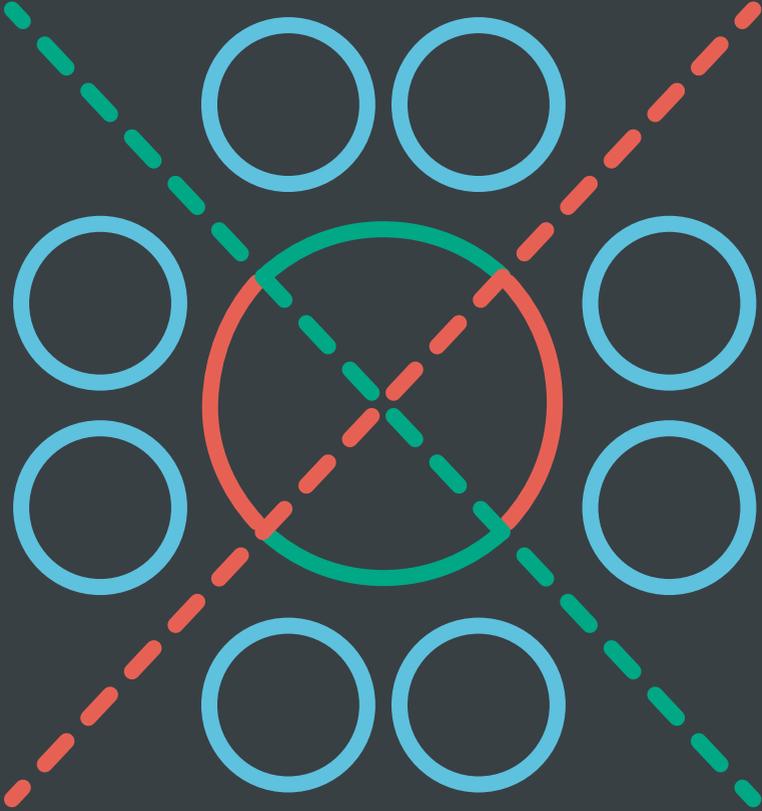


Reflexiones COVID-19:
aprendizajes para una nueva era



escuela de pensamiento
FUNDACIÓN MUTUALIDAD ABOGACÍA

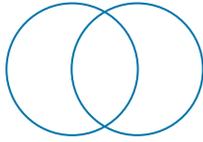
ISBN: 978-84-09-24782-0

Fundación Mutualidad Abogacía

Serrano, 9, Madrid, 28001, Madrid

1ª Edición, 15 de Septiembre 2020

www.fundacionmutualidadabogacia.org



Todo lo que ha venido ocurriendo durante la pandemia de coronavirus ha sido objeto de numerosos artículos de opinión y reflexión, muchas veces acelerada y urgente y, por ello, no siempre bien orientada. Sin embargo, lo que recogemos en este breve volumen es una recopilación de artículos que abordan esta realidad, emergente y disruptiva, con luz larga y mirada crítica. Porque hay realidades que se resisten a un análisis coyuntural de validez fugaz y poca o ninguna profundidad.

Por eso lo que hoy ponemos en tus manos, lector, lectora, trata de ir más allá y poner el foco en aspectos que merecen lectura reposada. La recopilación de artículos que recoge este ebook pretende abrir puertas a una reflexión colectiva. Para que las soluciones que puedan aportarse en el futuro sean fruto de un compromiso de todos con la búsqueda de respuestas éticas, aceptables y realistas.

También nosotros, desde la Fundación Mutualidad de la Abogacía, creemos que es nuestra obligación contribuir a esa tarea colectiva de construir la vida post COVID. Esta pandemia ha azotado la sociedad, la

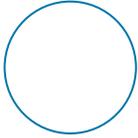
economía, la educación, y por supuesto, la salud. Especialmente la de los más vulnerables. Nuestras conciencias se han visto sacudidas inevitablemente por cómo ha afectado la enfermedad y sus consecuencias a las personas mayores. Y no olvidemos que nuestra Escuela de Pensamiento está centrada en orientar hacia la preparación de una ancianidad digna, equitativa, saludable, independiente. Si algo nos ha dado esta pandemia ha sido un golpe de realidad que nos obliga a reflexionar profundamente, quizá no tanto para dar respuestas como para hacer las preguntas adecuadas.

