

Fragilidad de las instituciones de cuidado a la vejez ante el Covid 19

Lecciones aprendidas y recomendaciones para la reforma de los servicios

Iñaki Ortega
Mayte Sancho
Marco Stampini

División de Protección Social y
Salud

DOCUMENTO PARA
DISCUSIÓN N°
IDB-DP-00851

Fragilidad de las instituciones de cuidado a la vejez ante el Covid 19

Lecciones aprendidas y recomendaciones para la reforma de
los servicios

Iñaki Ortega
Mayte Sancho
Marco Stampini

Marzo 2021

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2021 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/SocialProtection

Fragilidad de las instituciones de cuidado a la vejez ante el Covid-19

Lecciones aprendidas y recomendaciones para la reforma de los servicios

Iñaki Ortega, Mayte Sancho y Marco Stampini¹

Resumen

La cohorte de edad que más ha padecido el Covid-19 en términos de mortalidad ha sido la de los adultos mayores. Además, una gran mayoría de los fallecidos de esa edad, a lo largo y ancho del mundo, vivían en contextos institucionales. El impacto de la pandemia también ha puesto de manifiesto un preocupante edadismo en la gestión de la alarma sanitaria y una fragilidad de los sistemas de cuidados para los adultos mayores. El análisis de los datos disponibles, sin embargo, no permite vincular la tasa de envejecimiento, el gasto sanitario o la tasa de cobertura de residencias con el número de fallecimientos. Mediante un proceso cualitativo desarrollado en 2020 y un análisis de fuentes disponible para Europa, con especial foco en España, se han identificado los principales elementos a mejorar en la gestión de este tipo de crisis sanitarias, así como una serie de buenas prácticas en las siguientes cuatro áreas: adaptaciones de los servicios residenciales, potenciación de los recursos humanos, iniciativas (y tecnologías) de apoyo al bienestar emocional y finalmente actuaciones en el ámbito comunitario y cooperativo. A su vez, se han sistematizado recomendaciones para avanzar hacia un sistema de cuidados centrado en la persona para los adultos mayores en el contexto de la economía plateada.

Clasificación JEL: I38 y J14

Palabras claves: atención a la dependencia, Covid-19, cuidado de largo plazo, envejecimiento, personas mayores, adultos mayores, residencias.

¹ Iñaki Ortega es profesor e investigador de Deusto Business School; Mayte Sancho es gerontóloga y experta en cuidados; Marco Stampini trabaja para la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Email: inaki.ortega@deusto.es; mtsanchocas@gmail.com; mstampini@iadb.org. Este informe fue encargado en el contexto del Estudio Económico y Sectorial RG-E1488 del BID.

Durante los meses de julio a diciembre de 2020 se recabó gran parte de la información de este informe mediante la realización de entrevistas abiertas a los siguientes expertos, que agradecemos encarecidamente: Alexandre Kalache, médico gerontólogo, experto en envejecimiento activo, Río de Janeiro (Brasil); Carlos Alfonso, gestor público de servicios sociales, San Sebastián (España); Cuca Fernández Suero, médico intensivista, Reus (España); Daniela Becerril, médica y gestora de cuidados de larga duración, Ciudad de México (México); Diego Bernardini, médico gerontólogo, La Plata (Argentina); Elisa Aracil, economista experta en economía plateada, Madrid (España); Enrique Barrasa, economista, experto en financiación de la vejez, Mérida (España); Fermín García, médico geriatra y gestor privado de largos cuidados, Valencia (España); Fernando Fantova, consultor social, experto en pobreza, Bilbao (España); Gerardo Amunarriz, gestor de entidad sin ánimo de lucro en largos cuidados, San Sebastián (España); Iciar Aguirre Aguilar, arquitecta experta en *senior housing*, Vitoria-Gasteiz (España); Iñaki Martín Lesende, médico de atención primaria, Bilbao (España); Isabel Echevarría, médica y gestora pública de servicios sociales, Vitoria-Gasteiz (España); Jaime Herrera, médico y gestor privado de largos cuidados, Santo Domingo (República Dominicana); José Antonio Granero, arquitecto experto en *senior housing*, Málaga (España); Joseba Zalakain, experto en servicios sociosanitarios, Bilbao (España); Juan Fernández Palacios, actuuario, Toledo (España); Karmele Acedo, gestora de cooperativa de servicios sociales, Bilbao (España); Mar Maestre, gestora cooperativa de servicios sociales, Barcelona (España); María Eugenia Arosemena, médica y gestora de cuidados de larga duración, Panamá City (Panamá); María José Goikoetxea, profesora de ética, Bilbao (España); Mario Abajo, economista y gestor privado de servicios sociales, Londres (Reino Unido); Pedro Sánchez, gestor privado de largos cuidados, Barcelona (España); Rafael Puyol, catedrático de demografía, Madrid (España).

También agradecemos a Deusto Business School de la Universidad de Deusto, que ha puesto a disposición los espacios para la realización de las entrevistas y grupos enfocados, y ofrecido el soporte logístico necesario para ello. Un agradecimiento especial a Enrique Barrasa por su rigurosa labor de recopilación, sistematización y análisis de los datos disponibles. Finalmente, agradecemos a Ferdinando Regalia, Pablo Ibararán, María Laura Oliveri y Natalia Aranco por sus comentarios. Este documento fue editado profesionalmente por Ana Wajszczuk y Teodora Scoufalos. Cualquier error que se hubiere deslizado es solo nuestro. El contenido y los hallazgos de este trabajo reflejan las opiniones de los autores y no necesariamente las del BID, de su Directorio Ejecutivo ni de los países a los que representa.

Contenido

I.	La revolución demográfica	3
ii.	La pandemia del Covid-19	5
iii.	Aprendizajes del análisis de la mortalidad por Covid-19 entre las personas mayores 7	
	1. Mortalidad y estado de envejecimiento de la población	7
	2. Mortalidad y gasto en salud	9
	3. Mortalidad y atención a la dependencia.....	11
iv.	Retos para los cuidados a los adultos mayores durante la pandemia.....	16
	1. Recursos materiales y de gestión insuficientes para la atención a la dependencia	16
	2. Recursos humanos insuficientes y frágiles	16
	3. Infravaloración del peligro de los recursos residenciales	17
	4. Falta de coordinación interinstitucional entre los servicios de cuidado y salud ...	17
	5. Falta de manejo de las consecuencias emocionales de la pandemia	18
	6. Edadismo	18
v.	Buenas prácticas y recomendaciones para la gestión de los cuidados durante la pandemia	19
	1. Adaptaciones de los servicios residenciales	19
	2. Potenciación de los recursos humanos	20
	3. Iniciativas (y tecnologías) de apoyo al bienestar emocional.....	21
	4. Actuaciones en el ámbito comunitario y cooperativo	22
	Recomendaciones para un nuevo modelo de atención	23
vi.	Conclusiones.....	27
vii.	Referencias bibliográficas	28

I. LA REVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA

Como humanidad, hemos avanzado mucho en cuestiones de salud. Hasta hace muy poco, una herida infectada se convertía en una probable causa de muerte, un parto era un suceso con altísima mortalidad, ser niño y sobrevivir a los cinco primeros años de vida era toda una odisea. Lo normal era morir antes de los 65 años: en 1890, la esperanza de vida en Estados Unidos era de apenas 40 años, mientras que hoy no existe ningún país en el mundo, por pobre que sea, que no supere esa cifra. De hecho, la esperanza de vida en nuestro planeta está por encima de los 72 años e incluso 30 países en América, Oceanía, Asia y Europa disfrutaban de una expectativa media de vida de más de 80 años.

La longevidad, entendida como el fenómeno de alcanzar edades avanzadas, es muy reciente. Existen sólidos indicios de que se originó a finales del siglo XIX en Europa. De hecho, la esperanza de vida en el mundo se mantuvo constante en la cifra de 31 años durante 8.000 generaciones.² En Suecia, en el año 1800, la esperanza de vida al nacer era de 32 años. No obstante, en los albores del siglo pasado la mejora en las condiciones de los alumbramientos y las vacunas supusieron el inicio de una reducción drástica de la tasa de mortalidad infantil y el inicio de la actual longevidad.³

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ la esperanza de vida a nivel global ha venido creciendo desde 1950 hasta el año 2000 a un ritmo de más de tres años por cada década. A partir de entonces y hasta el 2015 se ha incrementado en una media de cinco años por década. En este último período incluso la brecha entre la esperanza de vida en África y en Europa se ha reducido en 4,9 años. De hecho, en Argelia la esperanza de vida, hoy, supera los 75 años frente a los 76 de Hungría. Además, de acuerdo con las estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)⁵ esta tendencia se mantendrá a lo largo del siglo XXI⁶ (gráfico 1). “Seis minutos cada hora” es el titular que puede resumir el tiempo extra de vida que las sociedades avanzadas están ganando gracias al rápido aumento de la esperanza de vida al nacer. Según la OCDE, para 2050, en un grupo de países entre los que están España, Portugal, Japón y Corea, el 40% de la población tendrá más de 65 años.⁷

Por otra parte, junto con el aumento de la esperanza de vida, se observa que cada vez un mayor número de personas alcanzan edades de extrema longevidad. Solamente en Estados Unidos, 72.000 personas son centenarias, pero se estima que a mediados de siglo serán más de 378.000. En 2015, en el mundo había más de 125 millones de personas que superaban los 80 años, casi el 2% de la población. En 2050, alrededor de un 5% de la población superará los 80 años; es decir, 420 millones de octogenarios vivirán en el planeta Tierra.

² Rodríguez-Pardo del Castillo y López Farré (2017).

³ Huertas y Ortega-Cachón (2018).

⁴ Véase: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/es/>

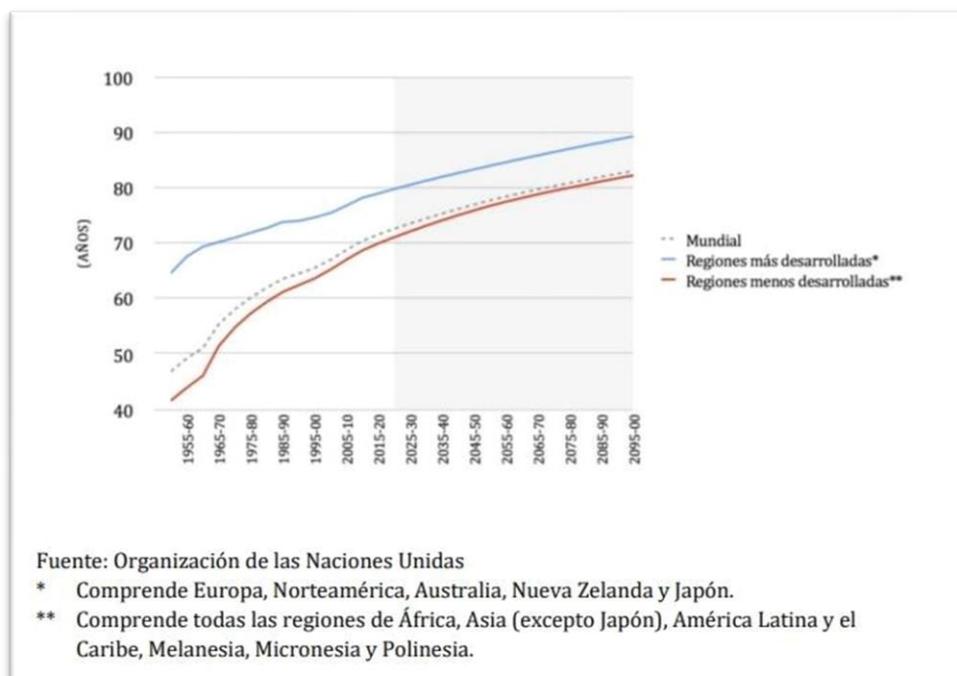
⁵ Para más información, véase: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_Chapter3.pdf

⁶ Véase:

https://documentacion.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1100569

⁷ OECD (2017).

