

Perspectiva social de los recursos residenciales para mayores en andalucía. Propuestas y retos de futuro para la coordinación sociosanitaria¹

Social perspective of residential challenges for the elderly in andalusia. Proposals and future challenges for socio-health coordination

YOLANDA MARÍA DE LA FUENTE ROBLES

*Catedrática de Trabajo Social y Servicios Sociales
Universidad de Jaén*

Resumen

El impacto de la pandemia por COVID-19 ha convertido en urgente la coordinación de los sistemas sanitario y social y ha puesto el foco en nuevos riesgos y necesidades. Las medidas de coordinación social y sanitaria deben asegurar una atención de calidad en los centros residenciales y garantizar que las personas residentes conserven y conjuguen sus derechos al cuidado sanitario desde el Sistema Nacional de Salud con los derivados de su situación de dependencia, con los estándares de calidad de ambos sistemas. Entre las condiciones para una efectiva coordinación de servicios sanitarios y sociales, es necesario destacar: una decidida inversión tecnológica y organizativa, visión a largo plazo, un marco de derechos garantizados en materia social y sanitaria, responsabilidad pública con participación privada. Para la cohesión de la atención sociosanitaria es fundamental definir los perfiles de la población sociosanitaria, estableciendo para ello un procedimiento único de información y acceso que sea común a nivel estatal, definir la composición del equipo de gestión de casos y una historia sociosanitaria única y compartida. La implantación de la Historia Social Única Digital (HSUE) ha supuesto una apuesta por la gestión digital, así como un importante avance e innovación en el ámbito de los Servicios Sociales en Andalucía.

Abstract

The impact of the COVID-19 pandemic has made the coordination of health and social systems urgent and has put the focus on new risks and needs. Social and health coordination measures should ensure quality care in residential centers and ensure that residents retain and combine their rights to health care from the National Health System with those derived from their dependency status, with the quality standards of both systems. Among the conditions for effective coordination of health and social services, it is necessary to highlight: A decisive technological and organizational investment, a long-term vision, a framework of guaranteed rights in social and health matters, public responsibility with private participation. For the cohesion of social and health care, it is essential to define the profiles of the social and health population, establishing a single information and access procedure that is common at the state level, defining the composition of the case management team and a single and shared social and health history. The introduction of the Single Digital Social History (HSUE) has meant a commitment to digital management, as well as an important advance and innovation in the field of Social Services in Andalusia.

Palabras Clave

coordinación sociosanitaria; centro residencial; innovación tecnológica; historia social única digital

Keywords

socio-sanitary coordination; residential center; technological innovation; unique digital social history

1. LA ESTRATEGIA ACTUAL. DÉCADA DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Nunca una sola palabra, *social*, aplicada a la salud ha cobrado tanto sentido como en el momento actual; la aparición de una pandemia, la gestión de la misma y lo que es peor los efectos de ésta, ha evidenciado que estamos inmersos en una sociedad individualista y que se ha enfrentado a las necesidades de la población de una manera cortoplacista y en ocasiones egoísta. En el momento actual, hay que centrarse en la atención holística de la salud, sin olvidar algo tan importante como es la *salud social*, que entre sus objetivos fundamentales se encuentra el mejorar las condiciones de

¹ Estudio realizado en el seno del Proyecto de Investigación B-SEJ-213-UGR18 “Retos de la modernización de la asistencia sanitaria en Andalucía: Cohesión interterritorial, envejecimiento y revolución digital. Proyectos I+D+i del Programa Operativo FEDER 2018. Junta de Andalucía-Consejería de Economía y Conocimiento. Universidad de Granada

vida cotidiana. Para la OMS², la salud no sólo es la ausencia de enfermedad sino lo que denomina el completo bienestar, y eso incluye los aspectos físicos, psíquicos y sociales. No podemos olvidar, que la salud social es un componente clave para la salud y el bienestar en general.

Si aplicamos este concepto al envejecimiento, la salud social puede llegar a representar una completa red de apoyo que se tornaría fundamental en la lucha contra la soledad no deseada y el aislamiento social, lo que al mismo tiempo permitiría aumentar el sentimiento de pertenencia a la comunidad, una participación más activa, la protección de la salud física y el cuidado de las relaciones sociales, que comporta una de las formas para el autocuidado. Esta es la principal conclusión de la investigación más larga de la historia promovida por la Universidad de Harvard bajo el título *Harvard Study of Adult Development*³, un proyecto de investigación que desde 1938 ha evaluado de forma continuada la vida de más de 700 hombres, y en algunos casos de sus parejas. A medida que los científicos analizaban los factores que influían sobre la salud y el bienestar, encontraron que las relaciones con los amigos, principalmente con la pareja, eran fundamentales. La gente que tenía las relaciones más estrechas estaba protegida contra enfermedades crónicas y mentales, así como pérdida de la memoria, aunque esas relaciones tuvieran varios altibajos.

Recogiendo esta línea argumental, debuta el nuevo concepto de *envejecimiento saludable*, que es el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La Organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud (2015)⁴, amplió el concepto de envejecimiento saludable al proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Con este nuevo concepto, envejecer de manera saludable no significa envejecer sin enfermedades, significa ser capaz de hacer durante el máximo tiempo posible las cosas a las que cada persona le da valor, respondiendo a lo que consideran su propio plan de vida, pero para que todo esto sea posible, es necesario que de una manera urgente, se desarrollen acciones de salud pública y el rediseño de los servicios sociales para poder responder a estos nuevos desafíos que ya forman parte de la agenda pública.

A nivel internacional se reconoce, que aunque las personas viven más años que nunca, muchas no tienen acceso a una buena vida en la edad avanzada a causa de la mala salud, las deficiencias de los servicios de salud y los obstáculos físicos y sociales que limitan la inclusión y participación de las personas mayores en todos los aspectos de la vida comunitaria, siendo en la mayoría de las ocasiones los propios entornos los que discapacitan a las personas, independientemente de la edad que tengan.

El envejecimiento saludable, con el enfoque del ciclo vital, presenta tres escenarios de intervención: adultos mayores con capacidad funcional alta y estable, con deterioro de la capacidad, y con pérdida de la capacidad. Los objetivos son prevenir enfermedades crónicas o asegurar la detección temprana, promover conductas que mejoren la capacidad funcional, retardar la disminución de la capacidad, manejar enfermedades crónicas avanzadas, asegurar la dignidad, eliminar las barreras a la participación y compensar la pérdida de la capacidad. La intervención sociosanitaria puede contribuir a la consecución de estos objetivos, pues actúa en todos los niveles de atención: en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, por lo cual su principal estrategia es el autocuidado (Espinoza, 2016)⁵.

Entre las líneas de acción para promover el envejecimiento saludable se pueden destacar:

² Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/sbd46_p2.pdf.

³ Harvard Medical School. *Harvard Study of Adult Development*. Disponible en: <https://www.adultdevelopmentstudy.org/>

⁴ Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=865834CBEB089191E9731E919AFC95CD?sequence=1

⁵ Espinoza, L.: “El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería”, *Enfermería Universitaria* núm 3, 2016.

1. Impulsar políticas públicas sobre el envejecimiento saludable en todos los países.
2. Crear entornos amigables a todas las personas mayores.
3. Armonizar los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores.
4. Desarrollar sistemas de prestación de atención a largo plazo sostenibles y equitativos.
5. Mejorar la medición, el seguimiento y la investigación sobre el envejecimiento.

La promoción del envejecimiento saludable en tiempos de pandemia se está pudiendo realizar a través de cinco medidas: promover la salud, prevenir las lesiones y favorecer el manejo de las enfermedades crónicas, promover la salud cognitiva, promover la salud física, promover la salud mental y favorecer la participación social. La promoción del envejecimiento saludable ha sido, es y será uno de los retos/objetivos que no se debe obviar, incluso en la situación actual de pandemia. Es necesario encontrar un equilibrio adecuado entre las actuales medidas preventivas y la promoción del envejecimiento saludable (BATSIS, *et al.*, 2021)⁶.

Por todo ello, es clave impulsar un marco general que oriente el diseño de programas de envejecimiento saludable, desde un planteamiento preventivo que contemple los aspectos integrales del envejecimiento. Los programas de envejecimiento saludable deben incluir programas de educación sanitaria desde las edades más tempranas, que incluyan formación en nutrición y en estilos de vida, resaltando y potenciando la actividad física, así como programas específicos dirigidos a personas mayores próximas a la jubilación para minimizar el impacto que ésta tiene en la vida de las personas. A nivel sanitario, también convendría tener presente las oportunidades que ofrecen los programas de detección y prevención de factores de riesgo en la edad de prejubilación, programas de diagnóstico precoz y control de enfermedades crónicas.

