



# Los efectos de la Covid-19 en las residencias de mayores

## The effects of Covid-19 on nursing homes

JUAN ALEJANDRO MARTÍNEZ NAVARRO

Universidad de Almería  
Jmn055@ual.es

DOI: <https://doi.org/10.47623/ivap-rvap.119.2021.04>

**LABURPENA:** COVID-19ak ekarri duen osasun-larrialdiak edo -krisiak erakutsi digu gure gizarte- eta osasun-ereduak badituela —bere-bereak gainera— hutsune larri batzuk. Garbi geratu da lankidetzazko soziosanitarioko mekanismo berriak birformulatu behar direla, berehala. Testuinguru konplexu horretan, pandemiaren ondorio handienak adinekoen egoitzetan nabaritu dira bereziki. Zentro horiei dagokienez, osasun-krisiak agerian utzi du egoitzak medikalizatzeko ahalegina egin dela baina ahalegin horrek porrot egin duela; eta erakutsi du orobat pazienteak lehenesteko sistema eztabaidagarri batean oinarritu dela osasun-arreta. Zentro horietan izandako ondorio kezkarriak ikusita, badira gai juridiko eta bioetiko batzuk premiaz tratatu beharrekoak; derrigor mahaigaineratu behar dira.

**HITZ GAKOAK:** Adinekoen egoitzak. COVID-19. Osasun-eskubidea. Bioetika.

**ABSTRACT:** The health emergency crisis caused by COVID-19 has revealed the serious deficiencies in our social and health model, confirming the urgent need to reformulate new mechanisms for socio-health cooperation. In this complex context, the main effects of the pandemic have been felt with special intensity in nursing homes. In relation to these centers, the health crisis has revealed a failed attempt to medicalize nursing homes, and a health care based on a questionable patient prioritization system. The worrying consequences suffered in these centers make it necessary to raise some pressing legal and bioethical questions.

**KEYWORDS:** Nursing homes. COVID-19. Right to health. Bioethics.

**RESUMEN:** La crisis de emergencia sanitaria ocasionada por la COVID-19 ha confirmado las graves deficiencias que caracterizan a nuestro modelo social y sanitario, constatando la urgente necesidad de reformular nuevos mecanismos de cooperación socio-sanitaria. En este complejo contexto, los principales efectos de la pandemia se han hecho notar con especial intensidad en las residencias de mayores. En lo referente a estos centros, la crisis sanitaria ha dejado en evidencia un fracasado intento de medicalización de las residencias, y una aten-

ción sanitaria basada en un cuestionable sistema de priorización de pacientes. Las preocupantes consecuencias sufridas en estos centros obligan a plantear algunas cuestiones jurídicas y bioéticas de apremiante tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** Residencias de mayores. COVID-19. Derecho a la salud. Bioética.

Trabajo recibido el 21 de octubre de 2020

Aceptado por el Consejo de Redacción el 22 de enero de 2021

**Sumario:** I. Contextualizando el conflicto: cambios demográficos en la sociedad global y el nuevo coronavirus. 1. El envejecimiento de la población europea. 2. El impacto del nuevo coronavirus en el ámbito social y sanitario. Los efectos de la COVID-19 en las residencias de mayores.—II. Las residencias de mayores. Aspectos generales. 1. Concepto y naturaleza jurídica. 2. El desarrollo de un nuevo grupo normativo regulador.—III. Los servicios socio-sanitarios durante la pandemia. 1. La «coordinación» socio-sanitaria. 2. La descentralización y la «descoordinación» socio-sanitaria en tiempos de pandemia.—IV. La asistencia sanitaria en las residencias de mayores durante la pandemia. 1. El fallido intento de medicalización de las residencias de mayores. 2. La bioética y la proporcionalidad de las medidas.—V. El derecho a la salud en tiempos de pandemia. La priorización de pacientes y la medicina de catástrofe. 1. La no discriminación por razón de edad. 2. El reconocimiento de la dignidad de las personas mayores.—VI. A modo de conclusión.—VII. Bibliografía.

## I. Contextualizando el conflicto: cambios demográficos en la sociedad global y el nuevo coronavirus

### 1. El envejecimiento de la población europea

A inicios de 2018, en la Unión Europea (UE) residían 101,1 millones de personas mayores de 65 años. Esta cifra equivale a casi una quinta parte (19,7%) de la población total(1). Durante las próximas tres décadas, se prevé que el número de personas mayores en la UE siga una tendencia ascendente, alcanzando los 149,2 millones de habitantes en 2050(2).

Por lo cual, en la UE, se estima que el coste total del envejecimiento (gasto público en pensiones, asistencia sanitaria, cuidados de larga duración, educación y prestaciones por desempleo) aumente 1,7 puntos porcentuales hasta el 26,7% del PIB entre 2016 y 2070. Se espera que los costos de la atención a largo plazo y la atención médica sean los que más

---

(1) Sin duda, la influencia del SARS-CoV-2 en la población de más de 65 años requerirá de una reformulación de la trayectoria demográfica. No obstante, aunque estas cifras pueden presentar alguna variación como consecuencia de los efectos de la COVID-19, lo cierto es que la tendencia hacia el envejecimiento de la población europea parece un fenómeno imparable.

(2) EUROSTAT: *Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU*, 2019 edition, Publications Office of the European Union, 2019, pág. 8. El envejecimiento de la población se debe principalmente a una caída a largo plazo de las tasas de fecundidad y al aumento de la esperanza de vida (longevidad), lo que refleja varios factores diferentes, entre ellos: reducciones de la mortalidad infantil; avances en salud pública y tecnologías médicas; mayor conciencia de los beneficios vinculados a un estilo de vida saludable; un alejamiento del trabajo pesado hacia ocupaciones terciarias; mejores condiciones de vida; etc.

contribuyan al incremento del gasto relacionado con la edad, aumentando en 2,1 puntos porcentuales (3).

En España, los cambios demográficos y sociales siguen una trayectoria similar al resto de estados de la Unión Europea. De igual modo, destaca el importante crecimiento de la población de más de 65 años, que se duplicó en las últimas décadas del siglo xx, pasando de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7% de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6%) (4). En la actualidad, la pirámide de población en España continúa su proceso de envejecimiento (5).

La tendencia que sigue la evolución de la población europea deriva a su vez en importantes retos para los sistemas sanitarios públicos. A corto plazo los sistemas sanitarios públicos europeos tendrán que afrontar el envejecimiento de la población, la medicalización de la sociedad, efectos provocados por los enormes cambios culturales y familiares, atención sanitaria a las personas que llegan de fuera, la dificultad de sostener financieramente el ritmo de la innovación tecnológica de la sanidad moderna, además de los retos que se presentan de forma cíclica derivados de las enfermedades que afectan a la seguridad mundial (6).

## **2. El impacto del nuevo coronavirus en el ámbito social y sanitario. Los efectos de la COVID-19 en las residencias de mayores**

El imparable avance del virus provocó que la Organización Mundial de la Salud elevara la crisis sanitaria a pandemia mundial con fecha de 11 de

(3) *Ídem.* De manera análoga, la tasa de dependencia de las personas mayores en la UE (personas de 65 años o más en relación con las de 15 a 64 años) aumentará en 21,6 puntos porcentuales, del 29,6% en 2016 al 51,2% en 2070. Esto implica que en la UE habrá solo dos personas en edad de trabajar por cada persona mayor de 65 años. Su participación relativa en la población total también aumentará gradualmente y se prevé que alcance el 28,5% en 2050. Por otro lado, el envejecimiento de la población europea también tendrá implicaciones importantes para su población activa. Si bien se espera que la oferta total de mano de obra en la UE entre las personas de 20 a 64 años caiga un 9,6% entre 2016 y 2070 (9,7% en la zona del euro), se prevé que las tasas de participación de la población activa aumentarán del 77,5% en 2016 al 80,7% en 2070. Este aumento es particularmente evidente entre las mujeres y los trabajadores mayores.

(4) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Exposición de motivos.

(5) PÉREZ DÍAZ, Julio; ABELLÁN GARCÍA, Antonio; ACEITUNO NIETO, Pilar; RAMIRO FARIÑAS, Diego, «Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos», *Informes Envejecimiento en red*, núm. 25, Madrid, pág. 5. Según los datos estadísticos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2019 hay 9.057.193 personas mayores, un 19,3% sobre el total de la población (47.026.208); siguen aumentando, pues, tanto en número como en proporción. La edad media de la población, que es otra forma de medir este proceso, se situaba en 43,3 años en 2019; en 1970 era de 32,7.

(6) PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, «La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud», en PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco (Dir.), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el siglo XXI*, Comares, Granada, 2015, pág. 27.

marzo de 2020. El día 15 de marzo, dio comienzo el Estado de Alarma en España(7), que en principio duraría 15 días, con confinamiento de la población y prohibición de ciertas actividades laborales y desplazamientos no esenciales(8).

Desde el inicio de la pandemia, las residencias de mayores han destacado como uno de los principales núcleos donde el SARS-CoV-2 ha tenido una mayor propagación y sus peores efectos. La situación vivida en estos centros sociales presenta cifras y datos preocupantes. Sin duda, la alta mortalidad durante esta crisis es causa directa de problemas estructurales y sistémicos en relación al modelo socio-sanitario español.

La respuesta a la COVID-19 ha puesto de manifiesto la falta de capacidad y asistencia a este colectivo tanto en los servicios de atención primaria como en el sistema hospitalario(9). Los datos dejan en evidencia la necesidad de mejorar la atención médica que debe brindarse a quienes viven en estos centros, sean públicos, privados o concertados(10).

Los últimos datos oficiales aportados por el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de las Comunidades Autónomas con fecha de 26 de agosto de 2020 son alarmantes. De los 28.971 fallecidos por COVID-19 en el territorio nacional (contabilizados a esa fecha), se han registrado un total de 19.811 fallecidos en residencias de mayores. Si analizamos los datos por Comunidades Autónomas podemos comprobar que la proporción es muy variable, si bien, en cualquier caso, las cifras son preocupantes(11).

En síntesis, podemos destacar en primer lugar aquellas Comunidades Autónomas cuya tasa de fallecimientos en residencias de mayores representan más del ochenta por ciento de los fallecimientos totales: Asturias (81% de los fallecimientos han sido en residencias de mayores), Castilla-La Mancha (83%), Castilla y León (93%), Extremadura (82%), y Navarra (81%). En un segundo nivel, aquellas Comunidades Autónomas con unas cifras de fallecimientos superiores al cincuenta por ciento: Aragón (76%), Cantabria (69%), Cataluña (72%), Comunidad de Madrid (70%), y La Rioja (57%). Finalmente, las Comunidades Autónomas con unas cifras

---

(7) Al amparo de lo dispuesto en el artículo cuarto, apartados b) y d), de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio,

(8) VELASCO CABALLERO, Francisco, «Libertades públicas durante el estado de alarma por la COVID-19», en BLANQUER CRIADO, David (Coord.), *COVID-19 y Derecho Público (durante el estado de alarma y más allá)*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2020, págs. 79 y ss.

(9) MÉDICOS SIN FRONTERAS, *Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España*, MSF, 2020, pág. 3.

(10) *Ídem*.

(11) Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos por el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de las CC.AA.

inferiores al cincuenta por ciento: Andalucía (38%), Baleares (40%), Canarias (11%), Comunidad Valenciana (39%), Galicia (44%), Murcia (44%), y País Vasco (40%). Únicamente Ceuta y Melilla han estado libres de fallecimientos en sus residencias de mayores (12).

En cambio, el estudio presentado por el Consejo General de Enfermería, con fecha de 5 de octubre de 2020 (13), revela que la situación actual en las residencias de mayores no refleja mejora material y personal alguna para afrontar una nueva crisis sanitaria. El informe concluye que el 12,5% de los centros no disponen todavía de un plan de respuesta frente a la COVID-19; casi el 74% no cuenta con una unidad de hospitalización; el 30,5% no tiene coordinación con centros de atención primaria u hospitales; y el 59,1% no tienen historia clínica compartida (14).

## II. Las residencias de mayores. Aspectos generales

### 1. Concepto y naturaleza jurídica (15)

El Diccionario de la Real Academia Española define «residencia» como la «casa donde conviven y residen, sujetándose a determinada reglamentación, personas afines por la ocupación, el sexo, el estado, la edad, etc.».

Por su parte, la terminología empleada para designar a las personas mayores es muy variada y heterogénea. Así, el Comité de Derechos So-

(12) En la actualidad, la Fiscalía General del Estado mantiene casi 200 diligencias civiles y otras 228 investigaciones en relación con la gestión de la crisis del coronavirus en las residencias. Por lo cual, un nuevo reto jurídico que plantea la pandemia es la responsabilidad derivada de los daños ocasionados por la COVID-19, que afecta en gran medida al Derecho Administrativo y a los centros socio-sanitarios. Al respecto, BLANQUER CRIADO, David, «Los daños por la COVID-19 (responsabilidad patrimonial, ordenación y privación de derechos)», en BLANQUER CRIADO, David (Coord.), *COVID-19 y Derecho Público (durante el estado de alarma y más allá)*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2020, págs. 399 y ss.; y GONZÁLEZ CARRASCO, M.<sup>a</sup> Carmen, «Responsabilidad patrimonial y civil por contagios del SARS-CoV-2 en residencias de mayores: nexos causales y criterios de imputación», *Revista Derecho y Salud*, Vol. 30, 2020, págs. 22 y ss.

