



Instructions for authors, subscriptions and further details:

<http://rasp.hipatiapress.com>

El COVID-19 y la Crisis de las Residencias de Mayores en España: Edadismo y Precariedad

Blanca Deusdad

Universitat Rovira i Virgili

Date of publication: July 30th, 2020

Edition period: July 2020 - January 2021

To cite this article: Deusdad, B. (2020). COVID-19 y la Crisis de las Residencias de Mayores en España: Edadismo y Precariedad. *Research on Ageing and Social Policy*, 8(2), 142-168. <http://10.4471/rasp.2020.5598>

To link this article: <http://dx.doi.org/10.447/rasp.2020.5598>

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE

The terms and conditions of use are related to the Open Journal System and to [Creative Commons Attribution License](#) (CCAL).

COVID-19 and Nursing Homes’ crisis in Spain: Ageism and Scarcity of Resources

Blanca Deusdad
Universitat Rovira i Virgili

(Received: 4 may 2020; Accepted: 14 may 2020; Published: 30 July 2020)

Abstract

The European Welfare State crisis since 2008 has shown the weakness of these European welfare systems to cope with a health crisis such as COVID-19, which in turn has not guaranteed the rights and wellbeing of older people. This article aims at shading light on the scarcity of resources in Spanish care homes and nursing homes system, while analyzing its integrated care failure and the urgent legislative measures implemented to overcome COVID-19 health crisis. At the same time, this paper advocates for a reflexion on ageist practices, so as to foster a debate on the ‘deinstitutionalization’ process of older adults in Spain. In this COVID-19 context, it has become utmost in implementing an older adults’ policy to guarantee older adults rights as vulnerable population; likewise, which has already been done in respect to laws protecting children rights.

Keywords: COVID-19; nursing homes, deinstitutionalization, ageism and integrated care.

EL COVID-19 y la Crisis de las Residencias de Mayores en España: Edadismo y Precariedad

Blanca Deusdad
Universitat Rovira i Virgili

(Recibido: 4 mayo 2020; Aceptado: 14 de mayo 2020; Publicado: 30 julio 2020)

Resumen

La crisis y el retroceso de los Estados del bienestar europeos han puesto de manifiesto la debilidad e insuficiencia de los mismos, para hacer frente a una emergencia sanitaria y garantizan los derechos de las personas mayores. El objetivo de este artículo es mostrar la precariedad del sistema residencial de mayores en España, evidenciado por la crisis sanitaria del COVID-19. A su vez, analizar el fracaso de la atención integral en las residencias y las medidas legislativas urgentes que se han tomado para hacer frente al alto porcentaje de fallecimientos de personas mayores en estos centros. El artículo también pretende invitar a la reflexión sobre prácticas edadistas en salud y propone un debate sobre la desinstitucionalización y envejecimiento en el hogar en España. En este contexto es, si cabe, todavía más necesaria la propuesta de una ley para proteger los derechos de las personas mayores como ya existe para la infancia.

Palabras clave: COVID-19; centros residenciales; desinstitucionalización; edadismo y atención integral

La Crisis de los Centros Residenciales en España

La dramática mortalidad de personas mayores en residencias en España y en toda Europa a raíz de la epidemia del COVID-19; el hecho de morir solos sin sus familiares y con los profesionales desbordados, ha reabierto el debate sobre la institucionalización de los mayores. El objetivo de este artículo es analizar cómo la legislación española vigente en materia de cuidados de larga duración no garantiza una buena atención integral que evite prácticas edadistas en un contexto de emergencia sanitaria como el COVID-19. Aporta una reflexión basada en las publicaciones recientes que hay sobre el tema a nivel internacional; así como la revisión de la legislación española y catalana que ha generado la crisis sanitaria del COVID-19 en materia de residencias de mayores y centros sociosanitarios. También responde al trabajo previo sobre desinstitucionalización, edadismo y cuidados de mayores en España y Europa realizado a través de distintos proyectos I+D, nacionales e internacionales, durante los últimos 10 años.¹

Las cifras oficiales de COVID-19 a fecha de 24 de abril de 2020 eran 1.281.272 casos confirmados en Europa (Ministerio de Sanidad, 2020) y 122.900 fallecidos de los cuales más de la mitad son en residencias de mayores (Kluge, 2020). Las cifras de cinco países europeos (Bélgica, Francia, Irlanda, Italia y España) muestran que la mortalidad oscila entre el 42% y el 57% respectivamente, subiendo a un total de 9.756 ancianos en España (Comas-Herrera & Zalakain, 2020) y se calcula que el 86% de las víctimas son mayores de 70 años (Paniagua, 2020).

La magnitud de estas cifras de fallecimientos en los centros residenciales y la falta de acompañamiento al final de la vida se debe a la combinación de distintos factores:

En primer lugar, la precariedad previa del sistema. El retroceso de los Estados de bienestar europeos desde el neoliberalismo de los años ochenta y la crisis de 2008 (Anttonen & Meagher, 2013; Deusdad et al., 2016; Kröger & Bagnato, 2017; Moreno, 2012; Moreno & Vicente-Virseda, 2016) ha acentuado la falta de recursos e inversión en los propios centros; tales como: la débil atención médica, junto con la escasez de material médico y de camas en cuidados intensivos (Tanne et al., 2020), siendo las personas mayores, por su complejidad clínica, las primeras en descartarse para ser atendidas en los hospitales.

En segundo lugar, el hecho que las personas mayores ingresadas en centros residenciales son especialmente vulnerables para poder contraer enfermedades. La fragilidad de los propios enfermos con necesidades de cuidados y la incapacidad para poder seguir autónomamente medidas de higiene personal (Care et al., 2020), lo que se ve doblemente agravado en el caso de las personas con demencia quienes requieren un incremento de recursos para ser atendidos (Wang et al., 2020).

En tercer lugar, el propio diseño de los centros facilita la transmisión en los espacios comunes con falta de movilidad, con poco espacio de separación y en muchos casos con habitaciones compartidas. Así como, las dificultades para mantener las medidas de aislamiento y confinamiento de los residentes.

En cuarto lugar, la crisis ha provocado el contagio de los mismos profesionales, lo que ha desencadenado una crisis de profesionales en el sector, y a su vez, ellos mismos han sido transmisores de la enfermedad. En el caso de España, la falta de Equipos de Protección Individual (EPIs) ha sido reconocido por el ministerio como un elemento importante de contagio. Los profesionales han sufrido un doble estrés y agotamiento profesional, por un lado, por el miedo al contagio, y por el otro, por la falta de medios para poder evitar las muertes de muchos de los residentes que cuidan (Wang et al., 2020).

