

**LOS DERECHOS HUMANOS QUE EL COVID NOS HIZO OLVIDAR:
MAYORES Y RESIDENCIAS DURANTE LA PANDEMIA**

“En realidad, una sociedad merece la calificación de "civil" si desarrolla anticuerpos contra la cultura del descarte; si reconoce el valor intangible de la vida humana; si la solidaridad es activamente practicada y salvaguardada como fundamento de la convivencia”.

Papa Francisco 30/1/2020

PRESENTACIÓN

Cuando el Cardenal Tarancón fundó la Comisión Diocesana de Justicia y Paz de Madrid le confió, entre sus funciones, la tarea de asesorar al obispo en temas de justicia, paz y derechos humanos. Este es el sentido de este informe. Busca aprender de los errores y mejorarnos a todos como sociedad. No tiene pretensión político partidista alguna y comprende lo extremadamente complejo que resulta no equivocarse en la gestión de una emergencia sin precedentes. Sin embargo, el buen trato y la justa protección a los más vulnerables no es solo una exigencia evangélica, sino un indicador de salud moral colectiva. Una situación catastrófica no puede suponer un paréntesis moral, sino la oportunidad de poner en acto los valores y las virtudes públicas que nos identifican.

Cuando se extendió la pandemia en España muchas voces en la Comisión estimaban la necesidad de abordar el tema y dilucidar las responsabilidades de las administraciones en dicho tema. En la misma dirección, nuestro Vicario para el Desarrollo Humano Integral y la Innovación, José Luis Segovia, nos proponía una reflexión sobre los aspectos éticos de la gestión del Covid por parte de las administraciones y orientaba el foco, en un tema tan amplio, en el colectivo de mayores y residencias por la enorme vulnerabilidad que han registrado. El último pleno del curso, el 27 de junio de 2020, confirmaba el interés de la Comisión por este tema. En julio, una recién incorporada a la Comisión, Pilar de la Rosa, se ofrecía a redactar un texto sobre el tema. En la

reunión del 27 de julio de la Vicaría para el desarrollo Humano Integral y la Innovación, la Comisión Diocesana de Discapacidad manifestaba su interés en participar en el tema. Este es el origen del texto que ofrecemos hoy a la Iglesia en Madrid y a toda la sociedad.

LOS HECHOS

En diciembre de 2019, en la ciudad de Wuhan se detectó un nuevo virus al que se le denominó SARS-CoV-2. Inicialmente, salvo en algunos países asiáticos, principalmente China y Corea, no se dio una gran importancia a este virus.

En Europa, por su lejanía y quizá porque la experiencia de la gripe aviar de 2009, declarada pandemia por la OMS y que no tuvo la virulencia que se pronosticó, no se le prestó demasiada atención. Desafortunadamente en este caso, la realidad ha superado todas las previsiones. A fecha 20 de agosto la OMS evaluaba en 22,4 millones de seres humanos los infectados y en 788.285 las personas fallecidas, y la enfermedad está lejos de estar bajo control.

¿Qué ha pasado en Europa y más concretamente en España desde ese mes de diciembre a junio de 2020? Inicialmente la repercusión del virus fue escasa. La primera llamada de atención en España fue la cancelación el 12 de febrero del Mobile World Congress de Barcelona, que tanto a las autoridades como a gran parte de la ciudadanía le pareció exagerada. Ese mismo día, el ministro de Sanidad, Salvador Illa¹, comentó: “No existen motivos de salud pública para cancelar ninguno de los grandes eventos públicos que se celebran o se prevén celebrar en los próximos días en nuestro país.” La segunda llamada de atención provino de Italia: el 23 de febrero en once ciudades se ordenó la suspensión del trabajo, la educación y los eventos públicos y se prohibió la entrada y salida de estas. Poco después, el 8 de marzo, esta situación de confinamiento se hizo extensiva a 16 millones de personas. Ante el avance de la enfermedad, el 11 de marzo, la OMS emitió el siguiente comunicado: “La OMS ha evaluado este brote durante los últimos días y estamos profundamente preocupados, tanto por los niveles alarmantes de propagación y gravedad, como por los niveles alarmantes de inacción. Es por ello que hemos decidido

¹ <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa>

decretar el estado de pandemia”². Mientras, en España el virus avanzaba de manera inexorable contagiando a miles de personas, especialmente en Madrid, sin que se tomara ninguna medida.

