

# Revisión de la incidencia del COVID-19 en las residencias para personas mayores y de las medidas adoptadas para su prevención y control



## Contenido

1. Presentación.....	3
2. Morbilidad y mortalidad por COVID-19 en centros residenciales para personas mayores .....	4
2.1. Situación a nivel internacional .....	5
2.2. Comparativa entre comunidades autónomas españolas .....	10
2.3. Evidencia sobre factores asociados con la incidencia del COVID en los centros .....	14
3. Medidas de prevención y control adoptadas en los centros.....	20
3.1. Catálogo de medidas adoptadas.....	21
3.1.1. Medidas de nivel macro .....	23
3.1.2. Medidas de nivel meso .....	26
3.1.3. Medidas de nivel micro .....	35
3.2. Evidencia sobre la efectividad de las medidas .....	41
4. Lecciones aprendidas y recomendaciones .....	46
4.1. Dificultades encontradas .....	46
4.1.1. Falta de preparación de los centros para hacer frente a la pandemia .....	46
4.1.2. Falta de liderazgo y descoordinación interinstitucional .....	47
4.1.3. Escasez de recursos y de personal.....	48
4.2. Principales recomendaciones .....	50
4.2.1. Nivel macro.....	50
4.2.2. Nivel Meso .....	51
4.2.3. Nivel micro.....	52
5. Principales conclusiones.....	55
Bibliografía.....	63

## 1. Presentación

La pandemia por coronavirus ha tenido un impacto enorme en casi todos los sectores y ámbitos de la sociedad. El sector de los servicios sociales, y particularmente el de la atención residencial a personas mayores, ha sido uno de los más afectados, porque son servicios que concentran a una población altamente vulnerable frente a la infección y con un pronóstico particularmente adverso. La avanzada edad, la elevada co-morbilidad y el hecho de necesitar apoyo de terceras personas para las actividades más básicas de la vida diaria son factores que incrementan el riesgo de infectarse y de sufrir complicaciones. Además, el hecho de tratarse de alojamientos colectivos, donde conviven varias personas compartiendo espacios y cuidados, facilita la transmisión, y dificulta las medidas preventivas y de aislamiento.

Teniendo en cuenta lo anterior, no es de extrañar que gran parte de los fallecimientos por COVID a nivel mundial se hayan producido entre personas usuarias de servicios residenciales para personas mayores, independientemente del país y de las características de los sistemas de salud y de bienestar social de cada lugar, y sin perjuicio de las numerosas medidas que se han adoptado desde todos los niveles de la administración y desde los propios centros para proteger a esta población altamente vulnerable.

El objetivo de este documento es realizar una revisión narrativa de la evidencia disponible sobre el impacto que ha tenido el COVID-19 en el sector de la atención residencial para personas mayores a nivel nacional e internacional, recoger las principales medidas adoptadas en diferentes países para prevenir el contagio en los centros, e identificar algunas lecciones y recomendaciones para mejorar la futura gestión de la pandemia en este sector.

La detección de la documentación relevante (artículos de revista y literatura gris) se ha realizado a través de varias fuentes:

- Una búsqueda de artículos científicos sobre COVID y cuidados de larga duración, a través del portal Web of Science.
- El portal [ltc.covid.org](http://ltc.covid.org) de la *International Long-Term Care Policy Network*, dedicado a la difusión de conocimiento sobre el impacto del COVID en el sector de los cuidados de larga duración, con el que colabora el SIIS – Servicio de Información e Investigación Social;
- La base documental del propio SIIS, alimentada a través del vaciado de revistas electrónicas especializadas en política social y servicios sociales y la revisión periódica de recursos documentales de organismos e instituciones relevantes en la materia;

La documentación encontrada se ha revisado en base a la lectura de los abstract y resúmenes ejecutivos, descartando aquellos que no resultaban relevantes para la temática objeto de revisión. Finalmente, se han seleccionado 90 artículos e informes para su lectura a texto completo y vaciado. La información extraída se ha clasificado en torno a tres temas que constituyen el eje vertebrador del documento:

- El impacto que ha tenido la pandemia en los centros residenciales. Datos sobre morbilidad y mortalidad.
- Medidas adoptadas para prevenir y controlar la infección, y para reducir el impacto negativo en los centros.
- Principales lecciones aprendidas y recomendaciones para la gestión de la crisis en el sector de la atención residencial para personas mayores.

## 2. Morbilidad y mortalidad por COVID-19 en centros residenciales para personas mayores

Si algo ha caracterizado la pandemia del coronavirus en el mundo, ha sido la abundancia —el exceso, incluso— de información. Los medios de comunicación y las redes sociales han estado difundiendo datos sobre la evolución de la epidemia casi a tiempo real, y han hecho una retransmisión prácticamente en directo de las muchas medidas que se han ido adoptando a nivel internacional para controlar el virus. La comunidad científica, al encontrarse con un agente infeccioso nuevo, desconocido para el mundo, ha respondido con una actividad vertiginosa que, debido a la urgencia por publicar, no siempre ha cumplido con los estándares que se le presuponen a este tipo de publicación científica (Ramstedt 2020).

En este contexto, la [OMS](#) advierte de que esta “infodemia” —*infodemics* en inglés, que es como ha calificado esta situación de “hiperinformación” sobre el coronavirus—, está generando confusión y desinformación en la población, y está minando la respuesta global a la pandemia, al poner en riesgo las medidas para controlarla.

Lo cierto es que, si bien desde los organismos internacionales del ámbito de la salud y desde los gobiernos de los distintos países se ha hecho un esfuerzo para armonizar las definiciones y ofrecer datos de incidencia y mortalidad comparables, las estadísticas disponibles proceden de los sistemas de vigilancia epidemiológica nacionales y, por lo tanto, dependen en cierta medida de la capacidad diagnóstica de cada país<sup>1</sup>. Además, existen importantes diferencias en la forma de contabilizar los casos y las causas de fallecimiento (en algunos países se dispone únicamente de datos de los casos confirmados por PCR, en otros también de las sospechas), por lo que no resulta sencillo obtener cifras realmente comparables del impacto que ha tenido la pandemia en diferentes países.

Este caos informativo es todavía mayor cuando se entra a cuantificar el impacto que ha tenido la pandemia en los centros residenciales para personas mayores, o en el sector de los cuidados de larga duración en general. En muchos países no se dispone de datos públicos oficiales y, puesto que en la mayoría de ellos la gestión de los servicios sociales (incluidos los residenciales) está altamente descentralizada, la información, que proviene ya de por sí de una multiplicidad de proveedores públicos y privados, se encuentra dispersa entre diferentes administraciones (Grupo de Trabajo Multidisciplinar 2020).

Además de estas limitaciones referidas a la identificación de contagios y fallecimientos por COVID en las residencias, a la hora de realizar comparaciones entre países se debe tener en cuenta lo siguiente:

Por una parte, incluso cuando se consiguen datos diferenciados para la población residencializada, los datos no siempre cubren exactamente a la misma población. Por ejemplo, en algunos países se incluyen únicamente los centros para personas mayores, mientras que en otros se refieren al conjunto de los servicios residenciales para personas dependientes; respecto a los centros para personas mayores, en algunos países, los datos cubren únicamente a las residencias, mientras que, en otros, incluyen asimismo datos sobre otros tipos de alojamiento para personas con mayor autonomía (viviendas comunitarias, apartamentos tutelados, etc.).

Por otra parte, en relación con los fallecimientos, hay que tener en cuenta que en algunos países se contabilizan los fallecimientos de todas las personas usuarias de centros residenciales de larga estancia,

---

<sup>1</sup> Puede que, sobre todo al principio de la pandemia, casos de infección por coronavirus y fallecimientos relacionados pasaran inadvertidos y fueran atribuidos a la gripe o a neumonías de origen desconocido. Aunque la capacidad diagnóstica de la mayoría de los países ha mejorado durante estos meses de pandemia, hoy por hoy, existen todavía grandes diferencias en relación con los criterios para realizar las pruebas, que pueden dar lugar a distintos niveles de detección.

independientemente del lugar del fallecimiento, mientras que, en otros, se incluyen solamente los fallecimientos que se han producido en las residencias (es decir, no se incluye a aquellas personas usuarias que, tras ser trasladadas al hospital para recibir atención por el COVID, hayan fallecido allí).

En los apartados siguientes, se revisan los datos existentes, a nivel internacional y para España, sobre la incidencia y la mortalidad por COVID en centros residenciales para personas mayores. Habida cuenta de que, para muchos países, no existen todavía datos oficiales públicos completos sobre el impacto del COVID en las residencias, la información proviene fundamentalmente del portal [ltccovid.org](http://ltccovid.org), donde una red internacional de personas expertas en cuidados de larga duración —la *International Long-Term Care Policy Network*, vinculada a la *London School of Economics*— elabora informes monográficos para cada país.

## 2.1. Situación a nivel internacional

Con todas las limitaciones a las que se acaba de aludir, los datos disponibles ponen de manifiesto que el impacto que ha tenido la pandemia en los centros residenciales para personas mayores ha sido grande en muchos países del mundo, independientemente de su sistema de bienestar y de salud (Comas-Herrera, Zalakain y Lemmon, y otros 2020b, OMS 2020). También se identifican algunos modelos que se consideran “de éxito” en algunos países con muy baja incidencia y letalidad en las residencias (Grupo de Trabajo Multidisciplinar 2020).

De acuerdo con el informe internacional sobre mortalidad del portal [ltccovid.org](http://ltccovid.org), actualizado a 14 de octubre, si se consideran los 20 países para los que se dispone de información sobre fallecimientos en residencias, éstos representan un 46% del total de fallecimientos por COVID (Comas-Herrera, Zalakain y Lemmon, y otros 2020b). Los autores advierten que, si bien esta cifra media debe interpretarse con cautela, debido a diferencias entre los países en relación con los métodos de recogida de datos y las definiciones utilizadas, lo que los datos ponen de manifiesto es que, en muchos países, las residencias han resultado las grandes perjudicadas por la pandemia, con lo que no es una realidad que afecta exclusivamente a España (Grupo de Trabajo Multidisciplinar 2020).

**Tabla 1. Número de fallecimientos por covid (confirmados o probables) en la población y en centros residenciales**

País	Fecha	Definición: Confirmados; Probables	Número total de muertes por COVID	Muertes de residentes por COVID	Muertes en residencias por COVID	Muertes de residentes (% del total)	Muertes en residencias (% del total)
Alemania	11/10	C	9.615	3.752		39%	
Australia	11/10	C	898	677		75%	
Austria	17/09	C	771	276		36%	
Bélgica	11/10	C + P	10.175	6.249	4.892	61%	48%
Canadá	01/10	C + P	9.319	7.411		80%	
Corea del Sur	07/09	C	336	27	0	8%	0%
Dinamarca	06/10	C	663	232		35%	
Eslovenia	29/09	C	149	121	78	81%	
España	07/10	C + P	32.929	20.649		63%	
Estados Unidos	27/09	C + P	199.509	82.105		41%	
Finlandia	09/10	C	346		145	42%	
Francia	08/10	C + P	32.365	14.955	10.785	46%	33%
Hong Kong	28/09	C	105	30	0	29%	0%
Hungría	27/08	C	612	142		23%	
Irlanda	14/07	C + P	1.748		985		
Israel	08/10	C	1.824	704		39%	
Jordania	28/09	C	9	0	0	0%	0%

País	Fecha	Definición: Confirmados; Probables	Número total de muertes por COVID	Muertes de residentes por COVID	Muertes en residencias por COVID	Muertes de residentes (% del total)	Muertes en residencias (% del total)
Noruega	12/10	C	276	145		53%	
Nueva Zelanda	10/10	C + P	25		16		64%
Reino Unido	Ver debajo	C + P	57.693	25.466	17.879	44%	31%
RU - Inglaterra	18/09	C + P	49.982	22.287	1.485	45%	30%
RU - Gales	18/09	C + P	2.575	745	707	29%	27%
RU - Irlanda N.	25/09	C + P	900	437	356	49%	40%
RU- Escocia	13/09	C + P	4.236	1.997	1.966	47%	46%
Singapur	11/10	C	27	3	0	11%	
Suecia	05/10	C + P	5.863	2.714	2.646	46%	45%

Fuente: (Comas-Herrera, Zalakain y Lemmon, y otros 2020b)

Tal y como se observa en la tabla, en Eslovenia y en Canadá, los fallecimientos de personas residentes en centros residenciales de larga estancia representan cerca del 80% del total de fallecidos por COVID, mientras que, en otros países como Alemania, Austria o Dinamarca, la cifra se sitúa por debajo del 40%. En relación con estos datos, cabe, no obstante, precisar algunas cuestiones:

- Por una parte, a pesar de que se trata del indicador hasta ahora más utilizado para comparar el impacto que ha tenido el COVID en las residencias, el porcentaje de fallecidos en residencias respecto al total de fallecimientos no es el mejor indicador para medir esta cuestión porque, si no se tienen en cuenta las cifras absolutas, cabe sobreestimar el impacto en aquellos países donde el porcentaje es elevado, pero el número total de fallecidos muy reducido (Comas-Herrera, Zalakain y Lemmon, y otros 2020b). Por ejemplo, tal y como se acaba de señalar, el porcentaje de fallecidos por COVID que corresponde a personas usuarias de centros residenciales es similar en Canadá y en Eslovenia; no obstante, en Canadá han fallecido prácticamente 7.500 personas en residencias, mientras que en Eslovenia han sido 121 en total, lo que representa una gran diferencia.
- Por otra parte, hay que tener en cuenta que, en algunos de los países donde el impacto había sido menor durante la primera ola de la epidemia, se ha producido un importante incremento de los casos en las últimas semanas. Por ejemplo, Australia, que en los datos correspondientes a junio tenía únicamente 29 fallecimientos en residencias, acumula 677 fallecimientos en octubre, tras un brote en el estado de Victoria. También en Dinamarca, donde hasta septiembre se registraba un número de casos muy reducido, la cifra está comenzando a crecer en las primeras semanas de octubre (Comas-Herrera, Zalakain y Lemmon, y otros 2020b).

Resulta, por lo tanto, más útil realizar comparaciones sobre la tasa de mortalidad atribuida al COVID entre la población en residencias. Utilizando este indicador, se calcula que entre un 0,01% y un 6,2% de las personas usuarias de residencias han podido fallecer por COVID, en función del país. Tal y como se aprecia en la siguiente tabla, la cifra más baja corresponde a Corea del Sur y la más alta a España<sup>2</sup>. Entre los países más afectados se encuentran –junto con España– Reino Unido (se estima que un 5,1% de la población en residencias ha fallecido por COVID) Bélgica (5%) y Estados Unidos (4,2%).

<sup>2</sup> A partir de los datos disponibles en Itccovid.org, la tasa de mortalidad para la población española residente en centros para mayores se estima en un 6,18%. De acuerdo con la actualización nº245 de la RENAVE, a 6 de noviembre de 2020, 38.833 personas han fallecido por COVID en España y, de acuerdo con el último informe [epidemiológico](#), aproximadamente el 67,5% de estas personas (unas 26.212) serían mayores de 80 años. De acuerdo con estos datos, la mortalidad por COVID en la población española de 80 o más años sería del 0,92%, muy inferior, por lo tanto, a la cifra estimada para la población que vive en residencias.

Tabla 2. Tasas de mortalidad por COVID entre personas alojadas en residencias y en la población general

País	Fecha	Tasa de mortalidad por COVID (% de la población en residencias)	Población que vive en residencias (% de la población)	Tasa de mortalidad en la población general (por 100.000 habitantes)
Alemania	11/10	0,46%	0,98%	11,48
Australia	11/10	0,32%	0,82%	3,55
Austria	17/09	0,40%	0,77%	8,63
Bélgica	11/10	5,00%	1,08%	88,75
Canadá	01/10	1,74%	1,13%	19,63
Corea del Sur	07/09	0,01%	0,42%	0,66
Dinamarca	06/10	0,58%	0,69%	11,53
Eslovenia	29/09	0,53%	1,10%	7,25
España	07/10	6,18%	0,69%	70,92
Estados Unidos	27/09	4,24%	0,59%	60,63
Finlandia	09/10	0,29%	0,91%	6,3
Francia	08/10	2,47%	0,93%	50,05
Hong Kong	28/09	0,04%	0,98%	1,41
Hungría	27/08	0,26%	0,57%	6,37
Israel	08/10	1,56%	0,52%	21,18
Noruega	12/10	0,37%	0,73%	5,09
Nueva Zelanda	10/10	0,04%	0,79%	0,52
Reino Unido	Ver debajo	5,09%	0,75%	87,00
RU - Escocia	13/09	5,55%	0,66%	78,05
RU - Gales	18/09	3,13%	0,75%	82,29
RU - Inglaterra	18/09	5,24%	0,76%	89,47
RU - Irlanda N.	25/09	2,93%	0,79%	47,9
Singapur	11/10	0,02%	0,27%	0,46
Suecia	05/10	3,30%	0,81%	58,53

Fuente: (Comas-Herrera, Zalakain y Lemmon, y otros 2020b)

En términos de mortalidad, las diferencias entre países son notables, no solo en la población que vive en residencias para personas mayores o dependientes, sino también en la población general. Teniendo en cuenta que la fecha más reciente para la que se dispone de datos varía de un país a otro, en Europa encontramos tasas de mortalidad en la población general que van desde 6-7 fallecimientos por cien mil habitantes en Finlandia, Hungría o Eslovenia, hasta 87-89 fallecimientos por cien mil habitantes en el Reino Unido o en Bélgica. España se situaba, a 7 de octubre, en 70,9 fallecimientos por cien mil habitantes, próxima, por lo tanto, a los países europeos con una mayor mortalidad. Analizando, por otra parte, la correlación existente entre ambos indicadores, Comas-Herrera y colaboradores encuentran una asociación significativa, de manera que, cuanto mayor la tasa de mortalidad en la comunidad, mayor la mortalidad en las residencias. Los datos muestran, específicamente, que en aquellos países donde la tasa de mortalidad global es baja, la tasa entre las personas que viven en centros residenciales también es reducida, pero que una vez se alcanza una elevada tasa de transmisión comunitaria, es muy probable que el virus entre también en los centros (Comas-Herrera, Zalakain y Lemmon, y otros 2020b). Con todo, entre los países con mayor mortalidad global, también se observan diferencias significativas: por ejemplo, Inglaterra y Gales, en el Reino Unido, o Bélgica tendrían tasas de mortalidad total más elevadas que España y, sin embargo, la tasa estimada de mortalidad entre personas residentes en centros para mayores es mayor en España que en esos otros países o regiones (en Gales, por ejemplo, un 3,2% de la población en residencias habría fallecido por COVID, frente a un 6,2% en España).

Para tratar de explicar las diferencias que se observaban en la mortalidad por COVID entre personas residentes en centros de larga estancia en diferentes países, el Instituto Canadiense de Información Sanitaria (*Canadian Institute for Health Information – CIHI*) elaboraba un interesante análisis donde se ponían en relación varios indicadores del impacto del COVID en centros residenciales de larga estancia (principalmente, el porcentaje de fallecidos por COVID que representa la población en residencias) con la adopción, más o menos temprana, de determinadas medidas preventivas en cada país (Canadian Institute for Health Information 2020). Concretamente, el estudio clasificaba a los países en cuatro grupos, en función de las medidas adoptadas (o que habían sido anunciadas) en la fecha en la que se

alcanzaba el caso número 1.000 de COVID a nivel nacional<sup>3</sup>. Los resultados del estudio sugerían que los países que habían implantado una serie de medidas preventivas de obligado cumplimiento en esas primeras fases de la pandemia habían tenido un menor impacto entre la población en residencias de larga estancia, con los indicadores de mortalidad disponibles a 25 de mayo (ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Impacto del COVID en centros residenciales de Cuidados de Larga Duración (CLD), en función del paquete de medidas preventivas implementadas en la fecha en la que se acumulan 1.000 casos a nivel nacional.

<b>Medidas implementadas o anunciadas en la fecha en la que se alcanza el caso número 1.000 de COVID a nivel nacional</b>	<b>Países</b>	<b>% de fallecimientos por COVID en CLD, sobre el total de fallecimientos por COVID</b>	<b>% de fallecimientos por COVID en CLD, sobre el total de casos COVID</b>
<b>Respuesta tipo 1:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orden de confinamiento</li> <li>▪ Estímulos económicos</li> <li>▪ Financiación adicional cuidados agudos</li> </ul>	<b>Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Noruega, Reino Unido.</b>	52%	37%
<b>Respuesta tipo 2:</b> <b>Todas las del tipo 1, más:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Restricción de visitas en CLD</li> <li>▪ Directrices de actuación para CLD</li> </ul>	<b>Israel, Bélgica, Italia.</b>	47%	33%
<b>Respuesta tipo 3:</b> <b>Todas las del tipo 2, más:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pluses de riesgo a trabajadores/as</li> <li>▪ Contratación de personal de refuerzo en CLD</li> <li>▪ Campañas de reclutamiento para CLD</li> <li>▪ Financiación de EPIs para CLD</li> </ul>	<b>Hungría, Portugal, Irlanda, Países Bajos.</b>	28%	26%
<b>Respuesta tipo 4:</b> <b>Todas las del tipo 3, más:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sectorización en centros CLD</li> <li>▪ Testing masivos en CLD</li> <li>▪ Formación y auditoría sobre control de infecciones para los centros CLD</li> <li>▪ Equipos de respuesta rápida en CLD</li> </ul>	<b>Austria, Australia, Eslovenia.</b>	15%	17%

CLD: Cuidados de Larga Duración

Fuente: (Canadian Institute for Health Information 2020)

Cabe señalar que, a pesar del interés de la aproximación utilizada en ese estudio —es uno de los pocos estudios identificados que intenta capturar las diferencias en el *timing* de la respuesta por parte de diferentes países y el impacto que esto podría haber tenido en los resultados—, los propios autores reconocen que valorar la respuesta a nivel nacional tiene sus limitaciones, dado que la aplicación de medidas en el ámbito de los cuidados de larga duración puede variar entre regiones o municipios de un mismo país.

Lo cierto es que, actualizando las cifras de mortalidad para aquellos países para los que se dispone de datos en el último informe internacional del portal Itccovid.org, se observa un notable empeoramiento de la situación de los países que habían aplicado medidas preventivas con mayor prontitud (Austria, Australia y Eslovenia), de manera que con las cifras de mortalidad de septiembre/octubre no se aprecian diferencias entre éstos y los países con menor número de medidas aplicadas al inicio de la pandemia (entre ellos España), al menos en el indicador referido a porcentaje de fallecimientos COVID que corresponde a la población en residencias (ver Cuadro 2).

<sup>3</sup> De acuerdo con los datos del sistema de vigilancia epidemiológica de la [OMS](#) utilizados en el estudio de la CIHI, España acumulaba el día 10 de marzo 1.024 casos confirmados de COVID. De acuerdo con los datos de la [RENAVE](#), publicados por el Centro Nacional de Epidemiología, en cambio, el día 2 de marzo se habrían acumulado 1.535 casos confirmados o probables, 1.346 de ellos confirmados por PCR.



Cuadro 2. Impacto del COVID en CLD, en función del tipo de respuesta. Datos actualizados a 14 de octubre de 2020.

Respuesta <sup>(1)</sup>	Países con información actualizada	Población residente en CLD	Fallecidos totales por COVID	Fallecidos por COVID en CLD	% fallecimientos en CLD	Tasa mortalidad en CLD
Respuesta tipo 1	Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Noruega, Reino Unido	3.841.454	332.091	150.731	45,4%	3,9%
Respuesta tipo 2	Israel, Bélgica <sup>(2)</sup>	170.108	11.999	6.953	57,9%	4,1%
Respuesta tipo 3	Hungría <sup>(3)</sup>	54.615	612	142	23,2%	0,3%
Respuesta tipo 4	Austria, Australia, Eslovenia	303.393	1.818	1.074	59,1%	0,4%

\* No se dispone de datos actualizados para Italia; \*\* No se dispone de datos actualizados para Portugal, Irlanda y Países Bajos. Fuente: elaboración propia a partir de (Canadian Institute for Health Information 2020) y (Comas-Herrera, Zalakain y Lemmon, y otros 2020b)

Ya se ha indicado, no obstante, que el porcentaje de fallecimientos por COVID que se corresponde con la población en residencias no es el indicador más adecuado para medir el impacto de la pandemia en esos centros, al obviar la cifra absoluta de fallecidos, tanto en residencias como en la población general. En efecto, si se considera la tasa de mortalidad por COVID en la población que vive en residencias (es decir, la proporción del conjunto de personas residentes en centros de larga estancia que ha fallecido a consecuencia del COVID, en cada país) se aprecia que los países con más medidas preventivas adoptadas en una fase temprana de la pandemia (respuesta tipo 4) tienen tasas de mortalidad que rondan el 0,3-0,5%, mientras que los países que aplicaron menos medidas al inicio (respuesta tipo 1) tienen tasas mucho más elevadas, alcanzando de promedio, un 3,9%<sup>4</sup>. Respecto a los países clasificados por el estudio canadiense entre los que aplicaron una respuesta de tipo 2 o 3, es complicado extraer conclusiones, debido a que no se dispone de datos actualizados para algunos de los países incluidos, especialmente los del grupo 3. A falta de datos actualizados de Italia, parece que entre los países clasificados en el grupo 2, la situación en Bélgica ha empeorado significativamente entre mayo y octubre, de manera que actualmente sus resultados en términos de mortalidad no se diferenciarían sustancialmente de los de los países clasificados en el grupo 1.

En conclusión, parece que la rapidez en la reacción podría ser una de las claves para explicar unos mejores o peores resultados en términos de mortalidad para las personas que viven en residencias, aunque habría que analizar algunos casos atípicos de países como Noruega que, a pesar de haber reaccionado relativamente tarde, tiene cifras de fallecidos muy bajas, tanto en la población general como en la de residencias. Por otra parte, sería interesante asimismo analizar el caso de Gales, ya que, como se ha indicado anteriormente, con una tasa de mortalidad global por COVID similar a la de España (82,29 y 70,92 respectivamente), tiene una mortalidad en residencias mucho menor (3,1% y 6,2%, respectivamente).

El modelo de atención y, como aproximación al mismo, el gasto en bienestar social, también se han planteado como candidatos a explicar el mejor comportamiento de algunos países en los indicadores de mortalidad por COVID en residencias. El Grupo de Trabajo Multidisciplinar que asesoraba al Gobierno Español en esta materia señala, por ejemplo, que “la muy baja incidencia de COVID-19 y mortalidad en residencias [danesas] se deben a múltiples factores, como el hecho de disponer de un sistema de cuidados de larga duración más priorizado a nivel del estado y de la sociedad, o contar con un modelo

<sup>4</sup> La única excepción sería Noruega, que a pesar de pertenecer al grupo de países con una respuesta menos extensa (tipo 1), tendría una tasa de mortalidad muy baja, tanto en residencias (0,37%) como en la población general (5,1 por 100.000).

muy orientado a pequeños núcleos parecidos a viviendas, lo que ha permitido aislar mucho mejor los casos confirmados”<sup>5</sup> (Grupo de Trabajo Multidisciplinar 2020).

El análisis realizado Jiménez-Martín y Viola para FEDEA, por otra parte, encontraba alguna evidencia de correlación negativa entre el gasto en cuidados de larga duración con respecto al PIB y el número de muertes por covid-19 en residencias. No obstante, los propios autores advertían de la existencia de valores atípicos importantes, y de que la asociación estaba impulsada principalmente por los datos de España e Inglaterra (Jiménez-Martín y Viola 2020).

## 2.2. Comparativa entre comunidades autónomas españolas

Tal y como se ha indicado en el apartado anterior, no existen datos oficiales públicos sobre el impacto que ha tenido la pandemia en los centros residenciales para personas mayores en España.