(13) CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA, SINDICATO DE ENFERMERÍA (SATSE) y SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA (SEEGG): *Informe de la Profesión Enfermera sobre la situación de las residencias tras la primera ola de la Covid-19*, 5 de octubre de 2020.

(14) Al respecto, ANDREU MARTÍNEZ, M.<sup>a</sup> Belén, «Coordinación socio-sanitaria, usos de la historia clínica y reutilización de datos de salud. Su utilidad en la estrategia de atención a pacientes mayores y crónicos», en ANDREU MARTÍNEZ, M.<sup>a</sup> Belén y SALCEDO HERNÁNDEZ, José Ramón (Coords.), *Autonomía del paciente mayor, vulnerabilidad y e-salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018, págs. 275 y ss.

(15) Para un estudio más detallado sobre esta materia *Vide*: PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, *Autorización y registro de centros y establecimientos sanitarios*, Bosch, Barcelona, 2003. PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, «Bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios», *Revista Andaluza de Administración Pública*, núm. 84, 2012, págs. 41-88.

ciales, Económicos y Culturales (CESCR, por sus siglas en inglés)(16), en sus documentos internacionales opta por los términos: personas mayores, personas de edad avanzada(17), personas de más edad, tercera edad y cuarta edad para los mayores de 80 años. De este modo, se evita emplear términos con una connotación peyorativa como «viejo» o «anciano».

Desde los principales organismos internacionales e instituciones públicas, se ha optado por utilizar el término «personas mayores». Al respecto, en el servicio estadístico Eurostat de la Unión Europea, se considera «personas mayores» a aquellas con 65 o más años. Desde la perspectiva jurídica, con carácter general se entiende por «persona mayor» a toda aquella persona en edad de jubilación(18).

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales, perteneciente al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, define los centros residenciales como los «establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal».

Al mismo tiempo, la Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Andalucía, las define como «centros de alojamiento y de convivencia que tienen una función sustitutoria del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, donde se presta a la persona mayor una atención integral» (art. 18.1)(19). En este sentido,

---

(16) Observación 6 de 1995 sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es un órgano compuesto de 18 expertos independientes que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por sus Estados partes. Se creó en virtud de la Resolución ECOSOC 1985/17 del 28 de mayo de 1985 para llevar a cabo las funciones de seguimiento asignadas al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) en la Parte IV del Pacto.

(17) Es el término que habitualmente se emplea en el ordenamiento español, con carácter especial en la normativa reguladora desarrollada en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Del mismo modo, este término se emplea en multitud de textos de ámbito internacional como el relativo a los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad de 1991.

(18) ÁLVAREZ GONZÁLEZ, Elsa Marina, «El derecho a la atención de las personas mayores en el Estatuto de Autonomía para Andalucía: retos para los poderes públicos andaluces», págs. 325-326. En este sentido, la Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Andalucía, en su artículo 2, reconoce que «*tendrán derecho a las prestaciones y servicios previstos en la presente Ley las personas mayores de sesenta y cinco años que [...]*». De igual modo, la Ley 7/1991, de 5 de abril, de asistencia y protección al anciano del Principado de Asturias, art. 3.

(19) En contraposición a las residencias de mayores definidas, quedan fuera del objeto de estudio del presente trabajo: a) Las unidades de estancias diurnas, como «aquellos centros de carácter social que ofrecen una atención integral durante el período diurno a personas mayores en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y calidad de vida, tanto de la persona en situación de dependencia como de su entorno socio-familiar, posibilitando la permanencia de aquella en su entorno habitual» (Orden de 5 de noviembre de 2007, de la Consejería, 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, art. 3.2). b) Uni-

la Orden 766/1993, de 10 de junio, de la Consejería de Integración Social, por la que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de las Residencias de Ancianos que gestiona directamente el Servicio Regional de Bienestar Social, define las residencias de mayores como «el establecimiento destinado a servir de alojamiento estable y común a personas mayores, en el que se presta una asistencia integral y continuada, superando la meramente asistencial» (art. 2)(20).

Complementariamente, conviene hacer mención a la Orden de 16 de mayo de 1985 por la que se aprueba el Estatuto de los Centros de la Tercera Edad del Instituto Nacional de Servicios Sociales de la Seguridad Social, en su artículo 2, como responsable de clasificar las residencias de personas mayores atendiendo a las características de sus usuarios como residencias de validos, residencias asistidas y residencias mixtas(21).

Como centros pertenecientes a los servicios sociales, las residencias de mayores forman parte de un conjunto de servicios, recursos y prestaciones orientados a garantizar el derecho de todas las personas a la protección social, en los términos recogidos en las leyes, y tienen como fina-

---

dades de estancias nocturnas, como «aquellos centros de carácter social que ofrecen alojamiento y atención en horario nocturno a personas mayores en situación de dependencia y que tienen una función complementaria a la permanencia de la persona usuaria en el entorno social y/o familiar» (Orden de 5 de noviembre de 2007, de la Consejería, 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, art. 3.3). c) Viviendas tuteladas, como «aquellas destinadas a personas mayores que posean un grado suficiente de autonomía personal y se configuren como pequeñas unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, sometidas al cumplimiento de los requisitos establecidos en la normativa sobre centros de servicios sociales, y supervisadas por una entidad de servicios sociales, tanto de carácter público como privado» (Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores, art. 17). d) Centros de participación activa, que «se configuran como centros de promoción de bienestar de las personas mayores, tendentes al fomento de la convivencia, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social, pudiendo servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la prestación de servicios sociales a otros sectores de la población» (Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores, art. 15).

(20) RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, «Conceptualización de los alojamientos para personas mayores», en RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, *Residencias para personas mayores*, Ed. Médica Panamericana, Madrid, 1999, pág. 58. En el ámbito doctrinal, cabe destacar la definición aportada por Rodríguez Rodríguez, quien define las residencias de mayores como «centros gerontológicos abiertos de desarrollo personal y atención socio-sanitaria multiprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencias».

(21) Según lo estipulado en esta disposición normativa, las residencias de mayores se pueden clasificar del siguiente modo: a) *Residencias de validos*: son establecimientos destinados a quienes por sus condiciones personales pueden desarrollar las actividades de la vida diaria sin la asistencia de otras personas. Estos centros podrán disponer de unidades asistidas para la adecuada atención de los que, ingresados como validos, hubieran experimentado un empeoramiento en sus condiciones físicas o psíquicas. b) *Residencias asistidas*: son establecimientos destinados a la atención y asistencia de quienes sufran una patología crónica o invalidante que les impida valerse por sí mismo, precisando por ello de la asistencia de terceras personas. c) *Residencias mixtas*: son establecimientos con servicios e instalaciones suficientes para acoger a personas que puedan desenvolverse de forma autónoma y a las que necesitan de asistencia para la vida diaria.



lidad la prevención, atención o cobertura de las necesidades individuales y sociales básicas de las personas en su entorno, con el fin de alcanzar o mejorar su bienestar. Estos servicios, configurados como un elemento esencial del estado de bienestar, están dirigidos a alcanzar el pleno desarrollo de los derechos de las personas en la sociedad y a promocionar la cohesión social y la solidaridad (22).

En suma, de la totalidad de definiciones expuestas podemos destacar dos elementos comunes: en primer lugar, la referencia al carácter sustitutorio del hogar familiar; y, en segundo lugar, la finalidad de establecer una atención integral que, en definitiva, supone todas aquellas actuaciones tendentes a lograr el mayor bienestar posible del beneficiario satisfaciendo todas sus necesidades, inclusive los servicios sanitarios (23).

## 2. El desarrollo de un nuevo grupo normativo regulador

Para identificar el marco normativo regulador aplicable a los derechos de las personas mayores en España, así como a las residencias, es necesario partir del diseño de la estructura política que se estableció tras la aprobación de la Constitución de 1978 (24) y se ha ido desarrollando mediante la promulgación de los distintos Estatutos de Autonomía y las posteriores reformas de éstos, que afecta, entre otras cuestiones, al reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas (25).

Por lo cual, las Comunidades Autónomas han asumido competencias exclusivas en numerosas materias que se asimilan con la acción social de la Administración Pública, en las que, en principio, les permiten desarro-

---

(22) RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, «Conceptualización de los alojamientos para personas mayores», *o. c.*, pág. 8.

(23) LÓPEZ FERNÁNDEZ, Francisco Javier, *Acción social en España. Centros, servicios y establecimientos de servicios sociales*, ACCI, Madrid, 2014, pág. 152. ALONSO SECO, José María y GONZALO GONZÁLEZ, Pilar, *La asistencia social y los servicios sociales en España*, ed. BOE, Madrid 2000, págs. 386-389. MORENO REBATO, Mar, «La protección de la tercera edad», *Documentación administrativa*, núm. 271-272, 2005, págs. 147-148. CASADO, Demetrio, *Introducción a los Servicios Sociales*, Popular, Madrid, 1997, pág. 29.

(24) La Constitución Española (1978), en su artículo 50 establece que: «Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio».

(25) En España, iniciativas como la Ley de Integración Social de las Personas con Minusvalía de 1982 (LISMI); la Ley General de Sanidad, de 1986; la puesta en marcha del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en 1988; la generalización del sistema de pensiones, mediante la Ley de Prestaciones no contributivas de 1990; y la puesta en marcha del Plan Gerontológico en 1992 para la década de los noventa, supusieron hitos de envergadura para la mejora de la protección social en nuestro país.

llar una amplia regulación y promover nuevos derechos con un ámbito de influencia limitado al territorio (26). En este marco normativo, se han desarrollado las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales que contemplan sus principios, actuaciones y prestaciones, promoviendo una red de equipamientos y servicios, que han supuesto el desarrollo e implantación de los Servicios Sociales en todo el territorio del Estado (27).

Con la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, se dio un paso decisivo en la creación de un sistema que garantice las condiciones básicas del ejercicio de los derechos de las personas mayores, y vele por aquellos que necesitan instrumentos de apoyo para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria. La aprobación de esta norma dio origen a una nueva fase de desarrollo normativo autonómico, con una incidencia destacada en los centros residenciales (28).

El legislador constitucional entendió que la materia de servicios sociales adquiere mayor relevancia cuanto más cercano es el ámbito geográfico de su aplicación (29). Estas prestaciones se ejecutan a través de

(26) La atribución de competencias de las Comunidades Autónomas queda evidenciada en el artículo 148.20 CE, donde se establece a favor de los entes regionales la competencia exclusiva sobre la «Asistencia Social». En consecuencia, los Estatutos de Autonomía constituyen el marco jurídico que garantiza los derechos de los ciudadanos en los ámbitos territoriales respectivos.

(27) Ley 9/2016 de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía (Andalucía); Ley 5/2009 de 30 de junio, de Servicios Sociales (Aragón); Ley 1/2003 de 24 de febrero, de Servicios Sociales (Asturias); Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias (Canarias); Ley 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales (Cantabria); Ley 14/2010 de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha (Castilla-La Mancha); Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León (Castilla y León); Ley 12/2007 de 11 de octubre, de Servicios Sociales (Cataluña); Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana (Comunidad Valenciana); Ley 14/2015 de 9 de abril, de Servicios Sociales (Extremadura); Ley 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de las Illes Balears (Islas Baleares); Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales (Galicia); Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales (La Rioja); Ley 11/2003 de 27 de marzo, de Servicios Sociales (Madrid); Ley 3/2003 de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales (Murcia); Ley Foral 15/2006 de 14 de diciembre, sobre Servicios Sociales (Navarra); Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales (País Vasco).

(28) En el supuesto específico de la Comunidad Autónoma de Andalucía, tras la publicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, reformuló su marco normativo regulador aplicable a los centros residenciales de las 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. Orden de 21 de diciembre de 2007, por la que se aprueba el modelo de Reglamento de Régimen Interior de los centros residenciales de personas mayores en situación de dependencia que formen parte del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía. Orden de 21 de diciembre de 2007, por la que se aprueba el modelo de documento contractual para el ingreso de personas mayores en situación de dependencia en centros residenciales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

(29) Entre los años 1983 y 1985 se dieron las primeras transferencias en materia de servicios sociales a las Comunidades Autónomas y se fueron sucediendo las primeras Leyes de Servicios Sociales en las Comunidades Autónomas hasta la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local de 1985.

los servicios sociales municipales que constituyen el Nivel de Atención e Inserción Primario. La Ley de Bases de Régimen Local de 1985 regula las competencias de los municipios, entre las cuales se reconoce la de prestar «los servicios sociales, de promoción y reinserción social». Señala también, en su artículo 26.1.c, «la obligación de los municipios con población superior a 20.000 habitantes a otorgar la prestación de Servicios Sociales».

Recientemente, se ha aprobado el Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que desarrolla la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.

En la actualidad, la crisis originada por el SARS-CoV-2 ha dado inicio a una nueva etapa de superproducción normativa que ha reformulado en gran medida el marco normativo aplicable a los centros residenciales de personas mayores (30).