La crisis de las residencias está afectando de forma dramática a toda Europa (Comas-Herrera & Zalakain, 2020). Las consecuencias para los mayores institucionalizados pueden ser mucho más dramáticas en Latinoamérica, y en países con pobreza extrema, donde el sistema de salud es precario y no puede soportar esta presión.²

Edadismo y Salud en el Contexto de Crisis Sanitaria: COVID-19

Edadismo es un termino acuñado por Robert Butler (1969) para reflejar la discriminación por edad y enfatizar que ésta es una realidad que nos afecta a todos a medida que envejecemos (Butler, 2009). El concepto de edadismo ha cambiado a lo largo de estas décadas convirtiéndose en importante la perspectiva interseccional, donde no solo la edad se tiene en cuenta, sino su intersección con el género, la etnia, la encomia, la orientación sexual u otros factores discriminatorios (Ayalon & Tesch-Römer, 2018). La manifestación del edadismo hacia los mayores en las sociedades occidentales se manifiesta en distintos ámbitos e incide en la construcción de estereotipos que ven la

vejez como una edad no productiva, que no aporta a la sociedad, una carga para la misma y sin que le demos valor.

En salud, la praxis no edadista consiste en diagnosticar y tratar de forma individualizada a cada paciente y no sesgar por edad el tratamiento (Breslau et al., 2016; Bodner et al., 2018; Coupland & Coupland, 1994; Wyman et al., 2018). Frits Rosendaal, jefe de epidemiología clínica del Centro Médico de la Universidad de Leiden, afirmaba que la crisis del sistema sanitario en Italia y España por el COVID-19 se debe a un hecho cultural porque en estos países se hospitalizaban a pesar de su edad, cosa que no sucedía en el sistema holandés (Rachide, 2020) sin tener en cuenta la necesidad de dotar de equipos médicos a estos centros. Ello nos muestra como el edadismo puede ser implícito o explícito por parte de los propios profesionales cuya práctica clínica viene marcada meramente por la edad (Wyman et al., 2018).

Formas más sutiles de edadismo se muestran en la falta de comunicación entre los facultativos y los pacientes, no haciéndoles partícipes de la toma de decisiones y preferir hablar con los familiares (McLafferty & Morrison, 2004) o mostrarse más receptivo con los comportamientos de dependencia de los pacientes ingresados que con sus muestras de autonomía (Baltes et al. 1980; Ben-Harush et al., 2016).

Por todo ello, desde las organizaciones defensoras de los derechos humanos de los mayores se reclama no discriminar por edad en la atención sanitaria (AGE Platform Europe, 2020) y el derecho a las intervenciones para salvar la vida también ante el COVID-19.

Las personas que viven en centros residenciales, en una situación de COVID-19, deberían poder disponer del contacto con familiares a través de las nuevas tecnologías y evitar el aislamiento, así como contar con un acompañamiento en el tramo final de la vida más allá de la mera atención hospitalaria marcada por las medidas de seguridad. Ello cobra aún más relevancia con las personas con demencia. Estos pacientes sufren una doble estigmatización por la propia enfermedad y porque se da ya por sentada la anulación de la persona (Evans, 2018; Urbańska et al. 2015). Para las personas que sufren demencia el hecho de mantener el contacto con los familiares y las personas que conocen es del todo necesario; así como disponer de un apoyo extra de cuidados, ya que por su situación cognitiva no comprenden cómo seguir las medidas de seguridad (AGE Platform Europe, 2020; Wang et al., 2020). Además, la medicación suministrada para curar el COVID-19 les

provoca efectos secundarios que alteran su estado, como el delirio causado por la hipoxia (Wang, et al., 2020).

El Debate de la Institucionalización de los Mayores y las Políticas de Envejecimiento en el Hogar

La desinstitucionalización surgió en el debate académico con la crítica a las ‘instituciones totales’ para enfermos mentales (Goffman, 1970) y es con posterioridad que se aplica a los adultos mayores al fomentar el envejecimiento en el hogar (WHO, 2007). A medida que envejecemos preferimos permanecer en el propio hogar (Deusdad et al., 2016; Evans, et al., 2002; Fisher, et al., 2007; Fitzgerald & Caro, 2014; López-Doblas, 2016; López-Doblas & Díaz-Conde, 2013; Pynoos, et al., 2008; Sheehan & Oakes, 2006; Smith, et al., 2012) y en relación con la propia comunidad (Byles et al. 2014; Cannuscio et al., 2003; Singelenberg et al., 2014; Wiles et al., 2012). Si bien esta política tiene a su vez una finalidad económica de reducción de costes en materia de cuidados (Means, 2007).

Un número considerable de investigaciones en el norte y centro de Europa se han centrado en la desinstitucionalización de los adultos mayores (Anttonen & Karsio, 2016; Kubalčíková & Havlíková, 2016; Sigurdardottir et al. 2016; Szüdi et al., 2016). En el caso de los países del sur de Europa, sin un debate al respecto ni unas directrices de políticas sociales claras, se han potenciado los procesos de familiarización y de ayudas para los cuidadores del entorno familiar, por su menor coste y las altas tasas de desempleo en el sector femenino, que han favorecido su demanda (Arriba & Moreno, 2009; Deusdad et al., 2017; Deusdad et al., 2016; Martínez-Buján, 2014).

La institucionalización, con el aumento de las necesidades de cuidado y la incorporación de las mujeres en el mundo laboral, puede ser vista como una solución que evita la preocupación y la gestión de los cuidados. Los motivos de salud, falta de autonomía y la soledad son una de los principales razones por las que los propios usuarios pueden decidir vivir en una residencia asistida (Nord, 2016; Saarnio et al., 2017); si bien es también una decisión que implica toda la familia y en muchas ocasiones el adulto mayor interviene poco en la toma de decisiones (Söderberg et al., 2012; Arber & Evandrou, 1997).

La tendencia, en los países que han aplicado legislaciones que favorecen la desinstitucionalización, es que prevén que ésta se produzca solo al final de

la vida, cuando las necesidades de cuidados aumentan y los cuidados en el hogar no son la mejor opción (Lolich, 2019). Para humanizar los centros residenciales: mejorar la toma de decisiones por parte los usuarios (Persson & Wästerfors, 2009), fortalecer el sentimiento de hogar (*at-homeness*) (Golant; 2011; Saarnio et al., 2016) con medidas de apoyo entre el grupo de iguales (Theurer et al., 2015) se han aplicado prácticas basadas en la atención centrada en la persona (Harnett & Jönson, 2017; Martínez- Rodríguez, 2013; McCormack & McCance, 2006; Villar & Serrat, 2017) y la planificación de los cuidados (*Advance Health Planning*) (Thoresen et al., 2016). A la vez que se plantea reconsiderar la capacidad de agencia de los usuarios (Nord, 2016; Theurer et al., 2015).

A pesar de la concienciación entre los profesionales del sector y lo intentos para establecer mejoras, éstos se ven muy limitados por la falta de recursos estructurales, tales como: un número suficiente de profesionales para poder ejercer una atención centrada en la persona y a la vez disponer de más materiales. La buena voluntad de actuación de los profesionales no es suficiente para obtener una buena práctica (Lemos, 2019; Ryvicker, 2011) y en el caso de las residencias españoles es destacable las restricciones del sector (Blasco et al., 2019). La precariedad laboral de las gericulturas y cuidadoras formales con bajos salarios, largas jornadas y sobrecarga de trabajo, sin duda tiene repercusión en la calidad del cuidado (Bodoque et al., 2016; Offenhenden, 2017).

