



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

Informe SESPAS

Impacto de la COVID-19 en la atención sociosanitaria: el caso de las residencias. Informe SESPAS 2022



Juan Oliva* y Luz M. Peña Longobardo

Departamento de Análisis Económico y Finanzas, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo, España

R E S U M E N

Palabras clave:

Pandemia
COVID-19
Residencias
Cuidados de larga duración

Las residencias de mayores han sido el foco de mayor impacto de la COVID-19 en materia de mortalidad y de situaciones extremas, junto con los centros sanitarios. El principal objetivo de este artículo es describir cómo afectó la llegada del SARS-CoV-2 a las residencias de mayores en España durante los primeros meses pandémicos, y apuntar lecciones aprendidas. Pese a las medidas y normativas aprobadas en las primeras semanas de marzo de 2020, las residencias no estaban preparadas para la llegada de una epidemia como la vivida. El indicador más claro de ello es un fuerte impacto sobre la mortalidad en las residencias. El exceso de fallecimientos en las residencias se ha estimado en 26.448 personas entre marzo de 2020 y mayo de 2021 (un 10,6% del total de las personas dependientes atendidas en residencias, con un exceso de mortalidad del 43,5%), concentrándose las muertes en los primeros meses de la pandemia. Sin embargo, hay otros efectos que cabe reseñar, como los que afectan a la salud mental y la calidad de vida de residentes, familiares y personal de las residencias. Asumiendo que posiblemente no hay dos pandemias iguales, es imprescindible extraer de la experiencia vivida enseñanzas que puedan resultar de utilidad para estar preparados ante situaciones futuras similares y reforzar un sistema de cuidados de larga duración que ya era frágil antes de la llegada del SARS-CoV-2.

© 2022 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Impact of COVID-19 on long term care: the case of residential facilities. SESPAS Report 2022

A B S T R A C T

Keywords:

COVID-19
Pandemic
Residential facilities
Long-term care

Facilities have been the focus of the greatest impact of COVID-19 in terms of mortality and extreme situations, along with health centers. The main objective of this article is to describe how the arrival of SARS-CoV-2 affected facilities, focusing on Spain during the first pandemic months, and to point out lessons learned. Despite the measures and regulations approved in the first weeks of March 2020, these centers were not prepared for the arrival of an epidemic such as the one experienced. The clearest indicator of this is a strong impact on mortality in residential facilities. The excess of deaths in residences has been estimated at 26,448 people between March 2020 and May 2021 (10.6% of the total number of dependents cared for in residences, with an excess mortality of 43.5%), with deaths concentrated in the first months of the pandemic. However, there are other effects to be considered such as those that affect the mental health and quality of life of residents, family members, and residential facilities staff. Assuming that no two pandemics are possibly alike, it is essential to draw lessons from lived experience that may be useful to prepare for similar future situations and strengthen a long-term care system that was already frail before the arrival of SARS-CoV-2.

© 2022 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En el inicio del nuevo siglo, España partía de bajos niveles de gasto en cuidados de larga duración en comparación con otros países europeos^{1,2}. La familia seguía desempeñando un papel predominante como principal red de protección para satisfacer las

necesidades de las personas en situación de dependencia, mientras que la actuación del sector público era de carácter subsidiario².

Diseñada en una etapa de bonanza económica, la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, vio la luz apenas meses antes del estallido de la crisis financiera y sufrió severos recortes presupuestarios, así como continuos retrasos en su despliegue. Otros problemas profundos de indefinición y de incertidumbre (fallos de gobernanza, defectos de planificación y organización, disputas políticas, falta de reconocimiento de la labor de las familias, etc.), se han prolongado y cronificado durante su primera década y media de existencia^{3,4}.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: juan.olivamorenouclm.es (J. Oliva).

