

## RESIDENCIAS DE MAYORES Y COVID-19

**GERARDO HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y M<sup>a</sup> CARMEN MELÉNDEZ ARIAS**

---

Doctor en CC. PP. y Sociología y miembro de la AMS y Doctora en Derecho y Abogada.

Es posible que al publicarse este artículo en el mes de septiembre haya perdido inmediatez, pero consideramos que no ha de perder, forzosamente, actualidad puesto que la realidad aquí tratada sigue vigente y la ancianidad, la dependencia y el recurso socio-sanitario de las residencias de ancianos no se ha extinguido con la evolución de la epidemia del coronavirus desde su aparición a finales del año pasado hasta el momento presente

Con la irrupción en nuestras vidas del COVID-19, que ha atacado principalmente a las personas mayores, ha salido a la luz el tema de la situación de las residencias de ancianos, que todos conocemos pero que parece que queremos dejar un poco camuflado porque, afrontarlo con decisión, puede resultar incómodo para nuestras conciencias. Y, frecuentemente, miramos hacia otro lado.

Sabemos que este tipo de enfermedades, como la conocida como coronavirus, atacan principalmente a los individuos de más edad que, además, solemos adolecer de otras patologías que contribuyen a agravar el mal y precipitar el desenlace y por esa razón somos más vulnerables. Pero una cosa es ser conscientes de las posibilidades de contraer la enfermedad y de fallecer a causa de la misma y de sus complicaciones y otra muy distinta es constatar que hay circunstancias en las que ese final se puede producir en condiciones no deseables.

Es cierto, que en nuestra sociedad se han eliminado, trastocado o pervertido una serie de valores. Los mayores somos conscientes –y generalmente entendemos que debe de ser así– de que nuestros hijos ya no son «el sostén de nuestra vejez». Al contrario, frecuentemente y en la realidad presente son los mayores los que ayudan y sostienen a sus hijos mediante aportaciones económicas o auxilios asistenciales con los nietos. Hemos pasado de ser «abuelos golondrinas» a ser «abuelos canguro» debido a que, también frecuentemente, nuestros hijos y sus cónyuges desempeñan trabajos extra domésticos que dificultan la posibilidad de ocuparse del cuidado de sus hijos, nuestros nietos. Unas veces por necesidades reales y otras por necesidades creadas y el deseo de llevar un determinado tipo de vida.

El gran número de mayores fallecidos en residencias es una realidad que requiere un profundo estudio en sus causas y efectos, al objeto de replantearnos las medidas a aplicar que impidan en el futuro la repetición de esa situación.

Sin embargo, no hemos de caer en demagogias ni rasgarnos hipócritamente las vestiduras, porque lo primero que debemos de dejar claro es que las residencias de mayores, por principio, no son centros hospitalarios sino residenciales. Son las viviendas (casi siempre la última) de unas personas que, por edad o por dependencia, requieren de unos servicios y de un tipo de atención que no siempre es dado faci-

litársela en el que ha sido su domicilio o en el de otras personas allegadas, como pueden ser sus descendientes. Y que, muchas veces, debido al deterioro físico o mental de los mayores, que los descendientes no pueden atender con la profesionalidad que el caso requiere, las residencias son la única solución viable, la mejor o la menos mala.

A nivel administrativo, las residencias de mayores no se consideran centros sanitarios y no están integrados en los sistemas sanitarios autonómicos. Se trata de centros socio-sanitarios o centros de servicios sociales, al igual que lo son los centros para personas con discapacidad.

En nuestro país, las competencias en materia de servicios sociales son una de las competencias transferidas a las Comunidades al amparo del artículo 148 de la Constitución.

Pero esto es una cosa y otra bien distinta es que haya residencias que no reúnan las condiciones necesarias y adecuadas para que la vida en las mismas sea lo más grata (o lo menos ingrata) posible.

Debido a ese carácter residencial más que hospitalario, muchos de estos centros no siempre han dispuesto de una asistencia médica permanente ni de unas instalaciones sanitarias para prestar esa asistencia a los residentes.

Lo más habitual ha sido que un médico o un ATS o profesional de enfermería pasen visitas periódicas a los residentes o acudan en caso de urgencia para hacer el diagnóstico, prescribir el tratamiento y, si el caso lo requiere, disponer el traslado del anciano enfermo a un hospital donde sea atendido por los profesionales correspondientes y con los medios adecuados. Y una vez que se supera la crisis, el anciano regresa a la residencia que, como decimos, es su nuevo domicilio.

