

COVID-19 Y RESIDENCIAS DE ANCIANO: ALGUNAS REFLEXIONES

NURSING-HOME AND COVID-19: WHAT HAVE WE LEARNT?

José Manuel Ribera Casado

Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España - Gerontología y Geriátrica
Catedrático Emérito. Universidad Complutense de Madrid

Palabras clave:

Residencias;
Medicalización;
Coronavirus;
COVID-19;
Pandemia.

Keywords:

Home-care;
Medicalization;
Coronavirus;
COVID-19;
Pandemia.

Resumen

Se presentan cinco materias de reflexión sobre la repercusión del COVID19 en las residencias de ancianos: 1) El problema se detectó mal y tarde, especialmente por parte de los titulares de las mismas y por sus responsables legales, las CCAA, 2) Las residencias no son un mundo unívoco, sino muy heterogéneo desde cualquier perspectiva que se contemple: tamaño, dependencia, personal de que disponen, normas reguladoras, medios materiales o esquemas funcionales. 3) Incorporan una población muy vulnerable, por edad, condiciones físicas y mentales, alto grado de cronicidad y dependencia, características del medio residencial y dificultades de manejo una vez aparecida la enfermedad. La mortalidad, muy elevada, ha sido muy superior a la reportada. 4) La medicalización de estos centros es un punto clave para entender lo ocurrido y prevenir futuros problemas. 5) Debemos extraer lecciones a partir de esta experiencia. Analizar el grado de medicalización necesario en cada caso y situar el problema de la atención residencial en el marco de los llamados “cuidados de larga duración”.

Abstract

People living in care-homes has been Covid-19 pandemic's preferential victims. Our aim is to offer some reflexions about it: 1) Nursing-home problems related to Covid-19 were detected to late. Legal supervisors of these centers, CCAA, were, probably, negligent. 2) Residential centers are a very heterogeneous world from any point of view we should take into account: size, institutional dependency, number and qualification of health and non-health workers, resources, functional protocols, etc. We can not consider them as an unitary group, 3) Health vulnerability is the rule. Many reasons help to understand it: high age (mean about 90 y.), presence of chronic diseases, rates of physical and mental dependency, need of intensive help for daily living's activities, etc. They live in closed spaces, with many common activities, and difficulties for isolation. Social ageism has added another perverse factor. The result has been a very high rates of mortality. 4) A key point to understand the past and to prevent future similar events, would be to analyze the degree of medicalization each nursing-home needs. 5) We must learn from this experience and we must change many of our previous standard thoughts regarding the functional approach to this sort of setting.

INTRODUCCIÓN

Durante las semanas de pandemia las residencias de ancianos han sido foco de debate. Sus altas tasas de mortalidad, las causas de ello, los eventuales errores de gestión y las posibles enseñanzas de cara al futuro derivadas de esta experiencia son los principales temas recurrentes. Todo ello me lleva a compartir algunas reflexiones.

1ª REFLEXIÓN: EL PROBLEMA SE HA DETECTADO TARDE

Un protocolo del Ministerio de Sanidad del 5 de marzo hablaba ya de las residencias, pero nadie hizo demasiado caso. Incluso cuando el 14 de marzo se declaró el estado

de alarma, la cuestión de las residencias de ancianos no se planteó como problema específico destacado. Algo similar ocurrió en el resto de Europa. Hubo recomendaciones orientadas hacia la ciudadanía para evitar contagios, sugerencias sobre programas de aislamiento, pautas para establecer protocolos en hospitales, en sus servicios de urgencia y en las unidades de cuidados intensivos (UCI). A finales de marzo, cuando los medios empiezan a informar sobre los desastres que estaban teniendo lugar se toma conciencia y se empieza a reflexionar sobre el problema.

Sin embargo, ya el 21 de marzo la OMS había publicado un documento relativamente extenso titulado “Prevención y control de infecciones en los centros de larga estancia en el contexto del Covid-19” (1). El énfasis se ponía en la prevención, el diagnóstico precoz y en la coordinación entre niveles asistenciales. Aparentemente no se le tuvo muy en cuenta.

