

“Se fue demasiado lejos con las restricciones de acceso a los familiares en las residencias”

Adelina Comas-Herrera ha monitorizado los datos de mortalidad durante la pandemia y concluye que cuatro de cada 10 muertes fueron de residentes. Alerta de un modelo obsoleto y de falta de financiación

MARÍA SOSA TROYA, El País, 08 NOV 2021

Adelina Comas-Herrera (49 años, Girona) ha liderado un equipo que ha monitorizado durante toda la pandemia [la mortalidad en las residencias](#) de más de 20 países. Es especialista en políticas de cuidados y vive en el Reino Unido desde hace 26 años, donde trabaja en la London School of Economics and Political Science. Se ha peleado con la calidad de los datos, pero con cifras hasta enero concluye que 4 de cada 10 fallecimientos fueron de personas que vivían en esos centros, según explicó recientemente en un congreso de la Fundación Edad y Vida. En su opinión, fallan la financiación, las condiciones laborales y los modelos residenciales han quedado obsoletos.

Pregunta. ¿Por qué ha sido tan difícil llevar un recuento de muertes en las residencias?

Respuesta. En la mayor parte de países los sistemas de información no recogen muchos datos sobre la gente que está en residencias. Una de las pocas cosas positivas de la pandemia es que en muchos de ellos ahora hay mejores sistemas de monitorización. Muchos ni siquiera sabían cuántas personas vivían en los centros ni cuánto personal tenían.

P. España es uno de esos países.

R. Esto se debe a que el sistema, e incluso toda la gobernanza del sistema, está muy fragmentado. Hay muchos niveles de gobierno: ministerios, comunidades autónomas, diputaciones, entidades locales... Lo que tenemos es un caos, todos recogen datos, pero estos sistemas de información no se hablan entre sí. Hay que arreglarlo. Muchos países están en ello. Esta fragmentación es, en parte, lo que hace que este sector no se haya modernizado hasta ahora.

P. ¿Son fiables los datos?

R. Hay un problema, sobre todo en la primera oleada, cuando había poca capacidad de hacer test en residencias. Vamos con cuidado al comparar datos internacionales porque la calidad no es muy robusta. Si en un país ha fallecido el 8% de los residentes y en otro el 1% sabemos que hay una diferencia grande, pero no se puede comparar entre un 4%, un 5% o un 6%, son cifras muy parecidas entre sí.

P. ¿Qué ha fallado para que haya tanta mortalidad en residencias?

R. [Se ha hablado mucho de la tormenta perfecta](#) porque se han juntado muchos factores. Es una población de riesgo de cara al coronavirus: muy mayores, normalmente con otras enfermedades y de salud frágil. Además, cuando vives en un sitio con muchas personas es muy difícil evitar que se transmita el virus, y aquí es imposible la distancia con los cuidadores. Sobre todo al principio de la pandemia, en muchos países no se priorizó el acceso a equipos de protección individual, ni a test, y se encontraban con demasiado poco personal para afrontar la situación, porque iba enfermando. Fue difícil. Esto mejoró y en muchos lugares en las siguientes olas hubo una menor proporción de muertes entre quienes vivían en residencias que en la primera oleada. En un gran número de países se tardó en entender la importancia de poner el máximo estándar de protección en residencias.

P. ¿Qué fallos estructurales ha desvelado la pandemia en las residencias?

R. El mayor problema [son las condiciones en las que trabaja el personal](#). El segundo, la infraestructura de los centros. Y el tercero sería la falta de mecanismos no solo de monitorización, también de comunicación. En cuanto al personal, cobras menos si eres una enfermera en una residencia que en un hospital, con el mismo nivel de cualificación, y lo mismo para los auxiliares. En casi todos los países hay escasez y dificultades para reclutar y para retener al personal. En los nórdicos es diferente, pero en casi todos los demás, el nivel de formación y la progresión profesional es muy baja. Esto hace que sea muy poco atractivo. En Inglaterra las residencias están advirtiendo de que no pueden garantizar la calidad de los cuidados porque están en un nivel demasiado bajo de personal.

P. ¿Qué papel juega la financiación pública?

R. Gran parte de la financiación en este sector es pública, y se paga un precio muy bajo por el servicio a los proveedores, que no pueden abonar más de lo que reciben por el contrato. Estamos atrapados en sueldos muy bajos.