La sociedad europea debe ser capaz de articular una participación real, efectiva y visible de las personas mayores, por su bienestar y porque aprovechando cualidades tan importantes como la experiencia, el conocimiento, la prudencia, la sensatez y la moderación, se contribuye a construir una sociedad equilibrada e inclusiva, en la que todos sus miembros puedan desarrollar sus capacidades en plenitud, sin importar la edad.

La solidaridad intergeneracional es un componente clave para el envejecimiento activo y saludable dado que los seres humanos necesitan nutrirse y vincularse entre sí puesto que las relaciones son parte esencial de sus vidas. La intergeneracionalidad abre las puertas a nuevas formas de solidaridad familiar y social que repercute sobre el cuidado de los hijos y de las personas en situación de discapacidad, la necesidad de compartir responsabilidades domésticas y el desarrollo comunitario. El envejecimiento activo y la movilización del potencial de las personas mayores constituirán un requisito crucial para el mantenimiento de la solidaridad entre las generaciones; ello debería permitir la inclusión y la participación de todos en función de sus necesidades, sus intereses y sus capacidades.

⁶ BATSIS, J.A., DANIEL, K., ECKSTROM, E., GOLDLIST, K., KUSZ, H., LANE, D., LOEWENTHAL, J., COLL, P.P., y FRIEDMAN, S.M.: "Promoting Healthy Aging During COVID-19", *Journal of the American Geriatrics Society* núm 3, 2021.

Tabla 1: *Proyección de las necesidades relativas a vivienda y salud para las personas mayores con sus correspondientes propuestas:*

INDICADORES	PROYECCIÓN PRÓXIMAS DÉCADAS		PROPUESTAS
	2021	2050	
ENTORNO Y VIVIENDA	Problema de viviendas no adaptadas a una población envejecida.	Promoción del diseño de viviendas adaptadas a la edad de sus habitantes y accesibles. Garantizar la facilidad de acceso a los edificios y espacios públicos	- Fomentar el asociacionismo. - Puntos de ciudadanía (voluntariado). - Urbanismo amigable y entornos incluyentes.
	Aumento de la demanda de servicios y prestaciones sociales (residencias, viviendas adecuadas, etc.), más que los recursos que se pueden ofertar. Déficit importante para prestar una atención adecuada.	Reforzamiento de las partidas para la adaptación funcional de los inmuebles, con un coste no excesivo, se puede aumentar extraordinariamente la calidad de vida de los usuarios de las viviendas al facilitar o mejorar las condiciones de accesibilidad.	- Diseños basados en la perfecta relación persona-ambiente. - Fórmulas múltiples de viviendas (compartidas, comunitarias, intercambio.) - Cohousing - Respetar opinión de las personas mayores y evitar tutelajes innecesarios. -Aumentar la mejora de las relaciones sociales consecuencia de la promoción de las condiciones materiales facilitadoras de la vida en comunidad.
SALUD	-Implantación total y real de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.	-Prevención de la dependencia, la enfermedad y la exclusión social. - Diseño de medidas para la implicación de las personas mayores usuarias.	- Impulsar un envejecimiento saludable. - Necesidad de la coordinación de los servicios de salud y sociales desde la Atención Primaria y la implicación de los ayuntamientos como responsables de los servicios sociales comunitarios. - Aumento de la coordinación de los servicios de atención domiciliaria y residencial, la organización territorial y formación de los profesionales y el apoyo a las personas cuidadoras. - A mayor actividad mayor salud.

Fuente: *Elaboración propia.*

En realidad, lo que se trata de alcanzar es un *successful ageing* o envejecimiento exitoso, pasando de una visión biomédica a una visión más holística y hacia aspectos más subjetivos del proceso de envejecimiento. Lo que comenzó allá por los años setenta como un constructo del envejecimiento centrado en factores meramente fisiológicos, actualmente se entiende como un constructo multidisciplinario, en el que se incluyen factores psicológicos, psicosociales y ambientales y en el que se analiza de este modo, aspectos tales como la dieta, la resiliencia, los programas formativos y de formación de cuidadores, entre otros (Calero y Navarro, 2018)⁷. El enfoque multidimensional del envejecimiento exitoso podría ser más informativo que centrarse en resultados de salud únicos, como enfermedades crónicas o funcionamiento, y por lo tanto, puede usarse para comprender y promover el concepto en las poblaciones de sociedades que envejecen⁸.

⁷ CALERO, M.D., y NAVARRO, E.: "Variables that favour successful ageing/Variables que favorecen un envejecimiento exitoso", *Estudios de Psicología* núm 2-3, 2018.

⁸ CALASANTI T.: "Combating ageism: How successful is successful aging?", *The Gerontologist* núm 6, 2016.

2. LA SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES

Los cuidados de salud para las personas mayores son derechos fundamentales sociales, y su núcleo esencial, vinculado a los principios sobre la dignidad humana y al derecho a la vida, se conoce también como mínimo existencial.

Los indicadores objetivos de los cuidados de salud, considerados esenciales en el ámbito de la aplicación de normas internacionales de derechos humanos, tienen primacía y consisten en el aterrizaje inicial de un mínimo existencial, a partir del cual, por un lado, el orden jurídico nacional detenta un margen de discrecionalidad, de acuerdo con parámetros subjetivos (necesidades individuales y aspectos socioeconómicos) para aumentar el alcance de los derechos sociales, sin embargo, y por otro lado, amparado en la misma subjetividad, para restringirlos, con la exigencia que tal restricción sea justificada. Los aspectos objetivos que se deben considerar en un mínimo existencial sobre cuidados de salud y en especial para los ancianos, son los que mantienen un estrecho vínculo con la edad del individuo. Desde el punto de vista de los derechos procedimentales, se consideran esenciales: la inclusión de la salud de los ancianos en las políticas públicas; la capacitación de los recursos humanos especializados; la prohibición de cualquier discriminación en función de la edad; la existencia de centros de atención diurna, clínicas ambulatorias, hospitales de día; la atención en clínicas geriátricas donde se congreguen ancianos; y la asistencia domiciliaria, disminuyendo la necesidad de hospitalización.

En el ámbito de los derechos sustantivos, son esenciales a los cuidados de los ancianos: controles periódicos; rehabilitación física y psicológica, destinada a la funcionalidad y autonomía de los ancianos; y atención y cuidados a las enfermedades crónicas y en fase terminal (Perlingeiro, 2014)⁹.

La búsqueda de equidad es un objetivo central de muchos sistemas de salud en la actualidad y representa un desafío que se extiende más allá del sector salud. La inequidad en la distribución de los bienes y oportunidades de salud y en la utilización de los servicios de salud se manifiesta en la existencia de grupos de personas que no pueden disfrutar de dichos bienes, servicios y oportunidades, es decir, se encuentran excluidos del acceso a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud. La exclusión en salud representa por tanto la negación del derecho a la salud para estas personas.

La sostenibilidad de los sistemas sanitarios depende de su capacidad de transformación y adaptación a la nueva realidad. Uno de los retos del llamado estado del bienestar es conseguir que los ciudadanos tengan la mejor asistencia sanitaria posible, independientemente de su nivel social. Sin embargo, una cartera de servicios cada vez más amplia, debido al envejecimiento de la población, al incremento del número de enfermos crónicos, y medicamentos cada vez más caros, unida a la ineficiencia en la gestión, hacen necesario plantear un nuevo escenario en el que los sistemas sanitarios se transformen y se adapten a la realidad actual con el objetivo de ser sostenibles (Carcar, 2016)¹⁰.

Hay que entender el futuro de la protección social como un espacio centrado en las personas, orientado a un gasto justificado y eficiente, y en mejora constante. Desde esta perspectiva, la necesidad de coordinar los servicios sanitarios y sociales es una evidencia ante situaciones que requieren atenciones de uno y otro sistema. Las personas viven estas situaciones de forma integral y requieren, en consecuencia, recibir las atenciones que precisan de manera integrada. Entre las condiciones para una efectiva coordinación de servicios sanitarios y sociales, es necesario destacar: una decidida

⁹ PERLINGEIRO, R.: “Los cuidados de salud para los ancianos. Entre las limitaciones presupuestarias y el derecho mínimo asistencial”, *Boletín Mexicano de Derecho Comparado* núm 140., 2014.

¹⁰ CARCAR, J.E.: “Una reflexión sobre el derecho a la asistencia sanitaria como derecho social y universal con financiación pública”, *Revista de Derecho UNED*, núm 18, 2016.

inversión tecnológica y organizativa, visión a largo plazo, un marco de derechos garantizados en materia social y sanitaria, responsabilidad pública con participación privada¹¹.

Para la cohesión de la atención sociosanitaria es fundamental definir los perfiles de la población sociosanitaria, estableciendo para ello un procedimiento único de información y acceso que sea común a nivel estatal, definir la composición del equipo de gestión de casos y una historia sociosanitaria única y compartida¹².