Autor para la correspondencia

José Manuel Ribera Casado
C/ Joaquín María López, 28 · 28015 Madrid
Tlf.: +34 91 159 47 34
E-Mail: jribera.hcsc@salud.madrid.org

2ª REFLEXIÓN:

EL MUNDO RESIDENCIAL ES MUY COMPLEJO Y HETEROGÉNEO

Ayuda a entender lo sucedido disponer de una visión global de lo que cabría llamar puntos de partida. Las residencias son necesarias. Muchas personas mayores no pueden vivir en un domicilio que, además, no siempre existe. Requieren soluciones alternativas. Ingresar en una residencia es hacerlo en un mundo nuevo y desconocido que requiere una adaptación. El medio residencial es extraordinariamente diverso con una variabilidad enorme y evidente. Nunca puede ser considerado un bloque homogéneo. Las competencias en este campo, el control y supervisión de su funcionamiento están transferidas a las CCAA.

Su heterogeneidad abarca muchísimos aspectos. Un trabajo del CSIC, dirigido por el Prf. Abellán, recoge algunos de ellos (2). En abril de 2019, 372.872 personas mayores de 65 años vivían en las 5417 residencias del país, lo que representa el 4.6% de la población correspondiente a ese grupo etario. La primera gran diferencia se relaciona con el tamaño. Existen 1130 de menos de 25 plazas que engloban al 6.7% de residentes. Un 48.7% vive en alguna de las 1229 con más de 100 plazas. La mayoría son de carácter general, pero las hay centradas en problemas específicos, deterioro cognitivo, rehabilitación tras fracturas de cadera, ictus, etc. Desapareció hace tiempo la distinción entre válidos y asistidos, por la obvia razón de que quienes ingresaban como válidos se convertían en dependientes en plazas, a veces, muy breves.

Son privadas 3844 (71%) y públicas 1573 (29%). Grandes empresas han visto buenas perspectivas de negocio en el sector, de forma que las 13 firmas más importantes de este grupo engloban 575 centros, habitualmente de gran tamaño. El entramado, sobre todo supranacional, de estos grupos empresariales ha sido analizado en relación con el Covid-19 (3). Otro apartado comprende las residencias de empresas privadas sin ánimo de lucro. Es igualmente heterogéneo, pero predomina la titularidad de instituciones religiosas, algunas centenarias, herederas de los antiguos asilos. Por el número de centros adscritos, 110, cabe citar en primer lugar a las dependientes de "Mensajeros de la Paz". También a las de "San Rosendo" con 45. Entre las de menos de 25 plazas la variabilidad es enorme y muchas corresponden a grupos familiares o a personas únicas. Con independencia de su titularidad o su tamaño es muy baja la proporción de plazas residenciales en habitaciones individuales.

Otra diferencia importante es la referida a las normas legales y administrativas por las que se deben registrar estos centros. Al tratarse de una competencia transferida a las CCAA la diversidad es enorme y cabría decir que sorprendente. Un trabajo reciente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) presenta un estudio comparativo al respecto (4).

Varían mucho en sus programas de actividades, características físicas y arquitectónicas, oferta de servicios (alimentación, gimnasio, capilla,

mobiliario, biblioteca, jardín, piscina,...), precios, requisitos de admisión, funcionamiento interno o dotación material y de personal. También su nivel de medicalización, algo que comento más adelante. Las de gran tamaño suelen disponer de algún personal de enfermería y de auxiliares clínicas, algunas incluso de médico, pero, oficialmente, la atención de la salud del residente depende del centro de salud más próximo. Al médico de atención primaria corresponde indicar cualquier prueba diagnóstica o decisión terapéutica, enviar al hospital al residente, recetar y administrar fármacos o hacer un seguimiento de cualquier proceso, agudo o crónico. Cuando se dispone de personal de enfermería, su número suele ser bajo, con una ratio de 1 a 5 si se compara con la de un hospital de tamaño equivalente.

3ª REFLEXIÓN: LAS RESIDENCIAS SON LUGARES ÓPTIMOS PARA EL DESARROLLO DEL CORONAVIRUS

El perfil de salud del residente le convierte en candidato idóneo y preferente para sucumbir ante el "coronavirus". Son personas de edad muy avanzada, unos 90 años de media. Muchos centenarios. La patología y la dependencia son la norma. La mayoría presenta varios procesos crónicos mantenidos durante años, que afectan a diferentes órganos y sistemas: respiratorio, cardiovascular, osteoarticular, neurológico, renal, órganos de los sentidos, boca, piel, diabetes, etc. Consumen un gran número de fármacos diarios, más de 10 de media. El deterioro cognitivo en diferentes grados es muy prevalente y puede llegar a cerca del 50%. Casi la mitad de residentes presenta algún tipo de dependencia que requiere ayuda mantenida para una o más actividades básicas de la vida diaria, como vestirse, lavarse, desplazarse, comer, incontinencia, etc. Son características que le hacen especialmente vulnerable y ayudan a entender la rapidez e intensidad de penetración del Covid-19. Además, su entorno sociofamiliar suele ser "frágil", con escasas posibilidades de apoyo.

