

Prevención y manejo de la COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración

Reseña normativa

24 de Julio de 2020



Organización
Mundial de la Salud

Índice

Resumen.....	2
1. Panorama general.....	3
1.1 Finalidad del documento.....	3
1.2 El impacto de la COVID-19 en los cuidados de larga duración: lo que revelan los datos.....	4
1.3 El argumento para actuar: no dejar a nadie atrás.....	5
2. Respuesta a la pandemia de COVID-19 en los cuidados de larga duración.....	6
2.1 Incluir los cuidados de larga duración en todas las fases de la respuesta nacional a la pandemia de COVID-19.....	6
2.2 Movilizar fondos suficientes para los cuidados de larga duración con el fin de responder a la pandemia de COVID-19 y recuperarse de sus efectos.....	8
2.3 Garantizar un seguimiento y una evaluación eficaces de los efectos de la COVID-19 en los cuidados de larga duración y una transmisión eficaz de la información entre el sistema de salud y el sistema de cuidados de larga duración para optimizar las respuestas.....	10
2.4 Dotarse de personal y recursos, incluidos el personal y los productos sanitarios adecuados, para responder a la pandemia de COVID-19 y prestar servicios de calidad a largo plazo.....	12
2.5 Asegurar todo el proceso asistencial y la continuidad de los servicios esenciales para las personas que reciben cuidados de larga duración, incluidos la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.....	14
2.6 Asegurarse de que en todos los centros de atención de larga estancia se apliquen y se cumplan las normas de prevención y control de las infecciones para prevenir y manejar de forma segura los casos de COVID-19.....	16
2.7 Dar prioridad a las pruebas, al rastreo de contactos y al control de la propagación de la COVID-19 entre las personas que reciben y prestan servicios de cuidados de larga duración.....	19
2.8 Apoyar a los cuidadores voluntarios o del entorno familiar.....	21
2.9 Dar prioridad al bienestar psicológico de las personas que reciben y proporcionan servicios de cuidados de larga duración.....	23
2.10 Asegurar una transición sin contratiempos a la fase de recuperación.....	25
2.11 Adoptar medidas para transformar los sistemas de salud y de cuidados de larga duración a fin de integrarlos adecuadamente y garantizar una gobernanza continua y eficaz de los servicios de cuidados de larga duración.....	27
Referencias.....	28
Anexo 1. Métodos.....	35
Agradecimientos.....	40
Anexo para la web: Medidas y objetivos clave para la prevención y el manejo de la COVID-19 en los centros de atención de larga estancia	
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334184/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-Web_Annex-2020.1-spa.pdf	

Resumen

La pandemia de COVID-19 ha afectado de manera desproporcionada a las personas de edad y especialmente a aquellas que viven en los centros de atención de larga estancia. En muchos países, los datos demuestran que más del 40% de las muertes relacionadas con la COVID-19 se hallaban vinculadas a los centros de atención de larga estancia, con cifras de hasta el 80% en algunos países de ingresos altos. Además, la tasa de letalidad de los residentes de los centros de atención de larga estancia con COVID-19 en ocasiones es superior a la de la población de la misma edad que vivía fuera de esos centros. Los residentes de los centros de atención de larga estancia a menudo están expuestos a un riesgo elevado; en las residencias, las medidas de prevención son escasas y no se dispone de medios adecuados para propiciar la recuperación de la COVID-19; además, el acceso de los residentes a los servicios básicos de salud se ve limitado dadas las dificultades que atraviesan los sistemas sanitarios durante los picos de COVID-19.

Asimismo, la COVID-19 ha tenido un gran impacto en los proveedores de servicios de cuidados de larga duración, dentro de los centros de atención de larga estancia y en otros contextos. Según un estudio sobre las muertes por profesión realizado en 2020 por la Oficina de Estadísticas Nacionales del Reino Unido, la tasa de mortalidad del personal de asistencia social había experimentado un aumento considerable asociado con la COVID-19.

Hasta el momento, la COVID-19 ha afectado de manera desproporcionada a los centros de atención de larga estancia. No obstante, se necesitan medidas concertadas para mitigar su impacto en todas las dimensiones de los cuidados de larga duración, incluidas la atención domiciliar y la atención comunitaria, dado que la mayoría de los usuarios y proveedores de cuidados son vulnerables a una COVID-19 grave. Las medidas de respuesta que se adopten en el ámbito de los cuidados de larga duración serán uno de los elementos fundamentales y decisivos para mitigar la pandemia de COVID-19 en muchos países. Solo los países que adopten medidas en la materia lograrán verdaderamente no dejar a nadie atrás en la respuesta a la COVID-19.

En el presente documento se definen 11 objetivos normativos y varias medidas clave para prevenir y gestionar la COVID-19 en los cuidados de larga duración y está dirigido a los responsables políticos y las autoridades nacionales, subnacionales y locales que participan en la respuesta a la pandemia de COVID-19. El documento se basa en los datos actualmente disponibles sobre las medidas adoptadas para prevenir, prepararse y responder a la pandemia de COVID-19 y mitigar sus repercusiones sobre los servicios de cuidados de larga duración y en los proveedores de dichos servicios.

Aunque en el presente documento se incluyen opciones normativas y medidas relativas a todos los contextos de cuidados de larga duración, se hace especial hincapié en los centros de atención de larga estancia debido a las elevadas tasas de incidencia, morbilidad y mortalidad por COVID-19 que se han registrado en ellos.

Asimismo, en este documento se analizan problemas endémicos de los sistemas de cuidados de larga duración, como la falta de financiación y rendición de cuentas, la fragmentación del sistema de salud y el sistema de cuidados de larga duración y la infravaloración de la fuerza de trabajo. También se proponen soluciones para transformar el sistema de servicios de salud y el sistema de cuidados de larga duración con el fin de posibilitar su rápida integración y su prestación dentro de la continuidad asistencial que incluye la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Estas medidas son la única vía para que las personas que necesitan cuidados de larga duración puedan recibir una atención de calidad, equitativa y sostenible que les permita vivir de conformidad con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana.

1. Panorama general

1.1 Finalidad del documento

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto las deficiencias de la respuesta a las emergencias en aquellos casos en que no se ha concedido suficiente prioridad a los cuidados de larga duración, lo que ha dado lugar al devastador impacto observado en los servicios de cuidados de larga duración a nivel mundial. Las circunstancias han evidenciado los problemas endémicos que padecen los sistemas de cuidados de larga duración en casi todos los países: falta de financiación y rendición de cuentas, fragmentación, poca coordinación entre el sistema de salud y el sistema de cuidados de larga duración e infravaloración de la fuerza de trabajo (1-3).

En el presente documento se definen varios objetivos normativos y medidas clave para prevenir y gestionar la COVID-19 en los cuidados de larga duración que pueden ser de interés para los responsables políticos y las autoridades nacionales, subnacionales y locales que participan en la respuesta a la pandemia de COVID-19. El documento se basa en los datos actualmente disponibles sobre las medidas adoptadas para prevenir, prepararse y responder a la pandemia de COVID-19 y a su impacto en los usuarios y los proveedores de cuidados de larga duración (incluidos el personal remunerado, los cuidadores del entorno familiar y otros cuidadores voluntarios). Este documento también complementa las orientaciones técnicas sobre la prevención y la gestión de la pandemia de COVID-19 en los servicios de cuidados de larga duración en la Región de Europa de la OMS aportando perspectivas mundiales y ejemplos de países de todas las regiones de la OMS (4).

Aunque en el presente documento se incluyen opciones normativas y medidas relativas a todos los contextos de cuidados de larga duración, se hace especial hincapié en los centros de atención de larga estancia debido a las elevadas tasas de incidencia, morbilidad y mortalidad por COVID-19 que se han registrado en ellos.

Ahora bien, aunque los centros de atención de larga estancia son un elemento esencial de los cuidados de larga duración, conviene destacar que los servicios basados en la comunidad constituyen la clave para propiciar que cada cual envejezca en la comunidad donde ha vivido, así como para reducir la institucionalización y apoyar la desinstitucionalización, de modo que las personas puedan vivir de conformidad con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana.

En el recuadro 1 figuran definiciones de la terminología empleada en este documento.

Recuadro 1. Terminología de trabajo: definiciones de los términos empleados

Sistemas de cuidados de larga duración

Sistemas nacionales que garantizan una atención integral de larga duración adecuada, asequible y accesible que defiende los derechos de usuarios y cuidadores por igual (1).

Cuidados de larga duración

Servicios que permiten que las personas que han tenido o podrían tener una pérdida significativa de su capacidad física y mental puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana (1). Estos servicios suelen consistir en cuidados y asistencia con las tareas cotidianas (como vestirse, bañarse, hacer las compras, cocinar y limpiar), así como ayuda para la participación en actividades sociales y la gestión de enfermedades crónicas avanzadas mediante servicios comunitarios de enfermería, rehabilitación y cuidados al final de la vida. Los servicios son proporcionados tanto por cuidadores no remunerados (normalmente familiares, pero también voluntarios) como por cuidadores remunerados.

A lo largo del documento se entiende que el término «servicios de cuidados de larga duración» abarca los cuidados en el domicilio, en la comunidad y en instituciones (centros residenciales de atención de larga estancia, residencias para personas de edad y otros centros de vida comunitaria), a menos que se especifique lo contrario.

Centros de atención de larga estancia

Los centros de atención de larga estancia pueden variar según el país. Las residencias para personas de edad, las residencias especializadas, los centros de atención médica prolongada, las residencias y los centros residenciales de cuidados de larga duración se conocen colectivamente como centros de atención de larga estancia y proporcionan diversos servicios, incluidos servicios de atención médica y asistencial, a las personas que no pueden vivir de manera independiente en la comunidad. A lo largo del documento se entiende que el término «centros de atención de larga estancia» no incluye la atención domiciliaria de larga duración ni los centros comunitarios, los centros de atención diurna para adultos o la asistencia de relevo.

Cuidador

Persona que atiende y apoya a otra persona. Los cuidadores pueden ser miembros de la familia, amigos, vecinos, voluntarios, cuidadores remunerados y profesionales de la salud (1).

1.2 El impacto de la COVID-19 en los cuidados de larga duración: lo que revelan los datos

Según los datos de una revisión sistemática (5) y los informes recopilados sobre la situación de la COVID-19 en los centros de atención de larga estancia (anexo 1), si bien hay poca información sobre el impacto de la COVID-19 en quienes usan y prestan servicios de cuidados de larga duración en la comunidad, la pandemia ha tenido un efecto desproporcionado en las personas, especialmente las personas de edad, que viven en esos centros. En los países con un gran número de fallecidos por COVID-19, aproximadamente la mitad de las muertes se han producido entre los residentes de los centros de atención de larga estancia. La metodología empleada en la revisión sistemática, así como en otras revisiones llevadas a cabo a los efectos del presente informe se describe en mayor detalle en el anexo 1.

Los primeros datos demuestran que el alcance de los contagios por COVID-19 en los centros de atención de larga estancia ha sido muy variable entre los países o en el interior de ellos: algunos países (como Jordania) hasta el momento han registrado cero contagios en los centros de atención de larga estancia, mientras que, por ejemplo, en Suecia a finales de abril había brotes de COVID-19 en el 25% de los centros de atención de larga estancia del país y se habían visto afectados el 67% de los centros de atención de larga estancia de Estocolmo.

Los datos de 21 países de ingresos altos muestran que, si bien algunos países han registrado pocas o ninguna muerte entre los residentes de los centros de atención de larga estancia, en otros un promedio de casi la mitad del total de las bajas nacionales relacionadas con la COVID-19 se produjeron entre los residentes de esos centros (desde el 24% en Hungría hasta el 82% en el Canadá). En algunos países, la proporción de muertes relacionadas con la COVID-19 entre los residentes de los centros de atención de larga estancia ha sido de entre un 3% y un 6% del total (6). No existen datos desglosados por edad y sexo sobre la situación en muchos países.

También se ha constatado que, una vez se declara una infección por COVID-19 en un centro de atención de larga estancia, esta resulta difícil de controlar, debido en parte a la gran cantidad de personas que conviven en estrecha cercanía en estos lugares diseñados para la vida comunitaria, así como a la proximidad que requiere el cuidado personal. Aunque algunos estudios de casos de la República de Corea han demostrado que fue posible mitigar con éxito las nuevas infecciones en varios centros de atención de larga estancia después de que un miembro del personal hubiera dado positivo (7, 8), diversos estudios de casos de otros países demuestran lo difícil que es contener la infección en esos contextos. Por ejemplo, estudios realizados en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y los Estados Unidos de América reflejaron una incidencia entre los residentes de entre el 40% y el 72% (9-14) con unas tasas de infección del personal de entre el 1,5% y el 5,9% cuando se realizaron pruebas a todos los trabajadores de los centros donde se habían producido brotes (7, 8, 15-18). También existe un estudio según el cual las personas que trabajaban en más de una residencia podrían haber sido la fuente de transmisión (19).

Un análisis de las muertes por profesión en el Reino Unido mostró que las tasas de mortalidad de los trabajadores y trabajadoras de la asistencia social habían aumentado significativamente en relación con la COVID-19 (23,4 defunciones por cada 100 000 varones frente a las 9,9 entre los varones de 20 a 64 años en la población general, y 9,6 defunciones por cada 100 000 mujeres frente a las 5,2 entre las mujeres de 20 a 64 años en la población general) (20).

Seis estudios en los que se analizaron diversas medidas de prevención (China y Singapur) y contención o manejo (Canadá y República de Corea) de los brotes en los centros de atención de larga estancia reseñaron cierto éxito, aunque se realizaron sin un grupo de control (7, 8, 22, 23).

Cada vez hay más pruebas de la posibilidad de la transmisión de la COVID-19 por personas presintomáticas, asintomáticas y con síntomas atípicos en los centros de atención de larga estancia. Los estudios de los brotes demuestran que entre el 7% y el 75% de los residentes y entre el 50% y el 100% de los trabajadores que dieron positivo son presintomáticos o asintomáticos (11-13, 15, 17, 19, 24). Entre el 57% y el 89% de los residentes positivos asintomáticos desarrollan síntomas más tarde (11, 19). Las pruebas sistemáticas a nivel nacional realizadas a residentes y personal en Bélgica mostraron que el 74% y el 76% de los residentes y los trabajadores infectados, respectivamente, eran asintomáticos en el momento en que las pruebas se llevaron a cabo (25).

Una vez que las personas que viven en los centros de atención de larga estancia contraen la COVID-19, su tasa de letalidad puede ser más elevada que la de la población de la misma edad que vive fuera de dichos centros. Por ejemplo, la tasa de mortalidad por COVID-19 entre los residentes de los centros de atención de larga estancia en Ontario (Canadá) resultó ser 13 veces mayor que la de los enfermos de 70 años o más integrados en la comunidad (26) y el riesgo de enfermedad grave o muerte de los residentes con COVID-19 de las residencias israelíes resultó ser 2,5 veces mayor que el de otros enfermos mayores de 65 años (27).

No hay estudios sobre las secuelas de la infección o de las medidas adoptadas para prevenir la infección en los centros de atención de larga estancia, aunque buen número de editoriales y comentarios críticos mencionan posibles repercusiones en la salud mental y física (como angustia, depresión, anorexia y pérdida de condición física debido a la falta de ejercicio, sin olvidar las consecuencias del aumento de las restricciones químicas y físicas). Ello ha suscitado preocupación en relación con el aumento de la morbilidad y la mortalidad por causa directa e indirecta (28, 29).

No hay muchos datos sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en las personas que usan y prestan servicios de cuidados de larga duración basados en la comunidad, como la ayuda domiciliar, los centros de atención diurna y los cuidadores no remunerados. Algunas medidas de salud pública y prevención de la infección (como la restricción de los movimientos, el distanciamiento físico y los toques de queda) podrían haber limitado el acceso de muchas personas necesitadas de asistencia a sus fuentes habituales de cuidados y apoyo. Según datos del Reino Unido, las personas con discapacidad experimentaron una mayor desigualdad durante la pandemia de COVID-19. Estas personas no solo tuvieron dificultades para obtener alimentos y medicación,

sino que además experimentaron retrasos en el sistema de prestaciones y hubo quienes vivieron situaciones de inseguridad alimentaria y pobreza. Muchas personas con discapacidad se sintieron aisladas y en algunos casos no pudieron acceder a los servicios virtuales sustitutorios por no disponer de una conexión a internet. Además, el recorte de las estructuras de apoyo continuo hizo que la gente tuviera que recurrir a familiares y vecinos (30).

También puede que las personas con problemas de salud preexistentes experimenten dificultades para acceder a servicios básicos de salud, como la rehabilitación, lo que no hace sino incrementar la necesidad de cuidados. Además, la discontinuidad de los servicios de salud puede traducirse en una mayor necesidad de cuidados (31, 32).

Se reconoce cada vez más que en muchos países los planes iniciales para contener la pandemia no contemplaron los centros de atención de larga estancia; no se movilizaron recursos hasta que empezaron a aparecer noticias en los medios sobre el elevado número de muertes. En varios países, el ejército y otras unidades de emergencia tuvieron que intervenir para ayudar a los centros de atención de larga estancia, desbordados por el gran número de muertes y por la falta de personal (33). En muchos países, los centros de atención de larga estancia no pudieron acceder a las pruebas, los equipos de protección personal (EPP) y el apoyo médico hasta después de que se hubieran producido grandes brotes en dichos centros (34).

1.3 El argumento para actuar: no dejar a nadie atrás

Los sistemas de salud tienen la responsabilidad de ofrecer una atención sanitaria segura, accesible, asequible y de calidad, así como cuidados asistenciales y paliativos para todos sin discriminación.

Sin embargo, como se ha podido constatar, los residentes de los centros de atención de larga estancia a menudo están expuestos a un mayor riesgo; en las residencias, las medidas de prevención son escasas y no se dispone de medios adecuados para gestionar la COVID-19; además, el acceso de los residentes a los servicios básicos de salud se ve limitado como consecuencia de las dificultades que atraviesan los sistemas sanitarios en el contexto de los picos de COVID-19 (35).

Las personas de edad, en particular aquellas que padecen otros problemas de salud y son más propensas a enfermar gravemente a causa de la COVID-19, figuran entre quienes más usan los servicios de cuidados de larga duración, por ejemplo, como residentes de los centros de atención de larga estancia (36). Se requieren medidas inmediatas para prevenir la infección y mitigar el impacto de la pandemia de COVID-19 en esta población, así como para garantizar la prestación de los servicios básicos de atención sanitaria y asistencial.