Si bien es cierto que la Orden del Ministerio de Sanidad SND275/2020 (modificada por la Orden SND322/2020), obligaba a las CCAA a remitir información relativa a la situación en los centros de servicios sociales de atención residencial con carácter periódico, el Gobierno no ha hecho públicas estas cifras, probablemente porque no las considera homogéneas, debido a las discrepancias de criterio entre comunidades autónomas a la hora de contabilizar los casos y fallecimientos, y a una desigual capacidad de detección, especialmente durante las primeras fases de la pandemia (Del Pino, y otros 2020). En este sentido, los únicos datos existentes son los que han publicado las Comunidades Autónomas, que muchas veces o bien no cuentan con el detalle suficiente o con referencias claras sobre lo incluyen, o bien incluyen demasiada información que no es posible disgregar y separar (Junta de Castilla y León 2020).

De acuerdo con información aparecida en la [prensa](#), el Gobierno informó al Centro Europeo para la Prevención y el Control de enfermedades de que se habían producido 17.321 fallecimientos relacionados con la COVID en residencias españolas hasta el 8 de mayo, aunque este dato no fue confirmado por parte del CCAES. En esa información tampoco se aportaba más detalle sobre el desglose por comunidades autónomas o si e dato incluía tanto casos confirmados como probables o no (Junta de Castilla y León 2020).

El 20 de junio, aparece de nuevo información en los [medios](#) que, indicando como fuente un documento del gobierno al que había tenido acceso la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales, cifra el número de fallecimientos en 18.833 (9.003 casos confirmados y 9.830 con sintomatología compatible o sospechosa). De acuerdo con la prensa, el documento recoge los datos enviados por las comunidades entre el 6 de abril y el 20 de junio y admite las dificultades de la plataforma del Sistema de Información «poco amigable» para el registro de esos datos, así como errores en la suma de residentes en centros intervenidos y en los propios datos de fallecimientos totales comparados con otras fuentes.

A 7 de octubre, la cifra de fallecidos por COVID en residencias —estimada por RTVE a partir de la información aportada por las comunidades autónomas— asciende a 20.649 muertes confirmadas o con síntomas compatibles. Esta cifra, puesta en relación con las 333.920 personas que viven en residencias

---

<sup>5</sup> Aunque los autores no lo señalan, habría que tener en cuenta que Dinamarca tiene tasas globales muy bajas de contagio y mortalidad en comparación, por ejemplo, con España. De acuerdo con la última actualización epidemiológica semanal publicada por la [OMS](#), Dinamarca acumula 5.539 casos y 115 fallecimientos COVID por millón de habitantes, mientras que las cifras respectivas para España son 18.418 casos y 704 fallecimientos por millón de habitantes. Como se acaba de señalar, la incidencia del COVID en la comunidad es uno de los factores que más correlación muestran con los fallecimientos en centros residenciales, por lo que habría que tenerlo en cuenta a la hora de comparar la situación en las residencias de mayores en los dos países.

en España en 2019, daría como resultado una tasa de mortalidad del 6,18% (Comas-Herrera, Zalakain y Lemmon, y otros 2020b).

A 15 de noviembre, la misma fuente recoge el dato de 22.479 residentes fallecidos con COVID confirmado o síntomas similares<sup>6</sup>, lo que indica que mortalidad acumulada entre abril y noviembre se sitúa en el 6,7%.

Si se analizan los datos por comunidades autónomas que aporta esta fuente, se observa que el 26,9% de los fallecimientos en residencias españolas se han producido en la Comunidad de Madrid, un 26,4% en las dos castillas y un 19,1% en Cataluña. Estas cuatro comunidades autónomas agrupan, por lo tanto, casi tres cuartas partes (el 72,3%) de los fallecimientos que se han producido en las residencias en España. En cuanto al porcentaje de los fallecimientos totales que se han producido en centros residenciales, se aprecian importantes diferencias entre comunidades como el País Vasco, Andalucía y la Comunidad Valenciana, donde suponen en torno a un tercio de los fallecimientos, y otras como Castilla-La Mancha o Castilla y León donde suponen más de tres cuartas partes. Llamamos asimismo la atención los datos de Canarias y la Comunidad de Murcia, donde los fallecidos en centros residenciales suponen apenas un 8 y un 16% respectivamente, del total de fallecimientos por COVID.

**Tabla 3. Fallecimientos por coronavirus en residencias y en la población general, por comunidades autónomas**

Comunidad Autónoma	Fallecimientos COVID en residencias	Fallecimientos COVID totales (Dato oficial)	% fallecimientos COVID en residencias
Andalucía	1.095	3.264	33,5%
Aragón	1.078	2.039	52,9%
Asturias	405	732	55,3%
Baleares	189	391	48,3%
Canarias	27	312	8,7%
Cantabria	164	279	58,8%
Castilla-La Mancha	2.736	3.574	76,6%
Castilla y León	3.189	4.122	77,4%
Cataluña	4.289	7.382	58,1%
C. Valenciana	665	2.028	32,8%
Extremadura	540	838	64,4%
Galicia	462	1.084	42,6%
C. Madrid	6.038	11.082	54,5%
Murcia	78	486	16,0%
Navarra	498	800	62,3%
País Vasco	770	2.245	34,3%
La Rioja	256	516	49,6%
<b>ESPAÑA</b>	<b>22.479</b>	<b>41.253</b>	<b>54,5%</b>

Fuente: elaboración propia a partir de: <https://www.rtve.es/noticias/20201116/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>

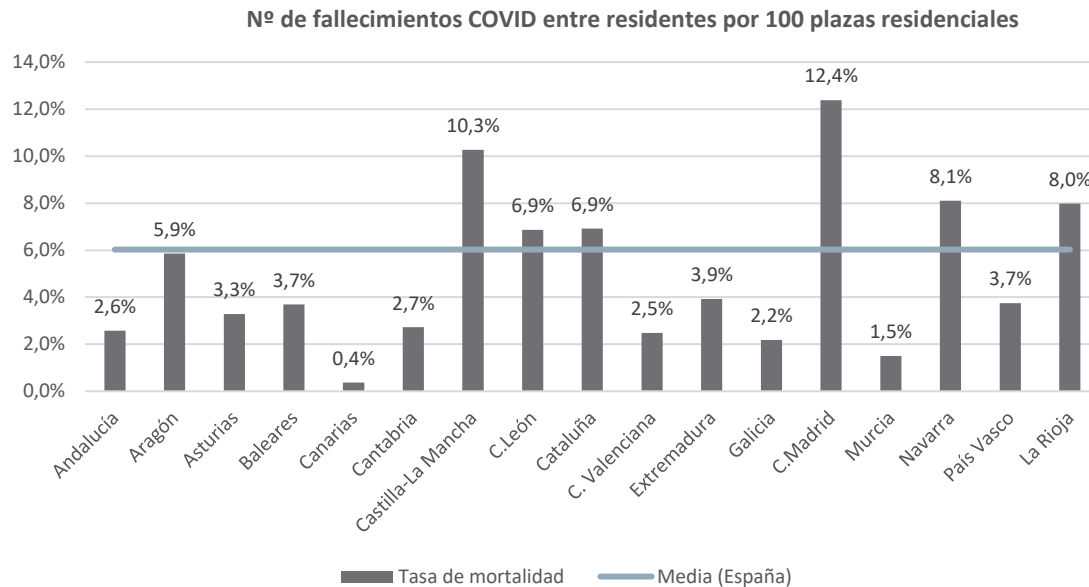
Nota: Los datos para residencias incluyen tanto los fallecimientos confirmados como los probables (con síntomas compatibles, pero sin confirmar), mientras que el dato oficial de fallecimientos se refiere únicamente a los fallecimientos donde se ha confirmado el diagnóstico por covid-19.

Con todo, ya se ha indicado que el porcentaje que suponen los fallecimientos en residencias sobre el total de muertes por COVID-19 no es el mejor indicador para comparar el impacto que ha tenido la pandemia en las distintas comunidades autónomas. Al poner en relación el dato de personas fallecidas por COVID en residencias en cada comunidad autónoma con el número de plazas residenciales

<sup>6</sup> “Radiografía del coronavirus en residencias de ancianos: más de 22.400 muertos con COVID-19 o síntomas compatibles”. 16.11.2020. Accedido el 17.11.2020. <https://www.rtve.es/noticias/20201116/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>.

existentes<sup>7</sup>, se observa que el impacto ha sido especialmente grave en las residencias de la Comunidad de Madrid y de Castilla-la Mancha (12,4 y 10,3 fallecimientos por 100 plazas, respectivamente) y se ha situado asimismo por encima de la media para el conjunto del Estado en el caso de Navarra (8,1%), La Rioja (8%), Castilla y León (6,9%) y Cataluña (6,9%).

Gráfico 1. Tasa de fallecimientos por COVID en residencias, por CCAA. Situación a 15 de noviembre.



Fuente: elaboración propia a partir de: <https://www.rtve.es/noticias/20201116/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>

Datos similares recabados por un [medio de comunicación](#) para Euskadi, indican un total de 1.940 positivos y 684 fallecidos por COVID entre personas que viven en residencias<sup>8</sup>, lo que daría una tasa de mortalidad acumulada del 3,94% hasta el mes de noviembre. Hay que recordar, no obstante, que no se trata de datos oficiales, puesto que ni el Departamento de Salud del Gobierno Vasco ni las Diputaciones Forales hacen públicos estos datos de forma ordenada<sup>9</sup>.

Tabla 4. Contagios y fallecimientos por coronavirus en las residencias de Euskadi.

TTHH	Usuarios/as	Datos 1ª ola				Datos 2a ola (desde el 2 de agosto)			
		Positivos	Fallecidos	Tasa mortalidad	Tasa letalidad	Positivos	Fallecidos	Tasa mortalidad	Tasa letalidad
Álava	3.769	272	158	4,2%	58,1%	177	23	0,61%	12,99%
Bizkaia	8.671	392	301	3,5%	76,8%	331	0	0,00%	0,00%
Gipuzkoa	4.926	595	172	3,5%	28,9%	173	30	0,63%	17,34%
TOTAL	17.366	1.259	631	3,6%	50,1%	681	53	0,31%	7,78%

Fuente: elaboración propia a partir de: [https://www.eldiario.es/euskadi/euskadi/sociedad/crisis-coronavirus-graficos-expansion-euskadi\\_1\\_1031552.html](https://www.eldiario.es/euskadi/euskadi/sociedad/crisis-coronavirus-graficos-expansion-euskadi_1_1031552.html) (accedido el 5 de noviembre).

<sup>7</sup> No se dispone de datos por comunidades autónomas sobre el número de personas que viven en residencias, por lo que se ha aproximado con el número de plazas.

<sup>8</sup> Información consultada el 5 de noviembre de 2020.

<sup>9</sup> Las Diputaciones van informando periódicamente de los fallecimientos que se han producido en centros de su territorio, a través de notas de prensa, etc. pero no existe una fuente actualizada para consultar esos datos.

En otras comunidades autónomas, los gobiernos autonómicos han publicado informes en los que se analiza la situación en las residencias, o se han llevado a cabo investigaciones epidemiológicas que han incluido la situación de la población que vive en estos centros.

En Navarra, el Observatorio de la Realidad Social del Departamento de Derechos Sociales del Gobierno publicó un informe con datos detallados de la situación en los centros residenciales a 15 de mayo (Observatorio de la Realidad Social 2020). En dicho informe, se recoge una cifra de 1.262 contagios por COVID en centros residenciales de mayores, lo que suponía un 16,37% del total de contagios en la comunidad foral y un 27,7% de las personas que viven en centros residenciales. Por lo que se refiere a los fallecimientos, entre el 8 de marzo y el 15 de mayo fallecieron 630 residentes, 258 de ellos con COVID confirmado, y 165 con síntomas compatibles. La tasa de mortalidad acumulada a 15 de mayo sería por tanto del 7,25%, si se tienen en cuenta los fallecimientos confirmados o probables y del 4,46% para casos confirmados de COVID. El informe señala, asimismo, que la tasa de contagio entre profesionales de los centros residenciales fue del 24,1%, superior, por lo tanto, a la de las personas residentes (Fresno García, y otros 2020).

En Castilla y León, un informe publicado el 29 de septiembre por la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades indicaba un total de 2.598 fallecimientos de personas usuarias de centros residenciales por COVID o con síntomas compatibles, acumulados a 30 de junio, 1.493 de ellos confirmados. Esto suponía que un 67% de los fallecimientos por COVID confirmado o probable en Castilla y León a 30 de junio se habría producido en centros residenciales. La tasa de mortalidad acumulada a esa fecha sería del 5,38 por cien plazas residenciales, si se consideran los casos confirmados y probables. La tasa de letalidad en los centros fue del 18,2% si se consideran únicamente los casos confirmados, y del 27,9% si se incluyen también los casos con sintomatología compatible (Junta de Castilla y León 2020).

En Cataluña, Borrás-Bermejo y colaboradores refieren un proyecto de investigación-acción llevado a cabo desde el *Hospital Vall d'Hebron*, desde donde se implantó un sistema de cribado sistemático en todos los centros residenciales de su área de referencia, con el objetivo de detectar los casos e implantar las medidas de control necesarias con la mayor rapidez posible. Con este objetivo, entre el 10 y el 24 de abril, se les realizaron pruebas PCR a 5.869 personas —3.214 residentes y 2.655 profesionales— de los 69 centros residenciales del área de cobertura del Hospital. Como principal resultado, un 23,9% de las personas residentes y un 15,2% de las personas profesionales dio un resultado positivo en la prueba PCR. Otro resultado clave de este estudio fue que el 66,9% de las personas residentes y el 55,8% de las profesionales que habían dado positivo en las pruebas PCR eran asintomáticas, es decir, no habían presentado síntomas en los días previos a la recogida de las muestras. En base a estos resultados, las autoras concluyen que la existencia de una proporción importante de casos asintomáticos y el hecho de que, en España, las pruebas diagnósticas no estuvieran disponibles de forma generalizada hasta mediados de abril podrían ser factores importantes a la hora de explicar la rápida propagación del virus en los centros. En cualquier caso, recomiendan no basarse exclusivamente en el control sintomático para detectar casos, y recuerdan la importancia de incluir el cribado de las y los profesionales en los planes de contingencia de los centros (Borrás-Bermejo, y otros 2020).

Por otra parte, Prieto-Alhambra y colaboradores describen un estudio epidemiológico llevado a cabo en Cataluña, en el que se analizaron datos del Sistema de Información para el Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria (SIDIAP, [www.sidiap.org](http://www.sidiap.org)) relativos a más de 95.000 personas infectadas por SARS-CoV-2 y confirmadas por PCR. Los resultados indicaron una tasa de letalidad (a 30 días del diagnóstico) que se incrementaba con la edad, desde un 6,7% entre las personas de 65 a 74 años, al 18,2% entre las de 75 a 84 años y hasta un 29,2% entre las de 85 y más años. La tasa de letalidad en la población que vivía en las residencias fue del 25,3% (Prieto-Alhambra, y otros 2020). En base a estos resultados, habrá que concluir que la letalidad del virus fue similar entre la población residencializada y la que vive en la

comunidad, teniendo en cuenta la avanzada edad media de la población que vive en residencias en Cataluña.

En definitiva, los datos disponibles sobre el número de personas contagiadas y fallecidas por COVID en los centros residenciales de España están dispersos y no son consistentes para las diferentes comunidades autónomas. Con estas limitaciones, los datos disponibles apuntan a un impacto desigual, con Madrid y Castilla-La Mancha como las comunidades con mayor mortalidad en relación con su población residencializada.

Una segunda conclusión que se puede obtener de los estudios revisados es que, si bien el impacto en el sector residencial ha sido grande, tanto en términos de contagios como de fallecimientos que se han producido, ello no significa que la población en residencias se haya visto afectada en mayor medida que la población general de la misma edad y grado de dependencia. En efecto, tal y como se ha señalado, el estudio llevado a cabo en Cataluña por Prieto-Alhambra y colaboradores indica una tasa de letalidad (entre aquellas personas que han sido contagiadas) del 25% para la población en residencias (Prieto-Alhambra, y otros 2020), una tasa similar, por lo tanto, a la encontrada para la población no institucionalizada de 85 y más años en el mismo estudio.

### 2.3. Evidencia sobre factores asociados con la incidencia del COVID en los centros

La hipótesis de que, más allá de las características personales de la población que vive en residencias, que la hacen particularmente vulnerables al COVID, podría haber factores del entorno –sobre todo características del centro residencial, y la incidencia de la enfermedad en sus inmediaciones– que podrían tener un impacto en el riesgo de tener brotes en los centros, o en la extensión de dichos brotes, ha sido analizada por varios estudios a nivel internacional. La revisión realizada, ha permitido identificar los siguientes factores que se han apuntado como relevantes:

- Tamaño del centro.

Varios estudios han indicado que, a mayor tamaño del centro, existe mayor riesgo de que se produzcan casos de COVID en las residencias (Abrams, y otros 2020) (Burton, y otros 2020) (Emmerson, y otros 2020) (Fresno García, y otros 2020) (Jiménez-Martín y Viola 2020). En Estados Unidos, Abrams y colaboradores, en un estudio que incluía 9.395 centros residenciales de 30 estados, concluían que el tamaño del centro incrementaba la probabilidad de tener algún caso de COVID, de manera que los centros medianos (50-150 camas) tendrían 2,6 veces más riesgo de tener algún caso y los grandes (más de 150 camas) 6,5 veces más riesgo, que los centros de menos de 50 camas. En cambio, se observó una relación inversa entre el tamaño del centro y el tamaño del brote, sugiriendo que, si bien en los centros pequeños se producían menos brotes, éstos resultaban más difíciles de controlar, y provocaban un mayor número de casos por plaza, que en los centros grandes. Los autores achacaban este resultado a la mayor dificultad, en centros pequeños, de aplicar las medidas de aislamiento necesarias una vez producido un brote (Abrams, y otros 2020). En cambio, el estudio de Shen en centros residenciales de 19 estados muestra que, la tasa de fallecimientos (ajustada por número de plazas) es mayor en centros de mayor tamaño (Shen 2020).

En Escocia, Burton y colaboradores analizaron la incidencia y mortalidad por COVID en 189 centros residenciales de una zona de salud (*NHS Lothian Health Region*). Los autores encuentran que cada incremento de 20 plazas en el tamaño del centro incrementa 3,35 veces el riesgo de sufrir un brote en el centro (Burton, y otros 2020).

También en el Reino Unido, en un estudio que analizaba el efecto que podrían tener las altas hospitalarias en la aparición de brotes por COVID en 1.068 centros residenciales galeses, encontraba que el tamaño del centro era un factor influyente en la probabilidad de sufrir un brote. En comparación con los centros de menos de 10 plazas, los de 10 a 24 plazas tenían un riesgo 3,4 veces mayor de sufrir un brote; los de 25 a 49 plazas 8,2 veces mayor; y los centros de más de 50 plazas, 17,3 veces mayor. Una vez controlado el tamaño del centro, no se observaron diferencias entre los periodos con altas hospitalarias y sin ellas, por lo que los autores concluyen que las altas hospitalarias no fueron un factor decisivo en la aparición de los brotes, mientras que sí lo fue el tamaño de los centros (Emmerson, y otros 2020).

En España, tanto el estudio llevado a cabo por el Gobierno de Navarra, como el elaborado por la Junta de Castilla y León han analizado el impacto que podría tener el tamaño de los centros en la tasa de contagio. De acuerdo con el estudio castellanoleonés, la proporción de centros con algún caso de COVID es del 14% entre los centros de menos de 25 plazas, pero sube hasta el 63% entre los de 100 y más plazas. Se observa, asimismo, que mientras que los centros de más de 100 plazas reúnen al 44,9% de la población atendida en residencias, prácticamente el 60% de los casos confirmados de COVID se han producido en esos centros. (Junta de Castilla y León 2020). También en Navarra, Ruiz Villafranca y colaboradores encuentran una asociación entre tamaño de los centros y tasa de mortalidad: mientras que el porcentaje medio de fallecimiento por COVID-19 en los centros es del 7,3%, en el caso de los centros de más de 100 residentes fallecieron el 10,2%. La relación entre los contagios y el tamaño de los centros, sin embargo, no es lineal, en tanto que solo el 9,4% de las personas que residen en centros de más de 175 plazas ha fallecido. El análisis de regresión logística revela, por su parte, que las residencias de más de 100 plazas tienen un riesgo 5 veces mayor de verse altamente afectadas por la pandemia<sup>10</sup> (Fresno García, y otros 2020).

A nivel agregado, Jiménez-Martín y Viola encuentran una asociación significativa entre el tamaño medio de los centros residenciales en cada comunidad autónoma y la proporción que representan los fallecimientos de residentes respecto al total de fallecimientos por COVID. De acuerdo con su análisis, en las comunidades autónomas con un tamaño medio de los centros superior a 70 plazas, como es el caso de la Comunidad de Madrid o las dos Castillas, la mortalidad en residencias ha sido más elevada (Jiménez-Martín y Viola 2020).

- Titularidad del centro

Algunos estudios han indicado la existencia de una asociación entre la titularidad (pública o privada) y la tasa de contagios o mortalidad en los centros.

En Canadá, Stall y colaboradores llevaron a cabo un estudio con técnicas de regresión logística multinivel para analizar si la titularidad -mercantil o no- de los centros tenía un impacto en la aparición de brotes, y en su extensión. El estudio, en el que se incluyeron los 623 centros residenciales de la provincia de Ontario, encontró que la titularidad mercantil de los centros no influía en el riesgo de aparición de brotes, pero sí en la extensión de éstos (mayor tasa de contagios) y en el número de fallecimientos de personas residentes (tasa de letalidad). En efecto, al comparar la tasa de prevalencia y la letalidad, se aprecia un riesgo hasta tres veces mayor para los centros propiedad de una empresa mercantil, frente a los centros de titularidad municipal. No obstante, se observa también que esa asociación está en gran parte mediada por las características de los centros, ya que las odds ratios estimadas se reducen notablemente al ajustar el modelo con variables relativas al año de construcción de los centros y a su pertenencia o no a un grupo empresarial o cadena. En el modelo final, una vez tenidas en cuenta estas

<sup>10</sup> En este trabajo, las residencias altamente afectadas se identifican a partir de la tasa o proporción de residentes contagiados y de residentes fallecidos, otorgando un mayor peso a este último indicador y calculando la distancia con respecto al valor ideal de morbilidad (0,0), tal y como se explica en (Fresno García, y otros 2020): pág 74.

características de los centros, la titularidad resulta solo marginalmente significativa (OR= 1.12 (0.48-2.64) para la variable tasa de contagios y OR=1.13 (0.39-3.26), para la variable de letalidad (N. Stall, A. Jones, y otros 2020).

En Estados Unidos, la titularidad del centro, concretamente el pertenecer a una entidad con ánimo de lucro también se ha relacionado con el impacto del COVID en los centros. Abrams y colaboradores señalan que, si bien no se apreciaba un efecto significativo en la probabilidad de sufrir un brote, sí tenía un impacto significativo en la extensión de la pandemia, de manera que la tasa de contagio en los centros con ánimo de lucro sería, de media, un 88% más elevada que en los centros gestionados por una entidad sin ánimo de lucro (Abrams, y otros 2020).

En Castilla y León, la tasa de morbilidad o contagios es similar entre centros públicos y privados, aunque al considerar únicamente los centros con algún brote, la morbilidad resulta algo más elevada en los centros privados. Entre los privados, los centros promovidos por grandes grupos empresariales son los que mayores tasas de morbilidad presentan. Los autores del estudio concluyen que no es tanto el carácter público o privado como el tamaño de los centros, y su pertenencia a grandes grupos empresariales, lo que está detrás de la aparente asociación entre titularidad y tasa de morbilidad. En efecto, el análisis de varianza factorial realizado demuestra que las diferencias de morbilidad entre los centros se explican por la fecha de identificación del primer contagio y la provincia. El resto de los factores analizados —tamaño, hábitat, titularidad y nivel de ocupación— quedan descartados (Junta de Castilla y León 2020).

En Navarra, se observa un mayor porcentaje de contagios y fallecimientos en los centros privados que en los públicos. No obstante, el modelo de regresión logística elaborado para analizar si las diferencias en los porcentajes resultan significativas, no indica que exista una asociación entre la titularidad y el hecho de que el centro haya sido altamente afectado por la COVID (Fresno García, y otros 2020).

En Escocia, el estudio llevado a cabo en los 189 centros residenciales de la región de West Lothian encontraba que la titularidad ejercía un efecto significativo en los análisis univariados, pero que dicha significatividad desaparecía al incorporar todos los factores analizados en un modelo y al introducir el tamaño del centro como variable de control (Burton, y otros 2020).

En definitiva, no está claro que la titularidad de los centros tenga un impacto significativo en la aparición de brotes y en su extensión, una vez se controlan otras características (tamaño, pertenencia a cadenas, etc.) que median en los resultados.

- Ratios de personal

La mayor o menor disponibilidad de personal se ha señalado, también, como un factor que podría influir en la tasa de contagio y de mortalidad en los centros. En un estudio llevado a cabo en 215 centros residenciales de Connecticut, en EEUU, la ratio de personal de enfermería no mostraba asociación con la probabilidad de tener un brote en un centro, pero sí disminuía el número de casos confirmados, en aquellos centros con un brote activo. De acuerdo con los resultados obtenidos, entre los centros con al menos un caso de COVID, cada 20 minutos de incremento en la ratio de personal de enfermería por residente y día se relaciona con un 22% de disminución en el tamaño del brote (Li, y otros 2020).

En Navarra, Fresno y colaboradores también encuentran una asociación significativa entre la ratio de personal y el riesgo de que un centro se vea altamente afectado por la pandemia. En concreto, las residencias con una ratio de trabajadores por residente por debajo de 0,7 tuvieron más del doble de riesgo de estar altamente afectadas por el COVID (Fresno García, y otros 2020).

- Personal eventual / rotación de personal



Varios estudios señalan que un mayor recurso a personal eventual mediante listas de contratación, empresas de trabajo temporal, etc. ha sido uno de los factores que han contribuido a la propagación de la infección en los centros y también entre centros. A su vez, la necesidad de recurrir a este tipo de contrataciones ha estado determinada por la elevada tasa de absentismo entre el personal propio de los centros, ya fuera por encontrarse en situación de baja médica o de aislamiento preventivo, ya fuera por miedo a contraer el virus y transmitirlo a sus familias.

En el ámbito internacional, tanto estudios provenientes de Estados Unidos, como del Reino Unido, de Canadá o de Francia, aluden al impacto que ha tenido la contratación de trabajadores/as eventuales durante la pandemia. El estudio elaborado por Tinsley en Inglaterra, por ejemplo, encuentra que la tasa de infección de las personas residentes se asocia con: (1) el número de profesionales infectados (cada profesional infectado adicional, incrementa un 11% el riesgo de infección para las personas residentes); (2) los centros que utilizan bolsas de trabajo o agencias de contratación para contratar personal de enfermería todos o casi todos los días tienen un 58% más de riesgo de que alguna persona residente resulte infectada; y (3) los centros que ofrecen a sus empleados un complemento a las prestaciones por incapacidad temporal protegen a sus residentes del COVID (tienen una *odds ratio* de 0,87)<sup>11</sup> (Tinsley 2020).

En Estados Unidos, uno de los primeros estudios epidemiológicos publicado sobre la incidencia del COVID en centros residenciales, describe el sistema de vigilancia y alerta epidemiológica y de rastreo de contactos establecido en King County, Washington, tras la aparición del primer brote de COVID en un centro residencial del Condado, el 28 de febrero. Desde ese día y hasta el 18 de marzo, se habían identificado 167 casos –101 en personas residentes, 50 en profesionales y 16 en visitantes– en 30 centros del condado. Al analizar los vínculos entre los brotes en los centros, los autores concluyeron que la rotación del personal entre centros podía haber sido un vector importante de contagio (McMichael, y otros 2020).

Por otra parte, Chen y colaboradores (Chen, Chevalier y Long 2020) publican un interesante estudio utilizando datos de geolocalización de más de 500.000 dispositivos móviles que se observaron en alguno de los 15.307 centros residenciales del país. Se recogieron estos datos de geolocalización durante las seis semanas posteriores al 13 de marzo, momento en el que se decretaron las medidas restrictivas respecto a las visitas en los centros. A partir de estos datos, se crearon modelos para describir el grado de conectividad entre los centros y el impacto que esta conectividad estaba teniendo en la expansión del virus.

