

16. PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y MAYORES

16.1 La intervención de las secciones especializadas de personas con discapacidad y mayores durante la pandemia

El Ministerio Fiscal ha desarrollado una actuación tuitiva sin precedentes - como lo ha sido la excepcional circunstancia que lo ha motivado-, en particular en relación con el colectivo de personas mayores y con discapacidad que viven en centros de vida comunitarios. Los Oficios de 18 y 20 de marzo de 2020 de la Unidad de Apoyo de la Fiscalía General del Estado marcaron el carácter prioritario que las residencias de mayores tenían para el Ministerio Fiscal ante los contagios y lamentables óbitos acaecidos en esos centros. La estructura jerárquica de la Institución, permitió desplegar una actuación unificada y coordinada a través de las respectivas jefaturas de las Fiscalías superiores, provinciales y de área, así como de los y las delegados/as autonómicos y provinciales encargados de la protección y garantía de los derechos de las personas con discapacidad y mayores.

Esta intensa actividad se expone en las distintas memorias y queda extramuros de la fría estadística que refleja un número concreto de diligencias preprocesales, que no alcanza a plasmar los innumerables oficios, llamadas telefónicas, correos electrónicos, videoconferencias, etc., que se generaron en las distintas fiscalías para recepcionar, clasificar y transmitir la información, así como para atender las solicitudes, consultas, quejas y denuncias. Todo ello exigía en ocasiones el estudio de situaciones jurídicas ciertamente complejas. Además, la plantilla, mermada como consecuencia de bajas, algunas directamente relacionadas con la COVID-19, resultó muy tensionada. Ilustra la magnitud de dicha actuación la desarrollada por el delegado provincial de discapacidad y mayores de Sevilla, que da cuenta de los 8 tomos de la pieza principal abierta en las diligencias informativas 102/2020 (marzo-julio 2020), las 22 piezas separadas con más de 5.000 folios y los aproximadamente 3.500 correos electrónicos.

Ese torrente de indagaciones y la laboriosa recopilación de datos ha permitido a los/as fiscales encargados/as de esta tarea tener una visión cualificada sobre la incidencia del COVID-19 en los centros de vida comunitaria de personas mayores y de personas con discapacidad.

La red de contactos, existente o constituida *ex novo*, entre las secciones especializadas y las autoridades administrativas del ramo de la salud o políticas sociales, servicios de inspección, policías autonómicas o locales, servicios sociales municipales y los propios centros de mayores y discapacidad, ha mejorado notablemente los mecanismos de comunicación. Este entramado merece ser conservado y abonado para un mejor desarrollo de las funciones tuitivas y de garantía de los derechos de las personas con discapacidad y mayores.

Asimismo, a través de los canales telemáticos abiertos por las fiscalías, se recibieron denuncias y quejas de ciudadanos que no podían acudir personalmente a las respectivas sedes, lo que motivó habitualmente la apertura de diligencias preprocesales. Del mismo modo se actuó cuando se tuvo constancia por otras vías, incluso noticias periodísticas, de determinadas

residencias con fuerte impacto de fallecimientos. Es decir, la información tuvo un amplio alcance y variado espectro, y los/as fiscales mostraron una implicación y dedicación que merece ser subrayada, por sobresaliente.

La nota general ha sido la práctica ausencia de inspecciones presenciales motivada por la situación de pandemia a excepción de los primeros meses del año (enero- febrero) y a su finalización, en algunos territorios. Son reseñables las 23 visitas presenciales desarrolladas hasta marzo de 2020 en la fiscalía de Huelva. Nos congratulamos del reconocimiento concedido en octubre de 2020 a la coordinadora del servicio en el II Congreso Internacional de Salud Mental, organizado por FEAFES Andalucía, los días 21 y 22 de octubre de 2020, por la labor, esfuerzo y dedicación de los y las fiscales y funcionarios/as que integran la sección de discapacidad y mayores.

Esta necesaria cautela adoptada, siguiendo las instrucciones indicadas en los Decretos de la FGE de 30 de abril, 3 de junio y finalmente el de 27 de octubre de 2020, sobre acomodo de la organización del trabajo “al seguimiento escrupuloso de las prescripciones marcadas por las autoridades sanitarias”, ha determinado la búsqueda de otras formas de supervisión y seguimiento de los centros como fórmulas alternativas que se han revelado de gran utilidad. El Ministerio Fiscal se ha reinventado para seguir estando al lado de los vulnerables y a la altura de las circunstancias, estableciendo inspecciones telemáticas e, incluso, “virtuales”.