Gráfico 1 - Esperanza de vida al nacer, 1950-2100



De hecho, las proyecciones de la ONU ya tienen en cuenta este hecho dando lugar a pirámides de población proyectadas de forma rectangular, con un apuntamiento drástico en edades altas. Es decir, poblaciones maduras con bajas tasas de mortalidad y fertilidad, sin señal alguna de cambio a medio plazo. En este sentido, el país más envejecido del mundo, Japón, no muestra signos de compresión de la mortalidad y la longevidad sigue prolongándose.⁸ Y España, por ejemplo, ha pasado de tener unas cifras de natalidad de 19 nacidos por cada 1.000 habitantes hace 40 años a menos de 9 en la actualidad. Basados en estas proyecciones, puede afirmarse que la mitad de las niñas nacidas en España o Japón a partir del año 2000 serán centenarias.

Un aspecto clave para explicar esta revolución demográfica tiene que ver con la convergencia a lo largo del siglo XXI a una tasa de crecimiento cero de la población mundial y con el patrón sostenido de reducción de la mortalidad. Los exitosos tratamientos de enfermedades infecciosas como la tuberculosis, la viruela, la peste, la lepra, las fiebres reumáticas o la polio, entre otras, han contribuido en gran medida a esta mejora. El descubrimiento de tratamientos con vacunas y antibióticos, así como el mejoramiento de las condiciones higiénicas en la atención de los nacimientos, en las intervenciones quirúrgicas, en la conservación de los alimentos y en la propia vida cotidiana de las personas están detrás de esos logros.

Las investigaciones para frenar enfermedades como el cáncer o el desarrollo de nuevos antivirales, por citar solo algunas, hacen prever que las mejoras en la esperanza de vida continuarán y podrían exceder las expectativas de la inercia poblacional. Conforme a sus datos, la mortalidad por enfermedades cardíacas y cáncer disminuirá gracias a nuevos hábitos, la educación y el sistema de salud.

En la actualidad, las tablas biométricas actuariales se elaboran con unos límites que suelen ubicarse en una edad máxima de 120 años. La mayoría de los expertos coinciden en que la extensión máxima de la vida humana está entre esa edad y los 125 años. No obstante, existen numerosas líneas de investigaciones abiertas que pronto podrían dejar atrás ese parámetro. El mapa genético personal permite hacer estimaciones cada vez más precisas sobre las enfermedades de origen genético que, con una determinada probabilidad, pueden sufrirse a lo largo de la vida. Así, sería factible prolongar la expectativa de vida mediante tratamientos

⁸ Aguilera, González y De Cadenas (2017).

preventivos de estas enfermedades y hábitos de vida saludables. De momento, su uso es muy limitado, pero los expertos creen que podría llegar a generalizarse en un futuro no muy lejano. Los distintos ensayos en el terreno de la genética y de la biotecnología podrían derivar en un cambio disruptivo que prolongue la vida humana más allá de los límites concebibles en estos momentos.⁹

II. LA PANDEMIA DEL COVID-19

El 31 de diciembre de 2019, el ayuntamiento de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un agrupamiento de 27 casos de neumonía de etiología desconocida con inicio de síntomas desde el 8 de diciembre. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia coronavirus, que fue denominado SARS-CoV-2. La OMS declaró el brote del nuevo coronavirus como una “emergencia de salud pública de importancia internacional” en su reunión del 30 de enero de 2020 y denominó a esta nueva enfermedad Covid-19 (enfermedad infecciosa por coronavirus-19). Para el 11 de marzo de 2020, se contabilizaban 118.000 casos de infectados en 114 países y 4.291 fallecidos; fue en ese momento cuando la OMS elevó la importancia de la emergencia sanitaria calificándola como “pandemia”.

La pandemia ha golpeado a todos los países del mundo con brutalidad. Hasta el 16 de febrero de 2021, son más de 109 millones los contagiados en todo el planeta, y 2.411 millones los fallecidos (tabla 1). Europa ha concentrado más del 33% del total de fallecidos del mundo a pesar de suponer solamente el 7% de la población mundial. La mayoría de las muertes se han concentrado en un grupo de siete países que solo representan el 52% de la población europea. A saber: España, Irlanda, Bélgica, Reino Unido, Italia, Suecia y Francia. En América Latina y el Caribe (ALC) el impacto también ha sido muy significativo, con más de 20 millones de contagiados y 642 mil fallecidos (que representan más del 27% del total de las muertes. Ningún país ha gestionado con éxito la pandemia a la vista de las víctimas, pero es de destacar que apenas haya estados europeos o americanos entre los más eficientes.¹⁰

La pandemia golpeó especialmente a los adultos mayores en todo el mundo. Hasta al mes de agosto de 2020, más del 95% de las muertes por Covid-19 en Europa han sido de personas de 60 años o más. En Estados Unidos el 80% de las muertes se produjeron entre los mayores de 65 años y en China, aproximadamente el 80% de las muertes ocurrieron entre los que superaban los 80 años. Brasil informó que el 76% de las muertes relacionadas con el Covid-19 durante febrero a septiembre del 2020 se dieron en adultos mayores. En Perú, las personas mayores de 70 años tuvieron las tasas más altas de mortalidad por Covid-19 durante marzo a mayo de 2020. En España la cohorte de edad mayor de 65 años supone el 92% de total de fallecidos, aunque si ponemos el foco en los mayores de 74 años encontraremos el 81,03%. En general, en el mundo, la tasa de mortalidad por Covid-19 para los mayores de 80 años es cinco veces mayor que el promedio en todas las edades.

En casi todos los países una proporción sustancial de las muertes se produjo entre los usuarios de residencias para adultos mayores (gráfico 2). El promedio internacional de esta proporción es del 46%, conforme a una investigación basada en 21 países de los cinco continentes.¹¹ En España con datos oficiales se podría estimar como plausible un rango entre el 47% y el 50% de afectación en residencias respecto al total de fallecimientos por la enfermedad Covid-19 en la primera oleada.

⁹ Huertas y Ortega-Cachón (2018).

¹⁰ Lowy Institute (2021).

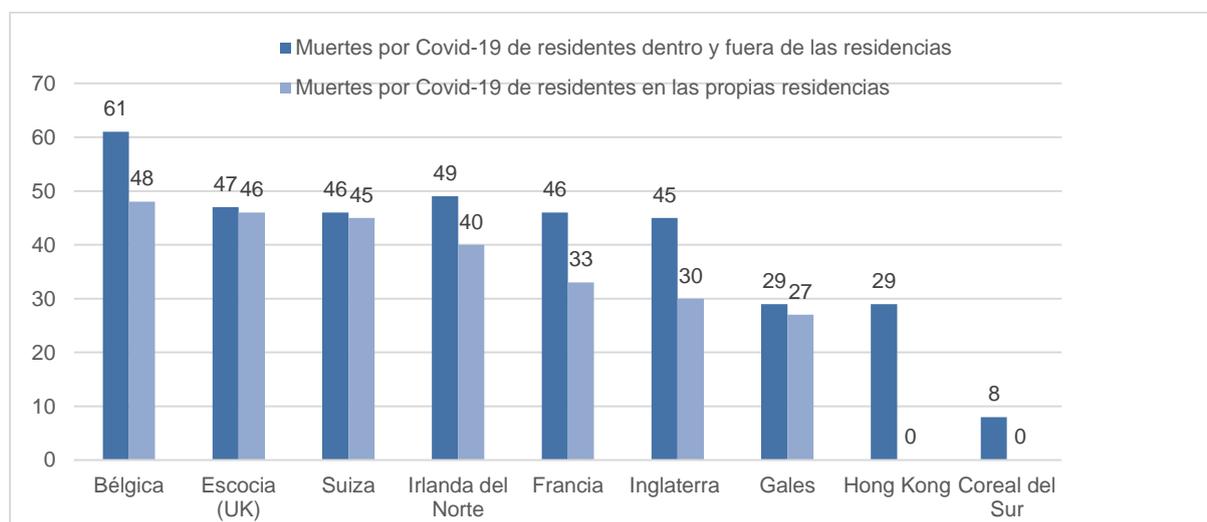
¹¹ International Long Term Care Policy (2020).

Tabla 1 - Casos confirmados y fallecimientos Covid-19 (16 de febrero de 2021)

País o Región	Casos totales	Nuevos casos	Muertes totales	Casos por cada 100.000 habitantes	Muertes por cada 100.000 habitantes	Tasa de letalidad
Mundo	109.355.639	339.840	2.411.392	1.437,8	31,7	2,2
Estados Unidos	27.694.164	53.883	486.325	8.416,0	147,8	1,8
India	10.925.710	9.121	155.814	799,6	11,4	1,4
Brasil	9.866.710	32.197	239.773	4.675,1	113,6	2,4
Reino Unido	4.059.696	9.776	117.622	6.091,3	176,5	2,9
Rusia	4.040.505	13.999	79.210	2.769,9	54,3	2
Francia	3.677.904	60.972	82.759	5.488,4	123,5	2,3
España	3.107.098	30.251	67.369	6.619,7	143,5	2,2
Italia	2.729.519	7.344	93.866	4.522,1	155,5	3,4
Turquía	2.594.128	7.945	27.562	3.163,4	33,6	1,1
Alemania	2.346.876	5.132	65.320	2.826,9	78,7	2,8
ALC	20.200.693	55.515	642.381	3.198,7	101,7	3,2
Europa	35.772.639	169.497	799.505	3.997,6	89,3	2,2
África	3.764.001	9.893	99.019	288,1	7,6	2,6
Asia	20.541.917	50.220	344.937	466,8	7,8	1,7

Fuente: Cálculos BID usando datos del Johns Hopkins Coronavirus Resource Center.

Gráfico 2 - Número de fallecidos (miles) por Covid-19 por tipo de residencia



Fuente: Elaboración propia sobre datos de International Long Term Care Policy Network (2020).

El confinamiento y las medidas tomadas para reducir los contagios, particularmente entre las personas mayores, han determinado en la mayoría de los casos una disfunción de los servicios de apoyo socio sanitario. También por esta razón, fueron las personas mayores quienes más sufrieron los efectos del confinamiento en términos de deterioro físico y cognitivo. Por ejemplo, en España en la primera fase del confinamiento, los mayores de 85 años perdieron tres veces más masa muscular que los jóvenes, aumentando las caídas,

lesiones y fracturas.¹² Una gran mayoría de los mayores con enfermedades de deterioro cognitivo han empeorado durante la pandemia a causa de lo que se ha conocido como “distanciamiento social”¹³

En este documento, analizamos algunas de los aprendizajes sobre la mortalidad por Covid-19 entre las personas mayores (sección III), discutimos los retos para la prestación de servicios de atención a la dependencia durante la pandemia (sección IV), y revisamos algunas experiencias que han logrado reducir el contagio y el aislamiento social de las personas mayores con el objetivo de ofrecer recomendaciones para la adaptación de los servicios de apoyo (sección V).

III. APRENDIZAJES DEL ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR COVID-19 ENTRE LAS PERSONAS MAYORES

Durante el segundo semestre de 2020 se ha estudiado la información disponible sobre el impacto de la pandemia en el ecosistema de los cuidados a las personas mayores en las comunidades autónomas de España y en los diferentes países europeos, de cara a la obtención de aprendizajes para otras regiones del mundo. A continuación, se presentan tres hallazgos con base en datos oficiales del periodo 1º de marzo 2020-1º de septiembre 2020.

1. Mortalidad y estado de envejecimiento de la población

Las altas tasas de contagio y mortalidad entre las personas mayores pueden generar la expectativa de que los impactos de la pandemia sean máximos en aquellos países y/o regiones que se encuentran en un estado más avanzado de la transición demográfica.

Este análisis para el conjunto de los países europeos sugiere que un mayor envejecimiento de la población, medido a través de la esperanza de vida, no supone un mayor impacto de la pandemia en términos de mortalidad (tabla 2).

¹² Ortega-Cachón y Sancho (2020).

¹³ Ortega-Cachón y Sancho (2020).