2.1. Centros Residenciales para de Mayores y la gestión de la salud en la pandemia

Desde los primeros casos conocidos de contagio por la COVID-19 en el mundo, los centros residenciales de atención a personas mayores se han convertido en el epicentro de la pandemia en cualquier país afectado. Las personas mayores se han considerado actores de alto riesgo a la infección y los centros residenciales se conforman mayoritariamente como modelo de vivienda compartida. La combinación de ambos elementos ha generado un alto volumen de casos de atención hospitalaria por casos de COVID-19, un importante número de personas fallecidas y de cifras inciertas dada la escasa solvencia de los datos aportados de los fallecimientos. Aunque conviene tener en cuenta que la población mayor que vive fuera de instituciones es muy superior a la que habita en residencias y también son altamente vulnerables (Cohen y Tavares, 2020)¹³. Por lo que los países se deben enfocar a este grupo poblacional de manera prioritaria durante la pandemia (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2020)¹⁴.

Parte de las reflexiones del primer brote importante en Europa (concretamente en Italia), como las de Petretto y Pili (2020)¹⁵ han identificado los diversos aspectos a tener en cuenta respecto al COVID-19. En las personas mayores se detecta fundamentalmente el mayor riesgo de contagio en instituciones geriátricas o de servicios sociales, por factores tales como la edad y por la confluencia de más enfermedades; mayor riesgo de aislamiento y dificultades de acceso a atención médica, farmacológica, social, y de información (por la brecha digital) elevando así el nivel de dependencia (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2020; Petretto y Pili, 2020). Por otra parte, se ha abierto un debate respecto a las dificultades de acceso a la atención médica y/o hospitalaria y posible discriminación por edad en la atención por COVID-19 en la población mayor. Por otra parte, el aislamiento durante la pandemia aumenta los problemas psicológicos del colectivo (Banerjee, 2020)¹⁶ por la ausencia de contacto social (Girdhar, Srivastava, y Sethi, 2020)¹⁷.

¹¹ Observatorio de Salud Mental de Andalucía. *La coordinación de los Servicios Sanitarios y Sociales. Un discurso para una atención humanizada y de calidad, y en defensa de los derechos sanitarios y sociales*. disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Coordinacion-servicios-sanitarios-sociales.pdf>

¹² Alianza Científico-Profesional Estado de Bienestar: *Cohesión de los Servicios Sociales y Sanitarios para la atención a la población sociosanitaria*, 2019. Disponible en: <http://www.alianzaestadobienestar.com/images/Documentos/ACE BCohesionSanidadyServiciosSocialesAtencionSociosanitaria21feb2019.pdf>

¹³ COHEN, M., y TAVARES, J.: "Who are the most at-risk older adults in the covid-19 era? it's not just those in nursing homes", *Journal of Aging & Social Policy* núm 4-5, 2020.

¹⁴ LLOYD-SHERLOCK, P.G., KALACHE, A., MCKEE, M., DERBYSHIRE, J., GEFFEN, L., CASAS, F.G.O., y GUTIERREZ, L.M.: "WHO must prioritise the needs of older people in its response to the covid-19 pandemic", *BMJ*, núm 368, 2020.

¹⁵ PETRETTO, D.R. y PILI, R.: "Ageing and COVID-19: What is the Role for Elderly People" *Geriatrics*, núm 25, 2020.

¹⁶ BANERJEE, D.: "The Impact of Covid-19 Pandemic on Elderly Mental Health" *International Journal of Geriatric Psychiatry*, núm 12, 2020.

¹⁷ GIRDHAR, R., SRIVASTAVA, V., y SETHI, S.: "Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic", *Journal of Geriatric Care and Research*, núm 1, 2020.

El impacto del COVID-19 en residencias de mayores y residencias geriátricas ha sido objeto de reflexión en China (Yang et. al., 2020) Estados Unidos (Coe y Van Houtven, 2020; Santini et al., 2020)^{18, 19} y Europa (García, 2020; Lorenz-Dant, 2020; Trabucchi y De Leo 2020)^{20, 21, 22}

De la situación de España se hacían eco prestigiosas revistas médicas, como la British Medical Journal (García, 2020), en donde ya se reconocían en abril de 2020 a más de 10.000 personas mayores en España fallecidas y otros miles aisladas, con datos oficiales que no recogían todos los casos que en realidad se suponían y con varias investigaciones judiciales abiertas por posibles casos de negligencia por la gestión de la pandemia en las residencias de personas mayores (García, 2020).

Una de las preocupaciones ha consistido en abordar la hospitalización por COVID-19 de estos pacientes de alto riesgo para adoptar medidas de prevención del contagio en el entorno sanitario (Fumagalli, et al., 2020)²³ aunque los problemas de salud mental generados por el aislamiento también han sido frecuentemente abordados (Armitage y Nellums, 2020; Newman y Zainal, 2020; Santini et. al., 2020)²⁴. Una de las alternativas que muestran estos estudios para prevenir trastornos es el mantenimiento del contacto social mediante dispositivos tecnológicos.

Algunos estudios se han centrado en valorar las necesidades de las personas mayores que viven con sus familias o en soledad apoyados por dispositivos electrónicos (Goodman-Casanova, et al., 2020)²⁵. Otros, han tenido la oportunidad de analizar el impacto de la virtualización de la atención médica en centros geriátricos durante el confinamiento (Dewar, Lee, Suh, y Min, 2020)²⁶.

Así las cosas, gran parte de los estudios reflexionan o analizan el apoyo material y humano que han necesitado los centros residenciales de mayores durante la pandemia, fundamentalmente durante el confinamiento y la supervisión de los centros, así como las diferencias de atención en función de los territorios. Se ha debatido y sugerido por parte de algunos estudios el aumento del salario de profesionales que se dedican al cuidado en estas instituciones, así como la formación complementaria y medidas necesarias para prevenir y contener el virus o bien estrategias que aminoren el impacto psicológico en las personas mayores que garanticen el adecuado trato humano.

Otro de los focos comunes encontrados en la bibliografía ha sido las dificultades de análisis por deficiencias en el tratamiento de la información y las dificultades de comunicación sobre la pandemia que ha generado brechas importantes entre la población mayor que se agrava en los casos de demencia.

¹⁸ COE, N., VAN HOUTVEN, C.: "Living arrangements of older adults and covid-19 risk: it is not just nursing homes", *Journal of the American Geriatrics Society* núm 7, 2020

¹⁹ SANTINI, Z., JOSE, P., YORK CORNWELL, E., KOYANAGI, A., NIELSEN, L., HINRICHSSEN, C., MEILSTRUP, C., MADSEN, K., y KOUSHEDE, V.: "Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis", *The Lancet Public Health* núm 1, 2020.

²⁰ GARCÍA, R.: "Covid-19: the precarious position of Spain's nursing homes", *BMJ : British Medical Journal* núm 369, 2020.

²¹ LORENZ-DANT, K. International Long Care Policy Network. Germany and the COVID-19 long-term care situation. International Long Term Care Policy Network, CPEC-LSE. Disponible en: https://ltccovid.org/wpcontent/uploads/2020/05/Germany_LTC_COVID-19-26-May-2020.pdf

²² TRABUCCHI, M., y DE LEO, D.: "Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy", *The Lancet Psychiatry* núm 5, 2020.

²³ FUMAGALLI, S., SALANI, B., GABBANI, L., MOSSELLO, E., y UNGAR, A.: "Covid-19 cases in a no-Covid-19 geriatric acute care setting. A sporadic occurrence?", *European Journal of Internal Medicine* núm 77, 2020.

²⁴ ARMITAGE, R., y NELLUMS, L.: "COVID-19 and the consequences of isolating the elderly", *The Lancet Public Health* núm 5, 2020.

²⁵ GOODMAN-CASANOVA, J., DURA-PEREZ, E., GUZMAN-PARRA, J., CUESTA-VARGAS, A., y 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* núm 5, 2020.

²⁶ DEWAR, S., LEE, P., SUH, T., y MIN, L.: "Uptake of Virtual Visits in A Geriatric Primary Care Clinic During the COVID-19 Pandemic", *Journal of the American Geriatrics Society* núm 7, 2020.

2.1.1. Datos totales COVID en las residencias de mayores

En España hay 29.620 ancianos que han fallecido en residencias con COVID-19 o síntomas compatibles con la enfermedad, según los datos disponibles hasta mayo del 2021 y recopilados por los ministerios de Derechos Sociales, Sanidad y Ciencia e Innovación.

Ello significa que más del 47 % de las muertes notificadas oficialmente por el Ministerio de Sanidad de personas con coronavirus se ha producido entre mayores que vivían en residencias de ancianos. La mayoría de las defunciones se han producido en Madrid, Cataluña, Castilla y León y Castilla-La Mancha.