Cabe destacar la experiencia realizada por la Fiscalía provincial de Cáceres, a finales del mes de diciembre, mediante el sistema de *webinar* con todas las residencias de la provincia. Se considera una buena práctica, que abre un cauce de comunicación bidireccional que permite que la fiscalía pueda aclarar dudas, dar información, apoyo, a la vez que, de retorno, puede reclamar informes, protocolos, etc. A través de estas reuniones colectivas se consigue: (i) cierta homogeneidad en un campo heterogéneo en lo que se refiere a salvaguarda de derechos fundamentales dentro de un marco geográfico concreto; (ii) fomentar la percepción de la fiscalía desde una supervisión no tan inquisitiva como colaborativa; (iii) poner en común buenas prácticas a fin de que sean compartidas por otros; (iv) mantener contacto con todas las residencias de un territorio al menos una vez al año; (v) transmitir la presencia e implicación de la fiscalía en relación con colectivos en situación de vulnerabilidad; (vi) centrar prioridades.

16.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Las fiscalías documentaron su actividad de seguimiento con la apertura de 786 diligencias preprocesales civiles. Su desigual reparto obedece a las diversas estrategias de tratamiento desarrolladas en cada territorio de acuerdo con los medios personales y criterios de las fiscalías. Algunas realizaron investigaciones sobre cada situación puesta en su conocimiento en el marco de diligencias de investigación penal (señaladamente, la Fiscalía provincial de Madrid). Por ello en la tabla que se acompaña se ha decidido reflejar también dicha actividad del orden penal. Asimismo, unas fiscalías abrieron diligencias preprocesales o de seguimiento por cada centro residencial, mientras que otras incoaron una sola diligencia preprocesal, abriendo piezas separadas por cada residencia con seguimiento, lo que explica otras notables diferencias numéricas.

FISCALÍAS	DPP civiles incoadas 2020	DPP archivadas 31/12/20	Diligencias Investigación penal incoadas 2020	DIP en tramite	DIP archivadas	Denuncias interpuestas 2020
Andalucía	65	4	10	8	2	1
Aragón	8	6	10	3	7	-
Asturias	319	171	5	1	4	-
Baleares	3	2	3	1	2	-
Canarias	11	7	10	3	7	1
Cantabria	8	6	6	3	3	1
Castilla-La Mancha	10	4	39	12	27	-
Castilla-León	28	19	51	20	31	5
Catalunya	201	9	58	15	43	7
Extremadura	29	13	27	12	15	2
Galicia	35	9	21	10	11	1
La Rioja	5	5	2	-	2	1
Madrid	5	1	172	112	60	4
Murcia	6	-	8	5	3	2
Navarra	6	3	3	2	1	1
País Vasco	12	5	3	-	3	-
Valencia	42	31	17	4	13	1
TOTAL	793	295	445	211	234	27

A fecha 31 de diciembre las secciones civiles de las fiscalías habían dado por finalizada su intervención en un 37,2% de las diligencias abiertas, permaneciendo bajo seguimiento el restante 62,8%.

El análisis cuantitativo de las diligencias de investigación penal revela que a finales del año seguían en tramitación el 47,41% de ellas, habiéndose archivado el 52,58%. De estas últimas, el 11,53% finalizaron como consecuencia de la interposición de denuncia o querrela. El 10,48% se cerraron como consecuencia de la tramitación de un procedimiento judicial, y el 10% por la acumulación a otras diligencias de investigación de la fiscalía. En el 67,9% restante de las diligencias archivadas (35,8% del total incoado) entendieron las fiscalías que los hechos investigados no revestían caracteres de delito, siendo individualmente motivado cada decreto de archivo.