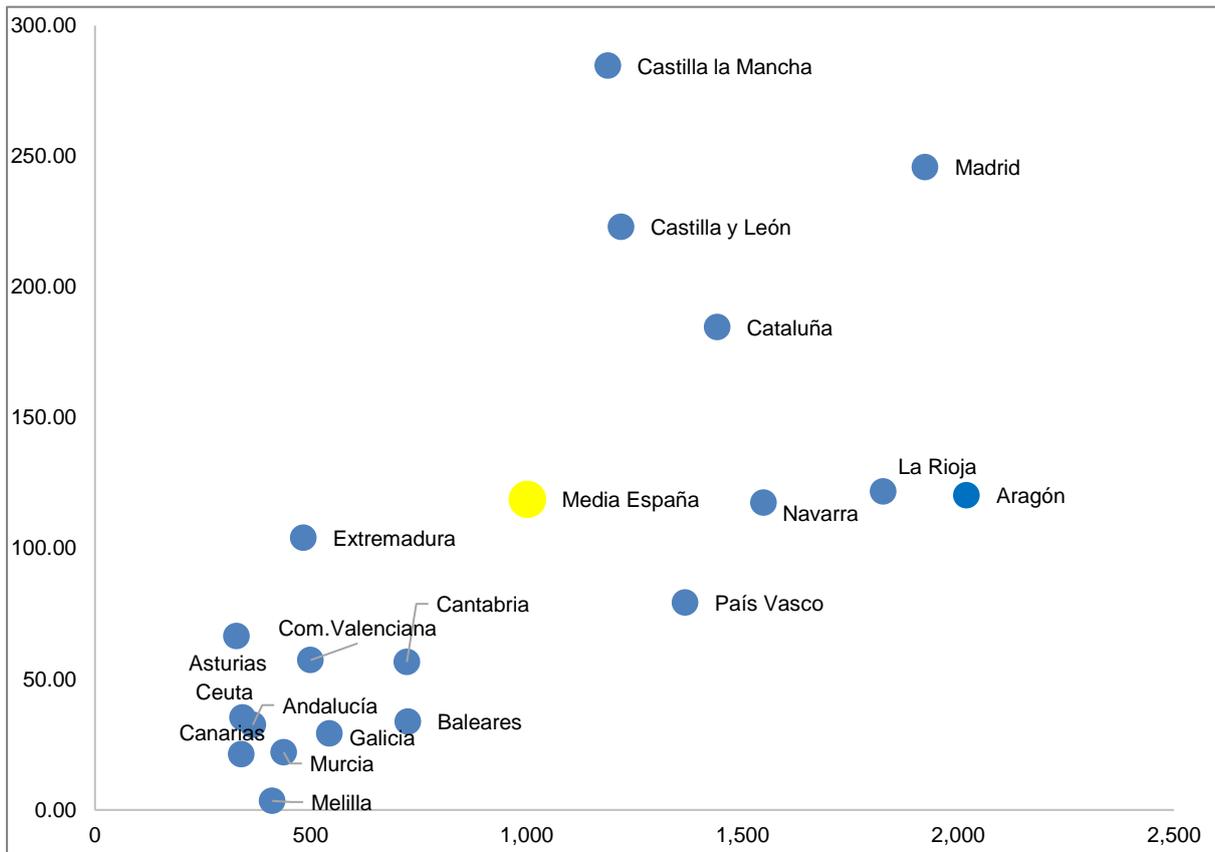
Tabla 2 - Esperanza de vida y fallecimientos por Covid-19 UE-28

Países	Población (1)	Fallecidos (2)	Fallecidos por cada 100.000 habitantes	Esperanza de vida Banco Mundial (3)
España (5)	47.026.208	55.911	118,89	83,00
Irlanda	4.963.839	5.816	117,17	82,00
Bélgica	11.549.888	9.891	85,64	82,00
UK (5)	67.025.542	41.498	61,91	81,00
Italia	60.244.639	35.473	58,88	83,00
Suecia	10.327.589	5.821	56,36	83,00
Francia	67.098.824	30.465	45,40	83,00
Países Bajos	17.407.855	6.215	35,70	82,00
Luxemburgo	626.108	124	19,80	82,00
Rumania	19.317.984	3.539	18,32	75,00
Portugal	10.295.909	1.818	17,66	81,00
Alemania	83.166.711	9.295	11,18	81,00
Dinamarca	5.822.763	624	10,72	81,00
Bulgaria	6.951.482	605	8,70	75,00
Austria	8.901.064	733	8,23	82,00
Hungría	9.769.526	614	6,28	76,00
Eslovenia	2.095.861	128	6,11	81,00
Finlandia	5.525.292	335	6,06	82,00
Estonia	1.328.976	64	4,82	78,00
Polonia	37.958.138	1.774	4,67	78,00
Chequia	10.693.939	421	3,94	79,00
Croacia	4.058.165	155	3,82	78,00
Lituania	2.794.090	86	3,08	76,00
Grecia	10.709.739	260	2,43	82,00
Chipre	888.005	21	2,36	81,00
Malta	514.564	10	1,94	82,00
Letonia	1.907.675	34	1,78	75,00
Eslovaquia	5.457.873	33	0,60	77,00
Total UE-28	514.428.248	211.763	41,16	77,29

Fuentes: elaboración propia con base en (1) www.datosmacro.com, (2) Coronavirus Weekly Epidemiological Update 31.08.2020-World Health Organization, (3) bancomundial.org, (4) INE, Ministerio de Sanidad, (5) Acuerdo sobre la retirada del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte de la Unión Europea y de la Comunidad Europea de la Energía Atómica (2019/C 384 I/01)

España disfruta de una de las esperanzas de vida más altas del mundo y el 19% de su población hoy tiene más de 65 años, pero este envejecimiento de la población no es uniforme y hay comunidades autónomas (CCAA) como Asturias o Galicia que superan el 25%. El análisis de datos regionales lleva a rechazar la mencionada hipótesis (gráfico 3). Más específicamente, el análisis de la relación entre la tasa de mortalidad por Covid-19 y el porcentaje de la población de más de 65 años de edad en las diferentes comunidades autónomas españolas muestra que un mayor envejecimiento regional en España no supone un mayor número de fallecidos por la pandemia.

Gráfico 3 - Tasa de mortalidad vs. tasa de envejecimiento por CCAA



2. Mortalidad y gasto en salud

Las altas tasas de hospitalización de los enfermos de Covid-19 y la necesidad de terapias intensivas pueden generar la expectativa de que los impactos de la pandemia sean mayores en los países con bajo gasto en salud.

En términos de gasto sanitario, la media en el conjunto de la Unión Europea se sitúa en el 8,5% del PIB, con gran variabilidad entre países (tabla 3). A la cabeza, se sitúan Alemania (11,2%), Francia (11,1%) y Suecia (11,0%) y a la cola, Rumania (5%), Letonia (5,8%) y Luxemburgo (6%). En cuanto al indicador de camas hospitalarias, la media de la Unión Europea se sitúa en 4,9 por cada mil habitantes. A la cabeza están Alemania (8,0), Bulgaria (7,5) y Austria (7,4). Los países con menos recursos sanitarios de este tipo son Suecia (2,2), Reino Unido (2,5) y Dinamarca (2,6).

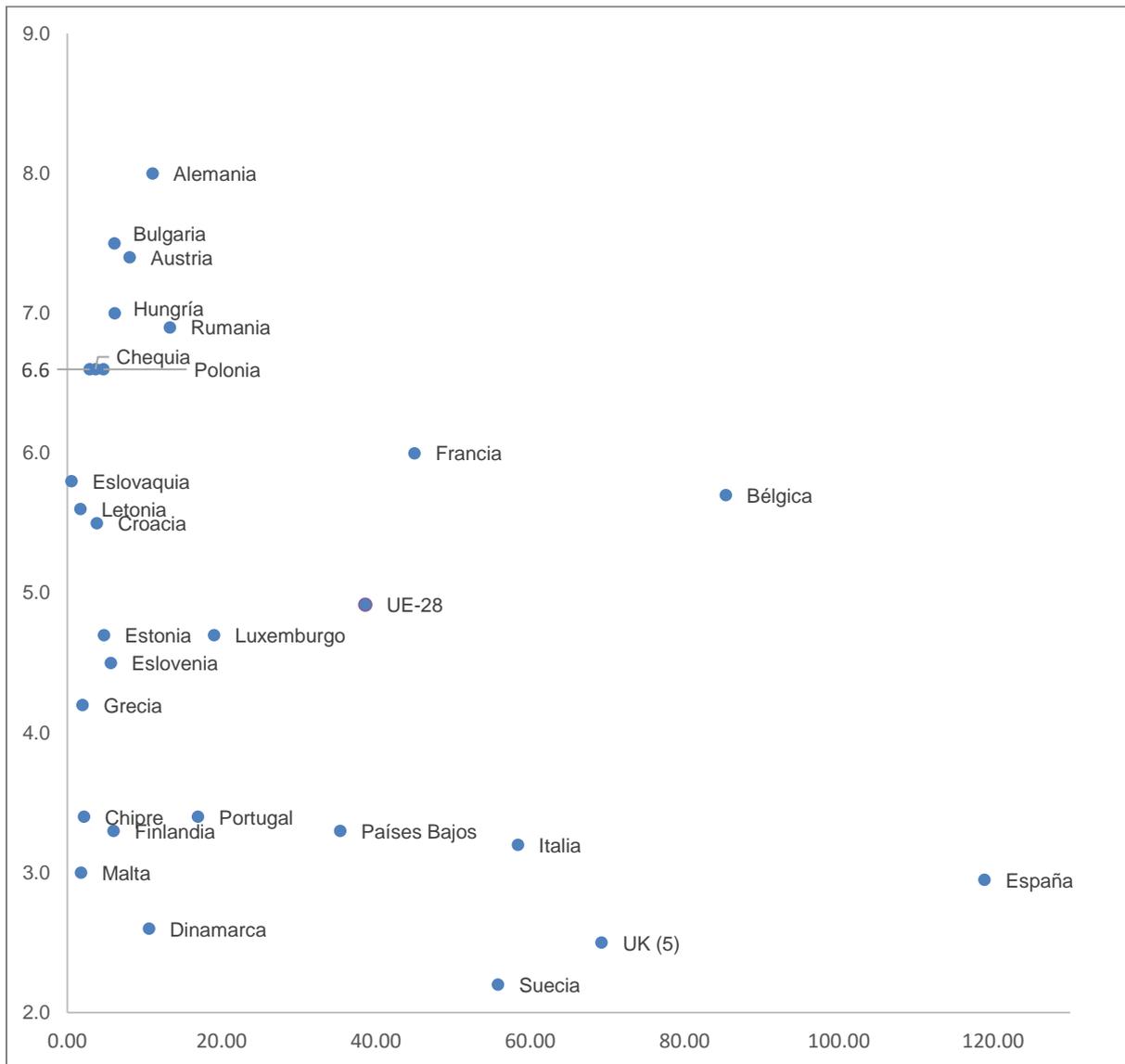
El análisis realizado para el conjunto europeo sugiere la ausencia de correlación entre gasto sanitario e impacto de la pandemia; no obstante, sí puede concluirse que los países europeos que han mostrado más fragilidad ante la crisis sanitaria se encuentran en un rango bajo de dotación de camas hospitalarias (gráfico 4).