En septiembre de 2020, se estimaba que había 312.753 personas viviendo en 5.568 residencias de mayores en España, lo que supondría una ocupación del 81,3 % de las 384.567 plazas disponibles, según los resultados del proyecto de investigación *“Nivel de ocupación en residencias de personas mayores”*²⁷. De esta manera, desde que estalló la pandemia de coronavirus en España el 7,97 % de los residentes en estos centros habrían fallecido en España en 2020 como consecuencia de la COVID-19, según estos datos.

3. LOS CENTROS RESIDENCIALES EN DATOS

En España existen 389.031 plazas residenciales para personas mayores en 5.542 centros (1.435 centros son centros públicos y 4.107 son privados). El 62% de las plazas -242.206- son de financiación pública y el 38% -146.825- son plazas de financiación privada. La Comunidad con mayor porcentaje de plazas públicas es País Vasco con el 74% y la que menos, es Galicia con tan solo el 41%.

Sólo en 5 Comunidades se alcanza la ratio de 5 plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 65 años. La ratio de plazas residenciales para personas mayores se mantiene por debajo del criterio marcado por la OMS. Siguen faltando más de 70.000 plazas residenciales en España. Aunque desde 2010 el número de personas mayores de 65 años se ha incrementado en 1.119.907, las plazas residenciales sólo se han incrementado en 20.226.

Los principales déficits de plazas residenciales, para alcanzar al menos la ratio de 5 plazas por cada 100 mayores de 65 años, se encuentran en Andalucía, Comunidad de Valencia (21.900), Galicia (14.902), Cataluña (9.045), Comunidad de Madrid (8.283), Canarias (7.574), Región de Murcia (6.502) y País Vasco (6.074).

Andalucía, según datos del IMSERSO, tiene un déficit de 28.457 plazas residenciales para alcanzar la ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años, siendo la población residente en los Centros Residenciales de Andalucía mayoritariamente femenina y octogenaria.

3.1. De los necesarios cambios en los Centros Residenciales

Actualmente nos encontramos ante un momento de transición, en donde la flexibilización en la atención deberá ir vinculada con el fomento del papel de la comunidad, impulsando los cuidados en el hogar.

Todo ello bajo el paradigma de la Atención Integral Centrada en la Persona, procurando que quienes ejerzan el cuidado se adapten a las necesidades de las personas de una manera individualizada y no al revés.

El perfil del mayor, en un corto plazo, corresponde con aquella que desea envejecer en casa, y para ello, se deberá arbitrar una atención en el domicilio conjugando la accesibilidad en todos los entornos (físicos, virtuales y sociales). Por esto, no sólo serán necesarios servicios sanitarios y

²⁷ Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales. Datos del XXI Dictamen del Observatorio de la Dependencia (2020). Disponible en: <https://directoressociales.com/xxi-dictamen-del-observatorio-de-la-dependencia/>

sociales, sino que se deberá hacer uso de la tecnología en sus versiones más avanzadas, más allá de la teleasistencia domiciliaria, añadiendo la domótica y sus múltiples soluciones, la telemedicina, etc. Generando para ello una fuerte coordinación entre recursos públicos y privados, con el fin de planificar itinerarios individualizados en la atención, asignando las prestaciones más adecuadas a cada persona.

Por todo ello, es necesario un debate en profundidad sobre el modelo residencial, para superar el modelo asistencialista y sobreprotector que todavía impregna estos centros, avanzando hacia modelos que ofrezcan entornos íntimos, evitando la masificación y facilitando la convivencia y el desarrollo del proyecto vital de cada persona desde la perspectiva de que estos centros son lugares para vivir y convivir-sustituyen a los hogares familiares- y no son centros sanitarios.

3.1.1. La prevención en los centros residenciales

Se necesitan medidas proactivas por parte de los centros residenciales para identificar y excluir al personal y a los visitantes potencialmente infectados, vigilar activamente a los residentes potencialmente infectados y aplicar medidas apropiadas de prevención y control de la infección para evitar la introducción de la COVID-19. Las residencias de mayores fue el primer objetivo del plan de vacunación que arrancó en España el 27 de diciembre de 2020, desde ese momento, al menos una dosis de la vacuna ha llegado al 99,7 % de los residentes de España y el 93,3 % ha recibido las dos que son necesarias para completar la pauta. Según el Informe del Ministerio de Sanidad y del Instituto Carlos III, se estima que el plan de vacunación ha evitado más de 3.500 fallecimientos en las residencias²⁸.

Las residencias de ancianos son lugares especialmente vulnerables a la infección. Ello se debe a varias causas, a un espacio vital que, en ocasiones, puede estar saturado con pocos metros por habitante; a una ventilación inadecuada y una higiene deficiente si se compara con las medidas higiénicas recomendadas para hacer frente al COVID-19 (por ejemplo, la fijación de este coronavirus en objetos metálicos como andadores y objetos de plástico de uso compartido); y a la falta de un personal cualificado para el control de la infección y, en particular, para prevenir la transmisión del COVID-19 (García, 2020).

Los centros residenciales no disponen en muchas ocasiones de espacios habilitados para realizar un aislamiento adecuado. Por ese motivo, la prevención es tan importante en dichos centros, así como el aislamiento de los casos positivos, como ya puso de manifiesto *la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología* en el documento que remitió al Ministerio de Sanidad el 24 de marzo de 2020 (Las residencias y centros sociosanitarios son el recurso más vulnerable ante el coronavirus y requieren nuestro apoyo y acciones urgentes de protección) y que fue redactado conjuntamente por geriatras del ámbito hospitalario y residencial.

Resulta fundamental la presencia de equipos de atención geriátrica en todas las áreas de salud, incluyendo la atención primaria, siendo interesante valorar la posibilidad de equipos de valoración geriátrica móviles en cada área de salud para identificar el paciente geriátrico presente en la residencia y ofrecerle un plan de cuidados individualizado (Tarazona-Santabalbina, Martínez-Velilla, Vidán y García-Navarro, 2020)²⁹.

²⁸ Gobierno de España. Estrategia de vacunación COVID-19. Disponible en: <https://www.vacunacovid.gob.es/voces-expertas/las-vacunas-evitaron-3500-muertes-en-residencias-solo-en-el-primer-trimestre-de-2021>

²⁹ TARAZONA-SANTABALBINA, F.J., MARTÍNEZ-VELILLA, N., VIDÁN, M.T., y GARCÍA-NAVARRO, J.A.: "COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir", *Revista Española De Geriatria Y Gerontología* núm 4, 2020.

3.1.2. La importancia de la coordinación sociosanitaria

Cómo se ha podido comprobar, la pandemia del COVID-19, afecta de manera desproporcionada a la población mayor, para su correcta gestión es clave la coordinación en todas las prácticas profesionales que se llevan a cabo en los centros residenciales, ya sean de carácter sanitario, social o rehabilitador (Sinvani, 2020)³⁰.

La enfermería y su valoración en la gestión de la pandemia así lo han demostrado, por ello, la actuación debe centrarse no tanto en modelos o estrategias, sino en las personas, donde los ejes vertebradores sean la calidad de la atención, la transparencia en la gestión, la sostenibilidad del sistema y la garantía del cumplimiento de los derechos humanos.

3.1.3. Sistemas de Garantía de Calidad

Menos de la mitad de los centros residenciales cuenta con sistemas de garantía de calidad, la evaluación es el paso necesario para la mejora. El desarrollo de escalas de evaluación de la calidad de vida es un paso previo necesario para el desarrollo de planes y estrategias de atención específicos centrados en la mejoría de la calidad de vida del usuario de los servicios sociales, se propone el uso de la Escala FUMAT, Evaluación de la Calidad de Vida en personas Mayores, para tal fin.

Este instrumento permite la evaluación objetiva de la calidad de vida (bienestar emocional, físico, material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos). Su finalidad es la de identificar el perfil de calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes (Verdugo, Gómez y Arias, 2009)³¹.

La organización del centro o servicio ha de supeditarse a las personas. Lo organizativo ha de estar orientado a la mejora de la calidad de vida, a facilitar el desarrollo de los proyectos vitales de las personas, sus deseos y preferencias en relación a la atención y vida cotidiana, y además se tiene que basar en las siguientes dimensiones para la prestación de servicios residenciales:

- Atención a la persona. Dentro de esta dimensión se pueden valorar las áreas relacionadas con la atención, valoración, nutrición, farmacología, prevención de riesgo, protocolos de atención, planes de atención personalizada, etc.
- Relaciones y derechos del residente. Las áreas a desarrollar serían: intimidad, confidencialidad, adaptación al centro, satisfacción de residentes y familiares, participación en decisiones, actividades de convivencia, relación con la familia, convivencia, etc.
- Entorno y servicios prestados. Dividido en áreas relativas a: seguridad, limpieza e higiene, imagen personal, facilidades para comer, etc.
- Organización. Áreas relevantes divididas en: formación continuada del personal del centro, funcionamiento del equipo interdisciplinar y dossier documental actualizado del residente.
- Constatación por el externo. Sistema de gestión de calidad, herramientas actualizadas para la realización de evaluaciones y acciones de mejora; y “Cuestionario de Autoevaluación de los Centros”.