El *BOE* de 21 de marzo de 2020 publicó 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. En esta disposición aprobada por el Ministerio de Sanidad se recogen medidas referidas a todo el personal, sanitario y no sanitario, que preste sus servicios en las residencias de mayores y otros centros socio-sanitarios, así como relativas a la ubicación y aislamiento de pacientes con COVID-19 en tales centros, y disposiciones aplicables para la limpieza de los mismos. Además, la Orden recoge medidas aplicables únicamente al personal sanitario que presta sus servicios en las residencias de mayores y centros socio-sanitarios, y asimismo establece medidas específicas para el diagnóstico, seguimiento y derivación de la COVID-19 en estos centros y el Sistema Nacional de Salud.

De modo accesorio, se publica la 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. Entre otras cuestiones, esta disposición normativa surge con el objetivo de garanti-

---

(30) Desde el 19 de marzo, el Gobierno ha aprobado una serie de órdenes ministeriales relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios. Estas órdenes establecen la obligatoriedad de reportar información sobre los fallecimientos, así como sobre los residentes y el estado de la situación actual. La Orden SND/322/2020, de 3 de abril establece que las comunidades autónomas tienen que recoger los datos y reportar al Ministerio el 8 de abril y a partir de ahí cada martes y cada jueves. Al respecto, SANTAMARÍA PASTOR, Juan Alfonso, «Notas sobre el ejercicio de las potestades normativas en tiempos de pandemia», en BLANQUER CRIADO, David (Coord.), *COVID-19 y Derecho Público (durante el estado de alarma y más allá)*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2020, págs. 214 y ss.

zar la puesta a disposición de información sobre las características físicas de los centros, el personal y personas residentes de los mismos; se establecen diversas medidas de intervención; o se contempla la posibilidad de llevar a cabo inspecciones sanitarias.

Seguidamente, el 28 de marzo de 2020 se publica la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos en el ámbito de los servicios sociales ante la situación de crisis ocasionada por el COVID-19(31). Esta orden tiene por objeto el establecimiento de medidas especiales en materia de recursos humanos para la garantía del correcto funcionamiento del sistema de servicios sociales durante la crisis sanitaria(32).

Finalmente, el 4 de abril se publica la Orden SND/322/2020, de 3 de abril, 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.

### III. Los servicios socio-sanitarios durante la pandemia

#### 1. La «coordinación» socio-sanitaria

El incremento de la esperanza de vida, consecuencia directa del nivel de desarrollo socioeconómico alcanzado en nuestro país, es un logro incontestable del Estado de Bienestar, éxito que se debe, de manera muy

(31) Al respecto, cabe destacar la Resolución de 23 de marzo de 2020, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que modifica parcialmente el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Esta resolución pretende flexibilizar, por motivos de urgencia y necesidad, la acreditación y funcionamiento de los servicios de atención a la dependencia mientras persista la situación de crisis COVID-19. De este modo, aquel centro o institución que requiera personal para asistencia personal o labores de auxiliar de ayuda a domicilio cuando sea necesario y acredite que no existen demandantes de empleo con las titulaciones específicas necesarias en la zona donde esté ubicado, podrá emplear personal para dichas funciones que tengan alguna de las titulaciones exigidas para cualquiera de ellas.

(32) Esta disposición posibilita que «el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero) y las comunidades autónomas en sus respectivos ámbitos de competencia en materia de servicios sociales podrán adoptar en materia de servicios sociales las medidas necesarias para la protección de las personas, bienes y lugares, pudiendo imponer a los trabajadores y trabajadoras de los servicios sociales la prestación de servicios extraordinarios, ya sea en razón de su duración o de su naturaleza» (art. Tercero, apartado 1); asimismo, entre otras cuestiones, «se autoriza, previa valoración por la autoridad competente de la oportunidad de la medida y de la idoneidad del trabajador, a la contratación temporal, a jornada parcial o completa, de personal que se encuentre cursando el último año de los estudios requeridos para la prestación de los correspondientes servicios en los distintos ámbitos del sector de los Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y que, en consecuencia, no se halle en posesión del preceptivo título académico o de la habilitación profesional correspondiente» (art. Cuarto, apartado 2).

importante, entre otros factores, a la mejora de la asistencia sanitaria y a su extensión a toda la población.

Ciertamente, España carece de modelo socio-sanitario específico (33). No obstante, es innegable la existencia de un espacio socio-sanitario consolidado en nuestro país. El mismo se conforma a partir de las extensas prestaciones que ofrecen unos sistemas social y sanitario amplios y extensos. Sin embargo, no cabe duda que la progresión de ambos sistemas ha sido dispar especialmente durante los últimos años.

La atención socio-sanitaria debe cubrir el que se ha venido a denominar espacio socio-sanitario, una zona compartida, un área de convergencia entre los dos sistemas constituida por las necesidades simultáneas y continuadas de prestaciones sociales y sanitarias destinadas a personas con enfermedad crónica y distintos perfiles de necesidad. En esta parcela, ninguno de los sistemas (el social y el sanitario) posee la capacidad de prestar una atención plena e integral y de calidad sin el complemento del otro. Cuando ello ocurre, ambos resultan afectados por las consecuencias de una atención inadecuada a la necesidad planteada. Por lo expuesto, el espacio socio-sanitario es concebido como un área de encuentro entre los recursos sociales y sanitarios y de los sistemas encargados de su gestión (34).

Por lo expuesto, no sería acertado hacer referencia al término «modelo socio-sanitario», al contrario, lo más conveniente sería referenciar esta materia como «la coordinación socio-sanitaria». En efecto, la coordinación socio-sanitaria se puede definir como un «conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención socio-sanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia» (35).

---

(33) Tomando en consideración la ausencia de un modelo socio-sanitario, desde la doctrina cabe plantearse si lo «socio-sanitario» constituye un auténtico sistema jurídico. A priori, parece constatable que el ámbito socio-sanitario carece de algunos requisitos jurídicos esenciales para considerarlo un verdadero sistema jurídico. En primer lugar, carece de normas específicas. En segundo lugar, la gestión del espacio socio-sanitario está compartida entre el sistema sanitario y el social. En tercer lugar, se carece de régimen jurídico inspector y sancionador. En último lugar, no se contempla una dotación específica de recursos financieros. LÓPEZ FERNÁNDEZ, Francisco Javier, «La sostenibilidad del ámbito socio-sanitario», en PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Comares, Granada, pág. 180. Al respecto también: GONZÁLEZ NAVARRO, Francisco, *Derecho Administrativo español*, EUNSA, Pamplona, 1994, págs. 533-535. ALONSO SECTO, José María y GONZALO GONZALO, Bernardo, *La Asistencia Social y los Servicios Sociales en España*, Ministerio de la Presidencia, o. c., págs. 186-192.

(34) ARARTEKO DEFENSORÍA DE PUEBLO, *Atención socio-sanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco*, 2007.

(35) SANCHO CASTIELLO, T. y RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P., «Política social de atención a las personas mayores», *Gerontología Conductual*, Vol. I, Ed. Síntesis, 1999.

A su vez, en España, la atención socio-sanitaria fue definida en la ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del sistema nacional de salud como «la atención socio-sanitaria 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» (art. 14). La propia norma establece que la continuidad del servicio «será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes».

La coordinación socio-sanitaria presenta un marco normativo disperso, del que podemos destacar(36): Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; el Real Decreto 496/2003, de 2 de mayo, por el que se establece el título de técnico en la atención socio-sanitaria y en las correspondientes enseñanzas comunes(37); la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud(38); el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiem-

(36) El soporte normativo de la coordinación sanitaria y social tiene como base el derecho a la protección de salud recogido en el artículo 43.1 de la Constitución Española. En la década de los años noventa, se inician importantes debates en el entorno político en atención a los desajustes identificados en el sistema sanitario y los nuevos retos que comienza a presentar la sociedad europea. Así, por ejemplo, a nivel nacional se desarrolla el Plan Gerontológico Nacional (1993) que abordó el envejecimiento de la población española, la dependencia y las nuevas necesidades de servicios. O el Plan Estratégico del INSALUD (1997), que da inicio a importantes medidas de coordinación de recursos sanitarios y sociales, siendo, además, el origen de los Equipos de Soporte de Ayuda a Domicilio. A nivel comunitario se elabora la Declaración de principios del Consejo de la Unión Europea y de los Ministros de Asuntos Sociales, reunidos en el seno del Consejo, de 6 de diciembre de 1993, con motivo de la clausura del Año Europeo de las personas de edad avanzada y de la solidaridad entre las generaciones. Con independencia del marco normativo regulador, también cabe destacar: los distintos Planes de Acción para personas mayores; Libro Blanco de la dependencia (2004); y Libro Blanco de la coordinación socio-sanitaria en España (2011); Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (2012); e Informe del Consejo Asesor de Sanidad sobre Coordinación y Atención Socio-sanitaria (2013).

(37) MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, *Libro Blanco de la coordinación socio-sanitaria en España*, 15 de diciembre de 2011, págs. 241 y ss. El Real Decreto 496/2003, de 2 de mayo, además de entender la importancia de un perfil específico adecuado a las características de la atención socio-sanitaria, regula las capacidades que ha de reunir dicho perfil en aspectos tales como: lenguaje socio-sanitario, organización de actividades para cubrir las necesidades de la vida diaria de mayores, discapacitados, enfermos crónicos y convalecientes, atención integral, colaboración interdisciplinaria, atención domiciliaria, satisfacción de expectativas de usuario, elaboración del plan de cuidados individualizado y seguimiento del mismo, actitud de tolerancia, etc.

(38) *Ibidem*, págs. 242 y ss. La Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud «señala la importancia de la búsqueda de mecanismos de integración en la atención social y sanitaria y establece la garantía de la continuidad del servicio mediante la coordinación de las administraciones públicas que correspondan y define las prestaciones de atención socio-sanitaria como 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».

bre por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización (39); la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) (40); el Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011 (41); y por último, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (42).

De cualquier modo, como indica Martín Ayala, aunque «el uso de “lo socio-sanitario” se ha ido haciendo hueco a lo largo de los últimos años en los distintos foros científicos y textos legislativos, [...] desconocemos con la precisión adecuada qué elementos engloba dicho término» (43).

## 2. La descentralización y la «descoordinación» socio-sanitaria en tiempos de pandemia

La descentralización puede ser entendida como algo más que una subdivisión política y administrativa del territorio nacional. Al respecto, es necesario, además, otorgar de suficiencia y capacidad a las unidades administrativas territoriales. En este sentido, D.A. Rondinelli, define la descentralización como «[...] la transferencia del gobierno central a sus organizaciones de campo, unidades administrativas locales, organizaciones semiautónomas y paraestatales, gobiernos locales, u organismos no

---

(39) El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, deroga al Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, excepto la disposición adicional cuarta en tanto se desarrolla el contenido de la cartera de servicios de atención socio-sanitaria.

(40) La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), más allá de regular el derecho de los ciudadanos al reconocimiento de las situaciones de dependencia, desarrolla el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, como instrumento de cooperación entre Estado y Comunidades Autónomas, cediendo a estas últimas la fijación de procedimientos y órganos de coordinación socio-sanitaria.

(41) El Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de agosto, establece entre sus objetivos el desarrollo y mejora del sistema de coordinación de la atención socio-sanitaria. Para ello designa al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, con la participación de las Mutualidades, en cooperación con las Comunidades Autónomas, como principal responsable de la Estrategia de Coordinación de la Atención Socio-sanitaria (art. 8).

(42) La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, establece la obligación de las Administraciones sanitarias de adoptar «procedimientos para una coordinación efectiva de las actividades de salud pública que se desarrollen en un área sanitaria determinada con las realizadas en [...] atención socio-sanitaria» (art. 22.2).

(43) MARTÍN AYALA, María, «La ausencia de un modelo socio-sanitario en la crisis COVID-19», *Revista Derecho y Salud*, Vol. 30, 2020, pág. 50.

gubernamentales, de la autoridad para la planeación, la toma de decisiones o la administración» (44).

En aquellos estados con un enfoque federal, como es el caso de España, la descentralización se sustenta en un complejo sistema de competencias que, en ocasiones, incluso ignora cualquier jerarquía administrativa a favor de un mecanismo de reparto de competencias que permite que las administraciones regionales y locales puedan actuar de forma autónoma (45).

En este complejo contexto jurídico, y ante la ausencia de una Ley básica en materia socio-sanitaria, las Comunidades Autónomas se han centrado en desarrollar planes de coordinación y atención integral (46). Estos planes, en ocasiones, son complementados mediante protocolos de cooperación entre administraciones sanitarias y sociales. A nivel local, se elaboran convenios de colaboración entre las corporaciones locales y autonómicas para desarrollar actividades de promoción, prestación y gestión de recursos. En definitiva, con carácter general, se puede observar una prolífica documentación orientada principalmente a la coordinación socio-sanitaria, bien entre el sector sanitario y social, bien entre los distintos entes territoriales. Esto nos ayuda a pensar que la coordinación del ámbito socio-sanitario es identificada como uno de los grandes retos y un espacio de mejora dentro del Estado del bienestar (47).

La descentralización, como mecanismo de eficacia y aproximación de la gestión a las administraciones territoriales, no puede suponer un hándicap a la hora de afrontar situaciones de emergencia sanitaria. Lo que se observa de la gestión realizada durante la pandemia es el desarrollo de

(44) RONDINELLI, D.A.; NELLIS, J.R. y CHEEMA, G.S., «Decentralization in developing countries: a review of recent experience», *Staff Working Papers*, 1983, pág. 581.