Puntos clave

- Las residencias de mayores no estaban preparadas para una crisis como la generada por el SARS-CoV-2.
- La mortalidad en las residencias fue muy elevada en los primeros meses de la pandemia, con independencia del indicador que se emplee.
- Además de la mortalidad, conviene profundizar en otros aspectos relativos a la salud de las personas residentes y de los/las trabajadores/as de las residencias.
- Algunos informes oficiales y la literatura científica revelan elementos de interés para prevenir situaciones similares ante futuras crisis.
- La pandemia ha revelado la fragilidad del sistema de cuidados de larga duración español. Su mejora debe ser una prioridad de nuestras políticas sociales.

Pese a ello, la Ley supuso un avance normativo de primera magnitud en materia de derechos sociales. Asimismo, mejoró el acceso a prestaciones sociales a las personas con limitaciones en su autonomía. Según datos del IMSERSO, en el momento en que la pandemia del SARS-CoV-2 llegó a España, el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) prestaba atención a 1,12 millones de personas. En el ámbito residencial, a finales de 2019 había aproximadamente en España 390.000 plazas de centros, con algo más de 247.000 personas usuarias, de las cuales casi un 70% eran beneficiarias del SAAD.

Desde el momento en que se cobró conciencia del alcance de la pandemia, buena parte de las miradas de preocupación se dirigieron a las residencias de mayores. El propio estado de salud de los residentes⁵, así como las particulares características de estos centros⁶, hacían temer una situación de especial vulnerabilidad.

El objetivo de este artículo es describir cómo afectó la llegada del SARS-CoV-2 a las residencias de mayores en España durante los primeros meses de pandemia. Asimismo, asumiendo que posiblemente no hay dos pandemias iguales, se busca extraer de la experiencia vivida enseñanzas que puedan resultar de utilidad ante situaciones futuras similares.

COVID-19 y residencias de mayores

Actuaciones llevadas a cabo

Las medidas más tempranas de actuación datan de comienzos de marzo de 2020. En concreto, la Comunidad de Madrid decretó el 6 de marzo el cierre de 213 centros de ocio de mayores. Dos días después se daban instrucciones para limitar las visitas en residencias y se cerraban los centros de día. En los siguientes días, estas medidas se extendían por toda España.

Además de la normativa general y de la impulsada desde el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, a través del IMSERSO, publicó una serie de documentos técnicos con recomendaciones dirigidas a las residencias de mayores y centros sociosanitarios (5 de marzo), al ámbito de la atención domiciliaria (16 de marzo), de los servicios sociales de atención primaria (6 de abril), así como de otros ámbitos competenciales de los servicios sociales. Asimismo, el Boletín Oficial del Estado fue prolífico en la publicación de órdenes y medidas específicas en el campo de las residencias. En las comunidades autónomas, la actividad normativa también fue intensa.

No obstante, más allá de las normas publicadas, resulta muy complejo poder determinar hasta qué punto las actuaciones y los planes de contingencia pudieron ser aplicados con eficacia durante

los meses siguientes a la llegada del virus⁷⁻¹¹. En primer lugar, los primeros casos de contagio en residencias se notificaron a inicios de marzo. Por tanto, por mucha celeridad que se imprimiera, la normativa fue por detrás de los primeros brotes. La actuación de los gerentes de los centros y la existencia de protocolos de actuación previos (formales o informales) fueron mucho más relevantes en los primeros momentos. En segundo lugar, muchas de las medidas contenidas en las órdenes y los protocolos de actuación eran de difícil aplicación, si no imposible, debido a la falta de existencias de test diagnósticos, mascarillas y otros equipos de protección individual. En tercer lugar, existía una gran confusión sobre la actuación de los servicios sanitarios en el ámbito residencial, así como acerca de cuáles eran los canales de coordinación establecidos.

En el contexto internacional, y aunque la evidencia sobre las estrategias de prevención y control de brotes de COVID-19 en las residencias es limitada y heterogénea, cabe destacar que en los países que sufrieron episodios de SARS en 2003 la actuación en las residencias fue muy temprana, hecho que sin duda ayudó a reducir el número de contagios¹²⁻¹⁵.

