

5. LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SERVICIOS SOCIALES EN ANDALUCÍA

JUAN ANTONIO MALDONADO MOLINA
Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de Granada
 <https://orcid.org/0000-0002-5673-3620>

SUMARIO: I. CENTROS SOCIO-SANITARIOS VS. CENTROS SANITARIOS: UNA DIFERENCIACIÓN SUSTANCIAL; II. LA COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA ANTE EL RETO DEL COVID-19. 1. EL DESOLADOR PANORAMA ESTATAL. 2. MEDIDAS DE COORDINACIÓN EN ANDALUCÍA. A) MEDIDAS DE COORDINACIÓN. B) MEDIDAS EN RELACIÓN A CENTROS RESIDENCIALES. A) SUSPENSIÓN DE NUEVOS INGRESOS EN CENTROS RESIDENCIALES. B) POSIBILIDAD DE AUSENCIAS VOLUNTARIAS SIN PÉRDIDA DE PLAZA. C) MEDIDAS ECONÓMICAS DE APOYO A CENTROS RESIDENCIALES. D) SUSPENSIÓN DE VISITAS. E) SUSPENSIÓN DE ACCESO DE PERSONAL VOLUNTARIO Y ALUMNADO EN PRÁCTICAS. F) PLAN DE CONTINGENCIA DE LOS CENTROS RESIDENCIALES. G) PLAN DE HUMANIZACIÓN. H) FLEXIBILIZACIÓN DE LOS REQUISITOS PARA TRABAJAR EN CENTROS Y SERVICIOS DEL SAAD. III. LOS SERVICIOS SANITARIOS PRESTADOS EN CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD. IV. LOS SERVICIOS SANITARIOS PRESTADOS POR EL SISTEMA SANITARIO A LOS USUARIOS DE CENTROS RESIDENCIALES. 1. LA ATENCIÓN POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INSTITUCIONALIZADAS. 2. LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA. V. BIBLIOGRAFÍA CITADA.

I. CENTROS SOCIO-SANITARIOS VS. CENTROS SANITARIOS: UNA DIFERENCIACIÓN SUSTANCIAL

Desde hace décadas, antes de la puesta en marcha del SAAD, ya se venía reclamando atender las situaciones de dependencia mediante la coordinación de servicios sanitarios y sociales¹. El Plan Estratégico del INSALUD de 1997 adoptaba ya como estrategia la coordinación integrada de recursos sanitarios y sociales.

La puesta en marcha del SAAD en 2007 es el claro ejemplo de modelo de atención sociosanitaria. Ello es así porque la situación de dependencia se caracteriza por requerir una protección coordinada de los ámbitos sanitarios y sociales². No es posible deslindar ambas cuestiones en las personas dependientes, pues normalmente son necesidades a) que concurren en el tiempo³, por lo que atender sanitariamente sin una intervención social, no resuelve el problema, y viceversa; b) que se

¹ ANFOSSI, L. y BAUSANO, F.: “L’Integrazione dei servizi sociali e sanitari nell’attuazione del progetto-obiettivo «tutela della salute degli anziani»”, in *Anziani: bisogni, servizi e progetti*, Fz, Padova, 1994, págs. 117-142; MARAVALL GÓMEZ-ALLENDE, H., “La coordinación socio-sanitaria: una exigencia ineludible”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, núm. 30, 1995; MARTÍNEZ AGUAYO, C., “Coordinación entre servicios sociales y sanitarios. Un modelo de atención posible”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, núm. 30, 1995; ASOCIACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE GERONTOLOGÍA, *Las necesidades sociosanitarias de la población dependiente en España: modelos y cuidados prolongados y coordinación de recursos. El debate profesional*. Informe para el Defensor del Pueblo, Madrid, 2000; DEFENSOR DEL PUEBLO, *Recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la atención sociosanitaria y aspectos conexos*, Madrid, 2000, pág. 19. Sobre los antecedentes a la coordinación socio-sanitaria en nuestro país, ver DURÁN BERNARDINO, M.: “La coordinación sociosanitaria en la atención a las personas en situación de dependencia. Visión desde la asistencia sanitaria y los servicios”, en *Revista de derecho de la seguridad social*. Laborum, núm. 4, 2015, págs. 135 y ss.

² MALDONADO MOLINA, J.A., “La protección a la dependencia en Andalucía”, *Revista Temas Laborales*, núm. 100, 2009, pág. 416.

³ ZABARTE, M^a.E.: “La dimensión múltiple de la atención a la dependencia: la conexión de los servicios sociales con la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 65, 2006, pág. 55.

retroalimentan, ya que sus problemas de salud los excluyen socialmente, y la exclusión social agudiza sus problemas de salud.

En efecto, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en su artículo 11.1, relativo a la participación de las Comunidades Autónomas en el SAAD, les asigna -entre otras cuestiones- la función de establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención. Junto a ello, la Ley 39/2006 deja claro que el contenido del recurso residencial es sociosanitario, al indicar que el Servicio de Atención Residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario. Es decir, centrado en la persona.

Por su parte, el Sistema Nacional de Salud (SNS) contempla dentro de su catálogo de prestaciones las correspondientes a “atención sociosanitaria”⁴, prestación que comprende -según el artículo 14.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud- “el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”. Por tanto, actuación simultánea y sinérgica de dos servicios en paralelo, pero no cualquier servicio sanitario, sino aquél que necesita una persona que por su características (enfermos crónicos, por ejemplo), puede recibir tales servicios a la vez que los sociales (atención a la dependencia).

Se trata de que quien demande simultáneamente atención social (atención residencial, v.gr.), y sanitaria (enfermedad crónica), no vea interrumpido cualquiera de esos servicios, sino que haya continuidad. Y una actuación sinérgica, dado que la acción conjunta aporta grandes beneficios al Sistema y a los destinatarios⁵.

Junto a ello, la Ley 16/2003 prevé que por parte del SNS se presten servicios asistenciales, que comprende “todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios”⁶.

El objetivo de que se recoja esta prestación dentro del SNS es que la institucionalización de una persona no ponga en peligro la continuidad del servicio, y para ello el artículo 14.3 dispone que tal continuidad “será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes”, para con ello “adaptar las estructuras de atención a las necesidades de las personas y no el de obligar a las personas a adaptarse a las estructuras”⁷.

Coordinación, esa es la palabra⁸, para conseguir una atención integral de la persona. La coordinación consiste en posibilitar que el SNS siga prestando cobertura a las personas institucionalizadas, precisando el artículo 14.2 Ley 16/2003 que “en el ámbito sanitario” (ojo, sanitario), “la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá: a) Los cuidados sanitarios de larga duración; b) La atención sanitaria a la convalecencia; c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable”.

⁴ Artículo 7 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

⁵ MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*, 2011, págs. 5 y 257. Disponible en https://www.msbs.gob.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf

⁶ Artículo 8 bis Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

⁷ BELTRÁN AGUIRRE, J.L.: “La atención a la dependencia: régimen legal. Interacciones entre lo social y lo sanitario”, *Derecho y Salud*, Vol. 16, núm. extra 2, 2008, pág. 26.

⁸ HERRERA MOLINA, E.: “Coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales; una senda definida como parte de la solución”, *Actas de la Dependencia, Fundación Caser para la dependencia*, núm. 01, 2012, pág. 60.

El hecho de que la atención sociosanitaria se preste por parte del SNS, no debe llevarnos a pensar que los centros sociosanitarios forman parte de tal Sistema. Son centros no sanitarios que incorporan servicios que realizan actividades sanitarias. Esa es la indicación que se recoge en el punto C.3 del Anexo II del RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. No forman parte del Sistema Nacional de Salud.

No hay un concepto normativo de centro sociosanitario. El RD 1277/2003, de 10 de octubre se refiere a tres figuras (ya en la propia denominación de la norma): centros, servicios y establecimientos sanitarios⁹. De ellos, lo que se presta en un centro sociosanitario es el “servicio sanitario”, que es una “unidad asistencial, con organización diferenciada, dotada de los recursos técnicos y de los profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, para realizar actividades sanitarias específicas. Puede estar integrado en una organización cuya actividad principal puede no ser sanitaria” (art. 2.1 RD 1277/2003). Por el contrario, los “centros sanitarios” son el “conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas. Los centros sanitarios pueden estar integrados por uno o varios servicios sanitarios, que constituyen su oferta asistencial”.

De este modo, el que dentro de un centro no sanitario -como es una residencia- exista un servicio sanitario, no le otorga naturaleza de centro sanitario, al igual que ocurre con otras entidades como pueden ser balnearios, prisiones, empresa, hoteles, centros comerciales, en los que se incluye un Servicio sanitario¹⁰.

En el caso de las Residencias, los Servicios Sanitarios que suelen incluir su oferta asistencial son: U1 Medicina general/de familia; U2 Enfermería; U4 Podología; U59 Fisioterapia; U60 Terapia ocupacional; U84 Depósito de medicamentos; U900 Otras unidades asistenciales.

El modelo de atención sociosanitaria tiene unos destinatarios con un perfil en el que es posible combinar la atención a las situaciones de dependencia con sus problemas de salud estructurales. No está concebido para atender problemas de salud que no puedan ser atendido en los espacios residenciales donde viven (por requerir servicios sanitarios especializados), al igual que tampoco está orientado a las “personas con enfermedades que pueden ser crónicas y además pluripatológicas que, precisando un amplio nivel de servicios sanitarios especializados, no quedan incluidas en el espacio sociosanitario por carecer de necesidades sociales continuadas”¹¹. Solo debe prestarse a las personas que tienen un perfil sociosanitario, que son aquellas que cumplen tres notas: necesidad simultánea de atención en las áreas social y sanitaria; necesidad de atención significativa, cuantitativa o cualitativamente en ambos campos, tanto en la intensidad de la intervención como en la duración en el tiempo; y para quienes las intervenciones desde ambos sectores son sinérgicas en su efecto¹².

No debemos confundir conceptos. El que una persona dependiente necesite una atención integral, integrada, continua y simultánea en los ámbitos social y sanitario en su lugar de residencia, no debe llevar a considerar como “sanitario” ese lugar de residencia (sea su domicilio o una institución). Los centros residenciales son centros de naturaleza socio-sanitaria, pero su cometido natural (lo indica

⁹ Se define como el “conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias de dispensación de medicamentos o de adaptación individual de productos sanitarios”. En esta categoría (que forman parte del Sistema de Salud), se incluyen Oficinas de farmacia, botiquines, ópticas, ortopedias y establecimientos de audioprótesis.

¹⁰ Tales servicios deben inscribirse en el Registro general de centros, servicios y establecimientos sanitarios del Ministerio de Sanidad (art. 5 RD 1277/2003). Dicho Registro puede consultarse en la web <http://regcess.msbs.es/regcessWeb/inicioBuscarCentrosAction.do>. La consulta debe realizarse acotando la búsqueda al Código C.3

¹¹ FUNDACIÓN ECONOMÍA Y SALUD, *Lo sociosanitario: de los casos reales al modelo*, 2018, pág. 42. Disponible en http://www.fundacioneconomiaysalud.org/wp-content/uploads/Lo-sociosanitario_De-los-casos-reales-al-modelo.pdf

¹² FUNDACIÓN ECONOMÍA Y SALUD, *Lo sociosanitario: de los casos reales al modelo*, cit. pág. 41.

su denominación) es el residencial: son el hogar de los usuarios, que en atención a su mayor fragilidad debe estar dotado de una atención sanitaria básica para la atención de las patologías crónicas que sufren¹³.