Pero ha llegado el COVID-19 y algunos de estos conceptos y de esto usos han experimentado una convulsión descomunal.

Ante la ocupación de los centros hospitalarios, de las habitaciones normales y de las UCIs por parte de los miles de enfermos infectados por el virus en sus casas y trasladados a estos hospitales, cuando el afectado era un anciano que vivía en una residencia, se trataba de darle la atención requerida en la misma, aun sin disponer de los medios y recursos adecuados y sin que los profesionales que en las mismas trabajan supieran o pudieran hacer frente al mal debido al desconocimiento que de él se tenía, de su naturaleza, de su sintomatología y de sus manifestaciones y consecuencias.

Asimismo, y según parece, ante el aluvión de enfermos, en ciertos momentos se practicó el triaje seleccionando en función de la edad, de las patologías previas padecidas por el enfermo o, incluso de la esperanza de vida. Y también, según se ha llegado a difundir en determinados medios de comunicación, ha habido lugares en España, como, por ejemplo, en Cataluña donde, en un protocolo de los Servicios Sociales de la Generalitat, se condicionaba la admisión en el hospital a superar o no una cierta edad y a las probabilidades de supervivencia.

En cualquier caso, y en relación con lo ocurrido en España, es menester recordar que el Gobierno, al declarar el estado de alarma, estableció el mando único y que

el responsable de las residencias a nivel nacional, era el Vicepresidente Segundo y Ministro de Derechos Sociales y para la Agenda 2030, Pablo Iglesias Turrión y que, a diferencia de lo ocurrido con otros aspectos derivados de la aplicación del estado de alarma, se encomendó a las Comunidades Autónomas y se las responsabilizó de lo concerniente a las residencias de ancianos ya que desde el citado Ministerio se debían de coordinar los fondos extraordinarios para la contratación de personal y la compra de equipos de protección (EPI) para centros sociosanitarios que se aprobaron en marzo, pero las competencias sobre las residencias, como queda dicho, correspondieron a las Comunidades Autónomas. No existe constancia de que, durante la vigencia del estado de alarma, el titular de este Ministerio visitara ninguna residencia de mayores.

Tras varias peticiones de ayuda, de cartas sin contestación, de llamadas casi de socorro a lo largo de varias semanas, en mitad de la pandemia del COVID-19 que se cebó con los mayores, el Secretario de Estado de Derechos Sociales, Nacho Álvarez, *número dos* de Pablo Iglesias, se reunió el 13 de mayo con el Círculo Empresarial de Atención a las Personas (CEAPs), que habían solicitado más coordinación y financiación sin, al parecer, ningún resultado positivo.

El documento de recomendaciones UCI y COVID-19 que elaboró el Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (Semicyuc) y cuyo contenido habían consensuado con la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) rezaba literalmente: «Admitir un ingreso puede implicar denegar otro a otra persona que puede beneficiarse más, de forma que hay que evitar el criterio primero en llegar, primero en ingresar». Se trataba de sociedades médicas que representan a internistas e intensivistas, dos de los especialistas que estaban en primera línea de combate en la lucha contra la infección.

Ante situaciones de crisis como la que vivió España con el COVID-19 y en un contexto de recursos limitados, las personas con más posibilidades de sobrevivir debían tener prioridad para ser ingresadas en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

En el caso de Madrid, el día 4 de junio, y ante la información difundida de que se habían cursado instrucciones a los hospitales para que pusieran límite a la admisión de pacientes procedentes de las residencias de mayores, el Consejero de Sanidad reconoció la existencia de un protocolo, aunque dijo que era un «borrador» que en algunos medios de comunicación se publicó y que había sido «enviado por error a principios de marzo a los centros sociosanitarios», asegurando que había habido hasta seis versiones o borradores de dicho protocolo.

Los protocolos definitivos de actuación en residencias se enviaron el 25 de marzo a los centros socio-sanitarios, contando con el consenso de todos los coordinadores de Geriátrica de los hospitales de la red pública, según el Consejero, y en los mismos se especificaba «claramente» que «se valorará individualmente cada caso con criterio clínico, para el traslado a un hospital de los casos de residentes con enfermedad terminal, que se encuentren en cuidados paliativos y alto grado de fragilidad».

Según el documento divulgado por algún medio de comunicación, se derivaría a los pacientes que tuvieran insuficiencia respiratoria y fueran «independen-

dientes para la marcha» y «sin deterioro cognitivo», sin «comorbilidad asociada en fase avanzada».