Impacto de la COVID-19 sobre la mortalidad en las residencias

En el ámbito nacional, los informes de Monitorización de la mortalidad en el SAAD publicados por el IMSERSO detectan un elevado exceso de mortalidad entre marzo de 2020 y mayo de 2021. El Sistema de Monitorización de la Mortalidad mensual (MoMo) estima, a partir de tendencias pasadas, la diferencia entre el número de fallecimientos previsto y el observado. Aunque no pueden establecerse relaciones causales entre la COVID-19 y el número de personas fallecidas, este método parece bastante más apropiado para estimar el impacto de la pandemia que otros basados en registros y diagnósticos clínicos.

Los datos revelan que en el citado periodo fallecieron 300.234 personas con solicitud del grado de dependencia, lo cual supone 57.272 fallecimientos en exceso respecto al número de fallecimientos esperados. El número de fallecimientos alcanzó la cifra de 180.455 en mujeres y 119.779 en varones. En tasas de personas fallecidas con solicitud por cada 1000 solicitantes, en el caso de las mujeres se alcanza la tasa de 153,0 y en el caso de los varones 177,6. Si acudimos al indicador de exceso de mortalidad sobre la esperada, se estima un exceso de 33.991 mujeres fallecidas (un 22,1% de exceso) y de 23.281 varones (un 23,1%).

Del total de las personas dependientes atendidas con servicios o prestaciones se estimó un exceso de fallecimientos de 56.382 personas (un 5,03% del total). En el ámbito residencial, se estimó un exceso de fallecimientos en residencias de 26.448 personas (es decir, un 10,61% del total de residentes dependientes, con un exceso de mortalidad del 43,5%), concentrándose dicho exceso de mortalidad durante los meses de marzo a mayo de 2020. Los datos del MoMo parecen indicar una asociación positiva entre la tasa de incidencia (personas confirmadas con COVID-19 por cada 1000 habitantes) y el exceso de mortalidad de las personas beneficiarias con prestación de atención residencial.

Los indicadores empleados, tanto la tasa de mortalidad de las personas beneficiarias con prestación de atención residencial como el exceso de mortalidad entre estas personas, mostraron importantes diferencias según las regiones.

Las cifras agregadas no deben ocultar que muchas residencias no se vieron afectadas por el virus. A 30 de junio de 2020, un 78% de las residencias de mayores y de personas con discapacidad de Castilla y León no registraba ningún caso de muerte por COVID-19 ni por síntomas compatibles⁹. En cambio, cuando el virus entraba en una residencia, el porcentaje de contagios y la tasa de letalidad eran muy altos. En el caso de Navarra, un tercio de sus residencias acumularon el 94,2% de residentes contagiados y el 93% de los fallecimientos en

los primeros meses de la epidemia⁸. Los datos disponibles de seis residencias de Castilla-La Mancha apuntan a que entre los días 6 de marzo y 5 de abril fallecieron un 15,6% de los residentes⁷. Una cifra similar (13,1% de fallecimientos) se reseña en una residencia de Almería, indicando una tasa de contagio de residentes cercana al 50% en un brote de apenas 2 meses de duración¹⁶. En el caso de cuatro residencias de mayores de la Comunidad de Madrid¹⁷, las tasas de mortalidad acumuladas entre el 7 de abril y el 4 de mayo fueron aún mayores: 38,4%, 15,4%, 21,8% y 34,7%. En el conjunto de la Comunidad de Madrid, en solo 2 meses (marzo y abril de 2020) falleció cerca de un 19% de la población residente¹⁸.