La falta de comunicación y de tiempo dedicado a los usuarios, por parte de las familias y los/las cuidadores/as remunerados/as ya ha suscitado numerosas críticas en condiciones de normalidad (Banerjee et al., 2015; Thoresen et al., 2016; Utley-Smith et al., 2009), considerado ello incluso una práctica edadista (Lagacé et al., 2012). Como también lo ha sido la forma de organización de la atención a los residentes: con horarios estrictos en función de las necesidades del centro. Ello sin olvidar que en muchas ocasiones la decisión del traslado a una institución se ha hecho sin la plena participación de la persona afectada y adoleciendo de una negociación previa (Vasara, 2015).

Cabe destacar el aislamiento y exclusión social de muchos de estos centros: la falta de actividad y de relaciones con la comunidad, sobre todo para con aquellas personas no autónomas y con demencias (Harvard JCHS, 2017). El intentar preservar el ‘sentimiento de hogar’ (decorar las habitaciones con algunos objetos personales) a la vez que se intenta recuperar la propia

biografía y construir un sentimiento de pertenencia son esfuerzos importantes pero que no dejan de maquillar estas instituciones que en muchos casos están más cerca que lejos del concepto de ‘instituciones totales’ de Goffman (1970). Por todo ello llamarle ‘hogar’ por parte de los técnicos se convierte muchas veces más en un eufemismo que en una descripción crítica de la realidad.

Todo ello dificultaba, ya antes de la crisis sanitaria del COVID-19, poder proporcionar una calidad de vida a los residentes y que estos se sintieran como en casa. Con la epidemia del COVID-19 se han puesto de manifiesto la precariedad del sistema médico que atendía estas personas, las condiciones de aislamiento e incomunicación que sufren y que difícilmente pueden ser suplidas con el uso de las nuevas tecnologías, ya que en muchos casos hay una brecha generacional. El miedo de los profesionales al contagio, las medidas de protección para evitar el contacto con los pacientes dejan a los mayores prácticamente solos, ya que no se permite el acompañamiento de algún familiar (AGE, 2020; Pineles et al., 2018).

El COVID-19 Evidencia la Crisis del Sistema de Dependencia en España

La crisis del COVID-19 ha puesto de nuevo en la mira las dificultades del sistema de dependencia en España, articulado a través de la Ley 39/2006, 14 de febrero de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), ya de por sí deficitario. La LAPAD se forjó con el objetivo de reunir los criterios marcados por las instituciones europeas para los sistemas de dependencia europeos: la universalidad, alta calidad y sostenibilidad. Sin embargo, su aplicación no ocasionó los cambios esperados. Las familias, y en especial las mujeres, han continuado haciéndose cargo mayoritariamente de los cuidados de los mayores, sumado a la privatización del sector y los recortes producidos por la crisis económica de 2008 (Comas-d’Argemir, 2015; Deusdad et al., 2016). El gasto en cuidados de larga duración en relación al PIB en España se sitúa en penúltimo lugar, seguido por Rumanía (Spasova et al., 2018)

El cuarto pilar del sistema de bienestar que se construía con la colaboración del tercer sector se implementó a través de los departamentos de servicios sociales, siendo un ámbito con fuertes necesidades de atención sanitaria además de social. Ello supuso un incremento de profesionales del trabajo

social en un ámbito: el de la dependencia y la vejez. Conllevando a su vez, durante estos años de despliegue de la ley, la necesidad de establecer modelos de colaboración entre los profesionales del sistema de servicios sociales y el de salud para avanzar en la atención integral de la ciudadanía y muy especialmente de las personas mayores (Serra-Sutton et al., 2015).

La implementación de las prestaciones y servicios a que da derecho la LAPAD se lleva a cabo a través de las CC.AA y los ayuntamientos. Ello requiere de un primer reconocimiento del Grado de dependencia del o la solicitante. Los Grados se establecen en función de menor o mayor necesidad de ayuda y apoyo para poder realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria. El Grado I (dependencia moderada) Grado II (dependencia severa) o Grado III (gran dependencia).

La lentitud en las valoraciones y en la posterior decisión del servicio o prestación a otorgar, que se realiza conjuntamente entre los/las trabajadores sociales, los usuarios/as y las familias, ocasiona largas listas de espera. Una primera espera para que las personas dependientes puedan ser valoradas y sobre todo desde el momento que se reconoce el Grado de dependencia hasta que se implementaba el servicio o prestación. Este espacio de tiempo ha venido llamándose por parte del sector profesional: el ‘limbo de la dependencia’. En 2019, las personas en esta situación aumentaron respecto el 2018 en un 7,9%, alcanzando la cifra total de 269.854, de las cuales 30.000 fallecieron sin haber recibido ninguna prestación de la LAPAD (A.D.G.S.S, 2020).

Toda esta situación de precariedad del sistema hay que sumarle la crisis del COVID-19 que ha evidenciado, con consecuencias dramáticas, la falta de mayor agilidad y atención sanitaria en las residencias. La falta de test para poder realizar a los enfermos dificultó el acierto en el aislamiento de los mismos, a la vez que no se produjo el traslado inmediato de los enfermos a los hospitales, lo que sumado a la deficiente atención sanitaria de los centros residenciales incrementó el número de muertes (Ramírez-Navarro, 2020).

A todo ello hay que sumarle la falta EPIs para los profesionales de las residencias lo que facilitó su contagio, muchos de ellos trabajando en más de un centro (Pascual, 2020). En cuanto a la formación no ha habido una preparación de los profesionales desde la administración en temas de epidemias, ni tampoco se contaba con personal con experiencia en crisis humanitarias. Como respuesta a esta necesidad, en el caso catalán, desde la

Asociación Catalana de Recursos Asistenciales (ACRA) se proporcionó cursos y materiales.³

Esta situación de falta de recursos médicos, de personal y de espacio ocasionó la rápida propagación de la enfermedad. Si bien se habían tomado medidas cautelares, como cerrar los centros al exterior y prohibir las visitas, ello tensionaba de por sí la vida de los residentes y la de los familiares que perdían el contacto directo y se les informaba en la medida de lo posible y en el mejor de los casos una vez al día.

Esta situación desbordó a los centros residenciales, sumada a la falta de material suficiente en los propios hospitales: como ventiladores y camas en cuidados intensivos (Tanne et al., 2020) lo que provocó el colapso de muchos centros que no podían hacer frente a la situación, prisioneros de la misma y que en algunos casos tuvieron que ser intervenidos e investigados por la fiscalía.⁴

Cambios en la Legislación para hacer Frente a la Emergencia: el Caso de Cataluña

Después de la proclamación del Estado de alarma por la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo),⁵ se establecieron medidas para regular la situación de crisis sanitaria en las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, a través de distintas ordenes que se complementaban unas a las otras y que muestran la emergencia de los hechos (el ejército había encontrado residentes conviviendo con cadáveres en residencias) y las quejas de los profesionales del sector se sucedían.⁶

Previamente, ya se habían redactado unas recomendaciones del Ministerio de Sanidad del 5 de marzo (Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19). Estas estaban basadas en las directrices del *Centers for Disease Control and Prevention*⁷ e iban destinadas a mantener la higiene y el aislamiento de las personas con síntomas, medidas para evitar el contagio, también de los trabajadores, incrementar la limpieza y desinfección y la buena gestión de los residuos.

