de protocolos que permitan facilitar la despedida, al menos a un miembro de la familia, garantizando la seguridad***

Las respuestas a esta Recomendación son dispares, aunque todas las administraciones manifiestan compartir su necesidad. La Consejería de Servicios Sociales y la Ciudadanía de La Rioja informa de que, con fecha 16 de abril de 2020, se remitió a los centros residenciales el Protocolo de acompañamiento en los últimos momentos, que recibió una valoración muy positiva desde los centros.

El Principado de Asturias, también en abril, puso en marcha el protocolo de confinamiento y acompañamiento al final de la vida, que trata de acercar, con las medidas de protección adecuadas, a los familiares del residente que esté en una situación de cuidados paliativos en las residencias geriátricas.

Castilla y León incluye, en su guía de actuación para los centros dependientes de la gerencia de servicios sociales, un protocolo de acompañamiento a residentes que estén próximos a fallecer o cuando concurra cualquier otra circunstancia que lo justifique.

De forma similar, la Diputación Foral de Bizkaia contempla tres situaciones exceptuadas de la suspensión absoluta de visitas. Estas son: situaciones de cuidados al final de la vida, situaciones cognitivas que imposibiliten la comprensión, y situaciones psico-emocionales en las que los profesionales valoren necesario el contacto con la familia.

Navarra comunicó que se había excepcionado de la prohibición de visitas de los familiares los casos en situación de últimos días y aquellos en los que, a criterio del personal del centro, fuera imprescindible por la situación conductual de la persona residente. Surgieron algunas dificultades para el cumplimiento de la excepción por las restricciones de movilidad impuestas por el estado de alarma, ya que esta no estaba contemplada entre las situaciones que permitían el traslado a otros municipios. Tras las negociaciones realizadas con la delegación del Gobierno y consensuar nuevamente el

protocolo con el Departamento de Salud, se autorizaron las visitas en situación de últimos días.

La Comunitat Valenciana se remite al protocolo de acompañamiento al final de la vida en hospitales. Cantabria considera suficiente la remisión a la cláusula «salvo circunstancias individuales en las que sean de aplicación medidas adicionales de cuidados y humanización, que adoptará la dirección del centro». Andalucía informa de que seguirá trabajando en la adopción de protocolos y buenas prácticas para el final de la vida con la inclusión de procesos de muerte digna.

La Región de Murcia y la Comunidad de Madrid aceptan la Recomendación, y esta última informa de que, el 5 de mayo, la Agencia Madrileña de Atención Social estableció un protocolo específico junto con la Consejería de Sanidad, con las oportunas indicaciones para asegurar el acompañamiento en los últimos momentos de la vida, contemplando las medidas de prevención y la asistencia espiritual al residente. La Comunidad Autónoma de Canarias informa que la Orden conjunta de 27 de julio de 2020 obliga a garantizar el acompañamiento de las personas que se encuentren en proceso terminal inminente.

#### 10.4.5 Restricciones a visitas y salidas de las residencias de mayores

El Ministerio de Sanidad aprobó, el 5 de marzo de 2020, la *Guía de prevención y control frente al covid-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial*. Esta guía no era de obligado cumplimiento, pero contenía recomendaciones que siguieron todas las comunidades autónomas. Fue revisada el 24 de marzo. Siguiendo la guía, las comunidades autónomas adoptaron medidas relevantes para intentar contener la expansión de la enfermedad dentro de los centros residenciales tales como restringir todas las visitas y salidas y clausurar las zonas comunes, salvo excepciones para deambulación inevitable.

Más adelante, la Orden SND/380/2020, de 30 de abril, en materia de actividad física y paseos, excluyó a los residentes en centros de mayores de la posibilidad de salir fuera del centro, según la habilitación prevista por tramos horarios. Quince días después, la Orden SND/414/2020, de 16 de mayo, para la flexibilización de determinadas restricciones de ámbito nacional establecidas tras la declaración del estado de alarma en aplicación de la fase 2 del Plan para la transición hacia una «nueva normalidad» (modificada por el artículo 5.2 de la Orden SND/440/2020, de 23 de mayo), autoriza a las comunidades autónomas y a las ciudades autónomas a permitir las visitas a los residentes de viviendas tuteladas, centros residenciales de personas con discapacidad y centros residenciales de personas mayores, así como la realización de paseos por los

residentes. A partir de ese momento corresponde a las comunidades y ciudades autónomas establecer los requisitos y condiciones en las que se pueden realizar.

El 21 de junio expiró la vigencia del estado de alarma y se inició un período que supone la continuación de algunas de las medidas extraordinarias de prevención y protección frente a la covid-19 hasta que pueda ser declarado el final de la crisis sanitaria. Gran parte de los centros residenciales volvieron a una cierta normalidad, se permitieron visitas de familiares, con considerables limitaciones, y los residentes comenzaron a poder salir del centro y realizar paseos.

El ordenamiento jurídico español contempla la adopción de medidas especiales de protección de la salud pública en situaciones de grave riesgo, con el fin de controlar las enfermedades transmisibles. El marco de referencia legal lo constituyen la Ley Orgánica 3/1986, de Medidas Especiales de Salud Pública (LOMESP), la Ley 14/1986, General de Sanidad, y la Ley 33/2011, General de Salud Pública, así como las leyes de salud pública de las comunidades autónomas.

A su vez, el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, establece el marco básico de prevención y control frente a la covid-19, aplicable en todo el Estado para el período denominado «nueva normalidad», que el Gobierno aprobó, con la conformidad posterior de las Cortes, en virtud de su competencia en materia de bases y coordinación de la sanidad (artículo 149.1.16 CE).

Al amparo de este marco legal, los gobiernos autonómicos, en tanto que autoridades sanitarias y administraciones competentes en materia de salud, han ido adoptando sucesivas órdenes y decretos con medidas para la prevención y control de la pandemia, en función de la correspondiente situación epidemiológica en sus territorios, sus características específicas y sus concretas necesidades.

Así, ante los rebrotes y el incremento progresivo de contagios, la totalidad de los gobiernos autonómicos ha impuesto restricciones en algunas actividades sociales o económicas y limitaciones del derecho de reunión, la libertad de movimientos o la libre circulación, con alcance general.

De acuerdo con el ordenamiento y la jurisprudencia constitucionales, los derechos fundamentales no son absolutos ni ilimitados. En ocasiones, pueden y deben ceder en su confrontación con otros derechos fundamentales u otros bienes constitucionales para cuya garantía puede ser necesario restringirlos.

