



ASOCIACIÓN ESTATAL DE  
DIRECTORES Y GERENTES EN  
SERVICIOS SOCIALES

7 de julio de 2020

OBSERVATORIO ESTATAL  
PARA LA DEPENDENCIA



## **El Ministerio de Sanidad reconoce que la calidad de los datos de muertes en residencias no permite su difusión.**

Fechas incoherentes en el envío de la información, informes de centros intervenidos que no especifican las causas de la intervención, informes con ausencias de datos respecto de las causas de fallecimiento de residentes, errores en la suma de residentes en centros intervenidos, discrepancia de datos evolutivos... Incluso una comunidad no ha enviado los datos ni una sola vez.

En un documento presentado recientemente a las Comunidades Autónomas, el Ministerio de Sanidad reconoce las dificultades del sistema de información que marcó como obligatorio a través de la Orden SND/275/2020 de 23 de marzo, por la que obligaba a las Comunidades Autónomas a suministrar los datos relacionados con la evolución de la epidemia en las residencias. La inconsistencia de los datos así obtenidos es tal que el propio Ministerio concluye que difícilmente puedan ser objeto de difusión.

En este documento, con resumen de datos hasta el 20/06/2020, se concreta la cifra de 27.350 fallecimientos en residencias de los cuales, en 9.003 casos (32,9% de los fallecidos) se tiene la certeza de fallecimiento por COVID, en 9.830 se detectó sintomatología COVID pero no se llegó a confirmar (35,9%) y el resto (31,2%) se atribuyen a otras causas.

En el mismo documento, se especifica que el número total de centros sobre los que se comunica su intervención, fue de 391 (5%) que acogían, en ese momento, a 31.406 residentes.

El informe llega a reconocer que una de las Comunidades Autónomas no ha notificado nunca los datos y que algunas no lo han hecho con la periodicidad exigida o lo hicieron fuera de plazo (dos comunidades solo notificaron una vez los datos).

La información sobre el número de residentes encuadrados en cada una de las categorías que establecía la Orden mencionada, así como sobre el número de fallecimientos debía ser registrada y proporcionada por los departamentos de sanidad de las Comunidades Autónomas y los criterios para el triaje, como es lógico, debían ser inequívocas para que pudieran ser mínimamente fiables. No es lo mismo los datos de muertes en residencias que los de residentes fallecidos. Sirva como ejemplo para evidenciar esto que, en algunas Comunidades, los residentes que fallecían en hospitales no se registraban como residentes fallecidos.

Además, el Ministerio reconoce lo poco amigable de la plataforma para el registro, la dificultad de acceso y la ausencia de depuración de datos por el sistema de información. Todo ello ha producido una información de escasa fiabilidad evidenciada en lagunas de ausencia de datos, errores en las sumas en centros intervenidos y graves discrepancias entre cifras y en los datos evolutivos. Entre ellas, la más destacada, la de fallecimientos totales comparada con otras fuentes: 27.359 vs 32.843.

Los centros residenciales de los servicios sociales no solo sufrieron el abandono del sistema sanitario público, sino además el del propio ministerio de sanidad.

Para más información: José Manuel Ramírez Navarro. Presidente de Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Teléfono 650 38 37 64 e-mail [directoressociales@hotmail.com](mailto:directoressociales@hotmail.com)



ASOCIACIÓN ESTATAL DE  
DIRECTORES Y GERENTES EN  
SERVICIOS SOCIALES

**Lo que hay que hacer de manera inmediata.**



Es incomprensible que, a estas alturas, pasadas las emergencias del principio, todavía no se haya iniciado una evaluación con recogida de datos directos de manera unificada que permita la realización de estudios de los centros para poder poner en pie un relato objetivo y certero de lo que ha pasado y poder proponer medidas a tomar. Para ello es urgente e imprescindible tomar estas medidas con carácter inmediato, si queremos estar preparados por si en otoño hubiera un rebrote:

1.- Monitorizar los datos de las residencias para implantar un Sistema de alerta temprana y seguimiento unificado para todo el Estado. Es posible que se estén filtrando los datos (incluso manipulando) por los Gobiernos Autonómicos, por las empresas o entidades gestoras e incluso por las direcciones de los centros...

2.- Realizar estudios de los Centros (anonimizados) para encontrar evidencias científicas de donde se han tomado decisiones que han protegido a los residentes, todas las valoraciones que se hacen ahora de forma precipitada, que si las públicas, que si las privadas, que las de empresas... son puras especulaciones.

3.- Se ha demostrado que es preciso contar con EPIS y la posibilidad de realizar pruebas a los residentes y al personal (principal vector de transmisión).. Es preciso que las consejerías competentes en servicios sociales y las entidades gestoras prevean esta cuestión y, en base a la experiencia tenida, preparen planes de contingencia y prevean reservas adecuadas de materiales

4.- Hay que establecer protocolos de coordinación entre servicios sociales y sanitarios que garanticen la atención sanitaria de los residentes, especialmente desde la atención primaria. O bien adecuando las plantillas de personal sanitario de los centros de salud, o bien estableciendo equipos específicos organizados y supervisados desde las áreas sanitarias.

**5.- En caso de volver a esta situación. Hay que valorar diversas opciones:**

5.1. Medicalizar las Residencias con recursos humanos y técnicos del sistema público de salud implantando medidas de hospitalización para los residentes en los propios centros de mayores. Se contribuiría con ello a aliviar la presión en los centros hospitalarios, se reduciría el riesgo de contagio en una población tan vulnerable como son las personas mayores, y constituirían un beneficio evidente para su bienestar y el de sus familiares. Incluso ayudar a morir (cuidados paliativos desde el sistema público sanitario para evitar su colapso)

5.2. Garantizar la atención sanitaria específica de todo tipo de centros residenciales de servicios sociales (personas con discapacidad física o psíquica, centros de menores, albergues y centros de alojamiento de personas sin hogar, comunidades terapéuticas, etc.) ya que estos centros no suelen disponer de personal sanitario. Sería necesario, en este caso, reforzar estos centros con personal sanitario que ofrezca pautas de prevención.

También ha quedado acreditado que el sistema sanitario público, mejor dotado, puede y debe ser el perfecto garante de la salud de toda la población en condiciones de equidad, y que un sistema de servicios sociales sin que se le detraiga financiación para atención sanitaria, puede y debe reforzar plantillas que hagan viable un modelo de atención residencial centrado en la persona.

5.3. Establecer corredores seguros y poder establecer los drenajes necesarios en las residencias para atender según gravedad en hospitales o en centros residenciales Covid con servicios coordinados de Servicios Sociales y Sanitarios a las personas que lo requieran.