Tabla 3 - Impacto de la pandemia (marzo-septiembre 2020) y gasto sanitario en Europa

Países	Población (1)	Casos confirmados (2)	Fallecidos (2)	Casos por cada 100.000 habitantes	Fallecidos por cada 100.000 habitantes	Gasto sanitario o % PIB (3)	Camas en hospitales por cada 1.000 habitantes (3)	Camas UCI	Plazas en residencias (4)	Población >65 años (4)	Tasa cobertura plazas residencias por cada 100 habitantes >65 años
Alemania	83.166.711	241.771	9.295	257,57	11,04	11,2%	8,0	29,2	852.849	21,5%	4,8
Francia	67.098.824	256.829	30.465	272,99	44,99	11,1%	6,0	11,6	687.936	20,1%	5,1
Suecia	10.327.589	83.958	5.821	650,21	55,83	11,0%	2,2	5,8	93.000	19,9%	4,5
Países Bajos	17.407.855	69.563	6.215	327,33	35,35	10,7%	3,3	6,4	92.000	19,2%	2,8
Bélgica	11.549.888	84.505	9.891	622,72	85,38	10,5%	5,7	15,9	146.462	18,9%	6,7
Austria	8.901.064	26.937	733	243,67	8,08	10,3%	7,4	21,8	72.602	18,8%	4,3
Dinamarca	5.822.763	16.700	624	245,69	10,60	10,3%	2,6	6,7	42.668	19,6%	3,7
UK (5)	67.025.542	332.756	41.498	459,73	69,25	9,9%	2,5	6,6	546.794	18,4%	4,4
Malta	514.564	1.847	10	164,41	1,75	9,6%	4,5		5.035	18,7%	5,2
Irlanda	4.963.839	28.720	5.816	531,28	35,62	9,4%	3,0	6,5	30.531	14,1%	4,4
Finlandia	5.525.292	8.049	335	136,32	5,99	9,4%	3,3	6,1	50.373	21,8%	4,2
España	47.026.208	470.973	55.911	1.001,51	118,89	9,2%	3,0	9,7	372.306	19,4%	4,1
Portugal	10.295.909	57.448	1.818	505,65	16,93	9,0%	3,4	4,2	109.740	21,8%	4,9
Italia	60.244.639	266.853	35.473	413,65	58,41	9,0%	3,2	12,5	186.872	22,8%	1,4
Eslovenia	2.095.861	2.834	128	106,07	5,63	8,5%	4,5	6,4	20.777	19,8%	5,0
Grecia	10.709.739	9.977	260	47,83	1,96	8,4%	4,2	6,0	10.849	22,0%	0,5
Bulgaria	6.951.482	16.164	605	182,94	6,10	8,3%	7,5	12,2	486	21,3%	0,0
Hungría	9.769.526	5.669	614	47,05	6,14	7,2%	7,0	13,8	57.929	19,3%	3,1
Chequia	10.693.939	24.094	421	165,89	3,65	7,2%	6,6	11,6	17.204	19,6%	0,8
Eslovaquia	5.457.873	3.842	33	45,44	0,53	6,9%	5,8	9,2	27.497	16,0%	3,1
Chipre	888.005	1.483	21	134,57	2,14	6,8%	3,4	11,4	3.436	16,1%	2,4
Croacia	4.058.165	9.861	155	133,16	3,82	6,6%	5,5	14,7	37.249	20,6%	4,5
Lituania	2.794.090	2.839	86	77,70	2,90	6,5%	6,6	15,5	11.722	19,8%	2,1
Estonia	1.328.976	2.363	64	159,82	4,74	6,5%	4,7	14,6	1.849	19,8%	0,7
Polonia	37.958.138	66.239	1.774	130,45	4,67	6,3%	6,6	6,9	17.291	17,7%	0,3
Luxemburgo	626.108	6.580	124	1.129,68	19,01	6,0%	4,7	24,8	6.966	14,4%	7,7
Letonia	1.907.675	1.375	34	66,84	1,68	5,8%	5,6	9,7	5.798	20,3%	1,5
Rumania	19.317.984	85.833	3.539	300,16	13,28	5,0%	6,9	21,4	37.727	18,5%	1,1
UE-28	514.428.248	2.186.062	211.763	343,25	38,62	8,5%	4,9	11,5	3.545.948	20,0%	3,4

Fuentes: (1) www.datosmacro.com, (2) Coronavirus Weekly Epidemiological Update 31.08.2020-World Health Organization, (3) Ministerio de Sanidad, "Los sistemas sanitarios en los países de la UE 2019", (4) "Surveillance of COVID-19 at Long Term care facilities in the UE/EEA, European Centre for Disease Prevention and Control". Mayo 2020, (5) Acuerdo sobre la retirada del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte de la Unión Europea y de la Comunidad Europea de la Energía Atómica (2019/C 384 I/01). Elaboración propia.

Gráfico 4 - Tasa de mortalidad Covid-19 vs. camas hospitalarias UE 28



Fuente: Elaboración propia.

En España, las personas mayores de 65 años suponen el 45,9% de todas las altas hospitalarias y el cruce de datos permite concluir que a mayor nivel de envejecimiento regional, más esfuerzo en gasto sanitario. Este gasto está muy descentralizado, siendo el 92% realizado por la administración no estatal.

Si estudiamos la relación entre los impactos de la pandemia y variables como nivel de recursos de atención primaria, gasto sanitario en relación con el PIB o número de camas hospitalarias, encontramos que en España no existe correlación entre gasto sanitario por comunidades y tasa de mortalidad por Covid-19.¹⁴

3. Mortalidad y atención a la dependencia

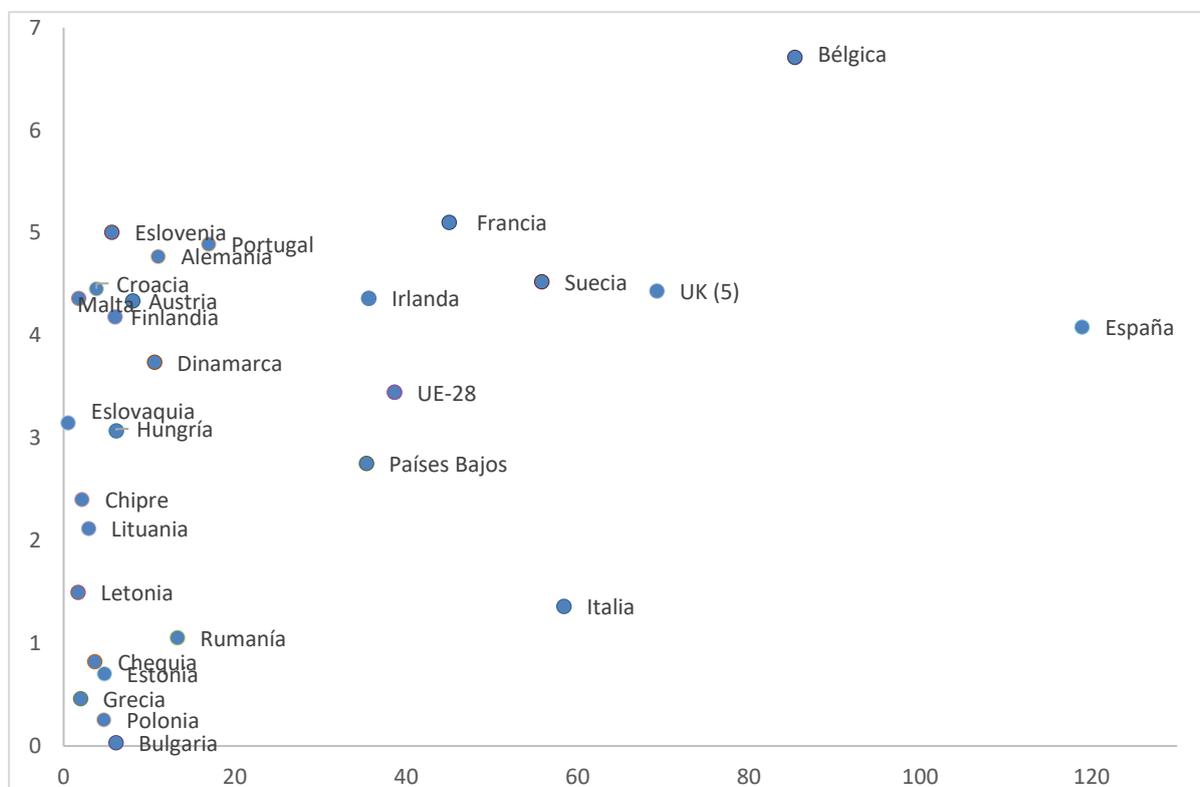
Como se ha afirmado anteriormente, en el mundo entre un 40% y un 80% de los fallecidos por Covid-19 vivían en residencias para adultos mayores. La distribución por países es muy desigual: un 80% de los fallecidos en Canadá eran residentes, mientras que la proporción en Francia fue del 50% y en Hong Kong ese índice resultó en menos de un 1%. En España,

¹⁴ Ortega-Cachón y Sancho (2020).

hasta febrero de 2021, 29.883 personas fallecieron por Covid-19 en residencias.¹⁵ Por lo tanto, es posible pensar que los servicios de cuidado de largo plazo de las personas adultas mayores, sin oportuna adaptación para garantizar el distanciamiento físico, pueden contribuir a aumentar el contagio y la mortalidad por Covid-19.

Respecto a la tasa de cobertura de plazas asistenciales de tipo residencial en relación con la población con edad superior a los 65 años, la media en el conjunto de la Unión Europea se sitúa en 3,4 plazas por cada cien habitantes. Una vez más nos encontramos con grandes diferencias: los países con mayores tasas de cobertura son Luxemburgo (7,7), Bélgica (6,7) y Malta (5,2), mientras que aquellos con menores tasas de cobertura son Bulgaria (0,0), Polonia (0,3) y Grecia (0,5). El gráfico 5 muestra que no es posible establecer una relación entre la cobertura de plazas residenciales y la mortalidad por Covid-19 entre los adultos mayores.

Gráfico 5 - Tasa de mortalidad por Covid-19 y tasa de cobertura de plazas residenciales



Fuente: Elaboración propia.

En España, las prestaciones de atención a la dependencia (centros de día, teleasistencia, ayuda domiciliaria y servicios de atención residencial) logran una cobertura del 20,8% de la población de más de 65 años (tabla 4). Este sistema está descentralizado a nivel de las comunidades autónomas, lo que resulta en diferencias entre cada una de ellas, tanto en tipología como en coberturas. Por ejemplo, Castilla La Mancha y Castilla León tienen más cobertura residencial, Andalucía y Cataluña tienen muy extendidos los servicios de teleasistencia, mientras que Madrid y La Rioja destacan en ayuda a domicilio.

¹⁵ Véase: Reporte nº 1. Enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Centros Residenciales. Actualizado a 21.02.2021. IMSERSO (Gobierno de España).

Tabla 4 - Tasas de cobertura (por cada 100 habitantes > 65 años) de los servicios sociales dirigidos a personas mayores en 2018

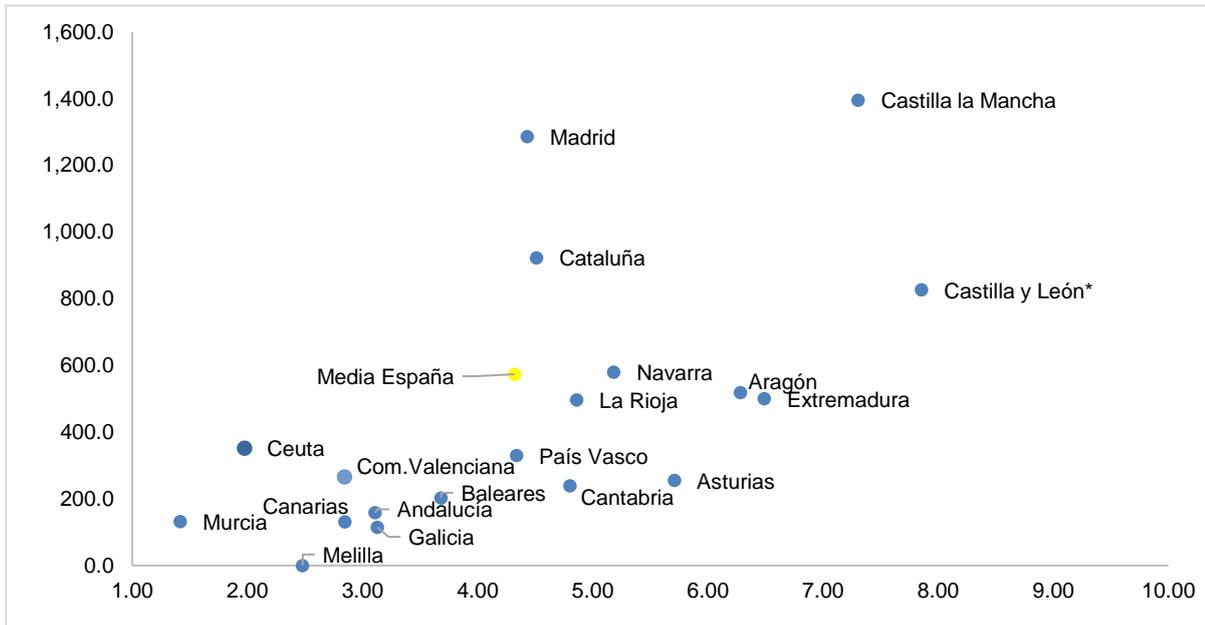
CCAA	Tele asistencia	Servicios de ayuda a domicilio (1)	Centros de día (2)	Plazas de atención residencial
Andalucía	16,67	6,24	0,93	3,11
Aragón	7,17	6,39	0,58	6,28
Asturias	3,12	4,10	0,93	5,71
Baleares	4,90	2,46	0,96	3,68
Canarias	1,89	4,13	0,00	2,85
Cantabria	6,92	4,21	1,16	4,80
Castilla y León	6,19	5,39	0,94	7,86
Castilla la Mancha	15,02	5,72	1,22	7,31
Cataluña	14,67	5,42	1,34	4,51
Comunidad Valenciana	6,00	1,62	0,81	2,84
Extremadura	1,03	1,29	2,86	6,49
Galicia	2,72	3,95	1,32	3,13
Madrid	15,97	9,18	1,21	4,43
Murcia	5,47	2,26	0,98	1,42
Navarra	7,11	2,40	0,97	5,18
País Vasco	9,99	1,66	0,87	4,34
La Rioja	4,15	6,76	1,15	4,86
Ceuta y Melilla	8,44	4,79	0,91	2,21
Total	10,41	4,99	1,07	4,32

Fuente: (1) No se dispone del número de personas usuarias de Bizkaia. (2) No se dispone de los datos de plazas y personas usuarias de Canarias. Elaboración propia a partir de la información del Imserso "Servicios sociales para personas mayores en España, 31.12.2108".