El Tribunal Constitucional admite que mediante ley orgánica, e incluso mediante ley ordinaria (en función del grado de afectación del derecho fundamental), se permita la adopción de medidas concretas que limiten el ejercicio de determinados derechos fundamentales, sin necesidad de acudir a la excepcionalidad constitucional que implica la declaración de un estado de alarma, y siempre que esta limitación se encuentre



suficientemente acotada en la correspondiente disposición legal de habilitación en cuanto a los supuestos y fines que persigue, de manera que resulte cierta y previsible, y esté justificada en la protección de otros bienes o derechos constitucionales.

Una ley orgánica puede, por tanto, permitir a las autoridades sanitarias autonómicas la adopción de medidas que limiten derechos fundamentales de manera general en una situación concreta de grave riesgo para la salud pública, como lo es la pandemia de covid-19 y la emergencia sanitaria que ha provocado, con el fin de garantizar el control de brotes epidemiológicos y el riesgo de contagio.

Eso es lo que precisamente hace la LOMESP, en su artículo 3, que se complementa con lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley General de Sanidad y el 54.1 de la Ley General de Salud Pública.

Dispone este precepto legal que «[C]on el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible».

El segundo inciso del artículo, «así como las medidas que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible», no limita ni restringe el tipo de medidas que pueden adoptar las autoridades autonómicas sanitarias para controlar el riesgo de una enfermedad transmisible. Pueden adoptar las medidas generales que se consideren necesarias a tal fin, siempre que sean proporcionadas.

Si las medidas no pudieran ser de alcance general, el segundo inciso resultaría redundante y carecería de sentido. No debe interpretarse una cláusula legal en un sentido que le priva de efecto. Ha de presumirse que el legislador, al añadir este segundo inciso al artículo 3, pretendía regular la posibilidad adicional de adopción de medidas que afectaran a personas distintas de «los enfermos, las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y a las situadas en el medio ambiente inmediato», mencionados en el primer inciso. Por otra parte, nada hay en el tenor literal del artículo que permita distinguir en función del número de afectados. Si la ley no distingue, no cabe una interpretación que sí haga distinciones.

El Defensor del Pueblo considera que una cabal interpretación del artículo 3 de la LOMESP ampara la posibilidad de que las administraciones competentes adopten, en un contexto de emergencia sanitaria, medidas de carácter general que limiten derechos de amplios sectores de la población para proteger la salud de los ciudadanos y evitar la propagación de la epidemia. Tal es la previsión del último inciso de dicho precepto.

Como garantía adicional, está previsto legalmente que aquellas medidas adoptadas por la autoridad sanitaria autonómica que impliquen restricción de un derecho fundamental, cuando sus destinatarios no estén identificados individualmente, requieran de ratificación judicial por los tribunales superiores de justicia, que deberán pronunciarse con carácter preferente y en un plazo máximo de tres días naturales (artículo 10.8 y 122 *quater* de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa, tras la reforma operada por la Ley 3/2020, de 18 de septiembre). Existe así, un instrumento automático para el control de la legalidad y la proporcionalidad de tales medidas por parte de los tribunales.

Además, las disposiciones administrativas que aprueban las medidas deben razonar suficientemente en sus preámbulos que su adopción contribuye a mejorar la situación sanitaria con la evidencia científica conocida, el concreto ámbito geográfico en el que se imponen y el resto de consideraciones que permitan verificar que no se ha incurrido en excesos a la hora de limitar los derechos de la ciudadanía.

También deben incluir una justificación suficiente de su absoluta e imperiosa necesidad, pues la jurisdicción contencioso-administrativa anula las disposiciones restrictivas de derechos cuando en su propio texto no justifican suficientemente su necesidad, sin que sea admisible aportar una justificación con ocasión del ulterior proceso que las enjuicie. En este punto, las normas deben hacer un esfuerzo pedagógico que permita a los tribunales de justicia llevar a cabo el juicio de su necesidad, idoneidad y proporcionalidad. La omisión de justificación, la justificación insuficiente, o la desproporcionalidad de las medidas respecto de la justificación expuesta, conducirían a su no ratificación o posterior anulación.

En suma, el Defensor del Pueblo estima que resulta constitucional que las autoridades sanitarias autonómicas, en un contexto de emergencia sanitaria y dentro del marco jurídico mencionado, en especial al amparo del artículo 3 de la LOMESP, acuerden medidas de protección de la salud pública que supongan limitaciones temporales de derechos fundamentales de alcance general, siempre que justifiquen adecuadamente, en cualquier caso, su necesidad, idoneidad y proporcionalidad. Todo ello, siendo consciente esta institución de que existe un debate doctrinal al respecto, con el pleno respeto a las opiniones discrepantes, a las decisiones de los órganos judiciales y al pronunciamiento último que, en su momento, pueda emitir el Tribunal Constitucional.

Por lo que se refiere a los centros residenciales, al amparo del marco jurídico descrito, las consejerías de sanidad han ido aprobando, desde el comienzo del verano, distintas medidas, en función de la evolución y de los diferentes datos epidemiológicos, lo que ha tenido como resultado que se hayan limitado las visitas y en ocasiones las salidas de los residentes de los centros, a veces incluso se ha impuesto una prohibición absoluta.

Resulta lógico y adecuado que los centros residenciales de personas mayores hayan sido uno de los ámbitos de mayor preocupación para las administraciones competentes dada la grave incidencia que tuvo en ellos la pandemia en su primer embate. Han sido muy numerosos los contagios en centros residenciales y desgraciadamente, muchos los fallecimientos de personas atendidas en estos establecimientos. Factores de riesgo alto, como la inevitable convivencia estrecha entre trabajadores y residentes, y la especial fragilidad de muchos mayores, han forzado a las administraciones responsables a ser especialmente prudentes en cuanto a las condiciones para ingresos, salidas y visitas. Están en juego los derechos a la vida, la salud y la integridad física de los residentes. También de los trabajadores.

Por ello, a juicio de esta institución, es claro que la limitación de derechos fundamentales que puedan implicar las medidas adoptadas persigue la protección de derechos y bienes constitucionalmente protegidos.

No obstante, el Defensor del Pueblo quiere dejar constancia de las dudas que plantea la imposición de prohibiciones absolutas de salidas de residentes de sus centros, ya que suponen una afectación intensa de su libertad de movimientos que, en caso de establecerse en cualquier circunstancia y sin posibilidad alguna de modulación, puede resultar desproporcionada. Otro tanto puede decirse de la restricción total de las visitas de familiares y amigos respecto a la afectación que implican para el derecho de reunión e incluso la intimidad.