El día 5 de junio, la presidenta del Círculo Empresarial de Atención a Personas(CEAPS), informó en el Congreso de los Diputados lo vivido en los anteriores tres meses de pandemia por coronavirus que, a su juicio, se podía resumir en que los mayores perdieron su «derecho a una sanidad universal» cuando se decidió que estas personas no abandonaran las residencias de ancianos para su traslado al hospital durante la pandemia como consecuencia del colapso sanitario.

En su comparecencia ante la Cámara baja describió la «soledad» con la que las residencias de mayores afrontaron la crisis generada por el COVID-19 relatando cómo llegó a llamar a «casi todos los gabinetes de ministros» del país para pedir ayuda y en donde, según manifestó, sólo vio «reproches entre comunidades autónomas y partidos.

La Comunidad de Madrid, Cataluña, Castilla y León y la Comunidad Valenciana fueron las regiones más restrictivas a la hora de trasladar a ancianos enfermos de COVID-19 de residencias a hospitales. Pese a que la polémica está centrada en la Administración madrileña, todas las autonomías tenían algún tipo de protocolo de actuación. Para CEAPS, la patronal de las residencias, las cuatro comunidades antes mencionadas incurrieron en mala praxis, porque en sus instrucciones figuraba directamente que no se diera traslado a los hospitales a los internos con muy mal pronóstico o a quienes presentaran deterioro funcional o cognitivo.

Pero esto no ha ocurrido sólo en España. Valga como referencia el caso de un político italiano, Mario Sberna, que denunció las condiciones del hospital en el que estuvo ingresado: «Estábamos 30 enfermos en la lavandería del hospital de Brescia, sin comida ni mantas y con un baño para todos. Me he salvado gracias a la bombona de oxígeno que le quitaron a un hombre de Mantova de 84 años para dármela a mí, había sólo tres bombonas de oxígeno».

En Francia, el porcentaje de ancianos fallecidos, procedentes de residencias, fue del 48%, en Noruega del 52% y del 72% en Canadá. Y en el Reino Unido se hablaba de centenares de ancianos fallecidos en soledad en sus domicilios.

En cualquier caso, la realidad es que, de un total de 27.127 fallecidos en España al día uno de junio de 2020, según datos del Ministerio de Sanidad, 19.233 fueron ancianos fallecidos en residencias. Un porcentaje del 70,9% del total notificado oficialmente por dicho Ministerio, el cual elevó hasta 28.403 el número de fallecidos al día 10 de julio. Esta cifra no incluía los decesos de las residencias ni aquellos que tuvieron síntomas compatibles con la Covid-19 pero no contaron con prueba diagnóstica.

Sin embargo, el día 7 de julio, Sanidad calculaba que en las residencias habían muerto entre 27.359 y 32.843 personas por COVID-19. De esas 27.359 muertes que reconoce el Ministerio en el documento presentado a las CC.AA., sólo 18.833 tendrían una vinculación directa con el virus. Así, 9.003 se habrían producido por coronavirus y otras 9.830 serían muertes con sintomatología compatible con COVID-19 pero sin confirmación de diagnóstico de coronavirus. Pese a ello, admite que no dispone de datos fiables de las CC.AA.

No obstante, la cifra total de fallecidos, según la Asociación de Profesionales de Servicios Funerarios, ascendía del 14 de marzo al 25 de mayo a 43.985, el INE las situaba en 43.945, para el Instituto Carlos III era de 43.366 y, conforme a los datos de las Comunidades Autónomas, se alcanzaron las 43.748 defunciones a causa del COVID-19.

Desde que comenzó la pandemia, de las 5.457 residencias de ancianos existentes en España, –ya sean públicas, concertadas o privadas– las 710 de la Comunidad de Madrid sumaron 5.975 fallecidos con coronavirus o sintomatología. Es decir, un 74% de los 8.079 ancianos fallecidos por todas las causas en esa Comunidad y el 75,5% de los 7.909 muertos en estos centros por cualquier causa en el mismo período. Es la cifra de usuarios de residencias fallecidos remitidas al Ministerio de Sanidad, desde el 8 de marzo a principios de junio.

Los fallecidos con coronavirus en residencias de Cataluña desde el 15 de marzo se elevaron a 3.965, lo que suponía el 71 % del total de los 5.587 mayores fallecidos en la Comunidad, según el registro de las funerarias regionales. En la región catalana, había un total de 64.093 personas mayores que vivían en alguna de las 1.073 residencias de esa Comunidad, ya sea pública o privada y el Departamento de Salud informó de que, hasta los primeros días de junio, eran 13.938 las personas diagnosticadas de coronavirus en geriátricos.