II. LA COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA ANTE EL RETO DEL COVID-19

1. El desolador panorama estatal

Como es fácil de colegir, los servicios sanitarios incluidos en los centros y residencias no eran los necesarios para hacer frente al virus SARS-CoV-2. Por ello, la coordinación socio-sanitaria era más imprescindible que nunca, concretada en que los Sistemas de Salud prestaran la atención sanitaria adecuada a las personas que enfermaran en centros de mayores o dependientes, pero en el sentido de que se atendieran las necesidades de salud extraordinarias que se estaban viviendo y que sobrepasaban las previstas para un centro sociosanitario.

Sin embargo, el colapso de los sistemas sanitarios (y en otros casos el temor a que se produjera ese colapso, sin que llegara a suceder), determinó que en alguna Comunidad (Madrid)¹⁴ se implementara un protocolo de admisión de pacientes en los que el triaje implicada no atender a los que estuvieran institucionalizados que no dieran un perfil¹⁵, que en algunos casos se ha impedido directamente que se deriven a centros sanitarios, lo que algunas instancias¹⁶ denunciaron que ha costado la vida a muchas personas (aunque otros lo han negado: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología¹⁷). Uno de los objetivos de dicho Protocolo era, explícitamente, “Contribuir a la sostenibilidad del Sistema de Salud evitando las graves consecuencias que el colapso del mismo tendría tanto para la población afectada por el Covid-19 como para los pacientes no afectados por el virus y cuya salud debiera sufrir las menores consecuencias posibles de la actual crisis”. En Cataluña no se implementó un Protocolo prohibiendo las derivaciones. Sí se aprobó un Protocolo del Servicio

¹³ MALDONADO MOLINA, J.A.: “La atención sanitaria en centros asistenciales de mayores y personas con discapacidad”, en MONERO, RIVAS, MORENO, VILA, ÁLVAREZ (Dir.), Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19, Aranzadi, 2021, pág. 798.

¹⁴ DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA, *Protocolo de coordinación para la atención a pacientes institucionalizados en residencias de personas mayores de la Comunidad de Madrid durante el periodo epidémico ocasionado por el COVID-19*, 25 de marzo de 2020, disponible -entre otros sitios web- en <https://amys.es/wp-content/uploads/2020/01/COVID-CAM-coordinaci%C3%B3n-residencias-sinfecha-20200412.pdf>.

¹⁵ En el punto 5 de dicho Protocolo, se recomienda “Valorar clínicamente la derivación al hospital a los pacientes que cumplan estos criterios: Pacientes en situación de final de vida subsidiarios de cuidados paliativos; Pacientes con criterios de terminalidad oncológica, de enfermedades de órgano avanzada; Pacientes con criterios de terminalidad neurodegenerativa (GDS de 7); Criterio de Fragilidad igual o mayor de 7”.

¹⁶ Así, MÉDICOS SIN FRONTERAS, *Poco, tarde y mal El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España*, agosto de 2020, disponible en <https://msfcovid19.org/wp-content/uploads/2020/08/aaff-msf-informe-covid19-residencias-baja-nota.pdf>; (en concreto, apartado 50: Denegación de derivaciones a los servicios hospitalarios: ¿negligencia u omisión del deber de socorro?); AMNISTÍA INTERNACIONAL, *Abandonadas a su suerte: la desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia COVID19 en España*, 3 de diciembre de 2020, disponible en <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/reportajes/residencias-en-tiempos-de-covid-personas-mayores-abandonadas-a-su-suerte/>

¹⁷ Ese fue el caso del Presidente de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, que el día 7 de junio de 2020 hizo público un comunicado, con el título *Residencias de mayores: ya tenemos al culpable*, en el que literalmente indica: “Que no se ha negado el ingreso hospitalario a los ancianos de la Comunidad de Madrid también lo dicen los datos: 10.300 residentes han sido trasladados desde su residencia a hospitales desde el 1 de marzo hasta el día 5 de junio (una media de 106 cada día); el día 6 de abril se alcanzó un pico de 206 traslados de residencias a hospitales; de los 2.226 pacientes ingresados en La Paz entre el 25 de febrero y el pasado 19 de abril, el 32% (709 personas) provenían de una residencia de mayores... y así en el resto de hospitales.”. En su escrito subraya que “lo ocurrido en España no ha sido diferente a lo ocurrido en nuestro entorno” y que “no ha fallado el sistema de atención geriátrica instalado”. Disponible en <https://www.segg.es/media/descargas/Carta-geriatria-residencias-Madrid.pdf>

de Emergencias Médicas en el que se recomendaba no ingresar en la UCI a determinados pacientes de más de 80 años con coronavirus, y hacía referencia al criterio de futilidad¹⁸.

Esta falta de coordinación se detectó y trató de corregirse. Así, en la reunión entre la Secretaría de Estado de Derechos Sociales y las Comunidades Autónomas del 4 de agosto de 2020, dentro del documento “Marco común de aplicación a los centros residenciales del Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19”, se indicaba en los puntos 10 y 11:

“10. Las autoridades competentes deberán garantizar la coordinación de los centros sociales residenciales con los recursos sanitarios del sistema de salud de la comunidad autónoma, con el fin de asegurar en todo momento a estas personas la atención sanitaria a la que tienen derecho como ciudadanos (artículo 10 del Real Decreto-ley 21/2020).

11. En el caso de contagio y siempre que sea necesario, las autoridades sanitarias garantizarán el acceso a la atención hospitalaria a las personas que residen en estos centros en igualdad de condiciones al resto de la ciudadanía, sin que puedan establecerse protocolos genéricos que supongan discriminación por motivos de edad o discapacidad. El acceso a los medios sanitarios hospitalarios debe decidirse facultativamente y en función de la situación individual de cada paciente y no por aplicación de criterios generales.”

Antes de la Declaración del estado de alarma, el Ministerio de Sanidad publicó unas Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19 (5 de marzo de 2020), de tipo organizativo fundamentalmente, en el que indicaba que “todo centro sociosanitario que detecte que un residente pueda haber sido contacto de un caso de COVID-19 indicará a esta persona que permanezca en el centro o residencia y se lo comunicará a los servicios de salud pública que valoren dicha identificación según el “Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo Coronavirus (SARSCoV-2)”. Añadiendo: “Si una persona clasificada como contacto de un caso probable o confirmado cumple criterios de caso en investigación, se informará a las autoridades de salud pública y se realizará el seguimiento según lo establecido por las mismas. No es necesario su traslado al centro sanitario si su estado general es bueno”¹⁹. Es decir, si su estado general no era bueno, era inimaginable que se quedara en el centro residencial. En caso de tener contacto o incluso positivo asintomático, confinamiento individual. Las mismas pautas que actualmente se siguen con las residencias donde ya se han vacunado²⁰.

La Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, estableció una primera batería de medidas, fundamentalmente de carácter organizativo, encaminadas a luchar contra el COVID-19 en estos centros. Pero su insuficiencia, hizo que pronto hubiera que ampliar las medidas, cuestión que se abordó con Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

¹⁸ Recomanacions per suport a les decisions d'adequació de l'esforç terapèutic (AET) per pacients amb sospita d'infecció per COVID-19 i insuficiència respiratòria aguda (IRA) hipoxèmica. Grup de treball de Ventilació, Cap Àmbit Emergències, Direcció Mèdica i Direcció Infermera de SEM, 25 de marzo de 2020. https://d3cra5ec8gdi8w.cloudfront.net/uploads/documentos/2020/07/07/_protocolocatalua_179628f4.pdf.

¹⁹ Disponible en https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Centros_sociosanitarios.pdf.

²⁰ Adaptación de las medidas en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial en el marco de la vacunación. Ministerio de Sanidad, 15 de marzo de 2021. Disponible en https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Centros_sociosanitarios_actuacion_vacunados.pdf.

La Orden SND/322/2020, de 3 de abril²¹ buscó dar prioridad en la realización de pruebas diagnósticas de los residentes y del personal que presta servicio en los mismos, así como la disponibilidad de equipos de protección individual para ambos colectivos, y se aclara en qué casos concretos un centro residencial podrá ser intervenido por la autoridad autonómica.

En estas normas ya no se habla de centros sociosanitarios, sino de centros de servicios sociales de carácter residencial. Igualmente, la normativa que se aprobó en durante los estados de alarma, para prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, cuando habla de centros residenciales, no los califica como centros sociosanitarios. Esto ocurrió con el RDL 21/2020, de 9 de junio, y la Ley 2/2021, de 29 de marzo²².

Tras el fracaso de la coordinación sociosanitaria durante la primera ola (en buena parte de las CC.AA.), el RDL 21/2020, de 9 de junio, y la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, recogen en sus artículos 10, 23, 28 una serie de medidas a tomar bien por las Administraciones o por los centros de servicios sociales:

a) Obligaciones para las Administraciones

- Vigilancia de la prevención por los centros. El número 1 del artículo 10 obliga a las Administraciones competentes a asegurar el cumplimiento por los titulares de centros de servicios sociales de carácter residencial y centros de día de las normas de desinfección, prevención y acondicionamiento de las instalaciones, que aquellas establezcan; y en particular, velar por que su normal actividad se desarrolle en condiciones que permitan en todo momento prevenir los riesgos de contagio.

- Coordinación sociosanitaria. El número 2 del artículo 10 exige a las autoridades competentes la coordinación de los centros residenciales con los recursos sanitarios del sistema de salud de la comunidad autónoma en que se ubiquen.

- Garantía de disponibilidad de profesionales sanitarios (artículo 28)²³.

b) Obligaciones para titulares de los centros

- Planes de contingencia por COVID-19. Han de disponer de planes de contingencia por COVID-19 orientados a la identificación precoz de posibles casos entre residentes y trabajadores y sus contactos, activando en su caso los procedimientos de coordinación con la estructura del servicio de salud que corresponda.

- Medias organizativas y EPI's. Deben adoptarán las medidas organizativas, de prevención e higiene en relación con los trabajadores, usuarios y visitantes, adecuadas para prevenir los riesgos de contagio. Asimismo, garantizarán la puesta a disposición de materiales de protección adecuados al riesgo.

²¹ Por la que se modifican la Orden SND/ 275/2020, de 23 de marzo y la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, y se establecen nuevas medidas para atender necesidades urgentes de carácter social o sanitario en el ámbito de la situación de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

²² En ambas normas, en el artículo 10.2 indica que las autoridades competentes deberán garantizar la coordinación de los centros residenciales de personas con discapacidad, de personas mayores y de los centros de emergencia, acogida y pisos tutelados para víctimas de violencia de género y otras formas de violencia contra las mujeres, con los recursos sanitarios del sistema de salud de la comunidad autónoma en que se ubiquen.

²³ En particular, garantizarán un número suficiente de profesionales involucrados en la prevención y control de la enfermedad, su diagnóstico temprano, la atención a los casos y la vigilancia epidemiológica.

c) Obligaciones para Administraciones y centros

- Obligación de información. El artículo 23 establece la obligación de facilitar a la autoridad de salud pública competente todos los datos necesarios para el seguimiento y la vigilancia epidemiológica del COVID-19 que le sean requeridos por ésta, incluidos, en su caso, los datos necesarios para la identificación personal²⁴.

