

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.