A estos factores de riesgo centrados en la persona se añaden los institucionales. Espacios físicos limitados que obligan a un contacto estrecho casi permanente. Numerosas actividades comunes y compartidas como las comidas, lugares de encuentro, televisión, biblioteca cuando existe, servicios religiosos, gimnasios, etc. El propio personal que trabaja allí, con sus obligadas entradas y salidas, y muy limitado en cuanto a protección personal, puede considerarse otro vector acelerador de la epidemia.

Un elemento adicional ayuda a entender la magnitud del desastre: las dificultades para manejar adecuadamente la enfermedad una vez establecida. El mero hecho de tratarse de una población muy vulnerable, su evidente mal pronóstico y el alto riesgo de convertirse en transmisores, ha hecho que el acceso a eventuales medidas terapéuticas haya sido mucho más pobre que en otros grupos de población. El edadismo social subyacente alentado, voluntariamente o no, desde los medios de comunicación e incluso desde las administraciones ha añadido leña al fuego (5).

La consecuencia es que su acceso a los servicios de urgencia hospitalarios y, sobre todo, a las UCIS ha estado muy condicionada, cuando no prohibida, en numerosos centros. Las normas vergonzantes en este sentido, más o menos camufladas, procedentes de las consejerías correspondientes en muchas CCAA, han sido objeto de controversia en los medios de comunicación. Las dos entidades dominantes en el sector de “mayores”, CEOMA (Confederación Española de Organizaciones de Mayores) y UDP (Unión Democrática de Pensionistas), solicitaron al Defensor del Pueblo “combatir cualquier forma de discriminación contra los ancianos que vivan en residencias” (6).

A todo ello cabe sumar como limitación estructural la incapacidad práctica de la mayor parte de los centros para aislar el residente con Covid-19 y las dificultades para mantener un mínimo tratamiento de soporte por falta de personal sanitario, una pobre dotación material y la práctica ausencia de los elementos de protección más elementales.

El resultado se conoce. Sus versiones más dramáticas las han mostrado los telediarios. Las cifras de contagiados y de muertos son enormes, difíciles de concretar y superan en bastante a las oficiales. La falta de material diagnóstico específico, incluso la resignación, han determinado que muchos residentes enfermaran y murieran sin ser oficialmente contabilizados. Se ha dicho que entre un tercio y la mitad de los fallecidos en España procedían de residencias. De acuerdo con la prensa y con los datos oficiales que se van conociendo es indudable que, en algunos lugares, como en la Comunidad de Madrid, la proporción debe ser superior. Revistas internacionales de primer nivel como el *British Medical Journal* han recogido y comentado esta situación (7)

Las cifras oficiales de Francia a 13 de mayo hablaban de 26.991 muertos de los que procedían de residencias 9988, más de un tercio. Probablemente, como aquí, las proporciones son más altas. Los datos globales estimados para otros países señalan que aproximadamente la mitad de los muertos corresponden al mundo residencial (8). Algunos cálculos aventuran proporciones superiores, hasta del 80% en el caso de Canadá. En los países nórdicos el 45% en Suecia, 60% en Noruega o 33% en Dinamarca (9). En el Reino Unido el 72% (10). Los problemas para conocer cifras reales son evidentes (11), pero parece poco discutible que en todas partes el virus se ha ensañado con las personas que viven en residencias

Que países con sistemas residenciales distintos muestren siempre datos altos de mortalidad se ha utilizado como argumento para sugerir que el problema es universal, sin evidencias de que haber intervenido antes o de otra forma hubiera paliado los resultados finales. Una hipótesis imposible de contrastar. En todo caso se reaccionó tarde. La mayor responsabilidad la tienen las CCAA por recaer sobre ellas el deber legal de supervisión directa, vigilancia y control. Muchas empresas titulares de las residencias respondieron tarde, mal y, casi siempre, mirando para otro lado. Es evidente que las cosas se podían haber hecho mejor como demuestra el hecho de que, aunque sean minoría, existen residencias en las que no se ha detectado ni un solo caso.