Asimismo, las mujeres, especialmente las mujeres de más edad, son las principales usuarias de los servicios de cuidados, predominan en el personal que brinda cuidados de larga duración y son las principales proveedoras de cuidados familiares (1, 37). Además, los servicios de cuidados de larga duración a menudo dependen en gran medida de trabajadores migrantes y de trabajadores de grupos étnicos, que pueden correr un mayor riesgo (1, 38-40).

La respuesta a la pandemia debe incluir los cuidados de larga duración para evitar la marginación de las personas pertenecientes a un grupo étnico, un grupo de edad o un sexo determinados.

También se ha expresado inquietud en relación con los derechos humanos por el posible descuido de la población que utiliza (y dispensa) los cuidados de larga duración y por las medidas adoptadas en un intento de reducir el riesgo de infección (como la prohibición de las visitas y la actividad física en el exterior). La respuesta a la pandemia debe incluir imperativamente los cuidados de larga duración para que sea posible adoptar medidas pertinentes y adaptadas y para abordar las cuestiones específicas de los cuidados de larga duración.

Hasta ahora, la COVID-19 ha afectado de manera desproporcionada a las personas que viven en los centros de atención de larga estancia. No obstante, se necesitan medidas concertadas para mitigar su impacto en todas las dimensiones de los cuidados de larga duración, incluidas la atención domiciliaria y la atención comunitaria, dado que la mayoría de los usuarios y proveedores de cuidados son vulnerables a una COVID-19 grave.

Teniendo en cuenta la enorme repercusión que ha tenido la COVID-19 en los cuidados de larga duración, las medidas de respuesta que se adopten en dicho ámbito serán uno de los elementos fundamentales y decisivos para mitigar la pandemia de COVID-19 en muchos países (4).

Solo los países que adopten medidas en relación con los cuidados de larga duración lograrán verdaderamente no dejar a nadie atrás en la respuesta a la COVID-19 (41).

2. Respuesta a la pandemia de COVID-19 en los cuidados de larga duración

La pandemia no solo ha servido para sensibilizar a la población sobre sus efectos inmediatos y sobre la necesidad de estar preparados para las contingencias actuales y las posibles oleadas futuras: también ha demostrado que hay importantes problemas estructurales que es preciso resolver para mejorar la seguridad y la resiliencia de los sistemas de cuidados de larga duración.

Hasta ahora, casi todos los países han tenido dificultades para desarrollar sistemas coherentes que garanticen el acceso a servicios de cuidados de larga duración centrados en la persona y de calidad que satisfagan las crecientes necesidades de atención sanitaria y asistencial y que respeten los derechos y libertades fundamentales y la dignidad humana (1, 42-45). Así sucede incluso en los países de ingresos altos. Según un análisis de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), «tradicionalmente en muchos países las políticas en materia de cuidados de larga duración se han programado de manera fragmentaria, en función de las exigencias políticas y financieras del momento y sin un proyecto sostenible y transparente» (43).

En esta sección se examinan los singulares desafíos que han disminuido la capacidad de respuesta de los sistemas de cuidados de larga duración frente a la pandemia de COVID-19 y se proponen objetivos normativos y medidas clave para abordar dichos desafíos a corto y a largo plazo.

Los 11 objetivos normativos que figuran en el recuadro 2, definidos en base a la información disponible y la experiencia internacional acumulada hasta la fecha, contribuirán de manera decisiva a hacer frente a la COVID-19 en los sistemas de cuidados de larga duración.

Recuadro 2. Once objetivos normativos para mitigar el impacto de la COVID-19 en los cuidados de larga duración

1. Incluir los cuidados de larga duración en todas las fases de la respuesta nacional a la pandemia de COVID-19.
2. Movilizar fondos suficientes para los cuidados de larga duración con el fin de responder a la pandemia de COVID-19 y recuperarse de sus efectos.
3. Garantizar un seguimiento y una evaluación eficaces del impacto de la COVID-19 en los cuidados de larga duración y una transmisión eficaz de la información entre el sistema de salud y el sistema de cuidados de larga duración para optimizar las respuestas.
4. Reunir el personal y los recursos necesarios (en particular una cantidad suficiente de personal de salud y productos sanitarios) para responder a la pandemia de COVID-19 y prestar servicios de cuidados de larga duración de calidad.
5. Garantizar la continuidad asistencial en los servicios básicos dispensados a las personas que reciben cuidados de larga duración, con inclusión de la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.
6. Asegurar que las normas de prevención y control de infecciones se apliquen y cumplan en todos los contextos de cuidados de larga duración para prevenir y gestionar de forma segura los casos de COVID-19.
7. Dar prioridad a las personas que reciben y prestan servicios de cuidados de larga duración en la realización de pruebas, el rastreo de contactos y el seguimiento de la propagación de la COVID-19.
8. Brindar asistencia a los cuidadores del entorno familiar y a los cuidadores voluntarios.
9. Dar prioridad al bienestar psicosocial de las personas que reciben y prestan servicios de cuidados de larga duración.
10. Asegurar una transición fluida a la fase de recuperación.
11. Empezar medidas para transformar el sistema de salud y el sistema de cuidados de larga duración con el fin de integrar adecuadamente los servicios de cuidados de larga duración y garantizar una gobernanza continua y eficaz de dichos servicios.

En los apartados siguientes se analiza cada uno de estos objetivos normativos.

2.1 Incluir los cuidados de larga duración en todas las fases de la respuesta nacional a la pandemia de COVID-19

2.1.1 El desafío

Los cuidados de larga duración tienen menos prioridad política que la salud y otras esferas normativas

Los cuidados de larga duración suelen tener poca prioridad política y a menudo se los denomina «la Cenicienta del estado de bienestar», ya que la atención política que se le presta es con frecuencia transitoria y secundaria a la atención de salud (46). Esa falta de atención política puede ser uno de los motivos por los que las primeras respuestas políticas a la pandemia en muchos países no incluyeron al sector de los cuidados de larga duración (4).

La gobernanza del sistema de cuidados de larga duración a menudo exige la intervención de múltiples sectores, ministerios y niveles de gobierno, lo que dificulta su coordinación

En casi todos los países, los cuidados de larga duración se sitúan en la intersección de varios ministerios, que por lo general son los de sanidad y asuntos sociales, desarrollo o protección social. Los servicios de cuidados de larga duración y los sistemas de atención de salud muchas veces no están bien coordinados o integrados y suelen funcionar con sistemas independientes (y en muchos casos complejos) de financiación, regulación, información y formación y dotación de personal (1, 43).

De ahí las diversas dificultades que surgieron durante la crisis de la COVID-19. Por ejemplo, los modelos de dotación de personal auxiliar para responder al incremento de pacientes de COVID-19 en los hospitales no eran lo bastante flexibles para hacer frente a los picos de demanda que se registraron en el sector de los cuidados de larga duración. La movilidad del personal adecuado dentro del sistema para acudir allí donde era necesario también planteó dificultades. Asimismo, el sector de cuidados de larga duración y especialmente los centros de atención de larga estancia tuvieron problemas para acceder a las pruebas y los equipos de protección personal, que se habían destinado con carácter prioritario a los hospitales (47).

Además, no es raro que los países distribuyan las competencias en lo tocante a los cuidados de larga duración de manera vertical entre instancias nacionales, regionales y locales, lo cual dificulta la coordinación y la supervisión efectiva de los servicios (48). Por ejemplo, en España e Italia puede suceder que una misma persona reciba servicios de cuidados de larga duración organizados o financiados por hasta tres niveles de gobierno distintos (49, 50).

Los servicios de cuidados de larga duración los dispensan una mezcla de proveedores públicos y proveedores privados con y sin ánimo de lucro y cuidadores del entorno familiar

Los servicios de cuidados de larga duración también se caracterizan porque los dispensan una mezcla de proveedores públicos y proveedores privados con y sin ánimo de lucro (51). En algunos países, la mayoría de los centros de atención de larga estancia son operados por proveedores privados con ánimo de lucro que a menudo no están reglados, particularmente en los países de ingresos bajos y medianos (52, 53).

Sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos, los principales proveedores de servicios de cuidados de larga duración son las organizaciones no gubernamentales (ONG), que a menudo constituyen la única fuente de apoyo de que disponen los cuidadores no remunerados. Allí donde no hay ONG, la responsabilidad de los cuidados suele recaer por completo en las propias familias. Esos cuidados no remunerados rara vez se reconocen en el marco de un sistema formal y por ello no se los incluye en los procesos y mecanismos de gobernanza más allá de los de las ONG que apoyan dicha labor. Estas estructuras pueden generar una falta de implicación, una rendición de cuentas difusa y una fragmentación de las responsabilidades que podrían causar problemas de coordinación y calidad de los cuidados y dar lugar a sistemas de información poco desarrollados (43, 54).

Repercusiones en el contexto de la COVID-19

- ➔ Puede obstaculizar la inclusión de los cuidados de larga duración en la respuesta nacional a la pandemia.
- ➔ Puede obstaculizar las labores de planificación, supervisión y rendición de cuentas durante la pandemia.
- ➔ Puede obstaculizar la coordinación de la respuesta a la pandemia entre el sector de los cuidados de larga duración y el sector de salud.
- ➔ Puede obstaculizar la asignación efectiva de recursos.

2.1.2 Medidas clave

Relativas al conjunto del sector

- Velar por la designación de un coordinador encargado de gestionar los cuidados de larga duración (especialmente por cuanto se refiere a los usuarios y los proveedores de dichos cuidados) en el órgano rector general responsable de la COVID-19.
- Establecer comités directivos conjuntos y sistemas de intercambio de información y datos entre sectores y entidades políticas a nivel subnacional para garantizar una respuesta coordinada.
- Establecer un mecanismo para asistir a los proveedores no regulados con afán cooperativo y no punitivo.

Relativas a los centros de atención de larga estancia

- Si los centros de atención de larga estancia se ven abocados a ampliar su labor sanitaria durante la pandemia, establecer umbrales que, una vez superados, conlleven la reasignación gradual de medios para la prestación de servicios clínicos generales de rutina, en particular profesionales de cuidado directo.

Ejemplos de países

En **Singapur**, el Organismo de Atención Integrada y el Ministerio de Salud, junto con los proveedores de servicios de cuidados de larga duración, han desarrollado una serie de medidas para responder a la pandemia de COVID-19 en materia de control y prevención de infecciones, acceso a los equipos de protección personal, distanciamiento y zonificación, suspensión de visitas, alojamiento alternativo para los cuidadores y realización de pruebas para llevar un seguimiento de las personas con necesidad de cuidados de larga duración y los cuidadores remunerados. El Organismo de Atención Integrada también creó un equipo de respuesta a incidentes para ayudar a los proveedores de cuidados de larga duración a hacer frente a las infecciones por el virus de la COVID-19. La Oficina de la Generación Plateada, una filial de proximidad del Organismo de Atención Integrada, ha facilitado información, servicios y contactos a las personas de edad durante la pandemia de COVID-19 (55, 56).

En **Israel** se ha creado un equipo directivo encargado de gestionar los brotes de COVID-19 en los centros de atención de larga estancia de todo el país. El equipo ha elaborado un plan nacional en el marco del proyecto de Protección de Padres y Madres que incluye la creación de una sede para coordinar las medidas de la administración. Además, el Mando del Frente Doméstico ha prestado apoyo a los centros de atención de larga estancia durante la pandemia en lo que se refiere a la gestión del acceso de las visitas, las labores de desinfección y la entrega de alimentos y equipos, y ha facilitado formación y asesoramiento en materia de protección y prevención (57).

En **Malta**, la Autoridad de Normalización de la Asistencia Social, el organismo regulador de los cuidados de larga duración, clasificó los contextos residenciales como lugares de alto riesgo por COVID-19 a principios de marzo y enseguida publicó las instrucciones anunciadas en su documento sobre la COVID-19 (2020). Hubo una cooperación inmediata entre la Autoridad de Salud Pública y la Autoridad de Normalización de la Asistencia Social, que resultó ser el principal catalizador de la protección de los ancianos en las residencias (58).

2.2 Movilizar fondos suficientes para los cuidados de larga duración con el fin de responder a la pandemia de COVID-19 y recuperarse de sus efectos

2.2.1 El desafío

La limitada financiación pública destinada a los cuidados de larga duración

El gasto público medio en los cuidados de larga duración es muy bajo: no llega al 1% del PIB mundial. Esta infrafinanciación pública compromete el acceso a los cuidados de larga duración (42). Dicho fenómeno es más pronunciado incluso en los países de ingresos bajos y medianos, que en muchos casos carecen de partidas específicas de fondos públicos para los cuidados de larga duración.

Los regímenes de prestaciones públicas de cuidados de larga duración suelen estar basados en las necesidades, se hallan supeditados a una comprobación de recursos y a menudo requieren copagos, lo que hace que gran parte de la población quede al margen del sistema público

En la mayoría de los países, los regímenes de prestaciones públicas de cuidados de larga duración están basados en las necesidades, se hallan supeditados a una comprobación de recursos y a menudo requieren copagos. Las personas más necesitadas suelen recibir más ayuda, pero en algunos países también se limitan las cantidades que pueden financiarse mediante recursos públicos. Si bien algunos países protegen a las personas más vulnerables de los gastos adicionales, la mayoría de los usuarios de los servicios de cuidados de larga duración a nivel internacional a menudo deben realizar importantes desembolsos directos (43, 59, 60). Además, dado que gran parte de los cuidados los dispensan cuidadores no remunerados, en la práctica las familias corren con buena parte de los costos que conllevan los cuidados de larga duración como resultado de una combinación de los costos de oportunidad derivados de la prestación de cuidados y los pagos directos. Pocos países cuentan con mecanismos de financiación que protejan a la totalidad de la población de los gastos catastróficos en cuidados de larga duración (1).

Menores ingresos para el sector de los cuidados de larga duración y mayores gastos en asistencia

La creciente inversión en equipos de protección y personal representa un importante gasto adicional para los proveedores de servicios. Paralelamente, los proveedores ven disminuir sus ingresos con motivo de un menor nivel de ocupación en los centros de atención de larga estancia (debido a una disminución de las admisiones y a un número de fallecimientos más elevado de lo normal), así como por el cierre de centros diurnos y otros servicios basados en la comunidad.

Varios países ya han proporcionado fondos de emergencia para apoyar al sector de los cuidados de larga duración durante esta crisis, aunque la movilización y distribución de recursos puede resultar más fácil en los países con sistemas de cuidados de larga duración más desarrollados y reglados. La movilización de recursos y asistencia para el sector de los cuidados de larga duración no registrado plantea desafíos adicionales.

Debido a los singulares desafíos de financiación de los cuidados de larga duración, el sistema de cuidados de larga duración ha tenido dificultades para reaccionar y hacer frente a los gastos adicionales que pueden derivarse de la preparación y respuesta a la COVID-19.

Repercusiones en el contexto de la COVID-19

- ➔ La falta de fondos suficientes para sufragar los gastos adicionales vinculados a la respuesta a la COVID-19 puede poner en peligro la seguridad de los usuarios y los proveedores de los cuidados de larga duración.
- ➔ El aumento del gasto en cuidados provocado por la pandemia se traduce en un mayor desembolso directo por parte de los usuarios.

2.2.2 Medidas clave

Relativas al conjunto del sector

- Estudiar la posibilidad de inyectar fondos adicionales de disponibilidad limitada destinados a los cuidados de larga duración con el fin de sufragar los gastos adicionales vinculados a la pandemia (como los gastos adicionales de personal, formación en prevención y control de infecciones y materiales como equipos de protección personal y productos desinfectantes).
- Estudiar cómo reducir los costes de la normativa y otros costes en los que incurren los proveedores durante la pandemia (como los requisitos de personal).
- Proporcionar flexibilidad en el uso de los fondos de emergencia atribuidos a los proveedores de cuidados de larga duración y a los usuarios.

Relativas a los centros de atención de larga estancia

- Proporcionar fondos para compensar el descenso de las tasas de ocupación y garantizar la prestación de servicios básicos de salud y atención de calidad.
- Proporcionar fondos para ayudar a los proveedores de centros de atención de larga estancia a sufragar los gastos adicionales incurridos para garantizar la seguridad de sus residentes y su personal, entre otras cosas, a través de la adopción de medidas adicionales de prevención y control de infecciones y la realización de pruebas de detección de la COVID-19.

Relativas a los servicios basados en la comunidad

- Brindar asistencia a los proveedores (especialmente en el caso de los que no tengan ánimo de lucro) que ven disminuir sus ingresos si durante la pandemia necesitan cerrar algunos servicios, como los centros diurnos y los centros comunitarios.
- Flexibilizar el uso de los presupuestos individuales y otras prestaciones en efectivo, por ejemplo, permitiendo que se utilicen para contratar a un familiar o un vecino si no hubiera centros comunitarios disponibles.

Relativas a los cuidadores

- Apoyar a los cuidadores que adquieran una mayor carga de cuidados por la indisponibilidad de los cuidados habituales y que puedan verse obligados a abandonar su trabajo con tal motivo.

Ejemplos de países

En los **Estados Unidos**, el paquete de estímulo de US\$ 3 billones aprobado con motivo de la COVID-19 (en virtud de la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica por Coronavirus o CARES) proporciona algunos fondos al sector de los cuidados de larga duración. De los US\$ 100 000 millones destinados a los proveedores de salud en virtud de la Ley CARES, la mitad se están distribuyendo entre los hospitales y los proveedores de cuidados de larga duración, incluidos los proveedores de servicios de salud a domicilio (61). El 3 de junio de 2020, US\$ 4900 millones habían sido destinados a residencias especializadas (62).

En la **República de Corea**, el Ministerio de Salud y Bienestar y el Servicio Nacional de Seguros de Salud de Corea han publicado directrices de reembolso temporal para el sector de los cuidados de larga duración. Las directrices responden a la necesidad de introducir medidas de distanciamiento físico y a la escasez de personal en el marco de la COVID-19. Además, los proveedores de servicios que operen en zonas de desastre especiales no experimentarán recortes en sus retribuciones si no pueden respetar los requisitos de personal durante la pandemia (63).

En **China** se concedió una ayuda única especial a los proveedores de cuidados de larga duración subvencionados para apoyar la dotación de personal (por ejemplo, la contratación y redistribución de trabajadores y el reembolso de las horas extraordinarias) a fin de garantizar la continuidad en la prestación de esos cuidados. Se calcula que esas ayudas ascenderán a un total de alrededor de unos US\$ 1,6 millones (64, 65, 66).

2.3 Garantizar un seguimiento y una evaluación eficaces de los efectos de la COVID-19 en los cuidados de larga duración y una transmisión eficaz de la información entre el sistema de salud y el sistema de cuidados de larga duración para optimizar las respuestas

2.3.1 El desafío

Pocos países cuentan con sistemas de información y seguimiento sobre los sistemas de cuidados de larga duración

Pocos países cuentan con sistemas de información y seguimiento que incluyan datos individuales sobre las características, necesidades y cifras de los usuarios de los servicios formales de cuidados de larga duración, y sobre el tipo y la calidad de los cuidados recibidos. Dicha carencia encaja con la situación general de escasez de fuentes de información sobre las personas de edad (que en muchos casos reciben cuidados de larga duración) y la falta de datos desglosados por edad y sexo (67).