El 14 de marzo, el Gobierno³ informaba que había 5.753 infectados en toda España, 2.940 en Madrid, aunque, posiblemente, la cifra fuera mucho mayor puesto que los medios de detección eran casi inexistentes. Ese mismo día se decretó el estado de alarma en todo el territorio español, lo que suponía el confinamiento de todos sus ciudadanos.

Un virus desconocido, el COVID 19, muy contagioso y con síntomas muy graves, y con un alto porcentaje de mortalidad, para el cual no había vacunas ni medicamentos efectivos era la causa del estado de alarma y de la conmoción que sufrimos. ¿Cómo podía estar pasando eso en Europa? ¿Cómo podía estar pasando eso en España? El sacerdote Agustín Rodríguez en La Escuela de Caridad⁴ comentó: “sentimos como si nos hubieran echado del Paraíso”. Ante esta realidad, nuestras seguridades colapsaron y nuestra forma de vivir sufrió un giro de 180°. Durante unos días los bien abastecidos supermercados españoles se quedaron vacíos y todos escuchábamos con temor los partes del gobierno. La enfermedad se extendía como una gran mancha de aceite por todo el país y golpeaba con especial virulencia a Madrid.

Nos creíamos invulnerables, pero no fue así, el sistema de sanidad colapsó. No es que no hubiera una solución médica, que no la había y todavía no la hay, es que hasta lo más elemental faltaba. No había guantes ni mascarillas para proteger a los sanitarios; no había camas en los hospitales ni los esenciales respiradores. Todos mirábamos los informativos para ver si algún avión procedente de China había llegado con los medios de protección más básicos, pero durante muchos días no llegaron⁵. No había en los hospitales, tampoco en las farmacias, mascarillas ni gel hidroalcohólico, solo se podían comprar por Internet a unos precios desorbitados y con largos tiempos de espera. El Gobierno de España, las Comunidades Autónomas, entidades privadas como

² <https://www.redaccionmedica.com/>

³ <https://www.dsn.gob.es/>

⁴ <https://www.pastoralsocialmadrid.com/muerte-y-resurreccion-de-jesus-en-tiempos-de-c19/>

⁵ El primer avión de Iberia con material procedente de China aterrizó el 31 de marzo.
<https://www.elplural.com/>

Inditex, Santander o Telefónica iniciaban una loca carrera, aparentemente sin ninguna coordinación, para comprar material en China, a veces defectuoso⁶ debido a la urgencia.

La Pontificia Academia para la Vida reconocía:

Por mucho esfuerzo que hagamos, no ha sido posible controlar la actual pandemia ni siquiera en las sociedades más desarrolladas económica y tecnológicamente [...]. Nuestras optimistas proyecciones del poder científico y tecnológico a nuestra disposición nos han permitido quizás imaginar que seríamos capaces de prevenir la propagación de una epidemia mundial de esta magnitud, convirtiéndola en una posibilidad cada vez más remota. Debemos reconocer que no es así⁷.

Ante la gravísima situación en que el país se encontraba a nivel sanitario, el ejército a través de la UME⁸ tuvo que intervenir para labores de desinfección, apoyo sanitario y normativa para emergencias porque los hospitales no estaban preparados para una situación en la que se encontraban. Ante el colapso especialmente grave de la sanidad en Madrid, se decidió instalar un hospital de campaña en el recinto ferial de Ifema⁹.

En la situación de catástrofe que se vivió y ante la escasez de medios, los enfermos menos graves, es decir, los que no tenían importantes afecciones respiratorias, fueron atendidos por teléfono en sus casas; pero ¿qué sucedió con enfermos graves o muy graves? ¿Fueron todos derivados a hospitales? La respuesta es **NO**. Era inviable, y la pregunta que se deriva es ¿cuáles fueron los criterios para elegir a los enfermos?

