

MANUEL RICO

¡VERGÜENZA!

EL

ESCÁNDALO

DE LAS

RESIDENCIAS

**LA DISCRIMINACIÓN DE LOS MAYORES. LOS DUEÑOS DEL NEGOCIO.
LOS FONDOS Y SUS TRAMPAS FISCALES. EL PODER DE LA IGLESIA.
LA ADMINISTRACIÓN AUSENTE**

 Planeta

MANUEL RICO

¡VERGÜENZA!

El escándalo de las residencias

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal)

Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

© Manuel Rico Prada, 2021

© Editorial Planeta, S. A., 2021

Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona

www.editorial.planeta.es

www.planetadelibros.com

Ilustraciones y gráficos del interior: © Diego Carrillo, © Jorge Landín

Primera edición: marzo de 2021

Depósito legal: B. 2.027-2021

ISBN: 978-84-08-23907-9

Preimpresión: J. A. Diseño Editorial, S. L.

Impresión: Romanyà Valls

Printed in Spain – Impreso en España

El papel utilizado para la impresión de este libro está calificado como **papel ecológico** y procede de bosques gestionados de manera **sostenible**

Índice

PARTE I UNA DISCRIMINACIÓN MORTAL

- | | |
|--------------------------------------|----|
| 1. La zona cero del coronavirus | 19 |
| 2. Los protocolos de la indignidad | 49 |
| 3. No todas las empresas son iguales | 67 |
| 4. El mapa de la muerte | 85 |

PARTE II EL NEGOCIO

- | | |
|---|-----|
| 5. Los dueños de las residencias | 109 |
| 6. Los ocho gigantes del sector | 129 |
| 7. Los pelotazos millonarios de los fondos | 153 |
| 8. El paraíso del <i>private equity</i> | 167 |
| 9. Caen las cajas, llegan los fondos | 191 |
| 10. La Iglesia también tiene su imperio residencial | 205 |
| 11. Ladrillo geriátrico: el otro gran negocio | 229 |
| 12. Negocio privado, dinero público | 245 |

PARTE III
EL ESTADO AUSENTE

13. Inspecciones: pocas y muy mejorables	277
14. Sanciones que dan risa: el triunfo de la impunidad	295
15. El limbo de la dependencia	317

PARTE IV
VERGÜENZA

16. Qué hacer ante el escándalo de las residencias	341
<i>Anexos</i>	367
<i>Notas</i>	387
<i>Bibliografía</i>	409

1

La zona cero del coronavirus

El 19 de marzo de 2020, en el programa *Espejo público* de Antena 3, el presidente de los geriatras gallegos advirtió con contundencia que era una irresponsabilidad mayúscula no evacuar de las residencias a las personas mayores que presentasen síntomas de coronavirus: «Las residencias no tienen ni la infraestructura, ni el personal, ni las condiciones adecuadas para aislar a una persona que tiene una enfermedad infecciosa». Miguel Ángel Vázquez explicó que era urgente hacer pruebas a los residentes y trasladar de forma inmediata tanto a los casos positivos como a los sospechosos «a centros de cuidados intermedios. No es complicado. Hay residencias vacías, hay hospitales de media estancia vacíos y si no se habilita un hotel. Pero lo que no se puede permitir es que se siga abandonando a las personas mayores y a los equipos que los cuidan. Mueren y mueren solos en las residencias». El día anterior, en la prensa gallega, había sido aún más contundente: «Si tú dejas a un caso sospechoso, aunque no esté confirmado, en un entorno en donde el aislamiento es imposible y en donde las personas que viven son las más vulnerables a la enfermedad, las de mayor mortalidad, pues entonces es muy probable que estés condenando a muerte a las personas que conviven allí».¹

El Gobierno de Pedro Sánchez había declarado el 14 de marzo el estado de alarma en toda España para luchar contra la pandemia de coronavirus. Las residencias empezaron a convertirse muy pronto en tanatorios. El 19 de marzo iban ya 138 fallecidos en la Comunidad de Madrid, el territorio más azotado por el covid. Un día antes, las cuatro patronales del sector geriátrico y los sindicatos CC. OO. y UGT habían enviado un escrito al Gobierno en el que reclamaban con urgencia equipos de protección individual (EPI) para los trabajadores y pruebas para que el personal que diese negativo pudiera seguir trabajando en los centros. «Somos la única barrera capaz de contener el colapso inmediato del sistema sanitario», destacaban, antes de advertir que si no recibían los EPI en las siguientes horas estarían «abocados a una catástrofe incalculable».