En el ámbito internacional, con la debida precaución que exigen las diferencias entre la definición y el modelo de residencias entre países⁹, y la heterogeneidad en la manera de registrar las muertes asociadas a la COVID-19, Comas-Herrera et al.¹⁹ señalan que, pese a que apenas un 0,73% de la población de 22 países analizados vivía en residencias de mayores, la suma de las muertes de residentes alcanzó el 41% de todos los fallecimientos atribuidos a la COVID-19. Destacan las cifras de Australia, Nueva Zelanda y Noruega, donde el 75%, el 64% y el 60%, respectivamente, de las muertes atribuidas a la COVID-19 se produjeron en personas que vivían en residencias. En el otro extremo se encuentran Hong Kong y Corea del Sur, países con lecciones extraídas del anterior SARS, con tan solo un 8% y un 19% de fallecimientos, respectivamente¹³.

España se encuentra en el grupo de países con mayores tasas de mortalidad de sus residentes^{11,19}. Ello se traduce en un número de fallecidos en residencias muy elevado pese a que la tasa de cobertura (número de plazas residenciales por población de 65 o más años) se encontraba en el promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, pero alejada de otros países del centro y del norte de Europa.

Otros efectos de la COVID-19 en las residencias

Además de la mortalidad, hay otros resultados relacionados con la salud mental y el bienestar general, tanto en la población mayor institucionalizada como en sus familiares y el personal sociosanitario que merecen ser destacados.

Con respecto al primero de ellos (salud mental en la población residente y familiares), la combinación del elevado número de contagios y la mortalidad ocasionada, más las restricciones de movimientos y visitas impuestas en los centros residenciales, pueden haber generado importantes impactos negativos sobre la salud mental y la calidad de vida de la población residente. Todo ello, aunque en distinta medida, también es trasladable a los familiares de las personas residentes, ya que la prohibición de las visitas, con la consiguiente limitación del contacto, y la preocupación por sus seres queridos, afectaron negativamente a su salud mental y bienestar^{20–23}.

En segundo lugar, mención especial requiere el personal que trabaja en las residencias^{8,9,24}. Por un lado, estas personas estuvieron expuestas a un elevado riesgo de contagio en el desempeño de su labor⁷. Asimismo, la carga de trabajo se incrementó por distintas vías. La llegada del virus generó tareas adicionales en materia de autocuidado y cumplimiento de protocolos de aislamiento. En segundo lugar, la atención y el apoyo emocional que habitualmente los familiares brindan a las personas residentes recayó en el personal de los centros. Adicionalmente, hubo que articular tanto la comunicación de los profesionales con los familiares como las visitas telefónicas y por videollamada entre familiares y residentes. También es importante reseñar la propia preocupación por la situación de distanciamiento social y el aislamiento en las personas residentes²⁵. A lo anterior debemos unir el incremento de las bajas laborales por contagio, por agotamiento o por otros problemas de salud^{7–9}. Estas bajas no siempre pudieron ser cubiertas, en parte

debido a la magnitud de la pandemia, pero también como consecuencia de la escasez de personal²⁶. Tampoco ayudó la fuerte precarización laboral que soporta el ámbito de los cuidados en las residencias, tanto en España como en otros países²⁷.

Describir la evolución de los efectos de la pandemia en los meses sucesivos a los tratados requerirá análisis posteriores. No obstante, sí cabe señalar que, transcurridos los primeros meses de la pandemia, la incidencia de COVID-19 en las residencias remitió notablemente, que la transmisión de los centros no estuvo tan ligada a la de la comunidad, que el exceso de mortalidad en las residencias, si bien no desapareció, sí bajó considerablemente (datos del MoMo), y que, por tanto, los efectos de las medidas de actuación y control unidas a las vacunaciones masivas lograron su propósito en la primera mitad del año 2021^{28,29}.

Lecciones aprendidas

En esta sección trataremos de sintetizar algunas de las recomendaciones más destacadas de varios trabajos de referencia^{8–10,30–35}. Aun centrados en las residencias de personas mayores, muchos de los aspectos que se detallan a continuación serían de aplicación a otros centros sociosanitarios, a personas cuidadoras (profesionales y no profesionales) y a personas atendidas en sus hogares.