De haber datos individuales, a menudo versan únicamente sobre los usuarios o los proveedores de cuidados de larga duración financiados con fondos públicos. Además, la información de los servicios de salud y la asistencia social suele quedar registrada en sistemas distintos, lo que hace difícil relacionar los datos de una misma persona.

Se han dado casos de centros de atención de larga estancia no reglados que han sido «descubiertos» a raíz de la pandemia de COVID-19 (68). La ausencia de datos individuales sobre las características de los residentes de los centros de atención de larga estancia se ha identificado como un obstáculo a la planificación de la respuesta a la pandemia de COVID-19 (69, 70). Ello ha supuesto, por ejemplo, que los modelos matemáticos que han servido de base a la planificación de cara a la pandemia no han diferenciado a los residentes de los centros de atención de larga estancia de las poblaciones circundantes en sus cálculos (71).

En un primer momento, solo se recogieron datos sobre la pandemia en relación con las personas que habían sido sometidas a pruebas y habían fallecido en los hospitales

Muy pocos países publican datos sobre el número de contagios y muertes de residentes de los centros de atención de larga estancia con sospecha o confirmación de COVID-19. Dado que los residentes de los centros de atención de larga estancia no se han sometido a pruebas ni han ingresado en los hospitales en la misma medida que las personas que vivían en domicilios particulares, es probable que los países que excluyen las muertes que se han producido fuera de los hospitales estén infravalorando el número de muertos por COVID-19.

En una iniciativa internacional para rastrear los datos sobre las muertes de residentes de los centros de atención de larga estancia únicamente se encontraron datos de acceso público sobre la situación en 21 países en mayo de 2020 (6). Sin datos sobre las consecuencias de la infección en los centros de atención de larga estancia y en las personas dependientes de los cuidados que viven en la comunidad, existe el riesgo de que no se faciliten en cantidad suficiente ni en el momento oportuno los recursos necesarios para prevenir y mitigar los efectos de la COVID-19 en el sector (fondos, personal, pruebas, equipos de protección personal y otros).

Hay pocos datos disponibles sobre los efectos asociados a la pandemia para la salud

Muchas personas que dependen de la atención asistencial, sobre todo en el ámbito de la atención basada en la comunidad, han visto interrumpido su acceso habitual a los cuidados, lo que podría resultar peligroso (ya que, por ejemplo, pueden darse casos de malnutrición e infecciones que pasen desapercibidas, así como otras complicaciones de salud). Es necesario contar con datos para identificar a las personas que podrían estar expuestas a un mayor riesgo a fin de localizar las deficiencias y reconfigurar los servicios como convenga.

Repercusiones en el contexto de la COVID-19

- Dificultades para llevar un seguimiento del impacto de la COVID-19 en todos los servicios de cuidados de larga duración.
- Dificultades para elaborar planes de respuesta adaptados a los cuidados de larga duración con miras a mitigar el impacto.
- Dificultades para incluir a las poblaciones que reciben cuidados de larga duración en las previsiones basadas en modelos.
- Dificultades para llevar un seguimiento de los efectos de la COVID-19 en la salud de los usuarios de los cuidados de larga duración y el personal que dispensa esos cuidados.
- Fragmentación de la información entre los centros de atención de larga estancia y los centros de salud.

2.3.2 Medidas clave

Relativas al conjunto del sector

- Encontrar formas eficaces de hacer uso de los datos existentes sobre la gestión de los cuidados de larga duración cuando los haya (como el MDS 3.0 en los Estados Unidos y los sistemas de evaluación interRAI del Canadá y Nueva Zelandia) para crear modelos del impacto de la COVID-19 en la salud (incluida la salud mental) y la actividad de las personas de edad en los cuidados de larga duración. En el caso de los países que carecen de estos sistemas, estudiar la posibilidad de establecer sistemas de gestión de datos similares como iniciativa a largo plazo.
- Fomentar la investigación sobre el impacto de la COVID-19 en los cuidados de larga duración y las medidas para mitigarlo con el fin de detectar las deficiencias y prepararse para futuras pandemias.

Relativas a los centros de atención de larga estancia

- Establecer un sistema de vigilancia que recoja los datos de las personas con COVID-19 y las muertes registradas en los centros de atención de larga estancia (probables y confirmadas, desglosadas por edad, sexo, discapacidad y problemas de salud preexistentes) y velar por su integración con los sistemas de vigilancia vigentes.
- Establecer los mecanismos legales necesarios para posibilitar la obtención y el intercambio periódico y asiduo de información sobre la COVID-19 con los centros de atención de larga estancia, los centros de salud, las autoridades de salud pública y la población.
- Crear un mecanismo para garantizar el análisis periódico de esos datos y la aplicación de los resultados para ajustar las políticas públicas de respuesta a la COVID-19.

Relativas a los servicios basados en la comunidad

- Establecer mecanismos para comunicar a los entes públicos responsables de la contratación de servicios el número de casos de COVID-19 registrados entre los usuarios y proveedores de cuidados de larga duración en la comunidad y los domicilios.

Ejemplos de países

En **Sudáfrica**, los gerentes de los centros de atención de larga estancia deben informar al Departamento de Desarrollo Social si tienen casos confirmados de COVID-19 (72).

En la **Unión Europea**, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (un organismo comunitario) ha incluido los centros de atención de larga estancia en su estrategia de vigilancia de la COVID-19 a nivel nacional, comunitario y del Espacio Económico Europeo y está recabando información de los Estados miembros en materia de mitigación, tasas de infección y mortalidad (73).

En la **Argentina**, en La Plata, una ONG 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 de cara a la COVID-19 e hizo que el gobierno local adoptase medidas para proporcionar pruebas a todos los trabajadores de esos centros (53).

2.4 Dotarse de personal y recursos, incluidos el personal y los productos sanitarios adecuados, para responder a la pandemia de COVID-19 y prestar servicios de calidad a largo plazo

2.4.1 El desafío

La escasez preexistente de personal sanitario y las remuneraciones y condiciones de trabajo deficientes

Antes de la pandemia de COVID-19, la escasez de personal sanitario, las condiciones de trabajo y la remuneración deficientes, así como el bajo porcentaje de profesionales cualificados, ya eran una grave preocupación en los sistemas de cuidados de larga duración (2, 3, 73). El personal sanitario que presta asistencia a las personas con necesidades de cuidados de larga duración es predominantemente femenino (90%) (37) y, en muchos países, una gran proporción del personal sanitario dedicado a los cuidados de larga duración son trabajadores migrantes (74). Es común que los profesionales sanitarios tengan contratos de cero horas y trabajen para distintos establecimientos o instituciones (75).

La escasez de personal sanitario para los cuidados de larga duración durante la pandemia

En muchos países, los servicios de cuidados de larga duración, en particular los centros de atención de larga estancia, sufrieron una grave escasez de personal durante la pandemia de COVID-19 cuando los profesionales sanitarios tuvieron que aislarse al presentar una infección sospechosa o confirmada de COVID-19 (49, 50, 76, 77). Esto se produjo en un momento en que, debido a las restricciones a las visitas o los desplazamientos, los cuidadores del entorno familiar y otros cuidadores no remunerados tenían menos posibilidades de prestar apoyo (incluso en los centros de atención de larga estancia, los cuidadores del entorno familiar y los voluntarios asumen una parte importante de los cuidados). En algunos casos, cuando los centros de atención de larga estancia se encontraban desbordados y faltos de personal, los países debieron confiar en medidas extremas, como recurrir al personal militar u otros servicios de emergencia (49).

En algunos países, al principio los trabajadores y cuidadores que prestan cuidados de larga duración no se consideraron trabajadores esenciales y las medidas de confinamiento y los toques de queda les impedían desplazarse para ir trabajar (o para seguir prestando atención a las personas en sus hogares) (78, 79). El uso del transporte público o el hacinamiento en el lugar de residencia puede haber aumentado el riesgo de exposición del personal sanitario al virus.

Dificultades para adaptarse a las necesidades sanitarias en los centros de atención de larga estancia

Si bien en algunos centros de atención de larga estancia sí se emplea a personal de enfermería y otro personal sanitario, no siempre es el caso y hay constancia de las serias dificultades a las que se enfrentó el personal que carecía de formación médica y tuvo que prestar atención a pacientes infectados por la COVID-19 o a personas que necesitaban cuidados paliativos sin contar con el apoyo de personal sanitario o la supervisión de profesionales de la salud cualificados, como personal de medicina y enfermería.

En el caso de una región de España, los obstáculos administrativos para transferir personal y suministros médicos del servicio de salud a los centros de atención de larga estancia hicieron que todos ellos quedaran bajo el control del Ministerio de Salud durante la pandemia (49).

Los cuidadores y los proveedores de cuidados de larga duración sin acceso al EPP

En muchos países, los cuidadores y los proveedores de cuidados de larga duración tuvieron dificultades para acceder a EPP y otros recursos (como gel hidroalcohólico y desinfectante de manos) debido a las carencias mundiales y a la priorización de los hospitales y otros establecimientos de salud. Como resultado de ello, los proveedores de cuidados de larga duración han comunicado haber tenido que adquirir EPP a precios exagerados.

Repercusiones en el contexto de la COVID-19

- Una gran escasez de personal sanitario para los cuidados de larga duración.
- Al tratar de compensar la escasez de personal sanitario, la elevada rotación de dicho personal puede dificultar la continuidad en la atención y la coherencia en la aplicación de importantes medidas de prevención y control de infecciones.
- Menor integridad del trabajo y valor de un personal de salud en el que predominan las mujeres y los trabajadores migrantes.
- Mayores presiones financieras para trabajar mientras el personal está enfermo como consecuencia de las malas condiciones de trabajo, como la no remuneración en caso de licencia por enfermedad.
- No se ha tenido debidamente en cuenta la salud ocupacional del personal de cuidados de larga duración.
- Manifiestas carencias de EPP para los centros de atención de larga estancia, el personal que presta cuidados de larga duración (incluidos los cuidadores) y los beneficiarios de la atención.
- Falta de suministros médicos esenciales y de personal sanitario en los centros de atención de larga estancia.
- Falta de supervisión por profesionales de la salud cualificados en la prestación de servicios esenciales en los centros de atención de larga estancia.

2.4.2 Medidas clave

Relativas al conjunto del sector

- Estimar la capacidad de respuesta necesaria para apoyar los servicios de cuidados de larga duración en coordinación con el enlace encargado de dichos cuidados.
- Establecer relaciones entre las cadenas de suministro de asistencia sanitaria y social para asegurar un abastecimiento continuo y sin conflictos durante la COVID-19.
- Contratar a personal adicional y establecer programas de formación rápida (por ejemplo, contratar a jubilados, estudiantes de programas de capacitación en materia de salud y cuidados de larga duración, y voluntarios) sobre medidas de prevención y control de las infecciones.
- Abordar las cuestiones contractuales y conexas y establecer políticas y medidas que protejan la salud del personal y que al mismo tiempo les permitan trabajar de un modo flexible y pasar de los servicios de atención de salud a los servicios de cuidados de larga duración cuando sea necesario.
- Crear listas de personal de los sistemas de salud que en caso necesario pueda reasignarse para apoyar al personal sanitario en los centros de atención de larga estancia.
- Establecer medidas para evitar que las políticas entorpezcan la prestación de asistencia fundamental facilitada en los domicilios, la comunidad y los centros de salud por personal sanitario de cuidados de larga duración.
- Establecer medidas para supervisar al personal que trabaja en múltiples lugares, expuesto a un mayor riesgo de transmisión, y estudiar la posibilidad de facilitarle el transporte y alojamiento para reducir al mínimo el riesgo de infección durante los brotes locales.
- Ofrecer una contraprestación financiera al personal sanitario para incentivarlo a mantenerse en su empleo durante la epidemia y compensarlo por la carga de trabajo y el estrés adicionales.

Relativas a los centros de atención de larga estancia

- Asegurar el suministro adecuado de EPP en los centros de atención de larga estancia para proteger al personal sanitario contra la infección.
- Proporcionar orientaciones adecuadas de formación y reforzar la capacitación ordinaria del personal y los cuidadores del entorno familiar sobre las medidas de prevención y control de las infecciones en los centros de atención de larga estancia de manera que puedan seguir prestando atención en dichos centros.

- Facilitar arreglos flexibles por medio de los cuales los equipos de cuidados paliativos y otros profesionales de la salud colaboren con el personal de los centros de atención de larga estancia para asegurar el acceso a cuidados paliativos cuando sea necesario.
- Asegurar la supervisión adecuada por personal debidamente capacitado para prestar servicios esenciales en los centros de atención de larga estancia.
- Asegurar el suministro de EPP para los trabajadores domiciliarios, en particular los que prestan atención en contacto cercano.
- Proporcionar orientaciones adecuadas de formación y reforzar la capacitación ordinaria de los proveedores de atención domiciliaria.

Relativas a los cuidadores del entorno familiar y otros voluntarios

- Asegurar el suministro de EPP a los cuidadores que prestan atención en contacto cercano.
- Proporcionar orientaciones adecuadas de formación y capacitación a los cuidadores del entorno familiar y otros voluntarios.

Ejemplos de países

En **Austria**, los reglamentos sobre dotación de personal y concesión de licencias a los profesionales de la salud se han simplificado considerablemente durante la pandemia de COVID-19. Así, las personas que han prestado servicios nacionales (los que optaron por tareas civiles) pueden proporcionar atención básica. Las personas adscritas al servicio nacional han contribuido a mantener la logística de la pandemia. Su empleo como trabajadores sanitarios puede verse regulado por el Gobierno. Además, las personas que reciban formación en aspectos pertinentes y las que actualmente estén desempleadas y muestren interés en trabajar en este campo pueden dar este paso (76).

En **Irlanda**, Nursing Homes Ireland, el organismo nacional responsable de las residencias de ancianos (gestionadas privadamente y por ONG), en marzo de 2020 emprendió una campaña de contratación de personal. Además, el Servicio de Salud acordó reubicar personal (de forma voluntaria) a las residencias de ancianos privadas (77).

En la **India**, algunos centros de atención de larga estancia apoyan a su personal interno con incentivos, entre otras medidas, ofreciendo comida gratuitamente. Asimismo, algunos de esos establecimientos promueven la salud mental de su personal mediante revisiones periódicas y asesoramiento (78).

En **Israel**, si los centros de atención de larga estancia sufren escasez de personal, el Ministerio de Salud les asigna un equipo especial durante 7 a 14 días para apoyar la prestación de atención en el periodo agudo (57).

En los **Países Bajos**, desde el 19 de mayo de 2020 los profesionales de la salud que llevan a cabo actividades que requieren contacto cercano (menos de 1,5 metros) con personas que tienen necesidades de cuidados de larga duración disponen de EPP gratuitos (80).

En **España**, el personal de los centros de salud comunitarios ha apoyado la prestación de atención domiciliaria, por ejemplo a través de llamadas telefónicas. Además, el sector de los cuidados de larga duración puede contratar a personal no cualificado en los casos de absentismo de su personal habitual (49).

En **Australia**, los trabajadores de los centros de atención institucional reciben una prima de retención por dos trimestres de hasta 800 dólares australianos después de impuestos. El Gobierno ha contratado a proveedores de atención de salud para crear equipos de respuesta rápida en el sector de los cuidados de larga duración de cada estado cuando sea necesario. Las normas para la obtención de un visado se han flexibilizado para que el personal pueda trabajar un mayor número de horas (81).

En algunas partes del **Reino Unido**, durante la pandemia de COVID-19 se han aumentado los salarios de los profesionales de la salud y se les ha ofrecido una paga especial puntual (82).

2.5 Asegurar todo el proceso asistencial y la continuidad de los servicios esenciales para las personas que reciben cuidados de larga duración, incluidos la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos

2.5.1 El desafío

Necesidad de atención continua compleja, con elevados niveles de contacto físico y emocional

Las personas con necesidades de cuidados de larga duración suelen requerir estructuras de apoyo continuo, complejo y personalizado. En particular, la atención asistencial para tareas personales exige elevados niveles de contacto físico y emocional. Las personas que reciben dicha atención, y que dependen de ese apoyo, se benefician enormemente de la continuidad de la atención (1). En muchos países, la mayoría de los internos de los centros de atención de larga estancia padecen demencia (83-85).

Variabilidad de la prestación de atención de salud en los centros de atención de larga estancia

Los centros de atención de larga estancia son muy diversos. Algunos pueden especializarse en prestar atención médica, como los hospitales de cuidados de larga duración o algunas residencias de ancianos, mientras que otros, generalmente residencias de ancianos o alojamientos asistidos, es posible que no cuenten con ningún miembro del personal con formación de atención de salud. En muchos países, los centros de atención de larga estancia han tenido dificultades para facilitar apoyo y recursos de atención sanitaria a los servicios de salud esenciales, así como para dar respuesta a la nueva carga de la COVID-19 (incluido en los ámbitos de la rehabilitación y los cuidados paliativos).

Posibilidad de introducir prácticas de cribado en las admisiones hospitalarias

Se ha informado que algunos internos de centros de atención de larga estancia no han podido acceder a la asistencia sanitaria en hospitales (49, 50), y han tenido acceso limitado a la atención primaria. También se ha comunicado que a veces se han aplicado voluntades anticipadas sin respetar las normas habituales centradas en la persona (86). Los países han respondido haciendo hincapié en la importancia del acceso equitativo a la salud y los cuidados paliativos para las personas mayores y las personas con enfermedades previas durante la pandemia de COVID-19 (35, 36).

Repercusiones en el contexto de la COVID-19

- ➔ En muchos países, los centros de atención de larga estancia han tenido dificultades para facilitar apoyo y recursos de atención sanitaria a fin de poder mantener los servicios de salud esenciales y prestar servicios de atención asistencial ante el nuevo reto de la COVID-19.
- ➔ A veces a los internos de los centros de atención de larga estancia se les niega la atención hospitalaria basándose en criterios de no pertinencia o discriminatorios, como la edad, en la presunción de que son demasiado frágiles para sobrevivir.