En anunciar la catástrofe acertaron, pero pecaron de optimistas al pensar que eran «la única barrera» capaz de evitar un colapso sanitario provocado por el hipotético traslado masivo de ancianos enfermos a los hospitales. Y es que había otra forma de impedir ese colapso: dejar que los mayores muriesen en las residencias sin recibir atención hospitalaria. Aunque parezca monstruoso, eso es lo que ocurrió de forma masiva en comunidades como Madrid, Catalunya o Castilla y León. El Gobierno central no utilizó el poder que le otorgaba el estado de alarma para impedirlo. Los Gobiernos autonómicos, con plenas competencias en sanidad y servicios sociales, no hicieron nada para evitarlo y en algún caso dictaron órdenes explícitas para prohibir el traslado de ancianos a los hospitales. Y destacados geriatras colaboraron con esas instrucciones y defendieron que era la mejor opción.

¿Cómo es posible que se condenase a miles de ancianos a morir solos, sin atención médica y ahogados en su propia tos? A

priori hay tres hipótesis posibles. Primera: quienes aprobaron y defendieron esas decisiones no habían pisado una residencia en su vida, con independencia de los títulos que tuvieran colgados en las paredes de sus despachos o los cargos que ocupasen, de forma que desconocían absolutamente cómo funcionan, quiénes viven y trabajan allí, cómo son sus instalaciones. Segunda: quienes aprobaron y defendieron esas decisiones eran completos y profundos idiotas, «cortos de entendimiento», según la definición de la Real Academia Española. Tercera: quienes aprobaron y defendieron esas decisiones tenían un desprecio absoluto por la vida de los ancianos que residían en los geriátricos. Esas vidas no les importaban nada.

Algunos individuos, con sus acciones y sus escritos, dejaron claro que en ellos concurrían las tres circunstancias. Otros es probable que solo estuviesen afectados por una de ellas.

Es indiscutible que nadie, ni en España ni en ningún otro país del mundo, estaba preparado para hacer frente con éxito a una pandemia como la del covid-19. Una enfermedad altamente contagiosa, para la que no existía vacuna ni tratamiento y que incluso las personas sin síntomas podían propagar. Pero también está fuera de toda duda que algunos Estados recibieron el virus con una sanidad pública robusta, planes de contingencia contra pandemias bien articulados, hospitales con una elevada dotación de camas de cuidados intensivos y libres de descerebrados en cargos de responsabilidad. Mientras que a otros lugares, como España, llegó después de una década de recortes en los servicios públicos y con papagayos repitiendo cansinamente que el país disfrutaba de «la mejor sanidad del mundo».

El resultado está a la vista. Durante la primera ola del covid, en la primavera de 2020, falleció el 0,4 por ciento de las personas

que vivían en residencias en Alemania, el 2,4 en Francia, el 3,1 en Suecia, el 5,3 en el Reino Unido y el 6,1 en España.² En esa negra clasificación sí que hemos sido líderes mundiales.

Ese porcentaje supone que murieron 20.268 personas que vivían en geriátricos, según el primer dato oficial reconocido por el Gobierno español.³ La cifra real es posible que supere los 35.000 mayores, si tenemos en cuenta que durante semanas no se hicieron test a los residentes fallecidos para saber si tenían o no el virus y que cada comunidad contó los decesos a su manera. A esa última cifra apuntan también los datos sobre exceso de mortalidad del sistema de vigilancia MoMo, gestionado por el Centro Nacional de Epidemiología (CNE). En la segunda ola, en otoño, fallecieron otros 4.000 residentes.