En el caso de la C.A. de Cataluña se elaboraron seguidamente unas instrucciones (11-03-20) desde la Dirección General de Autonomía Personal y Discapacidad con el objetivo de proteger la población vulnerable que vivía

152 Deusdad - COVID-19 y la crisis de las Residencias de Mayores

en residencias de mayores (Dep. de Treball, Afers Socials i Famílies, 2020). En el documento se recogían medidas para el aislamiento de los residentes, restringir el régimen de visitas y estas solamente podían efectuarse con autorización del centro y anular excursiones o actividades. Los centros deberían poner a disposición de los familiares un teléfono para que pudieran comunicarse y habilitar una única vía de acceso a los mismos. En caso de que la residencia dispusiese de un Centro de Día, debería facilitarse el aislamiento del mismo o bien el cese de la actividad, al igual como en los centros de carácter más social (*Casals de la gent gran*).

De forma más contundente en la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo el Ministerio de Sanidad estableció la adopción de medidas organizativas y de coordinación, orientadas a reducir el riesgo de contagio, así como a tratar de la forma más adecuada a las personas que sufrieran el COVID-19. La ordenación era más que preventiva una respuesta al incremento de fallecimientos de las residencias. En ella se clasificaba el tipo de enfermos según si habían estado en contacto con personas con síntomas, si tenían síntomas, si habían contraído la enfermedad y si eran o no un caso confirmado. A su vez, se detallaba el aislamiento en las residencias de las personas que presentasen síntomas, a poder ser por plantas.

También se recogían las medidas y los derechos de las personas que sufren demencia. Dónde se especificaba que las personas *deambulantes o errantes*, deberían tener un espacio de aislamiento que les permitiera deambular evitando la utilización de *sujeción mecánica o química*. Destacar que también se especifican medidas de limpieza; medidas relativas a los profesionales como la necesidad de modificar servicios; coordinación en el diagnóstico y la derivación y seguimiento de los casos.

Posteriormente, la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo de medidas organizativas complementarias, también establecía que las CC.AA deberían facilitar información epidemiológica al Ministerio sobre la situación de los centros residenciales (número de enfermos, situación de los mismos y fallecimientos) todos los martes y viernes. Los centros residenciales podían ser utilizados como espacios sanitarios de acuerdo con las funciones de las CC.AA (como establecía ya la Orden SNS/232/2020, de 15 de marzo).

La orden del 23 de marzo establecía medidas más drásticas para poder hacer frente de forma inmediata y eficientemente la situación de contagios y muertes en los centros residenciales. Como el asegurar pruebas diagnósticas

de los residentes y el personal que presta servicios, a la vez que se aseguraran que estos disponían de los EPIs. Esta orden contemplaba la necesidad de organizar el traslado de residentes, incluso la designación de un empleado público en caso de producirse un aumento de los fallecimientos. En la orden se hace especial hincapié en la necesidad de comunicar a las autoridades sanitarias de las CC.AA cualquier anomalía o emergencia en un centro residencial como la imposibilidad de retirar cadáveres.

En Cataluña, la aplicación de estas órdenes generó un cambio estructural administrativo y presupuestario con la creación de un Fondo de Contingencia para dar respuesta al gasto sanitario y sociosanitario derivado del COVID-19 (Decreto Ley 12/2020, de 10 de abril). Por lo que concierne a la reestructuración administrativa, la Dirección General de la Autonomía Personal y la Discapacidad adscrita al Depto. de trabajo, asuntos sociales y familia, pasó a depender del Depto. de Sanidad lo que implicaba el control sanitario de los centros residenciales de servicios sociales que quedan bajo la inspección sanitaria. La orden también incidía en la cooperación de los entes locales para comunicar incidencias de los centros residenciales y colaborar en situaciones de emergencia.

El cambio estructural administrativo respondía a la necesidad de implementar medidas sanitarias urgentes para hacer frente a la alarmante crisis sanitaria ante el fracaso de los Planes interdepartamentales para la atención integral, social y sanitaria, en las residencias. Con ello se pretendía dar una respuesta rápida, con una intervención médica directa en las residencias de mayores desde los centros de Atención Primaria correspondientes y a la vez poder facilitar la información epidemiológica de forma rigurosa. También preveía poder intervenir aquellos centros que requerían de una inspección y de un análisis de su praxis.

A pesar que con anterioridad se redactaron unas directrices específicas sobre como actuar frente a la epidemia del COVID-19 en los centros residenciales (*Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 a les residències, 05/04/20*) (Dep. de Salut, 2020), donde se contemplaba la coordinación entre los médicos de los centros residenciales (Equipos de Atención Residencial, EAR) y la Atención Primaria, que a su vez debería actuar por defecto cuando fuera necesario, ello en vistas de los acontecimientos no fue suficiente. Consecuentemente, se optó por pasar las competencias al Depto. de Salud y que fueran los médicos de

Atención Primaria de la zona los que se encargaran de los centros residenciales correspondientes. Ello era una reivindicación del sector desde hacía tiempo. En el 2018,⁸ se había ya recogido la difícil coordinación médica entre los EAR –sanitarios expertos en geriatría a cargo de las residencias– y los equipos de Atención primaria. Esta diversidad de facultativos y de equipos dificultaba la coordinación y provocaba errores en la identificación de los responsables. Por ello ya se consideraba la necesidad de una mayor integración del sistema de cuidados como manifestaba Fórum Catalán para la Atención Primaria.⁹

Este cambio viene a acelerar el proceso de atención integral que venía reivindicándose desde los años ochenta en salud (Comellas, 1993) y trabajándose desde el 2011 con el Plan de Salud de Cataluña (2016-20), el Programa de prevención y atención a la cronicidad y con el Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria 2014-16 (PIAISS) (Castelltort, 2014) y el nuevo PIAISS en el 2019. Cabe señalar todo el trabajo de atención integral que se viene realizando en Cataluña desde entonces, entre los equipos sanitarios y los equipos de servicios sociales; por ejemplo en las experiencias piloto de los Centros de Atención Primaria Integral en Sabadell, Vilanova i la Geltrú y Reus o los distintos modelos colaborativos que se fueron implementando en distintas localidades del territorio de forma innovadora entre los servicios sociales y los equipos sanitarios. Estos modelos se evaluaron por la Agencia de la Calidad y la Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS) (Serra-Sutton et al., 2015).

Sin embargo, la asistencia integral en los centros residenciales a todas luces ha sido la gran olvidada y no se había previsto su desarrollo con la urgencia que se requería. Si bien el primer PIAISS recogía la necesidad de definir una atención integral de las personas institucionalizadas en las mismas condiciones que las personas que viven en su domicilio, el avance ha sido demasiado lento. En cuanto al actual PIAISS, se hace incidencia en la atención centrada en la persona y la creación de una historia clínica y social.¹⁰ Incluyendo a la Historia Clínica compartida (HC3) sanitaria, la información social que es de difícil acceso y conocimiento por parte de todos los profesionales sanitarios implicados, incluyendo los del ámbito social (Deusdad & Riccò, 2018; Lolich et al., 2019).

