Universidad de Alcalá

UAH TFM

BUENAS PRÁCTICAS EN LAS RESIDENCIAS DE MAYORES DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.

Máster Universitario en Acción Humanitaria Sanitaria

Presentado por:
Dª CLAUDIA EMILIA GALACHE COLLADA

Tutorizado por:
Dra. Dª FELICITAS IBÁÑEZ LLADÓ
Dr. D. MIGUEL PÉREZ-LOZAO GALLEGO

Alcalá de Henares, a 10 de enero de 2022

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ÍNDICE

1. RESUMEN/ ABSTRACT 4
2. JUSTIFICACIÓN 6
3. INTRODUCCIÓN 7
3.1. PANDEMIA 7
3.2. ENFERMEDAD COVID-19 9
INTRODUCCIÓN 9
EPIDEMIOLOGÍA 9
FACTORES DE RIESGO 11
DIAGNÓSTICO 11
SINTOMATOLOGÍA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS 12
COMPLICACIONES 14
TRATAMIENTO 15
VACUNACIÓN 16
3.3. COVID-19 EN LAS RESIDENCIAS DE MAYORES 19
3.4. BUENAS PRÁCTICAS 21
3.5. CENTROS RESIDENCIALES DE MAYORES 22
4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO 25
HIPÓTESIS DEL ESTUDIO 25
OBJETIVO GENERAL 26
5. METODOLOGÍA 27
CONTEXTO DEL ESTUDIO 29
POBLACIÓN Y MUESTREO 30
APROXIMACIÓN AL CAMPO Y ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN 30
ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO 31
RECOGIDA DE INFORMACIÓN 36
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN 37
ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES 38
LIMITACIONES DEL ESTUDIO 39
6. RESULTADOS 40
ANÁLISIS DE LA PARTICIPACION EN LAS RESPUESTAS DESDE UN PUNTO DE VISTO GEOGRÁFICO 40
ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS SOBRE BUENAS PRÁCTICAS 43

ANÁLISIS DE BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD PSICOEMOCIONAL 43
ANÁLISIS DE BUENAS PRÁCTICAS EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS 45
ANÁLISIS DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL ÁMBITO DE LAS 47
MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN FRENTE A LA INFECCIÓN 47
ANÁLISIS DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL ÁMBITO DE LA COMUNICACIÓN 49
ANALISIS DE RESPUESTAS SOBRE PROPUESTAS DE MEJORA 51
ANÁLISIS TIPO DE PROFESIONAL QUE RESPONDE AL CUESTIONARIO 53
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 54
8. BIBLIOGRAFÍA 58
9. AGRADECIMIENTOS 65
10. ANEXOS 66
ANEXO I 66
ANEXO II 69

1. RESUMEN/ ABSTRACT:

INTRODUCCIÓN: En el contexto de la pandemia Covid-19 las residencias de mayores de nuestro país estuvieron sometidas a un juicio crítico por los medios de comunicación en lo que se refiere a las actuaciones que adoptaron para la gestión de la situación. Este trabajo pretende conocer cuál ha sido la respuesta socio-sanitaria de las residencias para cuidar a sus residentes, valorando de que recursos sanitarios disponían y como intentaron suplir el evidente déficit, con medidas de apoyo y refuerzo desde la perspectiva de la utilización de Buenas Prácticas. **METODOLOGÍA:** Recogida de respuestas sobre Buenas Prácticas con un cuestionario autoadministrado y análisis mediante metodología mixta. **RESULTADOS:** Las Buenas Prácticas consideradas como de mayor importancia por los participantes han sido las relacionadas con la comunicación (67%) y las medidas de prevención y protección frente al contagio (67%). Mientras que las Buenas Prácticas en el ámbito de los recursos humanos suponen el 56,70% y las relacionadas con la salud psicoemocional alcanzan el 42,26%. Se analizaron un total de 97 respuestas válidas. **CONCLUSIONES**: Las intervenciones prioritarias de los centros fueron hacer frente a la pandemia desde la prevención y protección de sus residentes frente a la infección, dando una importancia relevante a la comunicación con las familias en esta situación. Además, no olvidaron el valor fundamental de la salud psicoemocional y se continuaron realizando actividades relacionadas con este ámbito.

PALABRAS CLAVE: Hogares para Ancianos, Covid-19, Infecciones por coronavirus, Servicios de Salud para Ancianos, Buenas prácticas clínicas, Pandemia.

INTRODUCTION: In the context of the Covid-19 pandemic, the residences of the elderly in our country were subjected to a critical judgment by the media regarding the actions they adopted to manage the situation. This work aims to know what has been the socio-sanitary response of the residences to take care of their residents, assessing what health resources they had and how they tried to fill the obvious deficit, with support and reinforcement measures from the perspective of the use of Good Practices. **METHODOLOGY:** Rechoed of answers on Good Practices through a self-administered questionnaire and analysis through mixed methodology. **RESULTS:** The Good Practices considered as of greater importance by the participants have been those related to Communication (67%) and the Measures of prevention and protection against contagion (67%). While good practices in the field of human resources account for 56.70% and those related to psycho-emotional health reach 42.26%. 97 valid answers were obtained. **CONCLUSIONS:** The priority interventions of the centers were to face the pandemic from the prevention and protection of their residents against infection, giving a relevant importance to communication with families in this situation. And that they also did not forget the fundamental value of psycho-emotional health and continued to carry out activities related to this area.

KEY WORDS: Pandemic, Nursing homes, Sars- CoV-2, Good Clinical Practices.

2. JUSTIFICACIÓN:

Las residencias de mayores, como su propio nombre indica, son instituciones donde conviven y residen personas mayores. Por tanto, en la consideración de centro de mayores no se incluye el concepto de centro sanitario.

En España las competencias de servicios sociales son competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas y como consecuencia de ello cada comunidad tiene sus propias normativas sobre la materia. Hay que tener en cuenta que no existe una normativa estatal de Servicios Sociales,[1] más allá de que en el artículo 50 de la constitución se declare que los poderes públicos promoverán con independencia de las obligaciones familiares el bienestar mediante un sistema de servicios sociales a los ciudadanos durante la tercera edad.[2]

Al inicio de la pandemia Covid-19, se puso de manifiesto una doble percepción crítica, por un lado, asumir que, en la gran mayoría de ellas, lógicamente no existían medidas asistenciales sanitarias, más que los imprescindibles para atender necesidades puntuales y por otro la exigencia colectiva de la sociedad de que las residencias tenían que atender sanitariamente a sus residentes.

Esta percepción evidentemente se vio muy reforzada por la posición de los medios de comunicación que incidían continuamente en resaltar los aspectos más negativos y situaciones más dramáticas que se estaban viviendo en las residencias de mayores. Olvidando resaltar que la gestión de la situación que la pandemia suponía para las residencias era el fiel reflejo de la tensión que el gran incremento explosivo de casos estaba provocando en el conjunto de la sociedad y la totalidad del sistema asistencial a todos los niveles, atención primaria y atención especializada.[3]

En este trabajo, se pretende conocer cuál ha sido la respuesta socio-sanitaria de las residencias para cuidar a sus residentes, valorando con que recursos sanitarios contaban y como intentaron suplir el evidente déficit, con medidas de apoyo y refuerzo desde la perspectiva de la utilización de Buenas Prácticas. Quizás ha llegado el momento de valorar adecuadamente el trabajo desempeñado por el personal de las residencias y reflexionar sobre un nuevo modelo de Cuidados de Larga Duración en los Centros Residenciales con apoyo sanitario normativo y con una coordinación más eficaz entre los servicios sociales y los servicios sanitarios.

3. INTRODUCCIÓN:

3.1. PANDEMIA:

La etimología de la palabra pandemia procede del griego de la expresión "pandêmonnosêma", que significa "enfermedad del pueblo entero", y no hace referencia a elementos concisos, unánimes y continuos en el tiempo. Si se estudian los momentos históricos en los que ha sido empleado el término pandemia se percibe que se trata de una construcción social que ha sufrido cambios a lo largo de la historia y en el que han influido distintas corrientes de pensamiento.[4]

Desde la denominada peste antonina durante el siglo II, pasando por la peste negra en Europa en el siglo XIV, hasta la actual Covid-19, las situaciones epidémicas se caracterizan por un denominador común que es la alta tasa de letalidad.

Los conceptos básicos a tener en cuenta en la definición de una pandemia son:

• **Endemia:** presencia continua de una enfermedad en una zona geográfica determinada. A su vez hiperendemia se refiere a la persistencia de una enfermedad con elevada incidencia, y holoendemia, como una elevada cantidad de casos en un área determinada, durante mucho tiempo., afectando a la población desde muy temprana edad.

• **Brote epidémico:** con carácter general la aparición de dos o más casos de una misma enfermedad asociados en tiempo, lugar y persona. También se considera brote un incremento significativo de casos en relación con los valores habitualmente observados o la aparición de una enfermedad en una zona hasta ese momento libre de ella.

• **Epidemia:** este concepto varía en función del agente infeccioso, el tamaño y las características de la población expuesta. Por ello un solo caso de una enfermedad infecciosa que durante un lapso prolongado no había afectado a una población, o que lo haga por primera vez en una región en la que no había sido diagnosticada anteriormente.

• **Pandemia:** es la afectación de una enfermedad a lo largo de un área geográficamente extensa o incluso a nivel mundial.[5]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define "pandemia" como la afectación de una enfermedad infecciosa de los humanos a lo largo de un área geográficamente

extensa. La enfermedad se extiende a grandes zonas o afecta a casi todos los individuos de una región. Por tanto, el término se establece en cuanto afectación geográfica o numérica pero nunca hace referencia a la gravedad clínica del proceso infeccioso.

Las circunstancias básicas que deben cumplirse para que se produzca una pandemia son:

- Aparición de un nuevo agente causal o aparición de una mutación de este, para el que la población no tenga inmunidad.
- Propagación rápida de persona a persona.

La OMS refiere la existencia de seis fases en una pandemia en enfermedades infecciosas que puedan tener su origen en animales.

Primera fase: el agente infeccioso solo afecta a animales y no se transmite a los seres humanos.

Segunda fase: Se comienzan a documentar los primeros casos en seres humanos.

Tercera fase: Se notifican los primeros casos de transmisión entre animal y ser humano, pero aún no existe contagio entre seres humanos.

Cuarta fase: Se verifican los primeros casos de contagio de la enfermedad entre humanos, y aparecen los primeros casos de transmisión comunitaria.

Quinta fase: La propagación de la enfermedad ocurre en al menos en dos zonas de una misma región del planeta.

Sexta fase: Se establecen brotes de la enfermedad en más de una región del mundo.[6]

El presente trabajo versa sobre la pandemia por Sars-Cov-2 declarada por la OMS en el año 2020.

3.2. ENFERMEDAD COVID-19:

INTRODUCCIÓN:

En diciembre de 2019, en Wuhan provincia de Hubei, República Popular de China se detectaron 27 casos de neumonía grave entre adultos de 30 a 80 años, sin poderse determinar el agente infeccioso causal. Los primeros estudios hallaron una exposición común de los casos asociado a un mercado mayorista de alimentación donde se vendían según tradiciones locales animales vivos. El origen del virus más probable, aunque a fecha de hoy todavía sin confirmar, fue un origen animal posiblemente los pangolines, con capacidad de transmisión del virus desde este a los seres humanos.[7]

A principios del año 2020 las investigaciones epidemiológicas de las autoridades chinas permiten dirigir las primeras hipótesis hacia un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae al que se denominó SARS-CoV-2. Las enfermedades producidas por la familia Coronavirus consisten en un amplio abanico de enfermedades de sintomatología respiratoria que abarcan desde el resfriado común a síndromes respiratorios neumónicos muy graves, incluyendo los conocidos como Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) y Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo (MERS-CoV).

Dada la rápida propagación de los casos, el gobierno chino lo comunicó a la Organización Mundial de la Salud (OMS), que el 30 de enero de 2020, lo declaró como emergencia de salud pública de ámbito internacional. Y el 11 de marzo ya se habla de situación pandémica.[8]

EPIDEMIOLOGÍA:

Se considera los siguientes tipos de casos:

Caso sospechoso: Individuo que cumpla alguna de las siguientes condiciones.

- Paciente con enfermedad respiratoria aguda con sintomatología que incluya fiebre acompañada de signos o síntoma de enfermedad respiratoria (tos, disnea, etc.), y con historia de viaje o de residencia en un área en la que se haya reportado transmisión comunitaria de Covid-19, en los 14 días previos a la aparición de los síntomas.

- Paciente con enfermedad respiratoria aguda, que haya estado en contacto con un caso probable o confirmado de Covid-19, en los 14 días previos a la aparición de los síntomas.
- Paciente con enfermedad respiratoria aguda severa con fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria severa (tos, disnea), que requiera hospitalización, y además no tenga otra alternativa diagnóstica que pueda justificar la clínica.[9]

Caso probable:

- Caso sospechoso con resultados no concluyentes en las pruebas para la detección de SARS-CoV-2.
- Caso sospechoso en quien no se haya podido realizar una prueba diagnóstica.

Caso confirmado: paciente con prueba positiva de laboratorio para Sars-CoV-2, sea cual sea su situación clínica.