4ª REFLEXIÓN: EL EQUÍVOCO TÉRMINO DE “MEDICALIZACIÓN”

Se trata de una palabra muy repetida durante estos meses, inespecífica y con diferente significado según quien la utilice. Importa matizar, tanto mirando al presente como para preparar el futuro, en qué medida el nivel de medicalización ha influido durante la pandemia. Existen numerosas preguntas y no demasiadas respuestas, tanto acerca de lo que pudiera haber ocurrido con un mayor grado de medicalización previa, como con las eventuales medidas futuras.

Medicalizar es “dotar a algo de lo necesario para ofrecer asistencia médica” según la RAE. Ese “algo” serían las residencias. El IMSERSO las define como “establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y de promoción de su autonomía personal”. Ni la RAE ni el IMSERSO son muy precisos, aunque lo de “programas de intervención adecuados a las necesidades” abre puertas a la medicalización

El sentido común sugiere que medicalizar implica personal, así como una mínima dotación de material diagnóstico y terapéutico: oxígeno, vías, sueros, fármacos, etc. Disponer de profesionales formados en sus respectivos campos y valorar las conexiones del centro con la atención primaria, la especializada y la hospitalaria. Aunque no exista un modelo universal definitivo para cuantificar estas dotaciones el tamaño del centro será siempre un elemento esencial de decisión.

Desde el ámbito social se insiste en recordar que las residencias constituyen “una alternativa a la vivienda normal”. Por ello insisten en que cuanto menor medicalización mejor y más acorde con la dignidad del residente (12). Lo de la dignidad no viene a cuento. Se debe mantener en cualquier modelo. Cabe recordar que en los domicilios existen pequeños botiquines (termómetro, alcohol, tiritas, algunos fármacos...). Los hipertensos –dos tercios entre los mayores de 65 años– suelen disponer de un aparato para controlar su tensión y los diabéticos de sistemas para calcular la glucemia. Ejemplos hay infinitos. Si consideramos un hogar-residencia de cuatrocientas personas con múltiples problemas médicos las conclusiones salen solas.

Unas residencias capaces de detectar los casos desde su inicio, de ofrecer una respuesta médica precoz, disponer de sistemas de aislamiento y utilizar criterios profesionales para los traslados al hospital, hubiera reducido la mortalidad. A mi juicio la cuestión no es si se debe medicalizar o no la residencia, sino dónde se pone la frontera.

Una denuncia contra la Comunidad de Madrid ha judicializado el tema y, paradójicamente, contribuido a su definición. La sentencia habla de dotar “del personal sanitario necesario (médicos y enfermeras) y del material preciso para llevar a cabo los tratamientos y pruebas diagnósticas”. Para explicarlo alude a los hoteles medicalizados, ...“un

ejemplo fácil de entender y asumir... atendidos por personal sanitario... no por el personal de hostelería del establecimiento” (13).

En la misma línea el Defensor del Pueblo, previo al Covid-19, ya consideraba necesaria “una profunda revisión al alza de las ratios de personal de atención directa”. También que “se aprueben planes periódicos de inspección con indicadores sobre calidad, trato inadecuado y buenas prácticas”. Pedía que “se refuerce la atención médica y de enfermería en los centros”. Matizaba que “otro modelo de residencias de mayores más propiamente socio-sanitario, que contara con una atención médica y de enfermería más amplia y extensa, o en el que al menos y dado el perfil muy dependiente de los residentes, se aumentarían las exigencias a los centros de contar con más medios sanitarios, sería posible y quizás conveniente” (14). Llevaba la “medicalización” hasta discutir cómo deberían aplicarse a un colectivo humano heterogéneo y a unas residencias con dimensiones y otras características muy diversas.

En plena pandemia otro informe del Defensor habla de quejas muy abundantes desde las residencias, de “carencias de medios y personales”, de “problemas estructurales evidenciados durante esta crisis”, de “medidas insuficientes de prevención y reacción” y de la necesidad de una revisión profunda. Todo ello lo concreta en siete recomendaciones en la línea de solicitar un mayor grado de medicalización (15).