El gráfico 6 muestra que todas las comunidades autónomas donde más fallecidos se han producido en el rango de edad superior a 65 años tienen altos índices de cobertura de la red de asistencia residencial. Los casos de Castilla la Mancha y Castilla y León serían representativos de este argumento.

Sin embargo, son numerosas las comunidades autónomas que teniendo una fuerte implantación de este tipo de infraestructuras de atención a adultos mayores han demostrado ser más robustas y eficaces para hacer frente a la crisis sanitaria (gráfico 6 y tabla 5). Por ejemplo, hay que destacar el desempeño de regiones como Extremadura, Aragón o Asturias que han combinado índices de cobertura por encima de la media nacional manteniendo bajos el volumen de fallecidos mayores de 65 años. Por esta razón, no puede concluirse que a más residencias de mayores haya más fallecidos mayores por la pandemia.

Gráfico 6 - Índice de cobertura de plazas residenciales y porcentaje de fallecidos entre las personas mayores de 65 años



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5 - Red asistencia residencial vs. fallecidos en residencias

CCAA	Población >65	Total plazas	Plazas centro residencial	Plazas vivienda para mayores	Índice de cobertura ¹	Fallecidos >65 años	Fallecidos en residencias (2)	Porcentaje fallecidos residencias sobre el total fallecidos >65 años	Porcentaje fallecidos >65 años sobre el total población >65 años por cada 100.000 habitantes
Castilla la Mancha	386.459	28.235	26.498	1.737	7,31	5.395	2.568	47,60%	1.396,0
Madrid	1.181.032	52.341	51.582	759	4,43	15.190	4.831	31,80%	1.286,2
Castilla y León*	608.428	47.798	47.798	0	7,86	5.029	2.619	52,08%	826,6
Navarra	128.379	6.652	5.749	903	5,18	744	444	59,68%	579,5
La Rioja	66.242	3.220	3.210	10	4,86	329	211	64,13%	496,7
Cataluña	1.442.630	65.104	64.093	1.011	4,51	13.312	6.459	48,52%	922,8
Aragón	285.564	17.939	17.939	0	6,28	1.481	922	62,26%	518,6
Extremadura	221.168	14.352	14.352	0	6,49	1.106	449	40,60%	500,1
País Vasco	491.698	21.336	18.522	2.814	4,34	1.621	709	43,74%	329,7
Cantabria	126.893	6.093	6.060	33	4,80	303	152	50,17%	238,8
Asturias	262.983	15.013	14.788	225	5,71	671	275	40,98%	255,1
Com.	963.413	27.397	27.327	70	2,84	2.562	600	23,42%	265,9
Valenciana									
Baleares	178.587	6.573	6.472	101	3,68	362	145	40,06%	202,7
Galicia	679.730	21.269	19.128	2.141	3,13	778	323	41,52%	114,5
Andalucía	1.439.626	44.741	44.255	486	3,11	2.279	661	29,00%	158,3
Murcia	233.361	3.304	3.304	-	1,42	309	69	22,33%	132,4
Canarias	340.582	9.692	9.665	27	2,85	445	21		130,7
Ceuta	9.929	196	196	0	1,97	35		0,00%	352,5
Melilla	8.876	220	220	0	2,48	0			0,0
Media España	9.055.580	391.475	381.158	10.317	4,32	51.951	21.458	41,30%	573,7

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. (1) Índice de cobertura: (nº de plazas / población>=65)*100. Elaboración propia.

IV. RETOS PARA LOS CUIDADOS A LOS ADULTOS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA

Las preocupantes tasas de contagio y mortalidad por Covid-19 entre los adultos mayores en residencias llevó en diferentes territorios del mundo a implementar estrategias para prevenir el contagio. Para identificar estas estrategias y extraer lecciones para otros países, en la segunda mitad de 2020 realizamos una veintena de entrevistas abiertas y grupos enfocados entre profesionales multidisciplinares del sistema de cuidados a los adultos mayores: médicos, voluntarios, gestores públicos y privados. Las entrevistas tuvieron especial foco en España, en particular en el País Vasco y Navarra, pero también incluyeron experiencias internacionales en Reino Unido, Holanda, México, Panamá, Brasil y la Argentina. La información recabada por los expertos se ha contrastado con diferentes informes oficiales de evaluación de la gestión de la pandemia en la población adulta mayor.¹⁶¹⁷

A la luz de todo lo anterior, hemos seleccionado seis retos respecto a la respuesta a la pandemia en lo relativo a las personas mayores.

1. Recursos materiales y de gestión insuficientes para la atención a la dependencia

Los servicios de atención a la dependencia no disponían de recursos materiales y de gestión suficientes para atender una pandemia de esta magnitud. A nivel de insumos materiales, faltaron, entre otros, equipos de protección personal, pruebas moleculares y elementos de desinfección. Entre los gestores de los sistemas de servicio se observó, en ocasiones, la ausencia de capacidades técnicas, humanas y organizativas (mecanismos, protocolos, procedimiento, formación y acceso a expertos) para afrontar una pandemia, bien por su inexistencia o bien por la no movilización de recursos ociosos. Esto ha causado la toma de decisiones incorrectas, ausencia de decisiones o decisiones tardías que hubieran evitado males mayores y que se han demostrado eficaces con el paso de los meses. Se ha observado una inflación normativa de las autoridades que impedían *de facto* su seguimiento; la no incorporación de expertos multidisciplinares; unas tardías sectorizaciones de residencias; la no consideración en protocolos de los cuidadores familiares y carencia de acciones para la concientización de la población joven para evitar ser transmisores del virus.

2. Recursos humanos insuficientes y frágiles

Los servicios de atención a la dependencia no disponían de recursos humanos resilientes y suficientes. Los cuidadores trabajan en muchos casos con formas contractuales precarias y no están preparados para manejar situaciones excepcionales. La pandemia ha supuesto una incidencia muy alta de bajas laborales y dificultades de sustitución ante una oferta de contratos precarios y tareas poco atractivas, a los que se une el alto riesgo personal. La falta endémica de estos profesionales también incrementa la carga del personal que permanece activo, reduciendo el cumplimiento de las medidas de protección. Es especialmente preocupante la situación de los profesionales -no solo cuidadores sin también fisioterapeutas, psicólogos o monitores de tiempo libre- que realizan tareas de refuerzo transitando por diferentes centros con el objetivo de lograr una jornada laboral completa. La situación laboral de los cuidadores de personas mayores frágiles, por tanto, debería ser revisada: es recomendable mejorar sus competencias y habilidades a través de formación y acompañamiento; garantizar condiciones dignas de trabajo y salario asociadas a la responsabilidad y complejidad de su perfil profesional y evitar la continua rotación en su actividad laboral, no solo por el peligro que entraña en este momento, sino también para mejorar la calidad de la atención que se ofrece.

¹⁶ Las entrevistas incluyeron a 26 personas de siete nacionalidades: nueve médicos, ocho profesionales vinculados al ecosistema socio-sanitario, gestores de cuidados de larga duración de instituciones públicas, privadas, cooperativas y sin ánimo de lucro, pero también arquitectos, actuarios, demógrafos, alcaldes, sociólogos, economistas, profesores y directivos (puede verse el listado de todas ellas en la nota de pie de página 1 de este informe).

¹⁷ Ortega-Cachón y Sancho (2020).

3. Infravaloración del peligro de los recursos residenciales

Se subestimó el peligro que entrañaban algunos recursos residenciales, por sus características y muy especialmente por el perfil de personas que vivían en ellos: se presupuso erróneamente, sin base documentada de ningún tipo, que esos centros tenían medios para afrontar la crisis. En muchos centros residenciales, prácticamente no existieron medios materiales para afrontar este virus, cuya consecuencia fue la muerte de personas frágiles y muy mayores.

Los centros residenciales no son establecimientos sanitarios, sino una alternativa al hogar de las personas en situación de dependencia, que suelen disponer de atención de enfermería y algún tipo de atención médica no generalizada, destinada a tratar situaciones comunes de enfermedad en esta población. La atención médica a sus habitantes debe proveerse desde el sistema sanitario dirigido a toda la población, muy especialmente en la atención hospitalaria.

Estos problemas se han unido a un conjunto de debilidades preexistentes en los centros residenciales que se constatan en mayor o menor medida en numerosos países: problemas de infraestructuras y diseño, habitaciones compartidas, financiación deficiente, con énfasis en todo lo relacionado a los recursos humanos de estos centros, particularmente en lo que se refiere a las personas cuidadoras, que en general suelen estar poco remuneradas y ser mayoritariamente inmigrantes, incluso a veces con problemas de idioma y desarraigo en el país de residencia.

Como ya se ha mencionado, merece especial atención la situación de los profesionales que rotan por diferentes centros y empresas. Existe evidencia sobre la necesidad de restringir la actividad laboral a un solo centro. Los trabajadores sin dedicación exclusiva son potenciales transmisores de la infección entre residencias, y entre estas y la comunidad. Esta situación ha llevado a tomar medidas drásticas prohibiendo esta práctica en varios países, como es el caso de la provincia canadiense de la Columbia Británica. Esta prohibición se cita como una de las principales causas que explican el control de la epidemia en sus residencias, en comparación a lo que ha ocurrido en la provincia de Ontario.¹⁸

Para poder afrontar satisfactoriamente nuevas amenazas que pudieran ocurrir en el futuro, los centros residenciales deben ser considerados espacios de alto riesgo, por lo que deben disponer de material de protección adecuado, así como de espacios que permitan el aislamiento de personas enfermas evitando la convivencia en la misma habitación con personas que no lo están.

4. Falta de coordinación interinstitucional entre los servicios de cuidado y salud

La falta de coordinación interinstitucional entre los servicios de cuidado y el sector salud (atención primaria y hospitalaria) así como con otras administraciones competentes ha aflorado con fuerza durante la pandemia. Es por esto que sus consecuencias tienen que ser analizadas con detalle.