Los resultados de la investigación ponen de manifiesto que, a pesar de encontrarse restringidas las visitas en los centros durante el periodo de estudio, el 7% de los dispositivos móviles detectados en un centro aparecían, a lo largo de las seis semanas posteriores, en al menos otro centro diferente. Debido, precisamente a que los centros estaban cerrados a las visitas, los autores deducen que este movimiento entre centros se corresponde fundamentalmente con profesionales y proveedores de productos o servicios. Los autores establecen en 14,3 el número medio de conexiones que tienen los centros entre sí, es decir, de media, cada centro tiene contacto (al menos un móvil en común) con otros 14 centros. El número medio de contactos compartidos (personas o teléfonos que aparecen en un centro y al menos en otro) es de 21 (es decir, de media, en cada centro hay 21 personas que, en una ventana de 6 semanas, tendrán contacto con otro centro diferente). Por lo que se refiere a la influencia de estas variables en los contagios, se encontró que incrementar en 10 el número de centros con los que se mantienen conexiones predice un incremento del 26,7% en el número de contagios y un incremento de 10 personas en el número de contactos compartidos incrementa el riesgo en un 12%. También elaboran una serie de medidas más complejas de la conectividad de los centros, y en todas ellas se observa un

---

<sup>11</sup> El 93% de los centros ofrece este complemento a sus trabajadores y trabajadoras.

impacto significativo de compartir personal o proveedores con otros centros. A modo de resumen, en un análisis contrafactual, los autores indican que si se rompieran totalmente las interconexiones entre centros relacionadas con la rotación de personal, el número de casos de COVID en la población residencializada se reduciría un 43% (Chen, Chevalier y Long 2020).

En Navarra, el estudio de auditoría elaborado por Fresno y colaboradores indica que los centros que tuvieron bajas laborales del personal empleado durante la pandemia tuvieron 7,5 veces mayor riesgo de ser altamente afectadas en términos de morbilidad y mortalidad. Al mismo tiempo, los centros que tuvieron dificultades para reponer al personal y tuvieron que recurrir a personal sanitario sin titulación tuvieron 4 veces mayor riesgo de verse altamente afectadas y las que no dispusieron de una lista de reclutamiento de personal, 2,6 veces más (Fresno García, y otros 2020).

- Tipo de centro / modelo de atención

Algunos autores señalan que las unidades convivenciales de pequeño tamaño, con espacios (comedor, baño) privados han tenido mejores resultados que los centros residenciales al uso, debido a que han tenido más facilidades para realizar adecuadamente los aislamientos y evitar situaciones de riesgo por acumulación de personas. (Grupo de Trabajo Multidisciplinar 2020) .

Romero-Ortuño y Kennelly, en su revisión de la situación en los centros residenciales irlandeses, por ejemplo, indican que existen evidencias, a partir de los primeros estudios epidemiológicos, que indicarían un mejor comportamiento frente al COVID del modelo de apartamentos con apoyo frente a las tradicionales residencias colectivas (Romero-Ortuño y Kennelly 2020). No obstante, la investigación a la que hacen referencia en su artículo –un estudio de caso llevado a cabo en un alojamiento colectivo de Seattle, en Estados Unidos (Roxby, y otros 2020)– resulta una evidencia poco robusta para tal afirmación.

En la presente revisión no se han detectado más estudios que hayan medido el impacto que ha podido tener el modelo de atención en las tasas de contagio, al margen de alusiones basadas en la comparación de países con diferentes modelos de atención, un tipo de análisis que, como se ha indicado, tiene numerosas limitaciones, no solo por las dificultades para obtener datos comparables a nivel internacional, sino fundamentalmente por la imposibilidad de excluir la influencia de los otros muchos factores —entre ellos la incidencia de la pandemia— que puede variar entre países.

- Indicadores globales de calidad

Algunos estudios estadounidenses han analizado si existe alguna asociación entre la calificación obtenida por los centros en el sistema de indicadores de calidad *Nursing Home Compare*<sup>12</sup> y el impacto del COVID en los centros. Los resultados obtenidos a este respecto no son del todo coincidentes.

Por una parte, Li y colaboradores, en un estudio de los centros residenciales del estado de Connecticut, concluyen que, entre los centros que han tenido un brote, aquellas que han sido calificadas con cuatro o cinco estrellas tienen un 13% menos de casos que las que tenían una calificación de una, dos o tres estrellas (Li, y otros 2020).

En cambio, Abrams, en un estudio más amplio, que incluía los centros residenciales de los 30 estados que habían tenido algún caso hasta el 11 de mayo de 2020, no encontraba una diferencia significativa entre los centros que habían obtenido 5 estrellas en el *Nursing Home Compare* y el resto de los centros,

---

<sup>12</sup> Se trata de un sistema de medición de la calidad de los centros que los clasifica en 5 categorías (de una a cinco estrellas), en función de los resultados que obtiene en una serie de indicadores preestablecidos teóricamente vinculados a la calidad de la atención prestada <https://www.medicare.gov/nursinghomecompare/About/howcannhchelp.html> .

ni en términos de una menor probabilidad de sufrir brotes, ni en términos de la extensión de los brotes (Abrams, y otros 2020).

- Características del barrio / zona de ubicación de la residencia

Los estudios revisados son consistentes a la hora de señalar que la incidencia de la pandemia en el entorno de los centros residenciales es la variable que mejor explica las diferencias en las tasas de contagio y en la mortalidad por COVID entre sus residentes.

De acuerdo con el estudio canadiense de Stall y colaboradores, mencionado anteriormente, cada incremento de 1 por mil en la tasa de incidencia de la zona de ubicación de los centros, incrementa casi dos veces el riesgo de sufrir un brote en el centro (OR media = 1,96); CI95% 1,19-3,05), multiplica por 1,65 el número de casos y por 1,44 el número de fallecimientos (N. Stall, A. Jones, y otros 2020).

En Castilla y León, el análisis estadístico revela que la probabilidad de contagio en los centros está en relación directa, principalmente, con la provincia en la que se ubica y el tamaño del centro. De la misma manera, las diferencias en mortalidad entre los centros se explican asimismo por la diferente incidencia de la epidemia en el territorio y por el grado de dependencia de los residentes en los centros con contagios (Junta de Castilla y León 2020).

En Navarra, el informe elaborado por Fresno y colaboradores indica que la variable relativa a la zona básica de salud en la que se ubica el centro es la variable que más y mejor explica la incidencia de la pandemia en las residencias. En concreto, las residencias situadas en zonas con una prevalencia de contagios superior al 3 por mil tendrían 6 veces más probabilidad de ser altamente afectadas por la pandemia (Fresno García, y otros 2020).

- Características del barrio de residencia de las y los profesionales

Un interesante estudio llevado a cabo en Estados Unidos, en el que se han combinado datos de fallecimientos por COVID en centros residenciales de 19 estados, con las características de los barrios en los que vive el personal de estos centros, indica que estas variables son buenos predictores de la mortalidad en los centros. Concretamente, la densidad de población de los barrios de residencia del personal, el uso de transporte público en la movilidad diaria y la proporción de la población del barrio que no es de raza blanca muestran asociación con la tasa de contagio. Así, cada incremento de una desviación estándar en la densidad de población del barrio en el que viven los trabajadores/as, se asocia con un incremento en la tasa de mortalidad de los centros de 1,3 muertes por 100 plazas; una desviación estándar de incremento en la proporción de la población del barrio que utiliza el transporte público se asociaría a un incremento de la tasa de mortalidad de 1,4 muertes por 100 plazas, y un incremento de una desviación estándar en la proporción de población no blanca del barrio de residencia de las y los profesionales se asociaría a 0,9 muertes adicionales por 100 plazas para los y las residentes. La autora señala, además, que el efecto que ejercen estas variables relativas a los barrios de residencia del personal es mayor que el ejercido por todas las características de los centros que se han medido en el estudio y, particularmente, mayor que el que ejerce el propio barrio de ubicación del centro residencial (Shen 2020).

### 3. Medidas de prevención y control adoptadas en los centros

Evitar la entrada del coronavirus en los centros residenciales y minimizar su expansión una vez se detectaba algún caso positivo entre personas residentes o trabajadoras ha sido el principal caballo de batalla para las administraciones públicas y las personas responsables de los centros durante estos meses de pandemia. El Gobierno Español lanzaba un primer documento técnico con recomendaciones de prevención y control para las residencias de mayores el 5 de marzo (Ministerio de Sanidad 2020). En dicho documento, se instaba a los centros a llevar un control de la sintomatología respiratoria de todas las personas vinculadas al centro (residentes, profesionales, visitas, voluntariado), a extremar las medidas de higiene, y a establecer procedimientos para aislar a los casos positivos e identificar sus contactos tan pronto como fuera posible. Posteriormente, también la Organización Mundial de la Salud, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y otros organismos públicos y privados han publicado guías y recursos para ayudar a los centros residenciales a prevenir y controlar la infección por COVID-19.

En este apartado se hace una breve descripción de las medidas más importantes que se han ido adoptando en diferentes países para prevenir y controlar el contagio por COVID en los centros residenciales y de la evidencia disponible sobre su efectividad. La información proviene, fundamentalmente, de la revisión realizada por Comas-Herrera y otros (actualizada por última vez el 11 de mayo), que a su vez se basa en las informaciones recogidas por los colaboradores expertos en los informes monográficos de cada país (Comas-Herrera, Ashcroft y Lorenz-Dant, International examples of measures to prevent and manage COVID-19 outbreaks in residential care and nursing home settings 2020). Esta revisión se ha completado con:

- Una revisión de las medidas anunciadas hasta julio en la CAPV en medios de comunicación y por los propios gabinetes de prensa de las Diputaciones Forales
- Una revisión de las medidas aplicadas en los diferentes estados de EEUU y recogidas por el CMS<sup>13</sup> (<https://www.cms.gov/files/document/covid-toolkit-states-mitigate-covid-19-nursing-homes.pdf>)

La recopilación no pretende ser exhaustiva: hay que tener en cuenta, por una parte, que las medidas aplicadas pueden variar de una región a otra dentro de un mismo país (como ha sucedido en España), e incluso ser tomadas a nivel de cada centro residencial, por lo que la información está muy dispersa<sup>14</sup>; por otra parte, algunas de las medidas más novedosas probablemente no están todavía documentadas y será necesario esperar algún tiempo para conocerlas.

En cualquier caso, sin pretensiones de exhaustividad, la revisión realizada sí permite obtener algunas pistas sobre la orientación general de las medidas adoptadas y establecer un esquema de los ámbitos en los que han centrado los esfuerzos los países de nuestro entorno. También puede servir para valorar hasta qué punto se ha dado una respuesta más o menos homogénea en los diferentes países.

En lo tocante al segundo objetivo, el de revisar qué es lo que se conoce actualmente sobre la efectividad de las diferentes medidas adoptadas, hay que recordar que la evidencia sobre la efectividad de esas medidas está siendo generada en este momento, por lo que lo que conocemos hasta ahora tiene un carácter muy tentativo y provisional.

---

<sup>13</sup> <https://www.cms.gov/files/document/covid-toolkit-states-mitigate-covid-19-nursing-homes.pdf> consultado por última vez el 20.09.2020.

<sup>14</sup> En general, la revisión realizada ha mostrado que existen multitud de documentos (guías y directrices de diferentes instituciones) sobre qué medidas cabría aplicar y cuáles son las medidas recomendadas, pero no hay tanta abundancia de documentos descriptivos sobre las medidas realmente aplicadas durante la pandemia del COVID.

### 3.1. Catálogo de medidas adoptadas

A lo largo de los meses de pandemia, han sido muchas y muy diversas las medidas que se han ido adoptando para frenar el avance de la pandemia en los centros residenciales de todo el mundo. Se han tomado medidas desde diferentes instancias y con distinto grado de obligatoriedad y, de acuerdo con algunos observadores/as, no siempre tan pronto como hubiera sido necesario.

Una primera distinción importante es el nivel del sistema en el que se pretende actuar con las medidas implementadas, de manera que podrían distinguirse:

- Medidas de nivel macro. Tienen que ver con las decisiones que se toman desde el órgano superior de Gobierno de cada país para que el sistema pueda gestionar la crisis de forma eficaz. Suelen tener carácter estructural y/u organizativo.
- Medidas de nivel meso. Son medidas que se adoptan a nivel del sistema de servicios sociales en cada país, y que afectan al conjunto de los servicios o centros. Suelen tener carácter organizativo, formativo, y de control/inspección.
- Medidas de nivel micro. Son aquellas medidas que se adoptan a nivel de centro y de las que depende, en último término, la seguridad de las personas residentes.

Otra clasificación habitualmente utilizada en los documentos sobre gestión de emergencias —y que resulta útil a la hora de analizar las medidas adoptadas, particularmente las de nivel micro—, es la que se basa en la finalidad u objetivo de las medidas, diferenciando entre:

- Medidas preventivas: que deben/pueden aplicarse antes de que ocurra un brote para evitar la entrada del virus en los centros y para tener a los centros preparados frente a esa contingencia.
- Medidas de control: que deben aplicarse una vez se han producido contagios para evitar la propagación del virus.

A esta clasificación, Comas-Herrera y colaboradores añaden, en su análisis, otras dos categorías adicionales (Comas-Herrera, Ashcroft & Lorenz-Dant 2020):

- Medidas para ayudar a los centros a prepararse frente a los brotes: las autoras recogen en esta categoría las medidas de nivel macro y meso necesarias para coordinar la respuesta y preparar a los centros para hacer frente a nuevos brotes.
- Protección de las personas residentes: se trata de actuaciones que pretenden minimizar los efectos nocivos de las medidas de distanciamiento social y aislamiento en las personas residentes. Son medidas que están recibiendo cada vez mayor atención ante la creciente evidencia de efectos perjudiciales del distanciamiento en el bienestar físico y mental, y en la calidad de vida de las personas residentes.

Desde un punto de vista más instrumental, las medidas podrían clasificarse en función de los aspectos de la atención sobre los que se pretende actuar (Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico de la Agencia del Conocimiento en Salud 2020):

- Medidas organizativas
- Recursos humanos y materiales
- Planes y procedimientos de actuación
- Seguridad e higiene ambiental

A partir de la revisión realizada, se han podido identificar 46 tipos de medidas, que quedan recogidas en el cuadro siguiente. Las medidas se han clasificado de acuerdo con el nivel de aplicación (macro, meso o micro) y, dentro de cada nivel se han organizado, además, en función de la finalidad de la medida, diferenciando entre: medidas para preparar a los centros para hacer frente a la epidemia; medidas para prevenir la entrada del virus en los centros; medidas de control de la infección una vez producido un brote; y medidas para proteger a las personas residentes y para garantizar la continuidad asistencial.

**Cuadro 3. Medidas contra el COVID-19 identificadas en centros residenciales**

Nivel	Finalidad	Tipo	Medida	
<b>Macro</b>	<b>Preparación ante el COVID</b>	Medidas organizativas	Creación de comisiones encargadas de coordinar la respuesta a nivel nacional & regional Cambios competenciales para centralizar el liderazgo en la respuesta	
		Recursos humanos & materiales	Creación de fondos económicos especiales	
	<b>Control de la infección</b>	Planes & procedimientos	Sistemas de vigilancia epidemiológica (vinculados a softwares de gestión de recursos, personal, etc.)	
<b>Meso</b>	<b>Preparación ante el COVID</b>	Medidas organizativas	Apoyo para analizar las opciones de sectorización en los centros	
		Planes & procedimientos	Elaboración de manuales, guías, directrices y protocolos Apoyo para elaborar y actualizar los planes de contingencia en los centros	
		Recursos humanos & materiales	Refuerzo de los servicios sanitarios en los centros Facilitar el aprovisionamiento de material de protección Campañas de captación de personal Rebajar las cualificaciones exigidas para facilitar la contratación de personal de sustitución Permitir la reasignación de tareas / reubicación de los trabajadores y trabajadoras Listas centralizadas de contratación Incremento de salarios y mejora de las condiciones laborales	
	<b>Prevención del contagio</b>	Medidas organizativas	Cierre de centros a nuevos usuarios/as Suspensión de los servicios de atención diurna y de respiro Minimizar la rotación del personal entre centros	
		Planes & procedimientos	Cambios en las políticas y procedimientos de inspección Reducción de consultas externas y del acceso a intervenciones sanitarias no urgentes	
		Recursos humanos & materiales	Puesta en marcha de servicios de telemedicina en los centros	
	<b>Control de la infección</b>	Medidas organizativas	Equipos de respuesta rápida Derivación a centros "Limpios" Derivación a centros COVID	
		Planes & procedimientos	Sistemas de gestión de la información	
		Recursos humanos & materiales	Facilitar medios para la desinfección de los centros	
	<b>Protección &amp; continuidad asistencial</b>	Medidas organizativas	Posibilidad de retorno al domicilio	
		Planes & procedimientos	Elaboración de protocolos de coordinación entre centros residenciales y centros sanitarios de referencia Apoyo para revisar y actualizar los documentos de voluntades anticipadas de las personas residentes	
		Recursos humanos & materiales	Equipos itinerantes de cuidados paliativos Apoyo psicológico Apoyo para la gestión de servicios funerarios	
	<b>Micro</b>	<b>Preparación ante el COVID</b>	Medidas organizativas	Designación de un equipo multidisciplinar responsable del COVID en cada centro
			Planes & procedimientos	Formación en prevención y control de infecciones Elaboración y puesta en marcha de planes de contingencia
		<b>Prevención del contagio</b>	Medidas organizativas	Minimizar la rotación del personal dentro del centro Restricción de visitas Confinamiento de las/los profesionales
			Planes & procedimientos	Control de síntomas Cuarentenas preventivas Extremar las medidas de higiene y desinfección en zonas comunes
			Medidas organizativas	Sectorización de los centros
		<b>Control de la infección</b>	Planes & procedimientos	Pruebas diagnósticas Aislamiento en las habitaciones Trazabilidad de contactos
Planes & procedimientos			Comunicación con el exterior Cuidados paliativos	

Fuente: elaboración propia

A partir de esa recopilación, se describe la orientación general de las principales medidas adoptadas a nivel macro, meso y micro para frenar los contagios por COVID en los centros residenciales de larga estancia.

### 3.1.1. Medidas de nivel macro

Al tratarse de una epidemia “sanitaria” que, no obstante, ha tenido un impacto muy importante en el sector de los servicios sociales —y, en particular, en el de la atención residencial a personas dependientes— a la hora de darle respuesta ha sido necesario articular una estrecha colaboración entre los sistemas de salud y de servicios sociales. Lógicamente no todos los países partían del mismo punto en cuanto a estructuras de coordinación sociosanitaria previamente existentes: en algunos países — como en el Reino Unido— las competencias en salud y servicios sociales están atribuidas al mismo Ministerio, lo que debería haber facilitado la coordinación de la respuesta. No obstante, en la mayoría de los países, los servicios sociales están muy descentralizados y los servicios se prestan mediante un mix de proveedores público-privados, lo que significa que, incluso en los países con estructuras sociosanitarias más integradas, ha resultado necesario articular mecanismos adicionales de coordinación para realizar una gestión eficaz de la pandemia en los centros.

Las principales medidas de nivel macro adoptadas por los gobiernos estatales para facilitar la gestión de la pandemia en los centros residenciales para personas mayores se han orientado a tres objetivos:

- Centralizar el liderazgo y coordinar la respuesta a nivel nacional y regional
- Dotar al sector de fondos económicos adicionales para hacer frente a la pandemia
- Crear sistemas de vigilancia epidemiológica, centralizar la recogida de datos y la estrategia de comunicación

A continuación, se realiza una breve descripción de estas medidas

#### 3.1.1.1. *Centralizar el liderazgo y coordinar la respuesta a nivel nacional y regional*

Se han identificado dos tipos de medidas dirigidas a mejorar el liderazgo de la gestión de la crisis en el ámbito de los cuidados de larga duración: en algunos países se ha optado por establecer comisiones interinstitucionales para coordinar la respuesta; en otros casos, concretamente en España, se optó inicialmente por realizar cambios competenciales para otorgar el liderazgo de la crisis al Ministerio de Sanidad.

##### ⇒ *Cambios competenciales para centralizar el liderazgo e incrementar la capacidad de respuesta*

Tal y como se ha mencionado con anterioridad, en España, el liderazgo de la crisis ha sido asumido, casi en exclusividad, por el Ministerio de Sanidad. El Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 atribuía al Ministro de Sanidad las competencias delegadas en materia de servicios sociales. Además, en algunas Comunidades Autónomas, la gestión de las residencias de personas mayores fue asimismo transferida desde las consejerías o departamentos competentes en materia de servicios sociales, a los respectivos departamentos o consejerías de salud.

En este sentido, algunos observadores critican que el papel del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 en la gestión de la crisis ha sido muy reducido, por no decir testimonial, lo que, a su vez, ha determinado que no se haya valorado en su justa medida la importancia que tendría un adecuado manejo de la situación en los centros residenciales en la gestión global de la pandemia (Del Pino, y otros 2020). Esta falta de previsión respecto a la vulnerabilidad de los centros residenciales frente al COVID y del impacto que podía tener esta vulnerabilidad en la evolución global de la pandemia ha hecho que el impacto de la pandemia en los centros residenciales haya sido tan grande.

El Gobierno Español asumió, por otra parte, competencias extraordinarias en relación con la gestión de los centros residenciales privados, cuyos equipamientos y profesionales quedaron sujetos a las directrices de las administraciones públicas competentes. No se han identificado medidas de este tipo en otros países o regiones.

⇒ **Creación de comisiones encargadas de coordinar la respuesta a nivel nacional y regional**

En algunos países se han establecido mesas o comisiones interinstitucionales de coordinación (*National Taskforce*) para liderar la respuesta a la pandemia en el sector sociosanitario. Por ejemplo, en Austria, esta comisión se creaba en el seno del Ministerio competente en materia de salud y servicios sociales, integrada por una amplia variedad de representantes del ministerio y consultores/as de diferentes disciplinas sanitarias, pero con una representación muy limitada de las entidades del sector residencial. El Gobierno Israelí también designó una comisión para coordinar la respuesta a los brotes de coronavirus en los centros de larga estancia (Comas-Herrera, y otros 2020).

Tal y como se ha señalado, en España, al inicio de la pandemia, la estrategia en relación con la coordinación interinstitucional fue la de otorgar el liderazgo al Ministerio de Sanidad, atribuyendo a esta cartera las competencias delegadas en materia de servicios sociales, incluida la atención residencial a personas mayores. No obstante, una vez finalizado el Estado de Alarma y, en un marco de gobernanza compartida con las comunidades autónomas, el Consejo Territorial de Servicios Sociales (órgano en el que confluyen el Ministerio y las respectivas consejerías con competencias en la materia) consideró conveniente crear un “Grupo de Trabajo Residencias y COVID-19”, que quedó constituido el 25 de junio de 2020. El cometido principal de este Grupo de Trabajo, formado por todos los integrantes de la Comisión Delegada del SAAD y del Consejo Consultivo es “realizar un análisis comparado de los contenidos de los Planes de Contingencia elaborados por estos centros en los distintos territorios; obtener evidencias y lecciones aprendidas sobre las mejores prácticas y estrategias en la gestión residencial frente a COVID-19; y adaptar el sistema de recogida de datos propuesto por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) al caso español” (Secretaría de Estado de Derechos Sociales 2020). Si bien estos trabajos debían presentarse al Consejo a principios de septiembre, en la fecha de redacción de este informe (finales de noviembre) no se ha podido encontrar ningún documento hecho público por este Grupo de Trabajo.

Finalmente, cabe señalar que desde el Consejo Territorial del SAAD se prevé que la Secretaría de Estado de Derechos Sociales y las Consejerías responsables en las Comunidades Autónomas mantengan reuniones de coordinación periódicas para garantizar el intercambio de información en relación con la situación en los centros residenciales (Secretaría de Estado de Derechos Sociales 2020).

### **3.1.1.2. Creación de fondos económicos especiales**

Diversos países (Alemania, Australia, Austria, Irlanda o USA, entre otros) han anunciado fondos económicos específicos para hacer frente a la epidemia en los centros residenciales. En la mayoría de los países esta financiación adicional tiene por objetivo compensar a los centros por los gastos extraordinarios que les ha generado la pandemia y ayudarles a prepararse para posibles nuevos brotes (adquirir equipos de protección, reforzar plantillas, etc.). En algunos casos, como en Francia, por ejemplo, los fondos adicionales se han utilizado asimismo para intensificar la atención sanitaria que se presta a las personas residentes.

Por otra parte, en Estados Unidos, además de aprobar esta financiación adicional, se ha adelantado el pago de los servicios concertados a las entidades prestadoras de atención residencial en el marco del sistema Medicare, como medida para incrementar la liquidez de las empresas de cara a los desembolsos que deberán realizar en recursos de prevención y control.



### 3.1.1.3. Creación de sistemas de vigilancia epidemiológica

Los sistemas de vigilancia epidemiológica tienen al menos dos utilidades: por una parte, permiten vigilar la situación epidemiológica en la comunidad para reforzar las medidas preventivas en los centros residenciales tan pronto como se detecten signos de una elevada transmisión comunitaria en el entorno más próximo de las residencias<sup>15</sup>; por otra parte, permiten llevar un control de la sintomatología de las personas vinculadas a los centros y del número de infecciones activas, de cara a planificar recursos personales y materiales, no solo para los propios centros, sino también para sus hospitales y centros de salud de referencia. Por último, aunque no es ésta su función principal, los datos que se obtienen de estos sistemas de vigilancia se pueden utilizar para informar a la ciudadanía y garantizar, en un contexto de alta mortalidad entre personas alojadas en estos centros, la mayor transparencia al respecto.

Lógicamente, siendo la infección por coronavirus una enfermedad de declaración obligatoria, todos los centros han tenido que notificar los casos diagnosticados entre sus residentes o personal a las autoridades sanitarias. En la mayoría de los países, las administraciones públicas han establecido directrices y han elaborado guías para facilitar la interpretación y homogeneizar la recogida de datos en los centros. Sin embargo, no todos los países han hecho el mismo esfuerzo por facilitar a los centros la recogida de esta información, ni por integrar los datos procedentes de los servicios sociales en sus sistemas de información sanitaria<sup>16</sup>.

En algunos países —por ejemplo, en los Países Bajos— los centros residenciales tienen instalada la historia clínica electrónica del sistema de salud, por lo que las notificaciones procedentes de las residencias se han introducido directamente en la historia de cada residente, integrándose automáticamente en el sistema de vigilancia epidemiológica nacional (Comas-Herrera, Ashcroft, & Lorenz-Dant, 2020).

Otros países han otorgado a los centros permisos especiales y formación para acceder a los sistemas de información gubernamentales. Por ejemplo, en algunos estados de Estados Unidos —como Arizona— se ha facilitado a los prestadores de atención residencial (en su mayoría empresas privadas) permisos para acceder a los sistemas informáticos estatales e introducir los datos de vigilancia epidemiológica diaria. En otros estados, como California, el gobierno estatal ha recogido la información mediante encuestas online a los centros (CMS 2020).

En España, la [Orden SND/322/220](#), de 3 de abril, establecía los datos epidemiológicos mínimos que las comunidades autónomas debían comunicar al Ministerio de Sanidad. A partir de ahí, cada comunidad ha organizado la recogida de datos en los centros. En el caso de Euskadi, la mayoría de las residencias de personas mayores tienen instalada la historia clínica electrónica de Osakidetza (OSABIDE GLOBAL) y la realización de pruebas diagnósticas se ha centralizado en el servicio público de salud. Con todo, los centros han tenido que notificar su situación epidemiológica a las Diputaciones Forales periódicamente, para lo que cada ente Foral ha puesto en marcha su propio sistema de información.

Por último, en otros países y regiones, los centros han tenido que elaborar sus propios instrumentos para recoger la información estandarizada que les era solicitada desde las administraciones públicas.

Por otra parte, en lo referente a la utilización de los datos epidemiológicos recogidos en los centros a efectos de informar al público y a las propias personas residentes, ya se ha indicado al revisar las fuentes

---

<sup>15</sup> Algunas de las revisiones de la literatura consultadas señalan la importancia de que, en el caso de que se identifiquen brotes en el exterior, deben activarse dentro de las residencias los procedimientos necesarios para la identificación de casos de personas vinculadas al centro que hayan podido mantener contactos de riesgo (Yen, y otros 2020).