(45) Es importante hacer mención a la descentralización legislativa, la cual tiene una importante trascendencia en el ámbito de lo socio-sanitario y en la normativa reguladora. Esta descentralización destaca especialmente en España, no sólo a nivel regional, sino por su pertenencia a un organismo supranacional como es la Unión Europea con plena capacidad legislativa. Estos niveles jurídicos conforman el denominado «universo multilevel», definido por Pernice, que obliga a realizar un análisis en materia de lo socio-sanitario en diferentes estratos, partiendo desde el régimen jurídico de la UE, y en su seno, a la vez que en España y en sus Comunidades Autónomas, para finalmente llegar a las medidas desarrolladas por las Entidades Locales. Todos estos niveles legislativos asumen importantes competencias en materia de sanidad, desarrollando un complejo grupo normativo regulador. PERNICE, Ingolf, «El constitucionalismo multinivel en la Unión Europea», *Revista de Derecho Constitucional Europeo*, núm. 17, 2012, págs. 639-674.

(46) Plan Socio-sanitario del Principado de Asturias de 27 de febrero de 2019; III Plan de Atención Socio-sanitaria de la Junta de Castilla y León; Prioridades Estratégicas de Atención Socio-sanitaria. Euskadi 2017- 2020; Plan de Salud de Navarra 2014-2020; IV Plan Andaluz de Salud; Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2019-2025.

(47) FONT I LLOVET, Tomás, «Gestión de servicios sociales en el ámbito local. Nuevos planteamientos sobre la ciudad y la contratación pública», en TOLIVAR ALAS, Leopoldo y CUETO PÉREZ, Miriam (Dir.), *La prestación de servicios socio-sanitarios. Nuevo marco de la contratación pública*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2020, págs. 22 y ss.



un excesivo elenco de órdenes ministeriales que ocasionó una sobreproducción normativa compleja y cambiante. Más aún, las Comunidades Autónomas han expuesto una alarmante inactividad, reflejo de una actitud paternalista frente al Estado.

A pesar de un pequeño conato de resistencia durante los primeros días frente a la centralización de funciones, las Comunidades Autónomas asumieron su papel como parte del sistema que conforma la materia social y sanitaria. El Gobierno de España asumió la responsabilidad de la toma de decisiones frente a la pandemia sin necesidad de mermar las competencias de gestión de las Comunidades Autónomas, centrándose en ampliar sistemáticamente los medios sanitarios, de control, de limpieza y de logística.

Así, las Comunidades han seguido controlando su sistema sanitario y el Gobierno central se ha limitado a apuntalarlas en los picos de contagio construyendo hospitales de campaña a los que han llegado los enfermos derivados por la sanidad pública de cada Comunidad; y centralizando las compras y la distribución de material.

Las descoordinación se ha visto reflejada en constantes confusiones sobre la gestión de competencias tan esenciales como «a quién correspondía la compra de materiales, cómo y quién debía llevar a cabo el cómputo de fallecidos por el virus en los centros de mayores, qué conllevaba la intervención de un centro social privado por la autoridad sanitaria, quién debía de proveer de medios a estos centros, quién llevaba ahora la gestión residencial y cómo diferenciarla de la gestión sanitaria, quién gestionaba al personal contratado, qué servicios debían considerarse esenciales en el caso de no incluirse en el llamado catálogo de referencia de servicios sociales para la aplicación de la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, a qué unidad debían derivarse las consultas y quejas de familiares de pacientes y residentes, etc.» (48).

En conclusión, la crisis ocasionada por la COVID-19 ha dejado patente lo que, desde tiempo atrás, había sido evidenciado desde la doctrina y expertos en la materia. Es decir, la urgente necesidad de diseñar un adecuado espacio de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales.

Esto pasa por la ineludible necesidad de abordar el desarrollo de una Ley Básica de coordinación y atención integral socio-sanitaria. A partir de este consenso jurídico, político y social se podrá diseñar un modelo socio-sanitario universal y gratuito que avance hacia un sistema donde las residencias de mayores puedan obtener una atención médica más amplia y efectiva. En este sentido, autores como Rodríguez Cabrera y Monserrat

---

(48) MARTÍN AYALA, María, «La ausencia de un modelo socio-sanitario en la crisis COVID-19», *Revista Derecho y Salud*, Vol. 30, 2020, pág. 50.

Codorniu(49) argumentan que la mejora de la atención sanitaria en las residencias de mayores, si bien supondría un incremento del gasto público, repercutiría positivamente en un menor gasto de recursos materiales y personales de los servicios sanitarios y, por ende, podría ser un alivio a largo plazo para el gasto sanitario.

#### IV. La asistencia sanitaria en las residencias de mayores durante la pandemia

##### 1. El fallido intento de medicalización de las residencias de mayores

Realizar un profundo análisis sobre la asistencia sanitaria y los efectos de la COVID-19 en las residencias de mayores es una labor de gran complejidad a consecuencia de la variedad de las características y especificidades de estos centros. Definitivamente, podemos identificar residencias de mayores de titularidad pública o privada(50); con o sin ánimo de lucro; con posibilidad de incluir determinadas instalaciones o no; centros que pueden prestar servicio a veinte residentes y otros que integran y prestan servicio a más de quinientos dependientes; y un largo etcétera de particularidades. Con independencia de estas características, además, se debe tener presente que la legislación varía dependiendo de la Comunidad Autónoma responsable(51). En consecuencia, en relación exclu-

(49) RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio y MONSERRAT CODORNIU, Julia, *Modelos de Atención Socio-sanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2002.

(50) Al respecto, CUETO PÉREZ, Miriam, «Incertidumbre en las modalidades de gestión de servicios socio-sanitarios tras la LCSP», en TOLIVAR ALAS, Leopoldo y CUETO PÉREZ, Miriam (Dir.), *La prestación de servicios socio-sanitarios. Nuevo marco de la contratación pública*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2020, págs. 139 y ss.

(51) Andalucía: Orden de 28 de julio de 2000, conjunta de las Consejerías de la Presidencia y de Asuntos Sociales, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía y se aprueba el modelo de solicitud de las autorizaciones administrativas. 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. 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. Aragón: Decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados. Asturias: Resolución de 22 de junio de 2009, de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se desarrollan los criterios y condiciones para la acreditación de centros de atención de servicios sociales en el ámbito territorial del Principado de Asturias. Decreto 43/2011, de 17 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Autorización, Acreditación, Registro e Inspección de Centros y Servicios Sociales. *Principado de Asturias*: Resolución de 22 de junio de 2009, de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se desarrollan los criterios y condiciones para la acreditación de centros de atención de servicios sociales en el ámbito territorial del Principado de Asturias. Decreto 43/2011, de 17 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de

sivamente con la asistencia sanitaria, el servicio médico puede ser obligatorio o no; y en el primer supuesto, la intensidad con la que se presta

Autorización, Acreditación, Registro e Inspección de Centros y Servicios Sociales. *Baleares*: Decreto 86/2010, de 25 de junio, por el que se establecen los principios generales y directrices de coordinación y supervisión de los servicios sociales de atención a personas mayores y personas con discapacidad, y se regulan los requisitos de autorización y acreditación de los centros de servicios sociales de carácter suprainisular para estos sectores de población. *Canarias*: Decreto 63/2000, de 25 de abril, por el que se regula la ordenación, autorización, registro, inspección y régimen de infracciones y sanciones de centros para personas mayores y sus normas de régimen interno. Decreto 154/2015, de 18 de junio, por el que se modifica el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúan en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en Canarias, aprobado por el Decreto 67/2012, de 20 de julio. *Cantabria*: Orden EMP/37/2010, de 18 de marzo, por la que se establecen los criterios y se regula el procedimiento para la acreditación de centros de servicios sociales destinados a la atención a personas en situación de dependencia. Orden EMP/68/2008, de 27 de agosto por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Centros Sociales especializados de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Orden UMA/11/2019, 14 marzo, requisitos materiales y funcionales de Centros Servicios Sociales especializados de la Comunidad Autónoma de Cantabria. *Castilla La Mancha*: Orden de 04/06/2013, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, por la que se modifica la Orden de 21/05/2001, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regulan las condiciones mínimas de los centros destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha. Órdenes de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de 25 de agosto de 2009, de los requisitos técnico-sanitarios de los centros y servicios de fisioterapia y de 25 de noviembre de 2008. *Castilla y León*: Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores. *Cataluña*: Decreto 205/2015, de 15 de septiembre, del régimen de autorización administrativa y de comunicación previa de los servicios sociales y del Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales. Decreto 176/2000, de 15 de mayo, de modificación del Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del sistema Catalán de Servicios Sociales. Orden BSF/35/2014, de 20 de febrero, por la que se actualizan los criterios funcionales de los centros de servicios sociales de atención a la dependencia de la Cartera de servicios sociales. Decreto 92/2002, de 5 de marzo, por el que se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios socio-sanitarios y se fijan las normas de autorización. *Comunidad Valenciana*: Orden de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores. *Extremadura*: Decreto 4/1996, de 23 de enero, por el que se regulan los establecimientos de asistencia social geriátrica. *Galicia*: Orden de 13 de abril de 2007 por la que se modifica la de 18 de abril de 1996 por la que se desarrolla el Decreto 243/1995, de 28 de julio, en lo relativo a la regulación de las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores. Orden de 18 de abril de 1996 por la que se desarrolla el Decreto 243/1995, de 28 de julio, en lo relativo a la regulación de las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores. *La Rioja*: Decreto 27/1998, de 6 de marzo, por el que se regulan las categorías y requisitos específicos, de los Centros Residenciales de Personas Mayores en La Rioja. *Madrid*: Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Orden 612/1990, de 6 de noviembre, de la Consejería de Integración Social, por la que se desarrolla el Decreto 91/1990, de 26 de octubre, relativo al Régimen de Autorización de Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales. *Murcia*: Decreto núm. 69/2005, de 3 de junio, por el que se establecen las condiciones mínimas que han de reunir los centros residenciales para personas mayores de titularidad pública o privada. *Navarra*: Decreto Foral 209/1991, de 23 de mayo, por el que se desarrolla la Ley Foral 9/1990, de 13 de noviembre, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales. Decreto Foral 69/2008, 17 de junio por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General. *Pais Vasco*: Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad. Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

puede variar. Del mismo modo, la prestación farmacéutica también es variable(52).

A modo de enunciado, atendiendo a la regulación autonómica podemos diferenciar las siguientes variables en relación con la asistencia sanitaria prestada en las residencias de mayores: ratio general de plantilla por dependiente; ratio de atención directa; ratio de atención indirecta; ratio de auxiliar-gerocultor/a; ratio de psicología, médico, enfermería, trabajador social, fisioterapia, terapeuta ocupacional, educación social, etc.; tamaño de centros por plaza; unidades de convivencia por persona; unidades especializadas; y un largo etcétera.

Sea como fuere, la normativa reguladora diseñada por las Comunidades Autónomas impone la contratación de un médico, que prestará servicio en atención a ratios de dependientes o número de camas por centro. Con carácter general, las residencias de más de 100 camas disponen de médico/os en el centro durante más o menos horas, sin necesidad de titulación específica.

Ciertamente, tomando en consideración la importancia que representa la figura del médico, se debe tener en cuenta que no deja de ser una pieza más dentro de la labor asistencial integral del centro. Lo habitual es que cada centro quede sometido a la obligación legal de diseñar un equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, directores de los centros, psicólogos, etc. Este equipo será el responsable de elaborar el plan individualizado del residente. A través de estos recursos, se ofrece una atención multidisciplinar, integral y continuada, de carácter personal tanto social como sanitaria(53).

En unas condiciones sanitarias ordinarias, los residentes suelen presentar una dependencia funcional de moderada a grave, junto con estados avanzados de deterioro cognitivo. En resumidas cuentas, los residentes presentan un importante nivel de vulnerabilidad(54). Por ello,

---

(52) El Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, en su art. 3, define los centros residenciales como «centros de alta intensidad, que garantizan: b) la prestación de un servicio médico y de enfermería».

(53) PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, *Creación y regulación de centros y establecimientos sanitarios*, Bosch, Barcelona, 2003, pág. 86.

(54) MARTÍNEZ NAVARRO, Emilio, «La vulnerabilidad humana desde un punto de vista ético», en ANDREU MARTÍNEZ, M.ª Belén y SALCEDO HERNÁNDEZ, José Ramón (Coords.), *Autonomía del paciente mayor, vulnerabilidad y e-salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018, pág. 48. «Para avanzar hacia un mundo menos injusto y más sostenible, en el que la vulnerabilidad contextual se vea reducida al máximo posible (recordemos que la vulnerabilidad antropológica no puede desaparecer por mucho que nos empeñemos, dado que forma parte de nuestra condición de seres vivos expuestos a daños diversos), es preciso analizar los principales componentes y causas de la vulnerabilidad, con objeto de denunciar los condicionamientos injustos que provocan los incrementos de dicha vulnerabilidad. La denuncia, a su vez, ha de ir acompañada de iniciativas éticas concretas, en forma de

la atención sanitaria tiene como finalidad la conservación y el mantenimiento de la salud del dependiente, la atención a sus patologías crónicas y reagudizaciones, así como la atención a patologías agudas. Los medios de apoyo al diagnóstico o tratamiento suelen ser escasos o estar limitados. Dicho de otro modo, el acceso a pruebas diagnósticas, la disponibilidad de especialistas, las recetas oficiales y el transporte sanitario son recursos de poca disponibilidad en casi la totalidad de residencias de mayores.