Por otra parte, tiene la consideración de contacto la persona que haya tenido exposición a un caso probable o confirmado en los dos días previos o en los 14 días posteriores al comienzo de los síntomas de este caso. Se distinguen las siguientes situaciones:

- Contacto con un caso probable o confirmado a menos de un metro de distancia y por más de 15 minutos.
- Contacto físico directo con un caso probable o confirmado.
- Cuidadores de pacientes con enfermedad Covid-19 probable o confirmada, sin utilización del Equipo de Protección Individual (EPI) adecuado.[10]

FACTORES DE RIESGO:

Diferentes estudios han descrito factores de riesgo que aumentan la probabilidad de precisar ingreso en un centro hospitalario e incluso puede aumentar el riesgo de mortalidad. Los más destacados a tener en cuenta son:

- Edad avanzada.
- Sexo masculino.
- Enfermedad cardíaca crónica.
- Diabetes Mellitus
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Asma.
- Enfermedad renal crónica.
- Obesidad
- Problemas neurológicos crónicos
- Neoplasia maligna
- Enfermedad hepática.

DIAGNÓSTICO:

Desde el inicio de la situación pandémica y según la disponibilidad se han empleado las siguientes técnicas diagnósticas:

- PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa): esta prueba permite el diagnóstico mediante la detección de un fragmento del material genético de un patógeno. Se trata de una técnica que posee una alta sensibilidad y además es capaz de detectar el virus en las primeras fases de la infección respiratoria. Es por tanto la técnica “gold standard” para la detección de infección por el virus Sars-Cov-2. Es un procedimiento complejo que

precisa que su realización se lleve a cabo por un profesional sanitario cualificado.

- Test rápido de antígenos: Esta prueba detecta proteínas del virus en muestras respiratorias de exudado nasofaríngeo de los pacientes infectados. La ventaja principal que presentan es que pueden realizarse fuera del ámbito hospitalario y la inmediatez del resultado (15-20 min). Esto permite aislar antes a los casos positivos y precisa un menor número de recursos sanitarios para su realización, lo que permite liberar profesionales y recursos en el Sistema Nacional de Salud.[11]

Además de las pruebas anteriormente citadas se han empleado técnicas para determinar la presencia de anticuerpos en sangre de los pacientes que han superado la enfermedad. Estas pruebas son:

- Las pruebas rápidas serológicas.
- Los test serológicos tipo ELISA/Quimioluminiscencia (anticuerpos IgG e IgM) en muestras de sangre.[12]

SINTOMATOLOGÍA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Los síntomas de la enfermedad Covid-19 provocada por el virus Sars-CoV-2 pueden a aparecer entre los 2 y los 14 días posteriores a la exposición. Actualmente la sintomatología que se considera propia de la enfermedad incluye los siguientes signos y síntomas. A pesar de ello la consideración de sintomatología patognomónica está en constante evolución debido a que cada día se va conociendo más de la enfermedad y la amplia gama de variantes existentes de este virus.

El curso de la Covid-19 es variable y va desde la infección asintomática hasta la neumonía grave que requiere ventilación mecánica y puede llegar a ser letal.

Los niños, niñas y los adultos jóvenes suelen presentar una forma asintomática y presentaciones leves de la enfermedad, mientras que en mayores de 65 años, enfermos crónicos y pacientes con otras comorbilidades asociadas como pueden ser Diabetes Mellitus, EPOC, hipertensión, asma bronquial y obesidad, suelen padecer las formas más graves de la enfermedad.

Los síntomas más comunes son respiratorios:

-Fiebre alta y prolongada.

-Tos seca o productiva.

- Disnea.

- Fatiga, mialgias y cefalea.

- Odinofagia, congestión nasal y rinorrea.

También se han descrito síntomas gastrointestinales, entre los que destacan náuseas, vómitos, malestar abdominal y diarrea.[13]

Se han detectado también sintomatología en los órganos de los sentidos, siendo los más destacables, la ageusia y la anosmia.

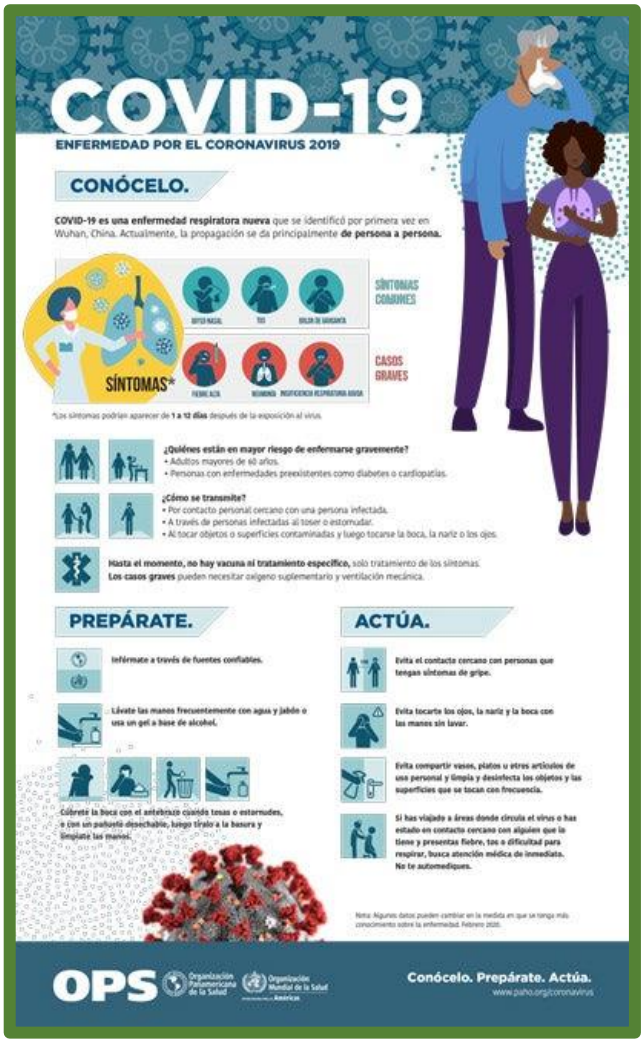


Figura 1: Infografía -COVID-19 Enfermedad por el coronavirus 2019: Conócelo.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS)[14]

Según datos de la OMS estudios realizados al comienzo de la pandemia en China, detectaron que los síntomas y signos más frecuentes en la enfermedad eran: fiebre (87,9%), tos seca (67,7%), astenia (38,1%), expectoración (33,4%), disnea (18,6 %), odinofagia (13,9%), cefalea (13,6%), mialgia o artralgia (14,8%), escalofríos (11,4%), náuseas o vómitos (5%), congestión nasal (4,8%), diarrea (3,7%), hemoptisis (0,9%) y congestión conjuntival (0,8%).

Atendiendo a una clasificación de la sintomatología por estructuras anatómicas, se describen diferentes síntomas, como son:

- Neurológicos: tales como mareo, alteración del nivel de conciencia, accidente cerebrovascular y ataxia.
- Oftalmológicos: los más frecuentes son sequedad, visión borrosa, sensación de cuerpo extraño y congestión conjuntival.
- Otorrinolaringológicos: los más comunes descritos, son dolor facial, obstrucción nasal, ageusia y anosmia
- Dermatológicos: se han observado manifestaciones muy variopintas, más frecuentes en niños y adolescentes como las erupciones tipo rash (sobre todo a nivel torácico), erupciones urticarias vesiculosas, lesiones acrocianóticas en zonas distales de las extremidades.
- Cardiológicos: fallo cardiaco y daño miocárdico agudo.
- Hematológicos: se ha observado una afectación de la coagulación que se manifiesta con fenómenos trombóticos como accidente cerebrovascular, isquemia cardiaca, muerte súbita, embolismos, trombosis venosa profunda. También se observa una mayor incidencia de sangrados activos.[15]

COMPLICACIONES:

Las complicaciones más frecuentes descritas son:

- Neumonía grave.

- Síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA).

- Miocarditis.

- Daño renal agudo.

- Sobreinfecciones bacterianas, con manifestación en forma de shock séptico.

- Trastornos de la coagulación, como la prolongación del tiempo de protrombina, el aumento del dímero D y la disminución en el recuento de plaquetas. Que pueden llegar a provocar una intravascular diseminada.[16]

- Covid persistente (Long Covid): Existe un porcentaje aún indeterminado de pacientes que describen síntomas compatibles con Covid-19, semanas o meses después de haber superado la enfermedad. Se desconoce la base fisiopatológica de estos cuadros, pero se han planteado tres teorías: Persistencia del virus en reservorios como el epitelio del intestino delgado, presencia de una respuesta inmune aberrante desregulada por exceso y/ o daño producido por el efecto de la autoinmunidad.[15]

TRATAMIENTO:

En el momento actual no existe un tratamiento específico para la enfermedad provocada por el virus Sars-CoV-2.

Según la gravedad del cuadro que manifiestan los pacientes se emplea distintos tratamientos de soporte:

Cuadros leves: Aislamiento domiciliario y alivio de los síntomas principales con analgésicos y antipiréticos.

Cuadros moderados: Ingreso en planta de hospitalización y oxigenoterapia.

Cuadros graves: Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos y soporte respiratorio con o sin ventilación mecánica.

Además, se han empleado varios medicamentos retrovirales: Ribavirina, la combinación de Lopinavir/Ritonavir y Remdesivir. Todos ellos mediante ensayos clínicos de los que en la actualidad aún no conocemos los resultados definitivos y por ello a día de hoy no existe todavía una terapia antiviral efectiva de elección.

Se han utilizado también tratamientos para la prevención de la diseminación de la infección. Los fármacos empleados han sido los antivirales anteriormente citados y antimaláricos como la cloroquina y la hidroxicloroquina, inmunomoduladores,

interferón beta (IFN-ß), corticoides, antibióticos para tratar las sobreinfecciones bacterianas y vitamina C.[16]

VACUNACIÓN:

En nuestro país la vacunación se inició el 27 de diciembre de 2020 en Guadalajara (Castilla - La Mancha) en una residencia de mayores, vacunando en primer lugar a la residente de mayor edad del centro, Araceli Hidalgo. [17]

Este hecho tuvo una gran repercusión mediática y fue la noticia de inicio en todos los informativos de las cadenas de radio y televisión tanto públicas como privadas. Las autoridades sanitarias pusieron mucho énfasis en la gran importancia de esta medida, que constituía el inicio de la mayor campaña de vacunación llevada a cabo en nuestro país. De hecho, el año 2021 termina, según los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad, con 83.529.797 dosis administradas. Un total de 37.869.504 personas han recibido la pauta vacunal completa lo que supone un 89,9% de la población mayor de 12 años. España es uno de los países con mayor tasa de vacunación del mundo, teniendo al menos una dosis administrada el 92% de la población mayor de 12 años.

Además, dentro del grupo etario de mayores de 70 años un 87,7% ha recibido una dosis de recuerdo.[18]

Desde el inicio de la pandemia se ha trabajado en el desarrollo de una vacuna segura y efectiva contra el virus.

Actualmente existen dos tipos de vacuna aprobadas por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), las vacunas de ARN mensajero y las vacunas de vectores virales.

Las vacunas empleadas en España y las dosis administradas según la última actualización de la estrategia de vacunación son:

Las vacunas de ARN mensajero:

- **Comarnity- PfizerBioNTech**: 2 dosis separadas por 21 días y una dosis de refuerzo a los seis meses de la administración de la segunda dosis.[19]
- **Spikevax (Moderna):** 2 dosis separadas por 28 días y una dosis de refuerzo a los seis meses de la administración de la segunda dosis.[20]

Las vacunas de vectores virales:

- **Oxford/Astrazeneca**: 2 dosis y actualmente con administración de una dosis de recuerdo con una vacuna de ARN mensajero a los 3 meses de la administración de la segunda dosis.[21]
- **Janssen (Johnson & Johnson):** 1 única dosis y actualmente con administración de una dosis de recuerdo con una vacuna de ARN mensajero a los 3 meses de la administración de la dosis única.[22]

Desde el inicio de la comercialización de las vacunas contra la Covid-19 se estableció una estrategia de vacunación a nivel estatal, que contaba con un plan de priorización según la disponibilidad de dosis.[23]

Etapa 0: Desarrollo, autorización y evaluación.

Etapa 1: Primeras dosis disponibles. Ante la limitación del número de dosis disponibles se estableció un plan de vacunación que incluía en primer lugar a las personas más vulnerables. Los grupos prioritarios en esta primera fase fueron:

- Residentes y personal sanitario y sociosanitario de residencias de personas mayores y de atención a grandes dependientes.
- Personal de primera línea en el ámbito sanitario y sociosanitario.
- Otro personal sanitario y sociosanitario.
- Personas consideradas como grandes dependientes (grado III de dependencia) no institucionalizadas.

Etapa 2: Aumento del número de dosis disponibles.

- Mayores de 80 años.
- Personas entre 70 y 79 años y personas con condiciones de muy alto riesgo.
- Personas entre 60 y 65 años.
- Personas entre 66 y 69 años.
- Otro personal sanitario y sociosanitario.

- Trabajadores con una función social esencial.
- Personas entre 50 y 59 años.

Etapa 3: Vacuna ampliamente disponible.

- Personas entre 40 y 49 años.
- Personas entre 30 y 39 años.
- Personas entre 20 y 29 años.
- Personas entre 12 y 19 años.
- Personas entre 5 y 11 años.

Es importante destacar el carácter voluntario de la vacunación para toda la población.[24]

Figura 2: Infografía-Grupos prioritarios de vacunación.

