



INTERNATIONAL  
LONG TERM CARE  
POLICY NETWORK

# Mesures preses davant la COVID-19 al Sistema d'atenció de llarga durada a Catalunya

**Tivy Barón-Garcia, Jordi Amblàs-Novellas, Juan Carlos Contel Segura, Aina Plaza, Sebastià J Santaegugènia González, Teresa Arechavala, Emili Vela, Anna Vila Rull, Albert Espelt**

Última actualització 19 de Novembre de 2020

## **Autors**

Tivy Barón-Garcia (Grup de Recerca en Epidemiologia i Salut Pública (GRESP) UManresa, UVicc-UCC, Fundació Univesitària del Bages), Jordi Amblàs-Novellas (Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central (C3RG) Universitat UVic-UCC), Juan Carlos Contel Segura (Departament Salut, Generalitat de Catalunya), Aina Plaza (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Generalitat de Catalunya), Sebastià J Santaegugènia González (Departament Salut, Generalitat de Catalunya), Teresa Arechavala (Grup de Recerca en Epidemiologia i Salut Pública (GRESP) UManresa, UVicc-UCC, Fundació Univesitària del Bages), Emili Vela (Àrea de sistemes d'informació. Servei Català de la Salut. Departament Salut, Generalitat de Catalunya), Anna Vila Rull (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Generalitat de Catalunya), Albert Espelt (Grup de Recerca en Epidemiologia i Salut Pública (GRESP) UManresa, UVicc-UCC, Fundació Univesitària del Bages)

## **Itccovid.org**

Aquest document està disponible a través de la web [Itccovid.org](https://itccovid.org), que es va crear el mes de març de 2020 com una recollida de recursos compartits sobre les diferents respostes dutes a terme pels diferents sistemes d'atenció de llarga durada davant de la COVID-19. La web té la sede a la CPEC a la London School of Economics and Political Science i forma part dels recursos de la International Long Term Care Policy Network.

Seran benvinguts comentaris i correccions a [info@itccovid.org](mailto:info@itccovid.org). Aquest document va ser actualitzat per última vegada el 19 de novembre de 2020 i està subjecte a revisions.

**Copyright:** © 2020 Els autors. Es tracta d'un document d'accés obert distribuït sota els termes de la llicència de Creative Commons Attribution NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported International License (CC BY-NC-ND 3.0), que permet un ús, distribució i reproducció sense restriccions en qualsevol mitjà, sempre que l'autor original i la referència siguin citats.

## **Cita bibliogràfica**

Barón-Garcia, T., Amblàs-Novellas, J., Contel Segura, J.C., Plaza, A., Santaegugènia, S.J., Arechavala, T., Vela, E., Vila Rull, A., Espelt, A. (2020) Mesures preses davant la COVID-19 al Sistema d'atenció de llarga durada a Catalunya . LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 19 Novembre 2020.

## **Segueix-nos a twitter**

@UManresa, @salutcat, @aferssocialscat, @albert\_espelt

## 1. Punts clau

- Impacte de la COVID-19 en professionals i persones ateses pel sistema d'atenció de llarga durada, que reben suport tant en atenció domiciliària, com en residències, centres de dia o en centres d'atenció socio sanitària.
- A Catalunya hi va haver 235.856 casos de COVID-19 confirmats des de l'1 de març de 2020 fins el 25 d'octubre de 2020, tot i que a la primera onada els casos van ser infraestimats per falta de disponibilitat de proves diagnòstiques.
- A Catalunya, les àrees de més incidència van ser l'àrea Metropolitana Nord, Barcelona, i l'àrea Metropolitana Sud, i la COVID-19 va afectar sobretot a les franges d'edat d'entre 40 i 49 anys. La mortalitat més alta es va donar a finals del mes de març de 2020, amb més de 400 morts diaris.
- Entre l'1 de març de 2020 i el 25 d'octubre de 2020, es van contagiar de COVID-19 20.486 usuaris del sistema d'atenció de llarga durada. D'entre ells, van morir-ne 6.698.
- Per fer front a la situació epidemiològica del moment dins del sistema d'atenció de llarga durada, el Departament de Salut i el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya van desenvolupar nous Plans de Contingència dirigits als usuaris i als professionals de l'atenció domiciliària, de les residències, centres de dia i centres d'atenció socio sanitària. Es van prendre diverses mesures:
  - Mesures de redistribució de serveis i personal.
  - Implicació dels equips d'Atenció Primària treballant conjuntament amb els professionals del Departament de Salut i de Treball, Afers socials i Famílies.
  - Coordinació entre l'atenció socio sanitària i el sistema de Serveis socials.
  - Habilitació d'espais alternatius per reubicar a persones.

- Requisits dels centres: disponibilitat d'habitacions individuals pels casos aïllats, disponibilitat de personal sanitari, material necessari per usuaris i professionals pel què fa a les mesures d'higiene.
- Restricció de les visites de familiars als centres.
- Classificació de residències segons Tipus A, B, C, segons disposició de professionals assistencials i capacitat d'aïllament. També classificació de residències segons verd, taronja i vermell, segons si hi havia casos actius de COVID-19.
- Es van incorporar també recursos electrònics i digitals als diferents centres del sistema d'atenció de llarga durada.

## 2. Introducció

Actualment, la realitat espanyola integra a un gran nombre de persones grans, amb múltiples malalties, afectacions cròniques i necessitats assistencials complexes (Amblàs-Novellas et al., 2020; Garcia-Codina et al., 2019). Durant els últims anys, l'estructura demogràfica de la població catalana també ha tendit a un envelliment progressiu. Actualment l'esperança de vida de la població catalana és una de les més altes del món, cosa que es relaciona amb un augment en la morbiditat de malalties cròniques i un augment de població dependent (Sánchez et al., 2017).

Donada aquesta situació, és molt important assegurar el bon desenvolupament de l'Atenció socio sanitària i dels Serveis socials. Aquests inclouen l'atenció d'aquelles persones malaltes, generalment de forma crònica, i de les persones amb discapacitats que, per les seves característiques especials, poden beneficiar-se de l'acció simultània dels Serveis socials i l'Atenció socio sanitària per potenciar la seva autonomia i pal·liar les seves limitacions. L'Atenció socio sanitària i els Servies socials inclouen l'atenció a persones grans, persones amb demència i discapacitats (Servei Català de la Salut, 2019). L'Atenció domiciliària a Catalunya es proporciona tant des dels serveis d'Atenció sanitària amb serveis especialitzats per cures pal·liatives, serveis hospitalaris a casa i

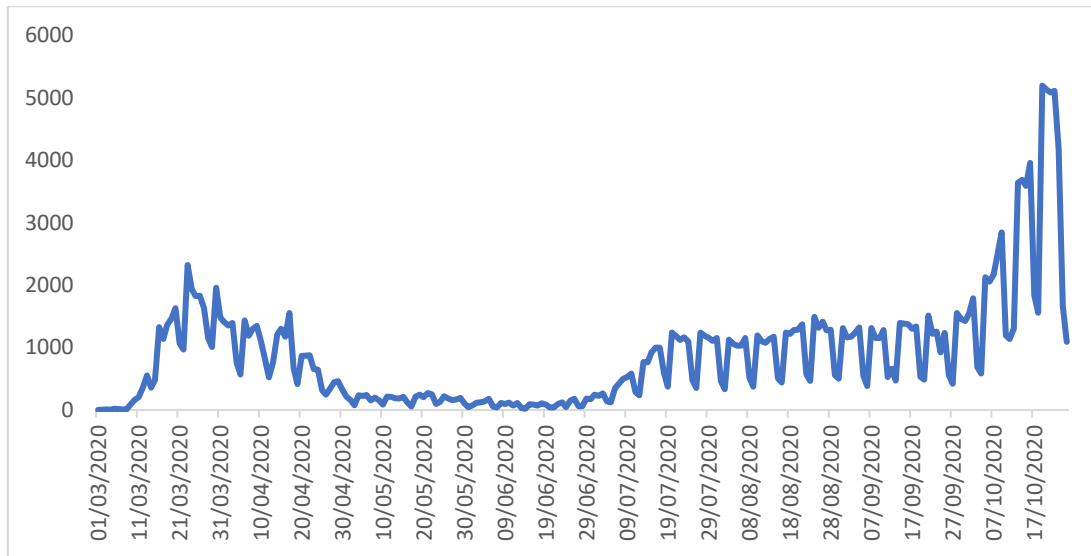
rehabilitació a casa, com des del sistema de Serveis socials, des d'on es dona atenció i suport en les activitats de la vida quotidiana (Servei Català de la Salut, 2019).

Per tal d'adaptar-se a l'impacte que la COVID-19 ha tingut sobre les persones professionals i les persones usuàries implicades en els serveis d'atenció de llarga durada a Catalunya, des del març de 2020 s'han dut a terme diverses accions en l'àmbit de l'Atenció socio sanitària i el sistema de Serveis socials. Aquest document pretén descriure aquestes mesures preses, sobretot del control de la infecció, especialment centrant-se en l'avaluació de l'afectació de la pandèmia a les residències. L'objectiu és poder compartir amb altres ciutats europees el diagnòstic de situació realitzat a Catalunya en el sistema d'atenció de llarga durada, i quines mesures s'han pres per controlar i frenar l'impacte de la pandèmia. Això contribuirà en un futur, conjuntament amb un anàlisi de les mesures de governança i polítiques realitzades, a poder realitzar una autoavaluació i autoreflexió de la gestió de la pandèmia a Catalunya.

### **3. Expansió de les infeccions i de les defuncions per COVID-19 a la població**

Espanya ha estat un dels països amb un gran impacte de COVID-19 a Europa, sobretot a les grans ciutats com Madrid o Barcelona. A Catalunya hi ha hagut 235.856 casos de coronavirus confirmats en la població total de catalans. Han mort 13.856 persones de coronavirus, la majoria dels quals majors de 70 anys. Aquestes dades s'han registrat des de l'1 de març fins el 25 d'octubre pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Com veiem al gràfic, el mes de març i abril de 2020 van ser els mesos amb més incidència de casos de la primera onada. Al mes de setembre i octubre han tornat a augmentar la incidència de casos, sent l'inici de la segona onada. En el cas de la primera onada, els resultats sobre els casos de la COVID-19 estan infraestimats ja que en aquell moment només es feien proves diagnòstiques a les persones que estaven greus i, sovint, hospitalitzades. Per tant, a la primera onada, els casos asimptomàtics o lleus no es comptabilitzen en el recompte de casos, cosa que a la segona onada sí.

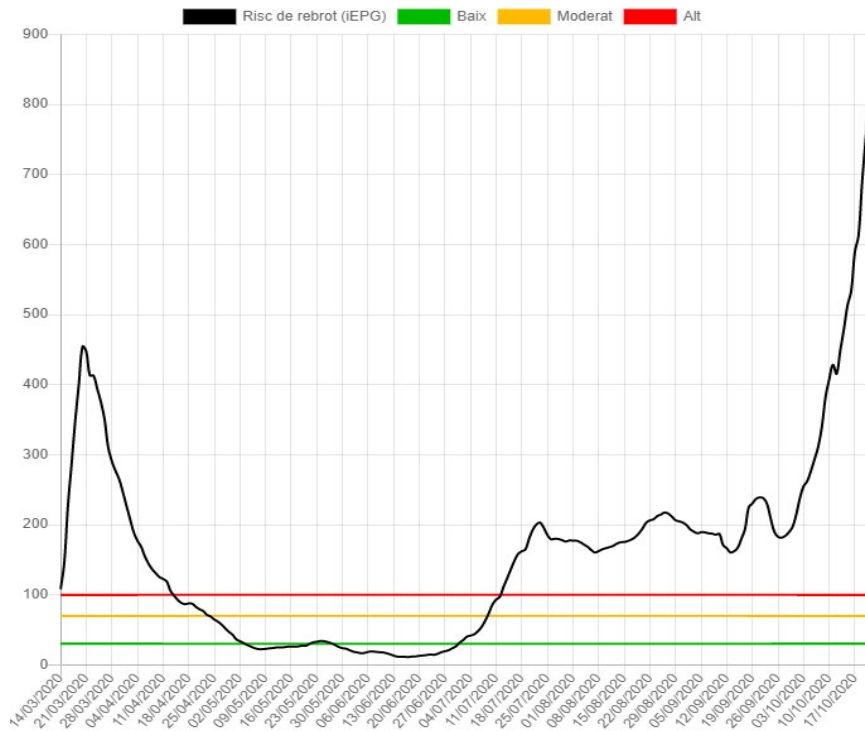
**Figura 1.** Nombre de casos detectats per COVID-19 a la població catalana entre l'1 de març i el 25 d'Octubre de 2020.