Durante la gestión de la pandemia, podemos destacar dos momentos clave en la respuesta dada por la Administración Pública: durante los primeros días, una vez iniciado el estado de alarma, las primeras medidas se centraron en evitar y reducir el colapso del sistema sanitario, los servicios de urgencias y las Unidades de Cuidados Intensivos de los hospitales. Estas extraordinarias circunstancias obligaron a reducir o limitar las derivaciones de pacientes desde las residencias a los centros hospitalarios. Esto ha supuesto que las residencias hayan tenido que asumir responsabilidades sanitarias no previstas y para las que no estaban preparadas.

En una segunda fase, el Ministerio de Sanidad, a través de 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(55); y en connivencia con el Ministerio de Defensa y de la Vicepresidencia de Derechos Sociales, ante la imposibilidad de prestar una atención médica adecuada, derivó a la Unidad Militar de Emergencia (UME) como apoyo en las residencias de mayores. Ambas medidas han resultado ser insuficientes.

De cualquier modo, a consecuencia de la pandemia, los centros residenciales se han visto obligados a contar con un plan de contingencia adaptado a las características de cada centro y dirigidos a la prevención y a la respuesta ante la eventual aparición de casos y brotes de COVID-19. Este plan incluirá al menos: a) Un análisis detallado de las infraestructuras del centro (número de plantas, número de habitaciones, sistemas de acceso). Se incluirá la posibilidad de división del centro en áreas diferen-

---

actividades de promoción y empoderamiento de las personas. No basta con escribir y difundir textos como este, por más que puedan ser de utilidad para poner en orden las prioridades y fijar mejor las políticas que conviene poner en práctica, sino que, además, hay que ponerse manos a la obra y reducir las vulnerabilidades propias y ajenas en todos los ámbitos, con la mirada puesta en construir juntos un mundo mejor».

(55) La Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, en su exposición de motivos indica que: «los mayores, las personas con discapacidad u otros usuarios de residencias y otros centros sociosanitarios se encuentran en situación de vulnerabilidad ante la infección COVID-19 por varios motivos, como son entre otros, que habitualmente presentan edad avanzada; patología de base o comorbilidades; y su estrecho contacto con otras personas, como son sus cuidadores y otros convivientes».

ciadas para residentes según lo establecido en el apartado segundo de la Orden SND/265/2020; b) Análisis detallado de las características de los residentes; c) Recursos humanos disponibles (personal sanitario y no sanitario, otro personal); d) Relación detallada de los equipos de protección individual disponibles y una estimación de las necesidades en un escenario de aumento acusado del número de casos; e) Garantizar la provisión de jabón, papel y soluciones desinfectantes; f) Establecer un plan de continuidad de la actividad ante posibles bajas del personal como consecuencia de la epidemia(56).

Asimismo, para una correcta intervención es preciso hacer una división del centro por zonas. Con carácter general, los distintos centros han aplicado la clasificación y división prevista en la Orden SND/265/2020: 1. Residentes sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado; 2. Residentes sin síntomas, en aislamiento preventivo por contacto estrecho o con caso posible o confirmado; 3. Residentes con síntomas compatibles con la COVID-19; 4. Residentes confirmados de COVID-19; 5. Residentes en fase de recuperación de la COVID-19(57).

A partir del día 24 de marzo, mediante la publicación de la Orden SND/275/2020, los centros de servicios sociales de carácter residencial de titularidad privada adquirieron la consideración de operadores de servicios esenciales con los efectos previstos en el artículo 18.2 del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo. Además, esta orden indica que, si las residencias no cuentan con los medios personales, materiales o no tienen las características físicas necesarias para cumplir con lo que se pide en la Orden SND/265/2020, se deberá comunicar de inmediato a las Consejerías de Servicios Sociales y de Sanidad de la comunidad autónoma, así como a la Delegación o Subdelegación de Gobierno que corresponda a fin de recabar el auxilio urgente disponible para dar respuesta a esa situación.

A este contexto asistencial, debemos incluir otros factores decisivos como la poca capacidad de adaptación de las residencias de mayores, ca-

---

(56) MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL, *Guía para residencias durante el COVID-19*, Plena Inclusión España, 2020, págs. 10-11.

(57) El proceso de división por zonas efectivo requiere de unas instalaciones de gran envergadura y amplios recursos materiales y personales. Hay que tener en consideración que en el caso de las situaciones previstas en las zonas de división 2, 3, 4 y 5, cada persona, en la medida de lo posible, debe disponer de una habitación con baño y ventilación, en situación de confinamiento o aislamiento. Se debe asegurar que no existe contacto alguno entre los residentes que se encuentran en diferentes situaciones. Asimismo, tal y como expresa la Orden SND/265/2020, los trabajadores deben ser asignados a cada uno de los grupos de residentes que se señalan en la imagen previa, garantizando que sean los mismos los que interactúen en los cuidados de cada uno de estos grupos. No se deben producir rotaciones de personal asignado a diferentes zonas de aislamiento. MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL, *Guía para residencias durante el COVID-19*, o. c., págs. 13-14.

racterizadas por amplias zonas comunes; la recepción de visitas y salidas del centro; y la compleja comunicación que, en ocasiones, resulta en el trato de dependientes con capacidades cognitivas y comunicativas mermaidas.

A las condiciones intrínsecas de estos centros socio-sanitarios, debemos añadir los factores derivados directamente de la crisis asistencial consecuencia de la COVID-19. Como poco, debemos tener en consideración los siguientes sucesos:

- La saturación del sistema sanitario obligó a establecer protocolos de priorización de pacientes para el ingreso hospitalario (cuestión importante que será analizada con posterioridad). En consecuencia, se procedió a la medicalización de las residencias de mayores.
- Escasez de equipos de protección colectiva (como zonas de aislamiento) y limitados Equipos de Protección Individual (principalmente mascarillas).
- Escasez de equipos de atención sanitaria, con carácter especial, respiradores. Y falta de personal facultativo en el intento de medicalización de los centros.
- Inadecuación de protocolos de aislamiento y falta de organización de las residencias medicalizadas (58).
- Como último factor clave, destaca la falta de suficientes pruebas de diagnóstico para residentes y profesionales.

En síntesis, la atención sanitaria en las residencias de mayores no está integrada dentro de nuestro sistema de salud. Estos centros tienen la capacidad de prestar asistencia sanitaria a sus residencias, en ocasiones, incluso bajo ciertos condicionantes de relativa complejidad. No obstante, su organización, recursos materiales, instalaciones y personal no son equiparables a un centro hospitalario. Al contrario, las residencias de mayores están principalmente diseñadas para cuidar, y no tanto para curar.

De cualquier modo, parece evidente que ningún sistema social ni sanitario está preparado para hacer frente a las circunstancias derivadas de la actual pandemia.

---

(58) Hasta la actualidad, se han elaborado multitud de protocolos y documentos técnicos al objeto de adecuar y establecer procedimientos de control y gestión eficientes en residencias de mayores. No obstante, el contenido generalista de estos documentos, en ocasiones, resulta poco efectivo teniendo en cuenta la enorme diversidad que caracteriza a los centros socio-sanitarios. Destaca: Documento técnico de Recomendaciones a residencias de mayores y centros socio-sanitarios para el COVID-19 del Ministerio de Sanidad, con fecha de 5 de marzo de 2020. Asimismo, la propia 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, establece pautas que a su vez han sido desarrolladas por las Comunidades Autónomas.

## 2. La bioética y la proporcionalidad de las medidas

En el modelo de relaciones asistenciales que diseña la normativa sanitaria actual, el paciente ya no es mero sujeto pasivo de las decisiones médicas, sino actor principal dotado de autonomía informativa y decisoria(59) (60).

De este modo, cabe indicar que la bioética surge como respuesta a los problemas éticos que produce la investigación científica en los tratamientos médicos(61). En su origen, propone establecer un puente entre las ciencias biológicas y el ámbito de los valores humanos, la ética, la única manera de enlazar el presente con un futuro digno de ser vivido(62). En otras palabras, la bioética es la ética de la vida(63). En consecuencia, la bioética, tomando como referencia la dignidad del individuo y como herramienta la autonomía, modifica paulatinamente la relación médico-paciente otorgándole un mayor control al enfermo frente al antiguo sistema paternalista.

En efecto, la actual relación médico-paciente ha sido formada a partir de las bases instauradas por la bioética. La principal consecuencia jurídica ha sido el «Bioderecho» o «Derecho Biomédico». Esta disciplina, que ha sido formada en paralelo con la bioética, engloba todos aquellos textos y normas jurídicas referentes a la salud y vida/muerte del ser humano(64). En palabras de Beltrán Aguirre, ambas disciplinas (bioética y Derecho biomédico) se complementan y se necesitan mutuamente. Ambas en estrecha colaboración, tratan de dar respuestas ético-jurídicas a los muchos dilemas que se presentan a los gestores del sistema sanitario

(59) LARIOS RISCO, David, «Autonomía de la voluntad del usuario de servicios sanitarios», *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, núm. 8, 2013, pág. 278.

(60) NEVES PINTO, Gerson, «Desde la Ética a la Bioética», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 33, 2015, pág. 59. En tal contexto surge la bioética, concepto empleado por primera vez por el oncólogo Van Rensselaer Potter en su obra *Bioethics: Bridge to the future* (1970). El concepto se compone por las palabras griegas bios (vida) y ethos (ética), «puede definirse como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de valores y principios morales».

(61) SÁNCHEZ CARAZO, C., «Ética en la investigación clínica: el consentimiento y la información», en FEITO L., *Bioética: La cuestión de la dignidad*, Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2004, pág. 124.

(62) BOLADERAS, Margarita, «Bioética: Definiciones, prácticas y supuestos antropológicos», *Thematata. Revista de Filosofía*, núm. 33, 2004, pág. 383.

(63) SÁNCHEZ-CARO, Javier, «La bioética y el derecho sanitario: encuentros y desencuentros», *Revista Derecho y Salud*, Vol. 24, núm. 1, 2014, pág. 61.

(64) Cfr. ROMEO CASABONA C. M., «Bioderecho y Bioética», en *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*, Tomo I, Comares, 2011, pág. 188. Para este autor el Bioderecho hace referencia a todas aquellas normas jurídicas que están vinculadas al conjunto de los seres vivos en general, aunque en particular al ser humano.



y a los participantes en la relación asistencial con ocasión de la aplicación de la ciencia médica (65).

En resumidas cuentas, el Derecho Biomédico supone la positivización de los principios otorgados por la bioética en los denominados derechos del paciente (66), cuyo sentido no es otro que el de regular la relación entre profesional y enfermo. En esencia, se puede concluir que el fin principal de los derechos del paciente, el motivo de su desarrollo no es otro que regular la relación médico-paciente.

Los protocolos de aislamiento y clasificación de pacientes en residencias frente a la COVID-19 se han centrado en la medicalización del centro y la división del mismo en zonas. No obstante, la realidad ha evidenciado que los centros residenciales no estaban preparados al respecto: insuficiencia de instalaciones; falta de personal y con baja cualificación; y escasos recursos materiales (especialmente de carácter sanitario).

Como resultado, cuando la Unidad Militar de Emergencia accede a los centros, se identifican residentes que han fallecido en sus camas durante las tareas de desinfección, y otros muchos en condiciones de aislamiento deficientes. Así quedó constatado por la ministra de Defensa, Dña. Margarita Robles: «el Ejército ha podido ver ancianos, mayores, absolutamente abandonados cuando no muertos en sus camas». Del mismo modo, la Fiscalía General del Estado aseguró que, a través del Ministerio de Defensa, ha corroborado que «en algunas residencias» miembros del Ejército y de la Unidad Militar de Emergencias (UME) habrían detectado «la existencia de personas ancianas, algunas de ellas enfermas residiendo en situaciones extremas y malas condiciones de salubridad, así como residentes fallecidos» (67).

---

(65) BELTRÁN AGUIRRE Juan Luis: «Bioética y Derecho Biomédico: principios informantes: Su reflejo en la normativa y en la práctica asistencial. Enfrentamientos, prevalencias y transgresiones», *Revista Derecho y Salud*, Vol. 24, 1, 2014, pág. 55.

(66) *Ibidem*, págs. 31-32. Si bien, los derechos de los pacientes forman parte del entramado normativo del Derecho Biomédico, son sólo una pequeña parte. «En todo caso, el Derecho biomédico se cimienta y se construye desde las Declaraciones y Convenios internacionales y desde nuestra Constitución, en cuanto sancionan los derechos fundamentales de las personas que pueden resultar afectados por la investigación médica y la práctica clínica. Así, los derechos y deberes regulados en las específicas leyes que componen el Derecho biomédico se han de acomodar plenamente a los contenidos propios de los derechos fundamentales y libertades humanas que, obviamente, han de respetar [...] Se construye y alimenta también con los pronunciamientos judiciales, particularmente del Tribunal Constitucional y del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en torno a los conflictos surgidos por la aplicación de las ciencias biomédicas en la investigación y en la asistencia». En este mismo sentido, ROCA TRIAS, E., «La función del derecho para la protección de las personas ante la biomedicina y la biotecnología», en *Derecho Biomédico y bioética*, Comares, 1998, págs. 166 y ss.; GONZÁLEZ MORÁN, Luis, *Bioderecho: libertad, vida y muerte*, Universidad Pontificia de Comillas-Dykinson, 2006, págs. 104 y ss.