A la espera de estudios más rigurosos -al menos en España- los servicios de salud, sin duda bloqueados y desbordados, no han dado la respuesta sanitaria esperada en los centros residenciales. A pesar de que estos disponen de servicios básicos de enfermería y asistencia médica para afrontar incidencias de salud cotidianas, en ningún caso estaban preparados para dar respuesta a una alerta sanitaria tan severa y con consecuencias gravísimas para las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia.¹⁹

Esta descoordinación sociosanitaria se constata desde hace décadas y repercute

¹⁸ Orden de la Autoridad Sanitaria para la Columbia Británica, Canadá, por la que se obliga a trabajar en un solo centro. Véase: <https://bchealthstaffing.ca/17>

¹⁹ Gobierno de Navarra (2020).

negativamente en la eficacia de las intervenciones procedentes de ambos sectores, con consecuencias para las personas, además de otras de carácter económico y organizacional. La falta de homogeneidad e interoperabilidad entre los sistemas de información sociales y sanitarios no ha permitido ofrecer una atención integrada durante la pandemia, particularmente para el caso de la atención domiciliaria. En la mayoría de los casos estudiados, la organización de la salud pública no incluía las residencias; entre otras carencias han faltado también instrumentos de evaluación de la salud biopsicosocial, realización de visitas conjuntas al domicilio, acompañamiento y formación a cuidadores profesionales y familiares. Sin embargo, es necesario reconocer el esfuerzo realizado por difundir recomendaciones e instrucciones claras y precisas.^{20,21}

5. Falta de manejo de las consecuencias emocionales de la pandemia

No se asignó suficiente atención al manejo de las consecuencias emocionales de la pandemia, con graves efectos en el bienestar de las personas mayores. Uno de los aspectos más controvertidos de las decisiones tomadas en el periodo de confinamiento en España y en otros países, fue la prohibición de todo tipo de contacto y visitas a las personas que vivían en centros residenciales. El cierre de centros de día, la incidencia de bajas laborales entre profesionales de los servicios domiciliarios y la interrupción de la acción voluntaria convirtió en realidad la distancia social y por tanto el aislamiento total de los grupos más frágiles de la sociedad. Depresión, ansiedad, incremento del deterioro cognitivo irrecuperable en personas con demencia y pérdida importante de movilidad han sido algunas de las consecuencias en este grupo de población.

La evidencia científica sobre los efectos negativos del aislamiento exige reformular la necesaria conexión entre las personas frágiles y sus familias o personas voluntarias. Es importante recuperar las visitas con todas las garantías de seguridad, promover todo tipo de contacto a través de teléfono y otros medios telemáticos o salir de los edificios para disfrutar de paseos cortos garantizando la seguridad.²²

6. Edadismo

Se ha manifestado un latente edadismo^{23,24} en la sociedad y en el sistema sociosanitario que ha lesionado los derechos de las personas mayores, incluso con un tratamiento poco digno en ocasiones. Esta actitud se tradujo en triaje en hospitales, cierre de servicios esenciales para su salud, mala gestión del final de la vida, infravaloración del impacto de las medidas de aislamiento en la salud emocional, no aplicación de la desescalada en los residentes, no participación en la toma de decisiones, alarmismo en los medios de comunicación y en general un desequilibrio entre seguridad y derechos de los mayores.

La vejez no fue tratada como un grupo de población de alto riesgo durante la pandemia. Una causa de esto reside en que es una cohorte de edad con escasa percepción de valor social, rodeada de estereotipos negativos, sin voz y en ocasiones relegada en el acceso a recursos esenciales como es la atención hospitalaria. Se observó también la necesidad de mejorar la gestión de la información que transmiten los medios de comunicación y los propios profesionales sanitarios y sociales, a través de mensajes claros, evitando culpabilizar a los diferentes grupos de edad en relación con su capacidad de contagio. Luchar contra la discriminación y estereotipos por razón de edad sigue siendo una tarea de máxima relevancia si queremos avanzar hacia una sociedad justa.

²⁰ Gobierno Vasco (2020).

²¹ <https://www.gipuzkoa.eus/es/web/covid19>

²² Gerst-Emerson y Jayawardhana (2015).

²³ Para una discusión del edadismo durante la pandemia, ver: <https://ageingnomics.fundacionmapfre.org/blog/etica-tiempos-pandemia/>

²⁴ Véase: <https://www.segg.es/investigacion/2020/09/14/una-campa%C3%B1a-global-contra-el-edadismo>

V. BUENAS PRÁCTICAS Y RECOMENDACIONES PARA LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS DURANTE LA PANDEMIA

Dividimos las buenas prácticas en cuatro áreas, en respuesta a los retos discutidos en la sección anterior, seguidas por algunas recomendaciones para un nuevo modelo de cuidados centrado en la persona y que sea resiliente ante la pandemia. Estas lecciones aprendidas se identificaron mediante las entrevistas abiertas y los grupos enfocados descritos en la introducción de la sección anterior.

1. Adaptaciones de los servicios residenciales

Aunque una primera observación de los datos pudo generar la impresión de que las residencias más pequeñas fueron más exitosas en manejar la crisis del Covid-19, un análisis más atento muestra que el elemento clave ha sido la adaptación del modelo de gestión, independientemente del número de residentes.

En España, el 4,7% de las plazas se encuentra en residencias de menos de 25 plazas, el 14,1% entre 25 y 49 plazas, el 28,5% entre 50 y 99 plazas y el 52,8% 100 o más plazas.²⁵ Esta distribución refleja también la antigüedad del parque de residencias y por tanto su obsoleta estructura interna (número de baños por residente o tipologías de habitaciones). De hecho, algunas residencias de mayor tamaño pero más modernas, con zonas comunes amplias y baños en todas las habitaciones, han presentado mejores resultados frente a la pandemia.

Las residencias más exitosas han implementado las siguientes iniciativas:

- **Desde el punto de vista de la infraestructura:** sectorización del centro por cohortes de residentes en función de su situación Covid-19 (inmunizados, infectados, sospechosos y no inmunizados). Cuando no era posible cumplir estas normas de sectorización se ha intentado individualizar las habitaciones y separar por plantas a contagiados de no contagiados.
- **Desde los recursos:** stock de equipos de protección personal (EPIs) para hacer frente a rebrotes; stock de pruebas moleculares (PCRs); refuerzo del equipo humano, sanitario y de cuidados (cobertura de bajas y turnos duplicados).
- **Desde el punto de vista operativo:** adopción de protocolos para casuística específica; desinfecciones periódicas y normas de higiene para empleados, visitas o proveedores; creación de grupos de trabajo y de convivencia más pequeños y estables entre residentes y empleados que eviten cruces entre equipos; test de control periódicos y cuestionarios sobre el entorno familiar a residentes y empleados para disponer de mapa serológico y poder segregar por cohortes en tiempo y forma; disminución de salidas externas y control riguroso de las visitas; uso de algoritmos claros de decisión, basados en datos, para el cierre o restricción de visitas y salidas al exterior y coordinación con el sistema sanitario público.
- **Desde el punto de vista comunicacional:** adopción de un plan de comunicación en cada residencia y/o grupo residencial que explique situación, acciones y próximos pasos; uso intensivo de aplicativos y tecnologías para la comunicación con familias y creación de *call centers* para poder atender a dichas familias.

En Francia, algunos centros han optado, de forma voluntaria, por confinar a los profesionales junto a los residentes. Un estudio de evaluación de los centros que han adoptado esta práctica pone de manifiesto tasas de infección mucho más bajas (0,4% de los residentes, frente al 4,4% en el resto de los centros que participaron en el estudio). También la mortalidad y los

²⁵ Abellán et al. (2021).

contagios entre los profesionales resultaron en estos centros inferiores al resto.²⁶

En Hong Kong, durante la primera fase de la pandemia, se decidió implantar en las residencias la figura del experto en control de infecciones, responsable de promover auditorías internas para garantizar el estado de preparación de la estructura frente a la difusión del contagio. Esta práctica fue replicada también en el Reino Unido, contratándose a tiempo parcial a estos expertos para que trabajen sinérgicamente con los mandos de seguridad y salud laboral.²⁷

Varios países, a nivel institucional, han creado sistemas de información para dar seguimiento a los servicios residenciales. En el Reino Unido, el sistema sanitario nacional desarrolló un aplicativo denominado *Capacity Tracker* que permitía identificar en tiempo real la capacidad de las residencias, los niveles de absentismo o las tasas de infección. En la ciudad de La Plata, Argentina, la ONG Red Mayor,²⁸ promovida desde ámbitos universitarios y formada mayoritariamente por mujeres, contribuyó a desarrollar un sitio web para intercambiar información y llevar un seguimiento de los centros de atención de larga estancia, tanto registrados como informales. La plataforma se utilizó para examinar la preparación de los centros de atención de larga estancia e hizo que el gobierno local adoptase medidas para proporcionar pruebas moleculares a todos los trabajadores de esos centros.²⁹

2. Potenciación de los recursos humanos

Buenas condiciones en el empleo del personal de los cuidados y atención a la vejez es el denominador común de los sistemas más resilientes.

En Alemania, tanto la administración federal como los estados federados han desarrollado numerosas iniciativas para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores del sector de la atención a la dependencia, especialmente en lo que se refiere a los salarios. A finales de abril de 2020 se aprobó un plan para el incremento progresivo del salario mínimo en el sector, hasta alcanzar los 13 euros por hora en 2022 para el personal con un año de experiencia y los 15,40 euros para el personal con más de tres años de experiencia. También se estableció un periodo adicional de vacaciones pagadas. En mayo de 2020, se aprobó un pago extraordinario de hasta 1.000 euros para el personal de atención directa de los servicios de atención a la dependencia.

Junto a las medidas para mejorar las condiciones laborales del sector, se han puesto en marcha diversas iniciativas para mejorar la capacidad de captación y cualificación de personal nuevo en centros residenciales. A nivel federal se estableció una plataforma web *-flegereserve-* en la que las personas disponibles y cualificadas para trabajar en el sector podían inscribirse. Los estados también adoptaron medidas de este tipo, como la concesión de permisos de trabajo especiales a trabajadores extranjeros con cualificación y experiencia en el sector.³⁰

En el Reino Unido, el Gobierno impulsó una campaña para la captación de al menos 20.000 profesionales para trabajar en el ámbito de los servicios sociales, fundamentalmente mediante la reincorporación de personas que previamente habían trabajado en el sector. En el caso de las personas sin experiencia, se establecieron sistemas de formación a distancia y facilidades para acceder a los certificados de profesionalidad. Se puso también a disposición del personal de servicios sociales un sistema telemático de apoyo psicológico, inicialmente diseñado para el personal de los servicios de salud.³¹

²⁶ Belmin, Um-Din, Donadio et al. (2019).

²⁷ Ortega-Cachón y Sancho (2020).

²⁸ Véase: <http://www.redmayorlaplata.com/>

²⁹ Lloyd-Sherlock, Bastos, Geffen, Giacomini, Redondo, Sasat et al. (2020).

³⁰ Lorenz-Dant (2020).

³¹ Extra Payment for Unpaid Careers. Gobierno de Escocia, 6 de mayo de 2020. Véase: <https://www.gov.scot/news/extra-payment-for-unpaid-carers/>

En Suecia, en la primera fase de la pandemia se puso en marcha un programa de formación virtual para el personal de los centros sociales y sanitarios en relación con las pautas mínimas de higiene que deben seguirse para evitar la transmisión del virus en este tipo de centros. Participaron en este curso de formación un total de 180.000 profesionales. Junto a este curso, el *Socialstyrelsen* (Junta Nacional de Salud y Bienestar)³² elaboró diferentes manuales, directrices y recomendaciones sobre medidas de prevención y de abordaje del coronavirus en los centros residenciales. Asimismo se ha puesto en marcha un programa especial de formación y contratación de personal de cuidados, en gran medida para dar respuesta a la situación provocada por el Covid-19. Con un presupuesto de 220 millones de euros durante los próximos dos años, el plan pretende mejorar la cualificación del personal de los centros residenciales y las condiciones laborales en el sector de la atención residencial, incrementando los niveles de empleo permanente y a tiempo completo. El plan se dirige fundamentalmente a los profesionales de atención directa (gerocultores o auxiliares de enfermería) y pretende tanto mejorar las condiciones de trabajo y la formación de las personas que ya están trabajando en el sector de forma ocasional (contratos a tiempo parcial o contratos por horas), como insertar laboralmente a personas desempleadas que anteriormente trabajaban en otros sectores.³³

3. Iniciativas (y tecnologías) de apoyo al bienestar emocional

Uno de los factores fundamentales para la calidad de vida de las personas mayores es la socialización. Por esta razón, el aislamiento social es una seria preocupación de salud pública. La evidencia sobre los efectos de la desconexión social en la aparición de situaciones de ansiedad y depresión entre este grupo de población es sólida. Respecto a las familias, el mayor efecto negativo es la ansiedad por conocer la situación de su familiar.³⁴

En una situación de pandemia con aislamiento forzado, el aumento de la conectividad social representa una herramienta poderosa para los usuarios en los centros residenciales, ya que disminuye la percepción de soledad y la ansiedad emocional. De hecho, el mantenimiento del contacto con familiares y amigos a través de teléfonos y otros dispositivos se ha convertido en la mayoría de los países en la única vía de comunicación, considerando sus posibilidades, pero también sus limitaciones, especialmente en personas con deterioro cognitivo. En San Sebastián (España), se remplazaron visitas domiciliarias por llamadas telefónicas y se implementaron programas de socialización a través de diferentes dispositivos. Este tipo de acciones acabaron generalizándose en toda España.³⁵

En general, la crisis del Covid-19 está ofreciendo la oportunidad de comprobar la enorme utilidad de tecnologías variadas en la vida cotidiana, observándose una favorable evolución de su valoración entre las personas mayores como un instrumento que facilita su calidad de vida, y que coincide con un interés creciente de la industria tecnológica en esta cohorte de edad como importante nicho de mercado.³⁶

Más allá de las tecnologías, han surgido iniciativas para mantener el contacto social y afectivo en un entorno que obliga al distanciamiento social, que nunca debería haber sido denominado así, sino distanciamiento físico. En España, en plena emergencia sanitaria, se ha restablecido la posibilidad de realizar visitas a personas mayores que viven en residencias, bajo estrictas medidas para prevenir contagios. Los aislamientos en habitaciones disminuyen y hasta es posible la realización de pequeños paseos en entornos cercanos. La participación de las personas mayores y sus familias en la toma de decisiones sobre estos y otros aspectos empieza a proliferar, como también el reconocimiento de una vulneración evidente de sus

³² Véase: <https://www.socialstyrelsen.se/en/about-us/contact-us/>

³³ Szebehely, M. (2020).