La Pontificia Academia para la Vida, ante la situación de escasez de recursos, exhortaba:

En ese momento, tras haber hecho todo lo posible a nivel organizativo para evitar el racionamiento, debe tenerse siempre presente que la decisión no se puede basar en una diferencia en el valor de la vida humana y la dignidad de cada persona, que siempre son iguales y valiosísimas.¹⁰

⁶ Resulta de interés el artículo publicado por el periódico EL PAÍS, sobre este tema publicado el 21 de abril, con el título "Test defectuosos a 26 euros y mascarillas a 0,51: el Gobierno ha gastado al menos 350 millones en material sanitario"

⁷ Pontificia Academia para la Vida, PANDEMIA Y FRATERNIDAD UNIVERSAL, Nota sobre la emergencia Covid-19, 30 de marzo de 2020.

⁸ Unidad Militar de Emergencias

⁹ El recinto ferial fue acondicionado por la Comunidad de Madrid, el Ministerio de Sanidad y la UME, que con la ayuda de profesionales en paro construyeron 300 metros cuadrados del sistema de oxígeno en 72 horas. (publico.es, 27 de marzo)

¹⁰ Idem 1

Y el Comité de Bioética de España advertía:

Si bien en un contexto de recursos escasos se puede justificar la adopción de un criterio de asignación basado en la capacidad de recuperación del paciente, en todo caso se debe prevenir la extensión de una mentalidad utilitarista o, peor aún, de prejuicios contrarios hacia las personas mayores o con discapacidad. El término “utilidad social” que aparece en alguna de las recomendaciones publicadas recientemente nos parece extremadamente ambiguo y éticamente discutible, porque todo ser humano por el mero hecho de serlo es socialmente útil, en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana.¹¹

Estos dos organismos daban por sentado que se debía priorizar ante la insuficiencia de medios, pero también ambos reconocían la dignidad de la vida humana y lo perverso que puede resultar realizar una clasificación en función de la “utilidad social”. Desafortunada e injustamente, eso fue lo que en los momentos más graves de la pandemia se llevó a cabo. Quienes más sufrieron esta decisión fueron las personas de edad avanzada y muy especialmente las que se encontraban en residencias, si bien también esta elección en función de la edad se ha aplicado a los ancianos que vivían en sus domicilios¹².

QUÉ HA PASADO EN LAS RESIDENCIAS

El 23 de marzo la Fiscalía General del Estado, en función de las denuncias periodísticas corroboradas por la UME, abrió diligencias para investigar lo que estaba sucediendo en las residencias de ancianos y en nota de prensa indicó que al entrar la UME: “se habría detectado la existencia de personas ancianas, algunas de ellas enfermas, residiendo en situaciones extremas y malas condiciones de salubridad, así como residentes fallecidos.”¹³

Ese mismo día en declaraciones a Telecinco, la ministra de Defensa declaraba: “El Ejército ha podido ver ancianos, mayores, absolutamente abandonados, cuando no muertos, en sus camas”. A partir de ese momento, la UME interviene en las residencias y en la web del Ministerio de Defensa, con fecha

¹¹ Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus, 25 de marzo de 2020.

¹² La Comunidad de Madrid no solo envió protocolos a los hospitales sobre en qué casos debían aceptar a internos en residencias de mayores. También los hizo llegar a los médicos de los centros de salud que atienden pacientes en domicilios para que, en función de determinados requisitos, estos fueran atendidos en sus casas y no los derivaran a los hospitales. El protocolo al que ha accedido EL PAÍS, del 23 de marzo [...]. Recomienda que los pacientes con posible infección y con dificultad para respirar permanezcan en su domicilio y no sean trasladados al hospital dependiendo de su edad y su estado de salud. (EL PAÍS, 10 junio 2020)

¹³ <https://www.fiscal.es/>

de 6 de abril se informa que se ha actuado en 2.694 residencias de ancianos de toda España, procediendo a hacer desinfecciones, trabajo de asesoramiento sobre desinfección, la sectorización de espacios y protocolos de seguridad en aislamientos¹⁴.

¿Qué había ocurrido en las residencias de ancianos para llegar a esa situación en el que la muerte y la enfermedad se enseñorearon de unos recintos que debían estar para proteger a unos ciudadanos altamente vulnerables? El 9 de abril, el periódico EL MUNDO recogía: “Las residencias de mayores denuncian el “rechazo sistemático” por parte de los hospitales para atender ancianos con sistemas de coronavirus [...] lo afirma la asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia (Aeste).”