³⁰ SINVANI, L.: “The COVID-19 Pandemic: Experiences of a Geriatrician-Hospitalist Caring for Older Adults”, *Journal of the American Geriatrics Society* núm 5, 2020.

³¹ VERDUGO ALONSO, M.Á., GÓMEZ SÁNCHEZ, L.E., y ARIAS MARTÍNEZ, B.: “Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La escala FUMAT”, *Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (Salamanca, España)* SN, 2009.

Sin olvidar que, la Calidad Total es el compendio de las mejores prácticas en el ámbito de la gestión de organizaciones, a las cuales se les suele denominar Principios de la Calidad Total-Excelencia o Conceptos fundamentales de la excelencia en la gestión³².

Si nos centramos en el rendimiento económico, los indicadores presentados bajo este dominio reflejan una noción más amplia de la calidad en los servicios de cuidado que incluyen el concepto de “sostenibilidad”, el cual se encuentra en el núcleo del Open Method of Coordination (OMC) (Método Abierto de Coordinación)³³ de la UE respecto a los cuidados de larga duración. Siendo necesario destacar:

1. Coste por residente en la residencia, por año.
2. Coste de personal por días de cuidado.
3. Promedio de tiempo utilizado en los cuidados por día y por residente.
4. Grado de utilización de la capacidad de la residencia.

3.1.4. Espacios de vida e intimidad

En la actualidad, el propio entorno añade riesgos a su vulnerabilidad (Gardner, States, y Bagley, 2020)³⁴, al tratarse de centros cuya actividad se organiza en salas comunes. Bien sea para la provisión de servicios terapéuticos o para las comidas y actividades de ocio. Los centros residenciales no son hospitales ni hoteles, han de ser hogares. Las residencias deben reorganizarse y enfrentar esta nueva etapa con mejoras a todos los niveles favoreciendo la vida activa de los residentes, su independencia en entornos accesibles desde el punto de vista físico, tecnológico y social, promocionando su intimidad y privacidad, diseñando espacios con número máximo de habitaciones individuales. Son prácticas positivas que los residentes puedan decorarlas con sus pertenencias e incluso equiparlas con pequeños electrodomésticos, que favorecen la independencia y la intimidad, dándole identidad.

3.1.5. Humanización

Se deben introducir de manera transversal planes de humanización en todos los centros residenciales, menos de la mitad de los centros han llevado a cabo planes de humanización. Para unas correctas medidas basadas en el paradigma de la humanización hay que dar respuesta a tres variables: 1) conocer la historia de vida de las personas residentes, 2) feminizar las prestaciones y 3) luchar contra la “soledad residencial”. En la atención hay que hacer hincapié en la historia de vida de los mayores, no protocolizar, la clave está en la individualización de la atención. Sería correcto llevar a cabo feminización de medidas, ya que la población es mayoritariamente femenina y octogenaria.

Es crucial trabajar para eliminar la soledad residencial, si bien es un factor de riesgo, no es exclusivo para percibir el sentimiento de soledad, ya que como confirma el estudio de Schoenmakers y Tindemans (2017)³⁵, hay un alto porcentaje de personas mayores que se sienten solas a pesar de estar

³² LETURIA ARRAZOLA, M.: Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención. Disponible en: https://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro_MA_Leturia.pdf

³³ OMC, en español MAC (Método Abierto de Coordinación) es un instrumento de coordinación de políticas entre los Estados Miembros de la UE en las áreas de protección e inclusión social. Permite actuar a nivel europeo en áreas en las cuales la UE no puede legislar, ya que no son de su competencia. Este método se basa en el intercambio de buenas prácticas y en la realización de evaluaciones por pares. A partir de este método los países miembros identifican y definen objetivos comunes, fijan indicadores comunes para la medición del progreso de estos objetivos y realizan una evaluación comparativa, o sea, una comparación entre los resultados obtenidos y un intercambio de buenas prácticas.

³⁴ GARDNER, W., STATES, D. y BAGLEY, N.: “The coronavirus and the risks to the elderly in long-term care”, *Journal of Aging & Social Policy* núm 4-5, 2020.

³⁵ SCHOENMAKERS, E. y TINDEMANS, I.: “What I feel and do when I feel lonely: A qualitative study on older adults Coping with loneliness”, *Innovation in Ageing* núm 1, 2017.

en compañía. No obstante, existe una estrecha relación entre de vivir solo/a, el sentimiento de soledad y aislamiento social, configurándose como factores de riesgo que afectan al bienestar y calidad de vida de las personas mayores.

Por tanto, la soledad se relaciona directamente con la calidad de vida, a menor sentimiento de soledad mayor calidad de vida y viceversa.

3.1.6. TIC y la nueva normalidad

Las tecnologías han cambiado completamente el mundo en el que vivimos. Su uso debe ser una oportunidad para avanzar en la cohesión social y para ser una fuente de oportunidades para toda la sociedad, independientemente de la edad o capacidades. Prácticamente la totalidad de los centros residenciales usaron las TIC para mantener la comunicación constante entre residentes y familias. La tecnología guarda un secreto, está preparada para adaptarse a la persona usuaria y no al revés. Por ello, hay que aprovechar esa clave y configurarla bajo el paraguas de la accesibilidad y el diseño para todas las personas.

Las tecnologías son amables y la tecnofobia día a día va desapareciendo en este sector de la población. La tecnología lleva aparejado un universo que facilita la participación y la comunicación, ayudando a mantener el vínculo con familias y amistades. Es necesario que se desarrollen tecnologías amables y universales que partan de las necesidades de este grupo de población y se adapten a ellas. Las TIC deben ser una herramienta tanto de participación como de mejora de la calidad de vida.

3.2. Los nuevos recursos residenciales. Los Centros de Cuidados Intermedios

Estos centros son creados para atender a las personas mayores y con discapacidad que sufran patologías cronicables, requiriendo, por tanto, una continuidad de cuidados específicos y más especializados de los que son prestados desde el ámbito del servicio de ayuda a domicilio.

Para hacer una proyección de la necesidad de desarrollo de estos centros, sólo en Andalucía y con carácter anual, sufren en torno a 50.000 personas alguna de las patologías consideradas potencialmente cronicables y además, causantes principales de invalidez, como por ejemplo ictus, infartos cerebrales, fracturas de cadera, húmero, fémur o incluso secuelas de accidentes cardiovasculares. El 94% de estos pacientes son mayores de 50 años. A este escenario se suma que la población mayor de 65 años en Andalucía en la actualidad supera el 17% del total, y la previsión del Instituto andaluz de Estadística es que para 2040 supere el 28%.

El informe *"El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: Mapa de recursos y propuestas de futuro"*³⁶, desarrollado por el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (Fundación IDIS) en colaboración con la Fundación Edad&Vida, propone un paquete de cinco medidas para el desarrollo de los cuidados sociosanitarios intermedios:

1. Establecer los cuidados sociosanitarios intermedios como prioridad política, ya no sólo a nivel regional cómo se ha desarrollado hasta ahora, sino a nivel nacional.
2. Desarrollar un sistema de acreditación de centros para asegurar la calidad de los servicios, adecuar la regulación y aumentar la visibilidad de los cuidados sociosanitarios intermedios entre los usuarios.
3. Apostar por un desarrollo normativo que defina de forma clara el perfil de beneficiarios, la cartera de servicios, las bases del modelo asistencial y las necesidades de formación. De esta forma se garantizaría la equidad de los cuidados

³⁶ Instituto para el desarrollo e integración de la salud. *"El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: Mapa de recursos y propuestas de futuro"*. Disponible en: <https://www.fundacionidis.com/informes-ccaa/andalucia>

intermedios en todo el territorio y se adaptará el modelo asistencial a los nuevos retos demográficos y sociales.

4. Adaptar el desarrollo de la oferta en cada comunidad autónoma a los recursos ya disponibles en cada una de ellas. Si bien algunas comunidades pueden aprovechar los recursos ya existentes (bien en centros de media y larga estancia, hospitalización a domicilio o centros residenciales acreditados), otras comunidades deberán aumentar necesariamente la capacidad mediante la creación de nuevas plazas. No existe una única solución adecuada, sino que cada comunidad debe adaptar su situación específica para generar una oferta basada en necesidades reales.
5. Adoptar un sistema de pago por actividad adecuado, incentivando la transición del hospital de agudos a los cuidados intermedios. De esta forma se maximizará la eficiencia de los cuidados y se favorecerán los modelos más orientados al usuario.