2.5.2 Medidas clave

Relativas al conjunto del sector

- Estudiar la elaboración de pautas de atención claras para la COVID-19, incluidas las que se ofrecen en los centros de atención de larga estancia y en la asistencia domiciliaria y comunitaria, para transferir a la atención primaria, secundaria y terciaria a personas con síntomas de COVID-19 y distintos a la COVID-19 (87, 88, 89).
- Valorar la conveniencia de utilizar tecnologías virtuales y de telesanidad apropiadas para las consultas médicas, teniendo en cuenta las opiniones de las personas mayores, y ofrecer el apoyo necesario para usarlas de modo eficaz.
- Velar por que todos los planes de cuidados paliativos y las declaraciones de voluntades anticipadas estén actualizados y se apliquen con un enfoque centrado en la persona.
- Asegurarse de que los centros de atención de larga estancia y los servicios de cuidados de larga duración cuenten con políticas, programas y orientaciones nacionales y regionales para apoyar la prestación de cuidados paliativos (incluido el apoyo físico, psicológico, social y espiritual).

Relativas a los centros de atención de larga estancia

- Estimar la conveniencia de involucrar a los residentes de los centros de atención de larga estancia en la elaboración de protocolos para las derivaciones y el acceso a los servicios de salud esenciales. Asegurarse de que en esos protocolos no se haga una selección en función de la edad o enfermedad, sino que las necesidades y preferencias de las personas determinen las decisiones relacionadas con la atención.
- Velar por que todos los centros de atención de larga estancia reciban el apoyo del servicio de atención primaria.
- Establecer equipos de respuesta rápida (preferiblemente con formación en atención geriátrica y en cuidados paliativos) para los centros de atención de larga estancia de personas mayores, a fin de reducir las hospitalizaciones evitables y asegurarse de que la comunicación y la adopción de decisiones son óptimas y se centran en la persona.
- Asegurarse de que el personal esté capacitado para prestar cuidados paliativos y sepa cómo comunicar las decisiones relativas a la muerte, la agonía y el final de la vida (35).

Ejemplos de países

En los **Estados Unidos**, la telesanidad domiciliar se utiliza con más frecuencia porque es posible obtener el reembolso de los costos de la vigilancia remota de los pacientes. Desde marzo de 2020, los beneficiarios de Medicare han podido recibir servicios para los trastornos del comportamiento o relacionados con el abuso de sustancias. Ahora, las personas con síntomas graves de COVID-19 pueden realizar visitas posteriores al periodo agudo por medios telemáticos. Esto hace posible que los asistentes sociales, los psicólogos clínicos, los fisioterapeutas, los terapeutas ocupacionales y los logopedas lleven a cabo evaluaciones y terapias remotas. Este mecanismo también puede ser útil para las personas con necesidades de cuidados de larga duración que viven en la comunidad (61).

En **Italia**, los equipos especiales de cuidados paliativos pudieron reorganizarse rápidamente para responder con agilidad y flexibilidad a la demanda. Por ejemplo, crearon redes de servicios de cuidados paliativos traspasando a personal de los servicios para pacientes terminales hospitalizados a los servicios de atención domiciliar. Esta experiencia también puso de manifiesto la gran necesidad de celebrar conferencias de casos y otras colaboraciones en equipo similares para poder decidir rápidamente dónde asignar los recursos en función de las prioridades, por ejemplo, para decidir quién recibirá apoyo después del alta hospitalaria (50, 90).

En **Austria**, durante la pandemia de COVID-19 la Asociación Nacional de Cuidados Paliativos ha publicado un documento de posición sobre los cuidados paliativos y ha proporcionado orientaciones para asegurar el acceso a dichos cuidados a las personas que no recibirán los cuidados intensivos que generalmente se prestan. La Asociación también ha publicado pautas para los cuidadores del entorno familiar y los trabajadores que prestan cuidados de larga duración. Además, está disponible una serie de orientaciones multidisciplinarias elaborada por el Gobierno para apoyar a las personas con COVID-19 que están llegando al fin de su vida. Asimismo, los cuidadores del entorno familiar y el personal sanitario que apoyan a las personas que llegan al final de su vida durante la pandemia de COVID-19 cuentan con directrices clínicas y recursos sobre cómo facilitar apoyo social y sobre el duelo (76).

En **Eslovenia** existen equipos médicos listos para acudir a los centros de atención de larga estancia y apoyar al personal ordinario si se siente agotado o desbordado (91).

2.6 Asegurarse de que en todos los centros de atención de larga estancia se apliquen y se cumplan las normas de prevención y control de las infecciones para prevenir y manejar de forma segura los casos de COVID-19

2.6.1 El desafío

No exigencia del cumplimiento obligatorio de las orientaciones en materia de prevención y control de las infecciones en los cuidados de larga duración

En muchos países, las orientaciones sobre prevención y control de las infecciones para los proveedores de cuidados de larga duración se elaboraron relativamente tarde en la pandemia, y muchas de ellas han incorporado con lentitud los datos probatorios de la transmisión asintomática y los síntomas atípicos de la COVID-19. Asimismo, en muchos países solamente se elaboraron orientaciones para los centros de atención de larga estancia y no se dispone de orientaciones para los proveedores de atención comunitaria y los cuidadores del entorno familiar. Por último, no existe ningún mecanismo que vele por la aplicación de las orientaciones y supervise su cumplimiento.

Falta de experiencia y capacitación en materia de prevención y control de las infecciones en los cuidados de larga duración y las consiguientes dificultades de aplicación

En muchos países, la formación y los sistemas de prevención y control de las infecciones de que disponen los proveedores de cuidados de larga duración son deficientes, por lo que muchos no están familiarizados con la materia ni con el uso correcto del EPP.

Esta dificultad se acusa en particular en los centros de atención de larga estancia que recurren con frecuencia a la contratación de personal temporal o por agencias. Aun cuando se dispone de orientaciones y formación, la aplicación de algunas de las medidas puede ser difícil, ya que la atención asistencial personal debe prestarse en contacto estrecho. Los países que han luchado para contener las infecciones en los centros de atención de larga estancia han notificado la falta de disponibilidad de pruebas y EPP, la escasez de personal, las dificultades para poner en práctica el distanciamiento físico (dado el diseño de los centros de atención de larga estancia tradicionales) y la falta de instalaciones alternativas de aislamiento.

En las orientaciones de distintos países se ha señalado la importancia de aislar a los residentes que presentan síntomas relacionados con la COVID-19, así como a los que han estado en contacto con personas con una infección confirmada o sospechosa. En algunos países los residentes de los centros de atención de larga estancia viven en habitaciones individuales con su propio baño, pero en otros no se dan estas condiciones. La estructura específica de los edificios en que se instalan esos centros

también puede plantear dificultades para establecer zonas de cuarentena efectivas. Los directores de los centros de atención de larga estancia deben recibir apoyo a fin de evaluar la capacidad de dichos centros para instaurar políticas de aislamiento eficaces y proporcionar espacios de cuarentena adicionales en caso de que las características de los centros impidan aplicar estrategias de aislamiento eficaces.

En fecha reciente, los países que padecieron el síndrome respiratorio agudo severo y el síndrome respiratorio de Oriente Medio fortalecieron sus sistemas de prevención y control de las infecciones en los centros de atención de larga estancia y en los servicios de atención comunitaria y tendieron a transferir sistemáticamente a las instalaciones de aislamiento a las personas con casos sospechosos o confirmados de COVID-19, lo cual parece haber sido eficaz para controlar los brotes (63). Sin embargo, aún no se dispone de pruebas que confirmen los efectos de estas medidas sobre el bienestar físico y mental de los residentes.

En algunos países hay muchos centros de atención de larga estancia sin registrar y, en consecuencia, no regulados. Es fundamental prestar apoyo a esos centros para asegurarse de que puedan mantener sanos a sus residentes (53).

De un modo similar, los servicios de atención comunitaria están sujetos al control reglamentario directo con menor frecuencia que los centros de atención institucionales, e incluso existen menos sistemas de información y vigilancia bien desarrollados que permitan reunir información oportuna sobre cómo afecta la pandemia, directa o indirectamente, a las personas que dependen de la atención comunitaria. Los proveedores de atención domiciliaria generalmente visitan a las personas con necesidades de atención en sus propios hogares. Esto significa que los profesionales sanitarios deben desplazarse de un hogar a otro y suelen visitar a múltiples personas con necesidades de atención. Existen pruebas de que las familias han dejado de utilizar la asistencia domiciliaria para reducir el riesgo de infección de las personas con necesidades de atención; no obstante, esto puede dar pie a otros riesgos (77, 81).

Repercusiones en el contexto de la COVID-19

- ➔ Falta de mecanismos para asegurar el cumplimiento de las orientaciones sobre prevención y control de las infecciones y vigilar y evaluar su aplicación.
- ➔ Falta de formación del personal que presta cuidados de larga duración sobre las medidas de prevención y control de las infecciones.
- ➔ La elevada rotación del personal dificulta la continuidad en la atención y la coherencia en la aplicación de las medidas de prevención y control de las infecciones.
- ➔ El distanciamiento físico es difícil de mantener en los servicios de cuidados de larga duración.
- ➔ El personal sanitario no puede acceder adecuadamente a la información sobre la contención de la transmisión en el contexto de la COVID-19.

2.6.2 Medidas clave

Relativas al conjunto del sector

- Establecer un órgano de coordinación que elabore, adapte y actualice las orientaciones y los protocolos sobre la prevención y el control de las infecciones durante la pandemia de COVID-19 para los cuidados de larga duración, a partir de los datos probatorios más fiables de que se disponga (87, 88, 92, 93).
- Velar por la aplicación de las orientaciones en materia de prevención y control de las infecciones en los servicios de cuidados de larga duración (para todos los establecimientos).
- Establecer un mecanismo para planificar medidas que protejan al personal y las personas que reciben cuidados de larga duración frente a la infección y la propagación de la COVID-19, así como para priorizar el apoyo a dichas medidas y vigilar su aplicación.
- Establecer el reconocimiento temprano, umbrales de vigilancia y estrategias de ampliación durante los brotes de COVID-19 en todos los servicios de atención y cuidado de larga duración.
- Estudiar cómo asegurarse de que los proveedores de cuidados de larga duración que puedan estar trabajando fuera del sistema (proveedores no regulados o ilegales) reciban apoyo para garantizar la seguridad de las personas que viven en sus centros o utilizan sus servicios.
- Asegurarse de que todas las personas involucradas en la prestación directa de cuidados (personal sanitario y cuidadores del entorno familiar), en centros de atención de larga estancia o en servicios de atención domiciliaria, tengan acceso a

capacitación sobre la prevención y el control de las infecciones (incluidos el uso de EPP, la higiene de las manos, el lavado y la desinfección de entornos y la gestión de los desechos). Esto debería hacerse con independencia de su función, y en particular para los que tienen contacto directo con personas mayores que presentan afecciones previas (93).

- Estudiar la posible elaboración y difusión de procedimientos operativos normalizados que orienten sobre cómo y cuándo hay que aislar rápidamente a las personas que reciben los servicios de cuidados de larga duración, de conformidad con las orientaciones más recientes sobre la COVID-19.
- Poner en práctica las medidas ampliadas de prevención y control de las infecciones para las personas que hayan recibido el alta hospitalaria, idealmente, en función de un protocolo de pruebas acordado que permita determinar las necesidades individuales de aislamiento y de EPP.
- Convertir todas las estrategias de procedimientos operativos normalizados en sistemas de derivación claros que estén disponibles para todo el personal que presta servicios de cuidados de larga duración.

Relativas a los centros de atención de larga estancia

- Garantizar la aplicación de las orientaciones en materia de prevención y control de las infecciones en los centros de atención de larga estancia, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre prevención y control de las infecciones para dichos centros en el contexto de la COVID-19 (92).
- Poner en práctica controles administrativos, incluida la vigilancia sindrómica de todo el personal y los visitantes en la entrada de los establecimientos.
- Asegurarse de que el personal de los centros de atención de larga estancia goza de unas condiciones y modalidades de trabajo que reduzcan al mínimo sus desplazamientos entre dichos centros y las personas que reciben los servicios de cuidados de larga duración, y de que las prestaciones en caso de enfermedad les permitan quedarse en casa cuando estén enfermos.
- Velar por que los centros de atención de larga estancia tengan acceso a los recursos necesarios para aplicar las medidas de prevención y control de las infecciones (como el EPP, el gel hidroalcohólico y el desinfectante de manos).
- Elaborar los protocolos y orientaciones necesarios sobre prevención y control de las infecciones y asegurarse de que estén a disposición de los visitantes y claramente visibles en formatos fáciles de entender (94).
- Preparar orientaciones para el personal y velar por la aplicación de los protocolos sobre prevención y control de las infecciones, y asegurarse de que se faciliten recursos didácticos a lo largo de la formación continua.
- Asegurarse de que los centros de atención de larga estancia dispongan una persona que coordine la prevención y control de las infecciones para dirigir y organizar las actividades, en principio, con el apoyo de un equipo de prevención y control de las infecciones con responsabilidades delegadas y el asesoramiento de un comité multidisciplinario.

Relativas a la atención comunitaria y los cuidadores

- Reforzar la formación y el apoyo a la adopción de decisiones del personal que presta cuidados de larga duración en la comunidad, incluidos los cuidadores del entorno familiar, para gestionar de forma eficaz la COVID-19 teniendo en cuenta las limitaciones a las que pueden enfrentarse, en especial las relacionadas con el género (87, 88).

Ejemplos de países

En **Jamaica** se creó un programa de empleo temporal para la limpieza periódica de los centros de atención de larga estancia de titularidad pública y, en dichos centros, se reservaron espacios para aislar a los residentes que presentaban síntomas. Además, una iniciativa multisectorial entre múltiples organismos estatales y privados facilitó la desinfección a fondo de esos centros (79).

Entre las medidas de prevención adoptadas en los centros de atención de larga estancia de **Indonesia** figuran el intercambio de conocimientos entre los cuidadores y los residentes sobre los principios de higiene, la desinfección y la ventilación periódicas y la práctica de abstenerse de compartir el equipo médico personal. Los centros de cuidados institucionales han establecido un sistema de registro y no permiten la entrada de visitantes con síntomas de COVID-19 (95).

En una región de **China**, en 2004, tras la epidemia del síndrome respiratorio agudo severo, las autoridades regionales publicaron las primeras orientaciones sobre la prevención de enfermedades transmisibles para personas mayores ingresadas en centros de cuidados institucionales. Asimismo, pidieron a todos los gestores de centros de atención de larga estancia que designaran a una persona responsable del control de infecciones para coordinar y aplicar medidas de control en dichos centros, con arreglo a las mencionadas orientaciones (65).

En **Alemania**, el Instituto Robert Koch recomienda que el personal de atención domiciliaria utilice mascarillas cuando preste cuidados y controle periódicamente su salud. Si la persona atendida presenta síntomas relacionados con la COVID-19, el personal debe disponer de equipo de protección adicional (96).

En los **Países Bajos**, algunos proveedores de atención domiciliaria han organizado «equipos Corona» especiales que atienden a las personas con COVID-19, mientras que otros equipos prestan cuidados a personas no infectadas (80).

2.7 Dar prioridad a las pruebas, al rastreo de contactos y al control de la propagación de la COVID-19 entre las personas que reciben y prestan servicios de cuidados de larga duración

2.7.1 El desafío

La capacidad de realizar pruebas en muchos países estuvo limitada porque se otorgó prioridad a los servicios hospitalarios

Muchos países sufrieron limitaciones en la capacidad para realizar pruebas, ya que inicialmente se dio prioridad a los hospitales, lo que causó dificultades a los proveedores de servicios residenciales y comunitarios de larga estancia para detectar a las personas que tenían COVID-19. Cada vez es más evidente que dicho enfoque acarreó graves consecuencias, habida cuenta de las elevadas tasas de personas presintomáticas o asintomáticas que tienen la COVID-19 y podrían estar transmitiendo la infección.

El rastreo eficaz de contactos en los centros de atención de larga estancia requiere la coordinación y colaboración entre los proveedores de cuidados de larga duración y las autoridades sanitarias pertinentes

Para que en los centros de atención de larga estancia las pruebas, el rastreo y la vigilancia de la COVID-19 resulten eficaces es necesario que los proveedores de cuidados de larga duración y las autoridades sanitarias pertinentes se coordinen y colaboren entre sí. No obstante, debido a las dificultades de gobernanza, en las fases iniciales de la respuesta esa coordinación fue difícil. En la actualidad, un creciente número de países está incluyendo el rastreo de contactos en las orientaciones para el sector de los cuidados de larga duración y está diseñando aplicaciones móviles y otros sistemas para facilitar el rastreo de contactos.

Falta de vigilancia sistemática del estado de salud de las personas que reciben y prestan cuidados

La vigilancia sistemática ayuda al personal sanitario a detectar cambios en el estado de salud de las personas, incluido el desarrollo de síntomas atípicos (13), así como a responder más rápidamente si una persona con necesidades de atención o un miembro del personal presentan síntomas de la COVID-19.

Repercusiones en el contexto de la COVID-19

- ➔ Los centros de atención de larga estancia han pasado a ser el eslabón más débil en las pruebas, el rastreo y la vigilancia prioritarios de la COVID-19.
- ➔ Las elevadas tasas de personas asintomáticas que tienen la COVID-19 han dificultado el reconocimiento temprano y la aplicación de las debidas medidas subsiguientes.

2.7.2 Medidas clave

Relativas al conjunto del sector

- Asegurarse de que los datos resultantes de las pruebas se agreguen y compartan con los organismos de salud pública locales y nacionales a fin de poder gestionar la pandemia a nivel de la población e individual.
- Asegurar el rastreo y aislamiento de contactos a partir de las normativas nacionales, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre el rastreo de los contactos en el contexto de la COVID-19 (36, 97).
- Realizar el seguimiento de todos los conglomerados de casos y de todas las muertes de personas ingresadas en centros de atención de larga estancia o de las que reciben servicios de atención domiciliaria.
- No basarse tan solo en los síntomas, en particular los síntomas habituales de tos y fiebre, para detectar la COVID-19, y asegurarse de que el personal esté capacitado para identificar otros síntomas atípicos, sobre todo en las personas mayores (36).
- Velar por el control de la salud de las personas que reciben y prestan cuidados de larga duración, a fin de poder detectar rápidamente la presencia de síntomas (incluidos los atípicos).

Relativas a los centros de atención de larga estancia

- En las zonas con transmisión comunitaria en curso o probable, para instaurar políticas de aislamiento es fundamental someter a pruebas rigurosas tanto a los residentes (incluidos los nuevos ingresos) como al personal y realizar el rastreo de los contactos estrechos.

Relativas a los servicios basados en la comunidad

- Asegurarse de que las personas que prestan y reciben cuidados en la comunidad, así como los miembros de sus hogares, tengan acceso a las pruebas y al rastreo de los contactos y que reciban asistencia si tienen que aislarse (87, 88).
- Incluir a los familiares que conviven con personas con necesidades de atención en la vigilancia de síntomas.