Las residencias: *diseñadas* para contagiar

En España hay casi 5.200 residencias de mayores, que en conjunto tienen 375.000 plazas. Cuando estalló la pandemia, el índice medio de ocupación estaba cerca del 90 por ciento, de forma que vivían en ellas unas 334.000 personas.⁴

Los cuatro elementos esenciales de un geriátrico —los residentes, los trabajadores, el modo de vida y las instalaciones— convierten dichos centros en lugares perfectos para la expansión de un virus infeccioso como el covid-19. Las residencias están *diseñadas* para contagiar, no para frenar un virus.

El perfil del residente actual no tiene nada que ver con el de principios de siglo. La mayoría de los ancianos solo ingresan en un geriátrico cuando son dependientes y, por tanto, precisan ayuda para las tareas básicas de la vida diaria. Son personas que

necesitan que las levanten, que las duchen, que les den de comer, que las lleven al baño. Muchas están en silla de ruedas, casi todas llevan pañales, un alto porcentaje sufre un deterioro cognitivo más o menos avanzado. La mayoría de los residentes padecen comorbilidad —dos o más enfermedades, generalmente relacionadas— y ocho de cada diez tienen 80 o más años,⁵ factores ambos de riesgo en caso de enfermedad grave, pues su sistema inmunitario tiene menor capacidad de respuesta. Las personas con demencia difícilmente comprenderán la importancia de usar mascarilla, que intentarán quitarse cuando les moleste, o de mantener la distancia social con una compañera que tienen sentada al lado.

En muchos centros los mayores dependientes superan el 75 por ciento del total. El personal que los atiende es, casi sin excepción, muy escaso. Las gerocultoras o auxiliares de enfermería van siempre contra reloj. Cada una de ellas puede tener que atender a 15, 20 o más ancianos, dependiendo de la residencia donde trabaje. En algunas los empiezan a levantar a las 07.00 para intentar que todos estén como muy tarde a las 10.00 en el comedor para desayunar. En los geriátricos más grandes, las habitaciones suelen estar en las plantas superiores, así que a determinadas horas es fácil ver filas de ancianos en silla de ruedas esperando a que los bajen en el ascensor. Muchas veces de dos en dos, para ganar tiempo. En las zonas comunes pasan buena parte del día. La tele está eternamente encendida, aunque pocos la ven. Los que tienen movilidad y ganas intentan pasear a su aire por las instalaciones y, si existe, por el jardín o la zona exterior del centro. Como después de la comida no suele dar tiempo a acostarlos y levantarlos, muchos echan una siesta en su silla de ruedas, quizá con la cabeza apoyada en la mesa. Hay que darles medicación tres veces al día. Por la noche, algunos son sometidos a sujeción física o farmacológica para

impedir que deambulen o se caigan, aunque esta es una medida que se está intentando erradicar cada vez en más centros.

Las residencias son micromundos donde trabaja un gran número de personas. Hay médicos (que suelen ir unas horas), enfermeras (al menos en los turnos de día) y gerocultoras. Es probable que existan psicólogas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadoras sociales. A veces trabajan allí peluqueros y podólogos. Con seguridad habrá recepcionistas, cocineras, limpiadoras, personal de mantenimiento y de los servicios de administración. Y también una directora y gobernantas o coordinadoras.

La composición de la nómina de trabajadores varía dependiendo de la regulación de cada comunidad autónoma y del tamaño del centro, ya que algunos tienen menos de 20 plazas y otros más de 400. Pero, con independencia de la dimensión, hay dos cosas que son seguras (y muy relevantes en caso de pandemia): todo ese personal entra y sale a diario del geriátrico, y es completamente imposible que haga su trabajo manteniendo una distancia de seguridad. No se puede bañar ni dar de comer ni cambiar el pañal a metro y medio de distancia.

Además de las características de los residentes y del modo de vida en los geriátricos, un tercer elemento para tener en cuenta es que la precariedad de las condiciones laborales de muchos trabajadores los obliga a trabajar en más de un centro. Por tanto, se mueven de una residencia a otra, lo que en caso de contagio incrementa el potencial de extensión del virus a diferentes instalaciones.