(67) <https://www.rtve.es/noticias/20200323/coronavirus-ejercito-encuentra-residencias-ancianos-muertos-camas/2010636.shtml>

Más allá de la ausencia de una adecuada atención sanitaria; la falta de protocolos específicos, el desconocimiento de los riesgos y tratamientos en una fase inicial, derivaron en medidas de aislamiento y control de contagiados de gran complejidad jurídica, como el uso de sujeciones físicas a los enfermos más dependientes. Al respecto, esa justificación de prevención se basa en un problema de base mucho más profundo, como la dificultad para vigilar a los residentes con riesgo de caídas o el deterioro cognitivo y los trastornos de conducta, por lo que la mayoría de las sujeciones que se han prescrito para prevenir caídas son en realidad prescritas como sustituto de la vigilancia activa. Si a esto le añadimos ratios bajas de personal, alta rotación de profesionales, instalaciones no adaptadas al perfil de los usuarios, etc., el resultado es la imposibilidad de ofrecer un mínimo de seguridad sin la sujeción física, y ésta se acaba prescribiendo por miedo a las consecuencias físicas de una caída, y también legales (68).

En consecuencia, con el avance de la pandemia, las residencias de mayores han tenido que recurrir en mayor medida que antes a las sujeciones físicas, aumentando el porcentaje de uso y añadiendo a sus efectos secundarios los propios efectos del aislamiento (69).

Con todo, este tipo de medidas deben estar plenamente justificadas por razones terapéuticas y de seguridad del propio afectado o de terceras personas, siempre previa evaluación médica. Asimismo, es conveniente aplicar mecanismos menos restrictivos. Esto no es una tarea sencilla. Al respecto, «concurren aspectos éticos e ideológicos sobre los que, de seguro, será casi imposible llegar a un fácil consenso. Entre la aplicación de una medida física restrictiva de la libertad personal y el empleo de un fármaco pueden existir, y de hecho existen diferentes opiniones/opciones. En general, podría decirse que está más generalizada la creencia en que un medio de contención física es más agresivo que el empleo de la farmacoterapia. Pero no faltan opiniones contrarias. El debate está por hacer» (70).

Más aún, la proporcionalidad de estas medidas exige también una evaluación periódica. En todo caso, estas medidas deben estar sujetas a protocolos mediante procedimientos de valoración, aplicación y supervisión. Siempre bajo personal facultativo (71). Al mismo tiempo, la utiliza-

---

(68) Mayores UDP: «COVID-19, residencias, aislamiento y sujeciones», <https://www.mayoresudp.org/covid-19-residencias-aislamiento-y-sujeciones/>

(69) *Ídem*.

(70) BARRIOS FLORES, Luis Fernando y BARCIA SALORIO, Demetrio, *Marco jurídico de las urgencias psiquiátricas*, Edit. You&Us, S.A., Madrid, 2005, Tomo I, pág. 179.

(71) BELTRÁN AGUIRRE, Juan Luis, «Sujeciones físicas y farmacológicas. Razones para su prescripción. Derechos afectados y legalidad aplicable», en PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, *La seguridad del paciente*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018, págs. 159-160.

ción de estas medidas debe quedar patente en un registro de actuaciones que deje constancia por escrito de su uso en la historia clínica. Como mínimo se deberá documentar las medidas utilizadas, las razones para ello y el tiempo de aplicación(72).

En cualquier caso, la atención residencial a personas en una situación de vulnerabilidad e indefensión quedará sujeta a un trato humanitario y digno. En palabras de Beltrán Aguirre, «el uso de sujeciones físicas sin consentimiento expreso del afectado o, en su caso, de familiares, o en contra de su voluntad expresamente manifestada, salvo excepción de urgencia y gravedad, supone un acto de abuso-violencia y, por ende, un acto de maltrato hacia la persona, por lo que se vulneran sus derechos fundamentales a la libertad y a no sufrir un trato degradante. Ambas suponen un atentado a su dignidad»(73).

La cuestión, en efecto, es si se debe considerar como «urgente» y «grave» la actual situación de pandemia. Para ello, a mi entender, no queda más remedio que atender individualmente cada caso. Más aún, con carácter previo, esta compleja situación asistencial debe quedar sustentada en el respeto más profundo al derecho a una valoración individualizada de las necesidades y problemas particulares del residente en cuestión, de acuerdo con sus características y riesgos potenciales.

## **V. El derecho a la salud en tiempos de pandemia. La priorización de pacientes y la medicina de catástrofe**

El acceso a la atención sanitaria en condiciones de equidad y de universalidad, sin discriminación, es un derecho elemental de toda persona. La garantía del ejercicio de este derecho y la protección efectiva de la salud de la ciudadanía cobra aún mayor importancia cuando quienes se ven privados de una asistencia sanitaria normalizada son colectivos de una especial vulnerabilidad, como es habitual entre los usuarios de las residencias mayores(74).

En el ámbito de la normativa internacional, tanto supranacional como europea, el derecho a la protección de la salud se reconoce de manera expresa como un derecho inherente a todo ser humano, sobre el que no cabe introducción de elemento discriminatorio alguno. Así queda reconocido en la Constitución de la Organización Mundial de la

---

(72) *Ibidem*, pág. 162.

(73) *Ibidem*, pág. 176.

(74) Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, Exposición de Motivos.

Salud (75), en su exposición inicial, donde establece: «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social».

Los antecedentes normativos existentes en nuestro país en reiteradas ocasiones han aludido a la universalidad de la atención sanitaria. Así, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que regula todas las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución Española, establece los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud, como son el carácter público y la universalidad del sistema. Asimismo, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, antes de su modificación en el año 2012, establecía, entre sus principios generales, el aseguramiento universal y público por parte del Estado y recogía los titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria. Finalmente, Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud ha venido a reiterar y consolidar este principio básico de nuestro modelo sanitario y social.

Asimismo, más allá de atender a una exigencia ética como es la protección de la salud, la universalidad de la atención no solo redundará en la mejora de la salud individual, sino también en la salud colectiva de toda la población. Esta necesidad es urgente e inmediata, tanto en términos de salud individual y colectiva, ya que se debe asegurar que se adoptan las medidas para prevenir los riesgos potenciales que para la salud pública conlleva la no asistencia a colectivos vulnerables y la necesaria seguridad jurídica, cohesión social, coordinación y armonización de las actuaciones llevadas a cabo por las comunidades autónomas.

No obstante, la situación derivada de la actual pandemia ha puesto en jaque la capacidad de prestación asistencial de nuestro sistema. La falta de medios afectó especialmente a la capacidad de las Unidades de Cuidados Intensivos y la insuficiencia de recursos materiales como los equipos de respiración mecánica.

Ciertamente, la selección y clasificación de pacientes no es ninguna novedad. Al respecto, es evidente que los recursos materiales y personales son limitados. En la atención primaria y especializada es

---

(75) La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

habitual que los pacientes deban superar las denominadas listas de espera (76). Por su parte, en la atención de urgencias se emplea el sistema de triaje como un mecanismo esencial para establecer las necesidades terapéuticas y distribuir los recursos materiales y personales disponibles. El conflicto surge cuando la Unidad de Cuidados Intensivos se colapsa. Al inicio de la pandemia, cuando se empezó a intuir la escasez de recursos para hacer frente al incremento de infectados, y en concreto a los que precisaban una atención vital, desde diferentes organismos especializados se emitieron documentos técnicos y recomendaciones sobre la toma de decisiones y la gestión de pacientes.

Primeramente, la Sociedad Italiana de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Terapia Intensiva (SIAARTI) publicó el 6 de marzo de 2020 unas recomendaciones para guiar a los profesionales sanitarios sobre cómo gestionar la atención de los pacientes en una situación de elevada sobrecarga. Lo interesante de este documento técnico es que, por primera vez desde el inicio de la pandemia, se comparaba la situación de crisis con la denominada «medicina de catástrofe». Es decir, decidir a quién atender en una situación de recursos sanitarios limitados.

El 10 de marzo, el Departamento de Bioética Clínica del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, en relación con la atención de paciente en la UCI, fijó las siguientes pautas de actuación (77): «Dada la situación que actualmente padecemos, consideramos que es prudente y adecuado dirigir los mayores esfuerzos terapéuticos a los pacientes que, tras evaluación de los criterios clínicos de gravedad y pronósticos previamente seleccionados, se considere que tienen mayor posibilidad de supervivencia y conseguida esta, en menor plazo de tiempo con su ingreso en UCIs» (78).

Este modelo sanitario de medicina de catástrofe se extendió también a los Estados Unidos, donde algunos estados como Alabama o Tennessee establecieron mecanismos de gestión basados en el criterio de la

---

(76) MARTÍNEZ NAVARRO, Juan Alejandro, «Las listas de espera y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud», en PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Comares, Granada, 2015, págs. 199 y ss.

(77) [https://www.eldiario.es/sociedad/descontrolada-coronavirus-catastrofe-sanitarios-enfrentados\\_1\\_1025767.html](https://www.eldiario.es/sociedad/descontrolada-coronavirus-catastrofe-sanitarios-enfrentados_1_1025767.html)

(78) FERNÁNDEZ, Juan José, «Morfina cada ocho horas: las instrucciones para sedar a los ancianos moribundos no hospitalizables», *El Periódico.com*, 26 de junio de 2020: <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20200626/sedacion-coronavirus-ancianos-8014623>. «La instrucción por escrito más descarnada de las que han aflorado, la emitida por la dirección de Coordinación Socio-sanitaria de la Comunidad de Madrid, ordenaba el 18 de marzo del 2020, desde las 14.07 horas, que solo se derivara a hospitales a los pacientes con «insuficiencia respiratoria, disnea o taquipnea y fiebre» que fueran «independientes para la marcha o índice de Barthel mayor que 60, sin deterioro cognitivo» y sin «comorbilidad asociada en fase avanzada». Pocos ancianos pasan ese estricto corte».

edad del paciente (79). Este hecho provocó la reacción inmediata de la Oficina de Derecho Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS) que ratificó la prohibición de discriminar por motivos de raza, color, discapacidad, edad o religión, entre otros (80).

En España el debate se originó cuando la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), presentó el documento técnico «Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos» (81).

La guía de SEMICYUC propone organizar la atención en la UCI a partir de cuatro niveles de prioridad: prioridad 1, pacientes críticos e inestables que necesiten monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua, etc.). Prioridad 2, pacientes que tienen estas circunstancias pero que no necesitan ventilación mecánica, aunque sí oxígeno elevado. Si hay posibilidad, eso podría hacerse en una unidad de semi-intensivos. La prioridad 3 se trata de pacientes inestables y críticos que tienen pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos como,

(79) DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, Federico y BELLVER CAPELLA, Vicente: «Una crisis bioética dentro de la crisis sanitaria provocada por la COVID-19: una reflexión sobre la priorización de pacientes en tiempos de pandemia», *Revista Derecho y Salud*, Vol. 30, 2020, pág. 68.

(80) HHS Office for Civil Rights in Action, Bulletin: Civil Rights, HIPAA, and the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), 28 de marzo de 2020. La HHS se apresuró a reafirmar que: «A la luz de la Emergencia de salud pública relacionada con la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS) está proporcionando este boletín para garantizar que las entidades cubiertas por derechos civiles Las autoridades tienen en cuenta sus obligaciones bajo las leyes y regulaciones que prohíben la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y ejercicio de conciencia y religión en los programas financiados por el HHS. En este momento de emergencia, el objetivo loable de brindar atención de manera rápida y eficiente debe guiarse por los principios fundamentales de justicia, igualdad y compasión que animan nuestras leyes de derechos civiles. Esto es particularmente cierto con respecto al tratamiento de las personas con discapacidad durante las emergencias médicas, ya que poseen la misma dignidad y valor que todos los demás. La Oficina de Derechos Civiles hace cumplir la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación, que prohíbe la discriminación por motivos de discapacidad en los programas o actividades de salud financiados por el HHS. Estas leyes, como otras leyes de derechos civiles que hace cumplir la OCR, siguen en vigor. Como tal, a las personas con discapacidad no se les debe negar la atención médica sobre la base de estereotipos, evaluaciones de la calidad de vida o juicios sobre el «valor» relativo de una persona basados en la presencia o ausencia de discapacidad o edad. Las decisiones de las entidades cubiertas sobre si un individuo es un candidato para el tratamiento deben basarse en una evaluación individualizada del paciente, basada en la mejor evidencia médica objetiva disponible».

(81) La guía ha sido publicada en: RUBIO, O., ESTELLA, A., CABRE, L. y otros, «Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos», *Medicina Intensiva*, 15 de abril de 2020: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7158790/>

por ejemplo, no intubar y/o no intentar la reanimación cardiopulmonar. Finalmente, el nivel de prioridad 4 es para pacientes cuyo ingreso no está generalmente indicado debido a un beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo. Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente su muerte.