El actual II Plan de Servicios Sociales (IIPSS) (presentado en el Parlamento catalán en septiembre de 2019) (Dep. de Treball, Afers Socials i Famílies,

2019) no establece hasta el 2024 la asistencia sanitaria integral en todas las residencias asistidas. La crisis del COVID-19 ha actuado como catalizador para imponer de forma urgente la necesidad de una atención integral en las residencias que contemple por igual el tema sanitario y social. Las medidas a adoptar, a pesar de la identificación por parte de la administración y la implicación de los profesionales de servicios sociales y sanitarios, se ha dilatado su implementación, prevista con demasiada lentitud. El nuevo PIAISS y el IIPSS no han llegado a tiempo y la previsión y planificación de las medidas a implantar se han visto superadas por los acontecimientos.

El COVID-19 como Oportunidad para Elaborar una Ley de Protección de las Personas Mayores

No recuperados de la crisis del 2008, la pandemia del COVID-19 ha irrumpido en un sector precarizado que se ha visto fuertemente tensionado llegando al colapso de los centros residenciales, cuyos efectos sociales devastadores han dado visibilidad a un sector altamente invisibilizado y marginado (Bayo, 2020). La atención a los mayores debe ocupar una posición prioritaria en un país donde casi el 20% de la población tiene más de 65 años, con el aumento de personas dependientes y de necesidades de cuidados que ello supone. Frente a este escenario, una ley de protección de las personas mayores debería ser uno de los objetivos políticos a corto plazo, para garantizar preservar los derechos de toda la población y no caer en prácticas edadistas.

Al igual que existen leyes de protección de la infancia y de la adolescencia, también a todas luces parece necesario una ley para preservar los derechos cuando envejecemos. Aspectos como el derecho a la salud y no ser discriminados por motivos de edad; el tener una muerte digna; vivir en ciudades amigables y accesibles; proteger a los mayores de formas de maltrato y abuso –económico o sexual–; el derecho a la toma de decisiones; la no exclusión social o evitar la doble victimización en el caso de las personas con demencia son algunos de los aspectos urgentes a garantizar. Todo ello unido a una mayor concienciación ciudadana que favorezca la implicación de toda la comunidad y ayude a promover las relaciones intergeneracionales y el voluntariado social. Las leyes de cuidados de larga duración, como la LAPAD, pueden organizar los cuidados sociales y aportar ayudas en este sentido, pero por si solas no garantizan el respeto a los derechos humanos.

A Modo de Conclusión

La crisis y el colapso de las residencias a raíz del COVID-19 ha evidenciado prácticas edadistas de previsión y ha puesto de manifiesto la marginalidad del sistema que regula los centros residenciales. Como las personas mayores institucionalizadas no se consideraba un sector prioritario en la atención sanitaria, la falta de una total implementación de una atención integral eficiente con los dispositivos médicos de atención primaria y con un referente social claro. La excesiva complejidad de la aplicación de la LAPAD y de los sistemas de servicios sociales dificultan el acceso y conocimiento de la información social y la consecuente coordinación entre profesionales. No obstante, es importante para la calidad de la atención que prevalezca el enfoque holístico e integral, donde lo social también esté presente junto con lo sanitario.

Se abren interrogantes acerca de si estas medidas reestructurales implementadas durante la crisis del COVID-19, se revocarán o no después de esta crisis. La detección de las necesidades de cuidados de los mayores y la elección de los servicios que mejor se ajustan en cada caso, es un tema complejo que requiere del conocimiento experto de los profesionales y de la negociación con las personas afectadas y las familias. La toma de estas decisiones no puede convertirse en un mero dictado. Combinar acompañamiento, planificación y elección es algo complejo que requiere de decisiones consensuadas con todos los agentes implicados. Para ello, se requiere de la digitalización del sector de servicios sociales, la interoperabilidad entre ambos Departamentos e implementar una atención centrada en la persona que desinstitucionalice los centros residenciales.

En España, a diferencia de la mayoría de países europeos, no ha habido un debate abierto sobre el envejecimiento en el hogar y la desinstitucionalización ¿Cómo queremos vivir la vejez? ¿Cómo queremos que sean las residencias? La institucionalización en los países nórdicos tiende a aceptarse en el tramo final de la vida. Los procesos de desinstitucionalización han diseñado residencias más abiertas, donde se acompaña más que impone y donde la voluntad individual prevalece a los intereses de la institución: con libertad de horarios y actividades. Para ello, se requiere de una mayor dotación económica para mejorar las condiciones de los centros residenciales o

financiar modos alternativos como las viviendas colaborativas (*co-housings*), para que no sean solo accesibles a una clase media acomodada. Acompañado de la dignificación de las condiciones laborales del sector, si se quieren evitar situaciones como las que hemos vivido y poder dar una calidad en el servicio, con más tiempo de dedicación al cuidado. Todo ello a la vez que dignificamos esta etapa de la vida común a todos: la vejez.

Notas

¹ Los proyectos son: SoCaTel project (H2020), *A multi-stakeholder platform for better access to long-term care services*. Así como los proyectos COST Action: *Social services, welfare state and places* (2011-15); *Ageism - a multi-national, interdisciplinary perspective* (2014-18) y el *RecerCaixa Hombres cuidadores* (2015-16).

² *Webinar series: Care during and beyond Covid-19 Crisis*. International Foundation for Integrated Care.

³ Véase: *Caixa d'eines*. https://www.acra.cat/ca/caixa-d-eines-materials-per-a-professionals_584246

⁴ Véase: La Fiscalía investiga 38 residencias de ancianos afectadas por coronavirus. *El País*: 17 de abril de 2020. <https://elpais.com/sociedad/2020-04-17/la-fiscalia-investiga-38-residencias-de-ancianos-afectadas-por-coronavirus.html>

⁵ Con el Estado de alarma todos los centros sanitarios privados del país pasan a ser controlados por la sanidad pública.

⁶ Véase: Report: the COVID19 crisis in care homes in Spain: recipe for a perfect storm.: <https://ltccovid.org/2020/03/30/report-the-covid19-crisis-in-care-homes-in-spain-recipe-for-a-perfect-storm/>

⁷ Strategies to Prevent the Spread of COVID-19 in Long-Term Care Facilities (LTCF) <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/prevent-spread-in-long-term-care-facilities.html>

⁸ Véase: Generalitat de Catalunya (2018). *Model d'Atenció Sanitària Integrada a les persones que viuen en centres residencials per a gent gran*. <https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/varios/model-atencio-sanitaria-integrada-residencies-gener-2018.pdf>

⁹ Véase: Bonilla, L, y Esparch, P. (2020). Els metges de família assumiran l'atenció sanitària a les residències. *Ara*. https://www.ara.cat/societat/familia-assumiran-latencio-sanitaria-residencies_0_2010398977.html

¹⁰ Véase: DIXIT.(2019)*El Govern aprova un pla d'atenció integrada dels serveis sanitaris i socials que situa la persona al centre*. https://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Noticies/govern_aprova_pla_atencio_integrada_serveis_sanitaris_socials.html

Nota autor/a

Este artículo forma parte del Proyecto SoCaTel H2020 financiado por el Programa de Investigación e Innovación Horizon 2020 de la Unión Europea en virtud del Acuerdo de Subvención No. 769975. El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva del autor/a y no puede ser tomado en consideración para reflejar los puntos de vista de la Comisión Europea.