Por último, en cuarto lugar, hay que reseñar que las infraestructuras suelen ser totalmente inadecuadas para frenar la expansión de un virus. La mayoría de las habitaciones son de uso compartido, en general dobles, pero la normativa de alguna

comunidad permite hasta seis camas por habitación. Incluso en los casos de habitaciones individuales, es posible que varias compartan baño. Además, los edificios tienen múltiples zonas de uso común: comedores, salones, aseos, salas de fisioterapia y, en su caso, peluquería, cafetería o gimnasio. Todos ellos espacios donde no es nada extraño que se produzcan problemas de ventilación.

Llegados a este punto, quizá podamos plantearnos una sencilla pregunta. Si tenemos en cuenta que los residentes son personas mayores, con múltiples enfermedades y de forma mayoritaria dependientes que necesitan ayuda para las actividades más básicas de la vida diaria, que resulta imposible que mantengan la distancia de seguridad con sus cuidadores, que hay decenas de profesionales que entran y salen a diario del centro y en ocasiones incluso trabajan en varias residencias, que los edificios están llenos de zonas comunes y la mayoría de las habitaciones son compartidas, ¿a cuántas personas conocemos que lleguen a la conclusión de que lo mejor, en caso de que se produzca un contagio, no es evacuar a la persona enferma, sino mantenerla allí dentro? Para acertar con la respuesta, basta con tener dos dedos de frente, no son necesarios másteres en inglés.

Por eso las palabras de Miguel Ángel Vázquez, presidente de la Sociedade Galega de Xeriatría e Xerontoloxía, aquel 19 de marzo de 2020 en Antena 3, eran puro sentido común: «Las residencias no tienen ni la infraestructura, ni el personal, ni las condiciones adecuadas para aislar a una persona que tiene una enfermedad infecciosa». Hay que evacuar de forma inmediata al residente contagiado porque, en caso contrario, el virus se propagará de forma implacable entre sus compañeros y sus cuidadoras. Puro sentido común, claro, para quien alguna vez en su vida hubiera pasado

unas horas en una residencia. Algo altamente recomendable si eres un político, un directivo de un hospital o un geriatra que va a decidir sobre la vida de esos ancianos.

Abandono histórico

Por si era poca dificultad abordar una pandemia en un espacio como una residencia, había que añadir al escenario otras tres deficiencias estructurales, culpa de las Administraciones y con una raíz común: los servicios sociales han sido históricamente el hermano pobre en cualquier Gobierno. Así que casi nadie se fijó realmente en las residencias hasta que se llenaron de muertos. Esos tres déficits eran la falta de planes de contingencia, la exclusión de los residentes de la atención primaria y la habitual descoordinación entre las Consejerías de Sanidad y Asuntos Sociales.

En materia de prevención, resultaba fácil evaluar a España. No existía. Cero. Ni los planes de preparación diseñados por el Ministerio de Sanidad para responder a potenciales virus, ni los planes que desarrollaron las consejerías autonómicas ni el Sistema Nacional de Seguridad contemplaban previsión alguna para intervenir en alojamientos colectivos como las residencias. Algo ciertamente asombroso, puesto que, como se destaca en un reciente informe del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC):

Tales centros podrían incluso encajar con la definición de «infraestructuras críticas», puesto que para ellos no hay alternativa (son hogar habitual de alrededor de 500.000 personas, más de 300.000 en el caso de las residencias de mayores) y son necesarios para el mantenimiento de las funciones sociales básicas, la salud, la seguri-

dad, el bienestar social y económico de los ciudadanos, o el eficaz funcionamiento del sector público, tal como se definen en el marco del Sistema Nacional de Seguridad.⁶