Una limitación total, idéntica y genérica, para todo el territorio de la comunidad autónoma y todos los centros residenciales, sin excepción ni modulación alguna ni condicionamiento a las circunstancias personales, la situación epidemiológica del centro y la del entorno correspondiente, difícilmente puede superar el juicio de proporcionalidad que exige la jurisprudencia constitucional.

Sobre esta cuestión, se han producido en los últimos meses del año pronunciamientos judiciales de interés. En concreto, por lo que afecta a las limitaciones de salidas en las residencias de la Comunidad de Madrid, la Sentencia 594/2020 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 28 de agosto, ha ratificado las medidas sanitarias que dispone la Orden 1008/2020, de 18 de agosto, por la que se modifica la Orden 668/2020, de 19 de junio de 2020, por la que se establecen medidas preventivas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la covid-19 una vez finalizada la prórroga del estado de alarma, en su apartado sexagésimo quinto, al que añade un nuevo punto seis.

De acuerdo con dicho punto, hasta la finalización de la vigencia de la declaración de actuaciones coordinadas en salud pública para responder ante la situación de especial riesgo derivada del incremento de casos positivos por covid-19, aprobada

mediante Orden Comunicada del ministro de Sanidad de 14 de agosto de 2020, se limitarán las visitas a una persona por residente, extremando las medidas de prevención y con una duración máxima de una hora al día, debiendo escalonarse las visitas a los residentes a lo largo del día según se especifica en el citado documento. Además, se limitarán las salidas de los residentes en centros sociosanitarios en función de la situación epidemiológica de la comunidad y de las características serológicas del centro.

El tribunal pone de manifiesto que «es notorio que los centros sociosanitarios alojan sectores de población especialmente vulnerables, en los que la enfermedad covid-19 ha incidido de modo virulento, ocasionando altos índices de mortalidad y colapso de los servicios sanitarios. Por ello, entendemos acreditado que la especial incidencia de la pandemia y la gravedad de las consecuencias de los brotes epidémicos asociados a tales centros, justifica la adopción de medidas adicionales que en el caso de la letra a), pudieran suponer la limitación de las salidas de los residentes, limitación cuya existencia y amplitud se condiciona a la situación epidemiológica de la comunidad y de las características serológicas del centro. Por tanto, no se trata, de una limitación general de la movilidad de los residentes, sino de una mera previsión sobre la eventual limitación de sus salidas y, por ende, de la movilidad que, con independencia de reputarse necesaria, adecuada al fin que se persigue y proporcional, no constituye *per se* una limitación o restricción de derecho fundamental alguno si atendemos, insistimos, a los términos condicionados en que se configura, sin perjuicio del juicio que pudieran merecer las concretas limitaciones que se establecieran en cada caso en los centros sociosanitarios».

Por su parte, el Auto del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, número 229, de 1 de octubre de 2020, de revisión de la orden por la que se adoptan medidas sanitarias preventivas en el municipio de Miranda de Ebro (Burgos), insiste en que las limitaciones impuestas a los ciudadanos han de ser necesarias, justificadas y proporcionales para lograr el fin perseguido que no puede ser otro que la protección de la salud pública. Al analizar las medidas relativas a los centros residenciales de personas mayores contempladas en la orden que revisa (Orden SAN/963/2020, de 25 de septiembre), es decir, la supresión de las visitas en los centros, salvo motivos justificados, y la suspensión de las salidas de los residentes al exterior, el tribunal insiste en la necesidad de justificación y de proporcionalidad que contempla en la limitación no absoluta de visitas. Pero, en cambio, no encuentra motivación ni justificación suficiente para «la supresión total de sus derechos fundamentales, y en concreto de su libertad de movimientos (artículo 17 de la Constitución española)», por lo que resuelve no ratificarla.

Esta institución quiere, por último, recordar que el aislamiento puede causar, además, importantes efectos secundarios en los mayores residentes, afectando a veces a su estado de salud físico, psíquico y emocional. La Sociedad Española de Geriátrica y

Gerontología (SEGG), ante la disminución o anulación de visitas de familiares y amigos y de salidas al exterior de los residentes, emitió un comunicado a mediados de agosto, en el que subrayaba las importantes repercusiones negativas que tiene para las personas mayores la restricción de la movilidad y el contacto social, especialmente un incremento en la incidencia de síndromes geriátricos.

Advierte la SEGG que el aislamiento puede suponer la pérdida de anclajes afectivos y motivaciones, y, por tanto, la pérdida de sentido de vida, en especial entre quienes ya lo han sufrido previamente. Las restricciones en el contacto social, afirman estos especialistas, favorecen la aparición de trastornos afectivos como el síndrome de ansiedad, la distimia o la depresión; las limitaciones de movilidad favorecen el sedentarismo y, por lo tanto, la pérdida de masa y función muscular, y fragilidad. Desde la perspectiva cognitiva y conductual, las restricciones de la movilidad y de relaciones sociales rompen las rutinas habituales, pudiendo agravar los deterioros cognitivos ya presentes, incrementando la incidencia de sintomatología conductual y de *delirium*.

El Defensor del Pueblo es muy consciente de que era necesario extremar las precauciones, especialmente a las residencias de personas mayores. Para proteger las residencias del contagio de covid-19, los derechos fundamentales de los residentes pueden restringirse, pero la restricción, para ser proporcionada e idónea, habrá de tener en cuenta la situación de riesgo epidemiológico en el centro y en su ámbito geográfico, y ajustarse a las condiciones personales de los usuarios. Las órdenes que impongan las medidas habrán de contar, además, con una motivación reforzada de su justificación.

En paralelo, se debe seguir trabajando en la mejora de todas las vías posibles de comunicación (teléfono, videoconferencia...) e incrementar el número de actividades físicas, sociales y ocupacionales dentro de la misma residencia.

El Defensor del Pueblo ha recibido quejas sobre protocolos de visitas y salidas de centros concretos, que se han ido actualizando con el avance de la situación sanitaria. En línea con la postura expuesta, en algunos casos se han dirigido consideraciones a las comunidades autónomas que han abierto inspecciones en situaciones concretas de falta de cumplimiento de la normativa establecida o de motivación de la limitación impuesta (20015599, 20019755, 20026123, entre otras).

En la fecha de cierre del presente informe, la vacunación a los mayores que viven en residencias se ha completado prácticamente en toda España, por lo que, una vez pasen las semanas necesarias para que la inmunidad se haya desarrollado, el Defensor del Pueblo espera que las salidas y visitas puedan normalizarse y que los mayores que viven en las residencias no tengan que ver sus derechos restringidos en mayor medida que el resto de los ciudadanos.