La siguiente tabla recoge los distintos motivos de apertura de las diligencias:

Seguimiento residencias	506	63,8%
Falta de atención sanitaria	15	1,9%
Denegación ingreso hospitalario/traslados	5	0,63%
Falta medios materiales (PCR...)	6	0,76%
Elevado volumen de fallecimientos	70	8,82%
Reclamación visitas/salidas/información	3	0,38%

Desamparo persona mayor en domicilio	1	0,12%
Negativa vacunación familiares	3	0,38%
Varios	228	29%

La mayoría de los motivos de su incoación constan con carácter genérico bajo la denominación “seguimiento de residencias” (63,8%), concepto que engloba la totalidad de disfunciones y casuística apreciadas en un centro concreto, lo que explica el carácter residual del resto de apartados que se han reflejado en la tabla.

Las importantes disfunciones sobre falta de atención sanitaria producidas en la primera ola llegaron a las fiscalías casi siempre expuestas en el seno de diligencias ya abiertas sobre los centros, dando lugar a las intervenciones y requerimientos oportunos. Reportan los/las fiscales que, así como en los dos primeros meses la gran mayoría de decesos se producían en los propios centros residenciales, con posterioridad, casi todos los fallecimientos de usuarios de residencias lo fueron en los hospitales. No se registraron casos de desatención en medios hospitalarios ni negativas a los traslados de enfermos sucedidos después de esas fechas iniciales. En los supuestos en que los/as fiscales apreciaron trascendencia penal, se abrieron las oportunas diligencias de investigación penal.

Acompaña su informe el fiscal de Navarra con un documento elaborado en el Área sanitaria de Estella (octubre 2020) para la ayuda en la toma de decisiones sobre la hospitalización. Este documento pone la atención, además de en los criterios médicos sobre el beneficio real para el paciente, en la decisión de éste y la opinión de la familia en orden a la decisión sobre el mejor lugar para el tratamiento, terapia y apoyo.

La pandemia ha dejado unas cifras durísimas de fallecidos: entre el 22 de marzo y el 12 de abril de 2020 las muertes se duplicaron respecto a las mismas fechas del año anterior, según los registros del INE. Dicho contexto, más propio de un estado de necesidad, no fue el adecuado para la práctica de un sistema de toma de decisiones respetuoso con la dignidad de la persona.

En febrero de 2021 se han publicado las cifras oficiales¹ (IMSERSO): 26.432 fallecidos durante el 2020 en recursos residenciales. Dato que abarca tanto los casos confirmados como los sospechosos y con independencia del lugar de *exitus*. Dicha cifra de fallecidos representa el 8,06% de la población residencial. Por su parte el porcentaje de contagiados que indica el estudio publicado alcanza el 22,46% de los residentes. La diferencia con el exceso de fallecimientos registrado en el año por el sistema de vigilancia MoMo² podría

1

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informe_Semanal_Residencias_20210302.PDF

² Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria. Para el periodo de primera oleada, el sistema de vigilancia MoMo, determinó un exceso de fallecimientos en España por todas las causas de 44.593 personas (entre el 10 de marzo y el 9 de mayo se registraron 111.253 fallecimientos frente a los 66.660 esperados para ese periodo de tiempo), con un incremento del 66,9%. Para ese mismo periodo y en el segmento de edad de 75 años en adelante, la mortalidad excesiva ascendió a 37.227 fallecimientos (85.042 observados frente a los 47.815 esperados) con un incremento del 77,9%, sensiblemente mayor al incremento global.

deberse a los decesos por COVID-19 producidos en ámbitos domiciliarios (en los que el diagnóstico de confirmación fue mucho menor que en las residencias) y residenciales sin diagnóstico validado. A ellos se sumarían otros óbitos vinculados a la pandemia, posiblemente de forma indirecta.

16.3 ACTIVIDAD DE LAS SECCIONES Y FASES DE LA PANDEMIA

La primera fase de actuación del Ministerio Fiscal, que coincide con la denominada “primera ola” de la pandemia (marzo-julio 2020), se focalizó en los centros residenciales en los que se registraba un número de fallecimientos superior a la media a fin de impulsar en ellos la mejora de las circunstancias asistenciales y detectar/evitar escenarios de riesgo para los residentes. A tal efecto, las fiscalías hicieron un control exhaustivo de datos para orientar sus demandas a las administraciones autonómicas.