<sup>16</sup> Hay que tener en cuenta que, en la mayoría de los países, en el ámbito de los servicios sociales no hay sistemas de información que centralicen los datos de las personas usuarias de todas las entidades que prestan servicios residenciales.

disponibles sobre mortalidad en residencias que la mayoría de los países no hacen públicos estos datos de forma sistemática.

En Inglaterra, el instituto nacional de estadística ([ONS](#)) publica datos sobre fallecimientos de personas residentes en residencias públicas y privadas. Los centros residenciales notifican los fallecimientos a la *Care Quality Commission*, el organismo autónomo público encargado de la regulación y la inspección de los servicios, quien, a su vez, ha establecido un acuerdo con el instituto nacional de estadística para integrar esta información en sus actualizaciones semanales de datos sobre el coronavirus. La información que se facilita incluye el número de muertes totales y por COVID entre personas usuarias de centros residenciales, desagregado a nivel local y por el lugar fallecimiento.

Otros países como [Francia](#), [Bélgica](#) y algunos estados de EEUU como [Florida](#) también han incluido de forma sistemática en su estrategia de comunicación sobre el COVID datos específicos sobre el impacto de la epidemia en los centros residenciales.

Por otra parte, cabe destacar que en el Estado de Indiana, desde el 4 de mayo, el Departamento de Salud del Estado obliga a los centros residenciales a informar a las personas residentes y sus representantes sobre el número de nuevos casos de coronavirus y personas con síntomas respiratorios. Además, si las personas residentes o sus representantes lo solicitan, deben facilitarles el número total de casos y de fallecimientos entre los residentes y el personal (CMS 2020).

### 3.1.2. Medidas de nivel meso

Si el liderazgo, la financiación y la gestión de la información han orientado las principales medidas en nivel macro, en el nivel meso —del propio sistema de servicios sociales o de cuidados de larga duración— la actividad se ha centrado en proveer a los centros del conocimiento, los procedimientos y los recursos humanos y materiales necesarios para protegerse frente al COVID.

#### 3.1.2.1. Medidas de preparación frente al COVID

Prepararse para futuros brotes de coronavirus significa adquirir los conocimientos necesarios para adoptar las prácticas preventivas adecuadas a la situación, analizar las posibilidades que ofrece el centro para sectorizar a las personas residentes, establecer los procedimientos para garantizar la atención sanitaria a los y las residentes que enfermen y disponer de personal suficiente para garantizar la sustitución de las y los trabajadores que deban ausentarse por estar enfermos y/o confinados.

Las administraciones con competencias en materia de servicios sociales de la mayoría de los países han desarrollado estrategias y adoptado medidas para ayudar a los centros a prepararse para hacer frente al virus. Se han identificado al menos cuatro tipos de medidas:

- Elaboración de directrices, manuales, guías y protocolos
- Apoyo a los centros para elaborar y actualizar sus planes de contingencia frente al COVID
- Medidas para suplir carencias de personal
- Medidas para facilitar el aprovisionamiento de material de protección

A continuación, se hace una breve descripción de estas medidas y se ofrecen algunos ejemplos.

#### ⇒ Elaboración de directrices, manuales, guías y protocolos

La mayoría de los países han elaborado y publicado guías y protocolos de actuación ante el COVID para dar una respuesta homogénea al riesgo de expansión del virus en las residencias de personas mayores y

para garantizar la adopción de algunas medidas básicas de prevención y control. En la mayoría de los casos, estos documentos se han difundido a través de las webs de los ministerios de sanidad o de los centros nacionales de vigilancia epidemiológica (por ejemplo, en [Francia](#) o [Alemania](#), [Australia](#)).

Además, algunos países, como el Reino Unido, han elaborado un [Plan de actuación](#) frente al coronavirus para el conjunto de los servicios sociales, en el que se incluyen las actuaciones para el sector de la atención residencial. También en Euskadi, el Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de [Gipuzkoa](#) publicaba, el 24 de marzo, un “Plan de choque COVID-19” para los servicios sociales del Territorio Histórico con 7 líneas de actuación y 50 acciones” y un gabinete de crisis encargado de su despliegue.

En el caso de España, el Gobierno central ha publicado [documentos técnicos](#), de carácter orientativo, para mejorar la respuesta a la pandemia en los centros residenciales. Estos materiales se han difundido fundamentalmente a través de la web del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias ([CCAES](#)). También desde el Consejo Territorial de Servicios Sociales del SAAD se ha publicado un “[marco común](#)” para adaptar las recomendaciones generales del Plan de Respuesta Temprana<sup>17</sup> a entornos específicos como el de la atención residencial a personas mayores. Este marco común, que debe ser desarrollado por cada comunidad autónoma, contempla unas pautas muy básicas de actuación en lo referente a la elaboración de planes de contingencia, realización de pruebas diagnósticas, sectorización de residentes, medidas de aislamiento, formación y seguridad del personal, coordinación con el sistema sanitario y comunicación con las personas residentes y sus familiares. Por otra parte, los departamentos o consejerías responsables en materia de sanidad y/o servicios sociales de las comunidades autónomas han elaborado sus propios documentos de recomendaciones.

Finalmente, en algunos países se han creado centros o unidades específicas para ofrecer asesoramiento frente al COVID a los centros sociosanitarios. Por ejemplo, en Estados Unidos, una colaboración público-privada entre la Agencia para la Calidad de la Investigación Sanitaria (AHRQ), la Universidad de Nuevo México y el Instituto para la Mejora de la Sanidad (IHI) de Boston ha puesto en marcha un centro nacional ([AHRQ ECHO National Nursing Home COVID-19 Action Network](#)) para ofrecer formación y asesoramiento gratuitos en prácticas preventivas y de control del coronavirus a los proveedores de atención residencial. Este centro se ha creado gracias a un contrato público de hasta 237 millones de dólares que se ha financiado gracias a la nueva línea de financiación de 5.000 millones de dólares aprobada para el sector residencial.

En Andalucía, la Escuela Andaluza de Salud Pública ha puesto a disposición de las residencias un recurso online, conocido como [COVIR](#), que funciona como comunidad virtual de aprendizaje sobre el COVID para las residencias, donde se pueden encontrar materiales como guías, píldoras informativas o una aplicación de consulta a expertos/as.

#### ⇒ [Apoyo para elaborar y actualizar los planes de contingencia en los centros](#)

Todos los documentos de recomendaciones y guías de actuación revisadas señalan la necesidad de que los centros residenciales cuenten con planes de actuación frente al COVID, elaborados en el propio centro y adaptados a la realidad de estos.

En España, desde la entrada en la nueva normalidad, todos los centros residenciales están obligados a contar con planes de contingencia de este tipo que permitan una identificación precoz de los posibles casos entre personas residentes, y sus familiares y contactos, para activar, en caso necesario, los

<sup>17</sup> [Ministerio de Sanidad](#). “Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19”. Madrid: Gobierno de España, 2020.

procedimientos de control y coordinación con el sistema de salud<sup>18</sup>. En Euskadi, esta obligación de los centros quedaba establecida en la [Orden de 18 de junio de 2020](#), de la Consejera de Salud, sobre medidas de prevención necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, una vez superada la fase 3 del Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad.

Las guías, directrices y protocolos a los que se ha hecho referencia en el apartado anterior resultan, sin duda, de utilidad a la hora de elaborar los planes de contingencia en los centros. No obstante, algunos países han puesto en marcha equipos de profesionales expertos que se desplazan a los centros para ofrecerles asesoramiento in situ. Por ejemplo, en California (Estados Unidos) el Departamento de Salud elaboró una plantilla para facilitar a los centros la elaboración de los planes y los departamentos de salud pública les ofrecieron asistencia técnica para elaborarlos (CMS 2020). También en Estados Unidos, Kim y colaboradores describen, en un breve estudio observacional, el dispositivo de apoyo creado en Seattle (Washington) para ofrecer apoyo práctico a todos los centros residenciales de su área a la hora de diseñar y poner en práctica un plan de respuesta integral al COVID en tres fases, siendo la segunda de ellas la ayudar a los centros a revisar sus prácticas de prevención y control de la infección (Kim, y otros 2020).

En Canadá, también se ha descrito una experiencia similar, donde un Hospital de la provincia de Toronto, activó todo un sistema de apoyo a los centros residenciales de su área, incluyendo aspectos relacionados con la formación de las y los profesionales del centro, la revisión de las prácticas preventivas y de control en el centro, la facilitación de medios de detección y protección, movilización de equipos de respuesta rápida y atención psicológica a personas residentes y trabajadoras (Stall, Farquharson, y otros 2020).

En [Álava](#), el Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación ha elaborado un plan de contingencia para el conjunto de sus centros, que, además, ha puesto a disposición de los centros residenciales privados para facilitarles la elaboración de su propia planificación.

#### ⇒ Medidas para suplir carencias de personal

Durante la pandemia, muchos trabajadores y trabajadoras de los centros residenciales se han contagiado o han estado en algún momento sujetos a medidas de aislamiento por haber estado en contacto con el virus, por lo que no han podido acudir a sus puestos de trabajo.

Debido a esta situación de elevado absentismo, todos los países han tenido dificultades para contratar personal en los centros en un momento u otro de la pandemia, y han tenido que desarrollar medidas para ayudar a los centros a reclutar personal. Merecen ser destacados, en este ámbito, 4 tipos de medidas:

- **Campañas de captación de personal.** En Inglaterra, por ejemplo, se ha llevado a cabo una campaña nacional, dirigida a perfiles como terapeutas ocupacionales o enfermeros/as, para incorporar a recién titulados al sector de los servicios sociales (Comas-Herrera, Ashcroft, & Lorenz-Dant, 2020).

También en [Irlanda](#), se ha recurrido a campañas de captación específicas, mediante las cuales se ha solicitado la colaboración voluntaria de personal jubilado o inactivo.

En Berlín se da prioridad a las personas extranjeras con experiencia en labores de atención a personas con dependencia a la hora de la concesión de permisos de trabajo

---

<sup>18</sup> En Euskadi, esta obligación de los centros queda establecida en la [Orden de 18 de junio de 2020](#), de la Consejera de Salud, sobre medidas de prevención necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, una vez superada la fase 3 del Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad.

En Austria los jóvenes que están realizando el servicio militar o civil sustitutorio pueden elegir realizar sus funciones en los centros residenciales de personas mayores.

En Australia se ha permitido a las personas con visados que sólo permiten desarrollar jornadas de trabajo parciales realizar jornadas completas en el ámbito de la atención residencial.

- **Rebajar las cualificaciones exigidas para facilitar la contratación.** En diversos países, al igual que en el Estado español, se ha recurrido a rebajar los requerimientos que se exigen al personal en términos de experiencia y cualificación, al objeto de poder disponer de un mayor número de candidatos. Por ejemplo, en Australia, en Israel, en los Países Bajos o en algunos estados de USA, se ha permitido la contratación de sanitarios recién titulados y de estudiantes de últimos cursos de carreras sanitarias para cubrir vacantes. (Comas-Herrera, Ashcroft, & Lorenz-Dant, 2020). En Corea del Sur, se ha facilitado la contratación de personas con experiencia como cuidadores/as familiares, con un periodo previo de formación, con un salario equiparable al de los profesionales. Y, en algunos países, como el Reino Unido, se ha recurrido también al voluntariado.
- **Permitir la reasignación de tareas o la reubicación del personal.** En diversos países, como en España, se han establecido disposiciones que facilitan la reasignación de tareas de los trabajadores/as, o su reubicación desde servicios anexos (como centros de día o servicios domiciliarios temporalmente cerrados durante la pandemia) independientemente de su categoría profesional o de las funciones anteriormente asignadas, así como de su relación contractual con el centro (personal propio o subcontratado). En Irlanda, por ejemplo, se han recolocado cerca de un millar de trabajadores/as desde los servicios de atención domiciliaria a los servicios residenciales.
- **Elaborar listas centralizadas de contratación.** En [Baviera](#) se ha creado un portal web (*Pflegepool*) en el que se centraliza la inscripción de candidatos a incorporarse al trabajo en centros residenciales. Una de las particularidades de este sistema es que las personas empleadas que acceden al sistema y son contratadas temporalmente en una residencia no pierden su puesto de trabajo y siguen percibiendo la remuneración de la empresa en la que trabajan. En [Álava](#), el IFBS está procediendo a prestar apoyo a los centros de titularidad privada para la búsqueda de personal que pueda cubrir las bajas y reforzar las plantillas de estas residencias. De esta manera, ha remitido a Lanbide ofertas de empleo en las categorías de auxiliar de enfermería, monitor de discapacidad, cocinero/a y ayudante de cocina, con destino a los centros privados. También se ha contactado con el Colegio Oficial de Enfermería de Álava y centros de formación profesional del territorio para incluir las ofertas en sus bolsas de trabajo. Como consecuencia de todo ello, el IFBS ha podido facilitar medio centenar de currículos a residencias privadas que demandan estos perfiles profesionales.

Medidas para facilitar el aprovisionamiento de material de protección

La escasez de material de protección ha sido un problema grave para los centros residenciales en algunos países, como por ejemplo en España, especialmente al inicio de la pandemia.

Incluso en los países en los que no ha habido problemas tan graves de abastecimiento, aprovisionarse del material necesario<sup>19</sup> no ha sido fácil para los centros en un contexto de alta demanda.

En vista de esta situación, las administraciones públicas responsables han tomado fundamentalmente dos tipos de medidas para facilitar a los centros la adquisición de este material:

<sup>19</sup> La OMS recomienda que cada centro debiera disponer del stock equivalente a lo que consume en un mes.

⇒ Centralizar la compra y distribución de material a los centros.

Durante la pandemia, ha sido habitual que los departamentos de salud nacionales o regionales se hayan ocupado de centralizar la compra de material de protección y otro material sanitario, y de distribuirlo a los centros (sanitarios y de servicios sociales). En algunos países los centros residenciales se han quejado de que no se han priorizado sus necesidades a la hora de distribuir este material (Perrota, y otros 2020).

En el Estado de Kansas (USA), la página web de [BioKansas](#), una red de empresas biotécnicas del Estado, pone a disposición de los centros residenciales listados de las empresas que disponen de stock de equipos de protección y tests, y que están aceptando pedidos de estos materiales (CMS 2020).

⇒ Facilitar el acceso a sistemas de desinfección del material.

En Estados Unidos, numerosos estados —Alabama, Connecticut, Indiana, Massachusetts, Montana, Mississippi y Nuevo México— están ofreciendo a los centros residenciales de su territorio acceso gratuito a un sistema de [descontaminación](#) de EPIS para hacer frente a la escasez de material (CMS 2020).

En Gipuzkoa, la Diputación Foral también ha puesto a disposición de los centros residenciales sus servicios de lavandería, para ayudar a los centros a extremar la higiene y prevenir los contagios.

### 3.1.2.2. Medidas para prevenir la entrada del COVID en los centros

A nivel meso, las medidas preventivas —orientadas a impedir que el virus entrara en los centros— han consistido fundamentalmente en acciones para tratar de reducir el número de personas que entran en los centros —visitas, trabajadores/as de servicios auxiliares, voluntariado, etc.— y minimizar las salidas de las personas residentes. En este sentido, las medidas más comúnmente adoptadas han sido las siguientes:

⇒ Cerrar los centros a nuevos ingresos

En situaciones de una elevada tasa de contagio comunitario, los nuevos ingresos conllevan cierto riesgo de que el virus entre en los centros. Por otra parte, en los momentos más duros de la pandemia, la situación en muchos países, incluida España, ha sido prácticamente de colapso del sector residencial, por lo que ha habido periodos en los que los centros han permanecido cerrados a nuevos ingresos. Una alternativa ha consistido en aplicar una cuarentena a los nuevos ingresos.

⇒ Restricción de visitas y salidas del centro

En la mayoría de los países, los centros han permanecido cerrados a visitas en los meses más duros de la pandemia, para evitar que las personas procedentes del exterior introdujeran el virus en los centros. Durante esos meses, no se permitieron visitas a las personas residentes, salvo excepciones muy concretas como el acompañamiento a personas que se encontraban al final de la vida<sup>20</sup>.

Por lo general, las visitas se fueron retomando paulatinamente durante la desescalada y, al menos en Euskadi, se han mantenido con algunas restricciones en el inicio de esta segunda oleada que estamos viviendo actualmente. Hay que tener en cuenta que diversos estudios han evidenciado que el aislamiento y la falta de contacto social que se derivan de estas medidas restrictivas respecto a las

<sup>20</sup> Hay que decir, por otra parte, que la posibilidad de visitar a personas en situación terminal, si bien se ha acabado reconociendo en la mayoría de los países, no ha sido una realidad para todas las personas que han fallecido en los centros, ya que, al menos en España, ha habido semanas durante el confinamiento general, en las que no se han permitido las visitas bajo ningún pretexto.

visitas están teniendo un impacto negativo significativo en el bienestar físico y mental de las personas mayores (Fallon, y otros 2020) (Perrota, y otros 2020).

Junto con las visitas de familiares y amigos en los centros, una manera que tienen las personas que viven en centros residenciales de mantener las relaciones sociales y la vinculación con su entorno habitual, es la posibilidad de salir del centro, ya sea solas o acompañadas (en función de sus capacidades), para pasear, ir a comer o realizar otras actividades de ocio.

A este respecto, las personas responsables de los centros residenciales en las Diputaciones Forales han considerado que estas salidas de ocio suponen un mayor nivel de riesgo que las visitas, puesto que, al salir la persona fuera del control del centro, es más fácil que se relajen las medidas de prevención y se produzcan contagios. En cambio, las visitas en el centro se llevan a cabo de manera controlada y con todas las medidas de protección necesarias, con lo que resultan más seguras. En base a estas consideraciones, el acuerdo alcanzado entre las tres Diputaciones Forales respecto a las medidas de prevención a aplicar en los centros residenciales en esta segunda ola de la pandemia ha sido restringir en caso necesario —en función de la situación epidemiológica— primero las salidas del centro, y mantener en lo posible las visitas, aunque sea con restricciones.

⇒ **Suspender los servicios de atención diurna y respiro que se prestan desde algunos centros residenciales.**

Es frecuente que los centros residenciales presten servicios de respiro (estancias temporales) en sus instalaciones y lo es, asimismo, que compartan ubicación o equipamientos con servicios de atención diurna. En estos casos, para evitar que las personas en régimen diurno o de alojamiento temporal supusieran una fuente de contagio para los residentes, muchos países han optado por suspender estas actividades en las instalaciones de servicios residenciales.

⇒ **Prohibir la contratación de un/a trabajador/a por varios centros.**

En algunos países las y los profesionales de atención directa que rotan por varios centros, debido a que acumulan diferentes contratos de sustitución o de refuerzo, han constituido un vector de expansión del virus por los centros, tal y como lo han demostrado algunos estudios realizados en USA y en el Reino Unido (Chen, Chevalier y Long 2020). En consecuencia, los gobiernos han adoptado medidas para reducir este tipo de situaciones de “pluricontratación” de las y los trabajadores por parte de más de un centro.

⇒ **Reducir el acceso de las personas residentes a consultas externas e intervenciones sanitarias no urgentes.**

Muchos países han optado por cancelar temporalmente las consultas médicas o intervenciones sanitarias no urgentes de las personas mayores atendidas en centros residenciales, en parte para reducir el riesgo de contagio que suponen las salidas del centro para el resto de las personas residentes, y en parte para aliviar el colapso en el que se ha encontrado el sistema sanitario en algunos momentos durante la pandemia (Lum, y otros 2020).

En algunos países, como por ejemplo en Hong Kong o en Estados Unidos, se ha procurado compensar esta menor accesibilidad a servicios médicos externos, con una mayor cobertura de servicios de telemedicina. Por ejemplo, en el Estado de Arizona, la universidad estatal, dentro de su programa de telemedicina (<https://telemedicine.arizona.edu>), está desarrollando seminarios web para ofrecer apoyo a los centros residenciales de todo el estado a desarrollar y fortalecer rápidamente los servicios de telemedicina con que cuentan en sus centros (CMS 2020).

### 3.1.2.3. Medidas de control de la infección en caso de brote

En cuanto a las medidas adoptadas a nivel de sistema para controlar los brotes una vez se producen en un centro, cabe destacar tres tipos de actuaciones:

⇒ Crear equipos de Respuesta rápida.

En algunos países o regiones, como en Alemania o en determinados estados de Estados Unidos, se ha optado por poner en marcha equipos móviles de expertos en epidemiología y disciplinas relacionadas, que acuden a los centros residenciales tan pronto como se notifica un caso positivo para poner los medios necesarios para contener la expansión del virus en el centro.

En España, la Diputación Foral de [Bizkaia](#), anunciaba en junio la creación de estos equipos para, con la mayor rapidez posible tras un brote en un centro, revisar junto con las personas responsables del mismo las medidas de aislamiento, y colaborar en el rastreo de contactos.

⇒ Habilitar centros “COVID”.

En algunos países, como en Austria o España, se han habilitado centros específicos para derivar a personas infectadas por COVID de los centros residenciales de todo el territorio. La medida se ha aplicado con dos objetivos: en primer lugar, facilitar a los centros residenciales con dificultades para una sectorización adecuada, la adopción de las medidas de aislamiento necesarias para evitar la propagación del virus; pero también ofrecer a estas personas una atención sanitaria que estaría fuera del alcance de los centros residenciales, sin llegar a colapsar los hospitales.

En Euskadi, los tres territorios han habilitado centros específicos para derivar a personas mayores infectadas que requerían más cuidados de los que se les podían prestar en las residencias o que provenían de centros donde no podían cumplir adecuadamente las medidas de aislamiento.

En otros países, por ejemplo, en Eslovenia, se ha optado por trasladar a las personas sanas de sus centros cuando se ha producido un brote de coronavirus, habilitando para ello centros “limpios”.

⇒ Facilitar medios para la desinfección de los centros.

Una medida que se ha aplicado en varios países ha sido la de ofrecer a los centros residenciales equipos humanos y de material para la desinfección de los centros.

En [España](#), se ha desplegado a la Unidad Militar de Emergencias colaborar en la desinfección de centros. Asimismo, en Estados Unidos, varios estados —entre ellos, Alabama, Mississippi, Texas o Nuevo México— han utilizado a unidades especializadas de la Guardia Nacional en labores de desinfección en centros residenciales.

Por otra parte, las administraciones competentes en materia de salud y servicios sociales también han provisto a los centros de materiales de limpieza y desinfectantes y movilizado equipos humanos a los centros para colaborar en las tareas de desinfección.

### 3.1.2.4. Medidas de protección de las personas residentes y profesionales, y de continuidad asistencial

En este apartado se recogen algunas medidas que se han puesto en marcha a nivel de sistema de servicios sociales para proteger la salud y el bienestar de las personas usuarias y trabajadoras de los centros residenciales, en particular, para ayudarles a afrontar el estrés, el duelo y los trastornos emocionales causados por la pandemia. Entre las medidas adoptadas, cabe asimismo mencionar algunas actuaciones dirigidas a garantizar la calidad y la continuidad de la atención, y de los propios servicios



residenciales (por ejemplo, cuando en España tuvo que intervenir el ejército ante el colapso de los servicios funerarios que debían encargarse de retirar los cuerpos de las personas fallecidas de los centros residenciales).

#### ⇒ Cambios en las políticas y procedimientos de inspección

En algunos países, durante la pandemia se han modificado los procedimientos de inspección, al objeto de centrar la labor de inspección en las cuestiones relacionadas con el coronavirus, dejándose se inspeccionar o de exigir elementos de la normativa que no afectan directamente a esta situación. También se han revisado algunas de las normativas que rigen el funcionamiento de los centros, especialmente para facilitar la contratación de personal. En ese marco, algunos servicios de inspección, como el *Care Quality Commission* británico, han establecido servicios específicos de asesoramiento a los centros residenciales. En Estados Unidos, se han rebajado los requerimientos a los centros en términos de la realización trimestral de valoraciones con el RAI a las personas residentes.

#### ⇒ Posibilitar el retorno al domicilio de las personas residentes

En [Gipuzkoa](#), la Diputación Foral estableció, mediante la Orden Foral 287/2020, de 30 de marzo, una serie de ayudas técnicas y económicas (con una dotación presupuestaria de 245.000 euros) para posibilitar el retorno temporal a un domicilio particular, de personas usuarias de residencias y viviendas con apoyos durante el estado de alarma por Covid-19 y los tres meses posteriores a la finalización del mismo. Además de percibir estas ayudas, las personas que han optado por abandonar los centros temporalmente han tenido su plaza reservada hasta tres meses después de la finalización del estado de alarma.

En [Castilla y León](#), la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria dictó asimismo una circular con fecha 28 de marzo, donde se admitió, con carácter excepcional, el traslado voluntario de cualquier residente al domicilio familiar, siempre que no tuviera síntomas compatibles con el COVID -19 y previo informe de facultativo colegiado, entre otros requisitos, que garantizaban la posibilidad de recibir los cuidados requeridos en dicho domicilio.

#### ⇒ Medidas para reforzar la atención sanitaria

La disponibilidad, en las residencias de mayores, de personal médico que pueda atender a las personas residentes en caso de enfermar por COVID varía en función del país, incluso dentro de un mismo país entre centros residenciales. Por otra parte, durante la primera oleada de la pandemia ya se vio —por ejemplo, en España, pero también en otros países— que la coordinación entre los centros hospitalarios y las residencias no era todo lo ágil o eficaz que hubiera sido deseable (Del Pino, y otros 2020).

En consecuencia, algunos países han considerado necesario establecer procedimientos específicos para garantizar la asistencia sanitaria a las personas que enfermen de COVID en las residencias. En Francia, por ejemplo, se ha elaborado un [protocolo](#) para establecer el apoyo que los centros sanitarios deben prestar a los centros residenciales de personas mayores, sobre la base de que la atención a los residentes infectados que no presenten un estado grave ha de ser garantizado en las propias residencias con el apoyo necesario del sistema de salud, derivándose únicamente a los residentes en situación severa o crítica a los centros hospitalarios. El modelo de apoyo sanitario a los centros residenciales desarrollado en Francia incluye un servicio de apoyo telefónico permanente para facilitar la coordinación entre el sistema de salud y cada centro residencial, el nombramiento de un referente geriátrico para cada territorio dentro del sistema de salud y la creación de equipos móviles de geriatría en los servicios de salud. En china, por otra parte, cada centro residencial se emparejó con un centro hospitalario de referencia y se elaboró un plan específico para prestar atención sanitaria de emergencia

a todas las personas usuarias en centros residenciales para mayores, no solo a aquellas que enfermen de COVID.

Por otra parte, en algunos países como Australia, se ha optado por reforzar la capacidad de atención sanitaria de los centros mediante la subcontratación de personal especializado adicional.

#### ⇒ Apoyo a los centros para prestar cuidados paliativos

Aunque el ámbito de los cuidados paliativos no es ajeno a las residencias y muchas personas terminan su vida en ellas todos los años, durante la pandemia los centros se han encontrado con problemas para atender a las personas que se encontraban en situación terminal, bien porque se acumulaban en mayor número del que suele ser habitual, bien porque los hospitales no admitían casos que hubieran sido derivados en circunstancias normales.

En estas circunstancias, algunas administraciones han puesto a disposición de los centros recursos técnicos y humanos para prestar cuidados paliativos a sus residentes. Entre las medidas adoptadas en ese sentido cabe destacar las siguientes (Bauer, 2020):

- Autorización de visitas, aunque restringidas, cuando se prevé el fallecimiento de una persona.
- Puesta a disposición de los centros de equipos especializados en cuidados paliativos y asesoramiento específico sobre esta cuestión, con equipos disponibles durante las 24 horas del día.
- Elaboración de [protocolos](#) y [guías](#) monográficas sobre esta cuestión.
- Formación específica del personal en estas materias.
- Medidas para garantizar el suministro de fármacos contra el dolor.
- Desarrollo de herramientas específicas para recoger la opinión o la voluntad de las personas atendidas y sus familiares. Se han desarrollado herramientas de este tipo, por ejemplo, en [Italia](#).
- Medidas especiales de desinfección de las habitaciones y tratamiento de los cuerpos cuando se ha producido un fallecimiento.