En el Informe del Grupo de Trabajo Covid 19 y Residencias²⁵, se recoge en su Anexo III las medidas de coordinación sociosanitaria implementadas por las Comunidades Autónomas (información transmitida por cada una), con objeto de asegurar la atención médica de las personas que conviven en ellas, mediante una coordinación adecuada entre los servicios sociales y los sanitarios. En la mayor parte de los casos se trata de Protocolos de transmisión de información, facilitando que los centros residenciales puedan transmitir rápidamente sus necesidades y las de los mayores residentes.

2. Medidas de coordinación en Andalucía

A) Medidas de coordinación

En Andalucía, además de los Protocolos, destacan dos medidas²⁶:

- Asignación de un/a enfermero/a gestor de casos referente del centro de salud a los centros residenciales para mayores que corresponda según la ubicación del centro, para evitar la existencia de casos positivos COVID-19 y contagios en los centros residenciales, así como su adecuado aislamiento preventivo; garantizar la sectorización del centro y que los nuevos ingresos residenciales y los trabajadores, de nueva alta o que regresen de vacaciones, tengan PCR con resultado negativo para COVID-19.

- Adscripción de médico de familia de atención primaria para la supervisión de casos de personas residentes en centros residenciales, para asegurar una adecuada coordinación entre los centros sanitarios de atención primaria y los centros residenciales.

En esta Comunidad, ya desde marzo de 2020 hay que subrayar que se pusieron en marcha mecanismos de coordinación para garantizar una efectiva asistencia sanitaria a las personas institucionalizadas. Así, el 22 de marzo de 2020, la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios puso en marcha un protocolo titulado “Actuación en centros residenciales de mayores y otros sociosanitarios asimilados -COVID-19”-, en su Anexo 4, titulado “Medicalización de los centros residenciales y dotación de recursos por la situación actual generada por el covid-19”²⁷, ya recogió:

- Instalaciones para hacer frente a eventualidades, y ahí se ingresaron como centros intermedios a los mayores residentes que hubieran contraído el virus pero que su gravedad no exigía hospitalización

²⁴ Esta obligación recae sobre “el conjunto de las administraciones públicas, así como a cualquier centro, órgano o agencia dependiente de estas y a cualquier otra entidad pública o privada cuya actividad tenga implicaciones en la identificación, diagnóstico, seguimiento o manejo de los casos COVID-19”. En particular, será de aplicación a todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios y servicios sociales, tanto del sector público como del privado, así como a los profesionales sanitarios que trabajan en ellos. En ese sentido, la Orden SND/322/2020, de 3 de abril dio prioridad a la identificación e investigación epidemiológica de los casos por COVID-19 relacionados con residentes, trabajadores o visitantes de estos centros, disponiendo nuevas obligaciones de suministro de información por parte de las comunidades autónomas.

²⁵ https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/inf_resid_20210321.pdf.

²⁶ MALDONADO MOLINA, J.A.: “La protección social de los mayores durante la pandemia del COVID-19”, *Revista de Estudios Jurídico Laborales y de Seguridad Social*, núm. 3, 2021, págs. 142 y ss.

²⁷ https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Recomendaciones_Residencias_Centros_Sociosanitarios_22032020.pdf

- Ante la presencia de casos, se facilitarán todos los medios profesionales y materiales necesarios para garantizar la asistencia en los centros residenciales.
- Se creó una Red de Alerta de Enfermera Gestoras de Casos²⁸.
- Aquellos casos que por su complejidad o condiciones clínicas lo requieran se activa la atención médica presencial a través del desplazamiento de los Equipos de Salud del Centro Sanitario o la activación de los Servicios de Urgencia y cuando sea necesario de los Servicios Especializados Hospitalarios²⁹.
- Cuando se detectara necesidad de presencialidad de profesionales para continuar con los tratamientos necesarios (administración de medicación parenteral, oxigenoterapia, ventilación mecánica,...), así como la vigilancia y control de síntomas durante el tratamiento y evolución de los pacientes, se dotaría a la residencia de los recursos profesionales y materiales que se vayan requiriendo en base a esos criterios clínicos.
- Igualmente, en coordinación con los hospitales, se organizará la disponibilidad de recursos materiales de cuidados hospitalarios para su traslado al ámbito residencial (ventilación mecánica o cualquier otro material derivado de las necesidades de especialistas hospitalarios tras valoración).

En el Acuerdo de 8 de abril de 2020, del Consejo de Gobierno, se puso en conocimiento el Informe sobre la respuesta del sistema sanitario ante los efectos de la infección por COVID-19 en centros residenciales y en domicilios de Andalucía (de 6 de abril), en el que se hace patente que el sistema sanitario se reorganizó y reforzó los servicios para la prevención y abordaje de las necesidades de salud de los centros residenciales y centros sociosanitarios asimilados, que atienden situaciones de discapacidad-dependencia (BOJA de 9 de abril).

Y las sucesivas normas que fueron aprobándose para implementar medidas ante las diversas olas, también recogieron medidas de coordinación de los centros con el sistema público de salud. En concreto:

- Intervención sanitaria gradual en los centros sociosanitarios, cualquiera sea su titularidad y tipología de gestión, en función del estado de la situación en cada centro afectado³⁰, pudiendo realizar las siguientes funciones:

- a) Asumir o controlar la asistencia sanitaria de las personas residentes con el personal sanitario propio de la residencia.

²⁸ Desarrollaron un papel de coordinación mediante el seguimiento presencial y/o telefónico diario de todas las residencias con la finalidad de elaborar un mapa diario con la incidencia de casos nuevos en residencias, para planificar las intervenciones y realizar las indicaciones oportunas para organizar el aislamiento en las residencias que incluyan los casos o sospecha de casos; resolver dudas; orientar la asistencia y coordinar alertas con equipos sanitarios para la atención presencial en caso necesario en situaciones de mayor complejidad o situaciones de agravamiento.

²⁹ Esta asistencia presencial se activaría cuando se presentasen las siguientes situaciones clínicas:

1. Pacientes en situación de cronicidad compleja, con agravamiento de su patología de base que requiera valoración médica.
2. Pacientes con agravamiento de síntomas por COVID-19
3. Pacientes en situación de cuidados paliativos con empeoramiento clínico.

³⁰ Orden de 20 de marzo de 2020, por la que se insta a la adopción de medidas en relación con las actuaciones sanitarias en centros sociosanitarios, cualquiera sea su titularidad y tipología de gestión, en salvaguarda de la salud pública a causa de la pandemia por coronavirus COVID-19. La vigencia de estas medidas era de un mes, pudiéndose prorrogar por otro. Una vez finalizada la primera ola, la Orden de 19 de junio de 2020, en su apartado séptimo recogió qué actuaciones podía hacer la autoridad sanitaria en caso de intervención de un centro. Al inicio de la segunda ola, volvió a contemplarse la eventual intervención en centros residenciales por el artículo 18 de la Orden de 22 de septiembre de 2020. Y lo mismo sucedió con la tercera ola: artículo 16 de la Orden de 4 de diciembre de 2020. Se mantiene la previsión tras el escenario de vacunación: artículo 11 de la Orden de 8 de abril de 2021.

- b) Trasladar a las personas residentes a otro recurso residencial o centro habilitado, con independencia de su carácter público o privado.
- c) Supervisar y asesorar en las actuaciones que lleve a cabo el personal sanitario y no sanitario, en su caso, de la residencia.
- d) Designar a una enfermera gestora de casos para dirigir y coordinar la actividad asistencial de estos centros pudiendo disponer de los recursos materiales y humanos del centro residencial intervenido, así como de los recursos vinculados con la actividad sanitaria asistencial que se presta de forma habitual a las personas residentes en el mismo.
- e) Implementar medidas de salud pública frente la aparición de nuevos casos de COVID-19 y para el control de brotes.
- f) Apoyar puntualmente a la residencia con personal, de ser necesario.

- Codecisión en la valoración de si se cumplen las condiciones mínimas para las visitas y paseos (a partir de Orden de 13 de agosto de 2020). Se establece un protocolo en el que la decisión de suspender o restringir las visitas es compartida entre la dirección del centro y la enfermera gestora de casos³¹.

- Toma de muestras PCR o test rápidos de antígenos (Orden de 22 de septiembre de 2020, Orden de 4 de diciembre de 2020 y Orden de 8 de abril de 2021). Si en el centro se cuenta con profesionales sanitarios de medicina o enfermería, ellos realizarán la toma de muestras para la práctica de las pruebas previa capacitación por parte de profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público, que, a su vez, definirá el circuito de envío de las mismas. Si -por el contrario- no fuese así, la prueba será realizada por profesionales del Sistema Sanitario Público.

- Seguimiento proactivo de las personas residentes en centros desde los servicios sanitarios públicos (art. 1.2 Orden de 4 de diciembre de 2020 y art. 2 Orden de 8 de abril de 2021)³².

- Papel de los servicios de salud públicos en el Plan de Contingencia y Actuación para la prevención del COVID-19 de los centros sociosanitarios³³.

³¹ Decisión tomada en base a la información y el soporte adecuados, para lo que se apoyarán en un equipo formado por diferentes profesionales, como los profesionales de epidemiología o de la inspección de Servicios Sanitarios referente del centro. Dicha decisión será comunicada a la dirección del Distrito/Área Sanitaria. La decisión adoptada será remitida por la enfermera gestora de casos referente del centro a la enfermera gestora de casos provincial y ésta a su vez a la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios para su validación y devolución de la información para su comunicación a la dirección del centro residencial. Este proceso no debe ser superior a 24 horas. La enfermera gestora de casos referente del centro y la dirección del centro serán los encargados de implementar y vigilar la ejecución de medidas adoptadas y de informar de la situación de la evolución del centro a los referentes de epidemiología del área (Orden de 13 de agosto de 2020).

³² El artículo 2.2 Orden de 4 de diciembre de 2020 especifica, a propósito del Plan de Contingencia, que debido a la especial vulnerabilidad ante la pandemia de las personas mayores que viven en residencias y para facilitar el seguimiento proactivo, el registro de las medidas relacionadas con la realización de pruebas diagnósticas de infección activa de COVID-19 y el seguimiento de los posibles contagios se realizará en la plataforma habilitada por el Servicio Andaluz de Salud. El centro residencial designará un referente para tal fin y se validarán estos datos siempre que sea necesario según la Enfermera gestora de casos de referencia del centro residencial de mayores.

³³ A partir de la Orden de 4 de diciembre de 2020 (se mantiene en la Orden de 8 de abril de 2021), la persona responsable del centro se coordinará con los centros sanitarios y con la enfermera gestora de casos referentes de la zona donde se localiza el centro para organizar los aspectos relativos a la prevención y detección de sospechas y casos por COVID-19, la organización de la realización de las pruebas y el seguimiento de los posibles contagios. La persona responsable o coordinadora del centro procederá a comunicar a la enfermera gestora de casos del centro de salud de la zona de referencia del centro la sospecha de caso, ya que la infección por el COVID-19 es una enfermedad de declaración obligatoria urgente.