Referencias

- A.D.G.S.S. Asociación de Directores y Gestores de Servicios Sociales. (2020). *XX Dictamen del Observatorio*. Autor. https://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XX_Dictamen/INFO%20GLOBAL%20XX%20DICTAMEN%203-3-20_compressed.pdf
- AGE Platform Europe. (2020, Abril 1). *COVID-19 and human rights concerns for older persons*. https://www.age-platform.eu/sites/default/files/COVID-19_%26_human_rights_concerns_for_older_persons-April20.pdf
- Anttonen, A., & Karsio, O. (2016). Eldercare Service Redesign in Finland: Deinstitutionalization of Long-Term Care. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 151–166. <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1129017>
- Anttonen, A., & Karsio, O. (2017). How marketisation is changing the Nordic model of care for older people. En: Martinelli, F., Anttonen, A. & Mätzke, M. (Eds.), *Social Services Disrupted: Changes, Challenges and Policy Implications for Europe in Times of Austerity* (pp. 219–238). Elgaronline. <https://doi.org/10.4337/9781786432117.00020>
- Anttonen, A., & Meagher, G. (2013). Mapping marketization: Concepts and goals. En: G. Meagher & M. Szebehely (Eds.), *Marketization in Nordic eldercare: A research report on legislation, oversight, extent and consequences* (pp. 13–22). Stockholm: Stockholm University.
- Arber, S., & Evandrou, M. (1997). Mapping the territory. Ageing, independence and life course. En: S. Arber & M. Evandrou (Eds.), *Ageing, Independence and Life Course*. London: Jessica Kingsley Publishers / British Society of Gerontology.

- Arriba, A., & Moreno, F.J. (2009). *Tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración e IMSERSO.
- Ayalon, L. & Tesch-Römer (2018). Introduction to the Section: Ageism—Concept and Origins. En: L. Ayalon & C. Tesch-Römer *Contemporary Perspectives on Ageism*. (pp. 1- 10). Springer Open. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_3
- Baltes, M. M., Burgess, R. L., & Stewart, R. B. (1980). Independence and dependence in self-care behaviors in nursing home residents: An operant-observational study. *International Journal of Behavioral Development*, 3(4), 489–500.
- Banerjee, A., Armstrong, P., Daly, T., Armstrong, H., & Braedley, S. (2015). “Careworkers don’t have a voice:” Epistemological violence in residential care for older people. *Journal of Aging Studies*, 33, 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.02.005>
- Bayo, C. E. (2020). La privatización de la asistencia sanitaria dejó inermes a los geriátricos catalanes ante la pandemia. *Diario Público*, 1–8. <https://www.publico.es/politica/privatizacion-asistencia-sanitaria-dejo-inermes-geriatricos-catalanes-pandemia.html>
- Ben-Harush, A., Shiovitz-Ezra, S., Doron, I., Alon, S., Leibovitz, A., Golander, H., et al. (2016). Ageism among physicians, nurses, and social workers: Findings from a qualitative study. *European Journal of Ageing*, 14, 39. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0389-9>
- Blasco, J.-M., Igual-Camacho, C., Pérez-Moltó, F.-J., García-Molina, P., Gómez-Salgado, J., & Wazen-Hervás, M.-J. (2019). Use of physical restraint in nursing homes in Spain and relation with resident characteristics: a retrospective multi-centre cohort study with a self-organised maps approach. *Ageing and Society*, 1–19. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19000680>
- Bodner, E., Palgi, Y. & Wyman, F. (2018) Ageism in Mental Health Assessment and Treatment of Older Adults. En L. Ayalon & C. Tesch-Römer. *Contemporary Perspectives on Ageism*. International Perspectives on Aging 19. (pp. 241- 262). Springer Open. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_3
- Bodoque, Y., Roca, M., & Comas-d’Argemir, D. (2016). Hombres en trabajos remunerados de cuidado: género, identidad laboral y cultura. *Revista*

Andaluza de Antropología, 11(11), 67–91.
<https://doi.org/10.12795/raa.2016.11.04>

- Breslau, E., Gorin, S., Edwards, H., Schonberg, M., Saiontz, N., & Walter, L. (2016). An individualized approach to cancer screening decisions in older adults: A multilevel framework. *Journal of General Internal Medicine, 31*(5), 539–547. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3629-y>
- Butler, R. N. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist, 9*(4), 243–246.
- Butler, R. N. (2009). Combating ageism. *International Psychogeriatrics, 21*, 211.
- Byles, J. E., Mackenzie, L., Redman, S., Parkinson, L., Leigh, L., & Curryer, C. (2014). Supporting housing and neighbourhoods for healthy ageing: Findings from the Housing and Independent Living Study (HAIL). *Australasian Journal on Ageing, 33*(1), 29–35. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2012.00646.x>
- Cannuscio, C., Block, J., & Kawachi, I. (2003). Social capital and successful aging: The role of senior housing. *Annals of Internal Medicine, 139*(5), 395–399. https://doi.org/10.7326/0003-4819-139-5_part_2-200309021-00003
- Care, L., Gardner, W., States, D., Bagley, N., & Gardner, W. (2020). The Coronavirus and the Risks to the Elderly in The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term, 9420. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1750543>
- Castelltort, A. L. (2014). Model català d'atenció integrada social i sanitària. http://salutintegralbcn.gencat.cat/web/.content/30_ambits/atencio-social-i-sanitaria/pla-interdepartamental-d-atencio-in-interaccio-social-i-sanitaria-piaiss/piaiss_presentacio_ledesma.pdf
- Comas D'Argemir, D. (2015). Long term care, and the fourth pillar of the Welfare State. *Revista de Antropologia Social, 24*, 375–404. https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2015.v24.50663
- Comas-Herrera, A. & Zalakain, J. (2020). Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence, 1–6. <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Mortality-associated-with-COVID-12-April-5.pdf>