#### ⇒ Apoyo a los centros para revisar y actualizar los documentos de voluntades anticipadas de las personas residentes.

Dada la vulnerabilidad de las personas que atienden, en general, se considera una buena práctica que los centros residenciales promuevan entre sus residentes la elaboración de documentos de voluntades anticipadas y/o planes de atención al final de la vida.

En contextos como la actual crisis sanitaria por la pandemia del COVID, el hecho de que las personas usuarias dispongan de esas voluntades por escrito resulta más crucial si cabe para una adecuada gestión de la pandemia. En este sentido, varios documentos de recomendaciones señalan la conveniencia de que, desde las administraciones responsables, se preste apoyo a los centros para elaborar y, en particular, actualizar estos documentos (Fallon, y otros 2020) (Organización Mundial de la Salud 2020). Alguno de los documentos consultados, por otra parte, hace referencia a la necesidad de revisar las directrices relativas a la no utilización de respiración artificial, pues se considera que esas directrices se indicaron antes de conocerse la epidemia de coronavirus y el papel de la respiración asistida en el tratamiento de las personas afectadas.

#### ⇒ Servicios de apoyo psicológico para residentes y profesionales

Numerosos autores están poniendo el foco en las consecuencias negativas que han tenido la pandemia y las medidas adoptadas para prevenir y controlar los contagios en la salud física y en el bienestar psicológico y emocional de las personas residentes. El aislamiento preventivo, la supresión o reducción de actividades grupales en los centros, la suspensión de visitas o la imposibilidad de salir al exterior, han

hecho mella en la salud y en el estado de ánimo de aquellas personas residentes que han tenido la fortuna de no enfermar por COVID (Chu, Donato-Woodger y Dainton 2020).

### 3.1.3. Medidas de nivel micro

En cuanto a las medidas aplicadas a nivel micro, en cada uno de los centros residenciales, lógicamente la diversidad es muy grande y puede haber tantas maneras de intervenir como centros distintos. No obstante, a partir de la revisión realizada pueden distinguirse al menos 15 grandes tipos de medidas. En los siguientes apartados se describe la orientación general de estas medidas, clasificándolas de acuerdo con su principal finalidad<sup>21</sup>.

#### 3.1.3.1. Medidas para preparar a los centros frente al COVID

A nivel micro, las principales medidas de preparación han sido tres: la designación, en los centros, de equipos responsables de la gestión de la epidemia; la formación de las plantillas en medidas de higiene y en prácticas de prevención y control de enfermedades; y la elaboración de planes de contingencia para recoger el conjunto de medidas preventivas y de control previstas para cada centro.

##### ⇒ Designación de equipos responsables de gestionar la epidemia en los centros

La rapidez en la respuesta resulta clave a la hora de frenar de manera efectiva a los brotes infecciosos en los centros. En este sentido, las guías sobre prevención y control de infecciones recomiendan que cada centro designe un equipo responsable de la gestión de la pandemia, que actúe como interlocutor con la dirección del centro y los responsables de los servicios de salud y se asegure de disponer de todos los medios, incluido un plan de contingencia, que se active inmediatamente cuando se detecta algún caso (European Centre for Disease Control Prevention 2020a). De acuerdo con la información recogida por el sistema de vigilancia del COVID-19 de la Organización Mundial de la Salud, algunos países como Hungría o Irlanda han establecido la obligatoriedad de designar estos equipos en cada centro (Curry y Langins, COVID-19 Health System Monitor 2020).

##### ⇒ Formación

Ante el riesgo de sufrir un brote, los centros han tenido que actualizar los conocimientos del personal en materia de prevención y control de infecciones, en prácticas de higiene de manos y de higiene respiratoria. En la mayoría de los países, las administraciones responsables en materia de servicios sociales han procurado facilitar esta labor formativa a los centros mediante la organización de cursos presenciales y a distancia. Por ejemplo, en Castilla y León, la Gerencia de Servicios Sociales organizó jornadas y cursos de formación con los siguientes contenidos (Junta de Castilla y León 2020):

- Actuaciones ante el virus: cuarentenas, aislamientos, evaluación del centro;
- Zonificación de áreas, Zonas de aislamientos
- Gestión de residuos
- Utilización de los EPIs
- Procedimiento de desinfección.
- Recomendaciones psicológicas a los residentes
- Organización del personal.
- Coordinación con los servicios sanitarios.

---

<sup>21</sup> También puede obtenerse una

#### ⇒ Elaboración de planes de contingencia

De acuerdo con las guías y directrices consultadas, disponer de un plan donde se contemplen todos los aspectos relativos a las medidas que se activarán para prevenir la entrada del COVID-19 en los centros y la manera en que se actuará ante la sospecha o detección de un caso entre el personal, las personas residentes o visitantes, es esencial para que los centros estén preparados para hacer frente a la epidemia. Se trata de un instrumento fundamental para una adecuada gestión de la epidemia en los centros, por lo que la mayoría de los países han dispuesto o recomendado que los centros deben tener estos planes actualizados.

En España, la *Guía de prevención y control frente al COVID19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial*, publicada por el Ministerio de Sanidad el 24 de marzo, establecía que “Los centros sociosanitarios deben disponer de planes de contingencia adaptados 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” (Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. 2020)

#### 3.1.3.2. Medidas para prevenir la entrada del COVID en los centros

Las principales medidas para prevenir la entrada del COVID en los centros han consistido en actuaciones dirigidas a reducir el movimiento de personas (personal, visitas y residentes) en los centros, a establecer un sistema de vigilancia de los síntomas y a incrementar las medidas de higiene para las personas residentes y el personal.

#### ⇒ Minimizar la rotación de personal dentro del centro

Ante la evidencia de que el movimiento de personal es un factor de riesgo, muchos países han tomado medidas para eliminar o minimizar la rotación del personal dentro del centro. Lo más habitual ha sido dividir el centro en sectores y asignar a las personas trabajadoras a una única zona.

Además, en algunos países, como en Estados Unidos, los centros residenciales privados han adoptado políticas de contratación restrictivas en relación con el personal eventual, evitando contratar a personas que hayan trabajado en otros centros (Comas-Herrera y otros, 2020).

#### ⇒ Confinamiento de las/los profesionales

Más allá de la sectorización y asignación del personal a un único sector, en algunos países, incluido España o Inglaterra, las personas profesionales han optado por confinarse voluntariamente en el centro, junto con las personas residentes, mientras ha durado el confinamiento general (Comas-Herrera y otros, 2020).

En algunos países los gobiernos han recomendado confinamientos temporales para el personal de los centros sociosanitarios: por ejemplo, en Estonia, el gobierno recomendó que el personal realizase turnos de 5 días, durante los cuales, el personal permanecería alojado en los centros (Curry y Langins, COVID-19 Health System Monitor 2020).

#### ⇒ Cuarentenas preventivas

Otra manera de prevenir la entrada del virus en los centros ha sido la de establecer periodos de cuarentena para las personas que podían haber estado en contacto con el Virus.

Establecer periodos de cuarentena obligatorios para las nuevas admisiones o para las readmisiones tras estancias hospitalarias ha sido una medida que se ha aplicado en muchos países (Comas-Herrera y otros, 2020). En Taiwán, por ejemplo, se suspendieron todas las consultas médicas externas no urgentes de las

personas residentes en centros de larga estancia y se establecieron cuarentenas de 14 días para los casos en los que la persona necesitaba salir del centro para recibir atención (Yen, y otros 2020).

Por otra parte, en algunos países se adoptaron medidas similares para el personal. En Islandia, por ejemplo, se optó por poner en cuarentena preventiva a todo el personal de los centros residenciales afectados por algún caso de COVID. El gobierno tomó medidas para sustituir a todos estos profesionales con trabajadores y trabajadoras de otras partes del país (Curry y Langins, COVID-19 Health System Monitor 2020).

#### ⇒ Restricción de visitas

En la mayoría de los países se han tomado medidas para restringir o prohibir las visitas en los centros residenciales. La República Checa e Islandia fueron los primeros en tomar estas medidas (el 2 y el 6 de marzo respectivamente). Otros países actuaron más tarde: en Inglaterra, Hungría o Grecia estas medidas no entraron en vigor de forma obligatoria hasta abril. No obstante, se tiene conocimiento de que, por ejemplo, en Inglaterra, algunos centros tomaron sus propias medidas para regular o prohibir las visitas con anterioridad a la entrada en vigor de las directrices gubernamentales el 2 de abril (Curry y Langins, COVID-19 Health System Monitor 2020).

#### ⇒ Control de síntomas

Establecer sistemas de triaje basados en la sintomatología típica del COVID para cualquier persona que accede al centro y un control diario de los síntomas de las personas residentes y del personal es una de las medidas de prevención y control básicas en cualquier epidemia.

Con todo, a medida que se tiene más información epidemiológica sobre el COVID, se ha ido viendo que una estrategia basada únicamente en el control de síntomas no es suficiente, en la medida en la que existe evidencia de que una parte importante de las personas infectadas por COVID es asintomática y de que la enfermedad puede presentarse con sintomatología atípica, especialmente entre las personas mayores<sup>22</sup> (Burton, y otros 2020) (Kimball, y otros 2020) (Smith, y otros 2020).

#### ⇒ Extremar las medidas de higiene y desinfección en zonas comunes

Procurar una adecuada higiene de manos, junto con la descontaminación periódica de las superficies de mayor contacto es vital para prevenir la transmisión del COVID. Como norma general, la OMS recomienda la desinfección generalizada de los centros semanalmente, y la limpieza de las superficies de mayor uso al menos dos veces al día, primero con detergente y posteriormente con una solución desinfectante adecuada (Organización Mundial de la Salud 2020a).

Por otra parte, algunos centros han puesto en marcha medidas adicionales relacionadas con la higiene de manos y la desinfección de las instalaciones, por ejemplo:

- Instalar aparatos desinfectantes en los accesos al centro y el establecimiento de entradas diferenciadas a las diferentes zonas o sectores de las residencias.
- Producir in situ productos para la desinfección de las manos.
- Prohibir la utilización en el centro de teléfonos móviles y otros dispositivos provenientes del exterior.
- Lavar la ropa del personal en el propio centro, utilizando los criterios generales establecidos para ello (agua a más de 60 grados, etc.).

<sup>22</sup> Burton y colaboradores, en un análisis de 189 centros residenciales de Escocia, encuentran sintomatología atípica en un 18% de las personas residentes con COVID; también Kimball y colaboradores, en Estados Unidos, determinan que en torno a una cuarta parte de las y los residentes con COVID presentan síntomas atípicos solamente.

- Restringir el uso compartido de equipamientos y dispositivos, así como esterilizar regularmente los dispositivos utilizados.

### 3.1.3.3. Medidas de control de la infección en caso de brote

Una vez se sospecha o confirma la aparición de una persona infectada en el centro, se aplican una serie de medidas de contención, para evitar la propagación del virus por el centro. Las medidas más habituales son cuatro: (1) la realización de tests a todas las personas vinculadas al centro; (2) la clasificación de las personas por el grado de contacto que han tenido con el COVID y la sectorización del centro para aislar a cada grupo de residentes; (3) trazabilidad de los contactos que han mantenido las personas infectadas; (4) aislamiento de las personas infectadas o sospechosas

#### ⇒ Pruebas diagnósticas

Ante la dificultad para identificar los casos de COVID a partir de la sintomatología únicamente, la realización de pruebas diagnósticas para confirmar los casos y valorar el grado de expansión del virus entre la población residente ha sido de vital importancia para los centros. Además ya se ha indicado que, dada la alta proporción de pacientes asintomáticos y con sintomatología atípica que se han encontrado en los estudios epidemiológicos realizados hasta la fecha, algunos autores recomiendan la realización periódica de tests a todas las personas residentes y trabajadoras como medida preventiva.

Al margen de estas recomendaciones, la realidad es que, sobre todo al principio de la pandemia, numerosos países tuvieron problemas de aprovisionamiento de material diagnóstico y, en algunos, los centros residenciales no fueron priorizados para acceder a los tests disponibles. En ese sentido, los países que optaron por hacer los tests a todas las personas residentes desde un primer momento, pueden haber evitado los contagios en mayor medida.

#### ⇒ Sectorización de los centros

Una de las primeras recomendaciones que recibieron los centros residenciales para hacer frente al COVID en la mayoría de los países, fue la de clasificar a las personas residentes por el nivel de contacto que habían tenido con el virus y aislar a los grupos de residentes así creados en una zona específica del centro.

De acuerdo con la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, del Ministerio de Sanidad, la clasificación de las personas residentes debía realizarse en 4 grupos:

- Residentes sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.
- Residentes sin síntomas, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.
- Residentes con síntomas compatibles con el COVID-19
- Casos confirmados de COVID-19.

Si bien idealmente cada uno de estos grupos se debía aislar en un sector diferenciado del centro, de manera que no hubiera contacto entre los grupos de residentes, numerosos autores reconocen que han existido problemas para llevar a cabo esta sectorización, tanto en España (Del Pino, y otros 2020) (Junta de Castilla y León 2020), como en otros países (por ejemplo, en el Reino Unido o en Canadá) (Hirdes, y otros 2020) (Organización Mundial de la Salud 2020b) (Rolland, y otros 2020).

#### ⇒ Aislamiento en las habitaciones

Las guías de actuación y recomendaciones publicadas mencionan la necesidad de realizar el aislamiento de casos positivos y sospechosos, preferentemente en habitaciones individuales con baño y, en caso de resultar imposible, en habitaciones compartidas con personas en la misma situación (sin mezclar

confirmados y sospechosos), en función de la sintomatología que presentan (National Collaborating Centre for Methods and Tools 2020).

No obstante, los centros han tenido dificultades para aplicar las medidas de aislamiento, no solo porque muchas no cuentan con habitaciones individuales suficientes para aislar todos los casos, sino porque, dado el grado de dependencia de muchas de las personas residentes, con frecuencia, el aislamiento no puede llevarse a cabo por los cuidados que necesita la persona. Varios informes denuncian incluso que en algunos centros han existido situaciones que, de facto, podrían calificarse de abandono, al estar las personas aisladas, en momentos en los que, por las carencias de personal a las que se ha hecho alusión, no podían recibir la atención que necesitaban. Diamantis y colaboradores, por ejemplo, encontraron que en un centro intervenido en Francia la mayoría de los 24 fallecidos durante un brote de COVID que duró cinco días se había debido, no al propio virus, sino a shock hipovolémico producido por la negligencia en los cuidados (Diamantis, y otros 2020). Por otra parte, varios autores han puesto de manifiesto el impacto negativo que las medidas de aislamiento pueden tener en las personas mayores y, particularmente, entre quienes sufren deterioro cognitivo o demencia (Suárez-González, y otros 2020).

#### *3.1.3.4. Medidas de protección de las personas residentes y profesionales, y de continuidad asistencial*

Como no puede ser de otra manera, durante la pandemia las personas responsables de los centros y el personal han volcado sus esfuerzos para minimizar el impacto que han tenido las medidas de distanciamiento social y aislamiento en la salud física, psíquica y emocional de las personas residentes y sería imposible recoger todo el abanico de medidas que se han puesto en marcha con este fin. Cabe, no obstante, centrarse en tres aspectos que han resultado esenciales durante esta crisis sanitaria: por una parte, toda una serie de iniciativas para procurar que las personas mayores mantuvieran el contacto con su familia y su entorno, a pesar de las medidas de confinamiento y/o aislamiento; por otra parte, la provisión de cuidados paliativos en los centros a personas que se encontraban en situación terminal por el COVID; finalmente, medidas para paliar los efectos psicológicos del miedo y del duelo entre las personas residentes que han visto fallecer a sus compañeros y compañeras.

##### ⇒ Comunicación con el exterior

La mayoría de los centros han puesto en marcha o mejorado sus sistemas de comunicación con el exterior, para facilitar que las personas residentes mantuvieran el contacto con sus allegados durante la crisis por el COVID. Comas-Herrera y colaboradores refieren, asimismo, intervenciones a nivel nacional o regional para facilitar a los centros las tecnologías necesarias. En Austria, se dieron tanto iniciativas públicas como privadas para facilitar la adquisición de medios tecnológicos para facilitar la comunicación virtual; también en Inglaterra, facebook donó más de 2.000 dispositivos de videollamada. En algunos países se han desarrollado asimismo iniciativas más amplias para paliar la soledad de las personas mayores en los centros residenciales, como, por ejemplo, en Irlanda, donde se ha llevado a cabo una iniciativa para que los niños y niñas escribieran cartas a las personas mayores de los centros. (Comas-Herrera, Ashcroft, Lorenz-Dant y otros 2020). Ejemplos cercanos son los del [Ayuntamiento de Vitoria](#) o la [Diputación Foral de Gipuzkoa](#), que han facilitado terminales telefónicas de videollamada a sus residencias para mayores.

Tal y como señalan Chu y colaboradores, a pesar de los esfuerzos realizados en los centros para facilitar este contacto virtual, hoy en día la tecnología todavía no se diseña pensando en las personas mayores, sus capacidades y necesidades, por lo que queda mucho margen de mejora en este tipo de iniciativas (Chu, Donato-Woodger y Dainton 2020).

### ⇒ Cuidados paliativos

Buena parte de los planes y directrices consultadas hacen referencia a la necesidad de prestar cuidados paliativos de calidad a las personas residentes que se encuentran en las fases terminales de la enfermedad. Entre las medidas adoptadas en ese sentido cabe destacar las siguientes ([Bauer, 2020](#)):

- Autorización de visitas, aunque restringidas, cuando se prevé el fallecimiento de una persona.
- Puesta a disposición de los centros de equipos especializados en cuidados paliativos y asesoramiento específico sobre esta cuestión, con equipos disponibles durante las 24 horas del día.
- Elaboración de [protocolos](#) y [guías](#) monográficas sobre esta cuestión.
- Formación específica del personal en estas materias
- Medidas para garantizar el suministro de fármacos contra el dolor. En algunos países como en Inglaterra, los centros residenciales no están autorizados a tener un stock de fármacos paliativos, y deben solicitarse para cada residente que los precisa. Aunque durante la crisis el sistema nacional de salud ha permitido la reutilización de estos fármacos (utilizar los fármacos prescritos a un paciente que ya no los necesita con otro paciente), no se ha solucionado el problema que representa el no poder mantener un stock de estos medicamentos en los centros ([Carter 2020](#)).
- Desarrollo de herramientas específicas para recoger la opinión o la voluntad de las personas atendidas y sus familiares. Se han desarrollado herramientas de este tipo, por ejemplo, en [Italia](#).

Algunas de las directrices consultadas, por otra parte, hacen referencia a la utilización de documentos de voluntades anticipadas para recoger las opciones de las personas gravemente afectadas por la enfermedad, así como de sus familiares, respecto a los tratamientos que quieren o no quieren recibir. En algunos casos, se ha recomendado revisar las directrices relativas a la no utilización de respiración artificial, pues se considera que esas directrices se indicaron antes de conocerse la epidemia de coronavirus y el papel de la respiración asistida en el tratamiento de las personas afectadas.

En el caso de [Francia](#), las recomendaciones relacionadas con los cuidados paliativos incluyen la creación de una línea telefónica de apoyo a los profesionales en estas materias, así como el nombramiento de un referente territorial encargado de prestar apoyo y asesoramiento a los centros en relación a este tipo de servicios. El protocolo también establece algunas normas y recomendaciones en relación con el acceso a la medicación contra el dolor.

### ⇒ Atención psicológica y apoyo al duelo

Tanto las personas residentes en los centros como el personal de los mismos ha necesitado atención psicológica para superar el estrés y el miedo durante la pandemia. Además muchos residentes, familiares y profesionales han necesitado apoyo para superar el duelo por las pérdidas sufridas. En muchos países, la atención psicológica para estas personas ha dependido de lo que han podido ofrecer los propios centros. En los países bajos, por ejemplo, una encuesta realizada por la Asociación Nacional de Enfermeras indicaba que el 69% de las enfermeras había sentido incrementarse su presión psicológica y un 28% indicaba que su empleador/a no ofrecía servicios de apoyo psicológico.

En España, el informe elaborado por Médicos sin Fronteras tras su colaboración con más de 500 centros residenciales ponía de manifiesto que no habían encontrado prácticamente ningún centro en el que las personas residentes tuviesen acceso a un servicio de apoyo psicológico durante las semanas que duró la crisis sanitaria ([Médicos Sin Fronteras 2020](#)). No obstante, con posterioridad, varias administraciones – entre ellas la Diputación de [Gipuzkoa](#) y de Álava— han anunciado que ofrecerán apoyo psicológico a las personas (residentes, familiares y/o profesionales) vinculadas a los centros residenciales para mayores. En Euskadi, el [Gobierno Vasco](#) también ha creado un servicio de apoyo al duelo para personas que han



perdido seres queridos por el COVID, aunque en este caso no es una iniciativa dirigida específicamente a los centros residenciales.

### 3.2. Evidencia sobre la efectividad de las medidas

Desde el inicio de la pandemia, diversas organizaciones –notablemente el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y la Organización Mundial de la Salud– han realizado un esfuerzo importante para publicar y difundir revisiones sistemáticas sobre la efectividad de diferentes medidas preventivas y de control frente a enfermedades infecciosas de transmisión por contacto. Lógicamente, las primeras revisiones incluían únicamente estudios publicados sobre otros agentes infecciosos como la gripe A o el SARM y, si bien es cierto que en estos meses se ha ido generando alguna evidencia específica en torno al nuevo coronavirus, en general, se encuentran más documentos de recomendaciones o guías de actuación basadas en conocimientos teóricos sobre las vías de transmisión del virus y actuaciones utilizadas frente a enfermedades de características similares, que estudios que hayan medido específicamente la efectividad de las medidas adoptadas frente al COVID (Rolland, y otros 2020). Una revisión publicada en abril por el Servicio Galego de Salud, por ejemplo, hallaba 5 guías con recomendaciones sobre el manejo del SARS-COV2 en residencias, y un estudio no controlado de tipo observacional llevado a cabo en el Condado de King, Washington, USA (Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico de la Agencia del Conocimiento en Salud 2020).

Otra revisión rápida (*rapid review*) publicada también en abril por el Centro para la Medicina Basada en la Evidencia, de la Universidad de Oxford, encontraba 30 estudios, guías o revisiones de la literatura con evidencia sobre medidas de efectividad de intervenciones de prevención y control de infecciones en centros residenciales. La mayoría de los estudios encontrados se referían, no obstante, a brotes de gripe en contextos donde existía una vacuna y, en cambio, la evidencia disponible era bastante limitada en cuanto a cómo gestionar este tipo de infecciones en ausencia de una vacuna (Koshkouei, Abel y Pilbeam 2020).

La revisión realizada ha identificado cuatro revisiones sistemáticas<sup>23</sup>, seis guías o documentos de recomendaciones<sup>24</sup> y cuatro estudios empíricos<sup>25</sup> que han analizado la cuestión de la efectividad de las medidas de prevención adoptadas. De acuerdo con estos documentos, los tipos de intervención para los que se dispone de evidencia sobre su efectividad serían los siguientes:

#### ⇒ Higiene de manos

La efectividad de una adecuada higiene de manos está bien documentada y, en la revisión publicada por el Centro de Medicina Basada en la Evidencia, se encontraron algunos estudios que analizaban intervenciones dirigidas a mejorar la higiene de manos entre las y los profesionales de los centros. De acuerdo con las autoras de la revisión, estos estudios, cuya calidad era variable, siendo la mayoría estudios pre-post sin grupo de control, no mostraban efectos significativos de intervenciones con un abordaje educativo únicamente. Estudios de cohorte que analizaban la relación a nivel de centro entre la realización de programas de formación en control de infecciones para el personal y la aparición de brotes, tampoco encontraban efectos significativos. No obstante, si encontraban alguna evidencia de enfoques combinados: por ejemplo, un estudio en el que se analizaba la influencia del conocimiento y

<sup>23</sup> (National Collaborating Centre for Methods and Tools 2020) (Rios, y otros 2020) (Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico de la Agencia del Conocimiento en Salud 2020) (Koshkouei, Abel y Pilbeam 2020)

<sup>24</sup> (European Centre for Disease Control Prevention 2020a) (European Centre for Disease Control and Prevention 2020b) (Ministerio de Sanidad 2020) (Organización Mundial de la Salud 2020a) (Organización Mundial de la Salud 2020b) (Yen, y otros 2020).

<sup>25</sup> (Kim, y otros 2020) (Stall, Farquharson, y otros 2020) (Rolland, y otros 2020) (McMichael, y otros 2020) (Smith, y otros 2020)

las actitudes del personal de enfermería en las prácticas de higiene de manos encontraba que su adherencia a las prácticas recomendadas sí mejoraba con la disponibilidad de medios (gel hidroalcohólico, lavabo, etc.) en el área inmediata de trabajo, y con una actitud favorable respecto a las medidas por parte del personal supervisor.

Por otra parte, la utilidad de gel hidroalcohólico para la higiene de manos está demostrada. Koshkouei y colaboradoras, por ejemplo, refieren un estudio controlado aleatorio, en el que se combinaba la formación en higiene de manos, con recordatorios y la utilización de geles hidroalcohólicos de bolsillo por parte del personal. La intervención resultó efectiva a la hora de mejorar la adherencia a las prácticas de higiene recomendadas por parte del personal y también a la hora de reducir la tasa de infección y mortalidad por neumonía entre las personas residentes. Otro estudio controlado no aleatorio también encontraba que la disponibilidad de gel reducía las tasas de infección entre las y los residentes.

Finalmente, Koshkouei y colaboradoras también encontraron una revisión sistemática en la que, a partir de cinco estudios —tres de ellos ensayos controlados aleatorios—, demostraban que utilizar cuatro de las estrategias de higiene de manos recomendadas por la OMS se asociaba con una menor tasa de infecciones respiratorias. Esta misma revisión concluía que una combinación de formación, supervisión y feedback respecto a prácticas de higiene de manos eran las maneras más efectivas de promover cambio duradero en las costumbres del personal respecto a la higiene de manos (Koshkouei, Abel y Pilbeam 2020).

#### ⇒ Descontaminación ambiental (desinfección)

Actualmente se sabe que el COVID19 sobrevive por diferentes periodos de tiempo en una variedad de superficies, por lo que diferentes organismos han recomendado la desinfección periódica de las instalaciones de los centros y de las superficies más de mayor contacto (ECDC 2020a; ECDC 2020b, OMS 2020a). La revisión realizada por Koshkouei y colaboradoras encontraba un estudio con diseño pre-post en el que se analizaba el uso semanal de un dispositivo ultravioleta para desinfectar las instalaciones de un centro residencial en Estados Unidos. El estudio encontraba un efecto significativo en la reducción de infecciones respiratorias y en la hospitalización por neumonía de personas residentes. No obstante, no quedaba claro si estos resultados se debían a la utilización del sistema ultravioleta para realizar las desinfecciones semanalmente, o si se relacionaban con una mejor limpieza diaria por parte del personal.

#### ⇒ Limitar la rotación del personal

Como se ha indicado al analizar los factores relacionados con la mortalidad en centros residenciales, tanto en Estados Unidos, como en Canadá y en el Reino Unido, existe evidencia de que el movimiento de personal entre centros (particularmente el movimiento de trabajadores/as eventuales empleadas por agencias de contratación para sustituir bajas en diferentes centros) ha sido un vector de expansión para el virus (Graham, y otros 2020), (Tinsley 2020) (Hirdes, y otros 2020). Por este motivo, Koshkouei y colaboradores recomiendan tomar medidas, ya sea a nivel de centro o de sistema, para limitar el movimiento de personal entre centros. No obstante, hay que tener en cuenta que, por muy prometedoras que sean este tipo de actuaciones para limitar la rotación de personal, la revisión realizada por estas autoras no aporta ningún estudio que haya evaluado intervenciones concretas en este sentido.