La importancia de contar con planes de contingencia fue también señalada por Médicos Sin Fronteras (MSF) en un demolidor informe publicado en agosto de 2020, en el que denunciaba «el inaceptable desamparo de los mayores en las residencias».⁷ Una de las personas que estuvo sobre el terreno es Alberto Jodra, coordinador de un equipo de MSF que prestó ayuda a decenas de geriátricos en Castilla y León. «Las estructuras y entidades que sirven a las necesidades de la población más vulnerable están obligadas a desarrollar una cultura de contingencia e insertar en su ADN los mecanismos de reacción a posibles escenarios de crisis. Esta cultura no existe», destaca. De forma que, cuando se presenta un escenario como la pandemia del covid-19, «no hay ningún procedimiento sistematizado. Se inventa sobre la marcha, y aunque es verdad que nos enfrentábamos a un enemigo por conocer, también es cierto que las estrategias de respuesta contienen pilares fundamentales con independencia de qué se combate. Uno de esos pilares es la coordinación y la cadena de decisión única».

La existencia de los planes de contingencia y de decisiones preestablecidas en función de escenarios hipotéticos facilita la toma de decisiones «valientes, que son necesarias en muchos casos, pero que se retrasan y se eluden cuando no existe este sustrato previo». Alberto Jodra pone un ejemplo de lo que vivió como coordinador de MSF:

Cada vez que nos reuníamos con autoridades territoriales de asuntos sociales y de sanidad, y exponíamos la necesidad de establecer

residencias covid, nos miraban con cara de espanto por lo que eso significaba de cataclismo administrativo y logístico. Esos centros eran necesarios no solo para facilitar la atención sanitaria de los residentes contagiados, sino también para preservar las dinámicas sociales y la dignidad en el resto de los centros. Pero nadie quiso asumir una decisión que iba a provocar muchísimas resistencias de Administraciones, empresas y familiares sin tiempo para hacer la pedagogía necesaria. Si estas decisiones difíciles se encuentran ya preestablecidas en planes consensuados, la respuesta a una crisis gana en rapidez y eficacia. No estamos hablando de algo novedoso, sino de aplicar criterios que se usan universalmente en escenarios de crisis epidémicas. De hecho, lo que resulta flagrante es que, habiendo sentido de cerca el aliento del ébola unos años antes y conociéndose las predicciones de escenarios pandémicos en un futuro cercano, no se hubiesen iniciado planes de contingencia en este sentido.

Si la falta de planes de contingencia es un fallo esencial ante situaciones excepcionales, el abandono por parte de la atención primaria es algo que quienes viven en las residencias sufren de manera ordinaria desde hace muchos años.

Existe una enorme confusión sobre los servicios sanitarios que se prestan en los geriátricos, un hecho que se puede entender en el caso de un ciudadano normal, pero que resulta inaceptable cuando se trata de responsables políticos o profesionales del sector. Una residencia es el domicilio de quien vive allí, exactamente igual que cualquier otro domicilio privado. Y esa persona, al ingresar en un geriátrico, no pierde el derecho a la sanidad pública. No puede ser que un médico haga una visita a una vivienda cuando el paciente lo necesita, pero no ocurra lo mismo cuando quien

precisa atención vive en una residencia. No puede ser, pero es lo que ocurre una y otra vez.

Las residencias no son centros sanitarios. Es prácticamente imposible encontrar un geriátrico en España con médico de presencia las 24 horas del día. En algunas comunidades autónomas, las residencias más pequeñas ni siquiera necesitan tener médico en plantilla, y en el resto suelen trabajar allí unas pocas horas al día. Esos facultativos no forman normalmente parte del Sistema Nacional de Salud (SNS), no pueden pedir una analítica, firmar una receta o derivar a un residente al hospital. Son decisiones que están fuera de su competencia.

Ninguna normativa autonómica obliga tampoco a contar con personal de enfermería 24 horas al día. Así que, también en este caso, hay muchos centros donde no hay enfermera por la noche o durante los fines de semana.

Algunas residencias, las menos, pueden tener instalados circuitos para oxígeno en las habitaciones o contar con varias camas en una zona de cuidados especiales. Pero, según explica un facultativo, los concentradores de oxígeno en una residencia «suelen dar cinco litros por minuto como máximo, mientras que en los hospitales dan 12 o 13. A una persona que está ahogándose no le valen de nada esos cinco litros, se muere». Muchos centros no tienen capacidad ni para poner suero a alguien que sufre deshidratación.