En el informe que la CEAPs presentó ante el Congreso de los Diputados¹⁵ el 5 de junio, se presentaron cinco motivos por los cuales el COVID arrasó en las residencias: la virulencia del virus, la vulnerabilidad de las personas, **“el abandono de las administraciones para con las residencias: ha fallado el sistema sanitario, las derivaciones hospitalarias de urgencia, la coordinación política para dar una respuesta coordinada que garantizase la salud de los residentes”**, a lo que se añade, como motivos cuarto y quinto, la inexistencia de materiales de protección, durante muchas semanas, y en quinto lugar, un alud de bajas de profesionales, que se infectaron por el coronavirus al no contar con elementos de protección. En este mismo documento se calcula que el porcentaje de infectados de trabajadores en residencias ha sido tres veces mayor que los de sanitarios.

Se podría pensar que las gestoras de las residencias culpaban a la administración estatal y autonómica de este horror. No obstante, se ha ido revelando documentación en la que, de forma más o menos directa, se pone de manifiesto que las personas más vulnerables fueron rechazadas, de forma

¹⁴ <https://www.defensa.gob.es/>

¹⁵ Informe analítico de gestión en centros residenciales en España durante Covid-19 V (VERSIÓN 1), Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, Grupo de trabajo de Sanidad y Salud Pública, Círculo Empresarial de Atención a Personas (CEAP), 5 de junio de 2020.

sistemática, por el sistema de salud, como reconoce Médicos Sin Frontera en su informe “Poco, tarde y mal”¹⁶ de agosto del 2020

En el Documento técnico¹⁷ “Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19 Versión de 5 de marzo de 2020” (Anexo) del Ministerio de Sanidad¹⁸ se recomienda que los residentes que presenten sintomatología respiratoria aguda deberán restringir sus movimientos lo máximo posible y quedarse en una habitación con buena ventilación. Igualmente se expone: “todo centro sociosanitario que detecte que un residente pueda haber sido contacto de un caso de COVID-19 indicará a esta persona que permanezca en el centro o residencia y se lo comunicará a los servicios de salud pública que valoren dicha identificación según el “Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo Coronavirus (SARSCoV-2)”. Es decir, una semana antes de que se declarara el estado de alerta ya se restringía por parte del Ministerio de Sanidad que los usuarios de residencias fueran a las urgencias hospitalarias. Por otra parte, a lo largo del documento se reiteraba la necesidad de EPI¹⁹, cuando se sabía que no resultaba factible su compra en esos momentos. Durante las semanas más críticas, las residencias no dispusieron de material de protección, por lo que procedieron a comprarlo directamente, si bien el avión que lo traía desde China fue requisado por el Gobierno²⁰. La entrada providencial de la UME en las residencias puso de manifiesto ante la opinión pública la situación en la que se encontraban y que las mismas no sabían actuar ante una situación de emergencia como la que estaban viviendo porque nadie las había preparado para ello ni tenían los medios precisos.

En el protocolo elaborado por la Comunidad de Madrid, se establece la figura de un geriatra intermediario que será quien decidirá si el enfermo de “corona” de una residencia puede acudir a un hospital o no, en determinados casos. Es decir, el médico de la residencia debía acudir al geriatra de enlace para hacer

¹⁶ http://static.msf.es/web/archivos/cov-19/AFF-MSF-Informe-COVID19-Residencias-BAJA.pdf?_ga=2.32727614.1625460721.1597836640-2024488889.1597836640

¹⁷ “Recomendaciones a residencias de mayores y centros sociosanitarios para el COVID-19 Versión de 5 de marzo de 2020, <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica>

¹⁸ <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/>

¹⁹ Equipo de Protección Individual.

²⁰ Declaraciones de Cintia Pascual, presidenta de CEAPs a EL MUNDO el 7 de junio

una valoración conjunta de la derivación al hospital y “según sintomatología y **el estado de las urgencias hospitalarias**”²¹. En dicho documento se incluía un listado de situaciones en que se debían aplicar estas normas²² y el anexo II llevaba el siguiente encabezamiento: “para pacientes que no responden al tratamiento conservador y tienen criterios **de exclusión** de derivación”, el título de este anexo declara de forma explícita que en los momentos más difíciles hubo descarte²³. Este tipo de actuaciones no ha sido exclusivo de la Comunidad de Madrid, y así, por ejemplo, Castilla y León²⁴ y la Comunidad Valenciana²⁵ han aplicado criterios similares, un auténtica normativa del descarte, de priorizar la denominada “utilidad social” frente a otras reglas.