Font: [https://dadescovid.cat/?drop\\_es\\_residencia=2](https://dadescovid.cat/?drop_es_residencia=2)

El risc de rebrot a Catalunya va incrementar durant la primera onada, al març de 2020, experimentant una disminució fins juliol de 2020, on va començar a pujar fins a l'Octubre de 2020, on hi ha una segona onada. A l'Octubre s'ha doblat el risc de rebrot a Catalunya.

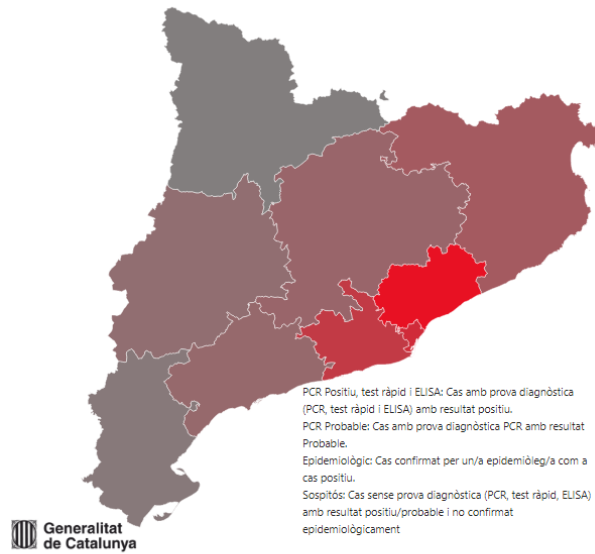
**Figura 2.** Evolució de la tendència de risc de rebrot a Catalunya a tota la població, entre l'1 de març i el 25 d'octubre de 2020.



Font: [https://dadescovid.cat/?drop\\_es\\_residencia=2](https://dadescovid.cat/?drop_es_residencia=2)

Pel què fa a la incidència a Catalunya (fins el 25 d'Octubre), veiem al mapa les diferents regions sanitàries. On més incidència hi ha hagut ha estat a l'àrea Metropolitana Nord. Seguidament, a Barcelona i, en tercer lloc, a l'àrea Metropolitana Sud. Les àrees amb menys incidència han estat l'Alt Pirineu i les Terres de l'Ebre.

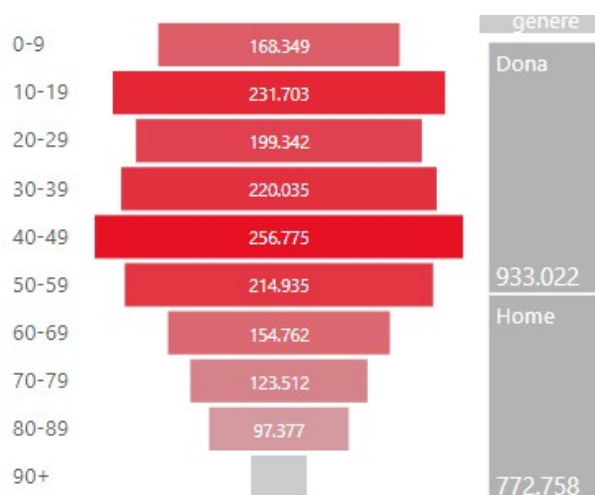
**Figura 3.** Afectació de casos detectats de COVID-19, segons regions sanitàries a Catalunya, entre 1 de març i 25 d'octubre de 2020.



Font: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMGZIMDUzZDgtOWQ3MS00YTBhLWJjZjctYTJkNTg2NTRhOWQ4liwidCj6IjNiOTQyN2RjLWQzMGUtNDNiYy04YzA2LWZmNzI1MzY3NmZlYyIsImMiOjh9>

Els casos detectats de coronavirus han afectat sobretot a les franges d'entre 40-49 anys d'edat, de 10-19 anys, seguits de les franges de 30-39 anys i 50-59 anys.

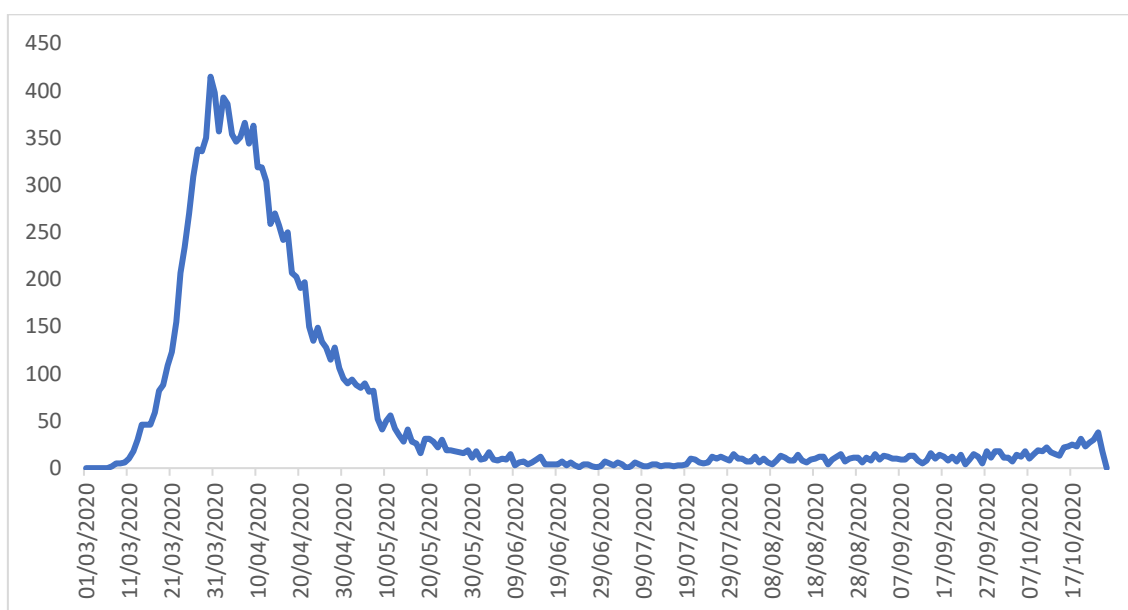
**Figura 4.** Casos de COVID-19 per franja d'edat a Catalunya entre 1 de març i el 25 d'Octubre de 2020 .



Font: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMGZIMDUzZDgtOWQ3MS00YTBhLWJjZjctYTJkNTg2NTRhOWQ4liwidCj6IjNiOTQyN2RjLWQzMGUtNDNiYy04YzA2LWZmNzI1MzY3NmZlYyIsImMiOjh9>

Pel què fa a les defuncions per COVID-19 a Catalunya, els mesos en que hi va haver més morts diaris van ser març i abril de 2020, a la primera onada. A finals de març, on hi va haver el pic més alt de morts registrat, es va arribar a més de 400 defuncions diàries. Al mes d'octubre, a la segona onada, veiem un lleu augment de defuncions, que no arriben a les 100 diàries.

**Figura 5.** Defuncions per COVID-19 a la població de Catalunya entre l'1 de març i el 25 d'octubre de 2020.

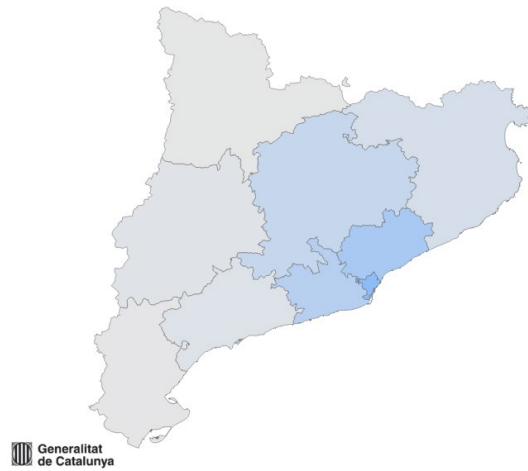


Font: [https://dadescovid.cat/?drop\\_es\\_residencia=2](https://dadescovid.cat/?drop_es_residencia=2)

Les regions sanitàries més afectades per defuncions totals han estat Barcelona, seguida de l'àrea Metropolitana nord, l'àrea Metropolitana sud i, en quarta posició, l'àrea de Catalunya central. Alt Pirineu i Terres de l'Ebre tornen a ser les menys afectades. Si ho analitzem per defuncions per comarca per cada 10,000 habitants, les comarques més afectades han estat: el Barcelonès, l'Anoia, el Bages, el Moianès, el Berguedà, Osona i el Priorat. La menys afectada, el Pallars Sobirà. Hi hagut comportaments diferents pel què fa a les defuncions per coronavirus per sexe i edat. Les franges d'edat on hi ha hagut més defuncions han estat les de més de 70 anys. En nombres absoluts, s'observen més defuncions entre els homes abans dels 75 anys i més en les dones a partir dels 75 anys.

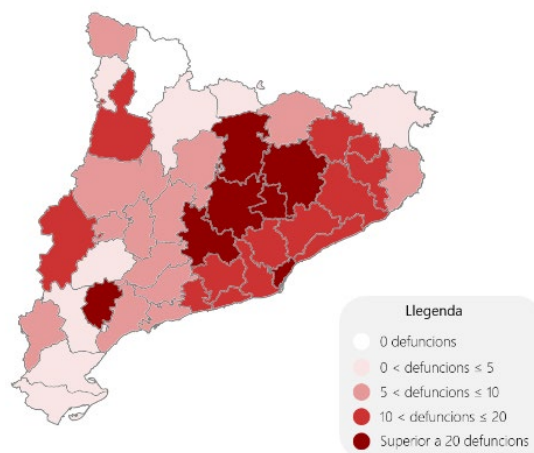


**Figura 6.** Afectació de defuncions per la COVID-19 segons regions sanitàries a Catalunya, entre l'1 de març i el 25 d'octubre de 2020.



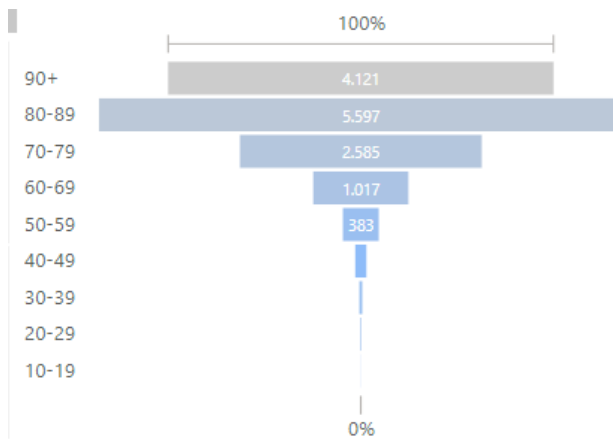
Font: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaMGZlMDUzZDgtOWQ3MS00YTBlWjZjctYTJkNTg2NTRhOWQ4IiwidCI6IjNiOTQyN2RjLWQzMGUtNDNiYy04YzA2LWZmNzI1MzY3NmZlYyIsImMiOjh9>

**Figura 7.** Taxa de defuncions per COVID-19, per comarca per cada 10,000 habitants a Catalunya, entre 1 de març i 25 d'octubre de 2020.