B) Medidas en relación a centros residenciales

La Orden de 13 de marzo de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19), en coordinación con la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, estableció una serie de medidas preventivas también en el ámbito sociosanitario, que afectaron a los Centros residenciales, centros de día, ayuda a domicilio y teleasistencia. Eran medidas que inicialmente iban a ser de aplicación desde el 16 de marzo de 2020 hasta el día 30 de marzo de 2020 -si bien ya contemplaba posibles prórrogas, como así sucedió durante la primera ola³⁴-.

Una vez superada la primera ola, la Orden de 19 de agosto de 2020 fue la que fijó las condiciones en los centros socio-sanitarios, Orden que fue objeto de numerosas reformas, a medida que la situación sanitaria evolucionaba³⁵.

Pero con los rebrotes y el inicio de la segunda ola, se dictó otra Orden en la materia, que en parte recogió la experiencia acumulada en meses anteriores: Orden de 22 de septiembre de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en centros sociosanitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus (COVID-19), que a diferencia de la que le precedió no fue objeto de reforma alguna.

Y la tercera ola también exigió una actualización de la normativa sobre centros sociosanitarios, que se llevó a cabo con la Orden de 4 de diciembre de 2020 por la que se actualizan las medidas preventivas de salud pública en los centros sociosanitarios, otros centros de servicios sociales y de servicio de la Comunidad Autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus (COVID-19).

A estas normas hay que sumar una cuarta, aprobada en un contexto de inmunización generalizada de las personas usuarias de centros sociosanitarios: Orden de 8 de abril de 2021, con la que se busca un mayor equilibrio entre las medidas preventivas, con una mayor “humanización” y mejora de la calidad de vida de las mismas.

Una vez confirmado el caso de COVID-19, la enfermera gestora de casos procederá a su declaración a los profesionales de Salud Pública de las Unidades de Epidemiología de forma urgente a través de correo electrónico, llamada telefónica o por cualquier medio de comunicación que se disponga.

Tras la detección de uno o más casos confirmados de COVID-19, desde la dirección del centro de atención primaria de referencia y los servicios de Salud Pública, se coordinará la estrategia de intervención y se establecerán las actividades a desarrollar adaptadas a cada situación (medidas de sectorización, estudio de contactos, etc...) en coherencia con los recursos disponibles y con los profesionales de referencia implicados, enfermera gestora de casos, epidemiólogo de atención primaria, y cuando proceda con la inspección de servicios sanitarios, técnicos de protección de la salud, equipos de atención primaria y equipos de atención hospitalaria. En la estrategia de intervención participará el profesional del centro residencial responsable de las medidas de prevención y del plan de contingencia.

Desde epidemiología de Atención Primaria se vigilará la puesta en marcha y la implantación de la estrategia de intervención y se propondrán las correcciones oportunas en función de la evolución. Asimismo, se determinará la finalización o cierre del estudio de contactos y de la alerta en su conjunto y la realización del informe final que integre toda la información sobre la misma.

El seguimiento por la administración sanitaria de los centros residenciales, a través de la enfermera gestora de casos de referencia del centro, comprobará y registrará, en la plataforma diseñada para tal fin, que las restricciones de salidas y visitas se han producido según los criterios establecidos. La Dirección General de Cuidados Sociosanitarios tendrá conocimiento actualizado de las restricciones realizadas en los centros sociosanitarios a través de la plataforma.

³⁴ Fueron prorrogadas sucesivamente por Orden de 30 de marzo de 2020, Orden de 11 de abril de 2020 y por la Orden de 25 de abril de 2020 hasta las 00:00 horas del 10 de mayo de 2020, dictándose nuevas medidas por la Orden de 14 de mayo de 2020, por la que se adoptan nuevas medidas preventivas (hasta el 10 de mayo de 2020), pero que realmente mantuvo varias de las anteriores, que igualmente se prorrogaron primero hasta el 7 de junio de 2020 (Orden de 23 de mayo de 2020) y finalmente hasta el 21 de junio (Orden de 6 de junio de 2020).

³⁵ Orden de 25 de junio de 2020, Orden de 13 de agosto de 2020, Orden de 16 de agosto de 2020 y Orden de 1 de septiembre de 2020.

La Orden de 13 de marzo de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19), para los Centros Residenciales de personas mayores, personas con discapacidad, menores, y personas con dependencia, estableció una serie de medidas que tienen en común prevenir contagios cesando toda actividad que implicara contactos con el exterior, pero manteniendo su funcionamiento.

Así, a diferencia de los Centros de Participación Activa (que dejaron de funcionar el 13 de marzo) y los Centros de Día (que lo hicieron el lunes 16 de marzo), los Centros Residenciales pasaron a considerarse como “servicios esenciales”³⁶. Siguieron funcionando, pero su actividad no se mantuvo como de ordinario, sino que para prevenir los contagios se adoptaron una serie de medidas que vamos a sistematizar en ocho bloques:

a) Suspensión de nuevos ingresos en centros residenciales

Desde el 13 de marzo de 2020 se suspendió el ingreso de nuevos usuarios, salvo causa de urgencia social decretada por la Consejería con competencia en servicios sociales. Esta medida se extendió hasta el 14 de mayo de 2020, fecha a partir de la cual se permitieron nuevos ingresos pero solo en centros que no contaran con casos positivos siete días previos al momento de producirse los ingresos y una vez realizada prueba diagnóstica tipo PCR para COVID-19 con resultado negativo³⁷, y sometidas a un seguimiento activo durante 14 días desde la entrada en el centro.

Como se ha indicado, de esta suspensión quedaron fuera las situaciones de emergencia social, entendiéndose por éstas aquellas en las que el beneficiario de un recurso del Servicio de Atención a la Dependencia en Andalucía concurren alguna de las circunstancias enumeradas en el artículo 15 Decreto-ley 3/2020, de 16 de marzo, de medidas de apoyo financiero y tributario al sector económico, de agilización de actuaciones administrativas y de medidas de emergencia social, para luchar contra los efectos de la evolución del coronavirus (COVID-19), que a nuestros efectos eran dos perfiles: situaciones en las que la suspensión del recurso de atención a la dependencia le provoque a la persona beneficiaria caer en una situación de desamparo (entendiéndose por desamparo aquella situación que impida a la persona beneficiaria la salvaguardia de su integridad física en los términos que eran atendidos por el recurso de dependencia suspendido); y situaciones en las que hubiera una modificación constatable del entorno en el que viviera la persona beneficiaria de prestación por dependencia, por causas directamente provocadas en Andalucía por la epidemia del COVID-19, siempre que tales modificaciones del entorno provoquen una situación de desamparo en los términos indicados³⁸.

La Orden de 22 de septiembre de 2020 volvió a regular los nuevos ingresos, señalando que sería necesario que el centro no hubiera tenido casos positivos catorce días previos al momento de producirse el mismo. Se realizará PCR o test rápido de antígenos, a todo nuevo ingreso o residente que regrese tras un periodo prolongado fuera del centro en las 48 horas previas a su ingreso, entendiéndose a estos efectos periodo prolongado a más de 4 días (art. 16.3)³⁹. Todo nuevo ingreso o regreso deberá

³⁶ Orden de 15 de marzo de 2020, por la que se determinan los servicios esenciales de la Administración de la Junta de Andalucía con motivo de las medidas excepcionales adoptadas para contener el COVID-19.

³⁷ Con 72 horas de antelación como máximo, prueba realizada a través del Sistema Sanitario Público de Andalucía. La Orden de 23 de mayo de 2020, por la que se modifica y prorroga la Orden de 14 de mayo de 2020, admitió también las pruebas realizadas en otro laboratorio autorizado del Sistema Sanitario por cuenta de la persona que va a ingresar.

³⁸ Este tipo de contratación por emergencia social se reguló en la Orden de 17 de abril de 2020, relativa a la contratación de recurso residencial para personas mayores, personas con discapacidad y otros colectivos en situación de emergencia social, debido a la alerta sanitaria provocada por el COVID-19.

³⁹ Respecto de quién es la persona encargada de hacer los Test, el art. 16.6 Orden de 22 de septiembre de 2020 distinguió dos situaciones: si el centro cuenta con profesionales sanitarios de medicina o enfermería, realizarán la toma de muestras para la práctica de las pruebas PCR o test rápidos de antígenos, tanto de residentes y usuarios como de trabajadores del centro, previa capacitación por parte de profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público,

realizar cuarentena durante 14 días, durante los cuales se realizará vigilancia activa de síntomas por parte del personal del centro (art. 16.8).

Y en la tercera ola, la Orden de 4 de diciembre de 2020 estableció que antes del ingreso de nuevos residentes y de la incorporación de nuevos trabajadores a los centros residenciales, en las 72 horas previas al mismo se realizará una prueba diagnóstica de infección activa de COVID-19.

Tras la vacunación masiva de residentes, la Orden de 8 de abril de 2021, sigue habiendo medidas preventivas en caso de nuevos ingresos (o incorporación de personas trabajadoras nuevas), pero solo si no están vacunados, en cuyo caso las 72 horas previas al mismo se realizará una prueba diagnóstica de infección activa de COVID-19 y se programará la vacunación lo antes posible, a través de la enfermera gestora de casos referente del centro. En todo caso (estén o no vacunados), deberán permanecer en vigilancia activa de síntomas durante diez días, procediéndose a un aislamiento preventivo y prueba diagnóstica inmediata ante cualquier síntoma sospechoso de COVID-19⁴⁰.

b) Posibilidad de ausencias voluntarias sin pérdida de plaza

El Decreto 388/2010, de 19 de octubre, por el que se regula el régimen de acceso y traslado de personas en situación de dependencia a plazas de centros residenciales y centros de día y de noche, en su artículo 8 condiciona la reserva de plaza a dos situaciones: bien ausencia por atención sanitaria en régimen de hospitalización; o bien ausencia voluntaria, siempre que no exceda de treinta días naturales al año (manteniéndose en ambos casos el pago que corresponda al usuario).

Pues bien, dada la situación de alarma, y considerando que se restringían las salidas de residentes de los centros, y prohibían las visitas de familiares, se consideró razonable no penalizar las ausencias motivadas por el COVID-19, de modo que los usuarios que se encontraran en condiciones de ser atendidos por sus familiares, podrían ausentarse temporalmente si así lo deseaban ellos o sus familiares⁴¹, sin pérdida de la plaza⁴². En algunos casos se hubieran salvado vidas (la mortalidad en los entornos familiares fue mucho menor), aunque hay casos que ocurrió al contrario. Por ello, el Acuerdo de 22 de abril de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toman en consideración las medidas económicas de carácter extraordinario de apoyo a los centros residenciales adoptadas por la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, aprobó que las personas usuarias de los centros residenciales para personas mayores y personas con discapacidad concertados con la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía tendrán derecho a la reserva de su plaza si la ausencia voluntaria no excede en ningún caso de sesenta días naturales o como máximo hasta el 15 de junio⁴³.