4. PROPUESTA PARA LA MEJORA DEL FUTURO DE LOS CENTROS RESIDENCIALES ANDALUCES

Estamos ante un momento de cambio, los servicios residenciales dirigidos a las personas mayores se deben replantear y sobre todo actualizar para dar respuesta a los retos de la nueva realidad. Por ello, es necesario detallar las siguientes pautas para un correcto avance:

1. Es fundamental actualizar la normativa de los centros residenciales para las personas mayores en Andalucía (la actual es del 5 de noviembre de 2007), ya que tendrán que diseñar el soporte a tres grupos de edad diferentes: la generación pionera o usuarios actuales, los que en un plazo de cinco a diez años pueden considerar su ingreso en una residencia y los futuros residentes, que necesitarán hacer uso de los centros residenciales en 35 años o más. Los centros residenciales deberán tener la suficiente flexibilidad y adaptabilidad para responder a las necesidades cambiantes.
2. El gobierno autonómico, deberá contar con suficiente conocimiento, planificación, regulación, financiación, provisión, gestión, evaluación y control de una oferta clara y suficiente de servicios e intervenciones que conecten con unas determinadas y bien delimitadas demandas y necesidades de la población residente en centros de mayores.
3. Todos los centros deben garantizar la alta intensidad de atención socio-sanitaria, es fundamental la atención permanente, la disponibilidad continua de servicios médicos, de enfermería y de personal multidisciplinar orientado al bienestar integral de las personas residentes, pensado en esta nueva gestión de organización jerárquica (dirección, equipo profesional, cuidadores) a una gestión de abajo-arriba, donde la clave está en la participación de las personas residentes, de sus familias y del personal de atención directa.
4. La atención debe ser prestada desde la singularidad de la persona, lo que implica la atención única.
5. Creación de equipos de valoración geriátrica móviles en cada área de salud para identificar el paciente geriátrico presente en la residencia y ofrecerle un plan de cuidados individualizado.
6. Individualidad e intimidad. Todos los centros residenciales deberán contar con un 75% del total de las plazas de uso individual, como mínimo.
7. Unidades de convivencia. Las residencias de nueva construcción o aquellas que amplíen su capacidad en más de quince plazas sería recomendable que destinen al

menos el 65% de sus plazas a las unidades de convivencia. Es un modo de subdividir el centro en unidades de máximo 16 personas para facilitar un ambiente hogareño y de prevención de contagios, la gestión de la pandemia hubiera sido más sencilla si dichas unidades hubieran estado ya establecidas en los centros residenciales.

8. Los centros deberán ubicarse en entornos no aislados, próximos a los servicios comunitarios y con respeto riguroso a la cadena de accesibilidad del centro residencial a los demás servicios del municipio.
9. Los centros residenciales deberán evaluar su actuación en base a los criterios del modelo de calidad de vida, de calidad en la gestión y de ética en la intervención, pudiendo combinarse las modalidades de autoevaluación con las evaluaciones de carácter externo. Fundamental la implantación de un modelo de mejora continua de la calidad de los apoyos prestados y de la gestión del centro.
10. Para un correcto funcionamiento del organigrama en la gestión de las contingencias es necesario un liderazgo corporativo que proporcione claridad en los mensajes, capacitación necesaria y actualización constante de regulaciones, políticas y procedimientos; labores fundamentales de coordinación para mejorar la calidad de las actividades.

Para concluir, es fundamental que los centros residenciales den respuesta a tres necesidades clave:

1. Llegar a la ratio de plazas residenciales que establece la OMS.
2. Capacitación continua de los profesionales que prestan sus servicios en los centros residenciales.
3. Innovar y hacer de los centros residenciales hogares para sus residentes donde se respete su individualidad.

Todo ello es fundamental para adelantarnos a las demandas y diseñar respuestas ajustadas a las necesidades de este sector de la población. Si Andalucía da respuestas a las cuestiones indicadas, conseguirá cambiar la realidad de los centros de mayores, los cambios traen innovación y la innovación lleva al progreso.

5. TECNOLOGÍA PARA LA SALUD. PROXIMIDAD INDIVIDUALIZADA

No se puede obviar, que en el momento actual las tecnologías se aplican a todas las facetas de la vida, según el informe *“Technology-enabled Services for Older People Living at Home Independently: Lessons for public long-term care authorities in the EU Member States”* (Carretero, 2014)³⁷, se clasifican en productos, servicios y aplicaciones de tipo genérico, tecnologías de asistencia, casas inteligentes o domótica, tecnologías aplicadas a la asistencia domiciliaria, las tecnologías aplicadas al bienestar y tecnologías aplicadas a la salud.

Los beneficios que las TIC pueden aportar en el campo del envejecimiento activo y saludable para las personas mayores son cada vez más numerosos, ya que pueden prevenir y detectar de manera anticipada las enfermedades, pudiendo disminuir el número y la duración de los ingresos en los hospitales, además la recuperación post operatoria puede realizarse en el domicilio, de manera que se realice de una más efectiva y económica.

³⁷ CARRETERO, S.: European Commission. *“Mapping of effective technology-based services for independent living for older people at home. Seville. Joint Research Centre, Institute for Prospective Technological Studies”*. Disponible en: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC91622>

La utilización de las TIC puede estrechar el contacto del usuario con los prestadores de los servicios, pudiéndose realizar un seguimiento mejor y de mayor calidad. Dentro de las tecnologías aplicadas a la salud, destacamos la telemedicina, la teleasistencia sanitaria (Telehealth) y la Telemonitorización (Telementoring) (Sánchez, 2015).

La telemedicina presenta ventajas para la sostenibilidad del sistema y para mejorar la justicia distributiva. Tendría su utilidad en aquellas situaciones en las que concurre una distancia física insalvable entre el médico y el paciente. También podría mejorar la accesibilidad al médico en los pacientes que presentan dificultades de movilidad, tales como pacientes con discapacidad, pacientes frágiles o de edad avanzada. No obstante, desde una óptica legal, la telemedicina carece de regulación específica y presenta lagunas que abocan al médico a considerables dosis de inseguridad. En definitiva, la telemedicina constituye una modalidad de asistencia sanitaria que, con toda probabilidad, ha venido para quedarse, por lo que urge una regulación clara que otorgue la seguridad jurídica que profesionales y pacientes necesitan para su uso con garantías, así lo ha manifestado la Comisión Central de Deontología ratificando la importancia de la relación médico-paciente y aclarando que, en tiempo o no de pandemia, la modalidad de teleconsulta tiene que ser consensuada por ambas partes, de conformidad al criterio del médico, quien debe gozar de un tiempo suficiente en la agenda asistencial en beneficio de los requisitos de calidad y de calidez (Gil, Barrios, Cosín-Sales, Gámez, 2021)³⁸.

En plena pandemia de la COVID-19, las tecnologías han sido empleadas por un alto porcentaje de profesionales de la salud e instituciones para proteger, diagnosticar la salud de un paciente, con el uso e integración de nuevas tecnologías que han provocado cambios radicales en las personas que se encuentran en aislamiento en los hogares tomando las medidas pertinentes para llevar una salud, tratamiento vigilado y auspiciado por los profesionales, teniendo presente que eso se lo realiza con el fin de mantener el confinamiento de las personas siempre y cuando necesiten una asistencia la obtenga de manera rápida y segura. (Chóez, Villacreses, Figueroa, Barreto, y Maldonado, 2021)³⁹

5.1. Telemonitorización

La telemonitorización, es la vigilancia remota de parámetros fisiológicos y biométricos (frecuencia cardíaca, presión arterial, etc.) de un paciente en su vida diaria. El seguimiento se da de forma que el paciente en remoto (desde su domicilio, en el trabajo, etc.) y de forma periódica (diaria, semanal, etc.) envía datos biomédicos a un centro sanitario. Además de estos datos, el paciente responde a unos cuestionarios sobre su estado de salud. Cuando un parámetro presenta alguna anomalía, el profesional sanitario se pone en contacto con el paciente, para indicar lo que tiene que hacer. La telemonitorización puede ser activa o automática, en la activa el propio paciente incorpora a la aplicación informática facilitada por el servicio sanitario las medidas que le proporcionan sus dispositivos (glucómetro, pulsioxímetro, etc.). El paciente puede emplear para ello el ordenador, una tablet o el móvil; y en el caso de la automática, el propio dispositivo de medida (glucómetro, sensores, etc.) vuelca los datos directamente a la aplicación (ya sea a “la nube” o a la historia clínica), de manera automática, sin la participación activa del paciente anotando por sí mismo las medidas.