Font: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoia0WRkM2l5YTctNzZjNC00MDY4LTg4MWEtYjE1NjY2N2MzY2QxliwidCI6IjNiOTQyN2RjLWQzMGUtNDNiYy04YzA2LWZmNzI1MzY3NmZlYyIsImMiOjh9%20>

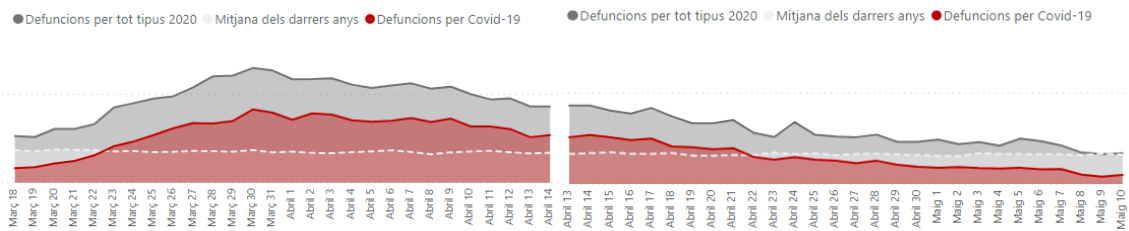
**Figura 8.** Defuncions per COVID-19 per franges d'edat a Catalunya entre l'1 de març i el 25 d'octubre.



Font: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojMGZlMDUzZDgtOWQ3MS00YTBhLWJjZjctYTJkNTg2NTRhOWQ4liwidCI6IjNiOTQyN2RjLWQzMGUtNDNiYy04YzA2LWZmNzI1MzY3NmZlYyIsImMiOjh9>

Pel què fa a l'excés de mortalitat a Catalunya, si comparem les defuncions totals durant la primera onada del COVID-19 amb la mitjana de morts en el mateix moment de l'any d'anys anteriors, veiem que durant el març i l'abril de 2020 s'ha experimentat un excés de mortalitat important. És la cinquena comunitat autònoma d'Espanya amb el percentatge de mortalitat més alt. Hi ha hagut 11.620 més morts que la Mitjana de morts d'anys anteriors (Muñoz et al., 2020).

**Figura 9.** Excés de mortalitat a Catalunya entre l'1 de març i el 25 d'octubre de 2020.



Font: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOWRkM2I5YTctNzZjNC00MDY4LTg4MWEtYjE1NjY2N2MzY2QxliwidCI6IjNiOTQyN2RjLWQzMGUtNDNiYy04YzA2LWZmNzI1MzY3NmZlYyIsImMiOjh9%20>

## 4. Presa de mesures a nivell poblacional per contenir la propagació de la COVID-19

Per contenir la pandèmia de COVID-19, el govern espanyol va dur a terme certes mesures pel global de la població. El govern espanyol va declarar l'estat d'alarma el 14 de març de 2020, juntament amb un confinament domiciliari a tot l'estat. L'estat d'alarma atorgava el poder al govern central i no permetia a les diferents autonomies actuar independentment. Per aquest motiu, la presa de mesures contra la propagació del coronavirus durant l'estat d'alarma a Catalunya la decidia el govern central i no la Generalitat de Catalunya. Durant el confinament, on es prohibia sortir de casa exceptuant les situacions en què s'hagués de dur a terme alguna activitat essencial, com l'adquisició d'aliments, productes farmacèutics i de primera necessitat, l'assistència a centres sanitaris, i assistir a persones dependents o especialment vulnerables. S'obligava al teletreball excepte en el cas dels serveis essencials com els hospitals, els supermercats o les gasolineres, que havien de portar un justificant laboral. Es van tancar els comerços, escoles, instituts i universitats, i es van suspendre totes les activitats que no fossin de primera necessitat. Per sortir al carrer s'havia de dur mascareta quirúrgica, mantenint una distància social, i fer ús del gel hidroalcohòlic per les mans. A més a més, no es podia circular més d'una persona en els vehicles privats. L'incompliment de les mesures proposades pel govern podien implicar sancions d'entre 600 i 30.000 euros.

Al maig de 2020 es va començar la desescalada, un procés que consistia en 4 fases de 15 dies cada una, per sortir paulatinament del confinament, on s'anaven permetent diferents activitats a la població. Segons diversos marcadors com la situació de transmissió del virus o la capacitat sanitària de cada territori, les fases s'aplicaven en moments diversos a les diferents comunitats autònomes. Catalunya va ser una de les comunitats autònomes que anava amb més retard en entrar a les diferents fases, i va entrar a la nova normalitat el 21 de juny de 2020, un cop acabat l'estat d'alarma. Les fases de la desescalada que es van aplicar des de maig fins a juny de 2020, permetien:

- **Fase 0:** Passejos de nens i gent gran en franges horàries marcades, velatoris màxim de 10 persones, recomanació de teletreball quan sigui possible, obertura del comerç minorista sense cita prèvia, permís de recollir menjar per endur,

limitació del servei de transport públic al 30%, obertura de centres educatius per feina administrativa, tornada als centres d'investigació, obertura del 33% de l'aforament als espais de culte.

- **Fase I:** Fins a 10 persones podien passejar o fer activitats esportives no professionals en franges horàries marcades, velatoris màxim de 15 persones, mobilitat per la província, foment del teletreball, permís d'obertura de locals de més de 400 metres, obertura de terrassa dels locals de restauració amb limitació del 50% d'aforament i màxim 10 persones per taula, llibertat de circulació i permís d'anar a la segona residència dins de la mateixa província, obertura d'hotels excloent zones comuns, espais de culte al 33% d'aforament.
- **Fase II:** Fins a 15 persones poden passejar o fer activitats esportives no professionals en franges horàries marcades, es permet anar a les platges, mobilitat per la província, foment del teletreball, obertura de centres comercials amb aforament limitat al 40%, obertura de locals de restauració amb aforament del 30% al 50%, represa de classes dels centres educatius no universitaris, obertura de cinemes i teatres amb un 33% de l'aforament, obertura de zones comuns dels hotels amb un 33% de l'aforament, espais de culte amb un 50% de l'aforament.
- **Fase III:** Es permet el contacte social per persones no vulnerables, velatoris amb un màxim de 50 persones, establiment de protocol de reincorporació presencial a les empreses amb horaris esglaonats, centres comercials amb aforament del 50%, 100% de serveis de transport urbà i interurbà, cinemes i teatres al 50% i sales de concerts al 33%, zones comuns dels hotels limitades al 50%.

A partir de la nova normalitat, a finals de juny de 2020, el govern central va donar potestat de decisió a les autonomies, i, a la Generalitat de Catalunya, el govern català, va prendre diferents mesures per contenir la propagació de la COVID-19. A la nova normalitat es mantenia la vigilància epidemiològica, la capacitat reforçada del sistema sanitari i l'autoprotecció de la ciutadania, i s'implementava la normativa següent: aboliment de les restriccions de mobilitat dins del territori català ni entre comunitats

autònomes o altres països, reunions i activitats socials permeses sense superar l'aforament i sense aglomeracions, permís de la pràctica esportiva i obertura de parcs infantils, distanciament social d'un metre i mig entre persones, obligatorietat de mascareta a persones majors de sis anys en espais públics i demanda d'higiene de mans freqüent.

Al juliol de 2020, per tal de considerar la possibilitat d'incrementar la protecció de les persones més vulnerables mentre es relaxen les restriccions en la població amb menys risc de ser hospitalitzat o morir, es van identificar les subpoblacions que tenien més risc de morir o de ser hospitalitzades per contagi de la COVID-19. Per fer-ho, es va estratificar tota la població per la probabilitat de ser hospitalitzat per la COVID-19, per la probabilitat de necessitar UCI (unitat de cures intensives) per la COVID-19, i per la probabilitat de morir per la COVID-19. A partir de l'encreuament de les 3 probabilitats es van obtenir 4 estrats de risc mútuament excloents: risc molt alt (8% de persones), risc alt (16%), risc moderat (23%), risc baix (53% de persones).

Al mes d'octubre de 2020, el govern espanyol va declara un nou estat d'alarma a tot l'estat, tot i que va donar potestat a les diferents autonomies per decidir les mesures pertinents. A Catalunya, el 25 d'octubre, la Generalitat de Catalunya va autoritzar un nou paquet de mesures restrictives degut a l'augment de casos de COVID-19. Aquestes mesures consistien en: restringir la mobilitat nocturna entre les 22h i les 06h, amb excepcions en cas d'assistència sanitària, compra de productes farmacèutics, mobilitat de professionals de serveis essencials, desplaçaments per motius laborals o cuidar de persones dependents o amb necessitat, entre d'altres. Les restriccions també pretenien reduir al màxim la mobilitat, recomanant que es limitessin els desplaçaments en la mesura del possible, limitar les trobades socials a màxim 6 persones, prohibició de menjar, beure i fumar en espais públics, es recomanava que els contactes es limitessin al grup de convivència, mantenir el distanciament social, la higiene y la protecció amb la mascareta, i promovien el teletreball. Des de la Generalitat de Catalunya es va declarar el tancament de bars i restaurants, i va limitar les farmàcies i els comerços de primera necessitat a un aforament del 50%. Les classes universitàries s'havien d'impartir de manera virtual, tot i que les escoles i instituts continuaven la docència presencial. Es van

restringir les visites a una setmanal a les residències netes o amb pocs casos de COVID19 de persones dependents i, a més a més, es va recomanar que les persones de més de 60 anys es vacunessin de la grip.

A finals d'octubre de 2020, la Generalitat de Catalunya va declarar el confinament per territori municipal els caps de setmana, entre les 06h del matí de divendres i les 06h del matí de dilluns, exceptuant a les persones que havien d'anar a treballar. Es van prohibir les activitats culturals i esportives i es van mantenir les mesures de prohibició de la mobilitat nocturna de 22h a 06h i les mesures preses el 25 d'octubre pel què fa a altres àmbits.

## **5. Imapcte de la pandèmia per la COIVD-19 a les persones que fan ús i a les persones que donen servei al sistema d'atenció de llarga durada**

### **5.1. Taxa d'infecció i mortalitat en els i les professionals dels serveis d'atenció de llarga durada i en les persones que en fan ús**

A Catalunya, a finals de desembre de 2019, hi havia 39.972 persones dependents que rebien el servei d'atenció domiciliària per dependència, prop de 20.000 amb serveis de centres de dia i 74.341 persones en residències, d'entre les quals el 84% eren persones grans. De totes aquestes persones, entre el període de l'1 de març de 2020 al 25 d'octubre de 2020, es van infectar per COVID-19 20.486 persones.

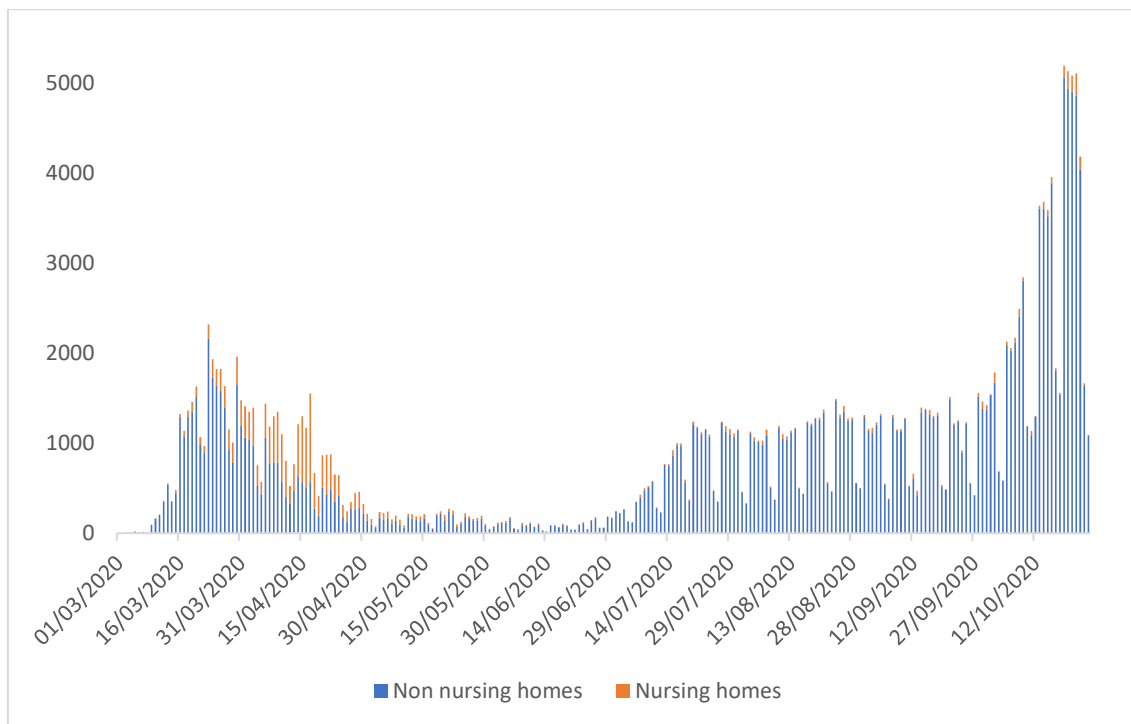
De totes elles, 6.698 van morir, representant el 32,7% de les persones dependents infectades. D'entre totes les defuncions, el 0,4% van morir al domicili, el 62,6% a les residències, el 11% a un centre hospitalari o sociosanitari, i el 0,7% no va ser classificable en cap dels contextos anteriors.