#### 10.4.6 Conclusiones

El Defensor del Pueblo, tras el estudio y análisis conjunto de las quejas, la información oficial recibida, las distintas normas y la evolución de los acontecimientos, elaboró unas conclusiones que fueron remitidas a las respectivas administraciones competentes, a finales de noviembre de 2020, al tiempo que solicitaba su criterio y las medidas previstas en cada territorio al respecto.

El examen de las respuestas, junto con los trabajos y estudios que cada entidad está realizando, a partir de las duras experiencias vividas durante este año, permitirá aportar luz a los distintos debates planteados y abordar de cara al futuro las reformas pendientes y necesarias para la plena garantía de los derechos de los mayores en el ámbito residencial (20005454 y siguientes).

Las conclusiones son las siguientes:

1. En el ámbito de las residencias de mayores, la falta de datos homogéneos y la dificultad en obtenerlos ha sido un problema en esta crisis, porque imposibilita compararlos y dificulta el análisis. La recopilación de datos en esta materia, como ocurre con frecuencia en el sistema competencial español, altamente descentralizado, carece de una eficaz coordinación.

De forma retrospectiva, resulta muy complicado homogenizar datos muy dispares. Esta institución ya constató este problema cuando inició sus actuaciones de oficio sobre residencias de mayores en 2017. De ahí que la segunda de las conclusiones, fruto de aquel trabajo, plasmadas en el informe anual 2018, insistiera en la necesidad que las administraciones competentes mejoraran los mecanismos de recopilación de datos, tanto en el ámbito de comunidades autónomas como en el estatal, de forma que se pudiera contar con estadísticas oficiales y actualizadas respecto de los recursos de atención residencial.

Todo lo anterior demuestra que es preciso un protocolo común de declaración de datos muy detallado y coordinado con definiciones únicas y herramientas modernas de gestión de datos.

2. La alta mortalidad en residencias es un fenómeno que se ha producido de forma dramática en el mundo occidental. España, Italia, Reino Unido, Francia, Suecia, Noruega, Canadá y Estados Unidos tienen tasas muy altas de fallecimientos en estos centros.

Las residencias de mayores han resultado ser el mejor caldo de cultivo para la propagación del virus y, además, se ha llegado tarde a

tratar la epidemia. Son espacios de convivencia, con frecuencia de tamaño grande, en los que muchas personas comparten espacios, y a menudo habitaciones, muchas horas al día; personas frágiles con una alta vulnerabilidad, que presentan pluripatologías y en un alto porcentaje deterioro cognitivo moderado o severo, con extensos tratamientos farmacológicos y cuyo cuidado exige un contacto físico con los cuidadores muy estrecho y constante.

Estas circunstancias convierten a estos centros en un entorno muy expuesto y susceptible a la propagación de enfermedades infecciosas, como la covid-19.

3. La subestimación del riesgo que entrañaba la covid-19 durante los meses de enero y febrero se dio de forma general en toda la sociedad, y tuvo como consecuencia que en las residencias de mayores no se adoptaran medidas de prevención ni se almacenara material de protección, salvo algunas pequeñas excepciones. Tampoco se exigió por las administraciones competentes.
4. Los primeros protocolos del Ministerio de Sanidad y de las comunidades autónomas, previos a la declaración del estado de alarma en España y en los comienzos de este, plantearon medidas preventivas que pasaban por el aislamiento de los casos sospechosos en las residencias. Pero esos protocolos no consiguieron atajar los brotes porque llegaron cuando el coronavirus ya estaba dentro de los centros.

Por otra parte, aproximadamente el 30 % de los casos que se produjo en las residencias era asintomático y, por tanto, en ausencia de pruebas diagnósticas, por su escasez en el mercado, aunque se aislara en una planta a los sospechosos, en otra planta podían quedar residentes asintomáticos que seguían contagiando al resto. El tamaño grande de los centros ha podido contribuir, además, a la expansión del contagio.

En algunas de las comunidades autónomas donde las residencias salieron mejor paradas de la primera ola, se habilitaron centros para el traslado y la atención monográfica de residentes que resultaban contagiados y necesitaban vigilancia de sus síntomas, separándolos así de una manera más eficaz del resto de residentes y cortando las cadenas de contagio.

Esta experiencia puede resultar una buena práctica para frenar los contagios dentro de los centros de cara a las sucesivas olas que

puedan sobrevenir. La reorganización del centro, creando grupos pequeños independientes entre sí y personal propio, puede ser otra estrategia preventiva que resulte de utilidad.

5. La tragedia que desencadenó la entrada del coronavirus en residencias de personas mayores de toda España se vio agravada por la saturación de los servicios públicos sanitarios como consecuencia de la aparición en pocos días de miles de casos con infección por covid-19. La lucha contra un virus tan altamente contagioso en espacios cerrados, donde conviven muchas personas mayores con múltiples enfermedades crónicas, se complica gravemente si, además, el sistema público de salud se encuentra en gran medida desbordado, con algunos hospitales en situación práctica de colapso.

La asistencia sanitaria, bien en hospitales o en los propios centros residenciales, no llegó a tiempo. En general, pero especialmente para hacer frente a una situación de pandemia como la presente, es preciso reforzar la coordinación de los centros residenciales con los servicios autonómicos de salud, para mejorar el acceso a la atención médica y de enfermería que se presta por los servicios públicos de atención primaria y lograr una buena coordinación con la red hospitalaria.

6. Ante la escasez de recursos para atender con todos los medios especializados toda la demanda que genera una situación de catástrofe como la que tuvo lugar en la primavera de 2020, el protocolo de derivación a hospitales debe basarse en criterios clínicos a aplicar individualizadamente, nunca en restricciones genéricas referidas únicamente a una determinada condición como la edad, la discapacidad o el grado de dependencia. Como ya se ha indicado, lo ético y exigible es singularizar clínicamente las decisiones de esta naturaleza aplicadas a cada paciente.

Los expertos en geriatría y en medicina interna señalan que el traslado al hospital no siempre es lo mejor para pacientes muy frágiles con una enfermedad infecciosa grave, como la covid-19. Para decidirlo habrá que hacer una valoración individualizada e integral con criterios clínicos y en función de los tratamientos disponibles.

En caso de no indicación médica de hospitalización, tiene que garantizarse que en la residencia el mayor tendrá la atención sanitaria debida, con suficiente personal médico y de enfermería cualificado y entrenado, y con la medicación y el instrumental adecuado.