Esta ha sido la situación que se ha vivido en las residencias de ancianos y dependientes y que ha ocasionado miles de muertos -el número exacto quizá no lo conozcamos nunca- y un número indeterminado de enfermos que quizá tengan secuelas irreversibles. Es momento de duelo y oración por los que se han ido y por los que continúan enfermos, también por sus familiares, pero eso no basta si no somos capaces de reconocer que como sociedad no se ha actuado con sensibilidad hacia los más débiles y se toman las medidas adecuadas.

En otras sociedades y momentos históricos a los ancianos se les valoraba por su experiencia y conocimiento. Ahora esa cultura y sabiduría de la vida parece no servir para nada. En este sentido, el papa Francisco nos dice que nuestra sociedad “ha privado a los abuelos de su voz [...]”. Les hemos quitado su

²¹ https://issuu.com/prisarevistas/docs/protocolo_actuacion_en_residencias_24_03_20/4

²² Los pacientes de residencia a los que se aplicaría esta normativa serían los que se encontrarán en: situación de final de vida subsidiarios de cuidados paliativos, con criterios de terminalidad oncológica, de enfermedades de órgano avanzada y de terminalidad neurodegenerativa (GDS de 7) Deterioro funcional severo y deterioro funcional grave más deterioro cognitivo moderado. Lo ideal sería
visita/atención en la misma residencia”

²³ La Comunidad de Madrid ha alegado que este documento fue solo un borrador y que nunca se aplicó, no obstante, la evidencia del abandono de las residencias parece poner en duda el que no se aplicara.

²⁴ https://www.ileon.com/castilla_y_leon/108365/todos-los-documentos-oficiales-que-prueban-que-la-junta-orden

²⁵ En la Comunidad Valenciana no ha habido una orden por parte de la Consellería de Sanidad en ese sentido, pero los protocolos de derivación hospitalaria de diversos departamentos de salud tienen criterios de derivación, aunque correctos profesionalmente hablando, que podrían dejar fuera a muchas de las personas residentes por los perfiles de los mismos, como nivel de demencia, enfermedades previas o la esperanza de vida menor a un año. (Informe de la CEAPs del 5 de junio)

espacio y la oportunidad de contar sus experiencias, sus historias, su vida [...], les hemos puesto a un lado y hemos perdido el bien de su sabiduría”²⁶ y continúa señalando que los abuelos deben ser “quienes inspirarán a los jóvenes a avanzar con la creatividad de la profecía. Hoy los jóvenes necesitan los sueños de los ancianos para tener esperanza, para tener un mañana”. La infravaloración de la edad ha sido una de las causas de la desatención que se ha producido durante la pandemia de las residencias; porque los muy ancianos son descartables. De ahí que, por decirlo crudamente, las residencias se hayan convertido, en muchos casos, en auténticos guetos. La circunstancia del aislamiento en que muchos de los ancianos fallecían, médicamente desatendidos por criterio exclusivo de edad, inhumanamente alejados de sus seres queridos y privados en muchos casos del confort de los auxilios espirituales de su confesión religiosa, constituye un hecho gravísimamente contrario a la dignidad de la persona humana y a la cultura de los derechos humanos que nos sirve como guía que no podemos tolerar que se repita.

ES MOMENTO DE ACTUAR

Para que eso no vuelva a pasar, en primer lugar, nuestra sociedad debe tomar conciencia de lo que significa la dignidad humana en todas las etapas de la vida y condiciones de salud o de enfermedad, y hacer de las residencias un lugar amable y bien atendido para nuestros ancianos de hoy y egoístamente también para nosotros mismos.