Esta regla no se mantuvo a partir de la segunda ola. Así, la Orden de 22 de septiembre de 2020 retomó la regla previa a la pandemia, señalando que en los centros residenciales con plazas

que, a su vez, definirá el circuito de envío de las mismas. Si -por el contrario- no fuese así, la prueba será realizada por profesionales del Sistema Sanitario Público. Esta regla se mantiene en la Orden de 8 de abril de 2021 (art. 10.9)

⁴⁰ Los nuevos ingresos en centros residenciales se producirán en aquellos centros que no cuenten con casos positivos tras 14 días desde la fecha de levantamiento del aislamiento del último caso en residentes (art. 10.3 Orden de 8 de abril de 2021).

⁴¹ El Acuerdo fija unos requisitos, entre los que se encuentra que la persona designada como cuidadora garantice que proporcionará suficiente atención y cuidados en el domicilio familiar y que el mismo es apto para la correcta atención de la persona dependiente.

⁴² Para poder autorizar la salida de la persona del centro se exigía, además de no tener síntomas COVID, la realización de prueba diagnóstica tipo PCR con resultado negativo o prueba de detección de anticuerpos IgG para COVID-19 con resultado positivo. Y ya en el domicilio familiar, debía quedar en aislamiento durante un periodo de 14 días.

⁴³ En este sentido, la Orden de 14 de mayo de 2020, por la que se adoptan nuevas medidas preventivas, indicó que el retorno al centro residencial de las personas usuarias que voluntariamente optaron por regresar al domicilio habitual deberá producirse en las mismas condiciones exigidas a las personas de nuevo ingreso en centros residenciales, y como máximo el 15 de junio de 2020.

concertadas, la salida voluntaria no podrá exceder de 30 días en un año, y su financiación se ajustará a lo establecido en el Decreto 388/2010, de 19 de octubre art. 14).

c) Medidas económicas de apoyo a centros residenciales

Hemos señalado que -durante la primera ola- las salidas voluntarias de los usuarios dejaron de penalizarse aunque superasen los 30 días naturales, pero que tales ausencias no eximían de abonar por parte de los usuarios la aportación que les correspondiera. Ahora bien, en el caso de las plazas concertadas, la Administración andaluza solo abona -en caso de plazas reservadas- la parte que le corresponde cuando los titulares se encuentren ausentes por internamiento en centro hospitalario, por enfermedad o por ausencia voluntaria en fin de semana o en período inferior a cuatro días⁴⁴. Por tanto, la aportación prevista en el concierto se perdería si la ausencia fuese de cuatro o más días.

Por ello, y dadas las consecuencias que dichas salidas temporales podían tener en la facturación de los centros residenciales con plazas concertadas, se acordó dotar a los centros residenciales de alguna medida económica garantizar el sostenimiento financiero de las entidades gestoras de la atención residencial y, de este modo, promover la continuidad de prestación de este servicio a las personas usuarias⁴⁵. Así, se establece que se considera asimilada a hospitalización, pero abonando la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía la diferencia resultante entre el coste de cada plaza y la cantidad abonada por la persona usuaria. Si la persona tiene reconocida una prestación vinculada al servicio se le seguirá abonando siempre y cuando satisfaga efectivamente el pago al centro.

d) Suspensión de visitas

Con la Orden de 13 de marzo de 2020 se suspendieron las visitas a residentes salvo causas justificadas (medida que incluso antes de esa fecha algunos centros residenciales ya habían adoptado motu proprio). En el caso excepcional de que la visita resultara necesaria o imprescindible, la debía autorizar la Dirección del centro, bajo su responsabilidad y de forma fehaciente, y siempre y cuando la persona visitante estuviera asintomática. En este supuesto excepcional de que se autorice la visita, la misma se restringía a un único familiar⁴⁶.

Esta suspensión se mantuvo con la Orden de 14 de mayo de 2020, por la que se adoptan nuevas medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución de la pandemia por coronavirus (COVID-19), inicialmente hasta el 24 de mayo de 2020, pero por Orden de 23 de mayo de 2020 se prorrogó hasta el 7 de junio, y por Orden de 6 de junio hasta el 21 de junio.

La Orden SND/440/2020, de 23 de mayo, en su artículo 20 dispuso que las CC.AA. y las ciudades autónomas podrían permitir en su ámbito territorial la realización de 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, correspondiendo a las CC.AA. y a las ciudades autónomas establecer los requisitos y condiciones en las que se deben realizar dichas visitas y paseos.

⁴⁴ Artículo 7, párrafo 6, de la Orden de 30 de agosto de 1996, por la que se regula la concertación de plazas con centros de atención especializada para los sectores de personas mayores y personas discapacitadas.

⁴⁵ Acuerdo de 22 de abril de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toman en consideración las medidas económicas de carácter extraordinario de apoyo a los centros residenciales adoptadas por la Consejería de Igualdad, Política Sociales y Conciliación.

⁴⁶ En cuyo caso el registro de visitas deberá reflejar el detalle de la trazabilidad de la misma en el que se deje constancia del nombre, DNI o documento equivalente, teléfono, hora de entrada y salida del familiar y persona usuaria al que se visita.

En Andalucía, a partir del 21 de junio de 2020 se reanudaron las visitas y los paseos en los centros residenciales de personas mayores⁴⁷, condicionado a que el centro cumpliera con una serie de medidas de prevención básicas⁴⁸, y fijando unas condiciones mínimas para la realización de visitas (que en la Orden de 28 de mayo de 2020 no eran posibles si hubiera casos positivos activos por COVID-19, pero que con la Orden de 19 de junio de 2020 podían admitirse excepcionalmente), así como las condiciones para la realización de paseos de las personas usuarias, que tenían que valorarse de forma individualizada (en razón de su perfil y valoración integral) además de la higiene de manos y cambio de mascarillas- consistían en que podría salir a dar paseos el residente solo o acompañado de su cuidador habitual, ya sea familiar o no (en función de su grado de autonomía), pero llevándose un registro de los familiares que acompañan durante el paseo, a fin de garantizar la trazabilidad en caso de que pueda producirse un caso positivo. También se indicaba, aunque como mera recomendación, que al regresar de la salida se cambiara de ropa (Orden de 19 de junio de 2020).

También se regularon las condiciones en relación con los proveedores externos de servicios a los residentes, y con los proveedores externos de materiales para los centros residenciales, cuestiones que debían recogerse en el Plan de Contingencia que más adelante referiremos.

En agosto de 2020 volvieron a redefinirse las condiciones exigibles para las visitas y los paseos (Orden de 13 de agosto de 2020). Respecto de las visitas, se introdujeron variables como la incidencia acumulada, e implicando a la enfermera gestora de casos en la decisión de suspender o restringir visitas, como hemos señalado en el apartado relativo a la coordinación sociosanitaria.

Y ante el aumento de casos, en septiembre se fijaron otras condiciones para visitas y paseos, por Orden de 22 de septiembre de 2020 (arts. 10 y 11). En esta ocasión, además de recoger la mayor parte de las reglas previstas en las normas anteriores, se contemplaron otras novedosas, como que en el caso de suspensión de visitas, se podrán facilitar los paseos en casos excepcionales, con fines terapéuticos para preservar la salud mental de las personas, siempre y cuando vaya acompañada de un trabajador del centro, con una duración máxima de una hora.

La norma que fijó las condiciones ante la tercera ola volvió a regular las condiciones de las visitas. Así, los artículos 9 y 10 de la Orden de 4 de diciembre de 2020 recogen actuaciones generales de las visitas y las Condiciones mínimas para la realización de salidas y visitas a las personas residentes, en términos muy similares a la Orden de septiembre, condicionando las visitas a los niveles de alerta de la localidad⁴⁹.

Con la llegada de la fase vacunación, se acordó suspender todas las salidas y visitas hasta la completa vacunación del grupo 1 de la primera etapa del Programa de Vacunación COVID-19 en Andalucía, con objeto de preservar los centros residenciales libres de brotes activos por COVID-19 (Orden de 11 de enero de 2021).

Una vez vacunada la población residencial, la Orden de 8 de abril de 2021 flexibilizó las visitas, aunque manteniendo restricciones y limitaciones. Ya no son algo excepcional, sino que “se garantizarán las visitas sin limitación de las mismas”, aunque a continuación sí que establece importantes limitaciones, tanto por número de visitas (por persona usuaria se permitirá sólo una visita

⁴⁷ Previsto inicialmente en la Orden de 28 de mayo de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en los centros residenciales de servicios sociales como consecuencia de la situación y evolución de la pandemia por coronavirus (COVID-19) y posteriormente en el apartado 7 de la Orden de 19 de junio de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus (COVID-19), una vez superado el estado de alarma.

⁴⁸ Además de contar con un Plan de Contingencia ante nuevos brotes epidémicos de COVID-19, el centro diseñará un protocolo de visitas de tal forma que éstas sean planificadas y previamente concertadas, teniendo en cuenta el tamaño del centro. Las visitas deberán realizarse por una única persona en cada ocasión por cada residente.

⁴⁹ Se suspendían las visitas, tanto si el centro residencial está ubicado en un municipio con nivel de alerta 4, grado 2, definido por las autoridades sanitarias, como si es el familiar el que procede de un municipio con este nivel y grado de alerta.

al día), número y cualidad de los visitantes (no podrán acudir más de dos personas que habrán de pertenecer a la misma unidad familiar), y duración de la visita (una hora como regla general), y deben ser establecidas tras solicitud de cita previa⁵⁰.

Para los centros que hayan sido vacunados los usuarios, seguirán las normas según la presencia de brotes activos y la situación epidemiológica del municipio donde se ubica el centro.

También se restablecen las salidas (tanto de vacaciones y fines de semana o estancias cortas como las salidas al exterior del centro residencial para paseos y otras actividades de ocio), incluyendo las salidas grupales, preferentemente al aire libre.

e) Suspensión de acceso de personal voluntario y alumnado en prácticas

La Orden de 13 de marzo de 2020, siguiendo la lógica de preservar a los mayores de contactos innecesarios, procedió a suspender el acceso del personal voluntario y del alumnado en prácticas, suspensión que se mantuvo con la Orden de 14 de mayo de 2020, inicialmente hasta el 24 de mayo de 2020, pero por Orden de 23 de mayo de 2020 se prorrogó hasta el 7 de junio, y por Orden de 6 de junio hasta el 21 de junio.

f) Plan de Contingencia de los Centros residenciales

La Orden SND/399/2020, de 9 de mayo, para la flexibilización de determinadas restricciones de ámbito nacional para la transición hacia una nueva normalidad, contemplaba en su disposición final quinta que las medidas en ella aprobadas podrían completarse por planes específicos de seguridad, protocolos organizativos y guías adaptados a cada sector de actividad, que aprueben las Administraciones Públicas o sus organismos dependientes o vinculados⁵¹. Por tanto, una remisión genérica a la elaboración de planes de prevención.

En este sentido, en la Comunidad andaluza, la Orden de 28 de mayo de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en los centros residenciales de servicios sociales como consecuencia de la situación y evolución de la pandemia por coronavirus (COVID-19), contemplaba como una de las condiciones para la reanudación de visitas y paseos, la existencia de un plan de contingencia para garantizar una respuesta eficaz y segura ante nuevos brotes epidémicos de COVID-19.

Ya de una forma más específica a nivel nacional, el artículo 10.3 del RDL 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, exigía que los titulares de los centros dispusieran de planes de contingencia por COVID-19 orientados a la identificación precoz de posibles casos entre residentes y trabajadores y sus contactos, activando en su caso los procedimientos de coordinación con la estructura del servicio de salud que corresponda.