P. ¿Es uno de los fallos estructurales?

R. Los sistemas de financiación no son sostenibles para el nivel de demanda y de calidad al que queremos aspirar. Hemos ido a un modelo en el que [tenemos residencias muy desfasadas](#), en la mayor parte de países hay centros diseñados para mucha gente, con poco espacio privado, y eso ha hecho muy difícil contener el virus. Aunque en los nórdicos es distinto. En Dinamarca, tú tienes tu propio mini apartamento dentro de la residencia, con tu salón, cocina y dormitorio.

P. España es [uno de los países en los que mayor proporción de residentes fallecieron](#), con sus datos hasta enero. Ese casi 8% multiplica por cuatro la cifra de Alemania. ¿Esto a qué se debe?

R. España tuvo un ataque muy fuerte de covid en la primera ola y esto se refleja tanto en la comunidad como en las residencias, con muchas muertes. Y en Alemania la pandemia, sobre todo en la primera ola, [se pudo contener mejor](#), tal vez por su enorme esfuerzo en localizar a contactos de casos positivos desde el principio.

P. ¿Hay países que no hayan tenido un problema en las residencias?

R. Si han tenido un problema fuera de las residencias, también lo han tenido dentro, y esto refleja que algunos lugares estaban mejor preparados ante una pandemia, tanto fuera como dentro de los centros. Es el caso de Corea, Singapur o Hong Kong, que han tenido previas experiencias con este tipo de virus. No conozco ningún país que haya contenido muy bien el virus en las residencias pero que tuviera mucha incidencia fuera.

P. ¿Se falló a la hora de priorizar las residencias al principio?

R. Hay que tener cuidado a la hora de interpretar los datos, pero en los países con mayor impacto en la primera ola, en la segunda implementaron medidas más fuertes y la proporción de muertes en residencias bajó. En la primavera de 2020, cinco de cada diez fallecimientos era de mayores que vivían en residencias. Esta proporción no volvimos a verla luego. Si hubiéramos podido aplicar medidas o priorizar las residencias antes, quizás hubiera habido menos muertes. Es posible también que si más personas hubieran tenido acceso a cuidados hospitalarios, hubieran sobrevivido, aunque es difícil comprobarlo con datos. Por la prensa, sabemos que en países como Italia o España hubo un colapso y [en algunos sitios se negó hospitalización a personas por vivir en residencias](#), sin considerar si podían beneficiarse de tratamiento.

P. ¿La causa de menor mortalidad en algunos países está en la calidad de los servicios?

R. No tenemos buenos mecanismos para comparar la calidad de los servicios entre países. Lo que hemos visto es que el tamaño de las residencias afecta al número de muertes: cuanto mayor eran, proporcionalmente más gente moría. Otra cosa clara son [las ratios de enfermeras: cuanto menos hay, más riesgo tiene la residencia](#). Y el otro factor son habitaciones y baños compartidos. Un estudio en Canadá demuestra que si todo el mundo hubiera estado en habitaciones individuales con baño propio, habría habido menos muertes. Son lecciones a tener en cuenta porque este no va a ser el último virus que nos visite.

P. Quienes viven en residencias han sufrido fuertes restricciones. ¿Qué impacto han tenido?

R. Cada vez hay más evidencia de que ha habido deterioro cognitivo, especialmente en personas con demencia. [Han aumentado los sentimientos de soledad](#), abandono e incluso efectos en la salud por culpa del confinamiento en pequeños espacios. Han pagado un precio muy alto. Se fue demasiado lejos con las restricciones de acceso a familiares, especialmente cuando muchos fueron los primeros en vacunarse y tienen un papel muy importante para la salud emocional de los residentes. No se confió lo suficiente en ellos, fue un fallo no darles un papel en el día a día. Espero que una de las cosas que aprendamos de esto es que cuando una persona va a una residencia continúa teniendo el derecho a una vida familiar y a decidir sobre su día a día. En la mayoría de países no hay un mecanismo para asegurarnos de que esto se respeta.

P. ¿En qué ha cambiado esta crisis al sector?

R. Si intentamos buscar algo positivo, nunca habíamos oído hablar tanto de este sector. Ha sido por razones muy negativas, pero creo que podemos girarlo como oportunidad, solventar algunos de estos fallos estructurales, de gobernanza y financiación. Si no se arreglan, será muy difícil arreglar el resto de problemas. Y la población debe pensar que sus votos cuentan a la hora de cambiar el sistema. En Dinamarca, tener un buen plan para los servicios sociales es importante para los políticos. En España hemos entrado en una especie de círculo vicioso, de que es un problema intratable y es mejor no hablar mucho de ello. Nos explotó en la cara cuando llegó la pandemia.