³⁴ Véase: www.thelancet.com/public-health Vol 5 May. Published Online March 19.

³⁵ Ortega-Cachón y Sancho (2020).

³⁶ Véase:

https://documentacion.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/es/catalogo_imagenes/imagen.do?path=1108951&posicion=1®istrardownload=1

derechos básicos al no haber sido escuchados en la primera fase de la crisis.

En Bélgica, el periódico familiar para adultos mayores confinados *Des Nouvelles de chez nous/ Vanuit ons kot'-krant* (Noticias de casa) es un diario semanal para ayudar a las familias a mantener un vínculo con los parientes mayores y minimizar el aislamiento, en particular en aquellos que no están familiarizados con las nuevas tecnologías y redes sociales. Los hijos y nietos participan en el desarrollo del documento subiendo fotos y texto a una aplicación o sitio, y el operador del sitio web imprime el número y lo entrega en la casa del destinatario. En este mismo país, que ha demostrado una gran capacidad para generar iniciativas creativas, la ONG Hug Alliance puso en práctica una “terapia del abrazo de 21 segundos” denominada “Uno para todos, dos para los que viven solos”. Bélgica, en plena pandemia, ha dispuesto de nuevas reglas para los encierros insertando la figura del *knuffelcontact*, el “compañero de abrazos”, que es una ayuda fundamental para mantener la salud mental de los confinados. Las personas que viven solas tienen permitido dos “amigos de abrazos”, según las nuevas reglas.

4. Actuaciones en el ámbito comunitario y cooperativo

La pandemia ha generado en todo el mundo una ola de acciones solidarias en los entornos pequeños, cercanos, vecinales o asociativos de dimensiones todavía no suficientemente cuantificadas. Se ha observado un movimiento de recuperación de los espacios vecinales y de barrio, que se constituyen en referentes de provisión de cuidados y apoyos y que de alguna manera construyen sociedades de los cuidados. Algunos ejemplos recopilados son:

- El apoyo informal proporcionado por los vecinos y otras redes de solidaridad organizadas para ir de compras, disponer de medicinas o pasear perros para personas en aislamiento (“Cada dos o tres días se llamaba a todas las personas que eran usuarias de centro de día para saber qué tal estaban, cuál era su situación... y si surgían necesidades se les ofrecía el incremento de ayuda a domicilio y servirles las comidas en el domicilio”³⁷). Un ejemplo de lo anterior es la plataforma *Give a day*, que agrupa a más de 15.000 voluntarios y que ofrece un espacio de ayuda gratuita para organizar ayuda vecinal y voluntariado en los Países Bajos y Bélgica durante la crisis Covid-19. Su web, <https://www.impactdays.co/>, se está traduciendo a varios idiomas para así exportar la idea a países como Francia, Nueva Zelanda y en breve España.
- El programa Mirada Activa, implantado desde hace seis años en Bilbao (España), ha jugado un rol fundamental para identificar casos críticos de aislamiento durante la crisis del Covid-19. Mirada Activa nace de una iniciativa de un grupo cooperativo sociosanitario para prevenir la soledad no deseada en personas mayores. Desde su creación, ha permitido detectar situaciones de aislamiento difíciles de identificar con los recursos convencionales de los servicios sociales municipales. A través de personas mayores voluntarias, denominadas “antenas”, se van detectando casos de riesgo y se recopila información, que sirve al Área de Acción Social para acercarse a estas personas y ofrecerles la ayuda que necesitan. Es una red solidaria y próxima que favorece la adhesión de las asociaciones de mayores del municipio, otras asociaciones de carácter profesional que trabajan con personas mayores y la ciudadanía en general.
- RedCOR, en Extremadura (España), es una iniciativa promovida por el Ayuntamiento de Cáceres con el objetivo de coordinar, formar, apoyar y dar coherencia a todas las acciones de voluntariado locales -en total 38-, pero que necesitaban de una estructura fuerte para cumplir sus objetivos. Actualmente cuentan con más de 1.000 voluntarios, 23 equipos divididos en áreas temáticas, 900 recados, 587 niños visitados por su cumpleaños, 3.300 lotes de material escolar repartido, 17.000 batas y mascarillas confeccionadas para material sanitario y más de 2.000 llamadas de acompañamiento atendidas.

³⁷ Ortega-Cachón y Sancho (2020; p. 169).

- En México, el Ministerio de Salud, a través de sus Servicios de Atención Psiquiátrica, realizó una campaña de apoyo a la salud mental en el ámbito comunitario que incluye materiales, seminarios web, una herramienta de evaluación rápida *online* y una línea telefónica directa para evaluar y apoyar a las personas que sienten que su salud mental está siendo afectada. La estrategia también incluye una campaña específica de apoyo a todo el personal sanitario con el lema "Cuidemos a los que nos cuidan".³⁸

Finalmente, desde un enfoque en dirección contraria, es decir de transferencia de apoyos y cuidados de los adultos mayores a otros grupos sociales, se han generado en muchos de los países estudiados numerosas iniciativas: profesores jubilados que ayudan a niños en la realización de tareas escolares; profesionales sanitarios que se han reincorporado al trabajo; mayores cocinando para vecinos que trabajan en actividades esenciales; músicos que tocan desde sus balcones y animan a los vecinos; actividades de lectura, dibujo y escritura para los residentes jóvenes y mayores de su comunidad.

Recomendaciones para un nuevo modelo de atención

Las buenas prácticas analizadas en las secciones anteriores están alineadas con algunas tendencias más amplias de desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de atención a la dependencia, que según los expertos del sector aumentan la resiliencia de los servicios, incluso frente a situaciones extremas como la pandemia de Covid-19. Estas tendencias son:

1. **Centrar el modelo de atención en la persona.** La tendencia a la personalización de los servicios forma parte de un "cambio cultural".³⁹ En la gerontología, existe consenso en que la atención centrada en la persona es un enfoque ético que se materializa en procesos complejos que impactan desde el diseño arquitectónico y la generación de entornos y ambientes hasta la introducción de cambios organizativos que tienden a generar relaciones más horizontales y de confianza entre los equipos que apoyan a personas que necesitan ayuda.
2. **La casa como concepto y espacio de vida en cualquiera de sus fórmulas.** La vivienda habitual se constituye en el referente y refugio más importante en la vida de las personas, sobre todo cuando envejecen y el mundo exterior pierde parte de su atractivo convirtiéndose en ocasiones en un escenario de inseguridad y fragilidad. Pero no siempre es posible permanecer en la vivienda habitual cuando la edad o la enfermedad es muy avanzada; en ese momento se evidencian un conjunto de dificultades crecientes. A saber, disponibilidad de servicios domiciliarios, apoyo comunitario, servicios de proximidad, acción voluntaria y muy especialmente apoyo en el ámbito familiar que no siempre está en condiciones de ofrecer cuidados. Por ello se ha generalizado, el lema "Si no es en casa, como en casa" (ver el caso de las *Green Houses* en el recuadro 1).
3. **El entorno comunitario como espacio natural de evolución del envejecimiento** en el que se vela por la sostenibilidad de la vida a través de los cuidados. La concentración de competencias y decisiones en el ámbito local facilita que sea el espacio comunitario el que hace posible un abordaje integral e integrado de apoyos y atenciones.
4. **La acción voluntaria.** Soporte complementario imprescindible en el ámbito de los cuidados, su papel de acompañamiento afectivo, de generación de redes vecinales y sociales, de facilitador de las pequeñas cosas que dan calidad a la vida cotidiana ha de ser fomentado con decisión., siempre desde su complementariedad con el trabajo profesional procedente del sector público y otras iniciativas de carácter privado.
5. **La innovación social y tecnológica** que dé respuesta a las necesidades de las personas, y facilite su vida cotidiana. Ha de avanzarse a un modelo colaborativo entre empresas tecnológicas y sector público para el diseño y experimentación de nuevos procesos

³⁸ López-Ortega y Sosa-Tinoco (2020).

³⁹ Véase: <https://www.pioneernetwork.net/>

de innovación desarrollando experiencias piloto que puedan ser incorporadas a las políticas públicas.

6. **Mejorar los ambientes urbanos, la accesibilidad, la movilidad y la vivienda para aumentar la autonomía de las personas mayores.** Esta tendencia apunta a fomentar la “amigabilidad” en los municipios y territorios en los que la discapacidad y la dependencia deberán estar integradas en la vida social y comunitaria (ver el caso de los municipios amigables con los mayores en el recuadro 2). El movimiento *Age Friendly Cities and Communities*, promovido desde la OMS, que actualmente aglutina a más de 1.000 ciudades y pueblos de todo el mundo, es una excelente herramienta de cohesión social en relación a la edad y también a las situaciones de dependencia, que durante demasiado tiempo han estado al margen de los movimientos sociales de promoción del envejecimiento saludable.

7. **La prevención multidimensional.** Hay que asumir la importancia de la anticipación para alargar la autonomía y por tanto el bienestar. La diversidad de actuaciones en el ámbito de la prevención es grande: desde las relacionados con la orientación y el consejo para la toma de decisiones que afectan a la vejez, hasta el amplísimo mundo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin olvidar otros aspectos muy importantes como los relacionados con la vivienda, las relaciones sociales, la ocupación del tiempo libre, la prevención de la soledad, la participación social o el aprendizaje a lo largo de la vida.

8. **Aumentar la colaboración, coordinación e integración de los servicios sanitarios y sociales.** Ofrecer una atención integrada desde la coordinación de servicios sanitarios y sociales ha sido una aspiración que se remonta a varias décadas atrás, pero nunca se ha logrado al 100% en ningún país.

9. **La dignificación del empleo en el ámbito de las actividades de cuidado.** El sector de empleo de hogar y cuidado debe ser un foco prioritario de atención en este proceso, promoviendo fórmulas de dignificación de su imprescindible papel.⁴⁰ Especial atención merece su formación y acreditación, que va acompañada de una profunda revisión de las competencias y habilidades de los profesionales. Además de las de cuidado, es imprescindible desarrollar competencias actitudinales y de identificación de lo que constituye un buen trato. Cuidar a las personas cuidadoras y facilitar su bienestar, es la única vía para garantizar el desempeño de su trabajo desde la dignidad y autonomía que requiere.

⁴⁰ Fundación Eguía Careaga (2020).

Recuadro 1 - Las *Green Houses*

El modelo *Green Houses*, que tuvo su origen en Estados Unidos en el año 2000, cuenta en la actualidad con más de 260 casas en funcionamiento en 32 de los 50 estados del país. La vida y el cuidado se organizan en casas independientes donde conviven un reducido número de personas mayores (entre seis y 12), con diferentes necesidades de apoyo, incluyendo a personas con demencia.