En Castilla-La Mancha fallecieron 2.945 mayores de los que 2.452 (83,3%) lo fueron en residencias. Y en Aragón, de 826 ancianos fallecidos, un 88,3%, es decir 729 murieron también en residencias.

Estas cifras se derivan de los datos proporcionados por las Comunidades Autónomas y que el gobierno de Pedro Sánchez aún no había dado a conocer de forma oficial a finales del mes de mayo.

El debate sobre las derivaciones de ancianos desde las residencias a los hospitales durante la pandemia del coronavirus tuvo su repercusión en la sociedad y en la política y los geriatras, preocupados y dolidos por la acusación de abandono, salieron en defensa de su trabajo negando con datos cualitativos y cuantitativos que se prohibieran los traslados de ancianos de forma generalizada.

Según el Presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, en la Comunidad de Madrid, desde el 1 de marzo hasta el 5 de junio, se produjeron 10.300 derivaciones de las residencias a los hospitales y en pleno pico, el 6 de abril, se llegaron a efectuar 206, asegurando que «se había analizado individualmente cada caso» y que cuando los ancianos no ingresaron en un hospital «no era por no tratarles, sino porque el traslado era peor que dejarles en su residencia» y que teniendo en cuenta que «el coronavirus no tenía aún un tratamiento curativo», la cuestión «era decidir dónde se les trataba».

Por ejemplo, el Hospital Universitario La Paz, en Madrid, fue uno de los hospitales madrileños con una «mayor presión» asistencial en los días en que la virulencia de la pandemia del COVID-19 era más acusada y llegó a realizar consultas clínicas de Geriatria a más de 1.100 personas alojadas en residencias de mayores y en 550 de estos casos se decidió, conjuntamente, la derivación inmediata al hospital.

Es de justicia recordar que un informe de la Fundación IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad) reveló que en los hospitales privados se asistió, en los meses de mayor impacto, al 20% de los pacientes infectados por coronavirus.

En cualquier caso, hay que destacar que el Ministerio de Sanidad el 25 de mayo, respecto a las defunciones, rebajó la cifra en casi 2.000 porque «se han descartado casos (y muertes) que eran sospechosos, pero no confirmados» por PCR.

Frente a esta situación, al menos 12 juzgados investigaron las muertes en residencias de mayores con diligencias penales y civiles impulsadas por el Ministerio Público «con ocasión de incidencias socio-sanitarias provocadas por la COVID-19».

Al margen de estas investigaciones en curso en el mes de junio, diversos medios señalaban que las diferentes fiscalías mantenían abiertas al menos 190 diligencias civiles y 171 penales en relación con la gestión de la crisis del coronavirus en las residencias.

Madrid es la comunidad autónoma que acumula más procedimientos (87 al 10 de junio), seguida de Cataluña, con menos de la mitad de diligencias abiertas (32), Castilla y León (20) y Castilla-La Mancha (18).

También, un grupo de abogados de toda España, en nombre de 3.000 familiares de fallecidos con coronavirus, han presentado una querrela contra el Gobierno ante el Tribunal Supremo por un posible delito de homicidio imprudente en la gestión de la pandemia.

Las consecuencias de lo ocurrido requerirán de nuevas leyes para dar respuesta eficaz al reto que supone la recuperación de una tragedia. En todo este proceso debemos tener muy en cuenta los principios que queremos como rectores de nuestra sociedad.

En la crisis del COVID-19, en la mayoría de los casos no se realizó prueba que justifique la enfermedad como causa de la muerte, en otros no se ha dejado constancia en el certificado de defunción, y en casi ninguno se ha practicado necropsia, incinerando el cuerpo y eliminando toda posibilidad de prueba a posteriori al no existir restos que analizar.

Todo esto dificultará o hará imposible la depuración de responsabilidades en algunos supuestos, en los que no conste expresamente en el certificado de defunción como causa del fallecimiento el COVID-19.

En cualquier caso, entre el usuario y la residencia existe una relación contractual, en virtud del contrato asistencial o de prestación de servicios suscrito por ambas partes en el momento del ingreso.

Normalmente no se presta la atención debida al contenido del citado documento, ignorando el alcance y significado de las estipulaciones que, en definitiva, definen el régimen de derechos y obligaciones al que se someten el residente y la entidad durante la estancia de aquel en el centro.