Com veiem als gràfics següents, la taxa d'incidència de COVID-19 va ser més elevada des de Mitjans de març de 2020 fins a finals d'abril de 2020. Les defuncions es van concentrar, sobretot, des de mitjans de març de 2020 fins a mitjans de maig de 2020.

Això és degut a que, a l'inici de la primera onada, no hi havia suficient equipament de protecció per totes les persones. La situació ha anat a millor ja que hi ha hagut prou mascaretes i EPIS a mesura que han anat passant els mesos, i també perquè els professionals estan millor entrenats i han après més a prevenir i protegir a les persones usuàries de la COVID-19.

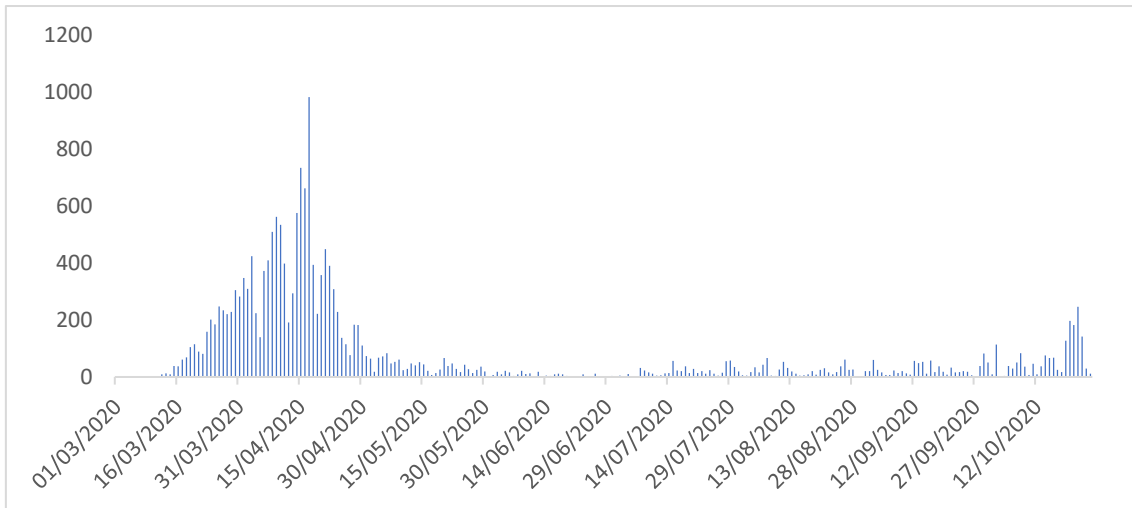
Entre març i agost de 2020 hi va haver un excés de mortalitat en la població dependent, comparat amb la mortalitat esperada calculada a partir de la mitjana de defuncions de la població dependent l'any 2017 (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2020).

**Figura 10.** Casos detectats per COVID-19 a Catalunya entre l'1 de març i el 25 d'octubre de 2020.



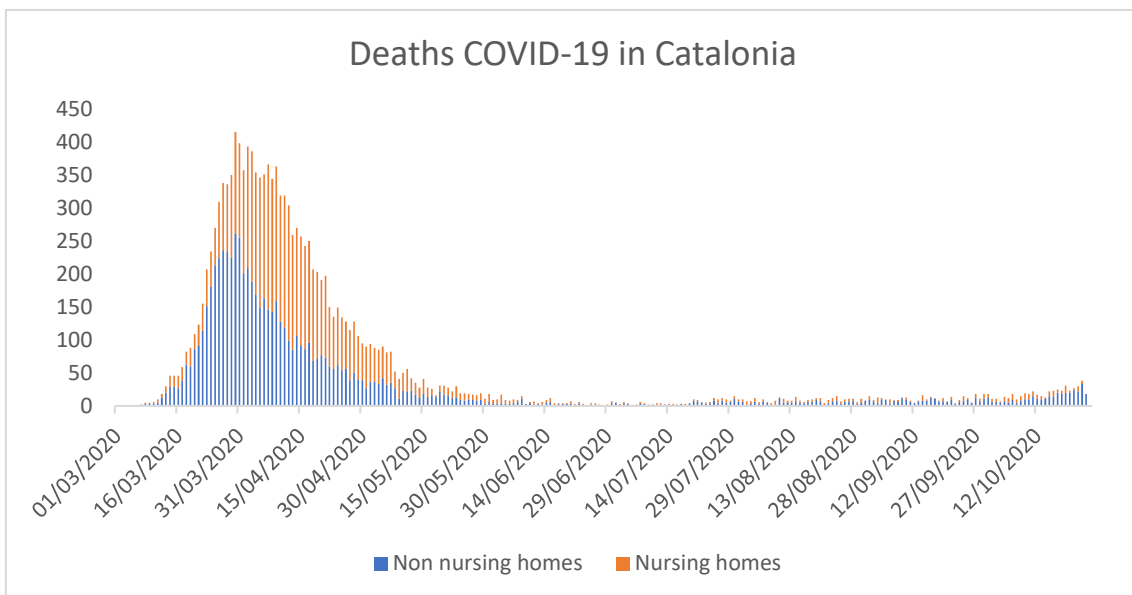
Font: [https://dadescovid.cat/?drop\\_es\\_residencia=2](https://dadescovid.cat/?drop_es_residencia=2)

**Figura 11.** Casos detectats de COVID-19 a les residències de Catalunya entre l'1 de març i el 25 d'octubre de 2020.



Font: [https://dadescovid.cat/?drop\\_es\\_residencia=2](https://dadescovid.cat/?drop_es_residencia=2)

**Figura 12.** Defuncions per COVID-19 a Catalunya entre l'1 de març i el 25 d'octubre de 2020.



Font: [https://dadescovid.cat/?drop\\_es\\_residencia=2](https://dadescovid.cat/?drop_es_residencia=2)

Pel què fa als i les professionals del sistema d'atenció de llarga durada, durant la primera onada, no es van poder registrar acuradament tots els casos positius per coronavirus, per falta de proves diagnòstiques. Tot i això, es coneix que 2.961 de les professionals van ser diagnosticades com a positives de la COVID-19, i 1.180 considerades com a sospitoses. 5 professionals van morir per la infecció de COVID-19.

Durant la segona onada, es va plantejar la realització d'un cens de professionals vinculats en la gestió de la COVID-19 en serveis d'atenció de llarga durada.



## **6. Breu resum del Sistema d'atenció de llarga durada**

El Sistema d'atenció de llarga durada, com a concepte que englobi totes les accions que es duen a terme dins d'aquest àmbit, no existeix a Catalunya. A Catalunya l'atenció de llarga durada està separada en dues branques que en certs punts s'interrelacionen: el sistema sociosanitari, que depèn del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, i el sistema de serveis socials, que depèn del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya. El sistema sociosanitari es compon dels dispositius sanitaris on es concentra la majoria d'atenció sanitària geriàtrica especialitzada. El sistema de serveis socials es basa sobretot en els centres residencials, de gent gran, persones amb discapacitat i persones amb problemes de salut mental, entre d'altres serveis. En aquests centres residencials sempre hi ha també professionals sanitaris (metges i metgesses, infermers i infermeres, fisioterapeutes...). Per altra banda, a Catalunya hi ha el sistema d'atenció domiciliària, que forma part tant del sistema sociosanitari, com del sistema de serveis socials: el servei d'atenció sanitària domiciliària (ATDOM), que depèn del Departament de Salut, i el servei d'atenció domiciliària de dependència (SAD), que depèn del Departament de Treball, Afers i Famílies. Els professionals sanitaris i socials sovint treballen conjuntament tant en dispositius socials com sanitaris.

Més concretament, els serveis que ofereixen tant el sistema de serveis sociosanitaris, com el sistema de serveis socials són:

### **6.1. Atenció sociosanitària**

Els centres sociosanitaris són espais assistencials dotats de l'estructura i del personal necessari per atendre pacients amb necessitats sanitàries i socials. Aquesta atenció es presta a través de serveis d'internament, i d'altres alternatius com l'atenció ambulatoria diürna sociosanitària i equips de valoració i de suport.

L'atenció sociosanitària comprèn el conjunt de cures destinades a aquelles persones malaltes, generalment amb caràcter crònic, i persones amb discapacitat que, per les

seves característiques especials, poden beneficiar-se de l'actuació simultània dels serveis sanitaris i socials per potenciar la seva autonomia, pal·liar les seves limitacions o sofriments i facilitar la seva reinserció social. Inclou l'atenció a les persones amb demència, l'atenció a les persones amb malaltia neurològica que pot cursar amb discapacitat, l'atenció a la gent gran i l'atenció a les persones amb malaltia avançada terminal i les cures pal·liatives.

Els professionals que integren la xarxa sociosanitària presten doncs, una atenció integral, interdisciplinari i geriàtrica, si s'escau, que respon a totes les necessitats de la persona, respectant i promocionant, en la mesura del possible, la capacitat autònoma de les persones, potenciant la permanència en el seu domicili.

#### **6.1.1. Serveis d'internament o hospitalització**

S'ofereixen a través dels centres sociosanitaris o a través d'unitats sociosanitàries ubicades en hospitals d'aguts o en hospitals psiquiàtrics.

Els centres sociosanitaris són espais assistencials dotats de l'estructura i del personal necessari per a l'atenció continuada de persones amb malalties o processos crònics que presenten diferents nivells de dependència funcional i diversos graus de complexitat clínica i que no poden ser ateses al seu domicili.

Aquests serveis d'internament inclouen:

- Unitat de llarga estada: Per al tractament rehabilitador, de cures de manteniment i de prevenció de complicacions, i com a suport per a persones grans amb malalties cròniques de llarga evolució que han generat incapacitats funcionals. L'objectiu és aconseguir la màxima autonomia que permeti la situació de la persona malalta. Inclou l'atenció a persones amb demència avançada o amb algun altre trastorn cognitiu de tipus crònic.
- Unitat de mitjana estada – convalsència: Per restablir les funcions o activitats afectades per diferents malalties o problemes de salut. Atén persones grans amb

malalties de base que necessiten una recuperació funcional després de patir un procés quirúrgic, mèdic o traumatològic.

- Unitat de mitjana estada – cures pal·liatives: Ofereix tractament pal·liatiu i de confort a pacients amb malalties inguaribles en fase avançada i terminal, tant oncològiques com no oncològiques. Els objectius són el control dels símptomes i el suport emocional a la persona malalta i la seva família.
- Unitat de mitjana estada polivalent: Poden atendre indistintament pacients convalsents o de cures pal·liatives.
- Unitat d'atenció a subaguts: Per a persones amb malaltia crònica i evolucionada que a causa del seu empitjorament necessiten la continuació d'un tractament o supervisió clínica continuada i requereixen intensitat de cures. L'objectiu d'aquesta atenció és arribar a l'estabilització clínica i la rehabilitació integral.