En lo que respecta a la arquitectura y diseño de las instalaciones, las viviendas *Green House* están integradas en el vecindario y suelen estar construidas con similares características a las viviendas ordinarias del entorno. Tanto su estructura como su diseño buscan reproducir un ambiente hogareño, combinando espacios privados (habitación y baño) con espacios comunes como una sala, comedor, cocina y jardines de fácil acceso. Cada persona tiene su propia habitación a la que puede aportar sus propios objetos personales e incluso el mobiliario. Las comidas, que se cocinan en la propia vivienda, se suelen realizar en el comedor junto con el resto de las personas residentes. Las personas mayores pueden participar en actividades como cocina, limpiar o lavar la ropa.

No existe una rutina preestablecida, procurando mantener los deseos e independencia de cada cual en las actividades diarias. Incluso en la atención sanitaria se busca reproducir un entorno no institucional, de modo que la medicación, por ejemplo, no se halla “custodiada” en una “sala de enfermería” sino que los fármacos de cada residente se encuentran en un armario seguro en su propia habitación.

Este modelo ha incorporado una innovadora figura en el cuidado: el *shahbaz*, palabra de origen persa que significa “halcón real”, que se caracteriza por tener una importante autonomía y gran polivalencia. Estos realizan cuidados personales, pero también otras actividades relacionadas con la preparación de comidas, limpieza de la casa o lavandería. Cuentan con una importante formación en el cuidado y en el modelo que orienta esta atención. Además, otros profesionales como enfermeros, fisioterapeutas, o trabajadores sociales visitan las casas interviniendo cuando es necesario. El personal titulado de enfermería está disponible las 24 horas. Una enfermera se encarga de dos *Green Houses* durante el día y de tres en horario nocturno.

Recuadro 2 - Municipios amigables con los mayores

Pescueza es un pequeño pueblo de 168 habitantes en Cáceres (España) integrado en la red mundial de territorios amigables de la OMS. De sus vecinos, más de la mitad superan los 65 años y muchos rondan los 80; es más, la mujer más longeva se acerca a los 100. “Quédate con nosotros” es un proyecto que incluye diferentes actuaciones en materia de accesibilidad y servicios al ciudadano con el objetivo de fomentar que los vecinos no abandonen el lugar en el que siempre han vivido. Este programa se empezó a desarrollar hace siete años con una mayoría de objetivos centrados en los adultos mayores. “Queríamos romper con la forma tradicional de cuidar a las personas mayores y que su última etapa no la pasaran en una residencia alejada de su pueblo, sino en su propio hogar, en sus calles, en su plaza de toda la vida”, asegura el alcalde de Pescueza.⁴¹ Con esas premisas, el ayuntamiento y una asociación de vecinos empezaron a buscar posibilidades que cubrieran las necesidades de los mayores sin que abandonaran su tierra. “Es un tema complicado de solucionar, hay personas que tienen 90 años y sus hijos viven muy lejos. Ellos no quieren irse de sus casas, pero tampoco tienen la capacidad física para valerse por sí mismos” (Ortega-Cachón y Sancho, 2020, p. 146).

Hoy día en la localidad cacereña hay sistemas de televigilancia en casas, un coche eléctrico que transporta a adultos mayores y pasamanos en calles para evitar caídas. Y aunque hace años se abrió un centro de día con la ayuda pública “buscamos la manera de cambiar el modelo tradicional de centros asistenciales. No queríamos que los ancianos pasaran allí entre ocho y nueve horas sin moverse”.

Hoy pueden decir que lo han conseguido: convirtieron todo un pueblo en una residencia de mayores al aire libre. Cada mañana, un coche eléctrico recoge a tres adultos mayores para trasladarlos hasta el centro de día. El vehículo lo compró de segunda mano la asociación de vecinos, una agrupación a la que pertenecen 110 socios y que se ha convertido en la “empresa” más grande del pueblo. Tiene contratadas a diez personas y todas se dedican a la ayuda a domicilio y servicios de cuidado al mayor.

Tras el coche eléctrico, llegó el sistema de televigilancia avanzada, que está instalado en cinco casas del pueblo. En ellas hay cámaras cuyas imágenes se ven en un ordenador del centro de día. Cuando se activa la alarma, las auxiliares entran en acción, “en menos de un minuto llegan a cualquier casa”, destacan desde la Asociación de Amigos de Pescueza. La última novedad es la instalación de pasamanos en las calles por las que se llegan a los lugares más transitados: el consultorio médico, el centro de día y la iglesia.

La iniciativa ha servido también para dar oxígeno a un pueblo que se asomaba peligrosamente a la despoblación. Hasta 2007, las previsiones eran poco esperanzadoras. La localidad afrontó 17 años sin nacimientos. En la actualidad, varias familias trabajan en el proyecto “Quédate con nosotros” y en la última década han nacido 13 niños.

⁴¹ Véase:

https://documentacion.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1100569

VI. Conclusiones

La violenta irrupción del Covid-19 en el mundo ha puesto de manifiesto la fragilidad del sistema de cuidados, en especial para las personas mayores que necesitan cuidados de larga duración.

Los centros residenciales, uno de los pilares del modelo de cuidados de larga duración, han evidenciado múltiples carencias, y una proporción sustancial de las muertes se produjo entre sus usuarios en casi todos los países del mundo. Al mismo tiempo, se observaron interrupciones en otros tipos de servicios, por ejemplo en los centros de día, y la precariedad en la que se encuentra el empleo en el ámbito de los cuidados se ha evidenciado una vez más. El distanciamiento físico necesario para reducir el contagio se convirtió en distanciamiento social y consecuentemente en soledad para muchas personas mayores, con graves efectos en la salud mental y el deterioro cognitivo.

En este informe, identificamos cuatro áreas de buenas prácticas que han permitido una atención a la dependencia en el contexto de la pandemia, aumentando la autonomía de las personas mayores en condiciones de seguridad para ellas y sus comunidades. A saber: la adaptación de los servicios residenciales, el potenciamiento de los recursos humanos, la adopción de servicios de apoyo al bienestar emocional de las personas mayores y la organización de iniciativas en el ámbito comunitario.

Al mismo tiempo, estas buenas prácticas están alineadas con tendencias de largo plazo en el sector del cuidado, hacia la creación de un modelo de atención centrado en la persona, donde los servicios se brindan en el hogar o con una personalización que apunta a replicar sus mismas condiciones

Las recomendaciones de este informe apuntan a mejorar la atención a la dependencia durante la pandemia, o en situaciones futuras similares. Son relevantes también para los países de la región de América Latina y el Caribe, donde la responsabilidad de los cuidados en el entorno familiar evoluciona sin camino de retorno: las mujeres, sostenedoras de la vida doméstica, van incorporándose progresivamente a la vida laboral. Es a partir de estas circunstancias cuando los cuidados empiezan a salir del ámbito de la intimidad para convertirse en un asunto social, de responsabilidad compartida, que debe ser asumido, al menos en parte, por los poderes públicos. A su vez, el incremento de los hogares unipersonales está modificando de manera sustancial las relaciones de convivencia y también el modelo de transferencia de cuidados. Por otra parte, y relacionado directamente con la configuración de los hogares, la soledad aparece con fuerza en el grupo de población de adultos mayores, generando nuevas necesidades de intervención.

Es en este contexto que muchos países de la región de América Latina y el Caribe han empezado a construir sus sistemas de atención a la dependencia.⁴² En este proceso, la pandemia de Covid-19 subraya la importancia de asegurar protocolos de atención que garanticen la seguridad y calidad en contextos residenciales, desarrollar políticas de recursos humanos que aumenten la resiliencia de los servicios, mejorar la coordinación con el sector salud, y aprovechar las tecnologías y las iniciativas comunitarias para complementar desde el punto de vista material y emocional. Estas líneas de reforma pueden aumentar la autonomía de las personas mayores durante situaciones de estrés como la pandemia, y contribuir a construir mejores sistemas de servicios de atención en el mediano y largo plazo.

Los cuidados son una fuente de generación de empleo y una oportunidad económica para los territorios que tomen las decisiones adecuadas desde el ámbito público y privado. Todas las previsiones indican que el número de adultos mayores aumentará considerablemente en los próximos años en todo el mundo y con ello se multiplicarán las situaciones de dependencia que han de obtener respuestas con nuevos bienes y servicios en el ámbito de la economía plateada.

⁴² Cafagna et al., 2019.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abellán A. et al. 2021. "Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 27, 24 p.

Aguilera, M.; González R. y De Cadenas, S. 2017. "Las tendencias demográficas de la longevidad y sus principales efectos económicos". Servicio de Estudios de Mapfre.

Belmin J, Um-Din N, Donadio C, et al. 2020. "Coronavirus Disease 2019 Outcomes in French Nursing Homes That Implemented Staff Confinement With Residents". JAMA Netw Open; 3 (8).

Cafagna, G., N. Aranco, P. Ibararán, N. Medellín, M. L. Oliveri, y M. Stampini. 2019. "Envejecer con cuidado. Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe". Monografía núm. 745, Washington, D. C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID), <https://publications.iadb.org/es/envejecer-con-cuidado-atencion-la-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>

CSIC. Gobierno de España. 2020. "Gestión institucional y organizativa de residencias de personas mayores y Covid-19: dificultades y aprendizajes".

Fundación Eguía Careaga. 2020. "Algunas pistas para la mejora del sistema de atención a la dependencia en España". Centro de Documentación y Estudios. http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Algunas_pistas_mejora_atencion_dependencia.pdf

García-Basteiro, A., Álvarez-Dardet, C., Arenas, A., Bengoa, R., Borrell, C., Del Val, M. et al. 2020. "The Need for an Independent Evaluation of the Response in Spain COVID-19". The Lancet.

Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. 2015. "Loneliness as a Public Health Issue: the Impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults". Am J Public Health; 105: 1013-19.

Gobierno de España. Secretaría de Estado de Derechos Sociales. 2020. Informe del grupo de trabajo sobre residencias.

Gobierno de Gipuzkoa. 2020. "Las políticas sociales de Gipuzkoa en tiempos de la Covid-19".

Gobierno de Navarra. 2020. Auditoría Comunidad Foral de Navarra.

Gobierno de Navarra. Departamento de Derechos Sociales. 2020. "Efectos del Covid-19 en las residencias de mayores de Navarra". Observatorio de la realidad social.

Gobierno Vasco. Departamento de Salud. 2020. "Protocolo para la vigilancia y control de Covid-19 en centros sociosanitarios". Septiembre 2020. En revisión permanente.

Huertas, A. y Ortega-Cachón, I. 2018. La revolución de las canas. Barcelona. Planeta.

International Long Term Care Policy Network. 2020. "The Covid-19 on Users of Long Term Care Services in Spain".

Lloyd-Sherlock P., Bastos J., Geffen L., Giacomini K., Redondo N., Sasat S. et al. 2020. "An Emergency Strategy for Managing Covid-19 In Ltcfs In Lmics: the CIAT Framework".

López-Ortega M, Sosa-Tinoco E. 2020. Covid-19 and Long-Term Care in Mexico: Questions, Challenges, and the Way Forward. International Long-Term Care Policy Network.

Lorenz-Dant K. 2020. "Germany and the Covid-19 Long-Term Care Situation". International Long-Term Care Policy Network. Lowy Institute. 2021. Covid Performance Index.

Médicos sin fronteras. 2020. "Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de las personas mayores en las residencias durante la Covid-19 en España".

OECD. 2017. Health at a Glance: 2017. OECD Indicators.

Ortega-Cachón, I. y Sancho, M. 2020. "Fragilidad de las instituciones de cuidados a la vejez". *Working paper*. <https://cutt.ly/ykNsBzN>

Rodríguez-Pardo del Castillo, J. M. y López Farré, A. 2017. Longevidad y envejecimiento en el tercer milenio. Nuevas perspectivas. Madrid. Fundación Mapfre.

Szebehely, M, 2020. The COVID-19 Long-Term Care Situation in Sweden. LTC responses to COVID. <https://ltccovid.org/2020/07/23/new-country-report-the-covid-19-long-term-care-situation-in-sweden/>

United Nations. Organización Panamericana de la Salud. 2020. Las personas mayores de 60 años y la Covid-19. The Impact of COVID19 on Older Persons.