Fuente: Ministerio de Sanidad.[25]

3.3. COVID-19 EN LAS RESIDENCIAS DE MAYORES:

El estilo de vida en espacios limitados y con pautas de convivencia que persiguen la socialización con el consiguiente contacto estrecho entre los residentes es el factor más importante que considerar al abordar la problemática en las residencias de mayores de nuestro país.

Hay que tener en cuenta, además, que muchos de los residentes presentan grados de dependencia elevada que requieren la asistencia personalizada y muy estrecha por el personal trabajador sociosanitario. Este personal conlleva un riesgo adicional ya que además de su trabajo dentro de la residencia, tiene contacto en el exterior con familiares y otras personas constituyéndose así en un agente de la infección.[26]

No se puede olvidar que los residentes tienen su asistencia sanitaria como integrantes del Sistema Nacional de Salud (SNS) en los centros de Salud a Nivel de Atención Primaria y en la Red Hospitalaria a nivel de Atención Especializada; ya que las residencias no son centros sanitarios. Ello supone por un lado la necesidad de trasladar a los mayores cuando necesitan asistencia sanitaria y que esto conlleva que entren en contacto con otros grupos de población.

Todo ello ha supuesto un incremento de la mortalidad, siendo este el grupo de la población más afectado por la crisis provocada por el virus Sars-Cov-2. Según el grupo de trabajo Covid- 19 y residencias del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030: “se podría estimar como plausible un rango entre el 47% y el 50% de afectación en residencias respecto al total de fallecimientos por la enfermedad Covid-19 en la primera oleada de la pandemia.”[27] [28]

Con toda esta situación se manifestó en que además de una elevada mortalidad, las situaciones de final de vida acontecieron sin la posibilidad del apoyo sociofamiliar, por lo que muchas de estas personas murieron en soledad. Es importante resaltar la gran resiliencia demostrada por los propios residentes, familiares y trabajadores. Los profesionales además de llevar a cabo su trabajo trataron de suplir la ausencia familiar en esta dramática situación, acompañando a los residentes en sus últimos momentos vitales y dando apoyo emocional a los familiares que no pudieron despedirse.[29]

La crisis ha puesto de manifiesto las deficiencias estructurales del sector de las residencias de mayores en España, entre las que destacan:

- Falta de espacio y la consiguiente dificultad para poder aislar a las personas enfermas.
- Dificultad del Sistema Nacional de Salud (SNS) de atender la gran demanda puntual de asistencia de un grupo etario con grandes necesidades asistenciales ante una situación de pandemia.
- Ausencia de planes de contingencia en los centros ante emergencias sanitarias.
  Precariedad laboral de los trabajadores, lo que supone una gran rotación y movilidad.[30]

Además, también se pusieron de manifiesto los siguientes aspectos en los residentes:

- Alteraciones conductuales y de la función cognitiva.
- Secuelas físicas y emocionales.
- Estrés postraumático y ansiedad por las situaciones vividas.
- Soledad.
- Necesidad de nuevas pautas farmacológicas.
- Adaptación a nuevos cuidadores.[31]

3.4. BUENAS PRÁCTICAS:

Alcanzan la consideración de Buenas Prácticas, el conjunto de experiencias o intervenciones que se han implementado con resultados positivos, siendo eficaces y útiles en un contexto concreto, contribuyendo al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades que se presenten en el trabajo diario de las personas en los ámbitos clínicos, de la gestión, satisfacción usuaria u otros, y se trata de una experiencia que puede servir de modelo para otras organizaciones.

Deben ser innovadoras, sencillas, pertinentes y adecuadas al contexto, respondiendo a la situación que se debe mejorar, siendo sostenibles en el tiempo y susceptibles de poder replicarse en situaciones similares.

Requieren que su difusión permita generar un conocimiento válido, transferible y útil.[32]

Desde hace varias décadas las Buenas Prácticas se han empleado en la mejora de las intervenciones sociales. Se consideran modelos de los que obtener un aprendizaje y sirven para establecer unos estándares mínimos de calidad asistencial. Son capaces de unir el marco teórico de diferentes disciplinas como la gerontología clínica y la gerontología social con el conocimiento adquirido a través de la práctica clínica. El empleo de Buenas Prácticas tiene por objetivo permitir obtener mejores resultados en la calidad de la atención y procesos de aprendizaje con un alto poder de empoderamiento.[33]

3.5. CENTROS RESIDENCIALES DE MAYORES:

Una residencia geriátrica, atendiendo a documentación de la Dirección General del IMSERSO, se puede definir como un centro social o sociosanitario para personas mayores, que ofrece desde un enfoque integral y biopsicosocial, unos servicios continuados de carácter personal, social y sanitario que estarán adaptados a la situación de dependencia y los requerimientos de cada individuo.

Por ello incluirán, atendiendo a las necesidades de los residentes, distintos tipos de servicios, manteniendo en todo momento relación con los servicios sociales y los servicios de salud de su entorno.

Los servicios a prestar se estructuran en:

- servicios básicos: Alojamiento, manutención, atención socio-sanitaria, y asistencia en las actividades básicas de la vida diaria.

- servicios especializados: De prevención, asesoramiento y orientación para la promoción de la autonomía, atención social, habilitación o atención asistencial y personal, atención médica, psicológica, de enfermería, terapia ocupacional y rehabilitación funcional.[34]

En la página web del IMSERSO, una residencia, se conceptúa por tanto como el conjunto de instalaciones, servicios y personal, que facilita un espacio de alojamiento de convivencia para potenciar el desarrollo de relaciones personales, mientras garantiza el respeto de los derechos sociales y los valores individuales de las personas mayores.

Puede tratarse de:

- alojamiento temporal, en el caso de estancias puntuales de convalecencia o reagudización de procesos crónicos o durante el período estival y/o fines de semana y períodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

- alojamiento permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona mayor.

En ambos casos la atención se debe adecuar para satisfacer de una manera integral las necesidades de las personas mayores a las que se dirige.

Junto a la elección de una correcta ubicación y al adecuado diseño arquitectónico de las instalaciones y el equipamiento, es imprescindible que cada Centro cuente con los recursos humanos cualificados y suficientes, que permitan desarrollar los programas de intervención que garanticen las condiciones de seguridad y confort de los residentes, potenciando la autonomía física y bienestar personal del residente y favoreciendo las relaciones sociales y respetando su intimidad.

Existen distintos modelos de residencias, pero todos ellos deben encontrarse abiertos a la comunidad.

Se trata de:

- centros con estancias diurnas

- centro de noche

- unidades en régimen de vivienda tutelada

- especiales para personas con distintas patologías cuyos programas se regularán específicamente.[35]

En todo caso el objetivo principal radica en conseguir la garantía de una atención básica que permita el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria de la persona mayor, fomentando la promoción de la autonomía personal. Por ello, en el caso de que exista deterioro de la función cognitiva, psíquica y /o física de la persona, que no permita la autonomía ni la independencia en la toma de decisiones, el objetivo primordial del centro y de sus profesionales, será la atención a la persona garantizando el máximo respeto y dignidad.[34]

El Ministerio de Sanidad a través del IMSERSO- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, establece con carácter general una serie de requisitos que deben cumplir las personas que vayan a ser beneficiarias de este tipo de atención, entre las que se establece:

- Ser mayor de 60 años.
- No padecer ninguna enfermedad infectocontagiosa o enfermedad que precise una atención imprescindible en centro hospitalario.
- No padecer trastornos mentales graves ni demencia senil avanzada que requiera tratamiento en un centro psiquiátrico.
- No haber sido sancionado con expulsión definitiva de un Centro Residencial del IMSERSO.
- Haber obtenido, conforme al baremo en vigor, la puntuación exigida en cada momento para el ingreso en la residencia solicitada.
- Ser pensionista del sistema de la Seguridad Social o del sistema público de pensiones o tener derecho a las prestaciones de servicios sociales del mismo, en virtud de ley o de convenio internacional. No obstante, los españoles que habiendo residido en el extranjero retornen a España y no puedan acreditar el período de residencia exigido para tener derecho a la pensión no contributiva de la Seguridad Social podrán acceder a las plazas residenciales de los centros para personas mayores financiados con créditos consignados en los Presupuestos Generales del Estado y en aquellos concertados en los que la Administración del Estado contribuya a su financiación.
- Que el pensionista esté valorado como persona con discapacidad intelectual cuando se soliciten plazas en Centros especializados para personas con discapacidad intelectual, deben ser mayores de 50 años.
- Podrán adquirir la condición de residente en el centro residencial el cónyuge o pareja del beneficiario, aunque éstos no hayan alcanzado la edad de 60 años.

Todo ello teniendo en cuenta la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

HIPÓTESIS DEL ESTUDIO:

Durante la pandemia del COVID 19:

- Las residencias han tenido intervenciones de Buenas Prácticas que han dado resultados positivos y útiles para sus residentes, solventando los déficits de recursos materiales, humanos y de la escasez de formación.
- Las actuaciones llevadas a cabo por los profesionales de las residencias han sido suficientes para establecer una intervención de prevención adecuada.
- La mayor parte de las Buenas Prácticas realizadas han ido encaminadas a prevenir y controlar la infección.
- Los equipos directivos de las residencias de mayores no han tenido implicación suficiente en la respuesta a la pandemia.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer cuáles fueron las Buenas Prácticas llevadas a cabo por los profesionales en los centros de mayores en España durante la pandemia Covid-19.

Objetivos específicos:

- Recoger, clasificar y analizar las Buenas Prácticas llevadas a cabo por los profesionales durante la pandemia, considerando el ámbito de actuación (humanización del centro -visitas, comunicación con los familiares-, cuidado de la salud psicoemocional, implementación de medidas de prevención del contagio, y comunicación interna / externa -trabajadores, instituciones-).
- Describir las experiencias de los profesionales que trabajen en residencias de mayores de España durante la pandemia desde el punto de vista de la utilización de Buenas Prácticas.
- Conocer otras preocupaciones de las residencias durante este periodo
- Conocer que categoría de buena práctica ha sido implementada con más frecuencia en las residencias.
- Determinar el tipo de profesional responsable en la propuesta de implantación de Buenas Prácticas.

5. METODOLOGÍA:

Se ha realizado un estudio de metodología mixta, bajo la perspectiva fenomenológica, puesto que se quieren conocer las Buenas Prácticas empleadas por los profesionales en los centros de mayores en España durante la pandemia Covid-19, dándole significado a estas a través de la percepción (experiencias, conocimientos y creencias) que los propios profesionales tienen de dichas prácticas.

El presente trabajo de investigación ha seguido las normas de la investigación cualitativa descritas por Ray Rist (1977):

- La investigación cualitativa es inductiva. Tiene además un diseño flexible y comienza con preguntas solo vagamente formuladas.
- El investigador tiene una visión holística del contexto y las personas. No reduciendo a variables a los sujetos del estudio.
- Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio, ya que no pueden eliminar sus efectos sobre las personas que estudian. Intentan comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.
- En la perspectiva fenomenológica es fundamental experimentar la realidad tal como otros la experimentan.
- El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
- El investigador no busca “la verdad” o “la moralidad” sino una compresión detallada de las perspectivas de otras personas.
- Los métodos cualitativos son humanistas.
- Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación.[36]

Se trata, por tanto, de un estudio de tipo explicativo-interpretativo, en el que el investigador ha mantenido una perspectiva ETIC, intentando conocer cuáles fueron las Buenas Prácticas llevadas a cabo por los profesionales y revelar las causas de su empleo, así como, su explicación a través de las respuestas de los profesionales a un

formulario autoadministrado elaborado por la autora del presente trabajo en base a la bibliografía disponible.

- El diseño del presente estudio de investigación se ha visto modificado en diversas ocasiones, se han realizado cambios a medida que se llevaba a cabo el estudio, debido a la naturaleza flexible que se le otorga a la investigación cualitativa. Además, se ha considerado oportuno realizar un análisis cuantitativo de las respuestas. Al conseguir establecer una clasificación estructurada de Buenas Prácticas, el estudio ha permitido valorar parámetros como porcentajes de medidas implementación de Buenas Prácticas en los ámbitos de humanización del centro -visitas, comunicación con los familiares-, cuidado de la salud psicoemocional, implementación de medidas de prevención del contagio y comunicación interna / externa -trabajadores, instituciones.

El presente trabajo de investigación se ha llevado a cabo durante el año 2021 utilizando el siguiente cronograma **(Figura 3)**. Durante el primer trimestre se realizaron las búsquedas bibliográficas, la lectura y selección de artículos. A partir del segundo y tercer trimestre se ha realizado el análisis de contexto, elaboración y difusión del cuestionario, y durante el cuarto trimestre se ha realizado el análisis de las respuestas obtenidas.

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
Búsqueda bibliografica													
Lectura de artículos													
Selección de artículos													
Adaptación del cuestionario													
Envío de cuestionarios													
Recogida de datos													
Redacción del trabajo Fase 1 (Introducción)													
Análisis e interpretación de datos													
Redacción del trabajo Fase 2 (Resultados y Conclusiones)													
Revisión													
Entrega TFM													
Preparación defensa TFM													
Defensa TFM													

Figura 3: Cronograma **Fuente:** Elaboración propia

El presente estudio de investigación se realizó en dos etapas: en primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica e en las bases de datos: Biblioteca Cochrane, Embase, Scielo, Pubmed, Web Of Science, Cuiden y Scopus; para la búsqueda en castellano se utilizaron las palabras clave: “Hogares para Ancianos”, “Covid-19”, “Infecciones por coronavirus”, “Servicios de Salud para Ancianos”, “Buenas prácticas clínicas” y “Pandemia” y para la búsqueda en inglés: “Pandemic” "Nursing homes” “Sars- CoV-2” y “Good Clinical Practices” en términos [DeCS] y [MeSH] respectivamente.