### **6.1.2. Centres sense internament**

Es presten a través dels hospitals de dia i dels diferents equips de valoració i suport orientats al tractaments dels pacients sense necessitat de l'ingrés hospitalari.

#### **6.1.2.1. Atenció diürna sociosanitària**

En atenció diürna sociosanitària s'inclou (Servei Català de la Salut, 2019):

- Hospitals de dia sociosanitaris: Són serveis per a l'atenció de pacients sociosanitaris que no requereixen ingrés, hi van durant el dia per rebre tractament i tornar després al seu domicili. Ofereixen assistència interdisciplinària i s'adrecen, principalment a persones grans malaltes, però també a altres persones amb malaltia crònica que requereixen mesures integrals de suport, rehabilitació, tractament, diagnòstic i seguiment especialitzat en règim diürn ambulatori. Els objectius dels serveis d'atenció de dia són l'avaluació i l'abordatge integral, la rehabilitació i l'atenció continuada de manteniment.

- Unitat d'avaluació integral ambulatoria (EAIA): Són equips interdisciplinaris, capacitats per donar suport especialitzat a l'atenció primària i a altres xarxes sanitàries i sociosanitàries. L'objectiu és l'atenció a les persones grans malaltes, les persones amb malaltia crònica i les persones en situació de final de vida, especialment en les situacions més complexes que requereixen una consulta d'avaluació i seguiment o una avaluació multidisciplinària. Realitzen una avaluació integral que permet arribar a un diagnòstic clínic, ajustaments en el tractament i el disseny d'un pla d'intervenció global. Aquestes unitats poden desenvolupar dos tipus d'activitats: avaluació puntual o consulta d'avaluació i seguiment. En funció de la seva activitat principal, hi ha quatre tipologies d'EAIA: de geriatria, de demències, de cures pal·liatives i mixta.

#### **6.1.2.2. Equips de valoració i suport**

En els equips de valoració i suport s'inclou (Servei Català de la Salut, 2019):

- Unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS): Són equips interdisciplinaris especialitzats que donen suport als diferents serveis de l'hospital d'aguts en la valoració i control d'aquells grups de pacients, que majoritàriament són la gent gran i les persones amb malaltia crònica avançada o terminal. En funció de la seva activitat principal hi ha quatre tipologies d'UFISS: geriàtriques, cures pal·liatives, de valoració del deteriorament cognitiu i trastorns de la conducta, i mixtes.
- Equips de suport en el domicili. Programa d'atenció domiciliària-equips de suport (PADES): Són serveis prestats per equips interdisciplinaris, especialitzats i capacitats per donar suport en aquelles situacions més complexes de malaltia avançada o en situació de final de vida. En general aquests equips donen suport a l'atenció primària en l'àmbit de la geriatria i de les cures pal·liatives.
- Equips de teràpia d'observació directa ambulatoria (ETODA). Són equips que formen part d'un programa especial per al tractament de la tuberculosi. L'objectiu d'aquest programa és garantir l'acompliment correcte del tractament

per part dels malalts amb problemàtica social, mitjançant la supervisió directa de l'administració de la medicació.

## **6.2. Serveis socials per persones amb dependència**

Tenen caràcter prioritari i es faciliten a través de l'oferta del Sistema públic de serveis socials mitjançant centres i serveis públics o privats concertats degudament acreditats. Hi poden accedir totes aquelles persones que hagin obtingut el reconeixement oficial de la situació de dependència en algun dels graus establerts. El Departament de Treball, Afers Socials i Famílies resol quins serveis socials s'assignen en cada cas a les persones amb dependència a partir del Programa individual d'atenció (PIA), segons la situació personal, l'entorn familiar i la disponibilitat de serveis. El Sistema públic de serveis socials preveu que les persones en situació de dependència puguin accedir a determinats serveis socials bàsics i a serveis socials especialitzats. En cas que no sigui possible l'atenció mitjançant algun d'aquests serveis (públics o concertats), s'atorguen prestacions econòmiques vinculades, en tot cas, a l'adquisició de serveis.

### **6.2.1. Serveis socials bàsics**

- Serveis d'atenció domiciliària: inclouen l'ajuda al domicili i els serveis de les tecnologies de suport i cura, popularment més coneguts com a Telealarma i Teleassistència. Són els serveis d'ajuda a domicili i el servei de les tecnologies de suport i cura.

### **6.2.2. Especialitzats per a persones amb dependència**

- Servei de prevenció de les situacions de dependència
- Servei de valoració de dependència

### **6.2.3. Especialitzats per a persones grans amb dependència**

- Servei de centre de dia o de nit per a gent gran

- Servei d'atenció integral a les persones grans en l'àmbit rural
- Serveis de centres residencials per a gent gran

#### **6.2.4. Especialitzats per a persones amb dependència ateses a centres socio-sanitaris**

- Serveis de promoció de l'autonomia personal per a persones ateses en centres socio-sanitaris
- Servei de promoció de l'autonomia personal per a persones amb dependència ateses en centres de llarga estada psiquiàtrica a la Cartera de serveis socials

#### **6.2.5. Especialitzats per a persones amb dependència derivada de discapacitat**

- Discapacitat intel·lectual: les persones amb situació de dependència per discapacitat intel·lectual poden accedir a centres de dia d'atenció especialitzada, a acolliment residencial i als serveis de teràpia ocupacionals i de temps lliure.
- Discapacitat física: Les persones amb situació de dependència per discapacitat física tenen a l'abast centres de dia d'atenció especialitzada, suport a l'autonomia a la pròpia llar, acolliment residencial, centres ocupacionals i un servei d'assistència personal.
- Discapacitat sensorial: Les persones sordcegues amb situació de dependència tenen dret a un servei d'assistència personal, i per a les persones amb discapacitat visual i pluridiscapacitats afegides a una situació de dependència existeix un servei de suport a la integració sociolaboral i personal.

### **6.3. Situació de la població dependent**

A Catalunya, el 31 de desembre de 2019 hi havia 39.972 persones dependents que rebien el servei d'atenció domiciliària de dependència (SAD), de les quals 6.525 persones rebien prestacions econòmiques vinculades. Al 2018 hi havia 19.336 places a centres de dia per gent gran (Departament de Salut, 2020d).

A Catalunya, al 2020, hi ha un total de 71.341 places a centres residencials, dels qual 84% són destinades a gent gran. De totes les places destinades a gent gran, el 49,7% són públiques i el 50,3% són privades. De les privades, un 30,3% són places ocupades amb prestació econòmica vinculada. El total de places destinades a gent gran (59.935), es distribueixen de la següent manera pel territori català:

- Alt Pirineu i Aran: 768
- Barcelona Ciutat: 14.317
- Camps de Tarragona: 4.106
- Catalunya Central: 5.232
- Girona: 6.969
- Lleida: 3.995
- Metropolitana Nord: 13.419
- Metropolitana Sud: 9.545
- Terres de l'Ebre: 1.584

## **7. Polítiques i mesures preses a Catalunya per mitigar l'impacte de la COVID-19 al Sistema d'atenció de llarga durada**

Per tal de donar resposta a les necessitats de les persones dependents, des del Departament de Salut i el Departament de Treball Afers socials i famílies de la Generalitat de Catalunya s'han hagut de prendre mesures que han constituït un gran repte organitzatiu i professional.

## **7.1. Mesures de tot el sector**

### **7.1.1. Mesures generals del sistema de Serveis Socials**

Des del Departament de Treball, Afers socials i Famílies es van prendre mesures per garantir l'atenció social bàsica orientada als perfils de vulnerabilitat en el context d'activació de la Fase de prevenció i contingència davant l'impacte de la COVID-19 del Pla PROCICAT del Govern de la Generalitat, d'acord amb les mesures d'alerta epidemiològica i de distanciament social preses per l'autoritat sanitària.

Es van prioritzar les situacions d'emergència social, els serveis d'atenció domiciliària, els serveis de menjador, l'alimentació bàsica, i l'atenció a menors i joves en situació de risc.

També van ser prioritàries les accions de: cribar les i els nous usuaris per valorar la urgència i posposar l'atenció no urgent, identificar les atencions ja programades de col·lectius vulnerables per la COVID-19 i reprogramar-les, identificar per a quines persones de forma temporal i excepcional es redueix la seva atenció o s'ajorna fins a notificació, ajornar intervencions grupals o de treball comunitari prescindibles, fomentar l'atenció telefònica i el teletreball sempre que sigui possible i garantir la presencialitat pel que fa als casos urgents, i establir un registre de les persones que s'atenen presencialment als centres.

Com a mesures organitzatives del Sistema Català de Serveis Socials, a cada àrea bàsica de salut (ABS) s'havia de poder comptar amb, com a mínim, un equip de serveis socials per atenció a urgències socials format per 2 tècnics i 1 de suport administratiu per cada 20.000 habitants. Aquest equip podia ser rotatiu mentre durés la mesura excepcional i es quedava de guàrdia si s'havien d'atendre situacions que requerissin presència física.

Mitjançant resolució de la Direcció general competent, es van acordar mesures de redistribució de serveis i del seu personal adscrit entre els diferents centres i serveis, públics i privats, del Sistema Català de Serveis Socials, adaptant les condicions funcionals dels centres i serveis en allò que resulti necessari. Es van incorporar professionals als



centres públics i privats del Sistema Català de Serveis Socials, prioritzant el que disposava l'Ordre TSF/216/2019, de 28 de novembre, per la qual es regulava la qualificació i l'habilitació professional del personal auxiliar d'atenció a les persones en situació de dependència. No obstant això, per raons d'urgència o quan s'acredités la no existència de demandants d'ocupació amb les titulacions específiques necessàries a la zona on estigués ubicat el centre, o bé on es prestés el servei d'assistència personal o el servei d'ajuda a domicili, podien dur a terme aquestes funcions persones que tinguessin alguna de les titulacions exigides per a qualsevol d'elles. Si tampoc hi havia disponibilitat de demandants d'ocupació amb cap de les titulacions assenyalades, podien dur a terme aquestes funcions persones que, sense tenir titulació, preferentment, tenien experiència en la cura i atenció de persones dependents. En tot cas, s'havia de donar compliment a la normativa laboral pel que fa als requisits d'accés a les categories professionals previstes i pel que fa a la resta de normativa laboral en vigor (Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2020e, 2020f; *RESOLUCIÓ TSF/778/2020, de 25 de març, per la qual es concreten les mesures excepcionals organitzatives i de recursos humans en l'àmbit dels serveis socials del Sistema Català de Serveis Socials a causa de la crisi sanitària provocada per la COVID-19.*, s. f.).

### **7.1.2. Coordinació entre l'Atenció socio sanitària i el sistema de Serveis socials**

Durant la primera onada, hi ha hagut una alta participació dels centres d'atenció primària en centres d'atenció socio sanitària i centres residencials. En les persones dependents amb necessitats agudes, hi ha hagut una ràpida transferència entre els centres residencials i els serveis d'atenció socio sanitària quan ha estat necessari, especialment en unitats de subaguts o unitats de cures pal·liatives.

A més a més, durant el pitjor període de la primera onada, es van habilitar espais alternatius per reubicar a persones, com per exemple es van adaptar hotels per persones sense discapacitat.

## **7.2. Atenció socio sanitària i atenció domiciliària (atenció socio sanitària, centres residencials, centres de dia, atenció domiciliària)**

### **7.2.1. Atenció socio sanitària**

#### **Març 2020**

Es va introduir una classificació dels centres d'atenció socio sanitària en tres categories:

- 1) Centres d'Atenció socio sanitària que es comportaven com centres de cures subagudes i postagudes amb elevada capacitat per gestionar pacients positius de COVID-19 amb simptomatologia complexa, derivats tant d'Atenció Primària com de residències (tipus 1).
- 2) Centres d'Atenció socio sanitària tipus 2 com xarxa suplementària per descarregar els centres tipus 1 sobrecarregats.
- 3) Una tercera categoria de centres d'Atenció socio sanitària per donar suport a pacients no infectats per COVID-19 i a pacients recent recuperats de la infecció per COVID-19, els quals encara no podien rebre l'alta directament a casa.