Ejemplos de países

En **Dinamarca**, los residentes sintomáticos y asintomáticos y el personal de los centros de atención de larga estancia tienen acceso a las pruebas en los hospitales regionales (desde el 12 de mayo de 2020). Incluso antes de esa fecha, si en un centro institucional de atención de larga estancia se producía un brote, se administraba la prueba a todos ellos. Cuando un residente presenta síntomas, se somete a la prueba a todos los residentes y a todo el personal en un plazo de 24 horas y la prueba se repite siete días después. Si un miembro del personal da positivo, también se hace la prueba a todos los residentes de su zona (98).

En los **Países Bajos**, todos los cuidadores del entorno familiar que presentan síntomas de la COVID-19 pueden someterse a la prueba (desde el 18 de mayo de 2020). Además, a partir del 19 de mayo de 2020, pueden acceder gratuitamente a un EPP si se ocupan de personas vulnerables (personas a partir de 70 años con enfermedades crónicas) que tienen síntomas de la COVID-19 y cuando se requiere atención asistencial personal (a menos de 1,5 metros de distancia) (80).

En **Malasia**, se han realizado las pruebas de COVID-19 en todos los centros de atención de larga estancia registrados y sin registrar (99).

En la **Unión Europea**, las directrices del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades recomiendan aplicar estrategias para las pruebas de detección que establecen distinciones entre «áreas locales afectadas» (pruebas aleatorias de internos y personal) y «áreas no afectadas». Las áreas afectadas son las que presentan transmisión comunitaria persistente confirmada o probable (73).

2.8 Apoyar a los cuidadores voluntarios o del entorno familiar

2.8.1 El desafío

Los cuidadores del entorno familiar asumen una parte importante de la atención, pero el apoyo como los servicios de relevo, la capacitación o los planes de licencias para la atención siguen siendo limitados y no remunerados

En todos los países, una parte importante de los cuidados de larga duración está a cargo de los familiares, que se ocupan de los cuidados directamente y también coordinan y complementan los servicios oficiales. En los países en los que no existen servicios oficiales de cuidados de larga duración establecidos, los familiares se encargan de la práctica totalidad de la atención a los enfermos crónicos. Los cuidadores no suelen tener acceso a ninguna capacitación para desempeñar sus tareas.

En algunos países se reconocen las consecuencias que tiene prestar ese tipo de cuidados y se ofrece apoyo, por ejemplo, en forma de licencias remuneradas para la prestación de cuidados, arreglos de trabajo flexibles, asistencia de relevo, capacitación e intervenciones psicológicas, así como subsidios en efectivo para mitigar las repercusiones negativas de estos servicios (29). No obstante, el acceso a esas estructuras de apoyo sigue siendo limitado en la mayoría de los países y los cuidadores tradicionalmente prestan asistencia sin compensación, capacitación o ayuda (1). Si bien se reconoce cada vez más la importante contribución de los cuidadores, las estructuras de apoyo disponibles y la asistencia financiera ya eran limitados antes de la pandemia de COVID-19 (100).

La prestación de cuidados de gran intensidad se asocia, en general, con menores ingresos y, en última instancia, con mayores tasas de pobreza, así como con una salud mental deficiente

Las mujeres proporcionan la mayor parte de estos cuidados (el 61%), aunque la proporción de hombres cuidadores aumenta con la edad (74). También hay muchos cuidadores jóvenes (incluidos niños) y mayores que se ocupan de los miembros de la familia con necesidades de cuidados de larga duración. La prestación de cuidados de gran intensidad se asocia, en general, con una menor vinculación al mercado laboral (para aquellos que se encuentran en edad laboral), ingresos más bajos y, en última instancia, con tasas de pobreza más elevadas (101). Además, al tener menos ingresos y no haber cotizado al sistema de pensiones, se agrava el riesgo de vulnerabilidad y pobreza en la vejez. Los cuidadores también tienen una mayor prevalencia de problemas de salud mental (101).

La pandemia de COVID-19 ha hecho que algunos cuidadores hayan tenido que adaptarse o dejar sus trabajos para proporcionar cuidados o para evitar exponer a la persona de quien se ocupan al riesgo de una infección por COVID-19. Es posible que las oportunidades laborales de los cuidadores que trabajan en la economía informal también se hayan reducido debido a las restricciones, lo que supone un riesgo para sus ingresos. Asimismo, los cuidadores necesitan apoyo para hacer frente a las repercusiones financieras de la pandemia (102).

La interrupción de las modalidades de atención residencial ha supuesto ejercer una mayor responsabilidad para muchos cuidadores del entorno familiar sin poder contar, además, con las estructuras de apoyo habituales

La pandemia de COVID-19 ha causado el cierre de muchas instituciones de atención diurna y de relevo, incluidos los cuidados comunitarios o de corta duración, lo que ha volcado en muchos cuidadores responsabilidades adicionales, que deben desempeñar sin poder contar con sus estructuras de apoyo establecidas. Es importante comprender los problemas a los que se enfrentan los cuidadores durante esta pandemia y encontrar la mejor manera de apoyarlos (102).

Los cuidadores deben estar en condiciones de cubrir las necesidades de atención de la persona de que se ocupan, tener acceso a la información, a equipo de protección personal y a las pruebas, además recibir apoyo para elaborar planes de contingencia

En muchos países, el gobierno y las ONG han respondido a esta necesidad proporcionando documentos de orientación y recursos sobre las medidas de higiene para prevenir la infección y sobre cómo responder si la persona con necesidades de atención o los propios cuidadores presentan síntomas. Entre las cuestiones que se han planteado durante la pandemia figuran la necesidad de que los cuidadores tengan permiso para desplazarse debido a su responsabilidad en los cuidados (78, 79), el apoyo a los cuidadores para que tengan acceso a pruebas y al EPP (80) y la elaboración de planes de contingencia en caso de que no puedan seguir prestando los cuidados (77).

Cambios en las necesidades asistenciales y violencia o abuso hacia el cuidador

Muchos cuidadores se enfrentan a cambios en las necesidades de la persona de la que se ocupan (debido, por ejemplo, a una infección o a las consecuencias de las restricciones). Además, las alteraciones en la rutina pueden causar ansiedad y estrés en las personas que necesitan cuidados, lo que aumenta la presión sobre los cuidadores (29). La pandemia de COVID-19 ha sacado a la luz la violencia y el abuso doméstico (38). Es posible, además, que los familiares cuidadores sufran violencia y abusos en su relación con la persona de la que se ocupan y necesiten apoyo (103).

Repercusiones en el contexto de la COVID-19

- ➔ Muchos cuidadores tienen responsabilidades adicionales y no pueden contar con las estructuras de apoyo establecidas (como la atención diurna y la asistencia de relevo).
- ➔ Las medidas de distanciamiento físico en todos los países están teniendo repercusiones negativas en la salud de los cuidadores.
- ➔ Si bien se reconoce cada vez más la importante contribución de los cuidadores, la asistencia financiera sigue siendo limitada.
- ➔ Los cuidadores tienen dificultades para conseguir los suministros necesarios, ya que no es fácil dejar sola a la persona de la que se ocupan.
- ➔ El acceso al EPP y a las pruebas ha sido en gran parte inexistente para los cuidadores del entorno familiar y voluntarios.
- ➔ El aislamiento prolongado, la responsabilidad del cuidado sin interrupciones, la preocupación por la persona que necesita cuidados, la inquietud por los cuidados de contingencia en caso de que el cuidador no pudiera hacerse cargo, así como la violencia o el abuso contra ellos, tienen consecuencias sobre la salud mental de los cuidadores.

2.8.2 Medidas clave

Relativas al conjunto del sector

- Incluir al principal cuidador en los registros de salud y de cuidados de larga duración para que se le reconozca como una importante fuente de información y apoyo.

Relativas a los centros de atención de larga estancia

- Permitir que los familiares encargados de prestar apoyo psicológico y práctico a las personas que viven en centros de atención de larga estancia continúen desempeñando esas funciones mediante medidas de apoyo que garanticen la seguridad de los cuidadores.

Relativas a los cuidadores

- Proporcionar información, capacitación, apoyo y, de ser posible, asistencia de relevo, a nivel nacional a los cuidadores, en particular a los que se ocupan de personas mayores que viven con demencia, incluida información sobre cómo gestionar el aumento de las responsabilidades de cuidado y el estrés. Estudiar la posibilidad de establecer una línea telefónica de ayuda o un portal en línea para ofrecer asesoramiento, información y apoyo (104).
- Plantearse llevar a cabo una evaluación para supervisar las necesidades de los cuidadores del entorno familiar.
- Elaborar orientaciones claras para que los cuidadores del entorno familiar sepan cuándo y cómo deben autoaislarse.
- Aumentar la vigilancia y el seguimiento de la violencia doméstica y el apoyo a los cuidadores del entorno familiar.
- Asegurar el acceso al EPP (sin que los cuidadores del entorno familiar deban asumir el elevado costo) y a los equipos y medicamentos.
- Investigar nuevas formas de prestar servicios de apoyo a los cuidadores a través de la tecnología, y apoyarlos para que accedan a las tecnologías pertinentes.
- Introducir o ampliar la asistencia financiera y psicosocial para las personas que se ocupan de un familiar.
- Proporcionar apoyo para el duelo y asegurar una comunicación atenta sobre la toma de decisiones con la familia.

Ejemplos de países

En el **Brasil**, las ONG (como la Sociedad Brasileña de Geriátrica y Gerontología y la Asociación Brasileña de Alzheimer) han publicado documentos técnicos y educativos de orientación para los cuidadores. FioCruz y otras organizaciones han preparado un folleto para educar a los cuidadores de personas mayores sobre las medidas de prevención y protección frente a la COVID-19. El Ministerio de la Mujer, la Familia y los Derechos Humanos también dispone de un sitio web para proporcionar información a las personas con enfermedades y discapacidades poco frecuentes y a sus cuidadores. El Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud han colaborado para realizar una campaña de vídeo destinada a apoyar la salud mental de las personas en el Brasil que luchan contra los sentimientos de aislamiento, soledad y angustia. Las ONG, como la Asociación de Alzheimer, proporcionan líneas telefónicas de ayuda y foros en línea. Otros grupos han organizado actividades psicosociales (105).

En la **India**, en las orientaciones publicadas por el Ministerio de Justicia Social y Empoderamiento el 27 de marzo de 2020 se reconoció la importancia de que los cuidadores puedan acudir a atender a las personas de las que se ocupan. Se recomendó que se expidieran a los cuidadores pases que les permitieran viajar durante el periodo de restricción de los desplazamientos. Además, algunas ONG (como la Sociedad de Alzheimer y Trastornos Conexos de la India, Nightingales Medical Trust y Silver Innings) y los servicios especializados (el Instituto Nacional de Salud Mental y Neurociencias y la Clínica de Trastornos Cognitivos) ofrecen información y recursos para los cuidadores de personas que viven con demencia. El Nightingales Medical Trust ofrece la aplicación DemKconnect, donde se ofrece asesoramiento experto a los cuidadores. El Ministerio de Salud y Bienestar Familiar ofrece una línea de ayuda psicosocial y sobre los comportamientos. Además, en su sitio web se ofrecen vídeos (por ejemplo, sobre meditación y yoga) para la gestión del estrés y consejos de salud mental para diferentes grupos de edad (78).

En **Irlanda**, el Centro de Información y Desarrollo de Servicios para la Demencia ha proporcionado recursos para los cuidadores, incluidas propuestas de actividades para mitigar los efectos del aislamiento social en las personas que viven con demencia. La Sociedad de Alzheimer de Irlanda también ofrece recursos pertinentes de apoyo e información. Se ha mantenido el pago de las prestaciones en función de la renta para los cuidadores durante la pandemia de COVID-19. Además, los cuidadores que trabajan y reciben prestaciones por cuidados y que han perdido su empleo debido a la pandemia también pueden acceder a las nuevas prestaciones de desempleo por pandemia, que ascienden a 350 euros. De manera análoga, Family Carers Ireland ha elaborado orientaciones para la preparación de un plan de contingencia para los cuidadores (77).

En **Alemania**, se ha duplicado (de 10 a 20 días) el periodo para recibir el subsidio de cuidados de larga duración (Pflegeunterstützungsgeld) si surge una emergencia y es necesario prestar cuidados a algún miembro de la familia u organizar los cuidados como consecuencia de la pandemia de COVID-19 (hasta el 30 de septiembre de 2020). También se ha ampliado a 20 días el derecho a ausentarse del trabajo para responder a una situación grave en la que se necesite prestar cuidados. Las personas que suelen recibir servicios en especie que no estaban disponibles durante la pandemia de COVID-19 (como los centros diurnos) pueden acceder al reembolso para financiar una modalidad de cuidados alternativa (96).

2.9 Dar prioridad al bienestar psicológico de las personas que reciben y proporcionan servicios de cuidados de larga duración

2.9.1 El desafío

Muchas personas con necesidades de atención acusan los cambios en sus rutinas, así como los periodos prolongados de aislamiento

Muchas personas, en particular los adultos mayores, con necesidades de cuidados de larga duración han estado aisladas en residencias o centros durante muchas semanas, lo que ha reducido el contacto social y ha alterado y modificado las rutinas. Algunas personas con necesidades de cuidados de larga duración, como las personas que viven con demencia, experimentan, asimismo, cambios en su estado físico y cognitivo. Los cambios rápidos en su rutina también pueden aumentar su vulnerabilidad a condiciones preexistentes (84, 104).

Concretamente, en los centros de atención de larga estancia, los residentes han tenido dificultades por no poder socializar con sus compañeros de residencia ni recibir visitas de sus familiares y amigos. Las familias también están muy angustiadas por no poder visitar y supervisar el cuidado de los residentes.

Los centros de atención de larga estancia han reconocido la importancia de apoyar a los residentes con contactos sociales y han introducido soluciones innovadoras, como herramientas técnicas que permiten el contacto virtual con sus familias y amigos.

Fuerte aumento en el riesgo de violencia contra las personas mayores

La violencia contra las personas mayores, que ya están soportando la peor parte de esta pandemia, ha aumentado considerablemente desde el comienzo de la pandemia de COVID-19 y con el establecimiento de medidas restrictivas de confinamiento. La violencia se está produciendo en los hogares, en instituciones como los centros de atención de larga estancia y en línea, con un aumento de las estafas dirigidas a las personas mayores (106).

Los profesionales de los cuidados de larga duración han vivido bajo una presión considerable con efectos para la salud mental durante la pandemia de COVID-19

Los trabajadores (remunerados) de los cuidados de larga duración han estado sometidos a una presión continua para prestar asistencia a los grupos vulnerables durante la pandemia de COVID-19 y han trabajado con ahínco para evitar que las personas de las que se ocupan se contagien. Muchos han vivido situaciones traumáticas y múltiples pérdidas. Esto acarrea una presión considerable sobre su salud mental. En los Países Bajos, una encuesta de la Asociación de Enfermeras Holandesas (V&VN) reveló que el 69% de los cuidadores de la comunidad han sentido una mayor presión sobre su salud mental durante la pandemia de COVID-19. De los 3325 encuestados, el 28% informó de que su empleador no prestaba ningún apoyo en materia de salud mental (80). Faltan en gran medida intervenciones específicas en pos del bienestar de los cuidadores.

Algunos países han reconocido el costo que la situación de la COVID-19 se ha cobrado en términos de salud mental en los centros de atención de larga estancia y han puesto en marcha intervenciones en apoyo de la salud mental del personal. En el Reino Unido se han puesto en marcha servicios de apoyo para mejorar el bienestar de los trabajadores de la salud.

Los cuidadores migrantes, en particular los que se desplazan a diario de un país a otro, pueden haberse enfrentado a la imposibilidad de regresar a sus hogares después de sus turnos o de acudir al lugar de trabajo (y, por lo tanto, de recibir una remuneración), ya que los países cerraron las fronteras, lo que provocó dificultades considerables (76, 107).

Los cuidadores voluntarios y del entorno familiar asumen una gran responsabilidad en el cuidado y sufren aislamiento, al tiempo que se suspenden prácticamente todos los servicios de apoyo habituales

Muchos cuidadores del entorno familiar se aíslan con la persona que cuidan para protegerlos de una infección por COVID-19. Esto hace que se sientan desconectados de sus conocidos y parientes. Además, sus estructuras de apoyo habituales (como los centros diurnos, la atención domiciliaria, otros cuidadores de la familia y los grupos de apoyo a los cuidadores) se han limitado o suspendido, lo que hace que se queden sin esos importantes contactos sociales y sin fuentes de apoyo práctico.

En algunos países se han establecido líneas telefónicas de ayuda, asesoramiento virtual y grupos de apoyo a los cuidadores para mejorar su bienestar psicosocial durante la pandemia de COVID-19.

Repercusiones en el contexto de la COVID-19

- ➔ La salud mental del personal de los centros de atención de larga estancia, de los cuidadores del entorno familiar y los voluntarios y de las personas que necesitan cuidados asistenciales ha sufrido un impacto significativo.
- ➔ Muchos residentes de los centros de larga estancia han tenido dificultades por no poder socializar con sus compañeros de residencia, participar en sus actividades sociales habituales ni recibir visitas de sus familiares y amigos.
- ➔ Las intervenciones específicas para mejorar el bienestar de las personas que proporcionan y reciben cuidados son, en gran medida, inexistentes.

2.9.2 Medidas clave

Relativas al conjunto del sector

- Establecer un grupo de trabajo intersectorial para vigilar el estrés y el agotamiento del personal de los cuidados de larga duración, y evaluar y aplicar estrategias para prestarles apoyo en materia de salud mental y psicosocial.
- Establecer una línea de ayuda para brindar servicios de salud mental y apoyo psicológico a todo aquel que lo solicite.
- Plantearse proporcionar orientación sobre la capacitación del personal y los voluntarios que prestan cuidados para mejorar las aptitudes de comunicación en torno a temas delicados como las decisiones relativas a la etapa final de la vida, la muerte, la agonía y el duelo.
- Alentar a los proveedores de cuidados de larga duración a que utilicen herramientas de detección, a que revisen los procedimientos de dotación de personal (como los horarios flexibles y los descansos en el trabajo) para gestionar mejor la carga de los cuidados y a que traten de reducir el uso de sujeciones físicas.
- Velar por que se disponga de apoyo mental y emocional a cargo de profesionales y de las redes de cuidadores de familiares, mediante herramientas digitales cuando sea necesario, para ayudar tanto a las personas que brindan cuidados como a las que los reciben.
- Apoyar la vigilancia de la violencia contra las personas mayores.