- Comellas, J.M. (1993). La utopía de a atención integral en salud. Autoatención práctica médica y asistencia primaria. *Revisiones en Salud Pública*, (3), 169-192.
- Coupland, J., & Coupland, N. (1994). Old age doesn't come alone': Discursive representations of health-in-aging in geriatric medicine. *The International Journal of Aging & Human Development*, 39(1), 81–95. <https://doi.org/10.2190/2GM4-U3X6-QL19-G9YU>
- Dep. de Salut (2020). Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2, 1–17. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4786>
- Dep. de Treball, Afers Socials i Famílies. (2019). Pla Estratègic de Serveis Socials. Document de bases, 75. https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/15serveissocials/sistema_catala_serveis_socials/documents/informe_estat_serveis_socials/12-09-2019-Pla-Estrategic-de-Serveis-Socials_VCO3.pdf
- Dep. de Treball, Afers Socials i Famílies. (2020). *Instruccions per a les residències per a la prevenció i protecció de la infecció per la COVID-19*, 19. https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/recomanacions-generals-residencies-prevencio-proteccio-covid-19.pdf
- Deusdad, B., & Riccò, I. (2018). Professional stakeholders' views of the use of digital technologies in Spanish long-term care. *Human Technology*, 14(3), 382–403. <https://doi.org/10.17011/ht/urn.201811224839>
- Deusdad, B., Comas-d'Argemir, D., & Dziegielewski, S. F. (2016). Restructuring Long-Term Care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Social Policies and Social Work Practice. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 246–262. <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1129013>
- Deusdad, B., Lev, S., Pace, C., & Vella, S. (2017). Care for older people in three Mediterranean countries: Discourses, policies and realities of de-institutionalisation. En F. Martinelli, A. Anttonen & M. Mätzke (Eds.), *Social Services Disrupted: Changes, Challenges and Policy Implications for Europe in Times of Austerity* (pp. 259–278). Elgaronline. <https://doi.org/10.4337/9781786432117.00022>
- Deusdad, B., Pace, C., & Anttonen, A. (2016). Facing the Challenges in the Development of Long-Term Care for Older People in Europe in the

- Context of an Economic Crisis. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 144–150. <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1133147>
- Evans, G. W., Kantrowitz, E., & Eshelman, P. (2002). Housing Quality and Psychological Well-Being Among Elderly Population. *The Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(4), 381–383. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.4.P381>
- Evans, S. Ch. (2018). Ageism and Dementia. In: Ayalon, L. & Tesch-Römer (Eds.), *C. Contemporary Perspectives on Ageism* (pp. 263- 276). NY: Springer Open. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_3
- Fisher, J., Johnsol, D.S., Marchand, J.T., Smeeding, T.M., & Torrey, B. B. (2007). No Place Like Home: Older Adults and Their Housing. *The Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), 120-128. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.2.S120>
- Fitzgerald, K. D., & Caro, F.G. (2014). An Overview of Age-Friendly Cities Communities around the World. *Journal of Aging & Social Policy*, (26), 1–18. <https://doi.org/10.1080/08959420.2014.860786>
- Goffman, E. (1970/2017). *Internados*. Amorroutu.
- Golant, S. M. (2011). The quest for residential normalcy by older adults: Relocation but one pathway. *Journal of Aging Studies*, 25(3), 193–205. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaging.2011.03.003>
- Harnett, T., & Jönson, H. (2017). “They are different now” – Biographical continuity and disruption in nursing home settings. *Journal of Aging Studies*, 42, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.05.003>
- Harvard JCHS (2017). *Demographic change and the remodelling outlook. Improving American Housing 2017*. Author.
- Kluge, H.P. (2020, Abril 23). Statement – Invest in the overlooked and unsung: build sustainable people-centred long-term care in the wake of COVID-19. *World Health Organization Europe*. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/statements/2020/statement-invest-in-the-overlooked-and-unsung-build-sustainable-people-centred-long-term-care-in-the-wake-of-covid-19>
- Kröger, T., & Bagnato, A. (2017). Care for older people in early twenty-first-century Europe: Dimensions and directions of change. En: F. Martinelli, A. Anttonen, & M. Mätzke (Eds.), *Social Services Disrupted: Changes, Challenges and Policy Implications for Europe*

in *Times of Austerity* (pp.201–218). Elgaronline
<https://doi.org/10.4337/9781786432117.00019>

- Kubalčíková, K., & Havlíková, J. (2016). Current Developments in Social Care Services for Older Adults in the Czech Republic: Trends Towards Deinstitutionalization and Marketization. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 180–198.
<https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1129014>
- Lagacé, M., Tanguay, A., Lavallée, M.-L., Laplante, J., & Robichaud, S. (2012). The silent impact of ageist communication in long term care facilities: Elders' perspectives on quality of life and coping strategies. *Journal of Aging Studies*, 26(3), 335–342.
<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.03.002>
- Lemos, N. (2019). Competing goods and fallacies of care: Moral deliberations at the end of life in the nursing home. *Journal of Aging Studies*, 51, 100798. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.100798>
- Lolich, L. (2019). The prioritisation of choice in eldercare: the case of Ireland. *International Journal of Care and Caring*, 3(4), 517–530.
<https://doi.org/10.1332/239788219x15597493546661>
- Lolich, L., Riccò, I., Deusdad, B., & Timonen, V. (2019). Embracing technology? Health and Social Care professionals' attitudes to the deployment of e-Health initiatives in elder care services in Catalonia and Ireland. *Technological Forecasting and Social Change*, 147(December 2018), 63–71.
<https://doi.org/10.1016/j.techfore.2019.06.012>
- López-Doblas, J. (2016). Las Mujeres Viudas en España. *Research on Ageing and Social Policy*, 4(1), 22. <https://doi.org/10.17583/rasp.2016.1731>
- López-Doblas, J., & Díaz-Conde, M. P. (2013). La modernización social de la vejez en España Social modernization of Spanish old age. *Revista Internacional de Sociología*, 71(1), 65-89.
<https://doi.org/10.3989/ris.2011.04.26>
- Martínez-Buján, R. (2014). Regional Models of Social Organization of In-home Care for the Elderly. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145, 99-124. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.145.99>
- Martínez-Rodríguez, T. (2013). *Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona.* <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/01/AvanzarAGCPmarcoyfases1.pdf>

- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McLafferty, I., & Morrison, F. (2004). Attitudes towards hospitalized older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 446-453. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03122.x>
- Means, R. (2007). Safe as houses? Ageing in place and vulnerable people in the UK. *Social Policy and Administration*, 41(1), 65-85. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2007.00539.x>
- Ministerio de Sanidad (2020). Actualización nº 86. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19 25.04.20.). https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_86_COVID-19.pdf
- Moreno, A., & Vicente-Virseda, J. A. (2016). Situación Familiar, Protección Social y Bienestar de las Personas Mayores en Perspectiva Europea Comparada. *Research on Ageing and Social Policy*, 4(2), 96. <https://doi.org/10.17583/rasp.2016.2048>
- Moreno, L. (2012). *La Europa asocial: crisis y estado del bienestar*. Península.
- Nord, C. (2016). Free choice in residential care for older people — A philosophical reflection. *Journal of Aging Studies*, 37, 59-68. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2016.02.003>
- Offenhenden, M. (2017). “Si hay que romperse una, se rompe” *El trabajo del hogar y la reproducción social estratificada*. (Tesis Doctoral). Universitat Rovira i Virgili. <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/460763/TESI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Paniagua, J. (2020, Abril 20). La soledad de los mayores. *El Mundo*. <https://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2020/04/20/5e9c6c4f21efa066298b45eb.html>
- Pascual, Cinta (2020, Marzo 24). Les residències us necessiten. Cal dotar de material les més de 1.000 residències públiques i privades que hi ha a Catalunya. *Diari Ara*. https://www.ara.cat/opinio/residencies-us-necessiten-Cinta-Pascual-coronavirus-Covid-19_0_2422557929.html
- Persson, T., & Wästerfors, D. (2009). “Such Trivial Matters:” How staff account for restrictions of residents’ influence in nursing homes.