Una pregunta nunca es signo de ignorancia, sino más bien el primer paso hacia el conocimiento. Esperamos que este libro logre despejar algunas dudas, pero, sobre todo, abrir el camino a una necesaria puesta en cuestión de todo cuanto debe ser deconstruido, repensado y reconstruido de otra manera para que la sociedad que viene sea mejor, más humana, compasiva y solidaria, más centrada en las personas y en su dignidad, su felicidad y su bienestar.

Enrique Sanz Fernández-Lomana 
Presidente Mutualidad de la Abogacía



Reflexiones COVID-19:
aprendizajes para una nueva era



PRÓLOGO

Desde la Escuela de Pensamiento Economía del Envejecimiento de Fundación Mutualidad Abogacía observando en sus inicios la magnitud que podría alcanzar la pandemia originada por el coronavirus, consideramos que era necesario abordar las consecuencias de la enfermedad en dimensiones clave como son la sanitaria, económica y social.

Con el fin de obtener una visión completa, hemos solicitado la colaboración de nuestros especialistas, algunos miembros de nuestro Consejo Científico y algunos colaboradores, que nos aportaran su capacidad de discernir los efectos de la pandemia a través de sus distintos campos de conocimiento. Y todo ello con la dificultad o desafío de realizar un análisis crítico cuando la pandemia estaba en plena de fase de expansión primero y de control después. Hay que tener en cuenta que para un académico no tener la capacidad de tomar distancia temporal para una reflexión sosegada le supone una cierta dificultad.

Los diferentes artículos de este *e-book* se han publicado en la web de la Escuela de Pensamiento en la sección creada para ello “Especial Coronavirus” a razón de uno a la semana. La línea editorial se fundamenta en lecciones aprendidas o por aprender en la pandemia que nos deben conducir a una sociedad más justa y solidaria con los ancianos, los perdedores de esta calamidad.

La magnífica acogida recibida de esta iniciativa por parte de los lectores y que ha sido inédita en instituciones similares, nos ha animado a compilar todas las aportaciones en este *e-book* que esperamos cumpla con el propósito de aportar elementos de análisis para comprender la sociedad post-covid y rendir el homenaje debido a los fallecidos y fallecidas por la enfermedad y aquellos profesionales que han contribuido con su dedicación en ocasiones heroica a salvar la vida de los afectados y facilitar la vida en el proceso de confinamiento.

Dr. Dr. José Miguel Rodríguez-Pardo
Profesor y Coordinador Académico MCAF UC3M
Presidente Escuela de Pensamiento Fundación
Mutualidad Abogacía

Dr. Fernando Ariza Rodríguez  
Director General Adjunto Mutualidad de la Abogacía
Director Escuela de Pensamiento Fundación
Mutualidad Abogacía

ÍNDICE

Consideraciones acerca de la sobremortalidad por coronavirus en España Dr. Dr. José Miguel Rodríguez-Pardo Dr. Fernando Ariza Rodríguez	10
Edadismo, peligroso efecto secundario del coronavirus Dr. Dr. José Miguel Rodríguez-Pardo	26
La pandemia de la COVID-19: sus problemas jurídico-sanitarios Dr. Dr. Carlos María Romeo Casabona	32
Las personas mayores en España y el coronavirus Dr. Juan Manuel Martínez Gómez	39
COVID-19: ¿por qué su impacto en las personas de edad avanzada? Dr. Antonio López Farré	44

● SALUD Y MEDICINA

● ECONOMÍA, CIENCIAS SOCIALES, JURÍDICAS Y HUMANIDAD

Los datos y la COVID-19:
¿de qué puedo fiarme?
Dra. María Luz Durban Reguera 52

El resistir de los más vulnerables
Pachi Fernández García
José Ángel Palacios Merino 58

Ser, estar y servir:
una abogacía comprometida
Dra. Victoria Ortega Benito 65

¿Influirá la COVID-19 en la edad
biológica de la personas?
Dr. Antonio López Farré 75

Economía del Envejecimiento en
la época del coronavirus
Dr. Dr. José Miguel Rodríguez-Pardo
Dr. Fernando Ariza Rodríguez 78

El futuro del sector asegurador
en la era postCovid
Dr. Fernando Ariza Rodríguez 94