Durant el pic més alt de contagis de la primera onada el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya va adoptar mesures referents al sistema socio sanitari per assegurar que l'atenció fos de qualitat i alhora garantís els nivells adequats de prevenció de la infecció per a la protecció de familiars, persones i treballadors.

Als centres d'atenció intermèdia hi havia d'haver uns requisits mínims: disponibilitat d'habitacions individuals o dobles per ser dedicades a aïllament de casos, disponibilitat de presa d'oxigen, disponibilitat de poder fer aïllament d'una zona del centre, disponibilitat de personal sanitari, comunicació amb Salut Pública, coneixement recursos i materials necessaris d'usuaris i professionals pel què fa a les mesures d'higiene i organització.

En casos possibles, probables o positius de COVID-19, s'havien d'aïllar les persones a l'habitació individual o doble o en un lloc on es garantís la distància de seguretat de 2 metres amb la resta de persones. El lloc havia de tenir ventilació, sistema de comunicació amb l'equip assistencial i material per la higiene. No es permetia el desplaçament a zones comunes. Les persones malaltes no podien rebre visites i havia de fer seguir les normes d'higiene i higiene respiratòria: ús de mascareta, rentat de mans amb freqüència... En els casos greus, es persones podien fer l'aïllament al seu domicili, i en casos que requerien hospitalització, també la podien dur a terme al domicili, potenciant l'alta precoç hospitalària. La durada de l'aïllament, en els casos lleus sense hospitalització, era de 14 dies des de l'inici dels símptomes, sempre que el quadre clínic s'hagués resolt. Els casos que haguessin requerit hospitalització intermèdia, tot i tenir una PCR positiva, se'ls podia donar l'alta si la seva situació clínica ho permetia, però era necessari mantenir l'aïllament domiciliari almenys 14 dies des de l'alta o fins a l'obtenció d'un resultat de PCR negatiu. En el cas dels professionals, després de 7 dies de l'inici dels símptomes, si hi havia millora clínica i la prova diagnòstica donava negatiu, es reincorporava a la seva activitat assistencial, evitant contacte amb persones immunodeprimides. Si el resultat de la prova diagnòstica era positiu, l'aïllament havia de durar 14 dies.

Pel què fa a les mesures de protecció del personal sanitari del centre d'atenció intermèdia, s'havia de garantir la distància de seguretat, utilitzar mascaretes quirúrgiques, guants i bata convencional. En cas de risc d'esquitxades havien d'usar bates impermeables i protecció ocular o mascareta amb pantalla facial. S'havia de mantenir una estricta higiene de mans abans i després de l'atenció al client. En casos concrets, si rebien visites, s'havien de limitar a un familiar per pacient i els visitants havien de fer ús de mascareta quirúrgica i seguir les recomanacions per la higiene de mans.

Als centres d'atenció intermèdia es duia a terme seguiment dels casos i es va establir una xarxa de suport per a l'ingrés de pacients de centres residencials i domicilis del territori (Servei Català de la Salut, 2020b).

## **Maig 2020**

A mitjans de maig de 2020 es van elaborar recomanacions sobre les visites de familiars a persones d'hospitals d'atenció intermèdia o centres socio-sanitaris. Les visites s'havien d'autoritzar mitjançant cita prèvia en unes franges horàries, i s'havien de realitzar en les àrees considerades netes i sempre que la situació clínica dels pacients ho permetés. Es recomanava disposar d'una sala de recepció de visites amb entrades diferenciades per pacients i visitants, i amb els recursos i materials per mantenir la distància de seguretat i dur a terme l'ús de mascareta i higiene de mans. Segons la fase de desescalada es permetia:

- Fase 0: prioritització de les visites d'acompanyament i suport al final de vida.
- Fase I: Afegir la prioritització de pacients en situació de descompensació de malaltia crònica.
- Fase II: Generalització de visites a tot tipus de pacients.
- Fase III: Visites de familiars a zones exteriors del centre. Màxim tres visitants.

A part de les visites presencials, s'havia de garantir la possibilitat d'ús de telèfons i realitzar videoconferències (Departament de Salut, 2020b).

### **7.2.2. Sistema de Serveis socials**

#### **7.2.2.1. Centres residencials**

## **Març 2020**

Al març de 2020 es van elaborar recomanacions a l'accés i visites als centres residencials. Es van restringir al màxim les visites als centres i només es permetia l'entrada en casos de necessitat o d'urgència justificada, i sempre amb la valoració i l'aprovació de la direcció del centre. El centre havia de posar a disposició dels familiars que ho requerissin un telèfon. Es va habilitar un únic accés d'entrades i sortides i es feia un registre de totes elles. Es van

suspendre temporalment els nous ingressos per tal d'habilitar espais d'aïllament en cas que fos necessari.

Com a mesures organitzatives, es van restringir al màxim la utilització de zones comunes, es van distribuir els equips professionals per plantes, es van suspendre les sortides grupals a l'exterior, es van restringir al màxim les sortides dels usuaris a l'exterior excepte en casos justificats i es van suspendre les activitats com a casal de gent gran.

Per reforçar la prevenció davant d'infecció per COVID-19, es van reforçar les mesures d'higiene pel que fa a espais i a rentat de mans i es va incloure la supervisió d'aquestes mesures. Els residents amb simptomatologia respiratòria havien de restringir la seva mobilitat dins d'una habitació amb bona ventilació. Els professionals havien de fer ús de l'equip de protecció individual (EPI) i realitzar les mesures d'higiene (Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2020c).

## **Abril 2020**

A l'inici d'abril de 2020, el Departament de Salut va establir mesures d'intervenció assistencial en funció de l'estratificació dels servies residencials següents:

- Centres Tipus A: centre residencial amb professionals assistencials, de tipus sanitari i no sanitari (de cures i atenció social); amb capacitat de procurar una zona d'aïllament amb els requisits mínims per a l'atenció a la residència de les persones amb COVID-19 positiu o amb simptomatologia suggestiva.
- Centres Tipus B: centre residencial amb professionals assistencials, de tipus sanitari i no sanitari (de cures i atenció social); amb dificultats per procurar una zona d'aïllament de forma àmplia però sí en casos puntuals amb els requisits mínims per a l'atenció a la residència de casos COVID-19 positius o amb simptomatologia suggestiva.
- Centre Tipus C: centre residencial sense professionals assistencials de tipus sanitari propis i que no reuneix els requisits mínims per a l'atenció a la residència

en aquesta situació de necessitats assistencials sanitàries i d'aïllament originada per la COVID-19.

Es van establir també cinc categories o classes de discapacitat ordenades de menor a major percentatge, segons la importància de la deficiència i el grau de discapacitat que origina:

- Grau I - discapacitat nul·la: els símptomes, signes i seqüeles són mínims i no justifiquen disminució de la capacitat de la persona per realitzar les activitats de la vida diària.
- Grau II - discapacitat lleu: els símptomes, signes i seqüeles justifiquen algunes dificultats per a realitzar les activitats de la vida diària però són compatibles amb la practica totalitat de les mateixes.
- Grau III - discapacitat moderada: el símptomes, signes i seqüeles causen una disminució important o impossibilitat de la capacitat de la persona per realitzar les activitats de la vida diària, essent independent en les activitats d'autocura.
- Grau IV - discapacitat greu: el símptomes, signes i seqüeles causen una disminució important o impossibilitat de la capacitat de la persona per realitzar la majoria de les activitats de la vida diària i pot estar afectada algunes de les activitats d'autocura.
- Grau V - discapacitat molt greu: els símptomes, signes i seqüeles impossibiliten la realització de les activitats de la vida diària.

Una vegada realitzada la caracterització, es van identificar les persones segons:

- Persones tipus  $\alpha$  (alfa): persones totalment autònomes per les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), o bé aquelles que necessiten algun tipus de suport no professionalitzat (tipus familiar o cuidador informal). Grau I II de discapacitat
- Persones tipus  $\beta$  (beta): persones que necessiten suplència total o parcial, seria el cas de les persones totalment dependents, demències avançades, i també

aquelles persones que en cas de ser parcialment dependents si que necessiten l'ajuda d'un professional sanitari o cuidador amb coneixements d'aquestes cures. Graus III, IV, V de discapacitat.

Als centres residencials, es podien atendre els casos possibles, probables o confirmats de la COVID-19 amb símptomes lleus, si no presentaven criteris de gravetat. En casos més greus, es derivaven a hospitals aguts i centres d'atenció intermèdia.

Pel què respecte a les mesures de prevenció generals i de control als centres residencials, era obligatori pels professionals portar roba i sabates exclusives per la feina, mantenir la distància de seguretat entre persones, dur el cabell recollit i les ungles sense esmalt i curtes, realitzar la higiene de mans, l'ús de mascareta quirúrgica, guants, bata convencional i de l'equip de protecció individual si s'havia d'atendre persones amb simptomatologia respiratòria. En cas d'esquixades havien d'usar bates impermeables i protecció ocular o mascareta amb pantalla facial. A més a més es recomanava l'ús de la mascareta FFP2. Al centre s'havia de disposar dels recursos i materials per la higiene (sabó, gel hidroalcohòlic...), i s'havia de fer la higiene corresponent del material i les zones. A més a més, els centres havien de garantir la formació de maneig de les mesures de prevenció de COVID-19 als professionals, i havien de complir certs requisits mínims: disponibilitat d'habitacions individuals amb bona ventilació, coordinació entre l'equip directiu, sanitari i assistencial del centre, disponibilitat de professionals i recursos necessaris. En cas d'aïllament d'un cas possible, probable o positiu, el resident havia de romandre a l'habitació d'ús individual amb bona ventilació i un servei d'intercomunicació amb l'equip assistencial, o en un lloc on es garanteixi la distància mínima de 2 metres de distància de seguretat amb altres persones. Amb els casos aïllats s'intentava el contacte amb el mínim nombre de personal sanitari, i també el mínim contacte amb la resta de personal, residents i membres de la família. Des del centre, s'havia d'informar als membres de la família si una persona resident era un cas probable, possible o confirmat (Departament de Salut, 2020d; Servei Català de la Salut, 2020a, 2020b).

**Maig 2020**

Al maig de 2020, als centres residencials es va elaborar també un pla de desescalada, amb la premissa de seguir preservant la seguretat de la persona resident, dels seus familiars i dels professionals. La desescalada es va preveure en 4 fases, de la 0 a la III, com el Pla estatal de la transició cap a la nova normalitat.

Pel què fa a l'aïllament de persones positives o sospitoses de COVID-19, independentment de la fase, les residències es van dividir en 3 tipus d'espais, on s'ubicaven les persones segons grup de risc de COVID-19:

- Zona verda: zona neta
- Zona groga: zona amb risc de COVID-19
- Zona vermella: zona de COVID-19

A les residències, per detectar nous casos s'usava la PCR i, per cada zona, s'usaven mesures de protecció específiques, promovent la disminució de l'impacte psicològic i emocional.

Segons les diferents fases, als centres residencials es permetia:

- Fase 0: No es permetien ingressos nous. Només es permetien visites de familiars en situació de final de vida i amb un protocol establert. Dins de la residència es podia caminar per zones interiors netes.
- Fase I: Acceptació de nous ingressos des del domicili, centre sociosanitari o hospitals aguts si la residència era verda o amb zero casos positius. Dins de la residència, es podia caminar per zones interiors netes.
- Fase II: Possibilitat d'ingressos en residències amb baixa incidència de casos, en condicions estables, que han estat declarades per Salut Pública com a residències de baix risc i correctament sectoritzades. Dins de la residència, es podia compartir espais comuns en zones verdes i es permetia l'entrada de professionals externs.



- Fase III: Possibilitat d'ingressos en residències amb baixa incidència de casos, en condicions estables, que han estat declarades per Salut Pública com a residències de baix risc i correctament sectoritzades. Dins de la residència, es permetien les primeres activitats grupals i àpats, i les sortides a l'exterior amb vigilància. També era permesa l'entrada a professionals externs.

En cas d'ingrés a les residències, la persona havia de disposar d'una PCR negativa realitzada en un termini inferior a les 24-48h prèvies (Departament de Salut, 2020f).