Debe estar prevista la inmediata dotación extraordinaria de personal y material para una rápida medicalización de los centros. Durante los dos primeros meses de la pandemia, esta medida no se llevó a cabo, o se hizo de manera muy imperfecta en muchos casos y territorios.

7. Las comunidades autónomas deben contar con un sistema de monitorización de los centros, un sistema de alerta temprana, y cada residencia ha de contar con un plan de contingencia.
8. Falló la atención sanitaria, pero también falló la propia organización de las residencias, poniéndose de relieve los problemas estructurales del modelo de atención a los mayores, en manos mayoritariamente de entidades privadas. Se llegó a esta emergencia sin planes eficaces de contingencia, con plantillas muy ajustadas, y con infraestructuras y recursos materiales básicos y en muchos casos insuficientes.

Lo anterior refuerza la necesidad de abordar una revisión del modelo residencial geriátrico en su conjunto, tal y como viene recomendando el Defensor del Pueblo, si se quiere conseguir que haya un número suficiente de plazas residenciales para mayores en las que se preste una atención de calidad centrada en el individuo, su dignidad y sus derechos.

En ese sentido, esta institución ha de reiterar las once conclusiones recogidas al respecto en su informe anual correspondiente a 2018.

9. Del análisis efectuado por esta institución estos últimos años se desprende que habría que tender a la generación de entornos más pequeños y domésticos, en los que resulte más fácil primar sobre todo la calidad de vida, el respeto a la autonomía y la dignidad de las personas mayores. Un entorno pequeño facilitaría, además, el control de situaciones epidémicas o pandémicas.
10. También es urgente que las comunidades autónomas aumenten su capacidad inspectora, dado el gran número de residencias existente y los diferentes modelos de gestión.

Según las estadísticas sobre residencias de Envejecimiento en Red (ENR) del CSIC, España cuenta con 4,1 plazas de residencia por cada 100 personas mayores; en total, 372.985 plazas en abril de 2019, de las que se desconoce el nivel exacto de ocupación, aunque se estima entre el 75-80 %. El 72,8 % son de titularidad privada (271.696, cifra en

la que se incluyen las 49.832 privadas sin ánimo de lucro); el resto son plazas de titularidad pública (un 27,2 %, es decir, 101.289). En términos de gestión de las plazas, el 84,8 % de todas las plazas residenciales están gestionadas por empresas privadas.

En la medida en que las administraciones externalizan los cuidados de la tercera edad, deben revisar los requerimientos a cumplir para prestar la atención residencial y efectuar un control mucho más estrecho del funcionamiento de estos centros asistenciales. La escasez de recursos humanos en este ámbito de la Administración también se ha puesto de manifiesto durante los peores momentos de la crisis sanitaria en las residencias.

Tal y como ha recomendado esta institución, los servicios de inspección deben estar suficientemente dotados y es necesario aprobar planes periódicos de inspección de los centros con indicadores sobre calidad, trato inadecuado y buenas prácticas. Las administraciones deben hacer un esfuerzo mayor en esa dirección.

Asimismo, en las Recomendaciones del Defensor del Pueblo, recogidas en el informe de 2018, se aboga por que las comunidades autónomas realicen un importante esfuerzo de actualización y armonización sobre los requisitos que deben reunir los centros residenciales para su acreditación y posterior autorización de funcionamiento, dada la gran dispersión normativa en la materia.

11. La revisión al alza de las ratios obligatorias de personal de atención directa para mejorar la calidad asistencial, especialmente de auxiliares-gerocultoras, como también viene reclamando el Defensor del Pueblo desde 2018, no debe aplazarse. Además, sería aconsejable incorporar en todas las normativas autonómicas sobre residencias la presencia de profesionales de enfermería, medicina, fisioterapia, psicología, terapia ocupacional y trabajo social. Debe mejorarse también la calidad del empleo en un sector en el que también son bajos los salarios y alta la temporalidad.
12. La imposición de prohibiciones absolutas de salidas de residentes de sus centros supone una afectación intensa de la libertad de movimientos que, en caso de establecerse en cualquier circunstancia y sin posibilidad alguna de modulación, puede resultar desproporcionada. Otro tanto puede decirse de la restricción total de las visitas de familiares y amigos y el derecho de reunión. El aislamiento puede además causar

importantes efectos secundarios en los mayores residentes, afectando a veces a su estado de salud físico, psíquico y emocional.

Una limitación total, idéntica y genérica, para todo el territorio de la comunidad autónoma y todos los centros residenciales, sin excepción ni modulación alguna ni condicionamiento a las circunstancias personales, la situación epidemiológica del centro y la del entorno correspondiente, difícilmente pueden superar el juicio de proporcionalidad que exige la jurisprudencia constitucional.

Para proteger a los mayores y a los trabajadores de las residencias, mientras dure la emergencia sanitaria causada por la pandemia y persista el peligro para la salud pública, algunos derechos fundamentales de los residentes pueden restringirse pero la restricción, para ser proporcionada e idónea, habrá de condicionarse a la situación de riesgo epidemiológico en el centro y en su ámbito geográfico, y ajustarse a las condiciones personales de los usuarios. Las disposiciones administrativas que impongan las medidas habrán de contar, además, con una motivación reforzada de su justificación.

## 10.5 PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Ha de dejarse de nuevo constancia de que el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) sigue sin tener capacidad para incorporar en un plazo razonable a todas las personas reconocidas como dependientes pero sin prestación o servicio aprobados. En algunas comunidades autónomas, además, la valoración del grado de dependencia se demora en exceso. Con todo, lo más preocupante es que las personas con su situación de dependencia ya valorada y con su prestación o servicio reconocidos han de esperar, a veces largos periodos de tiempo, para acceder a ellos, bien por insuficiencia de recursos públicos o concertados para proporcionar los servicios reconocidos o bien por falta de crédito para pagar las prestaciones económicas concedidas.

### ***Demoras en la tramitación de procedimientos administrativos y repercusión de la pandemia de covid-19***

Las administraciones competentes, a menudo, incumplen los plazos previstos legalmente para resolver tanto en la valoración de la dependencia como en la aprobación del programa individual de atención (PIA).

A estas dilaciones se ha añadido en 2020 la declaración del primer estado de alarma y la consiguiente suspensión e interrupción de los plazos para resolver los procedimientos administrativos relacionados con la situación de dependencia, que han alargado aún más los tiempos de resolución.