Lo primero que tendremos en cuenta al plantear una reclamación es la titularidad de la residencia. Si es privada el cauce para proceder es una demanda contra el

titular o empresa explotadora ejercitando una acción civil de responsabilidad del artículo 1089, siguientes y concordantes del Código Civil.

Los hechos acaecidos han supuesto un auténtico revulsivo para muchas conciencias que, a partir de ese momento, han modificado la dirección de su mirada para fijarse en lo que ha ocurrido en las residencias de mayores.

Durante los momentos más duros de la pandemia ya era previsible que la misma trajera un nuevo aluvión de casos pasados unos pocos meses o que no se fuera definitivamente de entre nosotros. Y ante estas contingencias hay que prepararse en todos los terrenos: sanitario, económico, social, etc. Y uno de los frentes en los cuales ha de fijarse preferentemente la atención, ya que las perspectivas de que se repita el fenómeno son notables, son las residencias de ancianos. El virus no puede encontrar, otra vez, con la guardia baja.

Esta reflexión nos conduce, indefectiblemente a adoptar resoluciones firmes en donde se puedan volver a producir mayoritariamente los focos de contagio y, consecuentemente, las defunciones. Y uno de estos focos, como ya queda dicho, son las residencias de mayores.

La cuestión estriba en cómo podemos explicar que los mayores hayan fallecido en las residencias, habiéndoles sido negado, en determinados casos, el ingreso hospitalario, el tratamiento adecuado, y más aún las atenciones necesarias para atenuar el dolor, a lo que se añade la soledad y la carencia total de acompañamiento familiar y casi del espiritual.

En definitiva, por éstas y otras razones semejantes, hay que ir hacia una especialización rigurosa en las residencias para que cumplan, perfectamente, el doble cometido social y sanitario.

Por consiguiente, para esa perspectiva más o menos inmediata y para el futuro, es menester cambiar la filosofía, el estilo y las características de las residencias de mayores estableciendo en las mismas unas dependencias sanitarias estables en las que preste servicio lo más permanentemente posible el personal sanitario adecuado.

Las entidades afirman que son centros asistenciales no sanitarios y que se les negaron todos los medios necesarios. Pues bien, lo procedente hubiera sido poner esos hechos en conocimiento del ministerio fiscal, en tiempo real no a toro pasado, cuando parece más una excusa para eludir la responsabilidad de lo sucedido o el desconocimiento de los procedimientos a seguir.

Recordemos que la función del fiscal es la protección del bien jurídico más débil y en consecuencia más necesitado de protección, en el asunto que nos ocupa: las personas mayores institucionalizadas en una residencia.

En todo caso, e independientemente de que se lleven a cabo las investigaciones procedentes y de que se sustancien los procesos incoados, en la práctica real es preciso que se pueda prestar asistencia hospitalaria a los mayores enfermos en la misma residencia, dotada de los recursos materiales adecuados: habitaciones medicalizadas, quirófanos, UCIs, etc. y personales: médicos, geriatras, ATS, fisioterapeutas, etc.

Es necesario un aumento del número de enfermeras en las residencias de mayores y formar a los trabajadores de estos centros en prevención y control de la COVID-19 y en el uso de EPI (Equipos de Protección Individual) son las recomendaciones incluidas en la campaña que, en plena epidemia, propuso el Consejo General de Enfermería para la desescalada en España.

El personal que hasta la actualidad ha venido prestando sus servicios en estas residencias, constituido principalmente por psicólogos, terapeutas ocupacionales, auxiliares de gerontología, trabajadores sociales, educadores sociales... desempeñan, generalmente, una labor abnegada, eficaz, amable en el trato y altamente responsable, aunque también se han detectado lamentables excepciones. Pero encomendarles a ellos los cometidos, responsabilidades y conocimientos propios del personal sanitario antes mencionado, no es oportuno ni adecuado.

Que no sea preciso el traslado del anciano enfermo a otro centro, con los riesgos que ello puede conllevar, salvo en casos de una excepcionalidad extrema y porque, evidentemente, una residencia, por bien dotada que esté, no puede disponer de todos los recursos, para todas las especialidades propias de un macro hospital, como ocurre también en algunas clínicas y sanatorios u hospitales.