Pel què fa a les visites dels familiars, les recomanacions al maig de 2020 van ser, segons el pla de desconfinament (Departament de Salut, 2020f):

- Fase 0: prioritització de visites d'acompanyament i suport de final de vida.
- Fase I: afegir la prioritització de les visites de residents en situació de descompensació.
- Fase II: Generalització de visites a tot tipus de residents.
- Fase III: Visites de familiars (fins a 3 persones) en zones exteriors del centre residencial.

Les visites es van començar a fer a totes les persones de residències considerades netes o amb un sector net. En segon lloc, als residents sense malaltia que estiguin en centres residencials afectats però en situació estable. A més a més, les visites havien d'estar autoritzades pels centres mitjançant cita prèvia i els espais de visites havien de tenir tots els recursos i materials per mantenir la distància de seguretat i poder fer la higiene recomanada. Els visitants havien de portar mascareta quirúrgica i fer ús del gel hidroalcohòlic de mans (Departament de Salut, 2020b).

### **Agost 2020**

Es va desenvolupar un Pla de contingència per a residències, per a la tardor de 2020. Es va organitzar seguint les següents línies (Departament de Salut, 2020e):

- Prevenció de l'aparició i de la disseminació de la infecció: l'eina més efectiva per prevenir la infecció entre els residents i els professionals era la utilització adequada del material de protecció individual. Cada entitat gestora/patronal proveïdora de serveis residencials havia d'establir el seu pla de subministrament i emmagatzematge de material de protecció individual per als seus treballadors. Calia un responsable higienicosanitari i un supervisor de les normes i del complement. En quant a la sectorització dels centres, es continuava amb la recomanació de la delimitació de 3 espais dins de les residències: Zona vermella (zona on d'allotjament dels casos confirmats d'infecció per SARS-CoV-2), Zona groga (zona d'allotjament de les persones amb risc d'infecció), i Zona verda (zona neta, destinada a residents sense risc d'infecció ni contagi conegut).
- Garantir la formació de professionals, residents i familiars cuidadors.
- Detecció precoç de la infecció i intervenció de Salut Pública: des de l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) i l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB): establiment de criteris clínics i epidemiològics per a la gestió de persones residents, l'elaboració i actualització de protocols i procediments per a la prevenció i control de la infecció, l'assessorament territorial i supervisió de l'aplicació dels plans de contingència, i el seguiment epidemiològic de la situació de les residències.
- Atenció sanitària d'àmbit territorial: reforç estructural a l'atenció primària i comunitària de salut (163 professionals de medicina necessaris a les residències de tot Catalunya i 270 professionals d'infermeria). Les seves funcions serien: desenvolupar els protocols d'atenció i presa de decisions clíniques i ètiques, controlar la patologia descompensada sense requeriment de derivació a d'altres àmbits assistencials, estratificació dels residents segons fragilitat, patologia crònica complexa o malaltia crònica avançada, elaboració del diagnòstic de COVID-19 i seguiment dels casos sense requeriment de derivació a altres àmbits assistencials, activació d'oxigenoteràpia a les residències, i atenció pal·liativa i geriàtrica.

- Atenció social, ordenació i reforç de l'àmbit residencial: disposició de places de les residències per fer front a possibles brots (les residències havien de disposar d'una reserva de 3.200 places lliures d'ocupació, en total, que permetés implementar les mesures de sectorització, millorar la capacitat d'aïllament de casos i atendre a les persones residents asimptomàtiques positives), previsió de posar en disposició espais de suport per a la reubicació dels residents que ho necessitessin, manteniment del permís de retorn a l'entorn familiar si el resident ho sol·licitava temporal i voluntàriament, sempre que no presentés símptomes de COVID-19, noves mesures de seguretat, de protecció i d'organització (unitats estables socials estables amb els mateixos residents i professionals, reforç del personal), enfortiment de la figura del responsable higienicosanitari, i pla de formació per a professionals nous als centres residencials.
- Sistemes d'informació: incorporació de l'Estació Clínica d'Atenció Primària (ECAP), Sistema de vigilància de l'impacte de la COVID-19 als centres residencials, xarxa de residències sentinella per identificar de manera precoç incidències a les residències de gent gran (42 residències distribuïdes per diferents regions sanitàries).

## **Octubre 2020**

Arrel de l'augment d'incidència de casos de COVID-19 a l'octubre de 2020, des de la Generalitat de Catalunya es van prendre determinades mesures. Es va reforçar el cribatge a professionals de residències, prioritzant les residències de major incidència. Es van intensificar les mesures de prevenció i protecció a les residències, es va facilitar una llista actualitzada amb els ítems indispensables a complir a cada centre, i es van reforçar la sectorització, la formació de l'ús de l'EPI als professionals i la seguretat dels circuits de cuina, mesures de seguretat, ventilació i higiene.

Es va activar l'Equip d'Intervenció Ràpida territorial, un equip que tenia l'encàrrec d'actuar de manera urgent per donar resposta efectiva en l'àmbit assistencial, i

d'establir un sistema de gestió de fluxos per si calien derivacions a centres d'atenció intermèdia.

Pel què fa al reforç de les relacions dels residents amb les famílies, les residències verdes i taronges havien de facilitar un mínim d'una visita setmanal. Les residències vermelles havien de facilitar eines telemàtiques per comunicar els residents amb les famílies de manera àgil. Es van mantenir les mesures de seguretat i d'higiene per part dels residents i dels familiars. A més a més, es van suspendre les sortides curtes dels residents no autònoms fora de la residència (Departament de Salut, 2020a).

#### **7.2.2.2. Atenció domiciliària**

##### **Març 2020**

Durant la primera onada de la pandèmia, als serveis d'atenció domiciliària es van prioritzar les persones en situació de dependència que vivien soles i no tenien suport de l'entorn familiar, les persones en situació de dependència que tenien un suport familiar insuficient, i les persones amb situació de vulnerabilitat. Es van prioritzar els serveis de suport especial en situació d'aïllament, de suport intens continuat, de suport parcial. Es va proposar el suport substituïble per mitjans telemàtics en casos que fos pertinent. Es van considerar prioritàries aquelles actuacions relacionades amb la cobertura de les necessitats de les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD): alimentació, cura i higiene personal (assegurar la neteja també de l'entorn), mobilitzacions, control de la medicació, i compra d'aliments i materials de primera necessitat.

L'atenció domiciliària havia de ser flexible i adaptada a cada situació concreta, podent variar d'intensitat, passant des de la simple visita a domicili per a la verificació de necessitats ateses per d'altres persones cuidadores familiars en els casos de persones que requereixen una intensitat d'atenció inferior, fins a la incorporació de noves tasques imprescindibles (compres, elaboració de menjar, etc..), o l'increment d'intensitats horàries i assistencials.

Pel què fa a la protecció dels professionals d'atenció domiciliària, els professionals no podien prestar el servei si presentaven símptomes respiratoris, gripals o febre, o si havien estat en zones de risc els últims 14 dies. Els professionals havien de mantenir una estricta higiene de mans abans i després del contacte amb les persones a les quals es presta atenció, utilitzar les mesures d'autoprotecció habituals en les intervencions de cura i assistència, aplicar qualsevol altra mesura addicional d'autoprotecció que l'entitat o empresa tingués en els seus protocols d'atenció, així com les que aconsellades per riscos laborals. En cas que la persona atesa fos un cas probable o confirmat de COVID-19, s'havia de procurar que hi hagués el menor nombre possible de persones proporcionant atenció a la persona. Si els professionals estaven a més de 2 metres de la persona atesa, havien d'utilitzar mascareta quirúrgica, havien de fer una higiene de mans i neteja de superfícies freqüent, i una bona ventilació. Si els professionals estaven a menys de 2 metres de la persona atesa, s'havien d'extremar les mesures de precaució, utilitzant la mascareta FFP2 o quirúrgica, guants d'un sol ús, bata impermeable de màniga llarga i s'havien de desinfectar les superfícies que es tocaven més.

Pel què fa a la relació dels professionals amb les persones que conviuen al domicili, els membres de la família i els convivents havien de romandre en una habitació diferent i tenir el mínim contacte amb el cas en investigació. Calia evitar el contacte directe amb els fluids corporals i no s'havien de compartir objectes d'ús personal. La persona atesa, igual que els convivents, s'havia de rentar les mans sovint amb aigua i sabó, especialment després de tossir o esternudar o manipular mocadors que hagués utilitzat per cobrir-se. També podia utilitzar solucions hidroalcohòliques. Les persones ateses havien de romandre en una habitació d'ús individual amb bona ventilació, bany d'ús exclusiu, un dispositiu de comunicació i amb els recursos i materials per garantir una bona higiene i distància de seguretat.

Per garantir la continuïtat de l'atenció domiciliària era necessari disposar del personal tècnic necessari, reforçar les plantilles per a la valoració de situacions i de prestacions. En el cas extraordinari d'absència de recursos humans qualificats per a la prestació dels serveis, es podia autoritzar a les entitats prestadores del servei, l'ajut de personal no qualificat per a la realització de tasques que no impliquessin cura personal: tasques

domèstiques, repartiment d'aliments, entrega d'àpats a domicili. Davant d'eventualitats sobrevingudes que impossibilitessin el manteniment de l'activitat i, per tant, la suspensió de l'activitat per part de les entitats prestadores del servei d'ajut a domicili, aquestes ho havien de notificar a les administracions competents i en cap cas es deixava de prestar el servei a les persones sense que existís aquesta comunicació (Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2020g, 2020d).

### **7.2.2.3. Centres de dia**

#### **Març 2020**

El 12 de març de 2020, la Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat, del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, va recomanar les següents mesures en l'àmbit de centres de dia (Departament de Salut, 2020c; Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2020b):

- Restricció de l'accés als usuaris i professionals del centre.
- Abstenció d'anar al centre si: es presentaven símptomes de risc respiratori, gripals o febre, s'havia estat en zones de risc en els últims 14 dies, s'havia tingut contacte estret amb un probable o confirmat cas d'infecció per coronavirus.
- Suspensió de les activitats de grups que venien de l'exterior.
- Excepció de l'acompanyament a l'entrada i sortida del centre i de les urgències mèdiques.
- Suspensió d'excursions i sortides grupals a l'exterior.
- Habilitada una única via d'accés per controlar entrades i sortides.
- Acreditació de qualsevol persona a l'entrar al centre mitjançant DNI, telèfon, dia i hora d'entrada i sortida de la visita.

- Suspensió de nous ingressos.

Pel què fa a la higiene personal, es recomanava (Departament de Salut, 2020c; Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2020b):

- Una higiene de mans freqüent (rentat amb aigua i sabó).
- Evitar el contacte estret amb persones que mostrin signes d'infecció respiratòria, com ara tos o esternuts.
- Tapar-se la boca i el nas amb mocadors d'un sol ús o amb la cara interna del colze en el moment d'estossegar o esternudar i rentar-se les mans de seguida.
- Com a norma general, mantenir una distància habitual (entre 1 i 2 metres).
- Evitar compartir menjar ni estris (coberts, gots, tovallons, mocadors...) i altres objectes sense netejar-los degudament.
- Després de manipular objectes de tercers, abstenir-se de tocar-se la boca, nas i ulls sense abans haver-vos rentat les mans.
- Evitar donar la mà i fer abraçades i petons.

Tots els treballadors i treballadores encarregats i encarregades de l'assistència (sanitària i no sanitària) havien de seguir estrictament les mesures per prevenir i controlar la transmissió del coronavirus. S'han de protegir segon els riscos a què estan exposats d'acord amb el que estableixin els serveis de prevenció de riscos laborals (Departament de Salut, 2020c; Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2020b).