Journal of Aging Studies, 23(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.09.005>

- Pineles, L., Petruccelli, C., Perencevich, E. N., Roghmann, M.-C., Gupta, K., Cadena, J., Morgan, D. J. (2018). The Impact of Isolation on Healthcare Worker Contact and Compliance With Infection Control Practices in Nursing Homes. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 39(6), 683–687. <https://doi.org/10.1017/ice.2018.50>
- Pynoos, J., Nishita, C., Cicero, C., & Caraviello, R. (2008). Aging in place, housing, and the law. *The Elder Law Journal*, 16(1), 77-105. <http://publish.illinois.edu/elderlawjournal/files/2015/02/Pynoos.pdf>
- Rachide, I. (2020). Filosofía holandesa ante el Covid-19: "Llevar a los ancianos a morir al hospital es inhumano". *El Confidencial*. https://www.elconfidencial.com/mundo/europa/2020-03-27/paises-bajos-coronavirus-colapso-cultura-muerte_2517808/
- Ramírez-Navarro, M. (2020). En lugar de apoyo sanitario, la autoridad envía fiscales y policía a las residencias. *Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales*. <https://www.directoressociales.com/noticias/456-en-lugar-de-apoyo-sanitario,-la-autoridad-env%C3%ADa-fiscales-y-polic%C3%ADa-a-las-residencias.html>
- Ryvicker, M. (2011). Staff–resident interaction in the nursing home: An ethnographic study of socio-economic disparities and community contexts. *Journal of Aging Studies*, 25(3), 295–304. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2010.11.001>
- Saarnio, L., Boström, A.-M., Hedman, R., Gustavsson, P., & Öhlén, J. (2017). Enabling at-homeness for residents living in a nursing home: Reflected experience of nursing home staff. *Journal of Aging Studies*, 43, 40–45. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.10.001>
- Saarnio, L., Boström, A.M., Gustavsson, P., & Öhlén, J. (2016). Meanings of at-homeness at end-of-life among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 312-9. <https://10.1111/scs.12246>
- SEMICYUC. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. (2020). *Recomendaciones Éticas Para La Toma De Decisiones En La Situación Excepcional De Crisis Por Pandemia Covid-19 En Las Unidades De Cuidados Intensivos*. 1–15. <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/etica-semicyuc-covid-19.pdf>

- Serra-Sutton, V., Montané, C., Pons-Ràfols, J., & Espallargues-Carreras, M. (2015). Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya. *Scientia*.
- Sheehan, N., & Oakes, C. E. (2006). Bringing Assisted Living Services into Congregate Housing. *Journal of Aging & Social Policy*, 18(1), 65-86. https://doi.org/10.1300/J031v18n01_04
- Sigurdardottir, S. H., Kristmundsson, O. H., & Hrafnisdottir, S. (2016). Care of Older Adults in Iceland: Policy Objectives and Reality. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 233–245. <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1137535>
- Singelenberg, J., Stolarz, H., & McCall, M. E. (2014). Integrated Service Areas: An Innovative Approach to Housing, Services and Supports for Older Persons Ageing in Place. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 24, 69–73. <https://doi.org/10.1002/casp.2175>
- Smith, S. K., Rayer, S. Smith, E., Wang, Z., & Zeng, Y. (2012). Population Aging, Disability and Housing Accessibility: Implications for Sub-national Areas in the United States. *Housing Studies*, 27(2), 252-266. <https://doi.org/10.1080/02673037.2012.649468>
- Söderberg, M., Ståhl, A., & Melin Emilsson, U. (2012). Family members' strategies when their elderly relatives consider relocation to a residential home — Adapting, representing and avoiding. *Journal of Aging Studies*, 26(4), 495–503. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.07.002>
- Spasova, S., Baeten, R., Ghailani, D., & Vanhercke, B. (2018). *Challenges in long-term care in Europe A study of national policies*. European Commission.
- Suarez-Gonzalez, A., & Comas-Herrera, A. (2020). Report: The impact of the COVID-19 pandemic on people living with dementia in Spain. LTC responses to COVID-19. *International Long-Term Care Policy Network*. <https://ltccovid.org/2020/04/24/report-the-impact-of-the-covid-19-pandemic-on-people-living-with-dementia-in-spain/>
- Szüdi, G., Kováčová, J., & Konečný, S. (2016). Transformation of Social Care Services for the Elderly in Slovakia. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 199–217. <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1129016>
- Tanne, J. H., Hayasaki, E., Zastrow, M., Pulla, P., Smith, P., & Rada, A. G. (2020, Mazo 18). Covid-19: How doctors and healthcare systems are

- tackling coronavirus worldwide. *The BMJ*, 368, 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1090>
- Theurer, K., Mortenson, W. Ben, Stone, R., Suto, M., Timonen, V., Rozanova, J., ... Wallinga, J. (2015). Digging deep: how organisational culture affects care home residents' experiences. *Journal of Hospital Infection*, 36(1), 201–210. <https://doi.org/10.1017/S0144686X14000907>
- Thoresen, L., Ahlén, R., & Solbrække, K. N. (2016). Advance Care Planning in Norwegian nursing homes—Who is it for? *Journal of Aging Studies*, 38, 16–26. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2016.04.003>
- Urbańska, K., Szcześniak, D., & Rymaszewska, J. (2015). The stigma of dementia. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 24(4), 225–230. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pin.2015.10.001>
- Utleigh-Smith, Q., Colón-Emeric, C. S., Lekan-Rutledge, D., Ammarell, N., Bailey, D., Corazzini, K. & Anderson, R. A. (2009). Staff perceptions of staff-family interactions in nursing homes. *Journal of Aging Studies*, 23(3), 168–177. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.11.003>
- Vasara, P. (2015). Not ageing in place: Negotiating meanings of residency in age-related housing. *Journal of Aging Studies*, 35, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.07.004>
- Villar, F., & Serrat, R. (2017). Changing the culture of long-term care through narrative care: Individual, interpersonal, and institutional dimensions. *Journal of Aging Studies*, 40, 44–48. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2016.12.007>
- Wang, H., Li, T., Barbarino, P., Gauthier, S., Brodaty, H., Molinuevo, J. L., & Yu, X. (2020). Dementia care during. *The Lancet*, 6736(20), 19–20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30755-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30755-8)
- WHO – World Health Organization (2007), 'Global age-friendly cities: a guide'. http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf?ua51
- Wiles J.L., Leibing A., Guberman N., Reeve J., & Allen R.E. (2012). The meaning of "aging in place" to older people. *Gerontologist*, 52(3), 357-66. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>
- Wyman, M.F., Shiovitz-Ezra, S., & Bengel, J. (2018). Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. En: L.Ayalon & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism*. (pp.

168 Deusdad - *COVID-19 y la crisis de las Residencias de Mayores*

193- 212) NY: Springer Open. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_3

Blanca Deusdad Ayala. *Associate Professor. Dep. Anthropology, Philosophy and Social Work. Universitat Rovira i Virgili.*

Contact Address: blanca.deusdad@urv.cat