En la revisión realizada se ha detectado un estudio llevado a cabo en la región francesa de Haute Garonne (Rolland, y otros 2020) en el que se ha procurado medir la efectividad de algunas medidas relativas al personal, con resultados dispares en función de la medida: por una parte, sí se detectaba un efecto positivo de las medidas adoptadas para sectorizar los centros y limitar el movimiento de personal entre sectores (OR = 0,17;  $p < 0,001$ ), pero por otra parte, no se detectaba ningún efecto de las medidas adoptadas en algunos centros para reducir la contratación de personal eventual (OR = 1,91,  $P = 0,26$ ).

#### ⇒ Restricción de visitas

La revisión realizada por Koshkouei y colaboradoras en abril no encuentra ningún estudio referido a la efectividad de las medidas relacionadas con la limitación o la prohibición de visitas (Koshkouei, Abel y Pilbeam 2020).

#### ⇒ Realización periódica de tests diagnósticos

Existe evidencia de que la pronta identificación de un brote (típicamente menos de 3 días) es esencial para coordinar una respuesta efectiva a la epidemia en los centros (Koshkouei, Abel y Pilbeam 2020).

Existe asimismo evidencia de que una parte significativa de las personas que se contagian en los centros residenciales son asintomáticas o presintomáticas<sup>26</sup>, aunque pueden transmitir el virus, por lo que la realización de tests periódicos al conjunto de las personas residentes y del personal es una práctica recomendada desde diversas instancias (European Centre for Disease Control and Prevention 2020b) (Organización Mundial de la Salud 2020b) (Graham, y otros 2020) (Smith, y otros 2020).

Graham y colaboradores, por ejemplo, describen la rápida expansión del virus en cuatro centros residenciales londinenses tras detectarse un brote en uno de ellos, y ponen de manifiesto la relevancia que tendría como medida de prevención y control el realizar tests preventivos a residentes y profesionales de forma periódica, dada la elevada tasa de personas asintomáticas y con síntomas atípicos. Con todo, las y los propios autores reconocen que pueden presentarse dificultades para la realización de este tipo de cribados masivos en los centros. En el mismo sentido, señalan que, si bien sería muy relevante que el personal eventual fuera testado antes de entrar a trabajar en los centros, la necesidad de realizar esas pruebas puede suponer un problema logístico importante, que podría llegar a amenazar la continuidad del servicio en algunos centros. Finalmente, ponen en evidencia que se necesita más conocimiento sobre algunas cuestiones clave como, por ejemplo, con qué periodicidad habría que realizar estos tests para frenar de forma eficiente la cadena de transmisión (Graham, y otros 2020).

En Brasil, Moraes y colaboradores también encuentran que la realización periódica de tests PCR a todas las personas residentes y profesionales cada 8 días sería lo ideal para frenar la transmisión del COVID-19 en los centros residenciales. No obstante, dadas las dificultades logísticas que se plantean para llevar a la práctica esta estrategia de testing de manera generalizada en Brasil, plantean una estrategia más factible que implicaría la realización de tests de antígenos a todas las personas residentes y trabajadoras cada siete días, y la realización de pruebas PCR únicamente a quienes hayan obtenido un resultado positivo en el test de antígenos (Moraes, y otros 2020).

#### ⇒ Aislamiento de casos sintomáticos / sospechosos

La revisión realizada por Koshkouei y colaboradoras no encuentra ningún estudio que aporte evidencias sobre la efectividad de esta medida, a pesar de que es una de las actuaciones recomendadas por el Departamento de Salud pública inglés (Koshkouei, Abel y Pilbeam 2020). Otra revisión rápida elaborada por investigadores de la Universidad McMaster para la Agencia de Salud Pública del Gobierno de Canadá, tampoco encontraba evidencia sobre la efectividad de las medidas de aislamiento por cohorte de casos positivos en centros de larga estancia, y señalaba la necesidad de contar con más evidencia sobre este tipo de medida, dadas las dificultades con que se encontraban muchos centros para realizar

---

<sup>26</sup> En Cataluña, por ejemplo, la proporción de personas asintomáticas entre las personas residentes infectadas fue prácticamente del 70% y entre las profesionales, del 56%. También el estudio de Graham y colaboradores en cuatro centros del Reino Unido encontraba que en torno al 60% de las personas residentes infectadas eran asintomáticas o tenían sintomatología atípica (Graham, y otros 2020).

aislamientos en habitaciones individuales, tal y como recomiendan las guías de actuación en prevención y control de infecciones (National Collaborating Centre for Methods and Tools 2020).

⇒ Derivación de casos positivos a otros centros

Dadas las dificultades que se han encontrado los centros para sectorizar a las personas residentes, muchas administraciones, entre ellas las vascas, han habilitado centros alternativos a los hospitales (centros de día, centros sociosanitarios) para derivar a las personas contagiadas o que presentaban síntomas respiratorios agudos. De acuerdo con Pino y colaboradores, “una de las prácticas más eficaces para contener los brotes ha sido derivar pacientes COVID-19 a otros centros temporales. Además, es muy importante también para que el resto de las personas residentes pueda hacer una vida lo más parecida posible a la normalidad, lo que es muy relevante para su salud física y mental.” (Del Pino, y otros 2020).

En conclusión, en lo referente a la efectividad de las medidas de prevención y control adoptadas en los centros residenciales para personas mayores, varias de las revisiones sistemáticas identificadas (Koshkouei, Abel y Pilbeam 2020) (National Collaborating Centre for Methods and Tools 2020) (Rios, y otros 2020) apuntan a la necesidad de generar más evidencia para guiar las actuaciones en los centros residenciales de larga estancia. Tal y como señalan Rios y colaboradores, por ejemplo, aunque se ha hablado mucho de la relevancia de las prácticas de contratación como vector de infección, prácticamente no existen estudios sobre el impacto que podrían tener medidas concretas relacionadas con la gestión del personal eventual a la hora de frenar los brotes. Además, si bien las guías de actuación recomiendan determinadas estrategias como el uso adecuado de equipos de protección individual, las deficiencias en la provisión de estos materiales de protección ha sido una constante en muchos países. Esto pone de manifiesto que es necesario tener en cuenta las dificultades, ya sean prácticas o tecnológicas, que pueden surgir a la hora de aplicar las pautas y recomendaciones en los centros. Finalmente, las y los autores advierten que, probablemente, la evidencia más actualizada en relación con la prevención y el control del COVID-19 no está en las guías dirigidas específicamente a los centros residenciales, sino en los materiales que se preparan para los hospitales y centros de cuidados agudos. En definitiva, para las y los autores, resulta evidente que, al margen de las recomendaciones, los centros residenciales necesitan más apoyo y recursos para afrontar la crisis de manera efectiva (Rios, y otros 2020).

Finalmente, cabe destacar que, al margen de las diferencias que pudiera haber en la eficacia de las medidas de prevención y control aplicadas para contener la expansión del virus en los centros, una cuestión que se destaca en varios informes es la de la temporalidad con la que se han aplicado las medidas. En efecto, parece que, en algunos países, la alta incidencia del coronavirus en los centros de mayores no se ha debido tanto a la no aplicación de determinadas medidas de prevención y de control, como a su aplicación demasiado tardía, o posterior, en cualquier caso, a que el virus estuviera muy extendido en el entorno comunitario de los centros y, por lo tanto, hubiera tenido la ocasión de entrar en ellos (Junta de Castilla y León 2020). Hirdes y colaboradores, por ejemplo, al comparar la situación de Canadá y Nueva Zelanda, advierten que, al ser este último un país con una dilatada tradición en gestión de alertas y emergencias por terremotos, los centros residenciales estaban mucho más preparados para hacer frente a una crisis, y actuaron rápidamente para actualizar sus planes de contingencia, cerrando los centros y revisando protocolos con anterioridad, incluso, a que se les realizaran recomendaciones concretas al respecto (Hirdes, y otros 2020).

Rolland y su equipo, en un estudio que analizaba desde una perspectiva empírica el efecto que habían tenido las medidas de prevención aplicadas en los centros de la región occitana de Haute Garonne en las

tasas de infección de las y los residentes, también encontraba que los centros que habían tomado determinadas medidas antes del 23 de marzo (fecha en la que se detectó el primer caso en un centro residencial de la región) tuvieron mejores resultados en términos de capacidad para evitar un brote (Rolland, y otros 2020). Concretamente, la asignación del personal exclusivamente a una zona del centro (sectorización) con anterioridad a la fecha en que se produjo el primer fallecimiento de una persona residente en la región permitía reducir el riesgo de sufrir un brote en aproximadamente un 80%. También se observó un efecto positivo de la valoración que hacía el personal de las medidas preventivas aplicadas, de manera que los centros donde el personal juzgaba que las medidas se habían aplicado mejor (con mayor rigor) tenían mayor probabilidad de evitar un brote. En cambio, en este estudio no se detectaron efectos positivos de otra serie de medidas analizadas: la sectorización de personas residentes, minimizar el recurso a personal eventual, la adopción de protocolos específicos respecto al cambio de ropa para las personas profesionales, el uso de mascarilla, la realización de cursos de formación respecto a medidas de higiene, el aislamiento preventivo en las habitaciones de las personas residentes y la suspensión de actividades grupales no mostraron una asociación significativa con la aparición de brotes en los centros (Rolland, y otros 2020). Hay que tener en cuenta, a la hora de interpretar estos resultados –especialmente en lo relativo a las medidas que no se mostraron efectivas–, que el estudio de Rolland y colaboradores se ve limitado, tal y como señalan los propios autores, por el pequeño número de centros analizado, por lo que serían cuestiones que habría que continuar analizando.

## 4. Lecciones aprendidas y recomendaciones

Numerosos organismos e instituciones han realizado recomendaciones para mejorar la gestión de la pandemia en los centros residenciales a lo largo y ancho del mundo, a partir de las lecciones aprendidas durante estos meses de crisis sanitaria. La Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, ha publicado una reseña normativa que recoge 11 objetivos y varias medidas clave para prevenir y gestionar la COVID-19 en los servicios sociosanitarios, dirigida a responsables políticos y a las autoridades nacionales, regionales y locales que participan en la respuesta a la pandemia (Organización Mundial de la Salud 2020b).

Una revisión exhaustiva de esas recomendaciones queda fuera del alcance de este informe, especialmente en lo referente a las medidas de nivel micro, puesto que se han publicado innumerables guías, recursos y materiales para ayudar a los centros a prevenir y a controlar la infección y para paliar los efectos negativos de las medidas restrictivas aplicadas en la salud y el bienestar de las personas residentes. No obstante, en los apartados siguientes se señalan las principales lecciones aprendidas, especialmente en relación con la gestión de la pandemia en España durante los primeros meses de 2020, a partir del estudio elaborado por el CSIC (Del Pino, y otros 2020), y los informes elaborados por el Grupo de Trabajo Multidisciplinar para el Ministerio de Ciencia e Innovación (Grupo de Trabajo Multidisciplinar 2020), la Junta de Castilla y León (Junta de Castilla y León 2020), y Fresno y colaboradores en Navarra (Fresno García, y otros 2020), y con las medidas que cabría adoptar para mejorar estos aspectos de la gestión en los centros residenciales en la segunda ola en la que se encuentran inmersos actualmente.

### 4.1. Dificultades encontradas

A partir de la revisión realizada, se detectan algunas dificultades a las que ha tenido que hacer frente el sector de la atención residencial a personas mayores – en muchos países del mundo y particularmente en España– para gestionar el impacto de la pandemia por COVID entre sus residentes y personal. Los principales son: la falta de preparación de los centros en prevención y control de infecciones; la falta de liderazgo y las dificultades de coordinación con el sistema de salud; y las carencias de recursos materiales y de personal.

#### 4.1.1. Falta de preparación de los centros para hacer frente a la pandemia

Tras estos meses de crisis sanitaria resulta evidente que la pandemia del COVID cogió por sorpresa a la mayoría de los países, en los que incluso los sistemas sanitarios se vieron sobrepasados. La Organización Mundial de la Salud reconoce que, siendo los cuidados de larga duración un sector que, en comparación con el sanitario, recibe una atención secundaria por parte de los gobiernos de la mayoría de los países, incluso en los más desarrollados, las primeras respuestas políticas a la pandemia en muchos países no incluyeron al sector de los cuidados de larga duración (Organización Mundial de la Salud 2020a).

El informe realizado por el Grupo de Investigación “Políticas Sociales y Estado del Bienestar” del CSIC también ponía de manifiesto que los planes nacionales de emergencias anteriores a la pandemia, redactados con el liderazgo del Ministerio de Sanidad, no especificaban cómo actuar en las residencias de personas mayores, y que, en consecuencia, *“las residencias vivieron una situación de desconcierto durante mucho más tiempo que otros centros sobre los que se actuó prioritariamente, como los sanitarios, o que directamente podían cerrarse, como los centros escolares u otros servicios”* (Del Pino, y otros 2020).

Tanto el informe navarro como el castellanoleonés apuntaban, por otra parte, al hecho de que la variabilidad en la tasa de contagio entre los centros residenciales se explicaba fundamentalmente por la tasa de incidencia del virus en el entorno comunitario, indicando que, una vez la epidemia estaba

suficientemente extendida en una determinada zona de salud, las medidas de prevención resultaron insuficientes para evitar que el virus penetrase en los centros (Fresno García, y otros 2020) (Junta de Castilla y León 2020).

El informe de la Junta de Castilla y León, a través de una descripción detallada de las medidas que se fueron tomando desde las Gerencias de Servicios Sociales, pone también de manifiesto, aunque sea indirectamente, cómo la respuesta de las instituciones a la crisis en los centros se fue construyendo a medida que surgían nuevos problemas, ya fuera en relación con el aprovisionamiento de material de protección o de tests diagnósticos, con la contratación de personal para sustituciones o refuerzo, la sectorización de los centros, la desinfección de las instalaciones, etc. Aunque el informe evidencia el esfuerzo realizado por las Gerencias de Servicios Sociales para prestar apoyo a los centros residenciales en la gestión de todas estas cuestiones, también denota una falta de previsión y anticipación de los problemas y necesidades que podían surgir en una situación de emergencia sanitaria.

En cierta medida, dado que no es extraordinario que surjan brotes infecciosos –gripe, neumonía u otros– en los centros residenciales, y que muchos de los sistemas de gestión o verificación de la calidad para este tipo de centros incluyen ítems relacionados con la existencia de medidas de prevención de brotes infecciosos, era quizá de esperar que los centros hubieran estado mejor preparados para hacer frente a la pandemia, aunque también es cierto que la falta de una vacuna o de tratamientos efectivos hacen que esta pandemia sea algo distinta de otras vividas anteriormente. Sin perjuicio de lo anterior, tal y como afirman Hirdes y colaboradores refiriéndose a Nueva Zelanda (Hirdes, y otros 2020), es posible que en aquellos países donde exista una mayor tradición en gestión de otro tipo de crisis (desastres naturales, etc.) los centros hayan sabido responder con mayor rapidez a la situación de emergencia causada por el coronavirus, y esto haya marcado finalmente una diferencia en el impacto que han sufrido en términos de morbilidad y mortalidad.

#### 4.1.2. Falta de liderazgo y descoordinación interinstitucional

El liderazgo y la coordinación interinstitucional son dos de los aspectos centrales de la gestión de cualquier crisis que, en sí mismos, plantean importantes dificultades. Tal y como reconoce la Organización Mundial de la Salud, la gestión de la crisis en el ámbito de los servicios sociales ha resultado particularmente compleja, por ser un ámbito de la política pública altamente descentralizado, donde además intervienen numerosos actores públicos y privados en la prestación de servicios (Organización Mundial de la Salud 2020b). En este contexto altamente fragmentado, el liderazgo y la coordinación adquieren especial relevancia.

Con todo, en la mayoría de los países el liderazgo de la pandemia ha sido asumido fundamentalmente por los ministerios competentes en sanidad y existen evidencias de que, en muchos países la articulación entre el ministerio de sanidad, el ministerio competente en materia de servicios sociales y las administraciones regionales o locales responsables en último término de la prestación de servicios residenciales, no ha sido óptima (Organización Mundial de la Salud 2020b). En España, la asunción de la “autoridad” de la gestión de la crisis por parte del Ministerio de Sanidad, incluso en lo referente a los servicios sociales<sup>27</sup> y el hecho de que la Vicepresidencia de Derechos Sociales y no asumiese este papel ha sido criticado por parte de algunos observadores (Del Pino, y otros 2020). De acuerdo con estas críticas, *“debería revisarse si esta decisión fue la adecuada dado el desbordamiento del Ministerio de Sanidad, su falta de vinculación directa con el sector de los servicios sociales y la propia existencia de la Vicepresidencia de Derechos Sociales (por su propio rango y debido al carácter social de las residencias)”*,

<sup>27</sup> Según el Real Decreto 463/ 2020 de 14 de marzo por el que se declaraba el estado de alarma, la autoridad competente delegada en materia de servicios sociales eran el ministro de Sanidad y los gobiernos autonómicos.

dado que todo ello dificultó enormemente el liderazgo efectivo de la gestión de la pandemia en los centros residenciales.

Más allá de la insuficiente implicación del Ministerio competente en materia de servicios sociales en el liderazgo de la gestión de la pandemia que, como se ha indicado, hubiera resultado clave a la hora de integrar mejor la protección de los servicios residenciales en la respuesta a la crisis, o precisamente, a causa de esta falta de liderazgo, también han existido problemas de coordinación entre el sistema sanitario y de servicios sociales a la hora de proveer a los centros de material de protección y de diagnóstico, y de prestar atención sanitaria a las personas que enfermaban por COVID. El informe elaborado por Médicos sin Fronteras sobre la situación encontrada en los más de 500 centros residenciales españoles en los que intervinieron de alguna manera como voluntarios, describe una situación especialmente sangrante, donde, debido a las dificultades para realizar derivaciones hospitalarias, los centros residenciales se vieron obligados a atender en sus centros a residentes enfermos por COVID con un pronóstico muy serio, sin los recursos de protección ni el material médico necesario, y con el consiguiente riesgo de expansión del virus entre otras personas residentes y profesionales (Médicos Sin Fronteras 2020).

El informe elaborado por el CSIC, a partir de entrevistas en profundidad a directores/as de centros residenciales y a responsables de la gestión de la sanidad y de los servicios sociales en las administraciones central y autonómica, también pone de manifiesto estas mismas dificultades de coordinación en la respuesta a la pandemia. De acuerdo con este informe, “la (des)coordinación intersectorial en muchos lugares del territorio nacional ha demostrado ser una de las claves explicativas de la magnitud alcanzada por esta crisis, tanto en el ámbito político-administrativo (Ministerios y Consejerías), como en el organizativo (residencias y centros sanitarios). [...] *“En un nivel operativo, en algunas CCAA, especialmente durante las primeras semanas de la crisis, el (des-)encaje entre las residencias y el sistema sanitario, en particular los centros de atención primaria y los hospitales, ha sido uno de los asuntos más relevantes de la crisis de la COVID-19. [...] Por lo que se refiere a los hospitales, una de las circunstancias más dramáticas y polémicas fue la relacionada con los posibles obstáculos planteados desde distintas instancias a la hospitalización de las personas mayores residentes en centros geriátricos contagiados por coronavirus. En un contexto de desbordamiento absoluto de los hospitales en algunas CCAA, el establecimiento de mecanismos de triaje (método de selección y clasificación de los pacientes empleado en la enfermería y la medicina de emergencias y desastres) era probablemente inevitable. [...] [Pero] esta situación resultó extremadamente controvertida, particularmente porque existía la grave sospecha de que la selección de los pacientes que ingresaban en planta (y especialmente de aquellos que eran trasladados a las Unidades de Cuidados Intensivos - UCI) no era siempre el resultado de una evaluación individualizada del estado de salud del paciente, sino que se pudiese estar equiparando a residentes en centros geriátricos con enfermos irrecuperables y que esto se tradujese en la no admisión hospitalaria”*. (Del Pino, y otros 2020).

#### 4.1.3. Escasez de recursos y de personal

En muchos países, el aprovisionamiento de material de protección individual para el personal de los centros sociosanitarios ha resultado problemático, porque los gobiernos destinaron los recursos de forma prioritaria a los centros hospitalarios (Organización Mundial de la Salud 2020b).

Indudablemente, disponer de material de protección adecuado –incluidas batas impermeables, mascarillas FFP2 o FFP3, gorros desechables, guantes médicos largos y protección ocular– es esencial para frenar la transmisión del virus en entornos asistenciales como los centros residenciales o los hospitales; no obstante, los informes navarro y castellanoleonés, en los que se describe la situación de los centros residenciales para mayores de esas comunidades autónomas durante la crisis, pone de manifiesto que hubo escasez de equipos de protección durante todo el mes de marzo y que los tests



para realizar pruebas diagnósticas no estuvieron disponibles de forma generalizada hasta mediados de abril (Fresno García, y otros 2020) (Junta de Castilla y León 2020). De acuerdo con la encuesta realizada por Fresno y colaboradores, por ejemplo, en Navarra, prácticamente la mitad de los centros consultados tuvieron que hacer uso de equipos de protección artesanales durante los momentos más duros de la pandemia y este hecho mostró una asociación significativa con la tasa de contagio en los centros (Fresno García, y otros 2020). De acuerdo con el informe elaborado por el CSIC en base a entrevistas en profundidad con directores y directoras de centros residenciales, la mayoría de ellos coinciden en que las dificultades encontradas para conseguir equipos de protección individual aumentaron significativamente tras la declaración del estado de alarma por parte del Gobierno, con la consiguiente decisión de centralizar la compra y requisar materiales por parte de las administraciones públicas: *“según los entrevistados, esa decisión ha implicado problemas tanto de abastecimiento (residencias que anteriormente tenían sus propios proveedores no han podido contar con ellos para seguir comprando materiales) como de especulación sobre el precio de materiales”* (Del Pino, y otros 2020).

Por otra parte, en España, como en otros países, la disponibilidad de tests diagnósticos fue limitada durante las primeras semanas de pandemia, lo que ha podido resultar clave en la propagación del virus en los centros residenciales, dada la existencia, como se ha señalado anteriormente, de una importante proporción de personas infectadas que son asintomáticas y que, por lo tanto, no pueden ser detectadas mediante el control de síntomas que se había recomendado aplicar en los centros. Tal y como señala el informe elaborado por el CSIC, la falta de disponibilidad de tests, junto con inconsistencias en las directrices sobre a quién debían realizarse<sup>28</sup> y las demoras en la obtención y comunicación de resultados –que durante el mes de marzo y la primera mitad de abril podían tardar entre varios días a más de una semana, en función de la CCAA– limitaron decisivamente la efectividad de otras medidas como la clasificación de las personas residentes por nivel de riesgo y la sectorización de los centros, lo que contribuyó decisivamente a la expansión del virus por los mismos (Del Pino, y otros 2020).

En tercer lugar, durante los meses de pandemia se agravó notablemente el problema de escasez de recursos humanos que afecta crónicamente a los sistemas de servicios sociales de la mayoría de los países desarrollados (Organización Mundial de la Salud 2020b). Concretamente en España, los centros residenciales, que en circunstancias normales ya reclaman la ampliación de sus ratios de personal para poder ofrecer una atención digna y de calidad a las personas residentes, se vieron afectadas por un elevado absentismo como consecuencia de la propia enfermedad que, en ausencia de equipos de protección adecuados, afectó a numerosos trabajadores y trabajadoras, y de la necesidad de realizar cuarentenas preventivas ante la aparición de síntomas o de contacto estrecho con otros casos, y también porque algunas personas decidieron no acudir a trabajar, por miedo a contagiar a sus seres queridos. Estas deficiencias estructurales y coyunturales de personal, especialmente de personal cuidador y sanitario, confluyeron además con un incremento en las necesidades de atención de las personas residentes (muchas de ellas gravemente enfermas) y con dificultades adicionales para prestar los cuidados por las medidas de prevención recomendadas (imposibilidad de atender a varias personas al mismo tiempo, necesidad de ponerse y quitarse equipos de protección antes y después de estar con cada persona residente, necesidad de tomar precauciones adicionales a la hora de prestar los cuidados, etc.). En estas circunstancias, los centros tuvieron dificultades para prestar los cuidados necesarios a las personas residentes y existen evidencias de que, en algunos centros, no se pudieron respetar unos estándares mínimos de calidad en la atención (Médicos Sin Fronteras 2020) (Patient Ombudsman 2020).

---

<sup>28</sup> A nivel nacional, por ejemplo, la “Guía para la utilización de test rápidos de anticuerpos para COVID-19” del Ministerio de Sanidad, de 7 de abril de 2020, establecía que, en el caso de los centros de mayores, solo se debía hacer test rápidos a los residentes que presentaran síntomas. En cambio, actualmente la recomendación es realizar test periódicos a todas las personas residentes y trabajadoras, para contribuir a una rápida identificación de los casos asintomáticos y tomar las medidas de aislamiento pertinentes

## 4.2. Principales recomendaciones

Ante la evidencia de falta de preparación de los centros residenciales para personas mayores para hacer frente a la pandemia, de la necesidad de mejorar el liderazgo y la coordinación en la respuesta a la emergencia y de dotar al sistema de servicios sociales de los medios materiales y humanos necesarios para abordar la atención de las y los residentes con seguridad, desde el ámbito nacional e internacional se han planteado una serie de recomendaciones para mejorar la respuesta en los meses venideros. A continuación, se recogen brevemente las que se han considerado más relevantes en el contexto español, diferenciando entre aquellas que se refieren al nivel macro, de liderazgo y coordinación entre sistemas, al propio sistema de servicios sociales (nivel meso), y a la actuación en los centros residenciales (nivel micro).

### 4.2.1. Nivel macro

⇒ Integrar a los centros en la planificación nacional de emergencias (especialmente sanitarias).

Ante la evidencia de que, en España, los centros residenciales no estaban, en general, suficientemente preparados para hacer frente a la pandemia, el informe elaborado por el CSIC para analizar la gestión que se ha hecho de la crisis en los centros residenciales para personas mayores realiza varias recomendaciones para integrar a los centros residenciales en la planificación nacional de emergencias (Del Pino, y otros 2020):

- En primer lugar, se recomienda incluir a los centros residenciales en la Estrategia de Seguridad Nacional como infraestructura que necesita especial protección y recoger la posibilidad de integrarlas en una estrategia nacional sanitaria.
- En segundo lugar, los Planes de Preparación y Respuesta para Pandemias deben integrar en particular la protección de los centros residenciales y otros centros donde se alojan de manera habitual cientos de miles de personas que no disponen de un hogar alternativo.
- Estos Planes de Preparación deben dotarse inversión de recursos para ser elaborados por expertos de diferentes bagajes, revisados periódicamente a través de la evaluación de ejercicios de entrenamiento, coordinados nacionalmente y diseminados entre las autoridades y organizaciones de la sociedad civil que en algún momento pueden tener que ponerlos en marcha.

Recientemente, el anuncio por parte del [Ministro de Sanidad](#), de que las personas residentes y profesionales de los servicios sociosanitarios serán colectivos prioritarios en la campaña de vacunación que se prevé iniciar en 2021 parece un paso en la buena dirección.

⇒ Liderazgo transversal.

Varios autores han señalado la importancia de un liderazgo compartido, que incluya a los servicios sociales y otros sectores que se han visto especialmente afectados por la pandemia. A este respecto, Eloísa del Pino y colaboradores se plantean si un liderazgo más transversal hubiera podido mejorar la coordinación entre las diferentes administraciones involucradas en la gestión de la crisis: *“Una importante tarea pendiente en relación a la acción intersectorial afecta a la oportunidad de replantarse quién debe ser el “propietario” de las crisis, usando la terminología propia de la gestión de crisis. Por mucho que la crisis sea de naturaleza sanitaria, debe evaluarse si otro Ministerio o consejería horizontal podría ser más eficaz en repensar el sistema de respuesta a estos fenómenos con una perspectiva más intersectorial (este replanteamiento se ha hecho en otros países tras algunas epidemias precisamente al verse el Ministerio de Sanidad y las Consejerías Autonómicas del mismo ramo sobrepasadas por la naturaleza de la crisis, o al ser detectados problemas intersectoriales). También convendría ponderar si*

*el Ministerio de Sanidad debería estar bajo una coordinación política con más amplia perspectiva y con mayor capacidad de liderazgo.” (Del Pino, y otros 2020).*

⇒ Mejorar la coordinación sociosanitaria.