### **7.2.3. Mesures per compensar les possibles reduccions del servei**

- Ampliació del Sistema de visites virtuals (“eConsulta”) permetent al metge realitzar una sessió de videoconferència amb el pacient, tant en atenció primària com especialitzada.
- Desenvolupament d’una aplicació mòbil de salut per a l’autoavaluació de la malaltia (STOP COVID-19 CAT), que inclou la geolocalització dels pacients.
- Reducció de les barreres burocràtiques en els processos assistencials permetent als pacients accedir als seus formularis de Baixa per malaltia a la carpeta personal de salut (“La meva salut”).
- Servei telemàtic de suport psicològic: El Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya, davant de la situació actual, va participar activament en la creació d’un servei telemàtic de suport psicològic gratuïta tots els professionals de la salut en situació de patiment emocional. L’objectiu era incloure a les professionals del Sistema català de Serveis Socials en els mitjans de suport a professionals sanitaris oberts pel Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya, i difondre els mitjans d’atenció psicològica a la ciutadania oberts pel Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya en el marc de la Fase d’emergència de l’epidèmia SARS-COVID-19. Es va difondre a totes les professionals del Sistema català de Serveis Socials el telèfon de suport gratuït en el que hi participa el Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya: 93 567 88 56. Es va posar a disposició de les professionals del Sistema català de Serveis Socials i, especialment, de les Àrees Bàsiques de Serveis Socials, el telèfon de suport gratuït adreçat a la ciutadania 659 584 988, per tal que en facin difusió entre les seves usuàries (Direcció General de l’Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2020a).

### **7.3. Impacte en persones amb discapacitats o en persones am demència i mesures per donar-los suport**

Al març de 2020, es van publicar nous protocols relacionats amb les persones amb discapacitat i les persones que pateixen demència. Aquests protocols eren mesures per



a reforçar l'atenció a casa i la rehabilitació durant el pitjor període de brot de COVID-19. En el cas de les persones amb demència o amb discapacitats amb suport a les seves llars, cada servei disposava d'un registre de les persones usuàries, especialment de les menys autònomes o vulnerables. Les persones usuàries havien de seguir les recomanacions generals de prevenció, protecció i higiene adreçades al conjunt de la població. Es realitzava una supervisió de les persones usuàries més vulnerables. A més a més de la supervisió habitual i seguiment a presencial a la llar es realitzava un seguiment telefònic diari per garantir la seva salut, manutenció, convivència i seguretat a la llar. Es van suspendre les activitats de foment de les relacions socials, així com de foment de l'oci i el lleure en la comunitat. El servei va posar a disposició de les persones usuàries i/o familiars de referència un telèfon de contacte per resoldre dubtes o incidències. Totes les professionals que realitzaven contactes presencials dins la llar havien de seguir els protocols de prevenció, protecció i higiene establerts pels serveis d'atenció domiciliària. Les professionals que presentaven símptomes respiratoris, gripals o febre o haguessin estat en zones de risc en els últims 14 dies no podien prestar el servei d'atenció a domicili mentre estiguessin en procés d'identificació per part de Salut (Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2020h).

Seguint la classificació de les residències A, B i C realitzada a l'abril de 2020 als centres residencials, a les residències amb persones amb discapacitats intel·lectuals i/o físiques, s'havia d'actuar de la mateixa manera que a les intervencions exposades per a les residències de gent gran en qualsevol de les tipologies de centres descrits (A, B i C).

Per a les persones que presentaven malaltia mental es comptava amb el suport del servei especialitzat en salut mental per a persones amb discapacitat intel·lectual (SESM-DI) i amb el centre de salut mental d'adults (CSMA) de referència. Si es plantejava un retorn al domicili, en el cas de les persones tipus  $\alpha$  s'havia de valorar, no només les característiques físiques de l'habitatge (higiene i aïllament), sinó també l'entorn familiar receptor donada la vulnerabilitat d'aquest grup de població. De la mateixa manera, si calia traslladar una persona d'una residència a una altra amb simptomatologia respiratòria, calia valorar la disponibilitat d'espais i realitzar el trasllat que millor

s'adaptés al seu grau d'autonomia. En els casos que es valorava l'existència de greu descompensació de la malaltia es realitzava la derivació a la xarxa d'hospitalització de salut mental. En tots els casos, calia mantenir les mesures higièniques i d'aïllament corresponents segons es tractés d'una persona amb COVID-19 positiu, simptomatologia suggestiva o sense. Fos quin fos el domicili de destí de la persona, l'APIC i el CSMA referent d'aquest domicili feien un seguiment adequat a les necessitats de la persona i de la seva família (Departament de Salut, 2020d).

## 8. Lliçons apreses

Durant la primera onada i l'inici de la segona, s'han desenvolupat diverses mesures i protocols d'actuació per poblacions específiques del sistema d'atenció de llarga durada, per frenar la propagació de la infecció, que s'han anat aplicant al llarg dels mesos segons s'han vist efectives.

Per una banda, s'ha vist la importància de la interrelació entre professionals de l'Atenció Primària, l'Atenció socio sanitària i Serveis socials, que caldria enfortir. També s'ha identificat que caldria integrar els serveis d'Atenció socio sanitària i de Serveis socials per tal que la derivació entre ells fos més ràpida i eficient. A més a més, encara que les residències siguin una prioritat, s'haurien de desenvolupar noves estratègies relacionades amb un model integrador de l'atenció domiciliària, ja que és un sector emergent pel cuidado de les persones grans.

Per altra banda, s'ha vist també la importància dels equips de protecció i material necessari tant pels professionals com pels usuaris, la utilitat d'introduir recursos digitals, i la utilitat de la classificació de les residències segons disponibilitat de personal sanitari, capacitat d'aïllament i existència de casos positius de COVID-19.

Per tal de continuar frenant la infecció al sistema d'atenció de llarga durada, durant la segona onada i les que puguin venir posteriorment, s'hauran d'enfortir les mesures que s'han vist efectives i s'hauran de proposar noves polítiques, a mesura que s'investigui més sobre com frenar la propagació del virus.

A més a més, en un futur proper s'espera que s'iniciï el procés de vacunació a Catalunya. S'espera que es comencin vacunant les persones més vulnerables, moltes d'elles usuàries del sistema d'atenció de llarga durada. S'haurà de tenir en compte la prioritització de recursos, la vulnerabilitat i risc de mortalitat de les persones i el procés de distribució i aplicació de les vacunes dins del sistema d'atenció de llarga durada.

## 8.1. Accions a curt plaç

- Per tal de controlar la propagació de la COVID-19, les residències hauran de crear un pla de contingència propi per garantir mesures i accions relacionades amb una llista de comprovació de punts clau.
- Per fer front a la segona onada, s'haurà de tenir un nou estoc d'equips de protecció i de material necessari.
- Haurà de continuar la forta implicació i reforç dels metges i metgesses de família i dels infermers i infermeres de la comunitat que dediquen temps en molts serveis del sistema d'atenció de llarga durada.
- Es pretén desenvolupar un nou algoritme com a eina d'estratificació per a identificar les persones amb major risc de mortalitat i poder gestionar de manera proactiva aquestes poblacions des de l'Atenció Primària.

## 8.2. Polítiques a llarg plaç

- Repensar, amb els grups d'interès clau, el futur model de sistema d'atenció de llarga durada amb una visió real d'atenció integrada entre l'Atenció socio sanitària i els Serveis socials, que interrelacioni els dos Departaments implicats.
- Encara que les residències siguin una prioritat, s'haurien de desenvolupar noves estratègies relacionades amb un model integrador de l'atenció domiciliària.
- S'hauria de construir una millor connexió entre l'àmbit residencial i la resta del sistema sanitari i d'atenció socio sanitària. Això permetria una derivació més ràpida a l'hospital i una resposta més ràpida de les autoritats sanitàries i de salut pública en l'àmbit residencial.
- Es pretén continuar desenvolupant eines i recursos digitals al sistema d'atenció de llarga durada com, per exemple, la introducció d'un registre públic sanitari electrònic

amb informació única per a cada persona, amb adaptació a l'entorn residencial i al sistema d'atenció de llarga durada.

- S'espera que el procés de vacunació per la COVID-19 a Catalunya s'iniciï amb les persones que tenen un major risc de mortalitat, identificats mitjançant l'algoritme d'estratificació creat.

## 9. Referències

- Amblàs-Novellas, J., Santa Eugènia, S. J., Vela, E., Clèries, M., & Contel, J. C. (2020). What lies beneath: A retrospective, population-based cohort study investigating clinical and resource-use characteristics of institutionalized older people in Catalonia. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01587-8>
- Departament de Salut. (2020a). *Gestió de la infecció pel coronavirus SARS-CoV-2 en l'àmbit residencial*. Departament de Salut.
- Departament de Salut. (2020b). *Informació per a professionals. Coronavirus SARS-CoV-2. Recomanacions sobre les visites de familiars a persones ingressades a hospitals d'atenció intermèdia/centres socio-sanitaris*. Departament de Salut.
- Departament de Salut. (2020c). *Informació sobre les actuacions preventives en referència al nou coronavirus SARS-CoV-2 en l'àmbit dels centres de dia*. Departament de Salut.
- Departament de Salut. (2020d). *Pla d'acció per la gestió de persones en l'àmbit residencial i l'assistència sanitària en situació de pandèmia per COVID-19*. Departament de Salut.
- Departament de Salut. (2020e). *Pla de contingència per a residències per a la tardor de 2020*. Departament de Salut.
- Departament de Salut. (2020f). *Pla de DESESCALADA en centres residencials*. Departament de Salut.
- Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2020a). *Coordinació amb el col·legi oficial de psicologia de Catalunya en la fase d'emergència de l'epidèmia sars-covid19*. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Generalitat de Catalunya.
- Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2020b). *Instruccions per a centres de dia de gent gran per a la prevenció i protecció de la infecció per la COVID-19*. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Generalitat de Catalunya.
- Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2020c). *Instruccions per a les residències per a la prevenció i protecció de la infecció per la COVID-19*. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Generalitat de Catalunya.

Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2020d). *Mesures de protecció i d'actuació per als professionals del servei d'atenció a domicili (SAD) per la COVID-19*. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Generalitat de Catalunya.

Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2020e). *Mesures excepcionals i recomanacions en relació a l'atenció i a l'organització dels SBAS en relació el COVID-19*. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Generalitat de Catalunya.

Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2020f). *Mesures excepcionals i recomanacions en relació als SBAS com a mesura de prevenció i contingència davant l'impacte del COVID-19*. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Generalitat de Catalunya.

Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2020g). *Mesures i recomanacions tècniques d'actuació en relació als serveis essencials que es prestaran en el marc del servei d'atenció domiciliària (SAD) davant la situació extraordinària generada per la COVID-19*. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Generalitat de Catalunya.

Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2020h). *Recomanacions per a protecció personal per a Serveis d'atenció a les persones sense llar per a la prevenció i protecció de la infecció per la COVID-19*. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Generalitat de Catalunya.

Garcia-Codina, O., Juvinyà-Canal, D., Amil-Bujan, P., Bertran-Noguer, C., González-Mestre, M. A., Masachs-Fatjo, E., Santaugènia, S. J., Magrinyà-Rull, P., & Saltó-Cerezuela, E. (2019). Determinants of health literacy in the general population: Results of the Catalan health survey. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7381-1>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2020). *MoMo en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD)*. Ministerio de derechos sociales y agenda 2030.

Muñoz, L., Mompert, A., & Mias, M. (2020). *Anàlisi de les defuncions observades i esperades durant l'epidèmia de COVID-19 a Catalunya*. Departament de Salut.

*RESOLUCIÓ TSF/778/2020, de 25 de març, per la qual es concreten les mesures excepcionals organitzatives i de recursos humans en l'àmbit dels serveis socials*

*del Sistema Català de Serveis Socials a causa de la crisi sanitària provocada per la COVID-19.*, 3.

Sánchez, P., Bullich, I., Cabanes, C., & Ferrando, C. (2017). *Pla director sociosanitari. Estratègies 2017-2019*. Direcció General de Planificació en Salut.

Servei Català de la Salut. (2019). *Servei Català de la Salut. Memòria 2018*. Departament de Salut.

Servei Català de la Salut. (2020a). *Criteris de reubicació de persones que viuen en centres residencials durant la pandèmia de COVID-19*. Departament de Salut.

Servei Català de la Salut. (2020b). *Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 a les residències*. Departament de Salut.