Pilar Rodríguez lleva más de 30 años trabajando en el sector. Fue una de las redactoras del Plan Gerontológico que aprobó en 1990 el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero), consejera de Bienestar Social en el Principado de Asturias y directora del Imsero entre 2008 y 2010. Este último año creó la Fundación Pilares, de la que es presidenta y que se dedica a investigar cómo mejorar el modelo residencial. En su opinión, «fue un error

de base haber pedido a las residencias que actuaran frente al covid-19 sin tener en cuenta que su función no es la de controlar la salud pública, sino cuidar y acompañar a las personas». Rodríguez destaca que la pandemia ha dejado en evidencia algo que el sector social lleva años denunciando:

La discriminación, por razón de edad y del domicilio, a la hora de recibir las prestaciones sanitarias a las que todos deberíamos tener acceso de forma universal y gratuita. La realidad es que en las residencias existen profesionales sanitarios contratados para dar un servicio que el resto de la ciudadanía recibe desde sus centros de salud. Es un sistema paralelo *low cost* de atención sanitaria que cuestiona el principio ético de justicia.

En definitiva, los responsables políticos que decidieron que los mayores contagiados se quedaran en las residencias y los directivos médicos y geriatras que ejecutaron o apoyaron tal decisión sabían perfectamente que los estaban condenando a permanecer en un lugar donde no podrían recibir una atención sanitaria decente, por la sencilla razón de que no cuentan ni con los medios ni con el personal necesario. Sabían perfectamente que en muchos casos ni siquiera podrían recibir suero para no deshidratarse ni tendrían un oxigenador que los aliviase cuando se ahogaban. Y si no lo sabían, su ignorancia es culpable, porque tenían la obligación de saberlo o de enterarse.

«Las residencias tuvieron que asumir *de facto* una responsabilidad para la que no estaban preparadas ni dotadas ni protegidas, con unas consecuencias desastrosas para residentes, personal y equipos de gestión, y un impacto directo en la alta mortalidad», señala sin rodeos el informe de Médicos Sin Fronteras.⁸

El tercer problema estructural de las Administraciones que impactó en las residencias es la habitual descoordinación entre las Consejerías de Sanidad y de Asuntos Sociales. La situación varía lógicamente en cada comunidad y en cada Gobierno, pero es algo excepcional que ambos departamentos trabajen realmente en equipo. Una circunstancia que es un lastre en tiempos normales, pero que en plena pandemia se transformó directamente en tragedia. «La sensación que transmitía la gente de Sanidad en las reuniones es que no era su problema lo que ocurriese en las residencias. Que nos arreglásemos nosotros», recuerda un alto cargo de la Consejería de Políticas Sociales de la Comunidad de Madrid. En Catalunya, la gestión de Afers Socials en las primeras semanas de la crisis sanitaria fue absolutamente catastrófica, y solo se empezó a encauzar la situación cuando asumió el mando Salut.

El infierno era esto

Todos los elementos estaban alineados para que la pandemia azotase con virulencia los geriátricos españoles: sin planes de contingencia, una sanidad pública tocada tras una década de recortes, una atención primaria que trabajaba de espaldas a las residencias y unos centros con una escasez endémica de personal, en buena medida por la avaricia de muchas empresas gestoras. Y al mando, unos individuos que parecían en el mejor de los supuestos desconocer por completo cómo funcionaba el sector residencial y, en el peor, mostrar una indiferencia absoluta hacia la vida de los ancianos. Pero ni las previsiones más pesimistas podían imaginar que se llevaría más de 20.000 vidas por delante en poco más de dos meses.

Todo lo que se podía hacer mal se hizo mal. A los residentes, a sus familiares y a los trabajadores de los centros donde entró el virus les esperaba un infierno.