La guía de la SEMIYUC recomienda, ante la falta de medios, favorecer los ingresos de prioridad 1 y 2 y tender a no hacerlo con el 3 y el 4. En lo referente a las personas mayores, la guía prioriza la edad como un criterio «principal». Para ello, prevalece determinados recursos dependiendo de la franja de edad: «Todo paciente entre 70 y 80 años con Insuficiencia Respiratoria Aguda sin patología previa importante es subsidiario de tratamiento con ventilación mecánica invasiva».

## 1. La no discriminación por razón de edad

Frente a la postura de emplear la edad como criterio de distribución de recursos, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) hizo público con fecha de 22 de marzo de 2020 su recomendación de priorizar la atención médica y social «a las personas mayores y con discapacidad que viven en residencias y otros centros colectivos», por ser el grupo más expuesto a la pandemia del coronavirus (82). Empleando, de este modo, un criterio de asignación de recursos totalmente opuesto.

Con fecha de 2 de abril de 2020, la fundación por los derechos humanos de las personas Mayores Helpage-España, la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, el CERMI y la Fundación Grandes Amigos publicaron un escrito en oposición al empleo de «criterios de edad para priorizar la atención sanitaria de los pacientes, en lugar de considerar criterios clínicos y otras circunstancias vitales de las personas, con independencia de la edad» (83).

Al respecto, este grupo de agentes sociales expone lo siguiente:

«La epidemia está poniendo sobre la mesa la situación de precariedad de algunas residencias de mayores, ante lo que debemos exigir una intervención directa y rigurosa de las administraciones autonómicas, competentes en la materia», señalan las organizaciones, que trasladan su «honda preo-

---

(82) <https://www.cermi.es/es/actualidad/noticias/pandemia-hay-que-priorizar-absolutamente-la-atenci%C3%B3n-las-personas-mayores-y-con>

(83) <https://www.cermi.es/es/actualidad/noticias/mayores-y-personas-con-discapacidad-frente-com%C3%BAn-por-sus-derechos>

cupación por la escasez de recursos de protección con que cuentan los servicios de atención a las personas (EPIS, pruebas diagnósticas) lo que puede originar el incumplimiento de los protocolos de actuación y atención en algunas residencias de personas mayores y la falta de respuesta de los servicios de ayuda a domicilio». [...] «Pero esta falta de recursos suficientes, no justifica determinadas actuaciones que atentan contra los derechos humanos de las personas y los principios fundamentales de la bioética» (84).

En esta misma línea, el Defensor del Pueblo en funciones, D. Francisco Fernández Marugan, emitió un escrito de recomendaciones a las CCAA como consecuencia de la recepción de quejas, de carácter individual o colectivo, recibidas por esta institución. En su escrito establece la prioridad de «defender el derecho a la vida y detener la propagación de la pandemia del Covid-19 para salvar el mayor número de vidas posible» (85). Finalmente, destacar también la publicación emitida por las Naciones Unidas donde pide fortalecer la legislación y el nivel de atención sanitaria para las personas con discapacidad o que presenten una mayor dependencia médica (86).

No cabe duda que todas las directrices han pasado por intensas deliberaciones de asociaciones y organismos nacionales para llegar a recomendaciones muy similares. No obstante, la planificación ante la falta de recursos no sólo debe plantearse mediante criterios científicos, sino también en base a principios éticos y siempre al amparo y en respeto del Estado de Derecho.

A su vez, las directrices tienen el potencial de reducir la carga de quienes necesitan determinar qué paciente tiene acceso a un recurso escaso. En la medida en que es inevitable que los médicos tengan que decidir quién debe morir y a quién (ellos) mantendrán con vida, esto no debería suceder sin criterios claros que resulten de un proceso de consenso de asociaciones profesionales, un enfoque de equipo para la toma de decisiones y el ofrecimiento de apoyo psicológico. Será interesante ver si la inteligencia artificial puede desempeñar un papel de asistencia en tales situaciones (87).

---

(84) Ídem.

(85) DEFENSOR DEL PUEBLO, «Residencias de mayores, atención sanitaria e información emergencia Covid-19», 24 de abril de 2020: <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/residencias-de-mayores-atencion-sanitaria-e-informacion-emergencia-covid-19/>

(86) <https://www.un.org/development/desa/disabilities/covid-19.html>

(87) JOEBGES, Susanne y BILLER-ANDORNO, Nikola, «Ethics guidelines on COVID-19 triage – an emerging international consensus», *Critical Care*, núm. 24, 2020, pág. 4.



En cualquier caso, a medida que los pacientes de edad avanzada se vuelven cada vez más frágiles, la toma de decisiones sobre la intervención médica para la enfermedad aguda se convierte en un tema difícil para los profesionales de la salud, así como para los pacientes y sus familias. Sobre la base de algunos de los principios de la justicia distributiva, no queda más remedio que considerar discriminatorio la negación de la atención médica a los ancianos debido a su estado mental deteriorado o la falta de recursos. La calidad de vida desde la perspectiva del paciente, los deseos del mismo y su familia y los valores culturales e individuales deben ser considerados en el proceso de toma de decisiones (88).

La asignación de recursos escasos se ha debatido dentro de la ética médica durante mucho tiempo, y se han definido criterios de procedimiento. Para reclamar legitimidad moral, el proceso de priorización debe ser transparente, inclusivo (permitiendo la participación de todos aquellos que puedan verse afectados por las decisiones resultantes del proceso), basado en evidencias y revisable a la luz de nueva información o argumentos. Comunicar bien estas pautas será una tarea importante. Las limitaciones de tiempo para desarrollar las directrices pueden haber impedido un enfoque totalmente participativo, pero ahora que existe una base sólida, será importante escuchar las voces de todos los interesados (profesionales de la salud, ciudadanos y otros expertos) para ver si el *statu quo* puede modificarse y mejorarse aún más (89).

Dicho lo anterior, se evidencia un conflicto entre la «medicina de catástrofe» y la obligación ética y deontológica del facultativo. Así, el Código de Deontología Médica, establece entre sus principios generales que «la profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico» (art. 5.1). Indiscutiblemente, «el médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna» (art. 5.2).

Asimismo, «el médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio sanitario» (art. 6.2).

---

(88) KAYSER-JONES, J.S., «Distributive justice and the treatment of acute illness in nursing homes», *Social Science & Medicine*, Vol. 23, núm. 12, 1986, págs. 1276 y ss.

(89) *Ídem*.

## 2. El reconocimiento de la dignidad de las personas mayores

El reconocimiento de la dignidad de las personas supuso la posterior garantía de los derechos humanos en general, y los derechos del paciente en particular. El reconocimiento de estos derechos inviolables fue posible gracias a la difusión del valor de la dignidad humana por Occidente. Así, los derechos humanos encuentran su base en el valor esencial que representa la dignidad humana(90); la cual es, en efecto, «el valor fundante, la matriz de todos los valores» (91). Como valor que otorga sentido al resto de derechos humanos, cabría decir que la dignidad se encuentra en un nivel superior a éstos(92). De igual modo, podríamos vincular la dignidad humana con los derechos del paciente (93).

En nuestro ordenamiento, la dignidad queda regulada en el art. 10.1 CE(94). Al respecto el TC, en la sentencia 53/85 (sentencia relativa a la despenalización del aborto), establece que «junto al valor de la vida humana y sustancialmente relacionado con la dimensión moral de ésta nuestra Constitución ha elevado también a valor jurídico fundamental la dignidad de la persona» (FJ 8.º)(95).

A pesar de la dificultad que supone definir este principio y la disparidad de definiciones aportadas por la doctrina, nuestro Tribunal Constitucional define la dignidad como «un valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la autodeterminación cons-

(90) En palabras de nuestro TC, el principio de la dignidad humana es el «pórtico de los demás valores o principios (STC 337/91 FJ 12.º)».

(91) PANEA MÁRQUEZ, José Manuel, «La imprescindible dignidad», en RUIZ DE LA CUESTA, Antonio (Coord.), *Bioética y derechos humanos. Implicaciones sociales y jurídicas*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2005, pág. 18.

(92) GÓMEZ SÁNCHEZ, Y., «La dignidad como fundamento de los derechos: especial referencia al derecho a la vida», en FEITO, L., *Bioética: La cuestión de la dignidad*, Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2004, pág. 88.

(93) Por ejemplo, la Declaración para la promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa, firmada en Ámsterdam (1994), establece como primer objetivo: «Reafirmar los derechos fundamentales humanos en el apartado de la atención sanitaria, y en particular proteger la dignidad e integridad de la persona, así como promover el respeto del paciente como persona».

(94) Constitución Española, art. 10.1: «La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social».

(95) Por otro lado, en la STC 120/1990, el Tribunal argumenta que «proyectada sobre los derechos individuales, la regla del art. 10 implica que, en cuanto «valor espiritual y moral inherente a la persona», la dignidad ha de permanecer inalterada cualquiera que sea la situación en que la persona se encuentre». Continúa indicando que constituye «un *mínimum* invulnerable que todo estatuto jurídico debe asegurar de modo que, sean unas u otras las limitaciones que se impongan en el disfrute de derechos individuales, no conlleven menosprecio para la estima que, en cuanto ser humano, merece la pena» (FJ 4.º).

ciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás» (96).

Entiendo imperativo hacer referencia, aunque sea de forma sucinta al principio de dignidad. Su esencia de valor inspirador del resto de derechos lo sitúan, en mi opinión, fuera de cualquier agrupación de éstos, y a la vez formando parte de cada uno. Nos encontramos pues ante el principio jurídico más básico (97), aquel que le da fundamento al resto de derechos.

En cuanto a la justicia, el respeto a la dignidad supone que las personas no sean discriminadas en cuanto a las posibilidades de lograr una vida realizada en función de factores como la edad, la enfermedad, el nivel de autonomía, etc. En su versión distributiva, la justicia está decididamente mediada por las instituciones e implica relaciones guiadas por el criterio del reparto equitativo de bienes y recursos con los que se satisfacen necesidades y se potencian las capacidades (98).

## VI. A modo de conclusión

Una buena Administración es la que sirve objetivamente a la ciudadanía, en base a unos principios y al amparo del interés general. Aplicado al Estado del bienestar, la obligación de una buena Administración reside en la mejora integral y constante de las condiciones de vida de las personas a través de sus servicios públicos (99).

Con respecto a las residencias de mayores, estas forman parte de un conjunto de servicios y recursos cuyo objetivo es garantizar el derecho de las personas mayores a la protección social y sanitaria. Estos servicios conforman una prestación esencial del estado de bienestar que permiten alcanzar el pleno desarrollo de las personas mayores y dependientes. Por ello, ante una situación de emergencia sanitaria, la respuesta debe asegurar el refuerzo y la reafirmación de los principios que engloban nuestro sistema social y sanitario.

---

(96) STC 53/85, de 11 de abril.

(97) APARISI MIRALLES, Ángela, «En torno al principio de la dignidad humana (a propósito de la investigación con células troncales embrionarias)», *Cuadernos de Bioética*, núm. 2, 2004, pág. 282.

(98) GOIKOETXEA, M. J., ZURBANOBESKOTXEA, L., MOSQUERA, A. y PABLOS, B., «Código ético para la atención socio-sanitaria a las personas mayores», *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, núm. 78, 2015, pág. 18.

(99) MENÉNDEZ SEBASTIÁN, Eva M.<sup>a</sup>, «La buena administración en la gestión de los servicios públicos», en TOLIVAR ALAS, Leopoldo y CUETO PÉREZ, Miriam (Dir.), *La prestación de servicios socio-sanitarios. Nuevo marco de la contratación pública*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2020, pág. 196. RODRÍGUEZ-ARANA, Jaime, «La buena Administración como principio y como derecho fundamental en Europa», *Revista de Derecho y Ciencias Sociales*, núm. 6, 2013, pág. 26.

El escenario social y sanitario que está planteando la pandemia exige respuestas que tienen que venir desde los parámetros del modelo social europeo al que España se ha incorporado y que parte del reconocimiento de que ante nuevas necesidades sociales es necesario responder con nuevos servicios y nuevos derechos garantizados por el Estado (100). En efecto, todo parte de la configuración de un nuevo sistema jurídico socio-sanitario, mediante la aprobación de una Ley General Socio-sanitaria que configure un modelo independiente y propio, y permita una atención integral a las personas mayores (101).

En todo caso, discernir si el resultado habría sido diferente con una regulación más acorde es, sin duda, una conjetura de gran complejidad (102). De cualquier modo, las extraordinarias circunstancias que derivan de la pandemia sanitaria hacen prever que las consecuencias habrían sido igualmente graves. Y, sin embargo, parece que no hemos aprendido de nuestros errores. Al contrario, la realidad parece mostrar que no hemos conseguido mejorar en gran medida la capacidad de los centros residenciales para afrontar una nueva crisis sanitaria. Al respecto, la Mesa de la Profesión Sanitaria, en la encuesta «Análisis de la situación de las residencias socio-sanitarias en España», concluye que el 46,3 por ciento de estos centros «no están preparados al 100 por cien para afrontar una segunda ola de la COVID-19, tanto en medios, recursos y profesionales» (103).

---

(100) En esta misma línea, RUIZ LÓPEZ, Francisca, «La protección de la tercera edad en el estado social del siglo XXI: retos y perspectivas», en PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, *La seguridad del paciente*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018, pág. 397.