Después de realizar la búsqueda inicial, aplicar los filtros apropiados y examinar los resúmenes se obtuvieron 46 artículos de los cuales, tras la lectura completa, se descartaron 10 artículos. Además, se examinó la página web del Ministerio de Sanidad y se revisaron las páginas web de organismos autorizados: OMS, OPS y CSIC, IMSERSO, de ellas, se obtuvieron 10 documentos.

Tras esta búsqueda inicial se elaboró un cuestionario autoadministrado para los profesionales de centros de mayores de España sobre Buenas Prácticas clínicas y experiencias durante la pandemia.

Durante la segunda fase se procedió a la difusión de dicho cuestionario y el análisis de sus resultados.

CONTEXTO DEL ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación se ha desarrollado en los centros de mayores de España, considerando centro residencial de mayores aquellos que contaran en su cartera de servicios con una o varias de las siguientes prestaciones: centro de día, centro residencial y/o centro tutelado.

El estudio analizó las Buenas Prácticas realizadas por los profesionales de los centros de mayores desde el inicio de la pandemia (15 de marzo de 2020 -inicio del estado de alarma-) comenzando a partir del 16 de junio 2021 el envío de los primeros cuestionarios. La fecha límite para la recepción de las ultimas respuestas se estableció el 1 de octubre de 2021.

POBLACIÓN Y MUESTREO:

La población del estudio fueron los profesionales de los centros residenciales de mayores, tanto de naturaleza pública, privada o concertada en España.

Los criterios de inclusión fueron:

- Ser profesional de un centro residencial de mayores (considerando como tal aquellas unidades que contaran con zona de centro de día, centro residencial y/o centro tutelado) en España y encontrarse trabajando durante el periodo marzo 2020 a la actualidad.
- Aceptar participar en el estudio mediante el consentimiento informado.

No se han considerado criterios de exclusión en base a la naturaleza o titularidad del centro u otros factores.

APROXIMACIÓN AL CAMPO Y ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN:

La aproximación al campo de investigación se realizó durante los meses de abril y mayo de 2021. Para ello, se buscó los datos de contacto (teléfono, correo electrónico, página web, localidad, provincia, comunidad autónoma) del mayor número posible de centros que cumplieran los criterios de inclusión anteriormente mencionados para participar en el estudio.

Debido a la situación epidemiológica del momento, el contacto con los centros se ha realizado fundamentalmente de forma telemática, a través de correo electrónico.

Se realizó el envío del cuestionario autoadministrado de elaboración propia, junto con una carta de presentación de la investigadora principal. Todo ello acompañado además de la información de la Organización No Gubernamental (ONG) Médicos del Mundo, que ha participado en la realización de este estudio y que ha colaborado durante la pandemia con distintos centros de mayores.

ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO:

Tras la realización de la búsqueda bibliográfica sobre Buenas Prácticas clínicas en centros residenciales de mayores en España y situaciones acontecidas en dichos centros debido a la pandemia Covid- 19, se procedió a la redacción y elaboración de un cuestionario autoadministrado sobre las experiencias y medidas establecidas por los profesionales de dichos centros.

En primer lugar, se redactó un primer borrador con las ideas principales que se querían estudiar:

Características de las residencias, cuestiones sobre Buenas Prácticas clínicas, así como otras sobre epidemiología.

Todo ello se puede observar a continuación en la figura 4.

CUESTIONARIO BUENAS PRÁCTICAS EN RESIDENCIAS

1. **Preguntas sobre características de las residencias:**
    1. Número de residentes: < 50/ 50 -100/100 – 200/ >200 residentes
    2. Número de profesionales sanitarios: <50/50-100/ 100– 200/>200 sanitarios
    3. Número de trabajadores no sanitarios: <50/50-100/ 100– 200/>200 trabajadores
    4. Gestión de la residencia: Pública/ Privada/ Concertada/ Otro
2. **Preguntas sobre Buenas Prácticas:**
    1. ¿Recibieron algún tipo de información, comunicación o documentación al inicio de la pandemia por parte de las administraciones responsables (Gobierno central, Comunidades autónomas o gobiernos municipales)? Si/No
       ¿De qué tipo?
    2. ¿De forma interna se elaboró algún plan de actuación o plan de contingencia en caso de aparición de infección por Sars-Cov-2 en su centro? Si/ No
       ¿En su caso, qué profesionales lo elaboraron?
    3. Describa a continuación las actuaciones que se llevaron a cabo en su centro que crea que resultaron útiles para minimizar el impacto del Covid-19 en su centro.
    4. De todas las medidas que llevaron a cabo durante la pandemia en su centro ¿Cuáles podrían ser consideradas Buenas Prácticas?
    5. ¿Se llevo a cabo algún tipo de intervención psicológica para atender la salud mental de residentes y trabajadores durante los meses de mayor incidencia de la pandemia o de forma posterior? ¿Cuáles?
3. **Preguntas sobre epidemiología:**
    1. Número de residentes/ trabajadores contagiados.
    2. Número de fallecidos.
    3. Número de PCR realizadas tanto a trabajadores como a residentes.

Figura 4: Primer borrador - cuestionario.

Fuente: Elaboración propia.

Tras la elaboración de este primer borrador, se volvió a realizar una revisión sobre la búsqueda bibliográfica realizada previamente. También se realizó una reunión con dos profesionales de Médicos del Mundo que habían trabajado durante la pandemia con distintos centros residenciales de mayores, dando su apoyo en medidas protección frente al contagio y establecimiento de la realización de Buenas Prácticas.

Como consecuencia de las reuniones y análisis de la documentación realizado se logra elaborar un nuevo cuestionario, en el que además de incluir una definición de Buenas Prácticas, se incorporaron las aportaciones de todos los miembros implicados.

CUESTIONARIO BUENAS PRÁCTICAS EN RESIDENCIAS

1. **Definición Buenas Prácticas:**

Buena práctica: Es una experiencia o intervención que se ha implementado con resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto, contribuyendo al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades que se presenten en el trabajo diario de las personas en los ámbitos clínicos, de la gestión, satisfacción usuaria u otros, y se trata de una experiencia que puede servir de modelo para otras organizaciones.

Debe ser innovadora, sencilla, pertinente y adecuada al contexto, responder a la situación que se debe mejorar, sostenible en el tiempo y debe poder replicarse en situaciones similares.

Su difusión debe generar un conocimiento válido, transferible y útil.

2. **Preguntas sobre Buenas Prácticas:**

Buenas prácticas en comunicación e información por parte de las autoridades

1. ¿Recibieron algún tipo de información, comunicación o documentación al inicio de la pandemia por parte de las administraciones responsables (Gobierno central, Comunidades autónomas o gobiernos municipales)? Si/No ¿De qué tipo?
2. ¿De forma interna se elaboró algún plan de actuación o plan de contingencia en caso de aparición de infección por Sars-Cov-2 en su centro? Si/ No ¿En su caso, qué profesionales lo elaboraron?

Buenas prácticas en la implementación del PCI:

3. ¿Cómo se implementó el plan de contingencia? ¿Zonas que se establecieron en el centro (sucio/limpio)?
4. ¿Disponían de EPIS? ¿De qué tipo?
5. ¿Existía un protocolo para la eliminación de residuos?

Buenas prácticas en humanización:

6. ¿Se pudo poner en marcha algún plan para permitir las visitas?
7. ¿Se pudo permitir la comunicación entre residentes y familiares (vía telefónica, videollamadas)?

Buenas prácticas en la comunicación e información a los familiares:

8. ¿Cómo fue la comunicación entre los profesionales del centro y los familiares?

Buenas prácticas en salud psicoemocional:

9. ¿Se llevo a cabo algún tipo de intervención psicológica para atender la salud mental de residentes y trabajadores durante los meses de mayor incidencia de la pandemia o de forma posterior? ¿Cuáles?

Preguntas abiertas:

11. Describa a continuación las actuaciones que se llevaron a cabo en su centro que crea que resultaron útiles para minimizar el impacto del Covid-19 en su centro.

Figura 5: Segundo borrador - cuestionario. **Fuente:** Elaboración propia.

Finalmente, durante el mes de junio de 2021, se redactó un tercer cuestionario, que se consideró definitivo y finalmente fue difundido a todos los centros participantes en el estudio. Dicho cuestionario contenía las ideas principales de los borradores anteriores, pero además se adaptó para incorporar una interfaz que permitiera a los usuarios una respuesta más sencilla y ágil en un tiempo muy reducido (se estima no superior a los 10-15 minutos) para incentivar de esta manera la participación.

Se trata de un cuestionario autoadministrado tipo Forms, disponible en https://forms.office.com/r/9JKd2yZNBL **(ANEXO I).**

El cuestionario consta de diez preguntas, y se acompaña de un breve resumen sobre las características del estudio y un apartado específico sobre el consentimiento informado y los aspectos normativos sobre protección y tratamiento de datos. Además de incluir dos direcciones de correo electrónico con las que contactar en caso de precisar algún tipo de información o aclaración sobre el estudio y/o cuestionario.

La primera pregunta está acompañada por una definición de Buenas Prácticas y solicita la descripción de la buena práctica principal llevado a cabo en el centro, para minimizar el impacto de la Covid-19.

La segunda pregunta versa sobre el impacto ha tenido la buena práctica implantada y si sería posible implementarla en otras situaciones o instituciones.

La clasificación de Buenas Prácticas se establece en la pregunta tres, con una primera clasificación con cuatro opciones de respuesta: humanización del centro (visitas, comunicación con los familiares), cuidado de la salud psicoemocional, implementación de medidas de prevención del contagio y comunicación interna / externa (trabajadores, instituciones). Y permitiendo otra clasificación en una quinta opción de respuesta abierta.

La pregunta cuatro permite describir otras Buenas Prácticas además de la buena práctica principal.

Las preguntas cinco y seis son sobre datos del centro: nombre de la residencia y nombre de la localidad donde se encuentra.

La séptima pregunta permite aportar cualquier comentario o sugerencia sobre Buenas Prácticas o sobre el propio cuestionario.

En la pregunta ocho se permite elegir continuar colaborando con el estudio o no.

La pregunta nueve permite enviar los datos de contacto que consideren, si deciden continuar colaborando con la investigación. Se incluye además de nuevo información sobre tratamiento de datos y un consentimiento informado.

Y la última pregunta, se trata de otra clasificación en este caso sobre el profesional que contesta al cuestionario. Con tres opciones de respuesta: médico/a, enfermero/a y director/a, Gerente. Y una cuarta opción de respuesta abierta para poder incluir a todos los profesionales que no se encuentren en las opciones de respuesta anteriores.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN:

Para la recolección de datos se elaboró un cuestionario autoadministrado que fue difundido mediante correo electrónico a diferentes centros de mayores de todo el país, empleando los datos de contacto de la base de datos de CSIC que se pueden encontrar de forma pública en su página web (http://envejecimiento.csic.es/recursos/residencias/index.htm y los datos obtenidos de las diferentes Guías de Servicios de Atención Residencial para Personas Mayores de cada comunidad autónoma disponibles en https://www.imserso.es/imserso_01/centros/centros_personas_mayores/consulta_guia_residencias/index.htm [37] El envío de dicho cuestionario se ha realizado de forma gradual, ordenadamente por comunidades autónomas y provincias. El cuestionario autoadministrado tipo Forms, está disponible para su consulta en la página web https://forms.office.com/r/9JKd2yZNBL **(ANEXO I).**

El cuestionario se envió durante los meses de junio, julio, agosto y septiembre de 2021. Realizándose este proceso en dos fases, contando con una fase inicial desde el 15 de junio hasta el 31 de julio. Y una segunda fase desde el 5 de septiembre hasta el 17 de septiembre.

El cuestionario permaneció abierto para recibir respuesta desde el 15 de junio hasta el 2 de octubre.

El cuestionario enviado por correo electrónico estaba acompañado por una carta de presentación con información sobre el estudio, información sobre Médicos del Mundo e

información sobre aspectos ético-legales y un consentimiento informado **(ANEXO II),** donde se les solicitaba colaboración en su cumplimentación y difusión a los centros que consideraran apropiados.

Los datos recogidos fueron codificados para asegurar la confidencialidad de los participantes.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

Una vez finalizado el plazo para la recogida de respuestas, se ha procedido a su lectura y análisis.

Las respuestas de los cuestionarios se han analizado de forma literal y naturalista, y se han completado con las anotaciones tomadas tras su lectura. Todos los datos han sido anonimizados, y protegidos en todos los documentos.

Se ha realizado un análisis temático e interpretativo de los datos, manteniendo una actitud reflexiva para garantizar su validez. Además, se ha comparado la información obtenida de cuestionarios individuales con la obtenida tras la lectura del número total de respuestas. Elaborando una clasificación temática y diseñando un esquema provisional de dicha clasificación.

Debido al marco conceptual que se ha utilizado en el estudio, se pueden definir algunas categorías temáticas amplias como son:

- Salud psicoemocional.
- Formación del personal (sobre Covid-19).
- Medidas de prevención y protección frente al contagio.
- Comunicación con las familias.
- Propuestas de mejora por parte de los centros.

Dichas categorías guardan relación con la clasificación previa que se realizó junto con la elaboración del estudio y que ha sido completada tras el análisis de los resultados.