Hacer frente al edadismo
Albert Jané 98

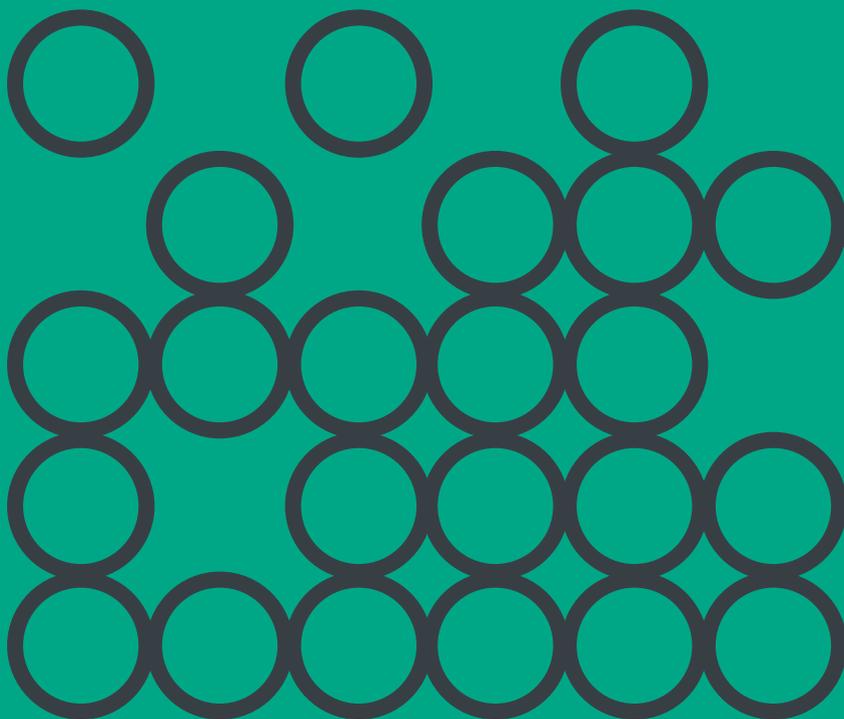
● SALUD Y MEDICINA

● ECONOMÍA, CIENCIAS SOCIALES, JURÍDICAS Y HUMANIDAD

**Dr. Dr. José Miguel
Rodríguez-Pardo**

**Dr. Fernando Ariza
Rodríguez**

Consideraciones
acerca de la
sobremortalidad por
coronavirus en España



Dr. Dr. José Miguel Rodríguez-Pardo

Profesor y Coordinador Académico MCAF UC3M

Presidente Escuela de Pensamiento Fundación Mutualidad Abogacía

Dr. Fernando Ariza Rodríguez  

Director General Adjunto Mutualidad de la Abogacía

Director Escuela de Pensamiento Fundación Mutualidad Abogacía

● SALUD Y MEDICINA



Llegar a conocer el impacto real que ha tenido la pandemia de Coronavirus en España sobre la mortalidad puede resultar una tarea cuanto menos difícil de conseguir. Y es que la falta de información veraz y los distintos sesgos nos han impedido en muchas ocasiones identificar con claridad el número de casos reales, así como la letalidad de la pandemia en condiciones de atención médica no catastrófica. En consecuencia, esta situación y la falta de recursos materiales y humanos en los peores momentos de la pandemia ha incrementado la mortalidad por cualquier otra causa.

Sin embargo, y a pesar de las dificultades, debemos al menos tratar de aproximar la cuantía y diseccionar al menos por edad-género la sobremortalidad real de la pandemia en la población española, aislándola de la mortalidad ordinaria esperada.

LOS DATOS DIARIOS DE FALLECIDOS POR LA PANDEMIA

Los datos que facilita diariamente el Ministerio de Sanidad de fallecidos por coronavirus deben tomarse con cierta cautela a los

efectos de conocer el impacto real de la pandemia, pues las cifras publicadas contienen algunos sesgos que a continuación analizamos con detalle:

- Los retrasos en la información que facilitan los registros civiles y que presentan algún sesgo en los registros diarios.
- Los fallecidos en el mes de marzo sólo se refieren a personas que se han sometido previamente a un test.
- Las personas fallecidas en residencias de ancianos y en domicilios sin haberse sometido a un test, aunque hubiera cuadro clínico compatible con coronavirus, no están incluidos en el registro de fallecidos. A fecha de publicación de este artículo, alguna estimación sostiene que el número real de fallecidos habría que incrementarlos en unas 10.000 personas por este concepto.
- El debate de cuál es la causa real fallecimiento en relación a la registrada se está produciendo a nivel internacional y no está aún resuelto, pues en casos de personas con comorbilidades severas o incluso en estado terminal, en el registro oficial de fallecimiento puede figurar bien la causa primaria de padecimiento previo a la infección o al contrario aparecer el coronavirus como causa principal. Es decir, el médico que certifica el fallecimiento debe valorar si este es por coronavirus o con coronavirus.
- En determinadas comunidades autónomas, y en los peores momentos de la pandemia, se ha practicado la llamada medicina de catástrofe, cuestión que ha incrementado la mortalidad sobre todo en las edades avanzadas, situación que no se ha producido en otros territorios donde la pandemia no ha actuado con tanta intensidad. Por tanto,

se ha producido una sobremortalidad por sesgo de edad que ha sobre-expresado la letalidad del virus; un sesgo que debemos acotar en el tiempo hasta el 2 de abril de 2020, momento en el que el Ministerio de Sanidad revisa el protocolo de actuación médica e impide la limitación a los recursos sanitarios por razón sólo de la edad.