Relativas a los centros de atención de larga estancia

- Establecer políticas claras de visitas que proporcionen un equilibrio entre las medidas de control y prevención de infecciones y la necesidad de que las personas mantengan su bienestar psicológico (permitir a los residentes recibir visitas y, al mismo tiempo, reducir al mínimo el riesgo de que la COVID-19 entre en los centros).
- Facilitar el contacto de los residentes con sus familiares y amigos por teléfono, por internet o mediante mensajes escritos si el acceso físico está restringido.
- Aumentar el número de voluntarios para facilitar la interacción social de los residentes aislados.

Relativas a los servicios basados en la comunidad

- Garantizar la accesibilidad y la ampliación de los recursos para los trabajadores migrantes de atención domiciliaria.
- Alentar y mejorar las estructuras de apoyo psicosocial para los cuidadores del entorno familiar.
- Plantearse introducir una capacitación en primeros auxilios de salud mental para los voluntarios y los miembros de la comunidad.

Ejemplos de países

En **Chile**, el Servicio Nacional del Adulto Mayor y la Sociedad de Geriátrica y Gerontología han publicado videos y gráficos para ayudar a las personas de edad y a los cuidadores del entorno familiar a hacer frente a la situación causada por la COVID-19. Entre el material se incluye información sobre el uso del EPP, el distanciamiento y las recomendaciones en materia de salud mental (108). También se proporcionan modelos para facilitar la organización del apoyo comunitario a las personas que necesitan ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (109).

En **México**, el Ministerio de Salud puso en marcha una campaña de apoyo a la salud mental, que incluye una evaluación rápida por teléfono, para proporcionar estrategias de apoyo y remitir a los usuarios a servicios de apoyo específicos. Parte de la estrategia incluye una campaña dirigida a los trabajadores de la salud (110).

En **Kenya**, algunas ONG han pasado a prestar apoyo virtual entre pares. No obstante, la mala conectividad en algunas zonas, el costo de la compra de paquetes de datos y el hartazgo de estar en línea dificultan las iniciativas de apoyo a los cuidadores del entorno familiar. El Ministerio de Trabajo y Protección Social publicó orientaciones para los centros de atención de larga estancia, en las que se establece explícitamente que el personal debe velar por que los residentes puedan mantener una comunicación de forma habitual (mediante llamadas de móvil o charlas en línea) con sus familias y redes sociales, además de promover el bienestar de los residentes mediante rutinas estables que se alteren lo menos posible (111).

En **Malasia**, el personal de los centros diurnos sigue atendiendo a las personas de las que se ocupan mediante videoconferencias, además de compartir actividades y videos de ejercicios (99).

En el **Reino Unido**, el Grupo de Trabajo de Respuesta al Trauma de la COVID-19 ha elaborado orientaciones para los administradores y planificadores de servicios que se ocupan del cuidado del personal de los centros de atención de larga estancia que puedan haber sufrido un trauma (112).

2.10 Asegurar una transición sin contratiempos a la fase de recuperación

2.10.1 El desafío

Pérdida de la confianza general en los centros de atención de larga estancia

La pandemia de COVID-19 ha afectado desproporcionadamente a las personas que viven en centros de atención de larga estancia y la proporción de muertes en esos centros parece aumentar con el número de personas afectadas en la sociedad. Esto sugiere que mientras haya una transmisión generalizada de COVID-19 a escala local, los centros de atención de larga estancia corren un alto riesgo de infección y de registrar un elevado número de muertes.

En muchos países preocupa la pérdida de confianza de la población en los centros de atención de larga estancia y las posibles repercusiones negativas que podría tener si las personas para las que sería beneficioso vivir en uno de estos centros no lo hicieran por miedo. Las consecuencias negativas podrían afectar a esas personas, a sus familias y también a la viabilidad financiera de los proveedores de servicios de atención de larga duración.

Restricciones de movimiento y otras medidas de protección en los centros de atención de larga estancia

Una de las primeras medidas adoptadas en prácticamente todos los países ha sido la restricción de las visitas a los centros de atención de larga estancia. Si bien esta medida es relativamente fácil de aplicar, cada vez es más evidente que tiene una enorme repercusión en el bienestar tanto de los residentes de los centros como de sus familias, y que, en particular cuando el residente tiene demencia, la falta de comprensión del motivo por el que se han interrumpido las visitas puede generar una angustia adicional. También se ha expresado preocupación porque muchos familiares prestan cuidados en sus visitas habituales (a veces diarias) y, si no se les permite acudir en un momento en que el personal de los centros es posible que ya esté sobrecargado debido a la mayor complejidad de los cuidados y a la menor proporción de personal, los problemas de dotación de personal pueden agravarse.

Dificultades para supervisar la calidad de los servicios en los centros de atención de larga estancia

Otro motivo de preocupación es que las visitas de los familiares se han interrumpido en un momento en que muchos países han suspendido las inspecciones. Es posible que las familias se preocupen por la calidad de la atención que reciben los residentes y que sus temores sean mayores si no se les permite visitarlos. Cada vez es más evidente que garantizar las visitas en condiciones de seguridad es un paso clave para restablecer la confianza en los centros de atención de larga estancia.

Repercusiones en el contexto de la COVID-19

- ➔ Falta de estrategia de salida de las medidas restrictivas aplicadas en los centros de atención de larga estancia.
- ➔ Falta de supervisión de la calidad de la atención en los centros cuando se aplican restricciones de movimiento.

2.10.2 Medidas clave

Relativas a los centros de atención de larga estancia

- Poner a disposición mecanismos de vigilancia para controlar la calidad de la atención en los centros mientras estén vigentes las medidas sociales y de salud pública.
- Facilitar orientaciones sobre los umbrales para introducir o eliminar gradualmente el aislamiento de los residentes y relajar la restricción de las visitas.
- Establecer criterios claros sobre el momento y el modo de traslado de los residentes de los centros de atención de larga estancia a los hospitales para proteger tanto al personal como al resto de los residentes.
- Velar por que se tengan en cuenta las necesidades de los residentes en la prestación de servicios de salud agudos, primarios y comunitarios y por que se restablezcan lo antes posible los niveles de apoyo anteriores a la COVID-19 que prestaban los servicios de atención primaria de salud y de enfermería comunitaria.

Relativas a los servicios basados en la comunidad

- Asegurarse de que se elaboren protocolos para que las personas que reciben atención comunitaria (por ejemplo, en centros diurnos) puedan volver a acceder a esos servicios.

Ejemplos de países

En **Malta**, los servicios de los centros diurnos se retomaron por turnos el 1 de junio de 2020. Se dio prioridad a las personas con necesidades de atención que no recibían servicios. Se establecieron estrictos procedimientos de higiene y medidas de distanciamiento. Por ejemplo, el personal y las personas con necesidades de atención guardan un par de zapatos en el centro y se cambian al salir. Las personas que necesitan cuidados tienen que usar mascarilla y visor mientras están en el centro. El personal también utiliza visores durante la jornada laboral. Además, se controla la temperatura de las personas que reciben y proporcionan cuidados (58).

En **Dinamarca**, se siguió permitiendo visitar a los residentes que recibían cuidados paliativos, siempre en cumplimiento de los protocolos de higiene. Desde el 24 de abril de 2020, los residentes de los centros de atención de larga estancia pueden recibir visitas en las zonas al aire libre (98).

En **Alemania**, la restricción de las visitas comenzó a flexibilizarse de nuevo en mayo de 2020. Si bien las normas específicas sobre el número de personas y la frecuencia y la duración de las visitas varían entre los estados federales, todos los estados exigen que los centros de atención de larga estancia apliquen medidas claras de prevención de infecciones. Además, los visitantes tienen que registrarse para poder localizarlos si fuera necesario para el rastreo de contactos (96).

2.11 Adoptar medidas para transformar los sistemas de salud y de cuidados de larga duración a fin de integrarlos adecuadamente y garantizar una gobernanza continua y eficaz de los servicios de cuidados de larga duración

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la fragmentación de los servicios de cuidados de larga duración dentro de los sistemas de salud. Esta fragmentación, junto con las debilidades inherentes a la actual estructura de gobernanza general de los cuidados de larga duración, ha tenido consecuencias devastadoras para los centros de atención de larga estancia durante la pandemia de COVID-19.

Es urgente transformar los sistemas de salud y de cuidados de larga duración para que estos se integren plenamente y se presten dentro del ciclo de continuidad asistencial tradicional: promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Cabe destacar que los cuidados asistenciales, definidos en el presente documento como la asistencia prestada para ayudar a una persona a realizar una tarea determinada a fin de mantener su capacidad funcional y preservar su independencia, se consideran un servicio esencial que contribuye a promover el envejecimiento en el lugar y a garantizar que una persona pueda seguir haciendo aquello que valora por sus motivos, incluso a pesar de una disminución significativa de su capacidad física y mental.

En la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud de la OMS, aprobados en 2016, se afirma que todos los países deben «desarrollar sistemas de prestación de cuidados de larga duración sostenibles y equitativos» (44). En el Decenio del Envejecimiento Saludable (2020-2030) también se hace hincapié en el acceso a los cuidados de larga duración para las personas mayores que los necesitan (113).

Si bien los cuidados de larga duración no son solo para las personas mayores y hay una diversa gama de usuarios, los fundamentos son los mismos: prestar servicios a quienes necesitan cuidados de larga duración a fin de asegurar una vida acorde con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y su dignidad humana.

Las siguientes medidas reflejan las lecciones que se están extrayendo de la pandemia de COVID-19 para lograr una atención de larga duración sostenible y equitativa para todos.

Medidas clave

- Adoptar leyes y establecer estrategias y marcos nacionales sobre los cuidados de larga duración.
- Fortalecer las relaciones entre los diferentes niveles de gobierno que participan en la atención sanitaria y de larga duración y desarrollar mecanismos concretos de coordinación vertical e intersectorial.
- Integrar la recopilación periódica de datos nacionales de los sistemas de salud y de cuidados de larga duración para permitir la evaluación y la supervisión del sistema en su conjunto.
- Garantizar mecanismos de financiación sostenibles y equitativos para los cuidados de larga duración que protejan a las personas de los costos catastróficos que estos implican.
- Establecer vías de atención integrada centradas en la persona que abarquen todo el ciclo de los servicios de salud y de cuidados de larga duración, a fin de que las personas con necesidades de este tipo puedan recibir una atención integral.

- Garantizar la formación continua y la mejora de las condiciones de trabajo del personal que brinda cuidados de larga duración.
- Introducir y ampliar el apoyo financiero y en especie para los cuidadores voluntarios y del entorno familiar.
- Definir mecanismos para garantizar la calidad de los servicios en el sector de los cuidados de larga duración no regulados y reforzar los mecanismos de acreditación.
- Garantizar la supervisión por parte del sector de la salud de los centros de atención de larga estancia en preparación para futuras pandemias.
- Promover la investigación a partir de las lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19 para resolver las debilidades del sistema de salud y del sistema de cuidados de larga duración.

Referencias

1. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>).
2. El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2018 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_737394.pdf), consultado el 21 de junio de 2020.
3. *Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; 2020 (<https://www.oecd.org/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers-92c0ef68-en.htm>), consultado el 23 de junio 2020.
4. *Preventing and managing the COVID-19 pandemic across long-term care services in the WHO European Region: strengthening the health systems response to COVID-19*. Documento n.º 6 de las Orientaciones técnicas de trabajo. Oficina Regional de la OMS para Europa, 2020 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2020/strengthening-the-health-systems-response-to-covid-19-technical-guidance-6,-21-may-2020>), consultado el 21 de junio de 2020.
5. Salcher-Konrad M, Jhass A, Naci H, Tan M, El-Tawil Y, Comas-Herrera A. COVID-19 related mortality and spread of disease in long-term care: a living systematic review of emerging evidence. medRxiv. 2020. doi:10.1101/2020.06.09.20125237.
6. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Litwin C, Hsu AT, Lane N, Fernández J-L. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in LTCFs: early international evidence. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>), consultado el 21 de junio de 2020.
7. Lee SH, Son H, Peck KR. Can post-exposure prophylaxis for COVID-19 be considered as an outbreak response strategy in long-term care hospitals? *International Journal of Antimicrobial Agents*. Abril de 2020; 105988. doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.105988.
8. Shea Y-F, Lam HY, Yuen JKY, Cheng KCA, Chan TC, Mok WYW et al. Maintaining zero COVID-19 infection among long term care facility residents in Hong Kong. *Journal of the American Medical Directors Association*. Mayo de 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.042.
9. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society (AGS) policy brief: COVID-19 and assisted living facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*. Mayo de 2020; jgs.16510. doi:10.1111/jgs.16510.
10. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society policy brief: COVID-19 and nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020;68(5):908–11. doi:10.1111/jgs.16477.
11. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *New England Journal of Medicine*. 2020;382:2081–90. doi:10.1056/nejmoa2008457.
12. Osterdahl M, Lee K, Ni Lochlainn M, Wilson S, Douthwaite S, Horsfall R et al. Detecting SARS-CoV-2 at point of care: preliminary data comparing loop-mediated isothermal amplification (LAMP) to PCR. *SSRN Electronic Journal*. 2020. doi:10.2139/ssrn.3564906.
13. Graham NSN, Junghans C, Downes R, Sendall C, Lai H, McKirdy A et al. SARS-CoV-2 infection: clinical features and outcome of COVID-19 in United Kingdom nursing homes. *Journal of Infection*. 2020;5:38. doi:10.1016/j.jinf.2020.05.073.

14. Goldberg SA, Pu CT, Thompson RW, Mark E, Sequist TD, Grabowski DC. Asymptomatic spread of COVID-19 in 97 patients at a skilled nursing facility. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.040.
15. Guery R, Cécile D, Noëlle B, Nael V, Castain L, Raffi F et al. Limited effectiveness of systematic screening by nasopharyngeal RT-PCR of medicalized nursing home staff after a first case of COVID-19 in a resident. *Médecine et Maladies Infectieuses*. Mayo de 2020. doi:10.1016/j.medmal.2020.04.020.
16. Roxby AC, Greninger AL, Hatfield KM, Lynch JB, Dellit TH, James A et al. Detection of SARS-CoV-2 among residents and staff members of an independent and assisted living community for older adults: Seattle, Washington, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(14):416–8. doi:10.15585/mmwr.mm6914e2.
17. Grabenhorst U, Stiels-Prechtel R, Niemann M, Weckbecker K. COVID-19 in the nursing home: a case report. *MMW-Fortschritte der Medizin*. 2020;162(9):60–2. doi:10.1007/s15006-020-0481-0.
18. Dora A V, Winnett A, Jatt LP, Davar K, Watanabe M, Sohn L et al. Universal and serial laboratory testing for SARS-CoV-2 at a long-term care skilled nursing facility for veterans: Los Angeles, California, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(21):651–5. doi:10.15585/mmwr.mm6921e1.
19. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogojans S, Kay M, Schwartz NG et al. Epidemiology of Covid-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(21):2005–11. doi:10.1056/NEJMoa2005412.
20. *Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales*. Oficina Nacional de Estadística del Reino Unido; 2020 ([https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistereduptoandinclusing20april2020#:~:text=A%20total%20of%20131%20deaths,100%2C000%20females%20\(86%20deaths\)](https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistereduptoandinclusing20april2020#:~:text=A%20total%20of%20131%20deaths,100%2C000%20females%20(86%20deaths))), consultado el 21 de junio de 2020.
21. Khatri P, Seetharaman S, Phang CMJ, Lee BXA. Home hospice services during COVID-19: ensuring comfort in unsettling times in Singapore. *Journal of Palliative Medicine*. 2020;23(5):605–6. doi:10.1089/jpm.2020.0186.
22. Kim T. Improving preparedness for and response to coronavirus disease 19 (COVID-19) in long-term care hospitals in the Korea. *Infection and Chemotherapy*. Mayo de 2020.
23. Stall NM, Farquharson C, Fan-Lun C, Wiesenfeld L, Loftus CA, Kain D et al. A hospital partnership with a nursing home experiencing a COVID-19 outbreak: description of a multi-phase emergency response in Toronto, Canada. *Journal of the American Geriatrics Society*. Mayo de 2020. doi:10.1111/jgs.16625.
24. De Spiegeleer A, Bronselaer A, Teo JT, Byttebier G, De Tré G, Belmans L et al. The effects of ARBs, ACEIs and statins on clinical outcomes of COVID-19 infection among nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*. Junio de 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.06.018.
25. COVID-19. Sciensano (<https://epistat.wiv-isp.be/covid>), consultado el 21 de junio de 2020.
26. Fisman D, Lapointe-Shaw L, Bogoch I, McCready J, Tuite A. Failing our most vulnerable: COVID-19 and long-term care facilities in Ontario. medRxiv. doi:10.1101/2020.04.14.20065557.
27. Yanover C, Mizrahi B, Kalkstein N, Marcus K. What factors increase the risk of complications in SARS-CoV-2 positive patients? A cohort study in a nationwide Israeli health organization. medRxiv. 2020. doi:10.1101/2020.05.07.20091652.
28. Dawson WD, Ashcroft E, Lorenz-Dant K, Comas-Herrera A. Impact of the COVID-19 outbreak on community-based care services: a review of initial international policy responses. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://itccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/Community-Based-Care-Report-19-May.pdf>), consultado el 21 de junio de 2020.
29. Lorenz-Dant K. International examples of measures to support unpaid carers during the COVID-19 pandemic. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://itccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/International-measures-to-support-unpaid-carers-in-manage-the-COVID19-situation-20.05.20-complete-2.pdf>), consultado el 21 de junio de 2020.
30. COVID-19 supercharges existing inequalities faced by Glasgow's 150,000 disabled people. Glasgow Disability Alliance; 2020 (<http://gda.scot/our-community/news/2020/4/28/covid-19-supercharges-existing-inequalities-faced-by-glasgows-150-000-disabled-people>), consultado el 21 de junio de 2020.
31. *Noncommunicable diseases and COVID-19*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/teams/ncds/covid-19>), consultado el 21 de junio de 2020.
32. *Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/10665-332240>), consultado el 21 de junio de 2020.