Para la realización del análisis de información se han seguido las fases establecidas por Taylor- Bodgan sobre investigación cualitativa descritos en la siguiente tabla:

En primer lugar, la fase de “Descubrimiento” mediante la búsqueda bibliográfica sobre el tema.

En segundo lugar, la fase de “Codificación” reuniendo y analizando los datos sobre el tema.

Por último, la fase de “Relativización de los datos” interpretándolos en el contexto en el que han sido recogidos.[38]

Enfoque de Análisis en Progreso en Investigación Cualitativa (Taylor-Bogdan)

Fase	*Acción*
Descubrimiento (Buscar temas examinando los datos de todos los modos posibles)	1. Lea repetidamente los datos 2. Siga la pista de temas, intuiciones, interpretaciones e ideas 3. Busque los temas emergentes 4. Elabore tipologías 5. Desarrolle conceptos y proposiciones teóricas 6. Lea el material bibliográfico 7. Desarrolle una guía de la historia
Codificación (Reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones)	1. Desarrolle categorías de codificación 2. Codifique todos los datos 3. Separe los datos pertenecientes a las diversas categorías de codificación 4. Vea qué datos han sobrado 5. Refine su análisis
Relativización de los datos (Interpretarlos en el contexto en el que fueron recogidos)	1. Datos solicitados o no solicitados 2. Influencia del observador sobre el escenario 3. ¿Quién estaba allí? (diferencias entre lo que la gente dice y hace cuando está sola y cuando hay otros en el lugar) 4. Datos directos e indirectos 5. Fuentes (distinguir entre la perspectiva de una sola persona y las de un grupo más amplio) 6. Nuestros propios supuestos (autorreflexión crítica)

Figura 6: Enfoque de Análisis en Progreso en Investigación Cualitativa

Fuente: Amezcua Manuel, Gálvez Toro Alberto. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta.

ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES:

El marco ético-legal de la investigación se sustenta conforme a los principios internacionales y asegura la no vulnerabilidad de los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki. Por ello, se asume el derecho de los participantes a la autodeterminación, al conocimiento de la información (fases del proyecto, duración de este, método de trabajo). Para todo ello, se dará a cada uno de los participantes información sobre el estudio y todos aceptar el consentimiento informado

enviado, dejando de manera expresa la participación voluntaria de cada uno de ellos. En todo momento se ha mantenido el compromiso del anonimato en la participación y la confidencialidad de los datos de los sujetos participantes.

Los aspectos éticos-legales se han establecido cumpliendo con lo previsto en Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD), y de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016 de Protección de datos (RGPD). Los datos personales han sido objeto de tratamiento automatizado en MÉDICOS DEL MUNDO ESPAÑA con la finalidad de realizar el estudio arriba mencionado. Todos los registros se han mantenido en la más estricta confidencialidad. Sólo se ha procedido a la recogida de datos anónimos que se han procesado electrónicamente.
El responsable es Médicos del Mundo España, la base legal es el consentimiento, la finalidad es la realización del estudio anteriormente mencionado. No se prevén transferencias internacionales y el periodo de conservación será mientras dure la relación con el usuario y siempre respetando los plazos previstos por la ley.

La autoría de la investigación manifiesta no presentar ningún conflicto de intereses.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

En el presente estudio de investigación se han encontrado algunas limitaciones. En primer lugar, el acceso a la información relativa a los datos de contacto de los centros residenciales de mayores en España. En segundo lugar, la baja participación de los profesionales sanitarios de los centros, que ha podido estar condicionado por el modo de contacto (de forma telemática debido a la situación epidemiológica), así como, ocasionado por reticencias a participar en el estudio, causadas por el juicio social al que se han visto sometidos por los medios de comunicación y la sociedad durante la pandemia, así como a la falta de tiempo.

6. RESULTADOS:

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

En cuanto al tamaño muestral, tan solo el 1,92% (106/5505). de los centros de mayores participantes contestaron el cuestionario. Tras la primera lectura y análisis de resultados nueve respuestas no resultaron válidas. Los motivos fueron que el cuestionario estaba incompleto o por respuestas repetidas del mismo centro. Como consecuencia nueve elementos fueron eliminados, obteniendo un total de 92,45% de respuestas válidas, siendo la participación real del 1,76% del total de la muestra.

En cuanto a las respuestas obtenidas, el análisis de las mismas se realizó en base a la teoría de Taylor y Bodgan. Posteriormente se realizó una categorización de las respuestas para poder realizar un análisis cuantitativo sobre las mismas.

Las respuestas fueron clasificadas en las siguientes categorías que a continuación se detallan.

- Buenas Prácticas en salud psicoemocional.
- Buenas Prácticas en recursos humanos.
- Buenas Prácticas en medidas de prevención y protección frente al contagio.
- Buenas Prácticas en comunicación.
- Propuestas de mejora por parte de los centros.

ANÁLISIS DE LA PARTICIPACION EN LAS RESPUESTAS DESDE UN PUNTO DE VISTO GEOGRÁFICO:

Analizando el número de respuestas por distribución geográfica tomando como unidad de análisis la Comunidad Autónoma, observamos que las que han contribuido con un mayor número de respuestas son las Comunidades Autónomas de Cataluña (17), Castilla-La Mancha (14), Andalucía (12) y Castilla y León (11). En el otro extremo no se ha conseguido ninguna respuesta de las CCAA de la Región de Murcia, La Rioja, Cantabria, todas ellas Comunidades Autónomas uniprovinciales y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Hay que tener en cuenta que los resultados anteriores se refieren a valores absolutos de respuestas obtenidas. Pero si profundizamos en el análisis, relacionando el

número de cuestionarios enviados a cada Comunidad Autónoma y las respuestas obtenidas se observa:

- La Comunidad Autónoma con mayor porcentaje de respuestas es las Islas Canarias con un 4,17% ya que se enviaron 96 cuestionarios y se recibieron 4 respuestas.
- Castilla- La Mancha aparece en un segundo lugar con el 3,36% (417 cuestionarios enviados y 14 respuestas obtenidas).
- Las Comunidades Autónomas de Madrid y Aragón se en encuentran en el porcentaje más bajo de repuesta de entre las Comunidades que participaron. En el caso de Madrid, pese a haberse enviado 484 cuestionarios, tan sólo se obtuvo respuesta en 5 casos (1,03%). Así mismo en Aragón el porcentaje obtenido ha sido del 1,06% (282 cuestionarios enviados y 3 respuestas recibidas).

CASTILLA Y LEÓN	**1,60%**	**11**	**687**
COMUNIDAD VALENCIANA	**2,16%**	**7**	**324**
CASTILLA LA MANCHA	**3,36%**	**14**	**417**
ASTURIAS	**2,09%**	**5**	**239**
EXTREMADURA	**2,36%**	**7**	**296**
CATALUÑA	**1,72%**	**17**	**989**
PAIS VASCO	**1,30%**	**5**	**386**
GALICIA	**1,19%**	**4**	**336**
ANDALUCIA	**1,79%**	**12**	**670**
MADRID	**1,03%**	**5**	**484**
NAVARRA	**2,60%**	**2**	**77**
CANARIAS	**4,17%**	**4**	**96**
BALEARES	**1,75%**	**1**	**57**
ARAGÓN	**1,06%**	**3**	**282**
CANTABRIA	**0,00%**	**0**	**66**
LA RIOJA	**0,00%**	**0**	**32**
MURCIA	**0,00%**	**0**	**62**
CEUTA	**0,00%**	**0**	**3**
MELILLA	**0,00%**	**0**	**2**
RESPUESTAS/CUESTIONARIOS	**1,76%**	**97**	**5505**

Tabla 1: Cuestionarios enviados y respuestas recibidas por Comunidades Autónomas.

Fuente: Elaboración propia.

ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS SOBRE BUENAS PRÁCTICAS:

En el análisis que a continuación se realiza hay que tener en cuenta, y esto es fundamental y básico, para las conclusiones que se puedan llegar a obtener, es que a la hora de contestar la pregunta concreta es cual es la buena práctica principal y por tanto consideran de mayor importancia.

Este no quiere decir que dichos centros no hayan implementado otras buenas prácticas que en la mayoría de las ocasiones son complementarias junto a la considerada de mayor importancia.

ANÁLISIS DE BUENAS PRÁCTICAS EN SALUD PSICOEMOCIONAL:

Figura 7: Nube de palabras – Salud psicoemocional.

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a las respuestas sobre buenas prácticas en salud psicoemocional se han obtenido 41 respuestas del total de 97 cuestionarios válidos recibidos, lo que supone un 42,26%. Para ello se han tenido en cuenta las terapias que han tenido un impacto sobre la salud psicoemocional.

Para su análisis las respuestas se han categorizado en: fisioterapia, musicoterapia, terapia ocupacional (trabajos y juegos), terapias cognitivas (actividades de

rehabilitación cognitiva: memoria y lenguaje), terapias de expresión de emociones (psicología) y ejercicio físico.

Del análisis de las buenas prácticas implementadas en salud psicosocial se observa la gran importancia que se ha otorgado a los aspectos psicológicos alcanzando las terapias de expresión de emociones casi la mitad de las consideradas buenas prácticas en salud psicoemocional siendo un 46% del total.

En segundo lugar, destacan las terapias cognitivas con un 24%.

También destacan, aunque con porcentajes más bajos las actividades de musicoterapia, ejercicio físico y fisioterapia realizadas en las residencias de mayores durante la pandemia.

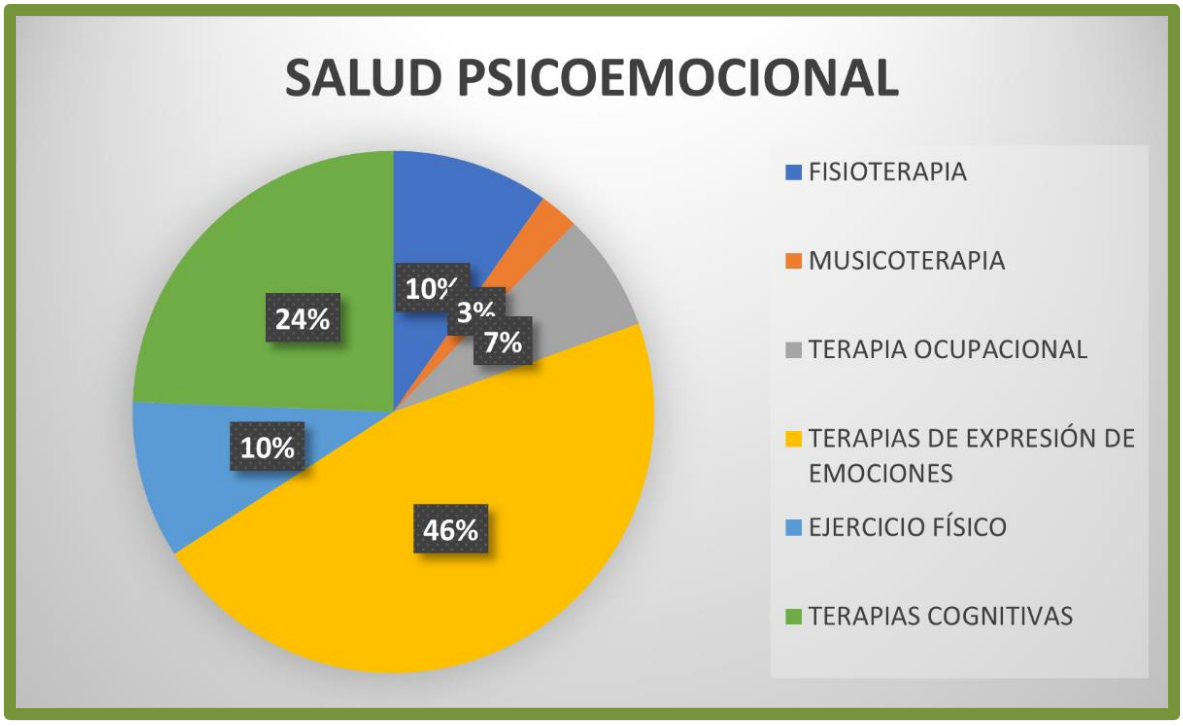


Gráfico 1: Buenas prácticas en salud psicoemocional.

Fuente: Elaboración propia.