En España las residencias de personas mayores se consideran, de acuerdo con la legislación vigente, como establecimientos de servicios sociales, no sanitarios. De ahí que, normalmente, es la situación de dependencia la que lleva a las personas de edad avanzada a ingresar en ellas. En Madrid, por ejemplo, en la Orden 766/1993 Art. 3 b y 22 se recoge que el objetivo de la residencia es el “fomento de la normalización, entendida como el desarrollo de un estilo de vida similar al del entorno de referencia” y que “la atención sanitaria y farmacológica que se presta en las residencias es complementaria a la

²⁶ Francisco en el prefacio del libro “Francisco. La sabiduría del tiempo” del jesuita italiano Antonio Spadaro, <https://www.vaticannews.va/es/papa/news/2018-10/papa-francisco-prefacio-antonio-spadaro-publicacion-libro-a>

pública o privada que pudiera corresponderle al residente”²⁷. Al residente, durante la pandemia, le correspondía ser atendido por los medios de la atención sanitaria de Madrid, pero eso no ha pasado.

Por otra parte, la prolongación de la vida en España hace que el modelo establecido deba revisarse, como expone el Defensor del Pueblo en su informe sobre las residencias de 2019:

Otro modelo de residencias de mayores, más propiamente sociosanitario, que contara con una atención médica y de enfermería más amplia y extensa, o en el que al menos y dado el perfil muy dependiente de los residentes se aumentarían las exigencias a los centros de contar con más medios sanitarios, sería posible y quizá conveniente. Pero en España no está organizado así, de forma general, para todo el sistema de residencias²⁸.

Debemos conseguir un nuevo modelo de residencias que reconozca la situación de la vulnerabilidad de los residentes, con una mayor atención sanitaria y formación de sus cuidadores²⁹, mejores instalaciones que impidan el hacinamiento y, para ello, es preciso que el Estado dé una mayor dotación presupuestaria a ley de dependencia, que los dependientes de todo tipo y los ancianos no sean los eternos olvidados y para ello es preciso una relación sociosanitaria mucho más estrecha y la correspondiente dotación mínima de personal cualificado. En este sentido, la ONG Médicos Sin Fronteras, en su informe de agosto 2020, elaborado tras su actuación en cerca de 500 residencias durante los meses de confinamiento, recoge:

Abogamos por situar a las personas mayores en el centro de toda decisión y política pública que se desarrolle como respuesta a esta situación, para asegurar que no se repita lo sucedido, dignificar el trato y cuidados que recibe este colectivo y reforzar su autonomía como pacientes o grupo de gran vulnerabilidad³⁰.

Y aporta una serie de medidas que deberían aplicarse a la mayor brevedad por parte del gobierno central y de los autonómicos.

²⁷ Orden por la que se aprueba el reglamento de organización y funcionamiento de las residencias de ancianos que gestiona directamente el servicio regional de bienestar social, 10 de junio de 1993, <http://www.madrid.org/>

²⁸ Informe del Defensor del Pueblo, *Atención a personas mayores. Centros residenciales*. Separata del Informe anual 2019, editado en 2020.

²⁹ La mayoría de los cuidadores son mujeres, muchas de ellas inmigrantes, con una escasa formación en la atención de ancianos, que suplen con buena voluntad, y con escaso salario. Ellas y ellos también han sufrido muy especialmente esta pandemia, con un elevadísimo número de contagios, como se ha dicho en este documento, por carecer de mascarillas y otros tipos de protección

³⁰ http://static.msf.es/web/archivos/cov-19/AFF-MSF-Informe-COVID19-Residencias-BAJA.pdf?_ga=2.32727614.1625460721.1597836640-2024488889.1597836640

La necesidad de la dignificación de las residencias es precisa abordarla ya; pero no basta con esto, pues si esta fuera la única medida a medio plazo, es probable que se volviera a producir una situación de cierta dejadez como la actual. El objetivo principal de la dolorosa experiencia vivida con la pandemia debe de ser el reconocimiento de los derechos de los ciudadanos de mayor edad³¹. Para ello es preciso una mayor integración entre las diferentes edades, no discriminar en función de la fecha de nacimiento y ser conscientes de la capacidad de muchos de los mayores para decidir su modelo de vida, como puede ser permanecer en sus casas, para lo cual el acceso a los medios tecnológicos es básico.

Para reconocer realmente estos derechos es, por tanto, esencial darles voz, conocer cómo quieren que sean los últimos años de sus vidas³². En este sentido, hay que reseñar que en la mayoría de los foros en los que se analiza la situación de esta parte de la ciudadanía las personas de edad avanzada están ausentes. ¿Cuántos profesores de universidad, maestros, ingenieros, médicos, sindicalistas que han luchado por los derechos de los trabajadores, mujeres que, en épocas difíciles, han defendido la igualdad podrían participar en la definición de estos nuevos modelos? Y, sin embargo, nadie les pregunta, quizá porque no se valora su opinión.