Una primera conclusión es que las residencias de mayores no estaban preparadas para una crisis pandémica como la vivida. Aprender de esta experiencia es prioritario, pero para ello es necesario un esfuerzo conjunto por parte de las autoridades públicas, profesionales del sector e investigadores para identificar y evaluar aquello que se ha hecho bien y ha funcionado, aquello que habiéndose hecho o intentado es mejorable, y también aquello que no se ha hecho y los motivos de la inacción. Los informes publicados por la Comunidad Foral de Navarra, la Junta de Castilla y León, El Justicia de Aragón y el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 son ejemplos excelentes de ello, pero aislados. En el caso de otros gobiernos regionales cabe preguntarse por qué no hacen públicos los informes que sin duda habrán realizado.

En segundo lugar, cabe destacar el hecho de que el SAAD y el Sistema Nacional de Salud comparten objetivos que se beneficiarían de una visión y una acción coordinadas, ya que el sistema sanitario es responsable de proteger la salud de la población (no solo la atención de la enfermedad), mientras que los servicios sociales asumen la tarea de promover la autonomía personal (no solo la atención de la dependencia). El aspecto esencial sobre el cual avanzar es tender puentes que permitan ir construyendo la cooperación entre ambos sistemas.

En tercer lugar, durante los meses de marzo y abril de 2020 se generaron un importante volumen de órdenes, documentos técnicos y protocolos, por lo que no procedería acusar a las autoridades públicas de inacción. Sin embargo, para aplicar estos protocolos se precisaban medios físicos y humanos preparados para ello. De ahí la importancia de desarrollar programas de formación específicos para situaciones de crisis que recaigan en personas clave de los centros, así como reforzar los programas de coordinación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios. También es clara la necesidad de desarrollar protocolos adaptados al tipo de centro y de personas residentes, y procurar que cada centro cuente con su propio plan de actuación personalizado en función del número de residentes y de su condición, de su dotación habitual de trabajadores/as, así como de otros elementos importantes como su propia arquitectura o la población que lo rodea.

Del mismo modo, los servicios de salud deben contar con equipos de coordinación de atención rápida en residencias en caso de crisis. Dichos equipos deben facilitar la comunicación entre los servicios sanitarios de proximidad y las residencias, los centros

sociosanitarios y los servicios de ayuda a domicilio que lo requieran. Así, sus integrantes deberían formar parte de los equipos de desarrollo y adaptación de los protocolos anteriormente mencionados.

Teniendo en cuenta que las personas que habitan en las residencias de mayores son ciudadanos con plenos derechos, pero con necesidades especiales en muchos casos, es importante plantear, en momentos concretos como es el caso de una crisis como la vivida, la medicalización de las residencias^{16,17}. No obstante, hay que tener en cuenta que las residencias son hogares comunitarios, lugares donde vivir, y más allá de esos momentos, dicha fórmula no parece la óptima³⁴.

Con respecto al perfil de los/las gerentes de residencias y centros sociosanitarios, la pandemia ha puesto de relieve la necesidad de reforzar la formación recibida en cuanto a contenidos sanitarios. Asimismo, otra vía a explorar sería la de dotar de formación específica y conjunta para gestores de servicios sociales y sanitarios sobre aspectos que afectan a ambos sectores. En cuanto a los/las trabajadores/as de los centros, el nivel de contagio entre este colectivo ha sido alto. Ello lleva de nuevo a señalar la necesidad de planificar los medios de formación necesarios para que estos/estas profesionales sepan cómo actuar desde el primer momento para proteger a las personas residentes, pero también a ellos/ellas mismos de potenciales contagios.

Finalmente, cabe señalar que la arquitectura de los centros puede ayudar o dificultar la puesta en práctica de programas de aislamiento físico, la actividad de las personas residentes no contagiadas, la distribución de puntos de lavado de manos y otros muchos elementos. Convendría tomar esto en consideración al construir nuevos centros o reformar los ya existentes y pensar en otras fórmulas de cohabitación de cara al futuro próximo.