LA IMPOSIBILIDAD DE PODER COMPARAR CON DATOS INTERNACIONALES

Realizar una comparación de la mortalidad del virus entre países o regiones es una cuestión que no va a ser posible debido a la falta de homogeneidad de los criterios en el conteo de cifras de fallecidos.

Los datos facilitados por la web más seguida en el mundo coronavirus.app, en la que se puede consultar la incidencia y mortalidad de cada país y región del planeta, deben tomarse con cautela a la hora de realizar comparaciones. Así por ejemplo, si bien para el caso de España los sesgos y deficiencias expuestos en el punto anterior ya de por sí impiden comparación alguna, otros casos como es el de Francia, al menos durante el mes de marzo, tampoco contabilizaban los fallecidos extrahospitalarios. Otro caso particular es el de Alemania, cuya baja tasa de mortalidad viene en parte explicada por la asignación habitual de la causa de muerte a la de la morbilidad principal y no al coronavirus.

Por otro lado, los criterios de acceso universal o a colectivos de alto riesgo a los test de infección por COVID-19 condiciona la

atención temprana a la enfermedad y por tanto varían de manera considerable la letalidad del virus.

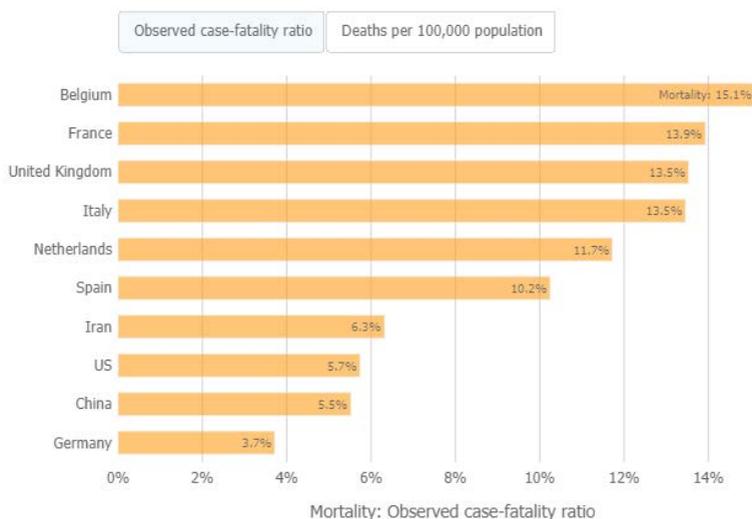
No menos relevante, y que condiciona decisivamente la intensidad de la mortalidad, son las muy diferentes políticas tomadas por los distintos gobiernos en relación con la fecha temprana de confinamiento, su intensidad, su grado de cumplimiento por parte de la ciudadanía o el proceso de desescalada de la cuarentena entre otras.

En cuanto a los informes de referencia a nivel internacional y que están siendo utilizados por las autoridades sanitarias internacionales para la toma de decisiones, son fundamentalmente los que publica el Imperial College de Reino Unido, donde por ejemplo se confirma la tasa de fatalidad según cohortes de edad, donde reproducimos el siguiente cuadro¹, ahora bien, no se puede llegar a confirmar si ésta tiene un sesgo relacionado por el criterio de triaje.

Age-group (years)	% symptomatic cases requiring hospitalisation	% hospitalised cases requiring critical care	Infection Fatality Ratio
0 to 9	0.1%	5.0%	0.002%
10 to 19	0.3%	5.0%	0.006%
20 to 29	1.2%	5.0%	0.03%
30 to 39	3.2%	5.0%	0.08%
40 to 49	4.9%	6.3%	0.15%
50 to 59	10.2%	12.2%	0.60%
60 to 69	16.6%	27.4%	2.2%
70 to 79	24.3%	43.2%	5.1%
80+	27.3%	70.9%	9.3%

1. El informe se puede consultar en: [Impact of non-pharmaceutical interventions \(NPIs\) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand.](#)

Por otra parte, si bien el siguiente cuadro² recoge un estudio comparativo internacional en el que España a finales de abril ocupaba el segundo lugar mundial en tasas de fallecimiento por número de habitantes, no debemos extraer conclusiones definitivas acerca de las tendencias comparadas.