ANÁLISIS DE BUENAS PRÁCTICAS EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS:

centro
PERSONAL
trabajadores
residentes
COVID
Aislamiento
desinfección
familiares
personas
todos
todo
como
AL
Todas
ha
protocolos
mascarilla
zonas
habitaciones
sobre
entre
grupos
DURANTE
ENTRADA
EVITAR
pandemia
Cuando
llamadas
videollamadas
usuarios
familias
visitas
Formación
sectorización
prevención
distancia
trabajo
Terapia
protección
sectores
momento
residencia
parte
medidas
Uso
situación
confinamiento
PROGRAMA
hidroalcohólico
acompañamiento
comunicación
normativa
atención
diaria
familiar
hasta
habilitar
aunque
transparencia
mascarillas
pruebas
equipo
objetos
tenemos
minimizar
unidades
cambios
informadas
situaciones
profesionales
directa
2020
limpieza
material
Técnicos
mínimo
primera
cualquier
dentro
crearon
organización
oportunidad
práctica
Ya
10
salud
ademas
grupales
trabajador
PLANTAS
Llamadas
nuevas
son
actividades
caso
están
mayores
también
estado
casos
nuestro
salida
convivencia
síntoma
permite
recomienda
figura
manera
permanente
través
Plan
cada
etc
Formar
Control
espacios
Utilización
detección
planta
algún
turno
equipos
Esta
tiempo
manos
días
tras
EPIs
sigue
han
tanto
hoy
nuestra
vrgs
dia
Hay
posible
más
gel
Aire
puerta
si
servicios
mas
Esta
contacto
sin
hospital
ante
comunes
epi
ser
Ha
sola
Hay
Yo
Ya
salir
Esta
nos
hemos
sido
Hay
Esta
Hay
Esta
Hay
Esta

- **Formación en Medidas de protección de los profesionales** *("Uso adecuado de los EPIs", "Pequeñas píldoras de aprendizaje para los trabajadores").*

- **Medidas de prevención de los profesionales** *("El uso obligatorio de mascarilla para todos los trabajadores", "distancia física, EPIS, lavado de manos").*

- **Comunicación interna** *("Reuniones semanales para valorar evolución", "Creación de un protocolo interno intentando minimizar el impacto de la pandemia. Concienciar a los trabajadores, que sin su responsabilidad personal, y colaboración absoluta, cualquier protocolo era inservible").*

Gráfico 2: Buenas prácticas en recursos humanos.

Fuente: Elaboración propia.

ANÁLISIS DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL ÁMBITO DE LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN FRENTE A LA INFECCIÓN:

personas
habitaciones
centro
personal
residentes
trabajadores
usuarios
COVID
todos
familiares
aislamiento
desinfección
comunes
mascarilla
distancia
Lavado
trabajo
Cuando
hemos
Uso
entre
ENTRADA
medidas
grupos
convivencia
visitas
videollamadas
contacto
comunicación
Formación
sectorización
Todas
nos
ha
al
como
TODO
Cada
durante
pandemia
información
Establecer
situación
planta
familias
Control
dentro
PLANTAS
Protocolo
protocolos
virus
más
estado
residencia
llamadas
siempre
sobre
prevención
hidroalcohólico
ventilación
positivo
buena
posibles
nuestro
contagios
salida
aunque
diaria
medida
sectores
fuera
mascarillas
hasta
burbuja
atención
salir
también
espacios
máximo
dar
directa
unidades
posible
primera
comedor
exterior
material
preventivas
recomienda
actividades
ayudado
este
persona
sintomatología
Utilización
normas
hospital
momento
estancias
mejor
habia
tomamos
pasillos
otros
según
primer
caso
puerta
figura
Salud
tiempo
parte
hace
tanto
Esta
cita
vez
Ya
mucho
manos
etc
día
sido
nuestra
desde
mayores
color
sus
carros
evitar
acceso
manera
EPIs
gel
son
muy
tenido
normativa
Seguir
LEJIA
mismo
importante
familiar
casos
COVID
protección
habitación
práctica
además
profesionales
salones
Lavado
material
trabajo
nuestra
distancia
durante
pandemia
persona
actividades
recomienda
ayudado
información
sintomatología
Utilización
normas
ELLO
hospital
momento
estancias
mejor
habia
tomamos
pasillos
desinfección
comunes
planta
caso
otros
según
primer
situación
Establecer
familias
todos
Salud
puerta
figura
Control
dentro
separación
contacto
comunicación
videollamadas
PLANTAS
videos
positivos
limpieza
zapato
fue
ver
sin
tiempo
parte
hace
tanto
Esta
cita
vez
Ya
mucho
manos
etc
día
sido
nuestra
desde
mayores
color
sus
carros
evitar
acceso
manera
EPIs
gel
son
muy
tenido
normativa
Seguir
LEJIA
mismo
importante
familiar
casos
COVID
protección
habitación
práctica
además
profesionales
salones
Protocolo
protocolos
virus
más
estado
residencia
llamadas
siempre
sobre
prevención
hidroalcohólico
ventilación
positivo
buena
posibles
nuestro
contagios
salida
aunque
diaria
medida
sectores
fuera
mascarillas
hasta
burbuja
atención
salir
también
espacios
máximo
dar
directa
unidades
posible
primera
comedor
exterior
material
preventivas
recomienda
actividades
ayudado
este
persona
sintomatología
Utilización
normas
ELLO
hospital
momento
estancias
mejor
habia
tomamos
pasillos
otros
según
primer
caso
puerta
figura
Salud

- **Control en entradas y salidas del centro** (8%): *"Entrada de trabajadores y usuarios por puertas distintas. Separación zona residencial y hospital de día. Lavado de ropa de trabajo en el centro".*

- **Aislamiento y gestión de casos sospechosos** (8%): *"Medidas preventivas. Tratar como positivo ante sospecha, aislamiento por habitaciones, pero no en habitación, grupo convivencia solo compañeros de habitación", "Aislamiento preventivo. Inmediatez."*

- **Sectorización** (57%): *"Unidades de convivencia de máximo 16 personas. A cada grupo se les identificó con un color diferente y se les puso una pulsera. Vinilo del mismo color pegado al suelo".*

- **Otros**: Planes de Contingencia y reorganización de espacios. (4%)*"Ventilación de las zonas comunes", "Creación de sala de visitas (separado de otras zonas del centro)", "El Plan de Contingencia elaborado es la mejor guía hacia una buena práctica. La prevención es el día a día para una buena práctica eficaz. Por otro lado, existe un Plan de Humanización, el cual es necesario para evitar el aislamiento social en las personas mayores."*

-

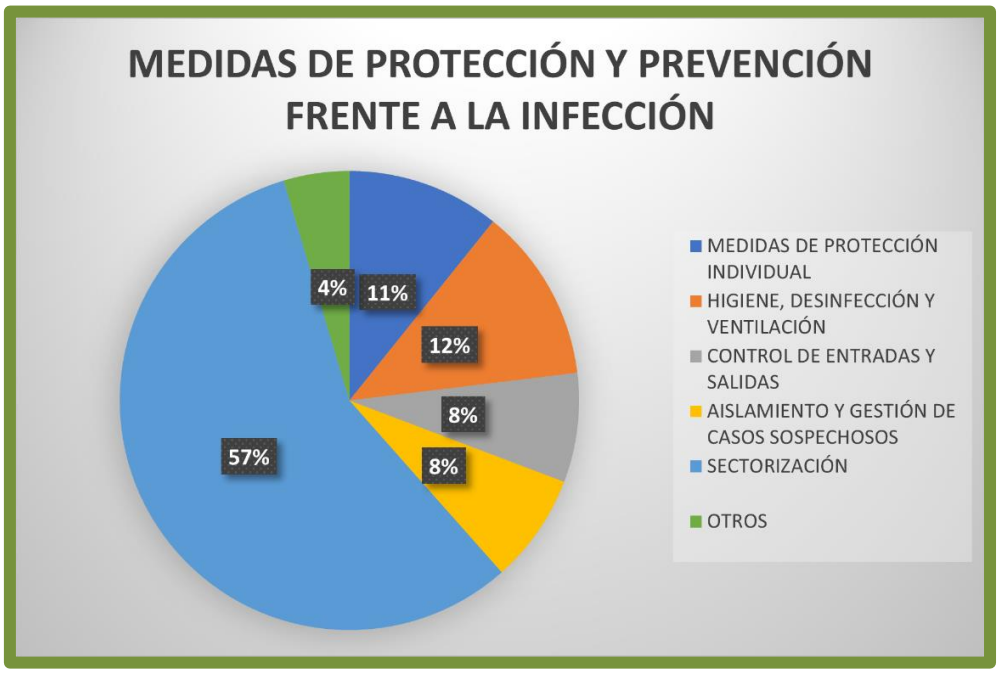


Gráfico 3: Buenas prácticas en medidas de prevención y protección frente a la infección **Fuente:** Elaboración propia.

ANÁLISIS DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL ÁMBITO DE LA COMUNICACIÓN:

Figura 10: Nube de palabras – Comunicación.

Fuente: Elaboración propia.

Sobre este tema el número de respuestas obtenidas ha sido de 65 del total de 97 cuestionarios validos recibidos, que supone el 67 % del total.

En este apartado de buenas prácticas, se pone en evidencia de una manera que destaca sobre otros apartados, es que han sido muchas las actividades implementadas de manera simultánea. Sobresale la utilización de videollamadas y redes sociales que suponen el 57% del total de respuestas obtenidas (32% y 25% respectivamente). Les sigue la buena práctica de Comunicación diaria con un 20%, entendiendo esta como la actualización continua de la información sobre el estado de los residentes y su situación a cada una de sus familias.

Otra de las respuestas a destacar como mejor buena práctica son las visitas controladas (17%), si bien hay que tener en cuenta que esta actividad ha estado totalmente condicionada por la evolución de la pandemia en cada uno de los territorios y las diferentes medidas legales adoptadas en cada momento por las autoridades sanitarias de cada una de las Comunidades Autónomas. Se entiende como visita controlada, el acceso programado (semanal) de los familiares para poder ver y acompañar unas horas determinadas a los residentes.

También y aunque solo represente el 3% es importante por novedoso las actividades de los grupos de comunicación y la puesta en marcha de un programa universitario “Acercando Vidas" de la Facultad de Psicología UAM, cuyo objetivo es poner en contacto a residentes y estudiantes.

Por último, se encuentra la categoría de Comunicación con el resto del centro, que supone un 3% del total y engloba las actividades que se desarrollaron para mantener el contacto entre los residentes aislados en distintas zonas de los centros y entre los propios trabajadores.

Gráfico 4: Buenas prácticas en comunicación.

Fuente: Elaboración propia.

ANALISIS DE RESPUESTAS SOBRE PROPUESTAS DE MEJORA:

Figura 11: Nube de palabras – Propuestas de mejora.

Fuente: Elaboración propia.

Aunque en el cuestionario se planteaba la cuestión *"A continuación, puede aportar cualquier comentario o sugerencia sobre buenas prácticas o sobre el propio cuestionario",* los participantes han aprovechado esta opción para facilitar 33 respuestas sobre propuestas de mejora.

El análisis de respuesta sobre propuesta de mejora indica que un 37% reclama mayor apoyo institucional y un 18% mayor formación lo que implica que se requiere una mayor participación de las autoridades centrales y autonómicas.

La posibilidad de poder compartir con otros centros experiencias e información supone el 21% de las respuestas, y mantener al menos las medidas adoptadas se valora en un 12% del total de respuestas recibidas.

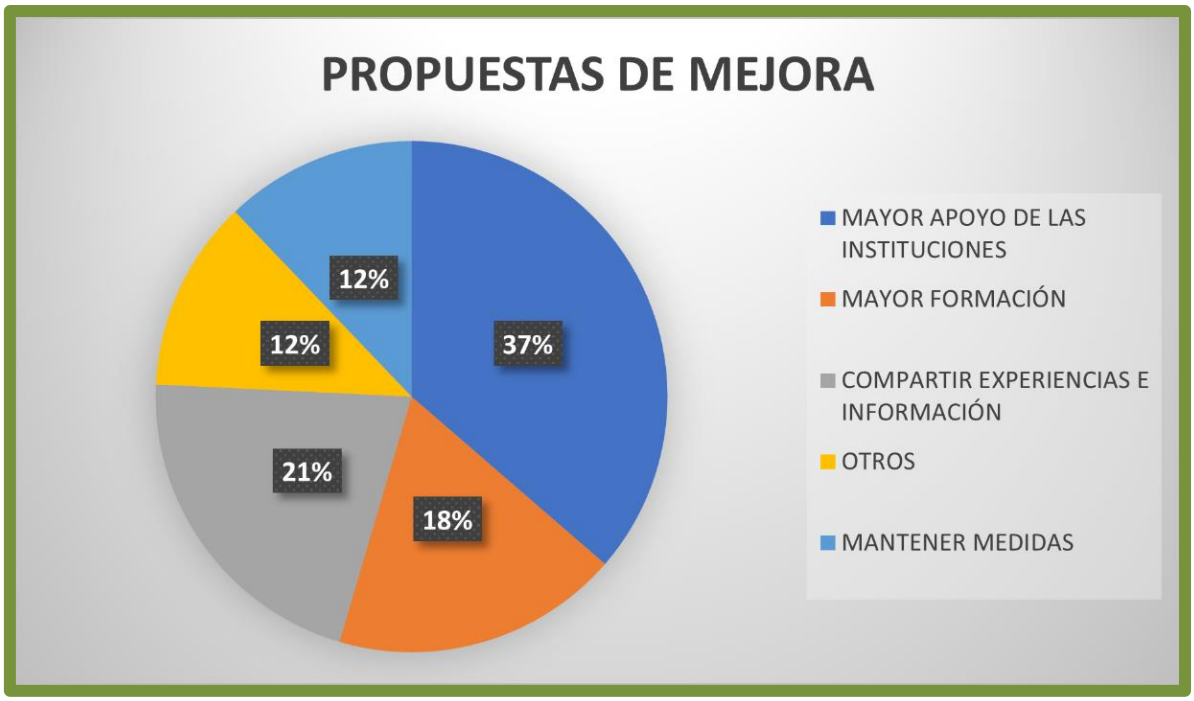


Gráfico 5: Tipos de propuesta de mejora.

Fuente: Elaboración propia.

ANÁLISIS TIPO DE PROFESIONAL QUE RESPONDE AL CUESTIONARIO:

Más de dos tercios (72%) de las respuestas vienen abaladas por la dirección/ gerencia de los centros, es decir el más alto nivel de decisión.