Con esta norma, la existencia del Plan en cada centro no solo es una condición para reanudar en su momento las visitas y paseos, sino una regla a cumplir en todo caso. Y no solo para centros residenciales, sino también para centros de día y centros de participación activa. Concretando esta regla, la Orden de 19 de junio de 2020 (en el contexto de la nueva normalidad posterior a la primera ola), estableció que tales centros deberán contar con un Plan de Contingencia y Actuación para la Prevención de la Epidemia por COVID-19, adaptado a la tipología de cada centro⁵², con objeto de

⁵⁰ El artículo 13 Orden de 8 de abril de 2021 precisa cómo deben planificarse las visitas por parte del centro, qué condiciones deben reunir tanto los visitantes como usuarios (con carácter general no se permitirá el contacto físico con usuarios no vacunados, salvo casos de deterioro cognitivo o últimos días) y el acompañamiento en situaciones de fase terminal.

⁵¹ Esta Orden ministerial era para la Fase 1, y se reiteró para la Fase 2 en la disposición final cuarta de la Orden SND/414/2020, de 16 de mayo.

⁵² Precisión introducida por la Orden de 25 de junio de 2020.

garantizar una respuesta eficaz y segura ante nuevos brotes epidémicos de COVID-19. Y reguló de modo detallado los extremos que debía recoger.

Sin embargo, ante el incremento de contagios, el artículo 2 de la Orden de 22 de septiembre de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en centros sociosanitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus (COVID-19), dio una nueva regulación al Plan de Contingencia y Actuación para la Prevención de la Epidemia por COVID-19 en un centro, y qué documentación general (art. 3), medidas preventivas de los trabajadores (art. 4) y usuarios (art. 5), proveedores (art. 6), la lista de verificación y registro (art. 7) y medidas de detección precoz y notificación (art. 8).

La llegada de la tercera ola hizo que nuevamente se reconfiguran los Planes de Contingencia de centros sociosanitarios. La Orden de 4 de diciembre de 2020 le dio una nueva regulación, en la que destaca el fortalecimiento de la coordinación sociosanitaria, con un mayor protagonismo de la enfermera gestora de casos y en general del sistema público sanitario.

Y tras el cambio de escenario provocado por la llegada de las vacunas, la Orden de 8 de abril de 2021 sigue recogiendo el Plan de Contingencia y Actuación para la Prevención de la Epidemia por COVID-19

g) Plan de Humanización

La experiencia acumulada durante la primera ola hizo que cuando llegó la segunda ola, dentro de las medidas a implementar por los centros residenciales se incluyera la obligación de recoger un “plan de humanización”. El objetivo es paliar los efectos negativos que el aislamiento puede generar en la capacidad física, cognitiva y emocional de las personas institucionalizadas.

El artículo 17 de la Orden de 22 de septiembre de 2020 recogió por vez primera el contenido mínimo de dicho Plan⁵³. El artículo 15 de la Orden de 4 de diciembre de 2020 lo reiteró, añadiendo un elemento: acciones de humanización relacionados con la situación de últimos días.

En enero de 2021, comenzó la vacunación de las personas residentes. Y con objeto de preservar los centros residenciales libres de brotes activos por COVID-19, se acordó suspender las visitas y las salidas. Eso hizo aún más necesario compensar la pérdida de contactos, para lo que -en la Orden de 11 de enero de 2021- se propuso que en el marco del Plan de Humanización del centro residencial se potenciarían las actividades grupales dentro del mismo en grupos estables de convivencia y se intensificara la comunicación diaria con la familia mediante medios telemáticos, como teléfono, videoconferencias y otros disponibles.

En abril de 2021, aprovechando la nueva Orden que regulaba el escenario tras las vacunaciones, se introdujo una nueva variable, que es la de la Vida Saludable. Y pasa a llamarse “Plan de Humanización y Vida Saludable”. La Orden de 8 de abril de 2021, en su Exposición de Motivos, fundamenta la ampliación de objetivos en el Acuerdo de 12 de noviembre de 2019, del Consejo de Gobierno, en el que se aprobó la formulación de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía, siendo de especial interés que las personas que viven en residencias incorporen estas actuaciones a su cotidianeidad. Para cumplir dicho Plan, se opta por acoger el modelo de Atención integral y centrada en la persona, teniendo como objetivo la mejora del bienestar emocional y la calidad de vida de las personas usuarias de los centros residenciales⁵⁴.

⁵³ Lista de actividades para potenciar las relaciones sociales entre los residentes, un plan de ejercicio físico y mental para preservar sus capacidades y evitar el deterioro, medidas de apoyo psicológico, mantenimiento diario de las relaciones de los residentes con sus familiares haciendo uso de las nuevas tecnologías, potenciando las videollamadas para permitir la comunicación oral y visual entre usuario y familia.

⁵⁴ Incluirá las siguientes actividades (art. 12.2 Orden de 8 de abril de 2021): a) Adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludables: incorporación de una dieta saludable, realización regular de actividad física y mental para preservar las capacidades de las personas residentes y evitar su deterioro, y fomento del sueño reparador; b)

Para mejorar la formación del personal de los centros residenciales, compromete al Sistema Sanitario Público andaluz, encomendándole la organización de talleres formativos de dicho personal⁵⁵.

Ampliando ese marco regulador, el 15 de abril de 2021 se aprobó el Acuerdo del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del Programa de humanización para pacientes hospitalizados y personas usuarias de centros residenciales de mayores en aislamiento debido al COVID-19. Este Plan, como su nombre anuncia, extiende el Programa de Humanización también a los pacientes hospitalizados por COVID-19 y a los mayores aislados en centros residenciales.

h) Flexibilización de los requisitos para trabajar en centros y servicios del SAAD

El Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD modificó los criterios de calidad exigidos a los centros y servicios del SAAD, dejando de requerir una titulación⁵⁶ en la contratación de personal gerocultor, mientras durase la pandemia. Así, el 20 de marzo de 2020, por razones de urgencia y de forma temporal, flexibilizó tales requisitos, inicialmente por un plazo de tres meses prorrogables. Y en Acuerdo de 2 de octubre de 2020, volvió a prorrogar esa posibilidad (hasta 31 de diciembre de 2022), pero además contemplando una habilitación provisional para tales personas.

III. LOS SERVICIOS SANITARIOS PRESTADOS EN CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La coordinación socio-sanitaria, en lo relativo a las personas con discapacidad, reviste especial importancia para aquéllas que están institucionalizadas en centros residenciales, dado que -entre las personas con discapacidad- cabe identificar “como grupos que precisan más atención sociosanitaria las personas con enfermedad mental, las personas con daño cerebral adquirido, las personas con enfermedades de baja prevalencia y las personas con enfermedades neurodegenerativas, entendiendo siempre que la discapacidad torna a las personas que la presentan en usuarios más intensos de atenciones de salud y sociales”⁵⁷. Atendiendo a este perfil, debemos centrarnos, pues, en las personas con discapacidad institucionalizadas.

Como hemos adelantado, el RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, no contempla los centros residenciales como centros sanitarios. Pero sí que dentro de los mismos se presten “servicios sanitarios”, entendiendo por tales una “unidad asistencial, con organización diferenciada, dotada de los recursos técnicos y de los profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación

Programación de actividades encaminadas a mejorar el bienestar emocional, entre ellas la organización de grupos socioeducativos en los que se trabajará el aprovechamiento de los activos comunitarios y personales con los que cuentan las personas residentes, contando con la colaboración de los profesionales sanitarios de Atención Primaria; c) Programación de actividades para potenciar las relaciones sociales entre las personas residentes y sus familias o amistades, permitiendo las actividades grupales y el uso de las zonas comunes dentro del centro asegurando el cumplimiento de las medidas de prevención y protección.

⁵⁵ Formación en actividad física enfocada al ejercicio multicomponente (movilidad, fuerza, equilibrio, aeróbico); en promoción de una alimentación saludable y de prevención de los déficits nutricionales y de un sueño reparador; en la elaboración de planes de atención individualizada desde el modelo de humanización o de atención integral y centrada en la persona.

⁵⁶ El Acuerdo del 27 de noviembre de 2008 fijó los criterios comunes de acreditación, con indicación de las titulaciones profesionales serían exigibles progresivamente, si bien otro Acuerdo de 7 de octubre de 2015 permitió una habilitación excepcional para las personas que tuviesen una edad igual o superior a 55 años a 31 de diciembre de 2015, que estuviesen desempeñando sus funciones en las categorías profesionales de Cuidador/Gerocultor y de Auxiliares de Ayuda a Domicilio y acreditasen una experiencia de al menos tres años, con un mínimo de 2.000 horas trabajadas en esas categorías profesionales en los últimos diez años.

⁵⁷ GRUPO DE TRABAJO SOBRE COORDINACIÓN Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA, Consejo Asesor de Sanidad, *Informe Coordinación y Atención sociosanitaria*, 5 de abril de 2013, pág. 13. Disponible en https://clubexcelencia.org/system/files/migrated/knowledge/documents/files/consejo_asesor_sanidad_2013_informe_atencionsociosanitaria.pdf

profesional, para realizar actividades sanitarias específicas. Puede estar integrado en una organización cuya actividad principal puede no ser sanitaria” (art. 2.1 RD 1277/2003).

No existe una normativa nacional que indique qué perfiles profesionales deben estar presentes en un centro residencial, ya que los servicios sociales son competencia autonómica (art. 16 Ley 39/2006)⁵⁸, si hay un Acuerdo del Consejo Interterritorial que contempla los criterios comunes de acreditación, conforme el art. 34.2 Ley 39/2006. Es la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

En su punto tercero, núm. 7, se dedica a las ratios de personal, recogiendo unas cifras que deberían revisarse al alza⁵⁹, como vamos a ver. El número de profesionales se adecuará a la tipología, a la intensidad de la prestación de cada recurso del Sistema y a los servicios que prestan. Estas ratios son para que un centro se acredite, es decir, para que pueda ofrecer plazas concertadas. Al respecto, parte de que dependerá del tipo de centro⁶⁰, y da un margen para que cada Comunidad Autónoma concrete⁶¹. Así, en Andalucía, hay una normativa diferente para la acreditación centros de personas mayores (Orden de 5 de noviembre de 2007, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía)⁶² y centros de persona con discapacidad (Orden de 1 de julio de 1997, por la que se regula la acreditación de los centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad)⁶³. Pues

⁵⁸ En el caso de las Residencias, los Servicios Sanitarios que suelen incluir su oferta asistencial son: U1 Medicina general/de familia; U2 Enfermería; U4 Podología; U59 Fisioterapia; U60 Terapia ocupacional; U84 Depósito de medicamentos; U900 Otras unidades asistenciales.