Las residencias de mayores cerraron tarde y de forma precipitada. Cuando se prohibieron las visitas de los familiares y las salidas de los residentes —de forma oficial entre el 12 y el 18 de marzo, aunque algunos centros cerraron antes por su cuenta—, el virus ya se había colado en bastantes de ellos.

La medida se adoptó en muchos sitios sin que los familiares pudiesen ni despedirse de los residentes ni explicarles lo que estaba ocurriendo. Clàudia Garcia, terapeuta ocupacional en la residencia Bertrán i Oriola de Barcelona, rememora:

La residencia se cierra el 13 de marzo a mediodía. Íbamos informando a los familiares, en la puerta misma, que teníamos que negarles la entrada por una orden de la Generalitat. Muchas personas se lo tomaron muy mal porque no se habían podido despedir de sus familiares. Hubo mucha tensión. No podían entender que, si habían estado con ellos dos horas antes, no pudiesen entrar al menos para despedirse.

El virus tiene tres puertas de acceso a un geriátrico: los trabajadores, las visitas de los familiares y los residentes que salen del centro —una minoría— durante unas horas o incluso pasan algún día fuera. Con el cierre de las residencias se buscaba atajar de raíz estas dos últimas vías de entrada, de forma que a partir de ese instante solo el personal podría ser fuente de contagio.

La contención de la pandemia a partir de ese momento requería tres medidas: equipos de protección individual (EPI) para el personal, pruebas diagnósticas para detectar cuanto antes si

una trabajadora o un residente estaban contagiados y el aislamiento de los positivos en caso de que se decidiese no evacuar a los mayores afectados (que era sin duda la opción lógica y óptima). El personal se confina quedándose en sus casas, pero para aislar a los ancianos enfermos era necesario sectorizar la residencia en zonas *limpias* y *sucias*.

Pues bien, la situación general fue la siguiente: no había EPI, no había pruebas fiables (PCR), no era posible zonificar muchos centros —en otros se movió a los residentes sin ton ni son— y se dispararon las bajas de los trabajadores, de forma que las plantillas quedaron diezmadas. Al virus no se le puso un muro de contención, se le puso una autopista para que se expandiese a toda velocidad.

En los geriátricos es frecuente el uso de guantes y batas, pero no de mascarillas o buzos. En aquellos que tenían algún elemento de protección —mascarillas era lo más común—, fue una práctica extendida durante las primeras semanas de marzo desanimar al personal a utilizarlas. «No te la pongas que asustas a los abuelos» o «No sirven para nada» eran los argumentos que escuchaban muchos trabajadores. También son recurrentes los testimonios que indican que para tranquilizar a los empleados, cuando exigían equipos de protección o mostraban su temor por la forma en que estaban trabajando, algunas directoras les enseñaron equipos que guardaban en algún almacén para repartirlos «si se producía algún positivo». Un razonamiento absurdo, claro, ya que el objetivo de los EPI es precisamente evitar que se produzcan contagios.

En todo caso, en los territorios más castigados por el virus, el desabastecimiento de equipos de protección fue casi general durante las primeras semanas. Mascarillas que debían cambiarse cada pocas horas se utilizaban durante una semana por falta de re-

cambio. Ante la falta de material homologado, familiares o vecinos llevaban a los centros mascarillas artesanales de tela y el personal confeccionaba *batas* con bolsas de basura. Cuando por fin empezaron a llegar los equipos de protección, casi ninguna empresa dio una formación mínima a los trabajadores sobre cómo utilizarlos correctamente, con el consiguiente riesgo de contagio.