Por tanto, los cambios a realizar deben estar centrados en la persona. Cada uno somos como somos, una edad, un género, unas capacidades, pero todos tenemos la misma dignidad y para reconocerlo hace falta eliminar de nuestras cabezas el modelo de una sociedad utilitarista, en la que la persona solo vale si es rentable desde el punto de vista de la producción de ciertos bienes, mayoritariamente materiales.

Francisco, en su mensaje de Pascua de este año tan duro que vivimos, nos recuerda: “Que estos hermanos y hermanas más débiles, [...] no se sientan solos. Procuremos que no les falten los bienes de primera necesidad [...] como

³¹ Esta pandemia ha dejado al descubierto muchos otros problemas, como la de los temporeros inmigrantes, la dificultad de muchas familias de llegar a fin de mes, la suma precariedad en la que viven muchos sin papeles, etc.

³² Para la elaboración de estas conclusiones se ha tenido en cuenta el foro organizado por el Centro de Innovación en Tecnología para el desarrollo de UPM (itdUPM), con el título “Un nuevo contrato con nuestros mayores. La transformación del modelo de protección en el Día Después” <https://www.youtube.com/watch?v=cfoKrKhB02U&feature=youtu.be>

tampoco los medicamentos y, sobre todo la posibilidad de una adecuada asistencia sanitaria”³³.

EL MOMENTO ACTUAL

Desde la Comisión Diocesana de Justicia y Paz de Madrid, no queremos terminar este documento sin hacer una llamada de atención a la necesidad de analizar exhaustivamente lo que ha ocurrido en España antes, durante y después de que se decretara el estado de alarma, no tanto para delimitar responsabilidades, que también es necesario, como para adoptar medidas y que ante una nueva oleada del Covid (en este sentido, las noticias no son muy alentadoras) o una nueva pandemia se pueda evitar tanto dolor y muerte como se ha sufrido entre marzo y junio de este año, y no solo en las residencias.

Por este motivo, nos hacemos eco del documento “The need for an independent evaluation of the COVID-19 response in Spain” publicado, el 6 de agosto en la revista The Lancet, firmada por García-Basteiro y otros diecinueve notables científicos españoles, pidiendo una evaluación integral desde una entidad independiente los sistemas de salud y asistencia social que permita identificar sus debilidades desde una entidad independiente y fortalezas, de acuerdo con lo aprendido durante estos meses³⁴. Son muchas las cuestiones que necesitan aclararse, es preciso saber por qué España ha sido más vulnerable que otros países de su entorno, y tiene en estos momentos la mayor tasa de infectados de Europa en estos momentos, y sobre ese análisis adoptar las medidas oportunas tanto a nivel médico como social. Tampoco podemos obviar que la atención residencial a la “tercera edad” constituye un nicho de lucro para la iniciativa privada, expandida en este sector en los últimos años, y ello reclama de las administraciones públicas una labor de supervisión que asegure la calidad asistencial y el buen trato que merecen nuestros mayores.

³³ <http://www.vatican.va/content/francesco/es/messages/urbi>

³⁴ We are calling for an independent and impartial evaluation by a panel of international and national experts, focusing on the activities of the Central Government and of the governments of the 17 autonomous communities. This evaluation must include three areas: governance and decision making, scientific and technical advice, and operational capacity. Moreover, the social and economic circumstances that have contributed to making Spain more vulnerable, including rising inequalities, must be considered.
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931713-X>

No podemos dar marcha atrás a la “moviola” del tiempo. Seguramente todos habríamos actuado en algunos sentidos de manera muy diferente. No podemos devolver la vida de los que marcharon junto al Padre Eterno. Pero sí les debemos enmendar nuestros yerros. Se lo debemos a los que han fallecido y a los que, entre nosotros, Dios quiera por muchos años, merecen nuestro cariño, nuestro respeto y no repetir los errores fatales cometidos. Hoy, como ayer y como siempre: “Álzate ante las canas y honra al anciano. Teme a tu Dios” (Lv 19, 32).