33. Coronavirus: Spanish army finds care home residents «dead and abandoned». *BBC News*, 24 de marzo de 2020 (<https://www.bbc.co.uk/news/world-europe-52014023>), consultado el 21 de junio de 2020.
34. 31 Senioren in Kanada tot: Pfleger kamen aus Angst vor Corona nicht [31 ancianos fallecen en el Canadá: los cuidadores no acudieron por miedo al coronavirus]. *MSN*, 18 de abril de 2020 (<https://www.msn.com/de-at/news/other/31-senioren-in-kanada-tot-pfleger-kamen-aus-angst-vor-corona-nicht/ar-BB12QiDh#image=1>), consultado el 21 de junio de 2020.
35. Bauer A, Dixon J. The challenges of providing end-of-life support in LTCFs during the COVID-19 pandemic, and opportunities for the future: an international perspective. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/Challenges-of-providing-end-of-life-support-in-care-homes-during-the-COVID-19-pandemic-1.pdf>), consultado el 21 de junio de 2020.
36. Manejo clínico de la COVID-19: orientaciones provisionales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332638>), consultado el 21 de junio de 2020.
37. Women are well-represented in health and long-term care professions, but often in jobs with poor working conditions. En: *Gender equality*. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; 2019 (<https://www.oecd.org/gender/data/women-are-well-represented-in-health-and-long-term-care-professions-but-often-in-jobs-with-poor-working-conditions.htm>), consultado el 21 de junio de 2020.
38. COVID-19 y violencia contra la mujer. Lo que el sector y el sistema de salud pueden hacer. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2020 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52034>).
39. Shippee T, Akosionu O, Ng W, Woodhouse M, Duan Y, Thao M et al. COVID-19 pandemic: exacerbating racial/ethnic disparities in long-term services and supports. *Journal of Aging and Social Policy*. Junio de 2020. doi:10.1080/08959420.2020.1772004.
40. Long-term care for older people: a new global gender priority. Nueva York; ONU-Mujeres; 2017.
41. Policy brief: the impact of COVID-19 on older persons. Nueva York: Naciones Unidas; 2020.
42. Scheil-Adlung X. Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries. Documento n.º 50 de la Serie Extensión de la seguridad social. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2015.
43. Help wanted? Providing and paying for long-term care. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; 2011.
44. Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health: report by the Secretariat. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, abril de 2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf?ua=1), consultado el 21 de junio de 2020.
45. Accelerating global actions for a world without poverty: United Nations System-wide Plan of Action for the Third United Nations Decade for the Eradication of Poverty (2018–2027). Nueva York: Naciones Unidas; 2018 (<https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2020/03/SWAP-Poverty-Booklet-Digital-Feb27.pdf>), consultado el 21 de junio de 2020.
46. Barr N. Long-term care: a suitable case for social insurance. *Social Policy and Administration*. 2010;44(4):359–74. doi:10.1111/j.1467-9515.2010.00718.x.
47. Protective equipment being diverted from LTCFs to hospitals, say bosses. *The Guardian*, 30 de marzo de 2020 (<https://www.theguardian.com/world/2020/mar/30/protective-equipment-being-diverted-from-care-homes-to-hospitals-say-bosses>), consultado el 21 de junio de 2020.
48. Spasova S, Baeten R, Coster S, Ghailani D, Pena-Casas R, Vanhercke B. Challenges in long-term care in Europe: a study of national policies. Bruselas: Comisión Europea; 2018.
49. Zalakain J, Davey V, Suárez-González A. The COVID-19 on users of long-term care services in Spain. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCcovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>), consultado el 21 de junio de 2020.
50. Berloto S, Notarnicola E, Perobelli E, Rotolo A. Italy and the COVID-19 long-term care situation. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTC-COVID19-situation-in-Italy-30-April-2020.pdf>), consultado el 21 de junio de 2020.
51. King D, Zigante V. Quality assurance practices in long-term care in Europe: emerging evidence on care market management. Bruselas: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2020.
52. Lloyd-Sherlock P, Neto J, Comas-Herrera A, Redondo N. Re: Covid-19: why we need a national health and social care service. *BMJ*. 2020;369. doi:10.1136/bmj.m1465.
53. Lloyd-Sherlock P, Bastos J, Geffen L, Giacomini K, Redondo N, Sasat S et al. An emergency strategy for managing COVID-19 in LTCFs in LMICs: the CIAT Framework. 2020 (<https://www.corona-older.com/post/an-emergency->

- [strategy-for-managing-covid-19-in-care-homes-in-lmics-the-ciat-framework-version-1](#)), consultado el 21 de junio de 2020.
54. Country assessment framework for the integrated delivery of long-term care. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2019.
 55. COVID-19: Singapore to house nursing home staff in hotels to protect the elderly. *Channel News Asia*, 8 de mayo de 2020 (<https://www.facebook.com/ChannelNewsAsia/videos/1098221953890384/>), consultado el 21 de junio de 2020.
 56. Covid-19 testing completed for nursing home residents and staff; no new cases found apart from 5 earlier ones. *The Straits Times*, 31 de mayo de 2020 (<https://www.straitstimes.com/singapore/health/covid-19-testing-completed-for-all-nursing-home-residents-and-staff>), consultado el 21 de junio de 2020.
 57. Tsadok-Rosenbluth S, Leibner G, Hovav B, Horowitz G, Brammli-Greenberg S. The impact of COVID-19 on people using and providing long-term care in Israel. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Israel-4-May.pdf>), consultado el 21 de mayo de 2020.
 58. Fenech MA, Vella M, Calleja N. The COVID-19 long-term care situation in Malta and Gozo. International Long-Term Care Policy Network; 2020.
 59. Cès S, Coster S. Mapping long-term care quality assurance practices in the EU: summary report. Bruselas: Comisión Europea; 2019.
 60. Hashiguchi T, Llana-Nozal A. The effectiveness of social protection for long-term care in old age: is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs? Documentos de trabajo de la OCDE sobre salud. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; 2020 (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-effectiveness-of-social-protection-for-long-term-care-in-old-age_2592f06e-en), consultado el 21 de junio de 2020.
 61. Van Houtven CH, Boucher NA, Dawson WD. The impact of COVID-19 outbreak on long term care in the United States. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/USA-LTC-COVID-situation-report-24-April-2020.pdf>), consultado el 21 de junio de 2020.
 62. HHS Provider Relief Fund. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2020 (<https://data.cdc.gov/Administrative/HHS-Provider-Relief-Fund/kh8y-3es6>), consultado el 21 de junio de 2020.
 63. Kim H. The impact of COVID-19 on long-term care in South Korea and measures to address it. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-Long-Term-Care-COVID19-situation-in-South-Korea-7-May-2020.pdf>), consultado el 21 de junio de 2020.
 64. Lum T, Shi C, Wong G, Wong K. COVID-19 and long-term care policy for older people in Hong Kong. *Journal of Aging and Social Policy*. 2020. doi:10.1080/08959420.2020.1773192.
 65. Wong K, Lum T, Wong G. The COVID-19 long-term care situation in Hong Kong: impact and measures. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Hong-Kong-COVID-19-Long-term-Care-situation-27-April-2020-1.pdf>), consultado el 21 de junio de 2020.
 66. Shi C, Hu B, Feng M, Wong G. Report from mainland China: policies to support long-term care during the COVID-19 outbreak. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Report-from-Mainland-China-18-April-final.pdf>), consultado el 21 de junio de 2020.
 67. Statistics Commission endorses new Titchfield City Group on Ageing. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; 16 de marzo de 2018 (<https://www.un.org/development/desa/ageing/news/2018/03/title-statistics-commission-endorses-new-titchfield-city-group-on-ageing/>), consultado el 21 de junio de 2020.
 68. Descubren una residencia ilegal en La Laguna por las pruebas del Covid-19. *La Provincia*, 4 de abril de 2020 (<https://www.laprovincia.es/sociedad/2020/04/04/descubren-residencia-ilegal-laguna-pruebas/1271776.html>), consultado el 21 de junio de 2020.
 69. Burton A, Goodman C, Quinn T. The invisibility of the UK care home population: UK care homes and a minimum dataset. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/05/14/the-invisibility-of-the-uk-care-home-population-uk-care-homes-and-a-minimum-dataset/>), consultado el 21 de junio de 2020.
 70. Romero-Ortuño R, Kennelly S. COVID-19 deaths in Irish nursing homes: exploring variation and association with the adherence to national regulatory quality standards. International Long-Term Care Policy Network; 2020.
 71. Pillemer K, Subramanian L, Hupert N. The importance of long-term care populations in models of COVID-19. *JAMA*. 2020. doi:10.1001/jama.2020.9540.

72. Jacobs R, Ashwell A, Docrat S, Schneider M. The impact of COVID-19 on long-term care in South Africa. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/COVID-19-Long-Term-Care-Situation-in-South-Africa.docx>), consultado el 21 de junio de 2020.
73. Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA. Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades; 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-COVID-19-long-term-care-facilities-EU-EEA>), consultado el 21 de junio de 2020.
74. Rodrigues R, Huber M, Lamura G. Facts and figures on healthy ageing and long-term care: Europe and North America. Viena: Centro Europeo de Políticas de Bienestar Social e Investigación; 2012.
75. Van Houtven CH, DePasquale N, Coe NB. Essential long-term care workers commonly hold second jobs and double- or triple-duty caregiving roles. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020. doi:10.1111/jgs.16509.
76. Schmidt AE, Leichsenring K, Staflinger H, Litwin C, Bauer A. The impact of COVID-19 on users and providers of long-term care services in Austria. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Austria-15-May.pdf>), consultado el 22 de junio de 2020.
77. Pierce M, Keogh F, O'Shea E. The impact of COVID-19 on people who use and provide long-term care in Ireland and mitigating measures. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Ireland-COVID-LTC-report-updated-13-May-2020.pdf>), consultado el 22 de junio de 2020.
78. Rajagopalan J, Huzruk S, Arshad F, Raja P, Alladi S. The COVID-19 long-term care situation in India. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTC-COVID-situation-in-India-30th-May.pdf>), consultado el 22 de junio de 2020.
79. Amour R, Robinson JN, Govia I. The COVID-19 long-term care situation in Jamaica. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Jamaica-25-May-2020-1.pdf>), consultado el 22 de junio de 2020.
80. Kruse F, Abma I, Jeurissen P. The impact of COVID-19 on long-term care in the Netherlands. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/COVID19-Long-Term-Care-situation-in-the-Netherlands-25-May-2020-1.pdf>), consultado el 22 de junio de 2020.
81. Low L-F. The long-term care COVID-19 situation in Australia. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Australia-LTC-COVID19-situation-24-April-2020.pdf>), consultado el 22 de junio de 2020.
82. Extra payment for unpaid carers. Gobierno de Escocia, 6 de mayo de 2020 (<https://www.gov.scot/news/extra-payment-for-unpaid-carers/>), consultado el 22 de junio de 2020.
83. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259615?locale-attribute=es&>).
84. Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo J et al. Dementia care during COVID-19. *Lancet*. 2020;395(10231):1190–1.
85. Suarez-Gonzalez A, Livingston G, Comas-Herrera. Report: the impact of the COVID-19 pandemic on people living with dementia in UK. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/05/03/report-the-impact-of-the-covid-19-pandemic-on-people-living-with-dementia-in-uk/>), consultado el 22 de junio de 2020.
86. Joint statement on advance care planning. Comisión de Calidad de los Cuidados del Reino Unido; 2020 (<https://content.govdelivery.com/accounts/UKCQC/bulletins/283e565>), consultado el 22 de junio de 2020.
87. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic: interim guidance. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331975?locale-attribute=es&>), consultado el 22 de junio de 2020.
88. Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts: interim guidance. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 ([https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)), consultado el 22 de junio de 2020.
89. Overview of Public Health and Social Measures in the context of COVID-19. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/overview-of-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19>), consultado el 10 de julio de 2020.
90. Bauer A. COVID19: providing palliative care for the many. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/03/31/covid19-proving-palliative-care-for-the-many/>), consultado el 22 de junio de 2020.

91. Oven A. COVID-19 and long-term care in Slovenia: impact, measures and lessons learnt. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID19-and-Long-Term-Care-in-Slovenia-impact-measures-and-lessons-learnt-21-April-2020.pdf>), consultado el 22 de junio de 2020.
92. Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331643>), consultado el 22 de junio de 2020.
93. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 ([https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health)), consultado el 22 de junio de 2020.
94. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/10665-331495>), consultado el 22 de junio de 2020.
95. Sani TP, Tan M, Rustandi KK, Turana Y. COVID-19 long-term care situation in Indonesia. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Indonesia-30-May-1.pdf>), consultado el 22 de junio de 2020.
96. Lorenz-Dant K. Germany and the COVID-19 long-term care situation. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Germany_LTC_COVID-19-26-May-2020.pdf), consultado el 22 de junio de 2020.
97. El rastreo de contactos en el marco de la COVID-19: orientaciones provisionales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332083>), consultado el 22 de junio de 2020.
98. Rostgaard T. The COVID-19 long-term care situation in Denmark. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Denmark-29-May-2020.pdf>), consultado el 22 de junio de 2020.
99. Hasmuk K, Sallehuddin H, Tan MP, Cheah WK, Rahimah I, Chai ST. The long term care COVID-19 situation in Malaysia. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Malaysia-LTC-COVID-situation-report-30-May.pdf>), consultado el 22 de junio de 2020.
100. *Health at a glance 2019: OECD indicators*. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; 2019 (<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>), consultado el 22 de junio de 2020.
101. Brimblecombe N, Fernandez J-L, Knapp M, Rehill A, Wittenberg R. Unpaid care in England: future patterns and potential support strategies. Londres: London School of Economics; 2018.
102. Caring behind closed doors: forgotten families in the coronavirus outbreak. Londres: Carers UK; 2020 (<https://www.carersuk.org/for-professionals/policy/policy-library/caring-behind-closed-doors-report>), consultado el 22 de junio de 2020.
103. Wharton TC, Ford BK. What is known about dementia care recipient violence and aggression against caregivers? *Journal of Gerontological Social Work*. 2014;57(5):460–77. doi:10.1080/01634372.2014.882466.
104. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2020 (<https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>), consultado el 22 de junio de 2020.
105. Da Mata F, Oliveira D. COVID-19 and long-term care in Brazil: impact, measures and lessons learned. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/COVID-19-Long-term-care-situation-in-Brazil-6-May-2020.pdf>), consultado el 22 de junio de 2020.
106. COVID-19 and violence against older people. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-and-violence-against-older-people>), consultado el 22 de junio de 2020.
107. Leiblfinger M, Prieler V, Schwiter K, Steiner J, Benazha A, Lutz H. Impact of the COVID-19 pandemic on live-in care workers in Germany, Austria and Switzerland. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/05/14/impact-of-the-covid-19-pandemic-on-live-in-care-workers-in-germany-austria-and-switzerland/>), consultado el 22 de junio de 2020.
108. Plan de Acción Coronavirus. Chile: Senama (<http://www.senama.gob.cl/protocolos-covid-19>), consultado el 22 de junio de 2020.
109. Cuenta Conmigo. Gobierno de Chile (<https://www.gob.cl/cuentaconmigo/>), consultado el 22 de junio de 2020.

110. López-Ortega M, Sosa-Tinoco E. COVID-19 and long-term care in Mexico: questions, challenges, and the way forward. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/LTC-Covid-19-situation-in-Mexico-8-June.pdf>), consultado el 22 de junio de 2020.
111. Musyimi C, Mutunga E, Ndeti D. COVID-19 and long-term care in Kenya. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/06/02/new-country-report-the-covid-19-long-term-care-situation-in-kenya/>), consultado el 22 de junio de 2020.
112. COVID Trauma Response Working Group (<https://www.traumagroup.org/>), consultado el 22 de junio de 2020.
113. Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4), consultado el 22 de junio de 2020.

Anexo 1. Métodos

Revisión sistemática abierta

Se llevó a cabo una revisión sistemática abierta con el objetivo de sintetizar los datos iniciales internacionales sobre las tasas de mortalidad y la incidencia de la COVID-19 entre las personas que utilizan y prestan cuidados de larga duración. La revisión se registró en Prospero (CRD42020183557) e incluye estudios que se encontraron mediante búsquedas en bases de datos realizadas el 15 de mayo de 2020 y actualizadas hasta el 5 de junio de 2020. Los métodos y los resultados se han publicado en su totalidad en medRxiv. Las búsquedas se realizaron en siete bases de datos (MEDLINE; Embase; CINAHL Plus; Web of Science; Global Health; Base de datos de la OMS de investigaciones sobre la COVID-19 (*WHO COVID-19 Research Database*); medRxiv) para encontrar todos los estudios que facilitaran datos primarios sobre la mortalidad relacionada con la COVID-19 y la incidencia de la enfermedad entre los usuarios y los profesionales de cuidados de larga duración. Por otro lado, se encontraron datos sobre las tasas de mortalidad a nivel nacional en LTCcovid.org, una red internacional de expertos en cuidados de larga duración. Se excluyeron los estudios que no se centraban en los cuidados de larga duración. Los estudios primarios incluidos se evaluaron de forma crítica y los resultados sobre el número de muertes y las tasas de mortalidad, las tasas de letalidad y las muertes inusuales relacionadas con la COVID-19 (resultados coprimarios), así como la incidencia de la enfermedad, las hospitalizaciones y los ingresos en las unidades de cuidados intensivos, se sintetizaron de forma narrativa.