En definitiva, la llegada del SARS-CoV-2 ha revelado la fragilidad de la atención residencial en España (entendida como la falta de capacidad de contar con reservas funcionales). A este respecto, hay que recordar que España es uno de los países occidentales que menos recursos destina a cuidados de larga duración^{36,37}. Pese a la escasa financiación, la red de residencias y centros ha crecido a un importante ritmo en los últimos 10 años, pero en condiciones de calidad muy heterogéneas^{32,33}. Existen otros modelos de atención residencial alternativos al actual sobre los que cabe ir avanzando^{37,38}. Sin embargo, un incremento progresivo en la dotación de viviendas comunitarias, apartamentos tutelados u otras fórmulas habitacionales no es óbice para que la fórmula principal de cohabitación comunitaria de personas mayores siga siendo durante un plazo, mayor o menor, no muy diferente del actual marco residencial. Por tanto, el foco de las mejoras planteadas en el corto y medio plazo debe ir dirigido a las residencias.

Por último, la cuestión de la financiación es esencial, aunque no la única que se debe abordar^{3,4,32}, en uno de los sectores de la economía donde más puestos de trabajo se han creado en los últimos años, pero donde los salarios y las condiciones laborales no son envidiables²⁷. La exigencia de una formación continuada y una acreditación rigurosa de los/las trabajadores/as y centros del sector parece difícilmente conciliable con la financiación actualmente aportada.

Por tanto, se debe definir bien lo que se compra en términos de valor (atención, cuidado, bienestar). Fijada esta cuestión, hay que asumir que debe dotarse al sistema de los medios adecuados para cumplir sus objetivos y metas propuestas, así como evaluar los resultados conseguidos. Para ello debe diseñarse una hoja de ruta³⁹ dirigida a superar los problemas de planificación, organización y gobernanza que han acompañado al SAAD desde sus primeros pasos, hace ya una década y media, pero también tener auténtica voluntad de ponerla en práctica.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

En este artículo no se han empleado datos primarios. Las cifras aportadas pueden ser consultadas y ampliadas en:

IMERSO. Información estadística destacada del SAAD. Estadística mensual. Información a 31 de diciembre de 2019. (Consultado el 6/7/2021). Disponible en: <https://www.imerso.es/InterPresent2/groups/imerso/documents/binario/estsisaad20191231.pdf>

IMERSO. Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Información correspondiente a 31 de diciembre de 2019. (Consultado el 6/7/2021). Disponible en: https://www.imerso.es/imerso_01/documentacion/estadisticas/ssppmm.es/2019/index.htm

IMERSO. Monitorización de la mortalidad en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Datos a 30 de junio de 2021. (Consultado el 20/7/2021). Disponible en: https://www.imerso.es/InterPresent1/groups/imerso/documents/binario/momo.dep_202106.pdf

Contribuciones de autoría

J. Oliva y L.M. Peña Longobardo han diseñado la estructura del artículo, han colaborado en paridad en la búsqueda de información, en su escritura y en las sucesivas revisiones del texto. Han realizado por igual contribuciones suficientes para ser considerados coautores del trabajo.

Financiación

J. Oliva y L.M. Peña Longobardo agradecen el apoyo del proyecto *Más allá de las fronteras económicas de las políticas de salud*, Ministerio de Ciencia e Innovación, Programa estatal de investigación, desarrollo e innovación orientada a los retos de la sociedad, con referencia ECO2017-83771-C3-1-R