El otro 28% restante se reparte entre enfermería (9%), trabajador social (5%), psicólogo (2%) y un de otros (6%) en los que se incluyen responsables de calidad, coordinadores, auxiliar administrativo y animadores socioculturales.

Otro 6% se corresponde con participantes que, aunque participaron no compartieron los datos sobre el tipo de profesional que contestaba al cuestionario.

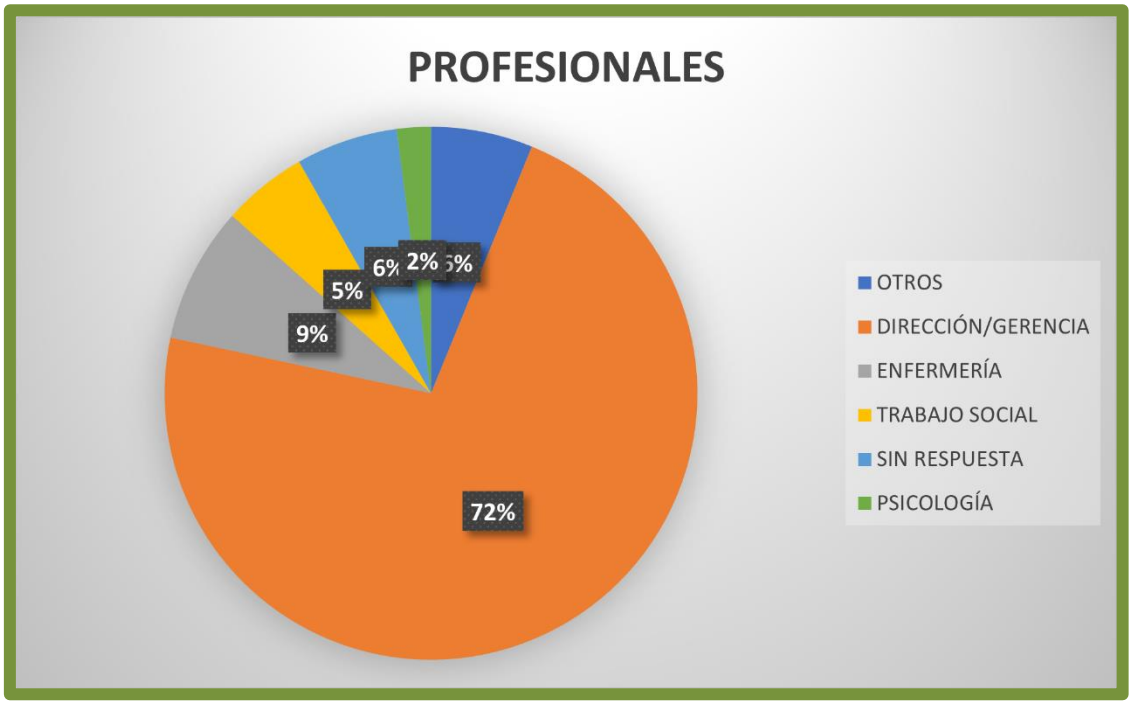


Gráfico 6: Profesional que responde al cuestionario.

Fuente: Elaboración propia.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

El tamaño muestral obtenido en el presente estudio, en investigación cuantitativa haría que las respuestas obtenidas no sean generalizables, pero en el caso de la investigación cualitativa en el que su objetivo último no es la generalización hace que el número de respuestas no influya en la calidad de información obtenida.

En la recogida de datos, se pusieron en evidencia las siguientes circunstancias:

- Dificultad de contacto con los participantes, ya que sólo se ha podido emplear la vía telemática debido a la situación epidemiológica.

- En las Comunidades Autónomas más afectadas por la pandemia (Comunidad de Madrid), se observa una infra- respuesta que puede deberse por un lado a la carga de trabajo todavía mayor que en otras Comunidades y/o a la posibilidad de decidir no responder ante la presión mediática a la que se han visto expuestos. En algunos casos pueden haber valorado el cuestionario como un examen crítico sobre su actuación, y no como una oportunidad de participación para la adopción de mejoras.

- En otras Comunidades Autónomas (Castilla- La Mancha y Castilla y León) donde la tasa de letalidad ha sido inferior y donde es de destacar la gran labor ejercida por ONG y asociaciones como Médicos del Mundo, la tasa de participación en las respuestas ha sido mayor, quizás por la motivación de poner de manifiesto sus aportaciones sobre buenas prácticas.

Respecto a las hipótesis planteadas se ha podido comprobar finalmente que:

Respecto a la primera hipótesis: ***Las residencias han tenido intervenciones de Buenas Prácticas que han dado resultados positivos y útiles para sus residentes, solventando los déficits de recursos materiales, humanos y de la escasez de formación.*** Las respuestas sobre medidas de prevención y protección frente a la infección ponen de manifiesto que pese a los escasos medios de los que se disponían se puede evidenciar el gran trabajo de todo el personal para combatir el virus, habilitando espacios e incluso aprovechando los escasos recursos materiales para diseñar equipos de protección. Todo ello peso al muy bajo soporte institucional que se les facilitó, lo que puede tener una

explicación en la gran crisis que ha supuesto y aún hoy en día sigue suponiendo esta pandemia para todos los estamentos de nuestra sociedad, lo que incluye la demora en los tiempos de respuesta.

En relación con la segunda y tercera hipótesis:

- ***Las actuaciones llevadas a cabo por las residencias han sido suficientes para establecer una intervención de prevención adecuada.***

- ***La mayor parte de las Buenas Prácticas han ido encaminadas a prevenir y controlar la infección.***

Según las respuestas obtenidas se puede inferir que las actuaciones llevadas a cabo por las residencias se vieron encaminadas al control y la protección frente a la infección y que pese a los limitados recursos de los que disponían, las mismas fueron adecuadas.

No se puede decir lo mismo sobre las medidas prevención, ya que la situación sobrepasó todas las previsiones y medios de los que disponían. Pese al enorme esfuerzo de los profesionales de las residencias, la prevención comenzó en muchas ocasiones cuando el virus ya estaba dentro de los centros. Esto lo observamos en los resultados, donde se puede observar que un 57% de las respuestas priorizan como buena práctica principal la relacionada con la sectorización de los centros. Además de tener en cuenta la importancia de Buenas Prácticas sobre la correcta utilización de los EPI (equipos de protección individual), la higiene, ventilación y desinfección, control de entradas y salidas, planes de contingencia y reorganización de espacios, así como los aislamientos y gestiones de casos sospechosos, en cuanto a medidas de prevención y protección contra la infección.

Para terminar, en lo que se refiere a la cuarta hipótesis: ***Los equipos directivos de las residencias de mayores no han tenido implicación suficiente en la respuesta a la pandemia.*** El tipo de profesional que más ha respondido a nuestro cuestionario ha sido el profesional considerado director/ gerente, lo cual nos indica que ha habido una participación e implicación muy importante de los niveles superiores de organización y dirección de los propios centros.

De la realización del estudio las conclusiones más importantes obtenidas son que las Buenas Prácticas consideradas como de mayor importancia por los participantes han sido:

En primer lugar, las relacionadas con la Comunicación y las Medidas de prevención y protección frente al contagio en ambos casos con un 67% respecto al total.

Mientras que las buenas prácticas en el ámbito de los recursos humanos suponen el 56,70% y las relacionadas con la salud psicoemocional alcanzan el 42,26%.

Lo que indica que en primer lugar la preocupación de los centros fue hacer frente a la pandemia desde la prevención y protección de sus residentes frente a la infección, dando la importancia necesaria a la comunicación con las familias en esta situación. Y que además no olvidaron la importancia de la salud psicoemocional y se continuaron realizando actividades relacionadas con este ámbito.

Las respuestas de los participantes han generado las siguientes conclusiones:

Necesidad de abordar una nueva política de gestión integral de las Residencias de mayores, incidiendo en aspectos como:

- Mayor formación sanitaria de todos los empleados.
- Habilitar asistencia sanitaria básica de todos los residentes, incluso en el caso de emergencia sanitaria.
- Aumentar por vía normativa, el espacio físico de las instalaciones y la posibilidad de poder disponer de espacios para aislamiento en caso necesario.
- Habilitar sistemas de coordinación con directrices básicas comunes para todas las Comunidades Autónomas.
- Legislar sobre aspectos estructurales materiales y de recursos humanos en este tipo de centros.
- Valorar la posibilidad de integración de las residencias de mayores en el Sistema Nacional de Salud (SNS), desde el punto de vista sanitario.

Cabe destacar que se pone de manifiesto, el gran esfuerzo realizado por todos los profesionales de las residencias, sanitarios y no sanitarios, frente a una situación absolutamente novedosa y sorpresiva, que ha supuesto la entrega total de los trabajadores, pese a carecer recursos, y abordar los problemas presentados desde un punto de vista sanitario en todas sus vertientes: asistencial, social y psicológico.

No se puede olvidar que ha faltado asistencia psicológica para los propios trabajadores, que han tenido que continuar trabajando en unas condiciones totalmente adversas que afectaban a su estado de ánimo y salud mental.

En el ámbito de propuestas de mejora, ha sido el que se ha representado una mayor critica a la gestión institucional, ya que la mayoría de las respuestas se han dirigido a reclamar actuaciones por parte de las administraciones gubernamentales.

En cuanto a salud psicoemocional, aunque ha sido grande el esfuerzo realizado en esta materia con gran cantidad de actividades, los propios profesionales destacan la importancia del bienestar psicológico de los residentes y lo valoran como un aspecto fundamental, donde se debe profundizar y desarrollar un enfoque integral que permita mejorar la calidad asistencial ofrecía a las personas mayores.

Sobre el ámbito de los recursos humanos, las respuestas obtenidas nos indican una necesidad de garantizar unas ratios adecuadas trabajador- residente, una mayor formación y especialización de los trabajadores además de una estabilidad laboral y económica.

Finalmente, debemos señalar que no se han encontrado estudios publicados de estas características sobre Buenas Prácticas en residencias de mayores en el contexto pandémico, por lo que no es sencillo establecer una comparativa de resultados.

En el futuro resultaría muy interesante realizar comparativas con estudios del mismo tipo, que dispongan de una muestra poblacional similar o a ser posible más amplia.

8. BIBLIOGRAFÍA:

1. Gallego, V.M, Codorniu, J.M, Cabrero, G.R. El impacto de la Covid-19 en la población mayor dependiente en España con especial referencia al sector residencial. Cien Saude Colet. [Internet]. 2020 [Citado: 10-10-2021]; 26 (01) Disponible en: https://www.scielo.br/j/csc/a/KncyBMQrjCXJDcKgWyNRCQS/?lang=es

2. Constitución Española. Artículo 50. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424

3. Muyor Rodríguez J. Encuadre mediático del impacto del COVID-19 en las residencias de mayores.: Un análisis de contenido sobre la identificación y la gestión del problema. Revista Ehquidad [Internet]. 2021 [Citado: 10-12-2021];(15):47-76. Disponible en: https://revistas.proeditio.com/ehquidad/article/view/4127
4. Henao-Kaffure L. El concepto de pandemia: debate e implicaciones a propósito de la pandemia de influenza de 2009. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia). [Internet]. 2010 [Citado: 10-10-2021]; 9 (19): 53-68 Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n19/v9n19a05.pdf

5. Vargas-Uricoechea H. Aspectos globales de la epidemiología y de la toma de decisiones en la pandemia por COVID-19. Rev. Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo. [Internet] 2021 [Citado: 14-10-2021]; 7 (2): 43-54 Disponible en: http://revistaendocrino.org/cgi-sys/suspendedpage.cgi

6. Ávila de Tomás JF. Coronavirus Covid-19; Patogenia, prevención y tratamiento. 10.ª ed. Madrid: SalusPlay; 2020. p.4-11

7. Sanz Rubiales A. Una respuesta ética en la atención a residencias de ancianos en la pandemia Covid-19. Cuadernos de Bioética. [Internet] 2020 [Citado: 12-12-2021]; 31(102): 223-229. Disponible en: http://aebioetica.org/revistas/2020/31/102/223.pdf

8. Tarazona-Santabalbina FJ, Martínez-Velilla N, Vidán MT, García-Navarro JA. COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir. Rev Esp Geriatr Gerontol. [Internet] 2020 [Citado: 12-12-2021]; 55(4): 191–192. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X20300597?via%3Dihub

9. Ministerio de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de covid-19. [Internet]. 2021[Citado: 27-12-2021]; p. 5-11. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

10. Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. Med. Lab. [Internet]. 2020 [Citado 10-10-2021];24(3):183-05. Disponible en: https://medicinaylaboratorio.com/index.php/myl/article/view/268.

11. Ministerio de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Pruebas de diagnóstico del coronavirus: ¿qué es la PCR?, ¿qué son los test rápidos? ¿en qué se diferencian? [Internet]. 2020 [Citado: 2-11-2021]; Disponible en: https://www.isciii.es/InformacionCiudadanos/DivulgacionCulturaCientifica/DivulgacionISCIII/Paginas/Divulgacion/COVID19_PCR_test.aspx

12. Aguilar Ramírez P, Enriquez Valencia Y, Quiroz Carrillo C, Valencia Ayala E, De León Delgado J, Pareja Cruz A. Pruebas diagnósticas para la COVID-19: la importancia del antes y el después. Horiz. Med. [Internet]. 2020 [Citado: 2-11-2021]; 20(2):231. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000200014&lng=es.