⁵⁹ RODRÍGUEZ ESCANCIANO, S., «Los cuidados en la vejez como servicio social público de carácter esencial: apostando por una cobertura de calidad», *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social* núm. 57, 2020, pág. 52; DEFENSOR DEL PUEBLO, *Separata sobre atención a las personas mayores. Centros residenciales en el Informe anual de 2019*. https://www.defensordelpueblo.es/wpcontent/uploads/2020/05/Separata_personas_mayores_centros_residenciales.pdf

⁶⁰ Las ratios se aplicarán en cada Centro en relación proporcional al número de usuarios del mismo valorados con el respectivo grado de dependencia. Así, Residencia Mayores dependientes: 0,54; Centro de Día y de Noche Mayores dependientes: 0,25; Residencia personas discapacidad física: 0,72; Residencia personas discapacidad intelectual: 0,75; Centro Día y Noche personas discapacidad física: 0,33; Centro Día y Noche personas discapacidad intelectual: 0,35.

⁶¹ MALDONADO MOLINA, J.A.: “La atención sanitaria en centros asistenciales de mayores y personas con discapacidad”, *op. cit.*, págs. 806 y ss.

⁶² Esta norma diferencia dos tipos de centros. Por un lado, centro residencial con plazas para personas mayores en situación de dependencia, cuya ratio (núm. trabajadores/usuarios) mínima exigida será de 0,50, debiendo contar con Enfermería: ratio 0,04; Fisioterapeuta: ratio 0,01; Terapeuta Ocupacional, Monitor Ocupacional y/o Animador Socio-cultural: ratio 0,01; Resto de personal: médico/a, psiquiatra, psicólogo/a, farmacéutico/a, educador/a social o logopeda (optativos). Por otro, Centros Residenciales con plazas para personas mayores con trastornos graves y continuados de conducta (necesidades especiales), en cuyo caso la ratio mínima exigida será de 0,65 debiendo contar con Enfermería: ratio 0,04; Fisioterapeuta: ratio 0,01; Terapeuta Ocupacional, Monitor Ocupacional y/o Animador Socio-cultural con ratio 0,01; Psicólogo/a con ratio 0,012; Médico/a con ratio 0,012.

⁶³ La ratio (núm. trabajadores/usuarios) mínima exigida será de (conforme Orden de 3 de julio de 2006, que modifica la Orden de 1 de julio de 1997), en caso de residencia para personas con discapacidad psíquica. La ratio será 1,01. Cumplirá los siguientes requisitos: - 1 Director/a. - Ratio cuidador/a-usuario/a: 0,6-0,8. - DUE a media jornada a partir de 15 usuarios/as o bien garantizar la prestación del servicio de enfermería mediante servicios externos, privados o del sistema sanitario público de Andalucía. El resto del personal hasta completar la ratio será personal técnico, de apoyo psicopedagógico y de oficio. En el caso de centros destinados a personas con discapacidad física y parálisis cerebral, gravemente afectadas, la ratio será de 1,01. Cumplirán los siguientes requisitos: - 1 Director/a. - Ratio monitor/a/usuario/a 0,06. - Ratio cuidador/a/usuario/a 0,7. - Un/a Fisioterapeuta. - DUE a media jornada a partir de 15 usuarios/as o bien garantizar la prestación del servicio de enfermería mediante servicios externos, privados o del sistema sanitario público de Andalucía. - Deberá incluir el personal especializado que garantice la atención adecuada. El resto del personal hasta completar la ratio será personal de apoyo psicopedagógico y/o de oficio.

bien, salvo en centros de mayores con trastornos graves, la figura del médico es optativa. El personal de enfermería sí es obligatorio, pero en una ratio de 0,04: por cada 100 usuarios, 4 enfermeras⁶⁴. En el caso de residencias para psicoficientes, la ratio será de 1, cumpliendo los siguientes requisitos: 1 Director. Médico psiquiatra o neuropsiquiatra. - Psicólogo. - DUE. - Cuidadores con titulación de auxiliar de clínica (ratio 0,6-0,8 cuidador/usuario).

Obviamente, el tiempo dedicado a cada usuario está lejos del que demandaría un enfermo de SARS-CoV-2 (además de los medios necesarios).

Estas ratios no llegaron a cumplirse durante la pandemia en muchos casos. En primer lugar, por las bajas médicas que se produjeron al contagiarse, Y además por las bajas voluntarias que también se produjeron entre el personal de enfermería (igualmente entre auxiliares), que recibieron ofertas de empleo en el sector público, con unas remuneraciones muy superiores a las del sector privado⁶⁵. Ésta fue otra debilidad que se puso de manifiesto, y es la disparidad de condiciones laborales entre el sector privado y el público para el personal sociosanitario, que debería corregirse si se quiere mantener una atención de calidad a las personas mayores, dado el reducido porcentaje de plazas residenciales públicas existentes en nuestro país.

Las funciones a realizar por el personal sanitario aparecen recogidas en el Convenio Colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio)⁶⁶. La lectura de tales cometidos pone de manifiesto su insuficiencia para hacer frente a una pandemia por parte del personal sanitario. Así, -además de encargarse de cualquier función le sean solicitadas y tengan relación con las mismas y/o con su titulación y competencia profesional- las funciones

⁶⁴ De acuerdo con la utilización que hace el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) del término “Enfermera”, la utilización de dicho término en el presente trabajo hace referencia a los profesionales de ambos sexos.

⁶⁵ Las tablas salariales actualizadas se recogen en la Resolución de 19 de marzo de 2019, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registran y publican la revisión y las tablas salariales para 2019 del VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (BOE de 29 de marzo de 2019). La categoría profesional de médico tiene previsto un salario base de 1.539,92, más complemento de antigüedad de 18,74; y la de ATS/DUE (terminología arcaica...), un salario base de 1.347,42 y una antigüedad de 18,74. Por el contrario, en la Sanidad Pública andaluza, el salario base más complementos de un médico es 3.450,23; y la de una enfermera 2.138,33 (más pagas extraordinarias) (https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2021/Resolucion_0001_2021_Retribuciones.pdf)

⁶⁶ Resolución de 11 de septiembre de 2018, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio), BOE de 21 de septiembre de 2018.

que desarrollan tanto las enfermeras⁶⁷ como personal médico⁶⁸, que se centran en la atención de enfermedades crónicas y cuidados derivados de enfermedades que son diagnosticadas y tratadas por el Sistema de Salud. Su función no es curar, sino cuidar⁶⁹.

IV. LOS SERVICIOS SANITARIOS PRESTADOS POR EL SISTEMA SANITARIO A LOS USUARIOS DE CENTROS RESIDENCIALES

1. La atención por el Sistema Nacional de Salud (SNS) a personas con discapacidad institucionalizadas

En nuestro Ordenamiento no existe una atención especializada sanitaria para las personas dependientes, sino únicamente una modalidad de atención primaria⁷⁰. Se incluiría dentro de las prestaciones sociosanitarias como respuesta a muchas de las necesidades generadas por dicha situación. La norma incluye explícitamente en el catálogo de prestaciones del SNS la atención sociosanitaria (artículo 7.1 Ley 16/2003) y en el artículo 14 define las prestaciones mínimas, en el

⁶⁷ Coordinación y supervisión de los cuidados que se prevean en el Plan de cuidados y atención a la persona usuaria, siempre que estén incluidas en su ámbito funcional; vigilar y atender a las personas usuarias, sus necesidades generales humanas y sanitarias, especialmente en el momento en que éstos necesiten de sus servicios; preparar y administrar los medicamentos según prescripciones facultativas, específicamente los tratamientos; tomar la presión sanguínea, el pulso y la temperatura; colaborar con el personal médico preparando el material y medicamentos que hayan de ser utilizados; ordenar las historias clínicas, anotar los datos relacionados con la propia función que deba figurar; atender a la persona usuaria encamada por enfermedad, efectuando los cambios posturales prescritos, controlando el servicio de comidas a los enfermos y suministrando directamente a aquellos pacientes que dicha alimentación requiera instrumentalización (sonda nasogástrica, sonda gástrica, etc.); cuidado y limpieza del adhesivo y el estoma de aquellos usuarios colostomizados; controlar la higiene personal de las personas usuarias y también los medicamentos y alimentos que estos tengan en las habitaciones; atender las necesidades sanitarias que tenga el personal que trabaja en el centro y sean de su competencia; colaborar con fisioterapeutas en las actividades, el nivel de calificación de las cuales sean compatibles con su titulación de Enfermero/a, cuando sus funciones específicas lo permitan; realizar los pedidos de farmacia, analítica y radiología en aquellos centros donde no exista especialista; vigilar y tener cuidado de la ejecución de las actividades de tipo físico recibida por el personal médico, observando las incidencias que puedan presentarse durante su realización; cortar uñas de los pies, a usuarios y usuarias diabéticas y a quienes reciban tratamiento con anticoagulantes, así como los que tengan tratamiento de uñas clavadas y uñeros.

⁶⁸ Realizar el reconocimiento médico a las nuevas personas usuarias y cumplimentar la correspondiente historia médica y certificaciones profesionales, en que constarán las indicaciones de tipo de vida más acorde, la rehabilitación necesaria, y el tratamiento a seguir si hace falta; atender las necesidades asistenciales de las personas usuarias. Hacer los exámenes médicos, diagnósticos, prescribir los tratamientos más acordes, en cada caso, para llevar a cabo las terapias preventivas, asistenciales y de rehabilitación de los diagnósticos clínicos y funcionales de las personas usuarias; informar a los familiares sobre el estado de salud de la persona usuaria; dirigir el programa de movilización y rehabilitación de las personas usuarias, fijando en equipo los programas a desarrollar de forma individual y en grupo; realizar el seguimiento y evaluar los programas, conjuntamente, con el equipo formado por todas las personas que intervienen; asistir al personal destinado en el centro en los casos de necesidad y de urgencia; como máximo responsable de su departamento médico, en el caso de que el centro no pueda tratar debidamente a las personas usuarias, derivarles a un centro hospitalario o de salud; participar en la comisión de supervisión y seguimiento de las personas usuarias en cuanto a las necesidades asistenciales y de la vida diaria de las personas usuarias que realizarán en colaboración con la dirección, trabajador/a social, psicólogo/a, y demás profesionales, de acuerdo con la situación física de las personas usuarias, los objetivos a conseguir y las características del centro; programar y supervisar los menús y dietas alimentarias de las personas usuarias; supervisar el trabajo del personal sanitario; supervisar el estado sanitario de las dependencias del centro.

⁶⁹ Curar es la acción médica indicada para alguien que tiene una enfermedad curable; pero cuando en un plazo de tiempo determinado no se consigue su remisión y la enfermedad se convierte en crónica, se necesita controlar la enfermedad, sus complicaciones y secuelas, es decir, cuidar.

⁷⁰ Así, de forma genérica, se contempla en el artículo 12.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, dentro de lo que sería la asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo (letra a), las atenciones y servicios específicos relativos a la tercera edad; los grupos de riesgo y los enfermos crónicos (letra f); la atención paliativa a enfermos terminales (letra g) y la atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada (letra h).

ámbito estrictamente sanitario, dejando a las Comunidades Autónomas la determinación de los niveles en que se llevará cabo. Por tanto, las actuaciones de prevención de las enfermedades y de promoción, curación, rehabilitación de la salud de las personas con dependencia corresponde a los sistemas de salud que tienen una cobertura universal, incluyendo la atención sanitaria dentro del catálogo de prestaciones del SNS⁷¹, por vez primera⁷².