El Defensor del Pueblo ha sostenido ante las administraciones competentes que la suspensión de términos y la interrupción de plazos para la tramitación de los procedimientos, establecida por la disposición adicional tercera del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma, no podía invocarse cuando a su entrada en vigor ya había concluido el plazo máximo legalmente previsto para resolver los procedimientos. En estos supuestos, la institución ha dirigido Recordatorios de deberes legales de resolver en plazo a Andalucía y la Región de Murcia. Además, ha reiterado los Recordatorios formulados en aquellas quejas en las que seguía sin resolverse el procedimiento, especialmente en la Comunitat Valenciana y Canarias.

En junio de 2020, cuando la disposición adicional tercera del Real Decreto 463/2020 dejó de tener efectos, se reanudaron los procedimientos de la valoración de la situación de dependencia, siguiendo las medidas de seguridad establecidas en los correspondientes protocolos. Tal circunstancia ha supuesto una demora en la valoración de dependencia, aun en las administraciones que habitualmente resolvían en plazo. En consecuencia, algunos ciudadanos pusieron de manifiesto, entre otros extremos, que tales procesos no se reanudaron con la normalidad ni la agilidad que esperaban.

Dado que los protocolos aprobados por las administraciones públicas en las distintas fases de la pandemia para retomar la normalidad en los procesos de valoración respondían a criterios de prevención frente al contagio de covid-19, el Defensor del Pueblo no estimó que se produjera una irregularidad que justificara su intervención.

Debe señalarse que en la Comunidad de Madrid no se reanudaron los procesos de valoración en el supuesto de personas ya ingresadas en centros residenciales donde no se están realizando valoraciones (20022727, 20023567, 20023818 y similares).

En la Comunidad de Madrid, por otra parte, sigue siendo muy importante el retraso en la resolución de los recursos de alzada y en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial. Situación que también afecta a la Comunitat Valenciana, que ha informado al Defensor del Pueblo que tiene previsto modificar su normativa para agilizar la tramitación.

Andalucía y la Región de Murcia, a pesar de que exceden el plazo máximo para resolver en los procedimientos de adecuación del PIA a un grado superior, solo confieren eficacia a las prestaciones desde la fecha en que se dicta la correspondiente resolución, sin reconocer efectos retroactivos en concepto de atrasos desde el día siguiente al

trascuro del plazo. Por ello, el Defensor del Pueblo les ha remitido el Recordatorio del deber legal de planificar, ordenar, coordinar y dirigir los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia y gestionar los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención de la dependencia, adoptando las medidas necesarias para atender, en el plazo legalmente establecido, las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia en función del grado reconocido y de no causar perjuicios a las personas solicitantes por el incumplimiento de resolver en el plazo máximo legalmente establecido. Andalucía ha comunicado cambios normativos para mejorar y agilizar los tiempos de tramitación de los procedimientos (20002812, 20003801, 20007073, entre otras).

Tampoco en 2020 ha informado Canarias de ninguna previsión con respecto a la adopción de medidas específicas para eliminar o disminuir las demoras. Parece que sigue asumiendo que la dilación de los procedimientos es una carga que deben soportar los ciudadanos, dado que afirma no disponer de recursos suficientes para resolver las solicitudes en plazo, cuando su obligación es consignar crédito suficiente para hacer efectiva la cobertura en el plazo previsto en la norma estatal, y aplicar lo dispuesto en los artículos 20.1 21.5 y 23.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (16009417, 18002770, 18011977 y 18016532).

Con relación al inicio del cómputo del plazo máximo para resolver, en 2020, la Comunidad de Madrid y el Ayuntamiento de Madrid han mostrado, finalmente, su conformidad con el Recordatorio del deber legal de iniciar el cómputo del plazo de seis meses para resolver las solicitudes de modificación del PIA en la fecha en que tienen entrada en la entidad local (16005293).

En cuanto a la incorporación al SAAD de las personas con grado I con efectividad demorada y el cómputo del plazo máximo para aprobar sus PIA, que, a juicio de esta institución, hay que tener por transcurrido el día 1 de julio de 2015 si los interesados presentaron la correspondiente solicitud antes del 1 de enero de ese año, han sido finalizadas las actuaciones iniciadas con todas las administraciones autonómicas, salvo con Andalucía, Cataluña, Islas Canarias, Galicia, Comunitat Valenciana y Región de Murcia (15012296, 15012300, 15012301, entre otras).

Por otra parte, como consta en informes de años anteriores, Andalucía y Canarias no reconocen, amparándose en la normativa autonómica, que las personas que fallezcan en los seis meses siguientes a la presentación de la solicitud, sin haberse dictado resolución de reconocimiento de la concreta prestación, puedan generar derechos.

La Ley 16/2019, de Canarias, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias, ha derogado la normativa que invocaba para sustentar su postura. Por ello y teniendo en

cuenta el régimen estimatorio del silencio administrativo en dicha comunidad, la Consejería de Derechos Sociales, Igualdad, Diversidad y Juventud, en un primer informe, puso de manifiesto, que tenía pendiente dictar instrucciones para determinar cómo iba a aplicar el silencio estimatorio a estos supuestos a partir del 18 de mayo de 2019, fecha de entrada en vigor de la Ley 16/2019, y, en su caso, el procedimiento para hacerlo. Posteriormente, informó que carecía de medios para ello, por lo que esta institución ha elevado en 2020 la cuestión al presidente del Gobierno de Canarias (17000300).

Cabe señalar, por último, que la suspensión generalizada de la prestación del servicio de atención en centros de día y del servicio de ayuda a domicilio, en determinados supuestos, como el que se corresponde con tareas domésticas, y en algunas comunidades autónomas, como Andalucía y Castilla y León, no ha provocado un aumento significativo de las quejas presentadas por los ciudadanos, que parece que han entendido la gravedad de la situación.

#### ***Demoras en el acceso a los servicios reconocidos en el PIA***

Ha sido muy significativo el incremento de quejas que se han presentado en 2020, aludiendo a la demora existente en la Comunidad de Madrid para el acceso a los servicios reconocidos en el PIA, especialmente en el caso del servicio de ayuda a domicilio.

Es importante indicar que la lista de espera para el acceso al servicio de atención residencial para personas mayores contaba con 1.119 personas a 30 de diciembre de 2020. La lista de espera del servicio de centro de día, en la misma fecha, tenía 3.544 personas.