Las informaciones iniciales obtenidas en el mes de marzo por las fiscalías territoriales fueron ilustrativas de la complicada y hasta desoladora situación: (i) el desabastecimiento general de EPIs y test diagnósticos; (ii) ausencia de “planes de contingencia”; (iii) plantillas insuficientes con precaria formación y numerosas bajas de profesionales, consecuencia de su contratación en el ámbito sanitario o de la infección por coronavirus; (iv) escasez de recursos personales en los servicios de inspección, que se desdoblaron personalmente para atender la situación; (v) disfunciones en el sistema de comunicación interorgánica con las residencias, incluido desconocimiento del auténtico mapa de los recursos residenciales existentes; (vi) déficit de atención médica intra y extrahospitalaria; (vii) ausencia total de comunicación entre residentes y sus familias, así como de traslado de información a estas respecto de su estado de salud.

En esas primeras semanas las fiscalías informaron de situaciones puntuales de falta de higiene y de atención en algunos centros, incluso de abandono por el personal responsable, que dieron lugar a las oportunas diligencias de investigación penal.

En el mes de abril las fiscalías reportan que las administraciones fueron adoptando soluciones de emergencia, bien acondicionando centros sociosanitarios a modo de unidad hospitalaria o redistribuyendo residentes en otras residencias u hospederías, bien iniciando medidas más o menos protocolizadas para permitir el aislamiento por grupos o cohortes, desinfectando y habilitando espacios. En las residencias con situaciones más preocupantes su gestión fue intervenida o monitorizada por la administración, siendo objeto de un especial seguimiento por las fiscalías.

En el mes de mayo aumenta el conocimiento de la enfermedad y la capacidad de diagnóstico en las residencias, adoptándose las medidas ajustadas a las dimensiones y capacidades de cada una. Es demostrativo del control notable alcanzado por parte de las administraciones y los centros, que el 29 de mayo se alcanzase un índice del 91,2% de pruebas de detección practicadas.

Finalizada la vigencia del primer estado de alarma, las administraciones autonómicas dictaron resoluciones estableciendo medidas de prevención, contención y coordinación necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria. Es sentir generalizado que la situación había cambiado de signo cuando llegó la llamada “segunda ola”. En el verano los casos volvieron a elevarse, y se alcanzaron dos picos de ingresos y fallecidos en octubre y enero, si bien el exceso de mortalidad en este segundo período fue tres veces menor que en la fase inicial de la pandemia.

Las disfunciones observadas durante la primera ola se habían ido corrigiendo con el despliegue de la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 del Ministerio de Sanidad (actualizado a 11 de agosto de 2020), de modo que: (i) se habían generalizado los planes de contingencia y aislamiento de enfermos por COVID-19 en cada centro y los protocolos a seguir en caso de brotes; (ii) se cumple el compromiso de disponer de reservas de EPIs para 5 semanas conforme al art. 3 Decreto 5/2020, de 18 de junio; (iii) se realizan pruebas de detección periódica de forma masiva a residentes y trabajadores, con contratación de personal para ello, y se exploran otras vías de detección temprana como el análisis de las aguas fecales por algunas CCAA; (iv) se refuerzan los efectivos destinados a inspección de residencias y se aprueban planes especiales de inspección; (v) se mejora la coordinación entre servicios sanitarios y sociales con los centros; (vi) se van normalizando las relaciones de los residentes con sus familiares con visitas semanales y videollamadas, así como con paseos seguros en espacios al aire libre aledaños a los centros donde los mayores podían pasear y/o ser acompañados por sus familiares (Gipuzkoa). Algunas fiscalías hablan de “un vuelco de la situación”. A medida que la situación sanitaria mejora, las fiscalías ponen el foco en la atención de estas medidas de alivio apoyando el retorno del contacto con familiares.

A pesar de todo ello, las fiscalías siguieron reportando brotes de contagios y fallecimientos, y se incoaron nuevas diligencias preprocesales de seguimiento en los últimos meses del año. Se constatan algunos elementos que han podido tener un efecto negativo sobre la prevención de los contagios, que obligaron a retomar medidas de control y limitación de actividad. Entre ellos:

- La dificultad que han tenido algunos centros por su estructura física para establecer unidades de convivencia más o menos estancas. Cerca del 50% de los centros de mayores tiene menos de 50 plazas con estructuras arquitectónicas que hacen inviable la distribución en unidades de convivencia diferenciadas.

- Dificultades en el adecuado traslado de información a todos los trabajadores de las medidas adoptadas en el plan de contingencia y su recordatorio periódico. Se realizaron nuevos planes de formación/difusión para evitar que los trabajadores fueran vector de contagio.