Se trata de una respuesta de atención sanitaria personalizada, equitativa y sostenible que viene a generar soluciones por el consecuente aumento de enfermedades crónicas, zonas rurales con población dispersa, todo ello unido al aumento del uso de dispositivos móviles y la conectividad de internet. Sin olvidar, que además puede contribuir al objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, garantizando una vida sana y promoviendo el bienestar para todas

³⁸ GIL, C., BARRIOS, V., COSÍN-SALES, J. y GÁMEZ, J.M.: “Telemedicina, ética y derecho en tiempos de COVID-19. Una mirada hacia el futuro”, *Revista Clínica Española* SN, 2021.

³⁹ CHÓEZ CALLE, J.E., VILLACRESES PARRALES, C.A., FIGUEROA CASTILLO, V., BARRETO PIN, J. y MALDONADO ZUÑIGA, K.: “Telemedicina: el nuevo paradigma en la sociedad”, *Serie Científica De La Universidad De Las Ciencias Informáticas* núm 14, 2021.

las edades mediante el uso eficiente de los recursos y orientado a alcanzar los mejores resultados de salud, teniendo en cuenta a colectivos especialmente vulnerables como las personas con discapacidad y mayores (Bascones, Martorell y Turrero, 2021)⁴⁰

5.2. La nueva herramienta para la gestión. La Historia Social Única

El Proyecto Europeo *Regional Single Social Record* (RESISOR), liderado por la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, con el objetivo de mejorar y agilizar la atención a las personas usuarias de las prestaciones sociales a través de la implantación de la Historia Social Única Digital (HSUE), ha supuesto una apuesta por la gestión digital, así como un importante avance e innovación en el ámbito de los Servicios Sociales en Andalucía. Esta herramienta supondrá un hito para la mejora de la integración vertical y horizontal de los servicios sociales y el acceso, tanto de los y las profesionales de los distintos ámbitos de intervención social, como de la ciudadanía a la información sobre sus historiales de atención personalizada, suponiendo un enorme avance en la modernización de los procesos de atención (Muñoz y García, 2019)⁴¹.

La HSUE, a través de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), permitirá una atención integral y coordinada a las personas usuarias de los servicios sociales mediante la unificación y actualización permanente de la información y la simplificación de los procedimientos de atención, moldeando unos servicios accesibles y flexibles (García, *et al.* 2018)⁴².

A través del proyecto *Cohessiona* se desarrolla la HSUE en Andalucía. Esta plataforma telemática integrará los distintos procesos de intervención social de las personas usuarias de los servicios sociales. De este modo, en tiempo real, se podrá conocer y controlar el estado en el que se encuentran los distintos recursos.

Cohessiona supondrá una significativa optimización de los recursos públicos para la mejora de la atención a las personas beneficiarias de los servicios sociales ya que se configura como modelo integrado de gestión que incorpora, en un único sistema de información electrónica, la gestión de los servicios sociales tanto a nivel comunitario como especializado, así como la información de las distintas entidades proveedoras tanto públicas como privadas. Por tanto, nos encontramos ante una herramienta informática que facilitará y simplificará los procesos de intervención considerablemente ya que los y las profesionales podrán compartir y consultar la trayectoria de las personas usuarias con las suficientes garantías de seguridad, confidencialidad y protección de los datos personales (Junta de Andalucía, 2019)⁴³.

El desarrollo de la Historia Social Única Electrónica de Andalucía supondrá un cambio en el modelo de gestión de los servicios sociales andaluces y en la manera en que los mismos se relacionan con la ciudadanía. La integración vertical de todos los servicios, desde los más especializados a los comunitarios, y la horizontal, desde los públicos a los privados pasando por los concertados, supondrá la implantación de una nueva cultura de trabajo que transformará el modo en el que se prestan los servicios sociales en la actualidad.

⁴⁰ BASCONES, L. M., MARTORELL, V. y TURRERO, M.: “Accesibilidad en las aplicaciones y dispositivos de telemonitorización de la salud. Un acercamiento a la realidad” *Observatorio de accesibilidad TIC. Discapnet*.

⁴¹ MUÑOZ, M.D. y GARCÍA, J.I.: “Informe de evaluación del proyecto RESISOR Regional Single Social Record. Metodología y Resultados para el diseño de la Historia Social Única Electrónica en Andalucía”. Ed. Universidad Internacional de Andalucía (UNIA). Sevilla. <https://www.unia.es/explorar-catalogo/item/proyecto-resisor>.

⁴² GARCÍA, M., ALONSO, F., FERNÁNDEZ, F.J., BERNAL, J.A., GARCÍA, L., JIMÉNEZ, S., MARTÍNEZ, R., BAUZÁ, M., MUÑOZ, M.D. MILLÁN, A., RINCÓN, M.D. RAMÍREZ DE CARTAGENA, P., QUIÑONES P., GÁLVEZ, P., MARTÍNEZ, M. (2018). RESISOR. Libro Blanco de la Historia Social Única Electrónica de Andalucía. (Resumen ejecutivo - Proyecto RESISOR). Ed. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de Andalucía - SGPS. SEVILLA.

⁴³ Junta de Andalucía (2019). Sistema Cohessiona. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/presidencia/porta_voz/social/148059/consejodegobierno/IgualdadPolíticasSocialesyConciliacion/Cohessiona/historiasocialunicaelectronica/conveniosmunicipales/diputaciones/carpetaciudadana/ventanillaelectronica

El impacto que la pandemia de la COVID ha tenido en los servicios sociales pone de manifiesto (Chaves-Montero *et al.*, 2021; Morilla-Luchena, 2021)^{44, 45} que los procesos tecnológicos vinculados al teletrabajo en los servicios sociales han venido para quedarse de manera definitiva.

REFLEXIONES FINALES

En épocas de cambio es fundamental conocer la estrategia gubernamental diseñada para afrontar los cambios, así tras analizar el Dictamen para la Reconstrucción Social y Económica, el mismo deja constancia que el impacto de la pandemia por COVID-19 ha convertido en urgente la coordinación de los sistemas sanitario y social. Además, ha puesto el foco en nuevos riesgos y necesidades. Las medidas de coordinación social y sanitaria deben asegurar una atención de calidad en los centros residenciales y garantizar que las personas residentes conserven y conjuguen sus derechos al cuidado sanitario desde el Sistema Nacional de Salud con los derivados de su situación de dependencia, con los estándares de calidad de ambos sistemas.

Creando para ello un órgano de coordinación entre los sistemas sanitario y social de atención a la dependencia, encargado de: A) planificar de forma conjunta los cuidados de larga duración, B) establecer un sistema integrado de información, C) velar por la calidad de las prestaciones y D) definir los protocolos a seguir en caso de crisis sanitarias. Y para todo ello, identificar un equipo gestor de seguimiento de los programas de la atención en las residencias que aseguren la atención a la cronicidad según situación clínica y la eficaz coordinación con los servicios sociales de atención a la dependencia en las residencias.

Promover junto con las comunidades autónomas la coordinación de los sistemas sanitario y social, desde la constatación de que las personas residentes en estos centros conservan sus derechos a la atención sanitaria desde el Sistema Nacional de Salud y a la atención a su situación de dependencia, con los estándares de calidad de ambos sistemas.

Esta coordinación deberá establecerse:

- A nivel domiciliario, a través del seguimiento de la situación social y sanitaria de las personas con apoyo de la teleasistencia avanzada.
- En residencias, el seguimiento de la atención sanitaria se realizará por el centro de salud con derivación a hospital cuando la situación clínica lo requiera. Los servicios sociales tendrán que establecer acreditaciones de formación del personal de cuidados y un sistema de inspección periódica que permitan comprobar el cumplimiento de las condiciones exigidas a estos centros residenciales a efectos de verificar dicha coordinación.

BIBLIOGRAFÍA

Alianza científico-profesional estado de bienestar: Cohesión de los Servicios Sociales y Sanitarios para la atención a la población sociosanitaria, 2019. Disponible en: <http://www.alianzaestadobienestar.com/images/Documentos/ACE BCohesionSanidadyServiciosSociales AtencionSociosanitaria21feb2019.pdf>

ARMITAGE, R., y NELLUMS, L.: «COVID-19 and the consequences of isolating the elderly», *The Lancet Public Health* núm. 5, 2020.

⁴⁴ CHAVES-MONTERO, A.; RELINQUE-MEDINA, F.; FERNÁNDEZ-BORRERO, M.Á.; VÁZQUEZ-AGUADO, O.: “Twitter, Social Services and Covid-19: Analysis of Interactions between Political Parties and Citizens”, *Sustainability* núm 13, 2021.