Son numerosos los informes emitidos por organizaciones internacionales que apuntan que una mejora de la coordinación intergubernamental pasa, en primer lugar, por clarificar qué competencias y responsabilidades debe asumir cada nivel de gobierno durante las crisis de salud pública (Del Pino, y otros 2020) .

Además, es necesario identificar los recursos y capacidades de cada nivel de gobierno (central, autonómico y local) y los mecanismos de cooperación intergubernamental verticales y/o horizontales existentes que pueden ser activados en situaciones de alarma sanitaria.

Asimismo, la articulación de espacios, mecanismos y herramientas de cooperación, colaboración y comunicación entre sanidad y servicios sociales se vuelve apremiante y necesaria. En este sentido, la interoperabilidad de los sistemas de información y la creación de estructuras de coordinación (como el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria que existe en Esuskadi) pueden ser instrumentos clave para mejorar la articulación entre ambos sistemas (Organización Mundial de la Salud 2020b).

Por otra parte, en países altamente descentralizados como el español, *“además de entender bien de qué capacidades dispone cada nivel de gobierno cuando se enfrenta a una crisis, es muy necesario realizar un inventario de recursos y de instrumentos de política pública (organizativos, de autoridad, económicos y comunicativos) para responder a las emergencias y avanzar en su diseño lo antes posible, de modo que no tenga que discutirse de quién es la competencia, o cómo articular las soluciones en medio de una catástrofe.” (Del Pino, y otros 2020)*

#### 4.2.2. Nivel Meso

⇒ Mejorar las capacidades del sistema.

Varios informes señalan que la falta de recursos materiales y humanos del sistema de servicios sociales ha sido uno de los factores que han limitado la respuesta que se ha podido dar desde estos centros a la crisis sanitaria y recomiendan que se inyecten fondos adicionales en el sistema para ayudar a los centros a sobrellevar los gastos adicionales a los que tendrán que hacer frente debido a la crisis sanitaria (Organización Mundial de la Salud 2020b).

Por lo que a los recursos humanos se refiere, incrementar las ratios de personal de los centros, como medida estructural, podría resultar beneficioso, en la medida en la que algunos estudios demuestran la existencia de una asociación inversa entre las ratios de personal de enfermería y el impacto del COVID en términos de la extensión de la infección (número de casos) en los centros. Por otra parte, mientras dure la pandemia, puede ser necesario un refuerzo adicional del personal sanitario en los centros, para poder atender las necesidades de las personas que enferman.

Sería asimismo conveniente que, a nivel de sistema, se disponga de un plan y de recursos jurídicos y organizativos para reclutar personal adicional en momentos de crisis, garantizando al mismo tiempo que el movimiento de personal entre centros no supone un riesgo adicional frente a la pandemia.

En lo referente a los recursos materiales, en primer lugar, es necesario que se garantice el acceso por parte de los centros residenciales al material de protección adecuado, por lo que es recomendable que las autoridades competentes monitoricen la disponibilidad de este material en los centros (ECDC, 2020a). Por otra parte, en países como España, donde la experiencia y los recursos para la gestión sanitaria y de servicios sociales residen en los gobiernos autonómicos, es necesario garantizar que éstos

tienen la capacidad administrativa y jurídica suficiente para acceder a estos recursos y experiencia en momentos de emergencia sanitaria (Del Pino, y otros 2020).

Finalmente, varios autores e instituciones como el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC por sus siglas en inglés) recomiendan que se establezcan, a nivel nacional o regional, sistemas de cribado periódico, mediante la realización de tests diagnósticos a todos los residentes y profesionales de los centros residenciales, incluso cuando no se hayan detectado síntomas. El ECDC recomienda un sistema gradual para la realización de tests, teniendo en cuenta si el centro se ubica en un área con elevada transmisión comunitaria. En esos centros, se deberían realizar tests a todas las personas trabajadoras con regularidad (por ejemplo, semanalmente) y todos los casos sospechosos entre personas residentes deberían ser sometidos a pruebas diagnósticas tan pronto como sea posible. En cuanto se confirma un caso entre el personal o los residentes, se recomienda la realización de un cribado exhaustivo para detectar casos asintomáticos y deben activarse medidas de control de la infección inmediatamente (ECDC, 2020b).

⇒ Contar con un sistema de información compartido.

Un problema de coordinación intersectorial que ha aparecido de manera clara en la gestión de esta crisis en España es la referida a la gestión de la información. La integración de los datos provenientes de los sistemas de información sanitaria autonómicos ha resultado problemática, como se ha indicado en el apartado del documento relativo a las cifras de morbilidad y mortalidad y lo ha resultado todavía más la de los datos provenientes de los centros de servicios sociales. En cada comunidad autónoma, y en algunos casos como en Euskadi, en cada provincia, se han tenido que ir construyendo los sistemas de información para recoger los datos sobre la situación epidemiológica de los centros —tal y como se describe en detalle en el informe castellanoleonés (Junta de Castilla y León 2020) — lo que ha significado que, en muchas comunidades, no se ha podido componer una imagen completa de la situación de la red hasta avanzado el mes de abril. Además, estos sistemas improvisados carecen de las características —facilidad para grabar los datos, interoperabilidad, capacidad para obtener estadísticas, etc—, que serían necesarias para que la recogida de datos en los centros y su transmisión a las autoridades autonómicas y estatales se realizase de forma ágil, segura y confiable.

A nivel de cada comunidad autónoma, debería invertirse en mejorar los sistemas de información de servicios sociales, creando sistemas que integren información relativa a toda la red de responsabilidad pública, ya sean centros de titularidad pública o privada, y recojan información individual clave relativa a la situación y resultados de las personas usuarias. A nivel estatal, podría tratar de armonizarse el tipo de información que deberían incluir los sistemas de información sobre servicios sociales en todo el Estado, así como crear líneas de financiación para mejorar la interoperabilidad de los sistemas de información autonómicos.

El documento elaborado por el Grupo de Trabajo Multidisciplinar que asesoraba al Ministerio de Ciencia e Innovación en esta materia recoge, asimismo, múltiples recomendaciones para mejorar la gestión de que se ha hecho de la información durante la pandemia y para utilizar la información disponible para generar evidencia que resulte útil en la gestión de esta segunda ola y las siguientes que puedan venir (Grupo de Trabajo Multidisciplinar 2020).

#### 4.2.3. Nivel micro

Con anterioridad a la pandemia del COVID-19 existían ya numerosas guías y documentos dirigidos a las residencias para personas mayores, con directrices generales sobre prevención y control de enfermedades infecciosas. Estas guías se han ido actualizando con la nueva evidencia generada a medida que se conoce mejor el virus del COVID-19 y los mecanismos concretos de contagio que utiliza,

así como valorando mejor los beneficios y costes que suponen las diferentes medidas que pueden aplicarse para prevenir y controlar los contagios.

La mayoría de las guías coinciden en la necesidad de actuar a 4 niveles para prevenir y controlar las infecciones: a nivel organizativo, a nivel de recursos humanos y materiales, a nivel de planes y procedimientos de actuación, y a nivel de seguridad e higiene ambiental. El cuadro siguiente recoge las principales recomendaciones recopiladas por el Servicio Galego de Salud al inicio de la pandemia (Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico de la Agencia del Conocimiento en Salud 2020).

*Cuadro 4. Recomendaciones sobre medidas para la prevención y control de enfermedades infecciosas de transmisión por contacto*

Medidas organizativas	<p>Designar a un miembro dentro de la institución que se encargue de planificar, coordinar y manejar la logística en relación al control de la infección.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Asegurar que todo el personal, incluido el voluntario, de limpieza o administración, conozca las guías de control de la infección y tenga competencias para implementar las medidas en función de su categoría profesional.</li> <li>– Implementar actividades formativas para la educación de los residentes y trabajadores en higiene personal, incluyendo higiene de manos e higiene respiratoria (tos, pañuelos...),</li> <li>– Colocar carteles informativos para personal, residentes y visitantes con las medidas de higiene personal.</li> <li>– Existencia de un procedimiento para la notificación de casos.</li> <li>– Existencia de un plan de comunicación interna (entre el personal y la dirección) y externa (familiares, autoridades y medios).</li> <li>– Asegurar que el personal de limpieza está entrenado en la preparación de soluciones desinfectantes y en la limpieza de superficies, muebles, equipos médicos, suelos, desinfección de mopas, fregonas, paños; uso de distintos utensilios para distintas zonas</li> </ul>
Recursos humanos y materiales	<p>Evaluación de la adecuación de recursos humanos al centro (número, especialización y capacitación).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Existencia de habitaciones o áreas que podrían utilizarse, en caso de necesidad, para aislar a los casos sospechosos o diagnosticados (ventilación, baño propio ...).</li> </ul> <p>Garantía de la disponibilidad de material de protección personal (guantes, mascarillas, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Garantía de la disponibilidad de productos adecuados de limpieza y desinfección.</li> </ul>
Planes y procedimientos de actuación	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Existencia de planes/protocolos específicos para la prevención y control de enfermedades transmitidas por contacto (por ejemplo, Norovirus, Gripe...), que incluyan un procedimiento de seguimiento.</li> <li>– Existencia de un registro de seguimiento diario de los signos y síntomas (fiebre, tos, deshidratación ...) de los residentes en función del tipo de brote, incidiendo sobre todo en pacientes de alto riesgo o con dificultades cognitivas (encamados, diabéticos, inmunodeprimidos, deterioro cognitivo, implantes y catéteres permanentes, etc.) para identificar a residentes con síntomas.</li> <li>– Notificación de los casos de infección a las autoridades competentes.</li> <li>– Refuerzo entre el personal y residentes sobre las medidas de control que se adopten en cada caso (distancia social, medidas de higiene...).</li> <li>– Instrucciones claras y visibles sobre las medidas de protección y control.</li> <li>– Refuerzo de las medidas de higiene y desinfección.</li> <li>– Evitar compartir material o instrumentos.</li> <li>– Control del stock existente para garantizar el abastecimiento de desinfectantes, equipos de protección individual (EPIs), etc.</li> <li>– Cribado activo a todo el personal al inicio de la jornada (autoevaluación, registro de síntomas).</li> <li>– Identificación del personal que trabaja en múltiples instituciones para categorizar el riesgo y garantizar el cribado.</li> <li>– Existencia de un plan de contingencia en casos de bajas.</li> <li>– Control de la interacción con compradores, distribuidores y transportistas.</li> <li>– Restricción y aislamiento de todos los residentes con sintomatología en habitaciones con buena ventilación e idealmente con baño propio.</li> <li>– Restricción o cancelación de actividades grupales.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reducción del número de trabajadores con contacto directo con enfermos sintomáticos.</li> <li>– Ofrecer alternativas de comunicación a visitas y adopción de medidas de comunicación para mantener a los familiares informados en caso de restricción de visitas.</li> </ul>
Seguridad e higiene ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar que todos los baños tengan jabón, toallas de papel desechables o secadores de mano y contenedores de residuos con tapa de apertura con pedal.</li> <li>– Asegurar que se cumplan con los protocolos y normas generales de limpieza y desinfección (adecuada ventilación, filtros aire acondicionado, limpieza y desinfección de superficies, muebles, equipos de rehabilitación, suelos, servicios, baños ...), disposición de productos de desinfección, eliminación de residuos domésticos, manejo de ropa sucia, limpieza y desinfección de utensilios (se recomiendan distintos utensilios para distintas zonas, cocina, baños, servicios, etc.) y normas de seguridad alimentaria.</li> <li>– Asegurar que se cumplan las normas de gestión de residuos.</li> </ul>

Fuente: (Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico de la Agencia del Conocimiento en Salud 2020)

## 5. Principales conclusiones

A continuación, se recogen las principales conclusiones que se obtienen de la revisión realizada respecto al impacto que ha tenido la COVID-19 en el sector de la atención residencial a personas mayores y las medidas que se han aplicado desde distintos niveles de la administración y desde los propios centros residenciales para controlar la epidemia y minimizar la morbilidad y la mortalidad entre las personas residentes.

- Los centros residenciales para personas mayores han sido duramente afectados por la pandemia del COVID, tanto en España como en otros países del mundo (Comas-Herrera, Zalakain y Lemmon, y otros 2020b).
- En España, no existen datos oficiales públicos sobre el número de fallecimientos en residencias (Zalakain y Davey 2020), pero a partir de documentos gubernamentales filtrados a la prensa, y de la recopilación de datos de las administraciones autonómicas realizada por RTVE, se estima que a 15 de noviembre, más de 22.400 personas mayores usuarias de centros residenciales habrían fallecido por COVID (confirmado o con síntomas compatibles), lo que representaría una tasa de mortalidad acumulada hasta esa fecha, del 6,7%.
- Con estas cifras, España sería uno de los países del mundo con mayor tasa de mortalidad en centros residenciales para personas mayores, aunque ha de tenerse en cuenta que la comparación de los datos relativos a diferentes países presenta algunas limitaciones, debido a que las cifras no son totalmente homogéneas<sup>29</sup>. De acuerdo con la información recopilada por una red internacional de expertos en políticas sociales en el portal Itccovid.org, a principios de octubre, las tasas más bajas de mortalidad en centros residenciales –de entre un 0,01% y un 0,04% de la población residencializada— se encuentran en países asiáticos (Hong Kong, Corea del Sur y Singapur) y en Nueva Zelanda; un segundo bloque de países con tasas de mortalidad bajas –inferiores al 0,5% de la población en residencias— serían los del centro y norte de Europa (Austria, Alemania, Dinamarca, Finlandia, Hungría y Noruega) además de Australia; finalmente, las tasas más elevadas de mortalidad –superiores al 5% de la población en residencias— se dan en Bélgica, en el Reino Unido y en España.
- Hay que tener en cuenta, por otra parte, que estos datos no son definitivos, ya que las cifras se refieren a muertes acumuladas y la situación a nivel mundial está cambiando rápidamente, de manera que algunos de los países que hasta junio habían tenido una mortalidad baja en residencias (como Australia o Dinamarca) han sufrido un fuerte incremento del número de casos en lo que llevamos de segunda ola de la pandemia. En consecuencia, la tasa de mortalidad acumulada en los centros residenciales —y el ranking de cada país en la clasificación— podría variar sustancialmente en las próximas semanas y en los próximos meses, dependiendo de la evolución de la pandemia en cada país.
- Sin perjuicio de lo anterior, con la información disponible en este momento, podría tener interés analizar qué factores han determinado que, en países con un impacto global similar (en términos de casos totales y letalidad para el conjunto de la población), se haya producido un

---

<sup>29</sup> Tal y como se ha señalado en el apartado del informe referido a la morbilidad y mortalidad en los centros, en algunos países se contabilizan las personas fallecidas con diagnóstico confirmado por PCR únicamente, mientras que en otros se recogen también los fallecimientos en los que existe sospecha de infección; además, en algunos países se contabiliza al conjunto de personas fallecidas usuarias de esos servicios (independientemente del lugar de fallecimiento), mientras que en otros se incluye solo a las que han fallecido en los centros; finalmente, hay que tener en cuenta que al hablar de atención residencial para personas mayores, en algunos países se incluyen alojamientos para personas con un nivel elevado de autonomía, mientras que en otros, se restringe a centros para personas con un elevado grado de dependencia, lo que también puede afectar la comparación de tasas de mortalidad entre diferentes países.

impacto desigual en el sector de la atención residencial para personas mayores. En este sentido, cabría analizar el caso de Gales, donde la tasa de mortalidad global (para el conjunto de la población) ha sido superior a la española, pero donde la mortalidad en centros para mayores ha resultado aproximadamente dos veces menor (6,18% en España y 3,13% en Gales).

- Algunos autores han sugerido que estas diferencias entre países podrían explicarse por la temporalización de las medidas preventivas adoptadas, de manera que los países que más se adelantaron en la adopción de medidas específicas relativas a los centros de larga estancia habrían obtenido mejores resultados en términos de mortalidad para las personas mayores residentes en esos centros (Canadian Institute for Health Information 2020). También se ha sugerido que en los países donde se encontraban más preparados para hacer frente a otro tipo de crisis como los desastres naturales —por ejemplo, en Nueva Zelanda— los centros residenciales podrían haber respondido con mayor rapidez a los primeros signos de alarma, logrando con ello proteger mejor a sus residentes (Hirdes, y otros 2020).
- Por lo que se refiere a la situación en las distintas comunidades autónomas españolas —y con unas limitaciones parecidas a las que se han señalado en relación con la comparación internacional— puede decirse que, en España, los fallecimientos relacionados con el COVID de personas mayores en centros residenciales se han concentrado fundamentalmente en cuatro comunidades autónomas: la Comunidad de Madrid, las dos castillas y Cataluña reúnen prácticamente las tres cuartas partes de los fallecimientos producidos en residencias a nivel del Estado<sup>30</sup>. Al poner la cifra de fallecidos en relación con el número de plazas residenciales existentes en cada comunidad<sup>31</sup>, se observa que las tasas de mortalidad superan la media para el conjunto del Estado en varias comunidades autónomas: Madrid y Castilla La Mancha superan ampliamente la tasa media para España (con 12,4 y 10,3 fallecimientos por 100 plazas, respectivamente); Navarra y La Rioja (con 8,9 y 8 fallecimientos por 100 plazas) se sitúan asimismo significativamente por encima; finalmente Castilla y León y Cataluña superan la media ligeramente (con 6,9 fallecimientos por 100 plazas). El resto de las comunidades autónomas se sitúan por debajo de la media para el Estado; en Euskadi, concretamente, la mortalidad acumulada hasta noviembre sería de 3,9 fallecimientos por 100 plazas residenciales disponibles.
- Finalmente, en relación con la cuestión de si la población mayor que vive en centros residenciales se ha visto más afectada que la población de la misma edad y grado de dependencia que vive en la comunidad, la revisión realizada no ha identificado ningún estudio en el que se haya analizado el riesgo relativo de las personas mayores que viven en residencias, frente a una población comparable en términos de edad, nivel de dependencia y presencia de comorbilidad que vive en la comunidad. En el único estudio epidemiológico de base poblacional detectado que incluye información acerca de si la persona vive en una residencia, realizado precisamente en Cataluña, las personas mayores de 85 años presentaban, en conjunto, una tasa de letalidad (fallecimientos sobre contagios) del 29,1%; superior, por lo tanto, a la tasa de letalidad que se recogía para las personas usuarias de centros residenciales, que era del 25,3% (Prieto-Alhambra, y otros 2020). No se puede descartar que las personas mayores que viven en centros residenciales se contagien más fácilmente, pero tampoco se han detectado estudios que lo evidencien.

---

<sup>30</sup> Lógicamente, ello se debe, en parte, a que estas comunidades reúnen asimismo una parte importante de la población que vive en residencias en España.

<sup>31</sup> La tasa debería calcularse en función de la población que vive en residencias, puesto que pueden existir diferencias en el nivel de ocupación de los centros por comunidades. Con todo, dado que este dato no está disponible desagregado por comunidades autónomas, los cálculos se han realizado con el número de plazas que existe en cada CCAA.



- La mayoría de los estudios empíricos identificados procuran medir si la variabilidad en las tasas de contagio de los centros puede explicarse por algún factor relacionado con características estructurales, funcionales o del entorno de las residencias. La influencia de estos factores también se ha analizado en relación con la mayor o menor extensión de la epidemia en los centros que han tenido un brote, y en relación con la mortalidad en los centros.
- En general, como era de esperar, existe evidencia de que la tasa de contagio en la zona geográfica en la que se ubican los centros y el tamaño de los mismos son los factores que mejor explican las tasas de contagio. Los centros en zonas con una tasa elevada de transmisión comunitaria y los centros con mayor número de plazas tienen un riesgo significativamente mayor de sufrir brotes, o de que se vean afectadas un mayor número de personas residentes y/o trabajadoras.
- Existe también evidencia de que la rotación de personal y, concretamente, el hecho de que el personal eventual trabaje para varios centros (a través de agencias de contratación y similares) incrementa el riesgo para las personas residentes. Varios estudios —principalmente de Estados Unidos, pero también del Reino Unido— señalan, además, que el trasvase de personal entre centros puede ser considerable (resultan interesantes, a este respecto, los resultados obtenidos por Chen y colaboradores en Estados Unidos (Chen, Chevalier y Long 2020)). A la hora de valorar el impacto de esos trasvases de personal, Chen y colaboradores estiman que eliminar totalmente el trasvase de personal y proveedores entre centros permitiría reducir en un 43% los contagios de las personas residentes. Existe asimismo evidencia, procedente del Reino Unido, de que las infecciones entre el personal suponen mayor riesgo para las personas residentes, que cuando sucede al revés: es decir, cuando se infecta una persona residente, también se incrementaría el riesgo para el personal, pero menos (Tinsley 2020).
- Por otra parte, la zona o el barrio de residencia del personal que trabaja en los centros se ha revelado como un factor que podría influir significativamente en la aparición de brotes en los centros. Un estudio elaborado en los Estados Unidos ponía de manifiesto que las variables relativas al lugar de residencia del personal explicaban mejor las tasas de mortalidad entre las personas residentes que la propia ubicación de las residencias (Shen 2020). Este tipo de variables relativas a las características de los lugares en los que vive el personal de los centros no se han analizado todavía en España.
- No existe evidencia, en cambio, de que la titularidad de los centros tenga impacto en la aparición de brotes en centros residenciales. De acuerdo con algunos estudios realizados en Canadá y en Estados Unidos, los centros propiedad de entidades con ánimo de lucro sí tendrían un riesgo más elevado de tener un mayor número de casos por brote y de sufrir una mayor letalidad entre las personas residentes (N. Stall, A. Jones, y otros 2020) (Abrams, y otros 2020), aunque reconocen que parte de este efecto está mediado por el tamaño de los centros y por el hecho de que los centros de titularidad mercantil son frecuentemente propiedad de grandes empresas. También en Navarra y Castilla y León descartan el efecto de la titularidad una vez se tienen en cuenta el tamaño y la ubicación de los centros (Junta de Castilla y León 2020) (Fresno García, y otros 2020)
- Otras variables relativas a características de los centros se han estudiado menos, y, por lo tanto, no cabe todavía afirmar o descartar que tengan un impacto en las tasas de morbilidad y mortalidad de los centros. Una de las cuestiones de interés que se ha analizado en Canadá y de forma indirecta, en Navarra, es la cuestión de si la configuración arquitectónica de los centros podría influir en los resultados. La evidencia procedente de Canadá indica que los centros construidos en base a requisitos estructurales más antiguos (donde existen mayor número de

habitaciones dobles, incluso triples o cuádruples) puede influir significativamente en el riesgo de aparición de brotes (N. M. Stall, y otros 2020).

- Por lo que se refiere a las medidas adoptadas desde diferentes niveles de la administración y desde los propios centros residenciales para prevenir y controlar los contagios, la revisión realizada ha permitido detectar al menos 46 tipos de actuaciones que se han desarrollado en la mayoría de los países para tratar de minimizar el impacto en el sector de la atención residencial a personas mayores.
- A nivel macro, la principal dificultad que se ha presentado en la mayoría de los países para gestionar la pandemia en los centros ha sido la de coordinar la respuesta –liderada desde los sistemas de salud– en un ámbito como el de los servicios sociales que está altamente descentralizado y en el que participan multitud de agentes públicos y privados en la prestación de servicios. En ese contexto, realizar un seguimiento continuo de la situación de la epidemia en los centros y garantizar la adopción, en todos ellos, de las medidas necesarias para prevenir los contagios y evitar el colapso de los servicios se ha revelado como una tarea compleja en la mayoría de los países. Ante esta situación, los gobiernos estatales han adoptado una serie de medidas orientadas fundamentalmente a tres objetivos: (1) centralizar el liderazgo y coordinar la respuesta a nivel nacional y regional; (2) dotar al sector de fondos económicos adicionales para hacer frente a la pandemia; y (3) crear sistemas de vigilancia epidemiológica, centralizar la recogida de datos y desarrollar la estrategia de comunicación.
- A nivel meso, del sistema de servicios sociales, las medidas se han centrado en proveer a los centros residenciales del conocimiento, los procedimientos y los recursos humanos y materiales necesarios para protegerse frente al COVID. Con estos objetivos, desde las administraciones regionales o locales responsables de la atención residencial en cada país, se han llevado a cabo multitud de actuaciones con el objetivo de preparar a los centros para hacer frente a la pandemia, prevenir la entrada del virus en los centros y controlar los brotes una vez se producen. También se han desarrollado actuaciones dirigidas a proteger a las personas residentes de los efectos negativos que las propias medidas restrictivas (confinamiento, aislamiento, reducción de la actividad, etc.) están teniendo en la salud física y psíquica de las personas residentes.
- Algunas de las actuaciones más relevantes a este nivel de sistema han sido:
  - Actuaciones para ayudar a los centros a elaborar sus planes de preparación y contingencia frente al COVID, desde la elaboración de directrices, guías, protocolos de actuación u otros materiales, hasta la provisión de apoyo práctico in situ para la elaboración de los planes y protocolos de los centros por parte de equipos especializados en prevención y control de infecciones.
  - Actuaciones para facilitar a los centros la contratación de personal de sustitución, dado el elevado absentismo que han sufrido los centros durante la pandemia. Rebajar las cualificaciones exigidas al personal, permitir la reasignación de funciones a los trabajadores y las trabajadoras, y poner a disposición de los centros residenciales personal de la administración o de otros centros cerrados temporalmente han sido algunas de las medidas que se han adoptado en más países.
  - Actuaciones para centralizar la compra de material de protección y tests diagnósticos para los centros residenciales, dado que en la mayoría de los países han existido problemas de desabastecimiento, especialmente durante las primeras semanas de la

- pandemia. Actuaciones, también, para facilitar la desinfección del material de protección de manera que pueda ser reutilizado.
- Medidas para reducir las entradas y salidas de personas en los centros: el cierre de los centros a las visitas, la prohibición de salidas para las personas residentes, la reducción de actividades grupales o el aplazamiento de consultas médicas externas no urgentes han sido medidas habituales para prevenir la entrada del virus en los centros residenciales, en la mayoría de los países.
  - La puesta en marcha, en varios países, incluido España, de equipos de respuesta rápida conformados por especialistas en prevención y control de infecciones que se desplazan a los centros en los que se detectan brotes para ayudar a realizar los cribados, a clasificar a las personas residentes y a aplicar las medidas de aislamiento y control pertinentes, se ha revelado como una de las medidas más relevantes para ayudar a los centros a evitar la propagación del virus entre sus residentes.
  - La designación de centros específicos para derivar a personas infectadas por COVID del conjunto de centros residenciales de un territorio. Es una medida que se ha aplicado en España y en Euskadi y que ha resultado positiva, especialmente para aquellos centros que, por su configuración arquitectónica, tienen problemas para aplicar las medidas de aislamiento recomendadas para los casos confirmados y sospechosos.
  - La provisión a los centros de medios para la desinfección de las instalaciones, sea material desinfectante, sean equipos humanos. En algunos países, incluido España, se ha movilizado a la Unidad Militar de Emergencias para colaborar en estas tareas de descontaminación de los centros.
  - Medidas para reforzar la atención médica en los centros y para poner a disposición de los centros recursos técnicos y humanos para prestar cuidados paliativos a sus residentes.
  - Medidas para ofrecer, tanto a personas residentes y profesionales, como a los familiares, apoyo psicológico para sobrellevar el estrés y el miedo que han sido los sentimientos más extendidos durante la pandemia, y para afrontar el duelo por la pérdida de seres queridos.
- A nivel micro, de los propios centros residenciales, las actuaciones más relevantes se han centrado en llevar un control sintomático de las personas residentes y trabajadoras, sectorizar los centros para minimizar la rotación del personal, y aplicar medidas de aislamiento cuando se detectan casos positivos o sospechosos. También se han redoblado los esfuerzos en el área de la formación del personal en medidas de prevención y control de infecciones, se ha reforzado la higiene de manos y respiratoria para profesionales y personas usuarias, y se han extremado las medidas de limpieza y desinfección de las instalaciones, entre otras actuaciones.
  - Por lo que respecta a la evidencia disponible en la literatura científica sobre la efectividad de estas medidas de prevención y control, las directrices y recomendaciones elaboradas por los distintos organismos nacionales e internacionales se basan más en la evidencia disponible sobre los mecanismos de transmisión de la infección y en el sentido común, que en datos provenientes de estudios empíricos que hayan medido la efectividad de las medidas aplicadas (Rolland, y otros 2020). La revisión realizada ha identificado cuatro revisiones sistemáticas, seis guías o documentos de recomendaciones y cuatro estudios empíricos que han analizado la cuestión de la efectividad de las medidas de prevención adoptadas. De acuerdo con estos

documentos, los tipos de intervención para los que se dispone de mayor evidencia sobre su efectividad serían los siguientes: la higiene de manos (especialmente cuando se refuerza mediante la disponibilidad inmediata de desinfectantes en el área de trabajo, mediante recordatorios y mediante una supervisión adecuada); la descontaminación ambiental; la sectorización de los centros para minimizar la rotación del personal por los diferentes sectores; y la realización periódica de tests diagnósticos al conjunto del personal y de las personas residentes.