13. Amblàs Novellas J, Martínez Gómez R, Blasco Roviera M. La atención paliativa en las residencias durante la pandemia COVID-19 (o cuando el coronavirus llamó a la puerta del ámbito más vulnerable del sistema) Rev Medicina Paliativa. [Internet]. 2020 [Citado: 22-10-21]; 27 (3): 234-241

14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Infografía -Covid-19 Enfermedad por el coronavirus 2019: Conócelo [Internet]. 2021 [Citado:2-11-2021]. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/infografia-covid-19-enfermedad-por-coronavirus-2019-conocelo

15. Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Información científica-técnica. Información clínica Covid-19. [Internet]. 2021 [Citado: 2-11-2021] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20211028_CLINICA.pdf

16. Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. Sars-CoV-2 /Covid-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. Rev. Med. Lab. [Internet]. 2020 [Citado: 6-11-2021]; 24(3):183-05. Disponible en: https://medicinaylaboratorio.com/index.php/myl/article/view/268

17. Fernández Riquelme S. Historia interminable de la crisis del Coronavirus en España: entre olas y vacunas. Rev. Hispanoamericana de historia de las ideas políticas y sociales. [Internet]. 2020 [Citado: 2-12-2021]; 51: 1-15. Disponible: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7884623

18. Ministerio de Sanidad. Gestión Integral de la Vacunación Covid-19. Informe de Actividad. [Internet]. 2021 [Citado: 31-12-2021]; Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Informe_GIV_comunicacion_20211230.pdf

19. The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMEA)European Public Assesment Report (EPAR) Comirnaty INN-Covid-19 mRNA Vaccine. Ficha Técnica del medicamento. [Internet]. 2021. [Citado: 2-11-2021]; Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_es.pdf

20. The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMEA)European Public Assesment Report (EPAR). Spikevax, INN-Covid-19 mRNA Vaccine. Ficha Técnica del medicamento. [Internet]. 2021. [Citado: 2-11-2021]; Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-product-information_es.pdf

21. The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMEA)European Public Assesment Report (EPAR). Vaxzevria, Covid-19 Vaccine. Ficha Técnica del medicamento. [Internet]. 2021. [Citado: 2-11-2021]; Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/vaxzevria-previously-covid-19-vaccine-astrazeneca-epar-product-information_es.pdf

22. The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMEA)European Public Assesment Report (EPAR). Jassen Covid-19 Vaccine. Ficha Técnica del medicamento. [Internet]. 2021. [Citado: 2-11-2021]; Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/covid-19-vaccine-janssen-epar-product-information_es.pdf

23. Ministerio de Sanidad. Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación Covid-19. Estrategia de vacunación frente a Covid-19 en España. (Actualización 9 modificada) [Internet]. 2021 [Citado: 26 -11-2021]; Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_Actualizacion9_Modificada_EstrategiaVacunacion.pdf

24. Ministerio de Sanidad. Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación Covid-19. Estrategia de vacunación frente a Covid-19 en España. (Actualización 1) [Internet]. 2020 [Citado: 26 -11-2021]; Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_Actualizacion1_EstrategiaVacunacion.pdf

25. Ministerio de Sanidad. Infografía – Grupos prioritarios de vacunación [Internet]. 2021 [Citado:2-11-2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/Infografia_grupos_de_vacunacion.pdf

26. Ruiz Muñoz E. Covid-19 y personas mayores. Algunos aspectos preventivos. Rev. Rol de Enfermería [Internet]. 2020 [Citado: 8-11-2021];43 (7-8): 529-539. Disponible en: https://e-rol.es/wp-content/uploads/2020/07/COVID-19-y-personas-mayores.pdf

27. Di Lollo M X, Estrada Cocina E, De Bartolome Gisbert F, González Juarez R, Garcia Mingo A. Care Homes in Spain in the COVID-19 Pandemic Lessons Learned from an Intervention by Médecins Sans Frontières. Journal of Humanitarian Affairs [Internet]. 2021 [Citado 31-12-2021]; *3*(3): 25-31. Disponible en: https://www.manchesteropenhive.com/view/journals/jha/3/3/article-p25.xml

28. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Informe del grupo de trabajo Covid-19 y residencias. [Internet]. 2020 [Citado: 31-12-2021]; Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ssi/imserso/docs/GTCOVID_19_RESIDENCIAS.pdf

29. Lacasta-Reverte MA, Torrijos Zarcero M, López-Pérez Y, Carracedo Sanchidrián D, Pérez Manrique T, Casado Sanmartín C, Rocamora González C, Blanco Rosado L, Iglesias Gutiérrez N, Vidal Bermejo E, Trigo Varela D, Martí-Esquitino J. Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19. Un duelo diferente. Rev. Med. Paliativa [Internet]. 2020 [Citado: 28-10-2021]; 27(3):201-208. Disponible en: https://www.medicinapaliativa.es/Ficheros/1421/2/08.%20AE_Lacasta.pdf

30. Médicos Sin Fronteras. Poco, tarde y mal El inaceptable desamparo de las personas mayores en las residencias durante la COVID-19 en España [Internet] 2020. [Citado: 2-11-2021]; Disponible en: https://www.msf.es/sites/default/files/documents/medicossinfronteras-informe-covid19-residencias.pdf

31. E. Blanco-Tarrio E, Blanco Sánchez G. Atención primaria y residencias de ancianos: a propósito de la Covid-19. Rev. Medicina de Familia. Semergen. [Internet] 2020. [Citado: 14-11-2021];46 (1): 26-34. Disponible en: https://www.semergen.es/files/docs/COVID-19/Documentos/ap-residencias-covid19.pdf

32. Organización Panamericana de la Salud. Concurso Buenas Prácticas en Salud Familiar y Comunitaria 2019. [Internet] 2019. [Citado: 22-11-2021]; Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bases-y-condiciones-concurso-buenas-practicas-salud-familiar-comunitaria.pdf

33. Bermejo García L. Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores: Guía de Buenas Prácticas. 1st ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2009.[Citado: 22-11-2021]; 11-26

34. Fernández Muñoz JN. Guía de centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia. Consejero Técnico de la Dirección General del IMSERSO. [Internet] 2010. [Citado: 5-10-2021] Disponible en: https://oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/GUIA_DE_RESIDENCIAS_Prog-Ib-def-.pdf

35. IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales: Centros Residenciales [Internet]. Imserso.es. 2021 [Citado 10-10-2021]; Disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/centros/centros_personas_mayores/centros_residenciales/index.htm

36. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona. Paidós; 2013 [Citado: 5-11-2021]; 50-61 Disponible en: http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf

37. Comunidad de Madrid. Servicios de atención residencial para personas mayores. [Internet] 2021 Disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/centros/centros_personas_mayores/consulta_guia_residencias/index.htm

38. Amezcua Manuel, Gálvez Toro Alberto. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2002 [Citado: 7-11-2021]; 76 (5):423-436. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=es.

9. AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, quiero dar las gracias a los profesionales de las residencias de mayores, que pese a su gran carga de trabajaron supieron encontrar el tiempo necesario para participar en este estudio.

Agradecer también a la Universidad de Alcalá de Henares y a los profesores del Máster de Acción Humanitaria Sanitaria, por toda la formación y conocimientos que me han aportado durante el último año y medio. En especial a Felicitas Ibáñez y a Miguel Pérez-Lozao por haber sido mis tutores durante el Trabajo de Fin de Máster, gracias por su apoyo, paciencia y empatía, sin ellos la realización de este trabajo no hubiera sido posible.

10. ANEXOS:

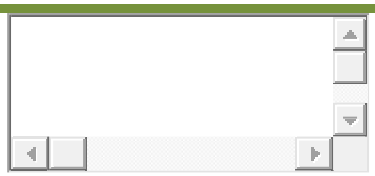
ANEXO I:

Buenas prácticas en las residencias de mayores durante la pandemia Covid-19

Médicos del Mundo (https://www.medicosdelmundo.org/) en colaboración con el Máster Universitario de Acción Humanitaria Sanitaria de la Universidad de Alcalá de Henares está realizando un estudio sobre las Buenas Prácticas llevadas a cabo en las residencias de mayores durante la pandemia Covid-19 en España.
Por ello, nos gustaría contar con su colaboración para conocer las Buenas Prácticas que se han llevado a cabo en las residencias españolas, contestando el presente cuestionario.
Muchas gracias.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:
Su participación en el estudio es completamente voluntaria y consiste en responder el siguiente cuestionario online.
Puede rechazar participar o abandonar el estudio en cualquier momento.
Participar en el estudio no conlleva ningún coste ni compensación económica alguna.
Todo el proceso de la investigación se realizará garantizando el anonimato de los participantes y la voluntariedad de participación.

1.Describa a continuación la buena práctica principal que se ha llevado a cabo en su centro, para minimizar el impacto de la Covid-19.
Se considera buena práctica, toda intervención que se ha implementado con resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto y que contribuye al afrontamiento, mejora o solución de problemas que se presenten en el trabajo diario de las personas, en los ámbitos clínicos, de la gestión, satisfacción usuaria u otros, y se trata de una experiencia que puede servir de modelo para otras organizaciones.



2.¿Qué impacto ha tenido la buena práctica implantada en su centro? ¿Sería posible implementarla en otras situaciones o instituciones?

3.¿A qué grupo de la siguiente clasificación considera que pertenece la buena práctica que ha sido implementada?

- ☐ Ayuda a la humanización del centro (visitas, comunicación con los familiares)
- ☐ Ayuda al cuidado de la salud psicoemocional
- ☐ Ayuda a la implementación de medidas de prevención del contagio
- ☐ Ayuda a la comunicación interna / externa (trabajadores, instituciones)
- ☐

4.Además de la buena práctica principal, citada anteriormente, ¿qué otras Buenas Prácticas se han implementado? Describa brevemente.

5.Datos del centro (Nombre de la residencia):

6.Datos del centro (Localidad):

7. A continuación, puede aportar cualquier comentario o sugerencia sobre Buenas Prácticas o sobre el propio cuestionario:

8.¿Estaría dispuesto a seguir colaborando con nosotros?

Selecciona la respuesta

9.Datos de contacto (Indique teléfono y correo electrónico).

POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS:

En cumplimiento de lo previsto Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD), y de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016 de Protección de datos (RGPD) le informamos que los datos personales serán objeto de tratamiento automatizado en MÉDICOS DEL MUNDO ESPAÑA (en adelante, MDM) con la finalidad de realizar el estudio arriba mencionado. Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Sólo se recogerán datos anónimos que se procesarán electrónicamente.

El responsable es Médicos del Mundo España, la base legal es el consentimiento, la finalidad es la realización del estudio anteriormente mencionado. No se prevén transferencias internacionales y el periodo de conservación será mientras dure la relación con el usuario y siempre respetando los plazos previstos por la ley. El ejercicio de derechos será a través del correo electrónico rgpd@medicosdelmundo.org

Para más información https://www.medicosdelmundo.org/politica-de-privacidad

Si necesita recibir cualquier tipo de aclaración, puede escribir a la siguiente dirección de correo electrónico: claudia.galache@edu.uah.es o medicion.impacto@medicosdelmundo.com

10.Profesional que contesta al cuestionario:

- ☐ Médico/a
- ☐ Enfermero/a
- ☐ Director/a, Gerente
- ☐

ANEXO II:

Buenos días:

Nos volvemos a dirigir a usted como personal responsable de la residencia de mayores.

Médicos del Mundo (https://www.medicosdelmundo.org/) en colaboración con el Máster Universitario de Acción Humanitaria Sanitaria de la **Universidad de Alcalá de Henares** está realizando en España, un estudio sobre las buenas prácticas llevadas a cabo en las residencias de mayores durante la pandemia Covid-19.

Por ello nos gustaría contar con su colaboración para conocer las buenas prácticas que se han llevado a cabo en las residencias españolas, contestando el siguiente cuestionario:

https://forms.office.com/r/9JKd2yZNBL

Agradeceríamos su colaboración en la máxima difusión de este cuestionario entre todas las personas que considere pueden colaborar en nuestro estudio.

Muchas gracias.

Claudia Galache Collada

Enfermera. Máster Universitario Acción Humanitaria Sanitaria

Si necesita recibir cualquier tipo de aclaración, puede escribir a las siguientes direcciones de correo electrónico: claudia.galache@edu.uah.es o medicion.impacto@medicosdelmundo.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Su participación en el estudio es completamente voluntaria y consiste en responder el siguiente cuestionario online.

Puede rechazar participar o abandonar el estudio en cualquier momento. Participar en el estudio no conlleva ningún coste ni compensación económica alguna.

Todo el proceso de la investigación se realizará garantizando el anonimato de los participantes y la voluntariedad de participación.

POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS:

En cumplimiento de lo previsto Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD), y de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016 de Protección de datos (RGPD) le informamos que los datos personales serán objeto de tratamiento automatizado en MÉDICOS DEL MUNDO ESPAÑA (en adelante, MdM) con la finalidad de realizar el estudio arriba mencionado. Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Sólo se recogerán datos anónimos que se procesarán electrónicamente.

El responsable es Médicos del Mundo España, la base legal es el consentimiento, la finalidad es la realización del estudio anteriormente mencionado. No se prevén transferencias internacionales y el periodo de conservación será mientras dure la relación con el usuario y siempre respetando los plazos previstos por la ley. El ejercicio de derechos será a través del correo electrónico rgpd@medicosdelmundo.org

Para más información https://www.medicosdelmundo.org/politica-de-privacidad