⁴⁵ MORILLA-LUCHENA, A.; MUÑOZ-MORENO, R.; CHAVES-MONTERO, A.; VÁZQUEZ-AGUADO, O.: “Telework and Social Services in Spain during the COVID-19 Pandemic”, *Int. J. Environ. Res. Public Health* núm 18, 2021.

- BANERJEE, D.: «The Impact of Covid-19 Pandemic on Elderly Mental Health» *International Journal of Geriatric Psychiatry*, núm. 12, 2020.
- BASCONES, L.M., MARTORELL, V. y TURRERO, M.: «Accesibilidad en las aplicaciones y dispositivos de telemonitorización de la salud. Un acercamiento a la realidad» *Observatorio de accesibilidad TIC*. Discapnet.
- BATSIS, J. A., DANIEL, K., ECKSTROM, E., GOLDLIST, K., KUSZ, H., LANE, D., LOEWENTHAL, J., COLL, P.P., y FRIEDMAN, S.M.: «Promoting Healthy Aging During COVID-19», *Journal of the American Geriatrics Society* núm. 3, 2021.
- CALASANTI T.: «Combating ageism: How successful is successful aging?», *The Gerontologist* núm. 6, 2016.
- CALERO, M. D., y NAVARRO, E.: «Variables that favour successful ageing/Variables que favorecen un envejecimiento exitoso», *Estudios de Psicología* núm. 2-3, 2018.
- CARCAR, J.E.: «Una reflexión sobre el derecho a la asistencia sanitaria como derecho social y universal con financiación pública», *Revista de Derecho UNED*, núm. 18, 2016.
- CARRETERO, S.: European Commission. «Mapping of effective technology-based services for independent living for older people at home. Seville. Joint Research Centre, Institute for Prospective Technological Studies». Disponible en: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC91622>
- CHAVES-MONTERO, A.; Relinque-Medina, F.; Fernández-Borrero, M.Á.; Vázquez-Aguado, O.: «Twitter, Social Services and Covid-19: Analysis of Interactions between Political Parties and Citizens», *Sustainability*, núm. 13, 2021.
- CHÓEZ CALLE, J. E., Villacreses Parrales, C. A., Figueroa Castillo, V., Barreto Pin, J., y Maldonado Zuñiga, K.: «Telemedicina: el nuevo paradigma en la sociedad», *Serie Científica De La Universidad De Las Ciencias Informáticas* núm. 14, 2021.
- COE, N., VAN HOUTVEN, C.: «Living arrangements of older adults and covid-19 risk: it is not just nursing homes», *Journal of the American Geriatrics Society* núm. 7, 2020
- COHEN, M., y TAVARES, J.: «Who are the most at-risk older adults in the covid-19 era? it's not just those in nursing homes», *Journal of Aging & Social Policy* núm. 4-5, 2020.
- DEWAR, S., LEE, P., SUH, T., y MIN, L.: «Uptake of Virtual Visits in A Geriatric Primary Care Clinic During the COVID-19 Pandemic», *Journal of the American Geriatrics Society* núm. 7, 2020.
- ESPINOZA, L.: «El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería», *Enfermería Universitaria* núm. 3, 2016.
- FUMAGALLI, S., SALANI, B., GABBANI, L., MOSSELLO, E., y UNGAR, A.: «Covid-19 cases in a no-Covid-19 geriatric acute care setting. A sporadic occurrence?», *European Journal of Internal Medicine*, núm. 77, 2020.
- GARCÍA, R.: «Covid-19: the precarious position of Spain's nursing homes», *BMJ : British Medical Journal* núm. 369, 2020.
- GARCÍA, M. SÁEZ, ALONSO F. , FERNÁNDEZ, F.J., BERNAL, JA., GARCÍA, L. , JIMÉNEZ, S., MARTÍNEZ, R., BAUZÁ, M., MUÑOZ, M.D. MILLÁN, A., RINCÓN, M.D, RAMÍREZ DE CARTAGENA, P., QUIÑONES P., GÁLVEZ, P., MARTÍNEZ, M.(2018). *RESISOR. Libro Blanco de la Historia Social Única Electrónica de Andalucía. (Resumen ejecutivo – Proyecto RESISOR)*. Ed. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de Andalucía - SGPS. SEVILLA. pp. 1- 64.

- GARDNER, W., STATES, D., y BAGLEY, N.: «The coronavirus and the risks to the elderly in long-term care», *Journal of Aging & Social Policy* núm. 4-5, 2020.
- GIL, C., BARRIOS, V., COSÍN-SALES, J. y GÁMEZ, J.M.: «Telemedicina, ética y derecho en tiempos de COVID-19. Una mirada hacia el futuro», *Revista Clínica Española* SN, 2021.
- GIRDHAR, R., SRIVASTAVA, V., y SETHI, S.: «Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic», *Journal of Geriatric Care and Research*, núm. 1, 2020.
- GOODMAN-CASANOVA, J., DURA-PEREZ, E., GUZMAN-PARRA, J., CUESTA-VARGAS, A., y 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* núm. 5, 2020.
- Harvard Medical School. Harvard Study of Adult Development. Disponible en: <https://www.adultdevelopmentstudy.org/>
- Instituto para el desarrollo e integración de la salud. «El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: Mapa de recursos y propuestas de futuro». Disponible en: <https://www.fundacionidis.com/informes-ccaa/andalucia>
- LETURIA ARRAZOLA, M.: Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención. Disponible en: https://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro_MA_Leturia.pdf
- LLOYD-SHERLOCK, P.G., KALACHE, A., MCKEE, M., DERBYSHIRE, J., GEFFEN, L., CASAS, F.G.O., y GUTIERREZ, L.M.: «WHO must prioritise the needs of older people in its response to the covid-19 pandemic», *BMJ*, núm. 368, 2020.
- LORENZ-DANT, K. International Long Care Policy Network. Germany and the COVID-19 long-term care situation. International Long Term Care Policy Network, CPEC-LSE. Disponible en: https://ltccovid.org/wpcontent/uploads/2020/05/Germany_LTC_COVID-19-26-May-2020.pdf
- MORILLA-LUCHENA, A.; MUÑOZ-MORENO, R.; CHAVES- MONTERO, A.; VÁZQUEZ-AGUADO, O.: «Teleworkand Social Services in Spain during the COVID-19 Pandemic», *Int. J. Environ. Res. Public Health* núm. 18, 2021.
- MUÑOZ, M.D. y GARCÍA, J.I.: «Informe de evaluación del proyecto RESISOR Regional Single Social Record. Metodología y Resultados para el diseño de la Historia Social Única Electrónica en Andalucía». Ed. Universidad Internacional de Andalucía (UNIA). Sevilla. <https://www.unia.es/explorar-catalogo/item/proyecto-resisor>.
- Observatorio de Salud Mental de Andalucía. La coordinación de los Servicios Sanitarios y Sociales. Un discurso para una atención humanizada y de calidad, y en defensa de los derechos sanitarios y sociales. disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Coordinacion-servicios-sanitarios-sociales.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/sbd46_p2.pdf.
- Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=865834CBEB089191E9731E919AFC95CD?sequence=1
- PERLINGEIRO, R.: «Los cuidados de salud para los ancianos. Entre las limitaciones presupuestarias y el derecho mínimo asistencial», *Boletín Mexicano de Derecho Comparado* núm. 140., 2014.

- PETRETTO, D.R. y PILI, R.: «Ageing and COVID-19: What is the Role for Elderly People» *Geriatrics*, núm. 25, 2020.
- SANTINI, Z., JOSE, P., YORK CORNWELL, E., KOYANAGI, A., NIELSEN, L., HINRICHSSEN, C., MEILSTRUP, C., MADSEN, K., y KOUSHEDE, V.: «Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis», *The Lancet Public Health*, núm. 1, 2020.
- SCHOENMAKERS, E., y TINDEMANS, I.: «What I feel and do when I feel lonely: A qualitative study on older adults Coping with loneliness», *Innovation in Ageing* núm. 1, 2017.
- SINVANI, L.: «The COVID-19 Pandemic: Experiences of a Geriatrician-Hospitalist Caring for Older Adults», *Journal of the American Geriatrics Society* núm. 5, 2020-Tarazona-Santabalbina, F. J., Martínez- Velilla, N., Vidán, M. T., y García-Navarro, J. A.: «COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir», *Revista Española De Geriatria Y Gerontologia* núm. 4, 2020.
- TRABUCCHI, M., y DE LEO, D.: «Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy», *The Lancet Psychiatry* núm. 5, 2020.
- VERDUGO ALONSO, M. Á., GÓMEZ SÁNCHEZ, L. E., y ARIAS MARTÍNEZ, B.: «Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La escala FUMAT», Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (Salamanca, España) SN, 2009.