Que las administraciones públicas, de quienes dependa la competencia en materia de residencias de ancianos ya sean estatales, autonómicas o municipales, asuman plenamente sus responsabilidades en el ámbito de lo público, no se entretengan en inculpar a las demás de los fallos o errores y ejerzan con rigor y dedicación su labor inspectora y, en su caso, sancionadora para con las residencias públicas y del ámbito privado y concertado que conciban esta actividad más como un negocio que como un servicio público dedicado a las personas más vulnerables y que han empleado su vida anterior en el trabajo y en la consecución del mejor nivel de vida para sus familias y para la sociedad a la que pertenecen. El nivel de vida alcanzado o el desarrollo conseguido en una sociedad como la nuestra se debe, precisamente, a los que han aportado su trabajo y su sacrificio y han llegado, en ese empeño, a estas edades o se han quedado por el camino.

Y, finalmente y por supuesto, que no se vuelvan a repetir, o tengan la menor incidencia posible, esas muertes en la soledad más absoluta, sin posibilidades de la proximidad de un familiar de quien despedirse, esas incineraciones lejos del lugar del fallecimiento y de los familiares, esos desconocimientos de dónde se encuentran los restos y cuándo se van a poder recibir, esas muertes de tantas personas que se van sin poder sentir una mano sobre la suya, aunque puedan cumplir esta función admirablemente los capellanes o los profesionales de la residencia. Pero no es lo mismo.

En estas circunstancias no sabemos si se han podido cumplir con exactitud determinadas normas legales al respecto, aunque, de hecho, en algunas residencias de mayores existe una sección de instrucciones previas o voluntades anticipadas, como lo establecido por la Ley 41 de 14 de noviembre de 2012, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica en su artículo 11º, en virtud del cual «una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y tratamiento de salud o una



vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo».

En este documento se disponen todos los extremos relativos a la salud, la donación de órganos, el destino del cuerpo para la investigación, detalles de las exequias y funerales, además de la atención personal como el deseo de permanecer en el domicilio o en un centro residencial concreto, facilitando así el trámite desagradable del ingreso involuntario.

Por su parte, el artículo 239 del Código Civil establece la figura del desamparo de los mayores de edad, cuando no gozando de facultades para cuidar de uno mismo y gestionar los asuntos propios, es necesaria la atención de otras personas para vivir con dignidad, previendo la asunción de la tutela por la entidad pública competente en el territorio correspondiente en el supuesto de que no existan familiares o no sean idóneos.

El precepto es de 2003, y el espíritu del legislador es evitar el abandono de los mayores vulnerables, para lo cual la administración competente, si no hubiera otra opción asumirá automáticamente su tutela.

En la normativa aprobada en el Consejo de Ministros del día 9 de junio, se estableció que «los centros residenciales de personas mayores deberán estar coordinados con los centros de recursos sanitarios de cada territorio, que tendrán que establecer planes de contingencia para las actuaciones necesarias para hacer frente a posibles rebrotes del COVID-19».

Una alegación de los posibles responsables, puede ser que la crisis del COVID-19 es un caso fortuito, es decir, un hecho que no ha podido preverse, o que de haberse previsto hubiera sido inevitable, o de fuerza mayor, circunstancia imprevista o inevitable, que conlleva la alteración de las condiciones haciendo imposible el cumplimiento de una obligación, en este caso la atención que requería la salud de los mayores.

Argumento insostenible si tenemos en cuenta que la pandemia arrancó en términos estadísticos el 2 de marzo de 2020 en el que se alcanzaron los cien positivos. El 30 de enero Recomendaciones de la OMS Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea, advertían de la gravedad y sugerían acciones concretas que no se tomaron hasta mediado el mes de marzo. En la misma fecha, 30 de enero, la OMS declaró emergencia sanitaria global, y el 24 de febrero instó a prepararse para una pandemia, concluyendo el 28 de febrero elevando a muy alto riesgo el coronavirus, y a pandemia global el 11 de marzo.

El ejecutivo toma las primeras medidas en 12 de marzo, cuando ya las habían adoptado la Comunidad de Madrid, Álava y La Rioja. La expansión incontrolada del virus ha convertido a España en uno de los países con más fallecidos del mundo. Y entre los más afectados son los mayores.

La pérdida de nuestros mayores en un casi absoluto abandono nos obliga a reflexionar y replantearnos los principios y los valores que queremos para nuestra sociedad postmoderna. Dicen «*que nadie quede atrás*» en esta crisis, atrás con su silencio quedan los muertos, de los vivos depende que no sea así, nuestra Dignidad está en juego.