(101) SALCEDO HERNÁNDEZ, José Ramón, «Vulnerabilidad y solidaridad. Propuestas de bioderecho para una atención integral a las personas mayores», en ANDREU MARTÍNEZ, M.ª Belén y SALCEDO HERNÁNDEZ, José Ramón (Coords.), *Autonomía del paciente mayor, vulnerabilidad y e-salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018, págs. 116-123. Salcedo Hernández, considera que esta atención integral debe reunir: una política de desarrollo del envejecimiento activo; un refuerzo a la autonomía y de la capacidad jurídica de las personas mayores; un cambio en las formas tradicionales de atender a las personas; una adecuación de los sistemas de salud actuales; una modificación de la forma de organización de los servicios sanitarios y sociales; un cambio en la concepción estructural de los centros destinados a prestar servicios a las personas mayores; una reorganización del modelo de asistencia que combine atención en centros sociosanitarios y atención domiciliaria; un incremento de la inversión y la formulación de nuevas herramientas financieras; una implementación de las fórmulas que favorecen la interacción social; un aumento de los sistemas de protección contra la violencia y el abuso; una reorientación de la relación médico-paciente, asistente-asistido o perceptor-receptor; un fortalecimiento de las labores de la enfermería, fisioterapia, psicología y trabajo social; una configuración del sistema que favorezca el mantenimiento del entorno familiar y el desarrollo de las necesidades espirituales.

(102) Del mismo modo, la doctrina también plantea la necesidad de reformular un nuevo marco jurídico aplicable a la salud pública. Al respecto, CIERCO SEIRA, César: «Derecho de la salud pública y COVID-19», en BLANQUER CRIADO, David (Coord.), *COVID-19 y Derecho Público (durante el estado de alarma y más allá)*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2020, págs. 25 y ss.

(103) CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA, SINDICATO DE ENFERMERÍA (SATSE) y SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA (SEEGG): *Informe de la Profesión Enfermera sobre la situación de las residencias tras la primera ola de la Covid-19*, 5 de octubre de 2020.

## VII. Bibliografía

- ALONSO SECO, José María y GONZALO GONZÁLEZ: Pilar, *La asistencia social y los servicios sociales en España*, ed. BOE, Madrid 2000.
- ÁLVAREZ GONZÁLEZ, Elsa Marina, «El derecho a la atención de las personas mayores en el Estatuto de Autonomía para Andalucía: retos para los poderes públicos andaluces», en *Revista Andaluza de Administración Pública* núm. 74, 2009, págs. 319-348.
- ANDREU MARTÍNEZ, M.<sup>a</sup> Belén, «Coordinación socio-sanitaria, usos de la historia clínica y reutilización de datos de salud. Su utilidad en la estrategia de atención a pacientes mayores y crónicos», en ANDREU MARTÍNEZ, M.<sup>a</sup> Belén y SALCEDO HERNÁNDEZ, José Ramón (Coords.), *Autonomía del paciente mayor, vulnerabilidad y e-salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018.
- APARISI MIRALLES, Ángela, «En torno al principio de la dignidad humana (a propósito de la investigación con células troncales embrionarias)», *Cuadernos de Bioética*, núm. 2, 2004.
- ARARTEKO Defensoría del Pueblo, *Atención socio-sanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco*, 2007.
- BARRIOS FLORES, Luis Fernando y BARCIA SALORIO, Demetrio, *Marco jurídico de las urgencias psiquiátricas*, Edit. You&Us, S.A., Madrid, 2005, Tomo I.
- BELTRÁN AGUIRRE Juan Luis, «Bioética y Derecho Biomédico: principios informantes: Su reflejo en la normativa y en la práctica asistencial. Enfrentamientos, prevalencias y transgresiones», *Revista Derecho y Salud*, Vol. 24, núm. 1, 2014.
- BELTRÁN AGUIRRE, Juan Luis, «Sujeciones físicas y farmacológicas. Razones para su prescripción. Derechos afectados y legalidad aplicable», en PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, *La seguridad del paciente*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018.
- BLANQUER CRIADO, David, «Los daños por la COVID-19 (responsabilidad patrimonial, ordenación y privación de derechos)», en BLANQUER CRIADO, David (Coord.), *COVID-19 y Derecho Público (durante el estado de alarma y más allá)*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2020.
- BOLADERAS, Margarita, «Bioética: Definiciones, prácticas y supuestos antropológicos», *Themata. Revista de Filosofía*, núm. 33, 2004.
- CASADO, Demetrio, *Introducción a los Servicios Sociales*, Popular, Madrid, 1997.
- CIERCO SEIRA, César, «Derecho de la salud pública y COVID-19», en BLANQUER CRIADO, David (Coord.), *COVID-19 y Derecho Público (durante el estado de alarma y más allá)*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2020.
- CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA, SINDICATO DE ENFERMERÍA (SATSE) y SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA (SEEGG), *Informe de la Profesión Enfermera sobre la situación de las residencias tras la primera ola de la Covid-19*, 5 de octubre de 2020.

- CUETO PÉREZ, Miriam, «Incertidumbre en las modalidades de gestión de servicios socio-sanitarios tras la LCSP», en TOLIVAR ALAS, Leopoldo y CUETO PÉREZ, Miriam (Dirs.), *La prestación de servicios socio-sanitarios. Nuevo marco de la contratación pública*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2020.
- DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, Federico y BELLVER CAPELLA, Vicente, «Una crisis bioética dentro de la crisis sanitaria provocada por la COVID-19: una reflexión sobre la priorización de pacientes en tiempos de pandemia», *Revista Derecho y Salud*, Vol. 30, 2020.
- DEFENSOR DEL PUEBLO, «Residencias de mayores, atención sanitaria e información emergencia Covid-19», 24 de abril de 2020.
- European Comisión. Directoreta-Generale for Economic and Financial Affairs, «The 2018 ageing report. Economic & Budgetary projections for the 28 EU Member States (2016-2070)», *Institutional Paper*, núm. 79, 2018.
- EUROSTAT, *Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU*, 2019 edition, Publications Office of the European Unión, 2019.
- FERNÁNDEZ, Juan José, «Morfina cada ocho horas: las instrucciones para sedar a los ancianos moribundos no hospitalizables», *El Periódico.com*, 26 de junio de 2020:
- FONT I LLOVET, Tomás, «Gestión de servicios sociales en el ámbito local. Nuevos planteamientos sobre la ciudad y la contratación pública», en TOLIVAR ALAS, Leopoldo y CUETO PÉREZ, Miriam (Dirs.), *La prestación de servicios socio-sanitarios. Nuevo marco de la contratación pública*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2020.
- GOIKOETXEA, M. J., ZURBANOBEASKOETXEA, L., MOSQUERA, A., y PABLOS, B., «Código ético para la atención socio-sanitaria a las personas mayores», *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, núm. 78, 2015.
- GÓMEZ SÁNCHEZ, Y., «La dignidad como fundamento de los derechos: especial referencia al derecho a la vida», en FEITO, L., *Bioética: La cuestión de la dignidad*, Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2004.
- GONZÁLEZ CARRASCO, M.<sup>a</sup> Carmen, «Responsabilidad patrimonial y civil por contagios del SARS-CoV-2 en residencias de mayores: nexo causal y criterios de imputación», *Revista Derecho y Salud*, Vol. 30, 2020.
- GONZÁLEZ MORÁN, Luis, *Bioderecho: libertad, vida y muerte*, Universidad Pontificia de Comillas-Dykinson, 2006.
- GONZÁLEZ NAVARRO, Francisco, *Derecho Administrativo español*, EUNSA, Pamplona, 1994.
- HHS Office for Civil Rights in Action, Bulletin: *Civil Rights, HIPAA, and the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, 28 de marzo de 2020.
- JOEBGES, Susanne y BILLER-ANDORNO, Nikola, «Ethics guidelines on COVID-19 triage – an emerging international consensus», *Critical Care*, núm. 24, 2020.
- KAYSER-JONES, J. S., «Distributive justice and the treatment of acute illness in nursing homes», *Soc Sci Med*, Vol. 23, núm. 12, 1986.

- LARIOS RISCO, David, «Autonomía de la voluntad del usuario de servicios sanitarios», *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, núm. 8, 2013.
- LÓPEZ FERNÁNDEZ, Francisco Javier, *Acción social en España. Centros, servicios y establecimientos de servicios sociales*, ACCI, Madrid, 2014.
- LÓPEZ FERNÁNDEZ, Francisco Javier, «La sostenibilidad del ámbito socio-sanitario», en PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Comares, Granada, 2015.
- MARTÍN AYALA, María, «La ausencia de un modelo socio-sanitario en la crisis COVID-19», *Revista Derecho y Salud*, Vol. 30, 2020.
- MARTÍNEZ NAVARRO, Emilio, «La vulnerabilidad humana desde un punto de vista ético», en ANDREU MARTÍNEZ, M.<sup>a</sup> Belén y SALCEDO HERNÁNDEZ, José Ramón (Coords.), *Autonomía del paciente mayor, vulnerabilidad y e-salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018.
- MARTÍNEZ NAVARRO, Juan Alejandro, «Las listas de espera y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud», en PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Comares, Granada, 2015.
- MENÉNDEZ SEBASTIÁN, Eva M.<sup>a</sup>, «La buena administración en la gestión de los servicios públicos», en TOLIVAR ALAS, Leopoldo y CUETO PÉREZ, Miriam (Dirs.), *La prestación de servicios socio-sanitarios. Nuevo marco de la contratación pública*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2020.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES, *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*, Madrid, 2004.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, *Libro Blanco de la coordinación socio-sanitaria en España*, 15 de diciembre de 2011.
- MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL, *Guía para residencias durante el COVID-19*, Plena Inclusión España, 2020.
- MORENO REBATO, Mar, «La protección de la tercera edad», *Documentación administrativa*, núm. 271-272, 2005.
- NEVES PINTO, Gerson, «Desde la Ética a la Bioética», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 33, 2015.
- PANEA MÁRQUEZ, José Manuel, «La imprescindible dignidad», en RUIZ DE LA CUESTA, Antonio (Coord.), *Bioética y derechos humanos. Implicaciones sociales y jurídicas*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2005.
- PÉREZ DÍAZ, Julio; ABELLÁN GARCÍA, Antonio; ACEITUNO NIETO, Pilar; RAMIRO FARIÑAS, Diego, «Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos», *Informes Envejecimiento en red*, núm. 25, Madrid.
- PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, *Creación y regulación de centros y establecimientos sanitarios*, Bosch, Barcelona, 2003.
- PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, «Bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios», *Revista Andaluza de Administración Pública*, núm. 84, 2012.
- PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, «La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud», en PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco (Dir.), *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el siglo XXI*, Comares, Granada, 2015.

- ROCA TRIAS, E., «La función del derecho para la protección de las personas ante la biomedicina y la biotecnología», en *Derecho Biomédico y bioética*, Comares, 1998.
- RODRÍGUEZ-ARANA, Jaime, «La buena Administración como principio y como derecho fundamental en Europa», *Revista de Derecho y Ciencias Sociales*, núm. 6, 2013.
- RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio y MONSERRAT CODORNIU, Julia, *Modelos de Atención Socio-sanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2002.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, «Conceptualización de los alojamientos para personas mayores», en RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, *Residencias para personas mayores*, Ed. Médica Panamericana, Madrid, 1999.
- ROMEO CASABONA C. M., «Bioderecho y Bioética», en *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*, Tomo I, Comares, 2011.
- RONDINELLI, D. A.; NELLIS, J. R. & CHEEMA, G. S., «Decentralization in developing countries: a review of recent experience», *Staff Working Papers*, 1983.
- RUBIO, O., ESTELLA, A., CABRE, L., y otros, «Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos», *Medicina Intensiva*, 15 de abril de 2020.
- RUIZ LÓPEZ, Francisca, «La protección de la tercera edad en el estado social del siglo XXI: retos y perspectivas», en PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco, *La seguridad del paciente*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018.
- SALCEDO HERNÁNDEZ, José Ramón, «Vulnerabilidad y solidaridad. Propuestas de bioderecho para una atención integral a las personas mayores», en ANDREU MARTÍNEZ, M.<sup>a</sup> Belén y SALCEDO HERNÁNDEZ, José Ramón (Coords.), *Autonomía del paciente mayor, vulnerabilidad y e-salud*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018.
- SÁNCHEZ CARAZO, C., «Ética en la investigación clínica: el consentimiento y la información», en FEITO L., *Bioética: La cuestión de la dignidad*, Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2004.
- SÁNCHEZ-CARO, Javier, «La bioética y el derecho sanitario: encuentros y desencuentros», *Revista Derecho y Salud*, Vol. 24, núm. 1, 2014.
- SANCHO CASTIELLO, T., y RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P., «Política social de atención a las personas mayores», *Gerontología Conductual*, Vol. I, Ed. Síntesis, 1999.
- SANTAMARÍA PASTOR, Juan Alfonso, «Notas sobre el ejercicio de las potestades normativas en tiempos de pandemia», en BLANQUER CRIADO, David (Coord.), *COVID-19 y Derecho Público (durante el estado de alarma y más allá)*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2020.
- VELASCO CABALLERO, Francisco, «Libertades públicas durante el estado de alarma por la COVID-19», en BLANQUER CRIADO, David (Coord.), *COVID-19 y Derecho Público (durante el estado de alarma y más allá)*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2020.