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Comas-Herrera A, Wittenberg R, Costa-Font J, et al. Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. *Ageing Soc*. 2006;26:285-302.
- OECD. Long-term care for older people. The OECD Health Project. Paris: OECD Publishing; 2005.
- Peña-Longobardo L, Oliva-Moreno J, García-Armesto S, et al. The Spanish long-term care system in transition: ten years since the 2006 Dependency Act. *Health Policy*. 2016;120:1177-82.
- Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia. Informe de la comisión para el análisis de la situación actual del sistema de la dependencia, de su sostenibilidad y de los actuales mecanismos de financiación, para evaluar su adecuación a las necesidades asociadas a la dependencia. Madrid: IMERSO; 2017.
- Fundación Edad & Vida. I Informe Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales. Marzo 2015. Disponible en: <https://www.edad-vida.org/publicaciones/perfil-sanitario-de-las-personas-ingresadas-en-centros-residenciales/>.
- Servicio Asturiano de Salud. Procedimiento de actuación frente al COVID-19 en residencias de personas mayores y centros sociosanitarios. Versión 12. Año 2020.
- Mas Romero M, Avendaño Céspedes A, Tabernero Sahuquillo MT, et al. COVID-19 outbreak in long-term care facilities from Spain. Many lessons to learn. *PLoS One*. 2020;15:e0300241.
- Fresno García JM, Henar Lomeña L, Ruiz Villafranca R, et al. Auditoría de los centros residenciales de Navarra ante la crisis de la COVID-19. 2020. Disponible en: <https://www.navarra.es/documents/48192/5050746/Auditoria-Covid-Navarra-Residencias.pdf/203c9382-cb09-afe8-f790-0a6f47a3f70e?t=1600765656950>
- Junta de Castilla y León. El impacto del COVID19 en las residencias de personas mayores de Castilla y León y medidas