5ª REFLEXIÓN: LA EXPERIENCIA ACTUAL ABRE POSIBILIDADES DE CARA AL FUTURO

Reflexionar sobre el futuro es obligado. Sobre todo, una vez que, superada la crisis, dispongamos de información más completa y de la perspectiva que proporciona el tiempo. Se ha hablado de la “fragilidad del sistema de cuidados de larga duración”. Un segundo rebrote es posible como lo es que aparezcan epidemias similares. Algunas voces piden “humanizar las residencias” y contraponen este concepto al de medicalización. Una disyuntiva sin razón de ser (16).

La pandemia ha evidenciado que no existía previsión alguna para un problema de esta magnitud y que la reacción inicial mayoritaria ha sido ignorarlo en mayor o menor grado por parte de las instituciones implicadas, especialmente por quienes debían asumir su responsabilidad legal, las CCAA. También por muchos de sus titulares.

Una de las primeras entidades en aportar sugerencias fue la SEGG. Muy al inicio elaboró un documento con líneas de trabajo orientadas fuera del ámbito hospitalario (17). La experiencia derivada del mismo facilitó otro posterior más amplio y concreto que abordaba aspectos específicos sobre la forma de actuar en los casos sospechosos o diagnosticados en residencias (18). Hablaba de los test diagnósticos, de sectorizar las residencias, de formación del

profesional, de los mapas de centros, de coordinación entre los circuitos de intervención, del papel de los diferentes niveles asistenciales, de las posibilidades de habilitar tratamientos hospitalarios en residencias y del seguimiento de estos pacientes. En algunos lugares estas recomendaciones constituyeron una guía válida, pero el desbordamiento absoluto ante la magnitud del problema ha limitado su utilización. Queda como documento de trabajo ante posibles rebrotes.

Otra constatación es que el hospital ha mostrado ser un territorio particularmente hostil. El rechazo explícito –a veces expresado de manera muy sutil– para recibir a estos pacientes, mucho más en sus UCIS, ha sido práctica muy extendida. Hubo carteles en algunos hospitales indicando que no aceptaban ancianos de residencias. También normas escritas de los responsables de algunas Consejerías. Incluso documentos planteados específicamente sobre aspectos éticos empujaban en esa dirección (19).

La pandemia contemplada desde las residencias ha evidenciado una vez más el edadismo a cualquier nivel de nuestra estructura social. Se ha llegado a calificar al residente de “colectivo no productivo”, responsabilizándoles del no-salto de fase durante la desescalada (20). La lucha contra esta lacra, más allá del ámbito residencial, debe estar presente también en cualquier programa sobre el futuro de estos cuidados.

Otro documento posterior de la SEGG (21) apunta sugerencias de interés. Entre ellas: “a) conocer y mejorar la dotación de personal sanitario en residencias de acuerdo al porcentaje de residentes con discapacidad y/o demencia, b) mejorar la formación del personal sanitario y no sanitario, c) evaluar los criterios para dar licencia de apertura, d) evaluar el funcionamiento de las inspecciones, los criterios utilizados y su frecuencia, y e) definir competencias, especialmente en residencias de titularidad privada y públicas de gestión privada para que un trabajo de coordinación y colaboración con la geriatría hospitalaria no se acompañe de una reducción del personal sanitario contratado...”. Una visión parcelar y parcial del problema pero que orienta bien sobre algunos de los puntos en discusión. Insiste, y así debe ser, en los aspectos de evaluación y control, y aborda el tema inexcusable de la medicalización y de la colaboración entre los niveles sanitarios.

Quedan abiertas muchas cuestiones. En el mundo sanitario está arraigada la “sectorización”. Algo equivalente debería hacerse en el residencial. Resulta necesario buscar similitudes y puntos de conexión entre los sectores social y sanitario. No sólo en el ámbito geográfico. También delimitar mejor el número más adecuado de plazas por residencia de acuerdo con las características específicas de cada una, ni excesivamente bajo ni muy alto. Fijar puntos como los ya comentados del nivel de “medicalización” y cualificación del personal. Avanzar en lo concerniente a la coordinación y búsqueda de fórmulas eficaces y evaluables de supervisión y control. Todo ello tanto en el sistema público como en el privado. Asegurar formas de trabajo que no faciliten parasitar recursos destinados a lo público.