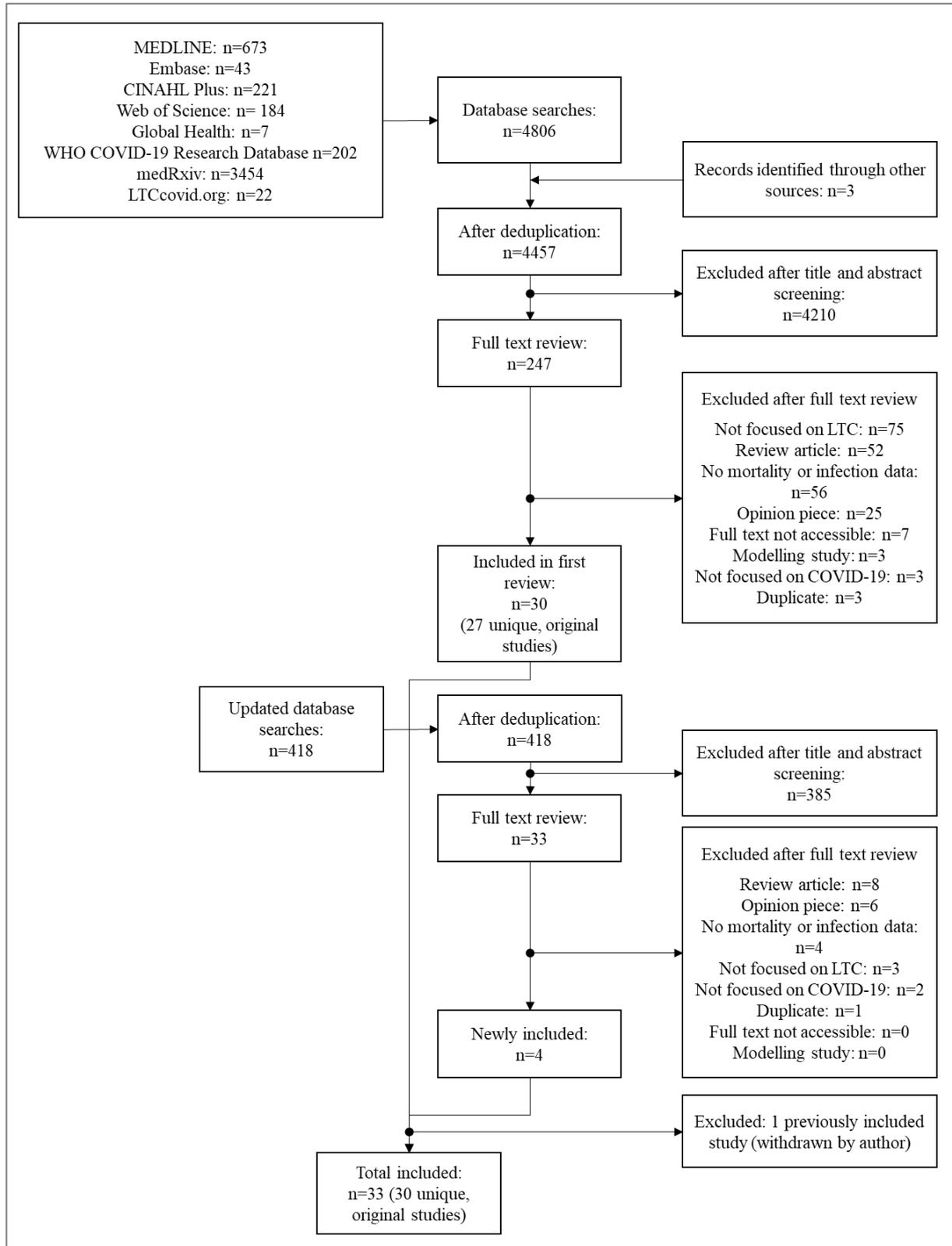
Se combinó, por un lado, una selección basada en el título y el resumen y una revisión completa del texto realizadas por tres revisores y, por otro, registros acerca del mismo estudio o brote. Se utilizó un modelo normalizado para extraer datos de los estudios, entre ellos, información sobre el diseño del estudio; el entorno de atención (institucional o comunitario); cómo se diagnosticó y confirmó la COVID-19; las características iniciales de los participantes; el número absoluto de muertes y las tasas de mortalidad de los casos confirmados y sospechosos de COVID-19; las tasas de letalidad; las muertes inusuales; los números absolutos y las tasas de casos confirmados y sospechosos de COVID-19; y las tasas de hospitalización e ingresos en las unidades de cuidados intensivos entre los casos confirmados y sospechosos de COVID-19. Todas las características de los participantes en el estudio y los datos de resultados de los usuarios y los profesionales de cuidados de larga duración se extrajeron por separado. También se extrajeron datos sobre la proporción de casos asintomáticos en el momento de las pruebas, así como los resultados de los estudios en que se comparaban los resultados de los usuarios de cuidados de larga duración con los de otros casos.

Debido a la heterogeneidad en las definiciones de los numeradores, los denominadores y los periodos de seguimiento en todos los estudios incluidos, los datos no se agruparon. En lugar de eso, los resultados se resumieron de forma narrativa y se presentaron en cuadros, incluida información sobre las características de las muestras, el periodo de seguimiento y las definiciones de casos, según procediera. Cuando los estudios analizaban grupos de población superpuestos, se dio preferencia a los que tenían tamaños de muestra más grandes y periodos de seguimiento más largos.

La calidad de los estudios primarios incluidos que facilitaban cifras relacionadas con las tasas de mortalidad, las tasas de letalidad o la incidencia de la enfermedad se evaluó mediante la herramienta de evaluación crítica del Instituto Joanna Briggs para estudios de prevalencia. No se evaluó el riesgo de sesgo en todos los estudios.

Se incluyeron 33 informes de 30 estudios primarios únicos o informes de brotes (figura A1.1).

Figura A1.1 Diagrama de selección de los estudios primarios incluidos



English	Español
MEDLINE: n=673	MEDLINE: n=673
Embase: n=43	Embase: n=43
CINAHL Plus: n=221	CINAHL Plus: n=221
Web of Science: n= 184	Web of Science: n= 184
Global Health: n=7	Global Health: n=7

English	Español
WHO COVID-19 Research Database n=202	Base de datos de la OMS de investigaciones sobre la COVID-19: n=202
medRxiv: n=3454	medRxiv: n=3454
LTCcovid.org: n=22	LTCcovid.org: n=22
Database searches: n=4806	Búsquedas en bases de datos: n=4806
Records identified through other sources: n=3	Registros encontrados a través de otras fuentes: n=3
After deduplication: n=4457	Después de eliminar los resultados duplicados: n=4457
Excluded after title and abstract Full text review: n=247	Estudios excluidos después de la selección Revisión completa del texto: n=247
screening: n=4210	por título y resumen: n=4210
Excluded after full text review Included in first review: n=30	Estudios excluidos después de la revisión completa del texto Estudios incluidos en la primera revisión: n=30
(27 unique, original studies)	(27 estudios únicos y originales)
Not focused on LTC: n=75	Estudios que no se centraban en los cuidados de larga duración: n=75
Review article: n=52	Artículo de revisión: n=52
No mortality or infection data: n=56	Sin datos de mortalidad o infección: n=56
Opinion piece: n=25	Artículo de opinión: n=25
Full text not accessible: n=7	Texto íntegro no accesible: n=7
Modelling study: n=3	Estudio de modelización: n=3
Not focused on COVID-19: n=3	Estudios que no se centraban en la COVID-19: n=3
Duplicate: n=3	Repetidos: n=3
Excluded after title and abstract screening: n=385	Estudios excluidos después de la selección por título y resumen: n=385
Updated database searches: n=418	Búsquedas actualizadas en las bases de datos: n=418
After deduplication: n=418	Después de eliminar los resultados duplicados: n=418
Excluded after full text review Full text review: n=33	Estudios excluidos después de la revisión completa del texto Revisión completa del texto: n=33
Review article: n=8	Artículo de revisión: n=8
Opinion piece: n=6	Artículo de opinión: n=6
No mortality or infection data: n=4	Sin datos de mortalidad o infección: n=4
Not focused on LTC: n=3	Estudios que no se centraban en los cuidados de larga duración: n=3
Not focused on COVID-19: n=2	Estudios que no se centraban en la COVID-19: n=2
Duplicate: n=1	Repetidos: n=1
Full text not accessible: n=0	Texto íntegro no accesible: n=0
Modelling study: n=0	Estudio de modelización: n=0
Newly included: n=4	Estudios nuevos incluidos: n=4
Excluded: 1 previously included study (withdrawn by author)	Excluidos: 1 estudio incluido anteriormente (retirado por el autor)
Total included: n=33 (30 unique, original studies)	Número total de estudios incluidos: n= 33 (30 estudios únicos y originales)

Revisión sistemática preliminar de la eficacia de las intervenciones para mitigar el impacto de la COVID-19 en las personas que utilizan y prestan cuidados de larga duración

Se está llevando a cabo una revisión sistemática de la eficacia de las intervenciones para gestionar el impacto de la COVID-19 en las personas que utilizan y prestan cuidados de larga duración. Mientras se llevaba a cabo la estrategia de búsqueda en siete bases de datos (MEDLINE; Embase; CINAHL Plus; Web of Science; Global Health; Base de datos de la OMS de investigaciones sobre la COVID-19 (*WHO COVID-19 Research Database*); medRxiv), se encontraron 21 estudios que describían distintas respuestas a la pandemia de la COVID-19 y proporcionaban algún tipo de evaluación de la eficacia o tenían como objetivo evaluar las características de los servicios de cuidados de larga duración en relación con las tasas de infección por la COVID-19 y la mortalidad conexas. Los informes eran de los Estados Unidos (5), Italia (3), el Canadá, China, la República de Corea y España (2), y Bélgica, Francia, Irlanda, Singapur y el Reino Unido (1).

Las intervenciones identificadas y los grupos destinatarios variaban. Tres de los estudios estaban relacionados con los tratamientos farmacológicos en residencias de ancianos (1-3); otros estudios describían la aplicación de medidas de prevención (China y Singapur) y contención (Canadá, China, Estados Unidos de América y República de Corea) de brotes en residencias de ancianos (1, 4-8); un estudio informaba sobre las medidas de prevención para la atención comunitaria en los Estados Unidos (9); cuatro estudios se referían a varios cambios organizativos multifacéticos para tratar la COVID-19 en entornos de cuidados de larga duración, incluidas la colaboración y coordinación multidisciplinarias (6, 10-12); tres eran estudios experimentales para detectar la COVID-19 a través de pruebas rápidas en el lugar de consulta, pruebas conjuntas y ecografías torácicas clínicas (13-15); y un estudio adaptaba una intervención de estimulación cognitiva existente para las personas con demencia a fin de proporcionar información y apoyo en relación con la COVID-19 (16).

Esos estudios eran en su mayoría de carácter descriptivo y, al carecer de un grupo de control, no estaban diseñados para evaluar rigurosamente la eficacia de las medidas aplicadas. No obstante, las intervenciones de prevención y gestión de brotes descritas en los documentos de China, la República de Corea y Singapur daban a conocer resultados satisfactorios en la prevención o contención de brotes.

Otros tres estudios evaluaban la relación entre las diferentes características de la asistencia domiciliar y los brotes y resultados de COVID-19. Stall *et al.* llegaron a la conclusión de que el ánimo de lucro de las residencias de ancianos en Ontario (Canadá) estaba asociado con el tamaño de un brote en residencias de ancianos y el número de muertes de residentes (17). Ahora bien, el ánimo de lucro no se asoció con una mayor probabilidad de brote. Romero-Ortuño y Kennelly encontraron una relación moderada y estadísticamente significativa entre el número bruto de muertes y la ocupación máxima en las residencias de ancianos de Irlanda, pero no se encontró una relación significativa desde el punto de vista estadístico en cuanto a la calidad de las residencias de ancianos (18). Del mismo modo, Abrams *et al.* no encontraron una relación estadísticamente significativa entre la notificación de al menos un caso de COVID-19 en residencias de ancianos de los Estados Unidos y los criterios tradicionales de calidad (19). Sin embargo, se encontró una relación estadísticamente significativa entre las residencias de mayor tamaño, la ubicación en zonas urbanas, el porcentaje de residentes afroamericanos, la no pertenencia a una cadena de establecimientos y el estado.

Por último, dos estudios analizaban la relación entre distintas características regionales, incluidas varias características del sistema de cuidados de larga duración como la proporción de camas en centros privados de cuidados de larga duración con respecto a los centros públicos y la disponibilidad de camas en las residencias de ancianos, y la propagación de la COVID-19 en las regiones italianas (20, 21).

Informes sobre la situación de los cuidados de larga duración en relación con la COVID-19

Se revisaron los informes publicados en el sitio web LTCcovid, iniciativa de la International Long-Term Care Policy Network (Red Internacional de Políticas de Cuidados de Larga Duración). Los informes fueron elaborados por expertos en cuidados de larga duración, generalmente expertos universitarios. Su finalidad era documentar el impacto de la COVID-19 en las personas que utilizan y prestan cuidados de larga duración, y las medidas adoptadas para mitigar los efectos de la pandemia en ese grupo de población. Los informes incluían ejemplos de las medidas adoptadas.

Referencias

1. Lee SH, Son H, Peck KR. Can post-exposure prophylaxis for COVID-19 be considered as an outbreak response strategy in long-term care hospitals? *International Journal of Antimicrobial Agents*. Abril de 2020;105988. doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.105988.
2. Ahmad I, Alam M, Saadi R, Mahmud S, Saadi E. Doxycycline and hydroxychloroquine as treatment for high-risk COVID-19 patients: experience from case series of 54 patients in long-term care facilities. medRxiv. Mayo de 2020. doi:10.1101/2020.05.18.20066902.
3. De Spiegeleer A, Bronselaer A, Teo JT, Byttebier G, De Tré G, Belmans L et al. The effects of ARBs, ACEIs and statins on clinical outcomes of COVID-19 infection among nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*. Junio de 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.06.018.

4. Kim T. Improving preparedness for and response to coronavirus disease 19 (COVID-19) in long-term care hospitals in the Korea. *Infection and Chemotherapy*. Mayo de 2020.
5. Stall NM, Farquharson C, Fan-Lun C, Wiesenfeld L, Loftus CA, Kain D et al. A hospital partnership with a nursing home experiencing a COVID-19 outbreak: description of a multi-phase emergency response in Toronto, Canada. *Journal of the American Geriatrics Society*. Mayo de 2020. doi:10.1111/jgs.16625.
6. Shea Y-F, Lam HY, Yuen JKY, Cheng KCA, Chan TC, Mok WYW et al. Maintaining zero COVID-19 infection among long term care facility residents in Hong Kong. *Journal of the American Medical Directors Association*. Mayo de 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.042.
7. Munanga A. Critical infection control adaptations to survive COVID-19 in retirement communities. *Journal of Gerontological Nursing*. 2020;46(6):3–5. doi:10.3928/00989134-20200511-03.
8. Mills WR, Sender S, Lichtefeld J, Romano N, Reynolds K, Price M et al. Supporting individuals with intellectual and developmental disability during the first 100 days of the COVID-19 outbreak in the USA. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2020. doi:10.1111/jir.12740.
9. Archbald-Pannone LR, Harris DA, Albergo K, Steele RL, Pannone AF, Mutter JB. COVID-19 collaborative model for an academic hospital and long-term care facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*. Mayo de 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.044.
10. Khatri P, Seetharaman S, Phang CMJ, Lee BXA. Home hospice services during COVID-19: ensuring comfort in unsettling times in Singapore. *Journal of Palliative Medicine*. 2020;23(5):605–6. doi:10.1089/jpm.2020.0186.
11. Koeberle S, Tannou T, Bouiller K, Becoulet N, Outrey J, Chirouze C et al. COVID 19 outbreak: organisation of a geriatric assessment and coordination unit – a French example. *Age and Ageing*. Mayo de 2020. doi:10.1093/ageing/afaa092.
12. Osterdahl M, Lee K, Ni Lochlainn M, Wilson S, Douthwaite S, Horsfall R et al. Detecting SARS-CoV-2 at point of care: preliminary data comparing loop-mediated isothermal amplification (LAMP) to PCR. *SSRN Electronic Journal*. 2020. doi:10.2139/ssrn.3564906.
13. Cabrera JJ, Rey S, Perez S, Martinez-Lamas L, Cores-Calvo O, Torres J et al. Pooling for SARS-CoV-2 control in care institutions. medRxiv. Junio de 2020. doi:10.1101/2020.05.30.20108597.
14. Nouvenne A, Ticinesi A, Parise A, Prati B, Esposito M, Cocchi V et al. Point-of-care chest ultrasonography as a diagnostic resource for COVID-19 outbreak in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*. Mayo de 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.050.
15. Goodman-Casanova JM, Dura-Perez E, Guzman-Parra J, Cuesta-Vargas A, Mayoral-Cleries F. Telehealth home support during COVID-19 confinement for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment or mild dementia: survey study. *Journal of Medical Internet Research*. 2020;22(5):e19434. doi:10.2196/19434.
16. Stall NM, Jones A, Brown KA, Rochon PA, Costa AP. For-profit nursing homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths in Ontario, Canada. Medrxiv. 2020. doi:10.1101/2020.05.25.20112664.
17. Romero-Ortuño R, Kennelly S. COVID-19 deaths in Irish nursing homes: exploring variation and association with the adherence to national regulatory quality standards. International Long-Term Care Policy Network; 2020.
18. Abrams HR, Loomer L, Gandhi A, Grabowski DC. Characteristics of U.S. nursing homes with COVID-19 cases. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020. doi:10.1111/jgs.16661.
19. Buja A, Paganini M, Cocchio S, Scioni M, Rebba V, Baldo V. Demographic and socio-economic factors, and healthcare resource indicators associated with the rapid spread of COVID-19 in northern Italy: an ecological study. medRxiv. 2020. doi:10.1101/2020.04.25.20078311.
20. Liotta G, Marazzi MC, Orlando S, Palombi L. Is social connectedness a risk factor for the spreading of COVID-19 among older adults? The Italian paradox. *PLoS One*. 2020;15(5):e0233329. doi:10.1371/journal.pone.0233329.

Agradecimientos

La presente reseña normativa ha sido elaborada por la OMS a partir de nuevos análisis y en base al consenso de expertos conforme a las orientaciones existentes de la OMS.

Departamentos coordinadores

Departamento de Servicios de Salud Integrados (Shannon Barkley y Edward Kelley).

Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y Envejecimiento (Zee-A Han y Anshu Banerjee).

Autores principales

Organización Mundial de la Salud: Zee-A Han (responsable), Shannon Barkley y Yuka Sumi.

Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres: Adelina Comas-Herrera, Klara Lorenz-Dant y Maximilian Salcher-Konrad.

Otros colaboradores y revisores

Comité Directivo de la OMS: Envejecimiento y Salud; Servicios y Sistemas Clínicos; Género, Equidad y Derechos Humanos; Servicios de Salud Integrados; Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y Envejecimiento; Salud Mental y Consumo de Sustancias; Funciones Sensoriales, Discapacidad y Rehabilitación; Centro y Grupo de Trabajo de Prevención y Control de Infecciones; Centro de la OMS en Kobe y oficinas regionales (Benedetta Allegranzi, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Sarah Louise Barber, Anjana Bhushan, Alessandro Cassini, Alarcos Cieza, Theresa Díaz, Stefanie Freel, Manfred Huber, Anne Johansen, Theadora Koller, Margrieta Langins, Madison Moon, Paul Ong, Ritu Sadana, Noline Schiess, Katrin Seeher y Enrique Vega).

Las siguientes personas contribuyeron o revisaron el presente documento. Se pidieron y revisaron las respectivas declaraciones sobre posibles conflictos de intereses y tuvo lugar la firma de los acuerdos de confidencialidad pertinentes.

Expertos no pertenecientes a la OMS: Red mundial de la OMS sobre la atención de larga duración a personas mayores (Liat Ayalon, Pablo Villalobos Dintrans, Walter Frontera, Muthoni Gichu, Sandhya Gupta, Hanadi Khamis Al Hamad, Arvind Mathur, Reshma A. Merchant, Stephen O'Connor, Vinod Shah y Lieve Van den Block), así como Rachel Albone, Sean Cannone, Leon Geffen, Terry Fulmer, Richard Humphries, Caitlin Littleton, Terry Lum, Saniya Sabzwari y David Stewart.

La OMS sigue la situación de cerca por si hubiera cualquier cambio que pudiera afectar a esta reseña normativa. De ser así, la OMS publicaría una actualización.

La OMS agradece el amable apoyo del Ministerio de Salud y Bienestar de la República de Corea.