En un detallado documento publicado en diciembre de 2020 sobre la violación de derechos humanos en los geriátricos de la Comunidad de Madrid y de Catalunya durante la primera ola de la pandemia, Amnistía Internacional destaca que la falta de EPI en las residencias «ha puesto en riesgo la salud y la vida tanto del personal como de las personas residentes y fue una de las causas principales que contribuyó a que se esparciera la covid-19 y el contagio del personal».⁹

La misma escasez se produjo con las PCR, que habrían sido claves para detectar de forma temprana a los positivos y proceder a su aislamiento. «Las pruebas diagnósticas se hicieron inicialmente inaccesibles a los centros residenciales al centrarse todas las capacidades existentes hacia el sistema sanitario, que se encontraba en una situación crítica»,¹⁰ reconoce el Gobierno central en un informe del grupo de trabajo creado para analizar lo ocurrido durante la pandemia. Una afirmación, por cierto, que es un despropósito. Primero, porque si el sistema sanitario estaba en «situación crítica», el residencial se encontraba directamente en estado moribundo. Y segundo, porque los mayores que viven en los geriátricos también forman parte de ese «sistema sanitario». ¿O acaso dejó de ser la sanidad en España *universal* y no nos habíamos enterado? ¿En qué momento perdieron los ancianos su derecho a ser atendidos en un hospital? La correcta descripción de lo que

ocurrió, sin hirientes eufemismos, es esta: las autoridades sanitarias decidieron entregar todos los medios que tenían a los hospitales y dejar completamente abandonadas a las residencias.

Cuando se empezó a hacer pruebas, fue casi peor el remedio que la enfermedad. Médicos Sin Fronteras explica que el uso de test diagnósticos está recomendado siempre bajo dos premisas: que sus resultados sean fiables y que exista la capacidad de implementar las medidas que se deriven de tales resultados, como el traslado de algunos residentes a otros centros. Pero no fue así.

Se ha constatado que ninguno de los supuestos ha estado presente en la estrategia de diagnóstico y de respuesta a la identificación de casos positivos, lo que ha tenido consecuencias tanto de falta de credibilidad y confianza en el sistema, como en el estado de salud de las personas afectadas por la enfermedad. De hecho, al diagnosticar sin el algoritmo de decisión adecuado, sin EPI adecuados ni precauciones universales, aumenta el riesgo de provocar infección cruzada.¹¹

MSF continúa así su descarnado relato sobre los negativos efectos que ello provocó:

La tardanza en comunicar los resultados de los test más fiables (PCR) generó confusión entre el personal que debía reorganizar los espacios y la sectorización, creando un círculo vicioso de sobrecarga de trabajo, incapacidad de gestionar la PCI (prevención y control de infecciones) y empeoramiento del cuidado de los mayores. Se han dado casos de un 80 por ciento de falsos positivos, que originaban gran carga de trabajo en traslados de habitaciones y plantas, incrementándose así la sensación de que se estaban tomando medidas a ciegas y poniendo en riesgo la salud de los residentes y del personal,

que no sabía a qué atenerse y sentía que su esfuerzo por establecer una lógica de aislamiento era inútil.

Un 80 por ciento de falsos positivos! No se conocen dimisiones!

El Círculo Empresarial de Atención a Personas (CEAPs), la patronal con mayor proyección pública de las cuatro que hay en el sector, también elaboró su propio estudio sobre la catástrofe. En relación con las pruebas diagnósticas, en el caso de la Comunidad de Madrid detalla lo siguiente:

Los test rápidos entregados a las residencias selectivamente, no masivamente, a partir de la segunda semana de abril, eran de una sola banda, con una fiabilidad inferior al 70 por ciento y que no permitían diferenciar por el tipo de anticuerpos si la enfermedad ya había pasado o todavía estaba presente. Resultando de ellos una información absolutamente errónea, tal y como se ha demostrado con test posteriores y que podía dar lugar a sectorizaciones equivocadas.¹²

El Gobierno de Isabel Díaz Ayuso (PP) fue incapaz hasta junio de mapear con test serológicos fiables la situación de los residentes. Es decir, realizó el trabajo cuando la primera ola ya había finalizado y 6.000 residentes estaban enterrados o incinerados.

El protocolo aprobado en Navarra por el Gobierno de María Chivite (PSOE) también fue un error, según CEAPs, al establecer que solo se hacían test hasta que apareciese el primer contagio y, a partir de ese instante, todos los residentes se consideraban positivos sin necesidad de realizar ninguna prueba más. «Esta medida fue tremendamente dañina en la gestión de los contagios y sectorizaciones», sostiene la patronal.