En la lista de acceso al servicio de ayuda a domicilio constaban incluidas 21.586 personas, según el siguiente desglose: 9.977 residentes en el municipio de Madrid y 11.609 en el resto de las poblaciones de la comunidad autónoma. Igual de alarmante era la cifra de 8.070 personas incluidas en las listas de espera del servicio de teleasistencia, especialmente la de los residentes en el municipio de Madrid, que ascendía a 7.958 personas.

El carácter de derecho subjetivo de las prestaciones de dependencia hace insostenible la situación de provisión de servicios de atención a la dependencia en la Comunidad de Madrid, ya que los ciudadanos permanecen en las listas de acceso a los distintos servicios durante años. La garantía del derecho subjetivo a la atención de las personas reconocidas en situación de dependencia requiere ineludiblemente que se consigne crédito suficiente para prestar los servicios reconocidos.

Por ello, el Defensor del Pueblo ha reactivado la actuación iniciada de oficio en 2017 con la Presidencia de la Comunidad de Madrid, en la que se examinaba la falta de disponibilidad de recursos públicos y concertados para prestar los servicios reconocidos en el PIA y la insuficiente financiación de sistema de atención a la dependencia (17016410).

Ante el retraso en el acceso a los servicios reconocidos en el PIA, existe en la Comunidad de Madrid la previsión legal de atender transitoriamente a la persona beneficiaria con una prestación económica vinculada al servicio hasta que haya plaza en este. Desde la Presidencia se ha confirmado el criterio de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad de no aceptar la Recomendación del Defensor del Pueblo dirigida a modificar el artículo 35 del Decreto autonómico 54/2015, con el objeto de que ningún ciudadano quede transitoriamente fuera de la cobertura o no reciba la atención correspondiente a su grado de dependencia, por no disponer de recursos económicos suficientes para sufragar la diferencia entre el coste del servicio en el sector privado y la prestación económica vinculada a él.

También en la Comunidad de Madrid, el agravamiento de la situación de dependencia de personas que, sin embargo, permanecen siendo atendidas, está siendo examinado en diversas quejas recibidas sobre este problema.

Esta institución comparte el criterio de la consejería, según el cual la persona interesada que vea modificado su PIA por agravamiento de su situación de dependencia, ante la falta de recursos públicos o concertados reconocidos en su último PIA, pueda seguir siendo atendida con las prestaciones o servicios que ya estaba recibiendo previamente a la modificación. Pero tiene que ser atendida, aunque sea con carácter transitorio, con la intensidad de los servicios o con el importe de las prestaciones económicas que corresponden a su nuevo grado de dependencia.

No cabe apreciar en estos casos la incompatibilidad entre prestaciones que alega la consejería, ya que no es capaz de garantizar el derecho de la persona en situación de dependencia a ser atendida de inmediato con el servicio aprobado en su nuevo PIA, tras el empeoramiento de su situación de dependencia.

Entre las quejas, merecen mencionarse las de aquellas personas que reciben el servicio de ayuda a domicilio y que, por un empeoramiento de su dependencia, son reconocidas en un grado superior, estableciendo el nuevo PIA otro servicio apropiado a la situación agravada, y que, sin embargo, siguen recibiendo la misma cobertura y simplemente quedan incorporadas a las listas de acceso al nuevo servicio.

Si las personas beneficiarias no solicitan la prestación vinculada al servicio, mientras se encuentran incorporadas en la lista de acceso al servicio reconocido en el PIA modificado como consecuencia del agravamiento de su situación de dependencia, la

consejería mantiene que es ajustado a derecho mantener la atención que recibían con carácter previo a su empeoramiento. Lo mismo ocurre si ya tenían ya la prestación vinculada al servicio, pero carecen de recursos económicos para pagar la diferencia entre esta y el servicio en una entidad privada, ya que permanecen, incluso durante años, siendo atendidas públicamente con una atención inferior a la que les corresponde por su grado superior de dependencia.

No es mejor la situación de aquellas personas que ven agravada su situación de dependencia y su nuevo PIA intensifica el servicio de ayuda a domicilio con el que venían siendo atendidas, de acuerdo con el grado superior. También permanecen, incluso durante años, siendo atendidas con una intensidad inferior a la que les corresponde por su grado superior de dependencia. El Defensor del Pueblo concluye que la Comunidad de Madrid no ha habilitado medios suficientes para atender adecuadamente las situaciones de agravamiento de la situación de dependencia mediante el servicio de ayuda a domicilio.

A juicio del Defensor del Pueblo, la consejería está obligada a adecuar de oficio las intensidades del servicio de ayuda a domicilio según el grado de dependencia, de acuerdo con lo previsto en el Anexo II del Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del SAAD, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre (15018690, 16017553, 17016410 y 17022213).

En conexión con lo anterior, la Comunidad de Madrid ha procedido a la publicación en su página web de las listas de espera en el acceso a los servicios, tal como ha venido insistiendo el Defensor del Pueblo durante varios años, de conformidad con la obligación de la Administración de facilitar información al respecto y el derecho de las personas interesadas a consultar la posición que ocupan en la lista correspondiente (19009778)

En 2020 el Defensor del Pueblo ha seguido insistiendo ante Andalucía en que, debido a la excesiva demora en aprobar el PIA, que en esa comunidad autónoma se retrasa hasta que se puede adjudicar el servicio, tiene que reconocer con carácter transitorio la prestación vinculada al servicio. Se ha recibido información de la comunidad autónoma sobre los datos que afectan a esta cuestión. A 30 de abril de 2020, solo el 1,49 % de las personas con prestación reconocida tienen reconocida una prestación económica vinculada al servicio. A 30 de junio, en Andalucía no recibían la cobertura del SAAD, siendo titulares de un derecho subjetivo, 68.975 personas reconocidas en situación de dependencia, 26.276, en grado III y II, y 42.699, en grado I.

La Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación ha puesto de manifiesto, en esta misma actuación, su propuesta de un Pacto de Estado en defensa y



garantía del SAAD para establecer garantías en la financiación equitativa entre el Estado y las comunidades autónomas (17002494).

***Traslados de personas reconocidas en situación de dependencia beneficiarias de prestaciones entre comunidades y ciudades autónomas***

Con relación a la demora en tramitar los expedientes en los casos de traslados entre comunidades y ciudades autónomas, y en lo que se refiere a la eficacia del mecanismo de coordinación implantado por el IMSERSO en el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (artículo 17 del Real Decreto 1051/2013), la Secretaría de Estado de Servicios Sociales ha facilitado los datos sobre el tiempo medio que transcurre desde que la Administración de origen pone en conocimiento del IMSERSO, como órgano coordinador, dicho traslado y este lo comunica a la comunidad autónoma de destino.