La Estrategia de vacunación COVID-19 iniciada a finales del mes de diciembre trajo consigo nuevas consultas de las residencias a las fiscalías sobre la eventual negativa de los residentes o familiares a la misma. La Unidad Coordinadora de Discapacidad y Mayores elaboró una Nota interna de 23 de diciembre, recordando a los/las fiscales el respeto al principio de la autonomía de la voluntad en cualquier actuación médica, conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En la misma se indicaba que en los supuestos legales en que procede el consentimiento por representación se debe prestar apoyo a la participación del afectado para que

se exprese en la medida de sus posibilidades, incluso cuando exista sentencia de incapacitación (art. 9.7 LAP). Asimismo, en caso de conflicto entre el criterio médico individualizado y la decisión adoptada por el representante legal, se apuntaba el planteamiento de un procedimiento judicial (arts. 158 y 216 CC). Su incidencia tendrá reflejo en los datos de memoria del próximo año.

16.4 A MODO DE EPILOGO: CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

No parece conveniente excluir del foco de atención otras secuelas o efectos indirectos provocados por la situación de pandemia, aparte de las lamentables pérdidas de vidas humanas, que dimanaban de la situación de aislamiento a la que se han visto sometidas las personas que viven en centros residenciales. Este hecho se recalca en muchas memorias. De este modo se constata: (i) que las medidas adoptadas para evitar la propagación de virus y, por tanto, concebidas para la protección de la salud de las personas residentes, ha provocado la desaparición o restricción de las actividades comunitarias, terapias, paseos o excursiones que comportan importantes beneficios para el bienestar y salud de las personas; (ii) que la supresión de las visitas de familiares o allegados, prohibidas en la fase más aguda de la epidemia (primera ola) y atemperadas más adelante con limitaciones temporales, ha generado situaciones de estrés, ansiedad, depresión, aislamiento y otras consecuencias graves para la salud, confort y estabilidad emocional de los usuarios de las residencias. Asimismo, se han acentuado o surgido problemas de movilidad y agravación de patologías preexistentes; (iii) que los esfuerzos realizados en algunos centros residenciales para conseguir un sistema ausente de sujeciones físicas y/o químicas han sufrido un retroceso, pues el modelo no resulta compatible con las restricciones que se desarrollaron para preservar del contagio a los usuarios; (iv) que han existido casos en que la supresión, reducción o demora en la prestación del servicio de ayuda a domicilio sufrida en algunas Comunidades Autónomas ha derivado en el ingreso del solicitante en centro sociosanitario, cuando con atención adecuada en domicilio podría haber permanecido en él.

Desde la Fiscalía provincial de Madrid se han elaborado unas interesantes y pedagógicas conclusiones, una vez analizada toda la información y documentación remitida por las distintas autoridades e instituciones oficiadas que extractamos por su interés, en lo que conectan con el ámbito de actuaciones de esta Unidad.

Lección Aprendida 1. Planes de contingencia: Se sugiere revisar los planes de contingencia vigentes, promoviendo resúmenes ejecutivos muy prácticos, validados por las autoridades, que sean conocidos por todos los trabajadores y puedan ser puestos en práctica rápidamente en caso de una nueva crisis epidemiológica.

Lección Aprendida 2. Sectorización y pruebas diagnósticas: los planes de contingencia actualizados deberían contar con un modelo de sectorización definido, que debería realizarse, en la medida de lo posible, en base a test de diagnóstico, y no a criterios médicos, ante la inespecificidad de algunos síntomas. La Administración debe garantizar un trato igualitario a todas las residencias en relación con el acceso a las pruebas diagnósticas.

- Lección aprendida 3. EPIs: Se ha constatado que la medida más efectiva para la prevención del contagio de trabajadores, así como de la condición de vectores de contagio de éstos respecto de los usuarios, estaba relacionada con

la menor movilidad, incluso por encima de la utilización de equipos de protección individual.

- Lección aprendida 4. Relación entre información e intervención: la Administración debería completar su actividad de apoyo a las residencias con, al menos, tres acciones: (i) Asegurar que los técnicos de inspección actúan como canalizadores de sus necesidades, (ii) Documentar los flujos de información, dándoles seguimiento, de forma que cuando un director plantea una necesidad sea la Administración la que la canalice, y no le obligue a instarlo en otras áreas; (iii) Garantizar el seguimiento de las debilidades detectadas tras las intervenciones.