De forma más específica en el Anexo II del RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, incluye dentro de la atención primaria la coordinación socio-sanitaria, mediante actuaciones a realizar bajo un enfoque biopsicosocial, por equipos interdisciplinares, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados. Se incluye la atención sanitaria protocolizada de pacientes con problemas de salud crónicos y prevalentes; y la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados. En definitiva, se contempla la atención a un colectivo de población muy vulnerable⁷³.

Junto a la atención primaria, hay que estar a la atención especializada de las personas dependientes. Las dos prestaciones más relevantes para personas institucionalizadas son la atención paliativa a enfermos terminales y la atención a la salud mental. La prestación ortoprotésica también es importante para la población institucionalizada⁷⁴.

2. La prestación farmacéutica

La población residencial suele ser un tipo de paciente polimedicado⁷⁵, por lo que para ellos la atención farmacéutica es clave, y debe articularse un sistema ágil y accesible, ello en coherencia también con el artículo 87 del RD Legislativo 1/2015, de 24 de julio⁷⁶, establece que la prescripción de medicamentos y productos sanitarios en el SNS se efectuará en la forma más apropiada para el beneficio de los pacientes.

El artículo 6 del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, establece que será obligatorio el establecimiento de un servicio de farmacia hospitalaria propio, entre otros, en los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos, salvo que la Consejería responsable en materia de prestación farmacéutica, a través de acuerdo o convenio

⁷¹ El artículo 14 establece que la atención sociosanitaria “comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

⁷² DURÁN BERNARDINO, M.: “La coordinación sociosanitaria en la atención a las personas en situación de dependencia. Visión desde la asistencia sanitaria y los servicios”, *op. cit.*, pág. 127.

⁷³ ZABARTE, M^a. E.: “La dimensión múltiple de la atención a la dependencia: la conexión de los servicios sociales con la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 65, 2006, pág. 58.

⁷⁴ Se contempla en el Anexo VI RD 1030/2006, de 15 de septiembre.

⁷⁵ Hay una relación entre polifarmacia, utilización de fármacos considerados potencialmente inadecuados, eventos adversos relacionados con la medicación e incremento del riesgo de hospitalización o muerte. La polifarmacia incrementa el riesgo de presentar una reacción adversa a medicamentos desde un 13% a un 82% cuando se pasa de 2 a 7 o más fármacos como criterio definitorio, siendo los fármacos más frecuentemente relacionados los cardiovasculares, diuréticos, anticoagulantes, AINE, antibióticos e hipoglucemiantes. La prevalencia de polifarmacia en pacientes mayores institucionalizados en Europa se ha estimado en un 75% (igual o más de 5 fármacos) y el de polifarmacia excesiva (igual ó más de 10 fármacos) en el 24,3%. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA, *Prestación farmacéutica especializada en centros socio sanitarios análisis de situación y propuesta CRONOS-SEFH*, 2013, pág. 10. Disponible en https://www.sefh.es/sefhpdfs/dossier_CRONOS_2013.pdf.

⁷⁶ Por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

les exima de dicha exigencia, siempre y cuando dispongan de un depósito de medicamentos vinculado al servicio de farmacia del hospital público de su área de referencia. Contempla tres alternativas: depósitos de medicamentos, servicios de farmacia en el centro sociosanitario o vincular el depósito de medicamentos al servicio de farmacia del hospital. Y en todo caso, el modelo opta por un sistema de dispensación en dosis unitaria individualizada⁷⁷.

Por tanto, con carácter general debe tener su propio servicio de farmacia si supera las cien camas, pero se permite una regulación diferencial autonómica (incluso eximiendo de esa obligación). De hecho, todas las CCAA tienen una regulación propia en la materia⁷⁸. Así, mejorando esa regulación estatal, la Comunidad andaluza en 2015 rebajó ese umbral a cincuenta camas (y además aplicándolo no solo a centros públicos, sino también privados)⁷⁹. Otras Comunidades se mantienen en cien camas, con normas aprobadas recientemente, como la Comunidad Valenciana⁸⁰.

El artículo 3.6 RD Legislativo 1/2015, de 24 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos, no contempla a los centros asistenciales como centros autorizados para custodia, conservación y dispensación de medicamentos⁸¹. No fue hasta el RDL 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, cuando se adoptaron medidas en materia de gestión de la prestación farmacéutica (medidas que se mantuvieron con la Ley 2/2021, de 29 de marzo). En concreto, la disposición adicional sexta estableció que la conservación y dispensación de medicamentos corresponderá también a los servicios de farmacia de los centros de asistencia social (medida que se extiende hasta que se declare el fin de la crisis sanitaria).

V. BIBLIOGRAFÍA CITADA

AMNISTÍA INTERNACIONAL, *Abandonadas a su suerte: la desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia COVID19 en España*, 3 de diciembre de 2020, disponible en <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/reportajes/residencias-en-tiempos-de-covid-personas-mayores-abandonadas-a-su-suerte/>

⁷⁷ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA, *Prestación farmacéutica especializada en centros socio sanitarios análisis de situación y propuesta CRONOS-SEFH*, 2013, pág. 4. Disponible en https://www.sefh.es/sefhpdfs/dossier_CRONOS_2013.pdf.

⁷⁸ Un análisis de los distintos modelos, EN SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA, *Prestación farmacéutica especializada en centros socio sanitarios análisis de situación y propuesta CRONOS-SEFH*, cit. págs. 12 y ss.

⁷⁹ El Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía. Los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios residenciales, con camas en régimen de asistidos, que cuenten con más de cincuenta camas desarrollarán su actividad bajo la responsabilidad directa de un farmacéutico del servicio de farmacia del hospital del Servicio Andaluz de Salud al que se encuentre vinculado, asistido por el personal técnico necesario. La ratio de dedicación, para cada uno de estos profesionales, será de 25 y 35 minutos, respectivamente, por cama y mes. En el caso de los centros sociosanitarios con más de cien camas y que no suscriban el convenio, el personal farmacéutico y técnico correrá por cuenta de las entidades titulares del centro (artículo 3). En aquellas instituciones con cincuenta o menos camas, la atención y el suministro de medicamentos quedan vinculados a una oficina de farmacia, que será elegida mediante concurso público. En Andalucía, la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía, en su artículo 55, dedicado a la atención farmacéutica en los centros sociosanitarios, que define en su artículo 2 apartado c), prevé establecer reglamentariamente los criterios para la obligatoriedad de que los centros sociosanitarios residenciales cuenten con un servicio farmacéutico, así como el régimen de vinculación que ha de regir para los depósitos de medicamentos, con los que deben contar aquellos centros sociosanitarios que no estén obligados a disponer de aquel. En dicho artículo se hace referencia también a los mecanismos de coordinación, acuerdo o convenio según proceda, tanto para los centros sociosanitarios de carácter público como privado respectivamente, para hacer efectiva la prestación farmacéutica a que tengan derecho las personas residentes en dichos centros.

⁸⁰ Decreto 42/2021, de 18 de marzo, del Consell, de regulación de la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios en la Comunitat Valenciana.

⁸¹ Solo contempla las oficinas de farmacia abiertas al público y los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria del SNS.

- ANFOSSI, L. y BAUSANO, F.: “L’Integrazione dei servizi sociali e sanitari nell’attuazione del progetto-obiettivo «tutela della salute degli anziani»”, in *Anziani: bisogni, servizi e progetti*, Fz, Padova, 1994
- ASOCIACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE GERONTOLOGÍA: *Las necesidades sociosanitarias de la población dependiente en España: modelos y cuidados prolongados y coordinación de recursos. El debate profesional*. Informe para el Defensor del Pueblo, Madrid, 2000
- BELTRÁN AGUIRRE, J.L.: “La atención a la dependencia: régimen legal. Interacciones entre lo social y lo sanitario”, *Derecho y Salud*, Vol. 16, núm. extra 2, 2008
- DEFENSOR DEL PUEBLO: *Recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la atención sociosanitaria y aspectos conexos*, Madrid. 2000
- DEFENSOR DEL PUEBLO, *Separata sobre atención a las personas mayores. Centros residenciales en el Informe anual de 2019*. https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/05/Separata_personas_mayores_centros_residenciales.pdf
- DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA, *Protocolo de coordinación para la atención a pacientes institucionalizados en residencias de personas mayores de la Comunidad de Madrid durante el periodo epidémico ocasionado por el COVID-19*, 25 de marzo de 2020, disponible -entre otros sitios web- en <https://amyts.es/wp-content/uploads/2020/01/COVID-CAM-coordinaci%C3%B3n-residencias-sinfecha-20200412.pdf>.
- DURÁN BERNARDINO, M.: “La coordinación sociosanitaria en la atención a las personas en situación de dependencia. Visión desde la asistencia sanitaria y los servicios”, en *Revista de derecho de la seguridad social*. Laborum, núm. 4, 2015
- FUNDACIÓN ECONOMÍA Y SALUD, *Lo sociosanitario: de los casos reales al modelo*, 2018. Disponible en http://www.fundacioneconomyysalud.org/wp-content/uploads/Lo-sociosanitario_De-los-casos-reales-al-modelo.pdf
- GRUPO DE TRABAJO SOBRE COORDINACIÓN Y ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA, Consejo Asesor de Sanidad, *Informe Coordinación y Atención sociosanitaria*, 5 de abril de 2013. Disponible en https://clubexcelencia.org/system/files/migrated/knowledge/documents/files/consejo_asesor_sanidad_2013_informe_atencionsociosanitaria.pdf
- HERRERA MOLINA, E.: “Coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales; una senda definida como parte de la solución”, *Actas de la Dependencia, Fundación Caser para la dependencia*, núm. 01, 2012.
- MALDONADO MOLINA, J.A.: “La protección a la dependencia en Andalucía”, *Revista Temas Laborales*, núm. 100, 2009
- MALDONADO MOLINA, J.A.: “La atención sanitaria en centros asistenciales de mayores y personas con discapacidad”, en MONEREO, RIVAS, MORENO, VILA, ÁLVAREZ (Dirs.), *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Aranzadi, 2021
- MALDONADO MOLINA, J.A.: “La protección social de los mayores durante la pandemia del COVID-19”, *Revista de Estudios Jurídico Laborales y de Seguridad Social*, núm. 3, 2021
- MARAVALL GÓMEZ-ALLENDE, H.: “La coordinación socio-sanitaria: una exigencia ineludible”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, núm. 30, 1995
- MARTÍNEZ AGUAYO, C.: “Coordinación entre servicios sociales y sanitarios. Un modelo de atención posible”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, núm. 30, 1995

- MÉDICOS SIN FRONTERAS, *Poco, tarde y mal El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España*, agosto de 2020, disponible en <https://msfcovid19.org/wp-content/uploads/2020/08/aaff-msf-informe-covid19-residencias-baja-nota.pdf>
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*, 2011, Disponible en https://www.msbs.gob.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf
- RODRÍGUEZ ESCANCIANO, S., “Los cuidados en la vejez como servicio social público de carácter esencial: apostando por una cobertura de calidad”, *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social* núm. 57, 2020.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA, *Prestación farmacéutica especializada en centros socio sanitarios análisis de situación y propuesta CRONOS-SEFH*, 2013. Disponible en https://www.sefh.es/sefhpdfs/dossier_CRONOS_2013.pdf.
- ZABARTE, M^a.E.: “La dimensión múltiple de la atención a la dependencia: la conexión de los servicios sociales con la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 65, 2006.