- En cambio, existe asimismo evidencia de que otro tipo de medidas que han sido utilizadas habitualmente para el control de otro tipo de infecciones no resultan tan efectivas. Es el caso del control sintomático que, ante la creciente evidencia de que existe una importante proporción de personas que no desarrollan síntomas cuando son infectadas, ha perdido relevancia como mecanismo de prevención: aunque se recomienda seguir realizándolo en los centros, se debe combinar con una estrategia de cribado periódico mediante la realización de tests diagnósticos, para garantizar que las personas asintomáticas son detectadas lo antes posible.
- Finalmente, varios de los documentos consultados señalan que, a la hora de diseñar guías de actuación y directrices, es importante tener en cuenta que, al margen de la efectividad de las medidas en sí mismas, pueden existir dificultades, ya sean prácticas o tecnológicas, a la hora de aplicar estas directrices y recomendaciones en los centros. A este respecto, se han señalado las dificultades que se han encontrado muchos centros para aplicar las medidas de sectorización o aislamiento pertinentes, debido a la configuración arquitectónica de los centros, o a las características de las personas residentes (personas que deambulan, por ejemplo). Aunque varios documentos gubernamentales, incluidas las recomendaciones elaboradas por el Gobierno de España para los centros residenciales, hacen alusión a la posibilidad de utilizar el aislamiento por cohorte en aquellos casos en los que no es posible realizarlo individualmente, una revisión rápida elaborada por investigadores de la Universidad McMaster para la Agencia de Salud Pública del Gobierno de Canadá no encontraba evidencia sobre la efectividad de las medidas de aislamiento por cohorte en centros de larga estancia (National Collaborating Centre for Methods and Tools 2020).
- Por lo que respecta a las lecciones aprendidas durante la gestión de la primera ola de la pandemia en los centros residenciales, el documento elaborado por el CSIC a partir de entrevistas en profundidad a 25 responsables autonómicos y directores de centros residenciales realiza una descripción detallada de las principales dificultades encontradas (Del Pino, y otros 2020). Estas dificultades se han detectado, asimismo, en mayor o menor medida en otros países de nuestro entorno (Patient Ombudsman 2020) (Carter 2020) (Wee y Yap 2020).
- La pandemia del COVID ha puesto de manifiesto, en primer lugar, que ni los centros, ni las administraciones responsables estaban preparadas para hacer frente a una epidemia de estas características, lo que en cierta medida puede resultar sorprendente, dado que no es infrecuente que se produzcan brotes infecciosos (gripe, neumonía, etc.) en los centros residenciales y las guías de buena práctica, incluso los sistemas de gestión y monitorización de la calidad de la atención en los centros suelen incluir ítems para medir el grado de preparación para hacer frente a este tipo de situaciones. En cualquier caso, tanto el informe elaborado por el CSIC, como el informe de la Junta de Castilla y León describen cómo la respuesta de las instituciones a la crisis en los centros se fue construyendo a medida que surgían nuevos problemas, ya fuera en relación con el aprovisionamiento de material de protección o de

pruebas diagnósticas, con la contratación de personal para sustituciones o refuerzo, la sectorización de los centros, la desinfección de las instalaciones, etc. Aunque el informe evidencia el esfuerzo realizado por las administraciones para prestar apoyo a los centros residenciales en la gestión de todas estas cuestiones, también denota una falta de previsión y anticipación de los problemas y necesidades que podían surgir en una situación de emergencia sanitaria. Una respuesta menos improvisada, en la que se prevean estas dificultades de antemano, permitiría intervenir con mayor prontitud, lo que podría ser determinante a la hora de detener el avance de la enfermedad por los centros.

- De acuerdo con varios observadores, otras de las cuestiones que han dificultado la gestión de la pandemia en los centros residenciales españoles, y que probablemente han influido en los malos resultados que se han producido en estos centros, son la falta de liderazgo y las dificultades de coordinación interinstitucional. Siendo la del COVID una crisis sanitaria que, sin embargo, afectaba especialmente a los centros de servicios sociales y, dentro de éstos a los centros residenciales en particular, varios autores señalan que un liderazgo menos centrado en el Ministerio de Sanidad hubiera permitido gestionar mejor la crisis en los centros residenciales. De acuerdo con estos autores, lo cierto es que la escasa intervención de los dirigentes políticos responsables en materia de servicios sociales en los órganos que han liderado la respuesta a la pandemia (a través de la Vicepresidencia de Derechos Sociales o del propio IMSERSO) ha hecho que no se priorice a los centros residenciales para personas mayores como infraestructuras necesitadas de especial protección frente a la epidemia (con las dificultades que ello ha supuesto para la obtención de material de protección –que en determinado momento se les ha llegado incluso a requisar para ser distribuido en centros sanitarios– y de priorización de pruebas diagnósticas entre personas alojadas en estos centros). La descoordinación institucional también se ha evidenciado a nivel operativo, principalmente a la hora de prestar atención hospitalaria a personas residentes enfermas por COVID. En una situación de colapso hospitalario y especialmente de los servicios de cuidados intensivos, desde los centros residenciales han surgido críticas por las dificultades para derivar residentes a centros hospitalarios y, concretamente, con respecto a los criterios de triaje para el acceso a cuidados intensivos que se les han aplicado a sus usuarios y usuarias.
- En tercer y último lugar, otra de las principales dificultades con que se han encontrado los centros a la hora de gestionar la crisis sanitaria ha sido la falta de recursos materiales y de personal. Varios organismos nacionales e internacionales han puesto de manifiesto el hecho de que, en la mayoría de los países, los sistemas de servicios sociales adolecen de problemas estructurales de financiación y escasez de recursos humanos, que además se han visto acentuadas de forma coyuntural durante la pandemia (los centros han tenido que hacer inversiones y gastos adicionales en materia de prevención y han sufrido unas tasas de absentismo muy elevadas entre el personal) lo que ha mermado seriamente su capacidad para responder de manera efectiva a la situación de emergencia generada por el COVID. El hecho de que no se haya podido disponer de tests diagnósticos de forma generalizada durante las primeras semanas de la pandemia, junto con cambios de criterio por parte de las instituciones sobre la utilidad de realizar cribados periódicos entre las personas usuarias y profesionales<sup>32</sup>, probablemente ha contribuido asimismo a extender la epidemia entre los centros residenciales.

---

<sup>32</sup> Los cribados masivos mediante la realización de tests al conjunto de personas residentes y trabajadoras de los centros no se ha considerado una medida necesaria o eficiente hasta que se ha comprobado la existencia de una elevada proporción de pacientes asintomáticos y, en consecuencia, se ha relativizado la utilidad de basarse fundamentalmente en el control de síntomas para la detección de casos. Actualmente, tanto el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades, como la Organización Mundial de la Salud recomiendan combinar ambas estrategias, a saber, el control sintomático y la realización de cribados periódicos.

- Dadas estas dificultades encontradas y las lecciones aprendidas sobre la gestión del COVID en los centros residenciales durante la primera ola de la pandemia, los documentos revisados recogen algunas recomendaciones clave para el futuro. Las principales son:
  - Integrar los centros residenciales en la planificación nacional de emergencias, designándolos como infraestructuras necesitadas de especial protección en los Planes de Preparación y Respuesta para Pandemias.
  - Dotar la gestión de la crisis de un liderazgo más transversal, que incorpore a los servicios sociales y otros sectores que se han visto especialmente afectados por la pandemia.
  - Mejorar la coordinación sociosanitaria, mediante la articulación de espacios, mecanismos y herramientas de cooperación, colaboración y comunicación entre sanidad y servicios sociales. En este sentido, la interoperabilidad de los sistemas de información y la creación de estructuras de coordinación (como el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria que existe en Euskadi) pueden ser instrumentos clave para mejorar la articulación entre ambos sistemas.
  - Mejorar las capacidades del sistema. Dotar al sistema de servicios sociales de más recursos, con carácter estructural, podría tener un impacto positivo, al margen de la situación de crisis sanitaria. De cara a la gestión de la crisis, concretamente, se considera recomendable: (1) invertir en mejorar las ratios de personal, y disponer de un plan y de recursos jurídicos y organizativos para reclutar personal adicional en momentos de crisis, garantizando al mismo tiempo que el movimiento de personal entre centros no supone un riesgo adicional frente a la pandemia; (2) garantizar el acceso por parte de los centros residenciales al material de protección adecuado, siendo recomendable que las autoridades competentes monitoricen la disponibilidad de este material en los centros; (3) invertir en sistemas de cribado periódico en los centros, mediante la realización de tests diagnósticos a todos los residentes y profesionales.
  - Mejorar la gestión y transmisión de información entre los centros y las administraciones competentes. A nivel de cada comunidad autónoma, debería invertirse en mejorar los sistemas de información de servicios sociales, creando sistemas que integren información relativa a toda la red de responsabilidad pública, ya sean centros de titularidad pública o privada, y recojan información individual clave relativa a la situación y resultados de las personas usuarias. A nivel estatal, podría tratarse de armonizarse el tipo de información que deberían incluir los sistemas de información en todo el Estado, así como crear líneas de financiación para mejorar la interoperabilidad de los sistemas de información autonómicos.

## Bibliografía

- Abrams, Hannah R, Lacey Loomer, Ashvin Gandhi, y David C Grabowski. «Characteristics of US Nursing Homes with COVID-19 Cases.» Wiley Online Library, 2020.
- Almeida, Beth, Marc A Cohen, Robyn I Stone, y Christian E Weller. «The Demographics and Economics of Direct Care Staff Highlight Their Vulnerabilities Amidst the COVID-19 Pandemic.» Taylor & Francis, 2020. 1--7.
- American Geriatrics Society. «American Geriatrics Society (AGS) Policy Brief: COVID-19 and Assisted Living Facilities.» Wiley Online Library, 2020.
- . «American Geriatrics Society Policy Brief: COVID-19 and Nursing Homes.» Vol. 68. nº 5. Wiley Online Library, 2020. 908--911.
- Behrens, Liza L, y Mary D Naylor. «“We are Alone in This Battle”: A Framework for a Coordinated Response to COVID-19 in Nursing Homes.» Taylor & Francis, 2020. 1--7.
- Béland, Daniel, y Patrik Marier. «COVID-19 and Long-Term Care Policy for Older People in Canada.» Taylor & Francis, 2020. 1--7.
- Blackman, Carolyn, Sharon Farber, Richard A Feifer, Vincent Mor, y Elizabeth M White. «An Illustration of SARS-CoV-2 Dissemination Within a Skilled Nursing Facility Using Heat Maps.» Wiley Online Library, s.f.
- Borhaninejad, Vahidreza, y Vahid Rashedi. «COVID-19 Pandemic: Opportunity to Advanced Home Care for Older Adults.» Routledge, 2020. 1--2.
- Borras-Bermejo, Blanca, y otros. «Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection in Nursing Homes, Barcelona, Spain, April 2020.» *Emerging infectious diseases* (Centers for Disease Control and Prevention) 26, nº 9 (2020): 2281.
- Bowman, Clive E. «Care homes after covid-19: we need a wide ranging inquiry and reform.» Vol. 369. British Medical Journal Publishing Group, 2020.
- Burton, Jennifer K, y otros. «Evolution and impact of COVID-19 outbreaks in care homes: population analysis in 189 care homes in one geographic region.» Lancet Publishing Group, 2020.
- Canadian Institute for Health Information. «Pandemic Experience in the Long-Term Care Sector. How does Canada compare with other countries?» Ottawa, June de 2020.
- Carter, Rachel. «Covid-19: The support UK care homes need to survive.» Vol. 369. British Medical Journal Publishing Group, 2020.
- Chen, M Keith, Judith A Chevalier, y Elisa F Long. «Nursing Home Staff Networks and COVID-19.» 2020.
- Chu, Charlene H, Simon Donato-Woodger, y Christopher J Dainton. «Competing crises: COVID-19 countermeasures and social isolation among older adults in long-term care.» Wiley Online Library, 2020.
- CMS. *Toolkit on State Actions to Mitigate COVID-19 Prevalence in Nursing Homes*. Centers for Medicare & Medicaid Services, 2020.
- Cohen, Marc A, y Jane Tavares. «Who are the Most At-Risk Older Adults in the COVID-19 Era? It's Not Just Those in Nursing Homes.» Taylor & Francis, 2020. 1--7.
- Comas-Herrera, Adelina, E Ashcroft, y Klara Lorenz-Dant. «International examples of measures to prevent and manage COVID-19 outbreaks in residential care and nursing home settings.» *International Long Term Care Policy Network [online]: Available from Itccovid. org/wp-content/uploads/2020/05/International-measures-to-prevent-and-manage-COVID19-infections-in-care-homes-11-May-2. pdf*, May 2020.

- Comas-Herrera, Adelina, Joseba Zalakain, Charles Litwin, Amy T Hsu, Natasha Lane, y Jose-Luis Fernández. «Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence.» 2020.
- Comas-Herrera, Adelina, y otros. «Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. Last updated 14 October 2020.» 2020b.
- Corbera, Esteve, Isabelle Anguelovski, Jordi Honey-Rosés, y Isabel Ruiz-Mallén. «Academia in the Time of COVID-19: Towards an Ethics of Care.» Taylor & Francis, 2020. 1--9.
- Curry, Natasha, y Margrieta Langins. «COVID-19 Health System Monitor.» 8 de junio de 2020. <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/06/08/what-measures-have-been-taken-to-protect-care-homes-during-the-covid-19-crisis/> (último acceso: 25 de Noviembre de 2020).
- Danis, Kostas, y otros. «High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA, May 2020.» Vol. 25. nº 22. European Centre for Disease Prevention and Control, 2020. 2000956.
- Del Pino, Eloísa, y otros. «La Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores durante la COVID-19: dificultades y aprendizajes.» (CSIC-Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP)) 2020.
- Diamantis, Sylvain, Coralie Noel, Paul Tarteret, Nicolas Vignier, y Sébastien Gallien. «Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)-Related Deaths in French Long-Term Care Facilities: The “Confinement Disease” Is Probably More Deleterious Than the Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) Itself.» *Journal of the American Medical Directors Association* (Elsevier) 21, nº 7 (2020): 989-990.
- Dobbs, Debra, Lindsay Peterson, y Kathryn Hyer. «The Unique Challenges Faced by Assisted Living Communities to Meet Federal Guidelines for COVID-19.» Taylor & Francis, 2020. 1--9.
- Emmerson, Chris, y otros. «Risk factors for outbreaks of COVID-19 in care homes following hospital discharge: a national cohort analysis.» Cold Spring Harbor Laboratory Press, 2020.
- European Centre for Disease Control and Prevention. «Surveillance of COVID-19 in long-term care facilities in the EU/EEA.» Stockholm, 2020b.
- European Centre for Disease Control Prevention. «Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings.» Stockholm, 2020a.
- Fallon, Aoife, Tim Dukelow, Sean P Kennelly, y Desmond O’Neill. «COVID-19 in nursing homes.» Vol. 113. nº 6. Oxford University Press, 2020. 391--392.
- Feder, Judy. «COVID-19 and the Future of Long-Term Care: The Urgency of Enhanced Federal Financing.» Taylor & Francis, 2020. 1--8.
- Flatharta, Tomás, y EC Mulkerrin. «Back to Basics: Giant Challenges to Addressing Isaac’s “Geriatric Giants” Post COVID-19 Crisis.» Vol. 24. nº 7. 2020.
- Fresno García, José Manuel, Leticia Henar Lomeña, Raúl Ruiz Villafranca, y Fernando Álvarez Puerta. «Auditoría de los centros residenciales de Navarra ante la crisis de la COVID-19.» 2020.
- Fronteras, Médicos Sin. «TOO LITTLE, TOO LATE: The unacceptable neglect of the elderly in care homes during the COVID-19 epidemic in Spain.» 2020.
- Graham, Neil SN, y otros. «SARS-CoV-2 infection, clinical features and outcome of COVID-19 in United Kingdom nursing homes.» Elsevier, 2020.
- Griffin, Shaun. «Covid-19: Experts urge strategies to prevent further outbreaks in care homes.» British Medical Journal Publishing Group, 2020.



- Grupo de Trabajo Multidisciplinar. *Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, 2020.
- Gurwitz, Jerry H. «COVID-19, Post-acute Care Preparedness and Nursing Homes: Flawed Policy in the Fog of War.» *Journal of the American Geriatrics Society* (Wiley-Blackwell), 2020.
- Hado, Edem, y Lynn Friss Feinberg. «Amid the COVID-19 Pandemic, Meaningful Communication between Family Caregivers and Residents of Long-Term Care Facilities is Imperative.» Taylor & Francis, 2020. 1--6.
- Hirdes, John P, y otros. «The Long-term Care Pandemic: International Perspectives on COVID-19 and the Future of Nursing Homes.» Balsillie School of International Affairs, 2020.
- Iacobucci, Gareth. «Covid-19: Care home deaths in England and Wales double in four weeks.» *BMJ-BRITISH MEDICAL JOURNAL* 369 (APR 22 2020).
- . «Covid-19: Lack of PPE in care homes is risking spread of virus, leaders warn.» Vol. 368. BMJ Publishing Group LTD, 2020.
- . «Covid-19: Nearly half of care homes in northeast England have had an outbreak.» British Medical Journal Publishing Group, 2020.
- Jiménez-Martín, Sergi, y Analía Viola. «La asistencia residencial en España y COVID-19.» *Estudios sobre la Economía Española - 2020/20*, 2020.
- Junta de Castilla y León. «El impacto del COVID19 en las residencias de personas mayores de Castilla y León y medidas adoptadas.» 2020.
- Kemenesi, Gábor, y otros. «Nursing homes and the elderly regarding the COVID-19 pandemic: situation report from Hungary.» Springer, 2020. 1.
- Kim, Gina, y otros. «A Health System Response to COVID-19 in Long-Term Care and Post-Acute Care: A Three-Phase Approach.» Wiley Online Library, 2020.
- Kimball, Anne, y otros. «Asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections in residents of a long-term care skilled nursing facility—King County, Washington, March 2020.» Vol. 69. nº 13. Centers for Disease Control and Prevention, 2020. 377.
- Koshkouei, Mona, Lucy Abel, y Caitlin Pilbeam. «How can pandemic spreads be contained in care homes?» *University of Oxford. Centre for Evidence-Based Medicine*. 14 de abril de 2020. <https://www.cebm.net/covid-19/how-can-pandemic-spreads-be-contained-in-care-homes/> (último acceso: 23 de Noviembre de 2020).
- Li, Yue, Helena Temkin-Greener, Gao Shan, y Xueya Cai. «COVID-19 infections and deaths among Connecticut nursing home residents: facility correlates.» Wiley Online Library, 2020.
- Logar, Silvia. «Care home facilities as new COVID-19 hotspots: Lombardy Region (Italy) case study.» *Archives of gerontology and geriatrics* (Elsevier) 89 (2020): 104087.
- Lum, Terry, Cheng Shi, Gloria Wong, y Kayla Wong. «COVID-19 and Long-Term Care Policy for Older People in Hong Kong.» Taylor & Francis, 2020. 1--7.
- Martin, Finbarr C. «Care homes after covid-19: the government needs a plan.» Vol. 369. British Medical Journal Publishing Group, 2020.
- McMichael, Temet M, y otros. «Epidemiology of Covid-19 in a long-term care facility in King County, Washington.» Vol. 382. nº 21. Mass Medical Soc, 2020. 2005--2011.
- Medeiros de Figueiredo, Alexandre, Antonio Codina Daponte, Daniela Cristina Moreira Marculino, Rodrigo Pinheiro Toledo, Kenio Costa de Lima, y Eugenia Gil-García. «Factores asociados a la

- incidencia y la mortalidad por COVID-19 en las comunidades autónomas.» *Gaceta Sanitaria* (Elsevier), 2020.
- Médicos Sin Fronteras. *TOO LITTLE, TOO LATE: The unacceptable neglect of the elderly in care homes during the COVID-19 epidemic in Spain*. Médicos Sin Fronteras, 2020.
- Ministerio de Sanidad. *Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19. Documento técnico. Versión de 5 de marzo de 2020*. Madrid: Gobierno de España, 2020.
- Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. «Guía de prevención y control frente al COVID19 en residencias de mayores y otros centros.» 24 de marzo de 2020. [https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2020/04/Residencias\\_y\\_centros\\_sociosanitarios\\_COVID-19.pdf](https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2020/04/Residencias_y_centros_sociosanitarios_COVID-19.pdf) (último acceso: 25 de noviembre de 2020).
- Moraes, Edgar Nunes de, y otros. «COVID-19 in long-term care facilities for the elderly: laboratory screening and disease dissemination prevention strategies.» Vol. 25. *SciELO Public Health*, 2020. 3445--3458.
- National Collaborating Centre for Methods and Tools. «Rapid Review: What is the effectiveness of cohorting virus-positive residents to shared rooms in care facilities?» June de 2020. <https://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/covid-19-evidence-reviews> (último acceso: 23 de noviembre de 2020).
- O'Neill, Desmond. «Covid-19 in care homes: the many determinants of this perfect storm.» *Bmj* (British Medical Journal Publishing Group) 369 (2020).
- O'Neill, Desmond, Robert Briggs, Iva Holmerová, Olafur Samuelsson, Adam L Gordon, y Finbarr C Martin. «COVID-19 highlights the need for universal adoption of standards of medical care for physicians in nursing homes in Europe.» Vol. 11. nº 4. *Springer*, 2020. 645--650.
- Observatorio de la Realidad Social. «EFECTOS DEL CoVID-19 EN LAS RESIDENCIAS DE MAYORES DE NAVARRA.» 2020.
- Oliver, David. «David Oliver: Let's not forget care homes when covid-19 is over.» *BMJ-BRITISH MEDICAL JOURNAL* 369 (APR 24 2020).
- Organización Mundial de la Salud. «Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19. Orientaciones provisionales. 21 de marzo de 2020.» 2020a.
- Organización Mundial de la Salud. «Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración. Reseña normativa, 24 de julio de 2020.» 2020b.
- Organización Mundial de la Salud. «Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: policy brief. 2020.» *WHO/2019-nCoV/Policy\_Brief/Long-term\_Care/2020.1* 74 (s.f.).
- Overton, Christopher E, y otros. «Using statistics and mathematical modelling to understand infectious disease outbreaks: COVID-19 as an example.» 2020.
- Patient Ombudsman. *Honouring the voices and experiences of Long-Term Care Home residents, caregivers and staff during the first wave of COVID-19*. Toronto: Patient Ombudsman, 2020.
- Perrota, Fabio, y otros. «COVID-19 and the Elderly: Insights Into Pathogenesis and Clinical Decision-Making.» *Aging clinical and experimental research* 32 (2020): 1599--1608.
- Prieto-Alhambra, Daniel, y otros. «Hospitalization and 30-day fatality in 121,263 COVID-19 outpatient cases.» Cold Spring Harbor Laboratory Press, 2020.
- Rada, Aser García. «Covid-19: the precarious position of Spain's nursing homes.» Vol. 369. *British Medical Journal Publishing Group*, 2020.

- Rada, Aser García. «Covid-19: the precarious position of Spain's nursing homes.» *Bmj* (British Medical Journal Publishing Group) 369 (2020).
- Rajan, Selina, y Martin Mckee. «Learning from the impacts of COVID-19 on care homes: a pilot survey.» LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, 2020.
- Ramstedt, Katrina A. «The carnage of substandard research during the COVID-19 pandemic: a call for quality.» *Journal of Medical Ethics* 46 (2020): 803-807.
- Rios, Patricia, y otros. «Preventing the transmission of COVID-19 and other coronaviruses in older adults aged 60 years and above living in long-term care: a rapid review.» Vol. 9. nº 1. BioMed Central, 2020. 1--8.
- Rolland, Yves, y otros. «Guidance for the Prevention of the COVID-19 Epidemic in Long-Term Care Facilities: A Short-Term Prospective Study.» Vol. 24. nº 8. Springer, 2020. 812--816.
- Romero-Ortuño, Román, y Séan Kennelly. «COVID-19 deaths in Irish Nursing Homes: exploring variation and association with the adherence to national regulatory quality standards.» 2020.
- Roxby, Alison C, y otros. «Outbreak investigation of COVID-19 among residents and staff of an independent and assisted living community for older adults in Seattle, Washington.» 2020.
- Salcher-Konrad, Maximilian, Arnoupe Jhass, Huseyin Naci, Marselia Tan, Yousef El-Tawil, y Adelina Comas-Herrera. «COVID-19 related mortality and spread of disease in long-term care: first findings from a living systematic review of emerging evidence.» Cold Spring Harbor Laboratory Press, 2020.
- Secretaría de Estado de Derechos Sociales. *Marco común para la aplicación del "Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19" en el ámbito de los centros sociales residenciales*. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2020.
- Shen, Karen. «Relationship between nursing home COVID-19 outbreaks and staff neighborhood characteristics.» Cold Spring Harbor Laboratory Press, 2020.
- Smith, Emma, y otros. «Testing for SARS-CoV-2 in care home staff and residents in English care homes: A service evaluation.» Cold Spring Harbor Laboratory Press, 2020.
- Stall, Nathan M, Aaron Jones, Kevin A Brown, Paula A Rochon, y Andrew P Costa. «For-profit long-term care homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths.» *Can Med Assoc*, 2020.
- Stall, Nathan M, y otros. «A Hospital Partnership with a Nursing Home Experiencing a COVID-19 Outbreak: Description of a Multi-Phase Emergency Response in Toronto, Canada.» Wiley Online Library, 2020.
- Stall, Nathan M., Aaron Jones, Kevin A. Brown, Paula A. Rochon, y Andrew P Costa. «For-profit long-term care homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths.» *CMAJ*, 2020.
- Suárez-González, Aida, y otros. «Impact and mortality of COVID-19 on people living with dementia: cross-country report.» 19 de agosto de 2020. <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/08/International-report-on-the-impact-of-COVID-19-on-people-living-with-dementia-19-August-2020.pdf> (último acceso: 25 de noviembre de 2020).
- Tinsley, Becky. «Impact of coronavirus in care homes in England: 26 May to 19 June 2020.» 2020.
- Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico de la Agencia del Conocimiento en Salud. *Medidas de prevención y control de riesgo de diseminación del COVID-19 y otras enfermedades infecciosas de transmisión por contacto (incluido gotas) en las residencias de ancianos*. Santiago de Compostela: Sunta de Galicia, 2020.
- University of Oxford. Centre for Evidence-Based Medicine. *What measures have been taken to protect care homes during the COVID-19 crisis? – Cross-Country Analysis*. 2020.

<https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/06/08/what-measures-have-been-taken-to-protect-care-homes-during-the-covid-19-crisis/> (último acceso: 23 de Noviembre de 2020).

Van Houtven, Courtney Harold, Nicole DePasquale, y Norma B Coe. «Essential long-term care workers commonly hold second jobs and double-or triple-duty caregiving roles.» Wiley Online Library, 2020.

Wee, Shiou-Liang, y PLK Yap. «Timely Lessons from a Pandemic on the Benefits of Person Centric Care in Long Term Care Facilities.» Springer, 2020. 1--2.

Yen, M, J Schwartz, C King, C Lee, y P Hsueh. «Recommendations for protecting against and mitigating the COVID-19 pandemic in long-term care facilities.» Vol. 53. nº 3. 2020. 447--453.