- adoptadas. 29 de septiembre de 2020. Disponible en: <http://www.consejotrabajosocialcyl.org/documentos/circulares.14.1607984276.pdf>
10. Médicos Sin Fronteras. Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España. Agosto, 2020. Disponible en: <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/medicosinfronteras-informe-covid19-residencias.pdf>
 11. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Informe del grupo de trabajo COVID 19 y residencias. Versión final (24/11/2020). Disponible en: https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/gtcovid_residencias_vf.pdf
 12. Hashan MR, Smoll N, King C, et al. Epidemiology and clinical features of COVID-19 outbreaks in aged care facilities: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2021;33:100771.
 13. Tan LF, Seetharaman S. Preventing the spread of COVID-19 to nursing homes: experience from a Singapore geriatric centre. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68:942.
 14. Danis K, Fonteneau L, et al., ECDC Public Health Emergency Team. High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA. *Euro Surveill*. 2020;25:2000956.
 15. D'Adamo H, Yoshikawa T, Ouslander JG. Coronavirus disease 2019 in geriatrics and long-term care: the ABCDs of COVID-19. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68:912–7.
 16. Salas-Coronas J, García-Jerez MA, Sandoval-Codoni JL, et al. La medicalización de residencias como alternativa real a la hospitalización durante la pandemia de COVID-19. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;94:e202011151.
 17. Sáez-López P, Arredondo-Provecho AB. Experiencia de colaboración entre hospital y centros socio-sanitarios para la atención de pacientes con COVID-19. *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95:e202104053.
 18. Martínez-Peromingo J, Serra-Rexach JA. Long-term care facilities and the COVID-19 pandemic: lessons learned in Madrid. *J Am Geriatr Soc*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.16665>.
 19. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, et al. Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. *International Long-Term Care Policy Network*. 2020. CPEC-LSE, 14. Disponible en: <https://ltsccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>.
 20. Thompson DC, Barbu MG, Beiu C, et al. The Impact of COVID-19 pandemic on long-term care facilities worldwide: an overview on international issues. *Bioméd Res Int*. 2020;2020:8870249.
 21. Van der Roest HG, Prins M, van der Velden C, et al. The impact of COVID-19 measures on well-being of older long-term care facility residents in the Netherlands. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21:1569–70.
 22. Wammes JD, Kolk D, van den Besselaar JH, et al. Evaluating perspectives of relatives of nursing home residents on the nursing home visiting restrictions during the COVID-19 crisis: a Dutch cross-sectional survey study. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21:1746–50, e3.
 23. O'Caomh R, O'Donovan MR, Monahan MP, et al. Psychosocial impact of COVID-19 nursing home restrictions on visitors of residents with cognitive impairment: a cross-sectional study as part of the Engaging Remotely in Care (ERIC) project. *Front Psychiatry*. 2020;11:585373.
 24. Riello M, Purgato M, Bove C, et al. Prevalence of post-traumatic symptomatology and anxiety among residential nursing and care home workers following the first COVID-19 outbreak in Northern Italy. *R Soc Open Sci*. 2020;7:200880.
 25. White EM, Wetle TF, Reddy A, et al. Front-line nursing home staff experiences during the COVID-19 pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22:199–203.
 26. Xu H, Intrator O, Bowblis JR. Shortages of staff in nursing homes during the COVID-19 pandemic: what are the driving factors? *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21:1371–7.
 27. OECD. Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2020.
 28. Menéndez Colino R, Merello de Miguel A, Argentina F, et al. Evolución de la COVID-19 en las residencias de personas mayores desde la segunda ola hasta la vacunación. Descripción de un programa de coordinación entre atención primaria, geriatría y salud pública. *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95:e202105071.
 29. Mazagatos C, Monge S, Olmedo C, et al. Effectiveness of mRNA COVID-19 vaccines in preventing SARS-CoV-2 infections and COVID-19 hospitalisations and deaths in elderly long-term care facility residents Spain, weeks 53 2020 to 13 2021. *Euro Surveill*. 2021;26:2100452.
 30. El Justicia de Aragón. Informe del Justicia de Aragón sobre las residencias de personas mayores en Aragón durante el estado de alarma por el covid-19. Septiembre de 2020. Disponible en: <https://eljusticiadearagon.es/wp-content/uploads/2020/09/INFORME-RESIDENCIAS-Y-COVID.pdf>
 31. Organización Médica Colegial. Informe #11 CA COVID 19 OMC sobre residencias de mayores. Noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.cgcom.es/comision.covid19/informe-11-ca-covid-19-omc-sobre-residencias-de-mayores>
 32. Grupo de Trabajo Multidisciplinar del Ministerio de Ciencia e Innovación. Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias. Julio de 2020. Disponible en: https://www.ciencia.gob.es/dam/jcr:30b55515-5141-4f87-9341-6e2b7272cb73/Informe_residencias_GDT_MinisterioCyl.pdf
 33. ActuarCOVID. La COVID-19 en las residencias de mayores en la Comunidad de Madrid: situación actual y propuestas de prevención y control. Documento de trabajo de ActuarCOVID 1-2020. Madrid, noviembre 2020. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/covid-19-residencias-mayores-CAM.pdf>
 34. Del Pino E, Moreno-Fuentes FJ, Cruz-Martínez G, et al. Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes. Madrid: Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC); 2020. Disponible en: <https://digital.csic.es/handle/10261/220460>
 35. SiiS Fundación Eguía-Careaga Fundazioa. Revisión de la incidencia del COVID-19 en las residencias para personas mayores y de las medidas adoptadas para su prevención y control (mimeo), 2020. Disponible en: <https://www.siiis.net/es/investigacion/ver-estudio/591/>
 36. Montserrat Codorniu J. Sostenibilidad del sistema de atención a la dependencia. *Papeles de Economía Española*. 2019;161:164–85.
 37. Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia del Gobierno de España. España 2050: Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo. Madrid: Ministerio de la Presidencia; 2021.
 38. Rodríguez Rodríguez P, Gonzalo Jiménez E. COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España. *Gac Sanit*. 2021;18. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.09.005>. S0213-9111(21)00173-4 Online ahead of print.
 39. Congreso de los Diputados. Texto aprobado por el Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión del día 29 de julio de 2020, con modificaciones respecto al Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Boletín Oficial de las Cortes Generales, 4 de Ago de 2020. p. 1-60.