Los datos son los siguientes: desde el 11 de julio de 2015 hasta la actualidad, el tiempo promedio es de 9,61 días; desde el 1 de enero de 2019 hasta la actualidad, 5,49 días, y desde el 1 de enero de 2020 hasta la actualidad, 2,87 días. Indica que el tiempo medio se ha reducido desde 2019, gracias a la implantación de un nuevo sistema de información del SISAAD.

Respecto a la necesidad de abordar el examen y, en su caso, la modificación del mecanismo de coordinación señala que dicha cuestión requiere del acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (19018819).

En cuanto a los desplazamientos y traslados temporales entre comunidades y ciudades autónomas, tampoco en 2020 se ha dado cumplimiento a la Recomendación remitida en 2015 por el Defensor del Pueblo a la entonces denominada Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, que la aceptó, para que se promueva ante el consejo territorial la implantación de medidas que permitan dar continuidad a la protección de las personas en situación de dependencia que alternan temporalmente su residencia en dos o más comunidades autónomas por razones familiares. Este asunto fue tratado en la Comisión Delegada de 27 de noviembre de 2018, sin haberse vuelto a abordar (12012570 y 19018819).

La Secretaria de Estado de Servicios Sociales ha indicado que la razón de no incorporar este asunto en el orden del día de la Comisión Delegada en 2020 responde a la necesidad de tratar otras cuestiones que han devenido urgentes y prioritarias ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por covid-19, y que se incluirá en las próximas reuniones, siempre que no haya otras cuestiones prioritarias.

El Defensor del Pueblo, a la vista de las quejas presentadas por los ciudadanos, ha planteado que muchos beneficiarios del SAAD se han trasladado a la comunidad autónoma donde residen sus familiares, a causa precisamente de la pandemia, y que se ven privados de atención por la falta de regulación de los traslados temporales. A lo anterior se añade que la persona en situación de dependencia, que se ha trasladado a la residencia de sus familiares ubicada en otra comunidad autónoma a causa de la pandemia, puede perder el servicio reconocido en su lugar de residencia por no incorporarse en un plazo determinado. En consecuencia, se hace necesario que se adopten medidas extraordinarias para solucionar estas situaciones.

***Derecho de las personas reconocidas en situación de gran dependencia, grado III, a ser atendidas de manera preferente***

En 2019 se inició una actuación de oficio con la entonces denominada Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, al entender que sendas normas de la Comunidad Foral Navarra y Andalucía vulneraban el derecho de las personas reconocidas en situación de gran dependencia (grado III) a ser atendidas de manera preferente y el orden de acceso a los servicios que viene determinado en la norma estatal por el grado de dependencia y, a igual grado, por la capacidad económica del solicitante (disposición adicional segunda del Decreto Foral 30/2019, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de ámbito general, relativa a los criterios para la adjudicación de plazas residenciales y de atención diurna, y Acuerdo de 4 de junio de 2019, del Consejo de Gobierno de Andalucía, por el que se dispone dar primacía a la tramitación de determinados expedientes administrativos en materia de dependencia).

Ambas cuestiones vienen recogidas en los artículos 3 q) y 14.6 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. La Secretaría de Estado de Servicios Sociales considera que la competencia de las comunidades autónomas para planificar, ordenar, coordinar y dirigir, en el ámbito de su territorio, los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia y para gestionar, en su ámbito territorial, los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención de la dependencia, permite que establezcan estas medidas.

Lentamente, en la misma actuación, la Secretaría de Estado de Servicios Sociales ha informado que en el marco del «Plan de Choque para el impulso del SAAD», cuyas medidas fueron presentadas al Consejo Territorial en su reunión de 2 de octubre de 2020, se ha recogido, en aras de lograr una mayor cobertura entre las personas en situación de dependencia, la posibilidad de proponer al consejo un acuerdo para modificar los artículos 3 q), 11.2 y 14.6 de la Ley de Dependencia, con el fin de que la

prioridad a las prestaciones y servicios venga determinada por el criterio de mayor necesidad en el acceso, de acuerdo con las circunstancias concurrentes en cada solicitante para cada caso concreto, y no de forma exclusiva por el mayor grado de dependencia, y, a igual grado, por la capacidad económica de la persona solicitante. Situaciones de mayor necesidad en el acceso que las comunidades autónomas ya tienen en consideración cuando tramitan procedimientos de urgencia o tienen reservados recursos para atender situaciones de desamparo o de urgencia social.

Esta institución entiende que tal modificación exige de forma insoslayable financiación suficiente, porque de lo contrario podría volverse, en parte, a un sistema semejante al que existía antes de la aprobación de la Ley de Dependencia (19009872).

## 10.6 PERSONAS EN RIESGO Y EN SITUACIÓN DE POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL

### 10.6.1 Rentas mínimas de inserción

#### ***Demoras excesivas en la tramitación de las rentas mínimas autonómicas***

Las dilaciones excesivas en la resolución de las solicitudes de rentas mínimas siguen siendo el motivo fundamental de queja. La demora, que ya venía siendo habitual antes de la declaración del estado de alarma, se ha incrementado en 2020.

Esta institución ha venido insistiendo ante las consejerías competentes en que la suspensión o interrupción de los plazos administrativos, según lo previsto en la disposición adicional tercera del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma, no resulta de aplicación a las solicitudes pendientes de resolver antes de su entrada en vigor, cuando a dicha fecha ya hubiera transcurrido el plazo máximo legal previsto para su resolución.

En Andalucía, el plazo de dos meses para resolver y notificar la resolución, a contar desde el primer día del mes siguiente a la fecha de entrada de la solicitud en el órgano competente para resolver (el artículo 32.2 del Decreto-ley 3/2017, de 19 de diciembre, por el que se regula la Renta Mínima de Inserción Social en Andalucía) se vulnera de manera constante. Por ello, y dado el significativo retraso que se ha ido acumulando en los últimos años, el Defensor del Pueblo ha formulado a la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación numerosos Recordatorios del deber legal de resolver estas solicitudes en plazo (20002812, 20005838, 20006379, entre otros).

En esa comunidad autónoma, mediante el artículo 2 del Decreto Ley 6/2020, de 30 de marzo, por el que se establecen medidas administrativas extraordinarias y urgentes en el ámbito social y económico como consecuencia de la situación ocasionada por el coronavirus (covid-19), se aprobó la concesión de la renta mínima de inserción



**DEFENSOR  
DEL PUEBLO**

[www.defensordelpueblo.es](http://www.defensordelpueblo.es)