- Lección aprendida 5. Coordinación sanitaria: para una mayor eficacia del modelo en el futuro se sugiere mantener los equipos de atención extrahospitalaria en el periodo intercrisis, estableciendo protocolos de actuación que faciliten la interrelación.

- Lección aprendida 6. Dotación sanitaria de las residencias: se sugiere que se desarrollen políticas activas de dotación de medios materiales y personales de los centros ante eventuales crisis sanitarias, o que, en defecto de éstos, se flexibilicen más los supuestos de atención médica por parte de los equipos hospitalarios.

16.5 REFLEXIONES SOBRE EL MODELO RESIDENCIAL

Son numerosas las fiscalías preocupadas por el incremento de personas mayores que viven solas sin servicios de ayuda adecuada y suficiente en el domicilio, lo que conduce a su institucionalización. Dicha realidad, unida al cambio demográfico que sitúa la población de más de 65 años como superior al 19% de la población, sugiere a muchas fiscalías reflexiones sobre el modelo residencial existente.

Sería deseable un modelo de cuidados y de atención centrado en la persona, que dé respuesta a las necesidades individuales teniendo en cuenta sus preferencias y valores. Se pueden barajar varias opciones alternativas al modelo residencial para mantener a las personas que lo deseen en sus domicilios como pisos con servicios asistidos o comunidades de convivencia.

Preocupan la infraestructura y tamaño de los centros, pues pueden incidir en la atención al usuario residente y/o en la contención de situaciones de epidemia. En esta línea la Fiscalía de Cantabria entiende conveniente potenciar los centros de tamaño medio a fin de compaginar el trato más personal – característico de los centros de dimensiones más reducidas-, con los servicios más completos referidos a terapias, asistencia médica o enfermería, que poseen los de mayor envergadura. Desde Canarias, la parca dimensión de las residencias, donde un 48 % no supera las 30 plazas, las reducidas zonas comunes y los numerosos dormitorios múltiples o aseos compartidos, se entienden como factor de riesgo que dificulta el mantenimiento de las adecuadas condiciones preventivas y de aislamiento en situaciones como las vividas con el COVID-19.

El soporte sanitario a las residencias es heterogéneo. En muchos casos no hay presencia de personal de enfermería las 24 horas y la atención de la salud se ha ido delegando en profesionales contratados por las residencias, muchos de los cuales trabajan solos y reciben poca formación. Desde la Fiscalía Superior de Valencia se señala la necesidad de repensar la gestión y organización de los

centros residenciales partiendo de una auténtica coordinación entre los servicios sanitarios mínimos que deben prestar éstas y los centros de atención primaria. También sugiere la extensión de las unidades de hospitalización domiciliaria a los centros residenciales.

La repercusión de la infrafinanciación de los salarios, así como la selección y formación del personal, perturban a varias fiscalías que subrayan la importancia de contar con personal suficiente y capacitado en los centros de vida comunitaria (Castellón). La precariedad laboral y el escaso reconocimiento social crean poca atracción por estos trabajos y provocan altísima rotación de profesionales, lo que entorpece una atención individualizada y centrada en la persona.

Casi todos los informes refieren la necesidad de incrementar la ratio de inspectores (en Orense se ha constatado la ausencia inspecciones en algunos centros desde 2014 y 2015). La supervisión real de los centros residenciales, la efectividad de la normativa autonómica rectora y la garantía de los derechos de los mayores a su salud y dignidad exigen un esfuerzo económico. Algunas Comunidades Autónomas han hecho incrementos durante la pandemia que deberían mantenerse y extenderse a otras. En España existen 5.556 centros residenciales para personas mayores³, siendo evidente que su control exige una dotación más adecuada.

En síntesis, se aprecia un modelo a menudo centrado sobre aspectos de eficiencia y de organización, que no profundiza en el conocimiento de la historia de vida, preferencias y necesidades particulares de los residentes, y ello sin perjuicio del extraordinario trabajo desarrollado por muchos de los y las profesionales que los han atendido en este año tan complejo. La dura experiencia vivida puede alumbrar una reforma del actual modelo.

³ Fuente: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2020.pdf>