El documento de la SEGG referido sugiere objetivos asistenciales y enumera una larga lista de ellos. Los que podríamos llamar objetivos sociales deberían ser más explícitos en la agenda futura y constituir un enfoque complementario. Propuestas similares aparecen en el documento enviado al gobierno por la “Mesa estatal por los derechos de las personas mayores” (22).

Además, las residencias son un buen campo para la docencia y la investigación tanto desde su vertiente social como sanitaria, algo de lo que se habla muy poco y se practica aún menos. Junto a todo ello habrá que potenciar y actualizar de manera periódica los diferentes sistemas tecnológicos que van surgiendo, aplicados al beneficio individual del residente, pero también al funcionamiento interno y a los sistemas de coordinación externa del propio centro. Por último, nunca perder el enfoque de que los cuidados residenciales deben ser contemplados desde la perspectiva más amplia de los llamados “cuidados de larga duración” que, incorporan en paralelo cuestiones como los programa de atención a domicilio, los centros de día, la teleasistencia y otros muchos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención y control de infecciones en los centros de larga estancia en el contexto del Covid-19: orientaciones provisionales. WHO/2019-nCoV/IPC_long_term_care/2020.1 21 Marzo 2020.
2. Abellán García A, Aceituno Nieto MO, Ramiro Fariñas D. Estadísticas sobre Residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincias. CSIC. Informes envejecimiento en red. 2019, nº 24, Octubre. [https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/04/27/los verdaderos dueños de las Residencias en España 1062 17 1012.html](https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/04/27/los-verdaderos-dueños-de-las-Residencias-en-España-1062-17-1012.html).
3. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Estudio de normativa de Residencias. Documento. Madrid. 2020, Mayo.
4. Ribera Casado JM. ¡Qué bueno que haya viejos! Newsletter- Adherencia & Cronicidad & Pacientes. 20 de Marzo de 2020.
5. Inforesidencias. Dependencia.info. 21 de Mayo de 2020.
6. García Rada A. Covid-19: the precarious position of Spain's nursing homes. Br Med J 2020; 369:554 doi:10.1136/bmj-m1554 (published 20 April 2020).
7. Revista Entremayores. 12 de Mayo de 2020.
8. De Martí J. Pensemos en el nuevo modelo. Inforresidencias. Dependencia.info. 13 de Mayo de 2020.
9. Gordon AL, Goodman C, Achterberg W et al. Covid in care-homes: challenges and dilemmas in healthcare delivery. Age Ageing 2020; <https://doi.org/10.1093/aging/afaa.113>.
10. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Itwin C, Hsu AT, Lane N, Fernández JL. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care-homes: early international evidence. Article in LT Covid.org International Long-Term Care Policy Network. CPECLSE, 3 May 2020.
11. Rodríguez P. La dignidad de la persona mayor. Tribuna. El País, 5 Abril 2020, p. 13.
12. Sala de lo Contencioso-Administrativo Sección VIII. Madrid. Auto de 21 de Mayo de 2020.
13. Defensor del Pueblo. Informe 2019 sobre Atención a las personas mayores. Centros residenciales. Madrid, 2019.
14. Defensor del Pueblo. Residencias de mayores, atención sanitaria e información emergida del COVID-19. Mayo 2020.
15. Caro Mourín J. Modelos residenciales: debate en tiempo de pandemia. Dependencia.info. 13 de Mayo de 2020.
16. SEGG. Documento. Colaboración servicios de geriatría hospitalarios-hospitales de media estancia-residencias de mayores y centros sociosanitarios. 20 de Marzo de 2020.
17. SEGG.- Recomendaciones para el manejo de la epidemia de COVID-19 en residencias de mayores. 4 de Mayo de 2020.
18. Universidad de Barcelona. Observatori de Bioètica i Dret (documento de consenso). Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en casos de pandemia. Marzo 2020.
19. Confederación Vallisoletana de Empresarios.- El País, 15 de Mayo de 2020, p. 28.
20. SEGG.- Papel de la geriatría en la coordinación del medio residencial. Mayo 2020.
21. Mesa estatal por los derechos de las personas mayores. Inforesidencias. Dependencia.info. 10 de Mayo de 2020.

DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Ribera-Casado J. M.

Covid-19 y residencias de anciano: algunas reflexiones

ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España;

An RANM · Año 2020 · número 137 (02) · páginas 222 – 226

DOI: 10.32440/ar.2020.137.02.rev16