EL INFORME MOMO

El mejor método con el que contamos para valorar la sobremortalidad, es el llamado “Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las causas” que ha desarrollado MoMo³,

2. El cuadro está tomado de <https://www.larazon.es/salud/20200425/h6hre4n-b7rhxno3og5hkjqrdjq.html>.

3. MoMo pertenece al Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Ciencia e Innovación.

donde se valora diariamente la tasa de mortalidad esperada por regiones según una serie histórica y la real observada.

La propia directora del Instituto de Salud Carlos III, del que depende el Centro Nacional de Epidemiología, en una reciente entrevista en el diario El País⁴ diferencia entre mortalidad adelantada y mortalidad indirecta:

- La primera de ellas, se refiere a personas con una enfermedad de base importante y sobre la cual el coronavirus precipita el fallecimiento. En consecuencia, en los meses siguientes a la epidemia se observarán reducciones de la mortalidad. Así por ejemplo, en la Comunidad de Madrid a 6 de abril el 49% de los 40.469 infectados tenían una patología de riesgo y el 32,7% eran mayores de 70 años.
- Por el contrario, la mortalidad indirecta es aquella más propia de epidemias o catástrofes cuando la estructura sanitaria y social se ve alterada de forma abrupta. Y es que, en estos casos, los ciudadanos retrasan el momento de acudir al hospital para evitar saturarlos o por miedo al contagio, observándose de hecho menos atenciones hospitalarias por otras causas como por ejemplo los infartos. Además, los servicios sanitarios no llegan a tiempo y los colectivos vulnerables como los ancianos y las personas solas pierden su red de apoyo familiar.

Una aproximación, no empírica, para valorar el efecto de la sobremortalidad en edades avanzadas originado por la

4. [La desestructuración del sistema ha aumentado la mortalidad en todos los niveles del 4-4-2020.](#)

“medicina de guerra”, la podemos calcular comparando por ejemplo las tasas de la Comunidad de Madrid – donde se practicaba este criterio de admisión hospitalaria al menos hasta principio de abril 2020 – respecto de las tasas de Andalucía, Comunidad que no ha sufrido colapso por coronavirus y en la que por tanto no parece, o al menos no se ha publicado, que se hayan aplicado estos criterios. En esta última Comunidad, el incremento de mortalidad con datos a 31 de marzo, según el informe MoMo antes referido, fue del 12,3% para mayores de 75 años, cuando en Madrid resultó del 112,7% y para el conjunto de España era del 39,2%. Asignar el exceso de Madrid sobre Andalucía a la gerontofobia de emergencia puede no ser del todo preciso, pero seguro que el exceso tan pronunciado de sobremortalidad en Madrid respecto de Andalucía tiene mucho que ver con el efecto de selección médica y con la alta tasa de mortalidad en las residencias de mayores, en las que a esa fecha había contabilizados 2.800 ancianos fallecidos, muchos de ellos no registrados como causa de muerte por Covid al no haberles realizado el test⁵.

DISECCIONAR LA SOBREMORTALIDAD POR EDAD Y CAUSAS

Si bien los datos no oficiales nos dicen que la edad media de fallecimiento en Madrid por esta enfermedad se sitúa en los 80 años, debemos interrogarnos si esta sería la edad natural media de fallecimiento o está sesgada por los criterios anteriores que no deja de tener connotaciones de *eutanasia de catástrofe por edadismo*.

5. El informe de la Cadena Ser encontramos el detalle: [Más de 2.800 ancianos han muerto por coronavirus en residencias de mayores de toda España.](#)

La realidad de las cifras a 27 de abril de fallecidos⁶ nos dice que el 85% tiene más de 70 años de edad y el 60% tiene más de 80 años, el 16% para personas de 50 a 59 años, en los sexagenarios son del 15%, para la cohorte de edad de 70 a 79 años un 25%.

La mortalidad por Covid ha provocado que casi uno de cada dos muertes en España sean por esta causa, según se puede leer [El Confidencial, 1 de Abril 2020](#) donde se incluyen los siguientes cuadros estadísticos:

La última semana de marzo murió más gente de coronavirus que de ninguna otra causa

Media de fallecimientos en una semana de marzo comparado con la última semana de muertes (24 al 31) por covid-19



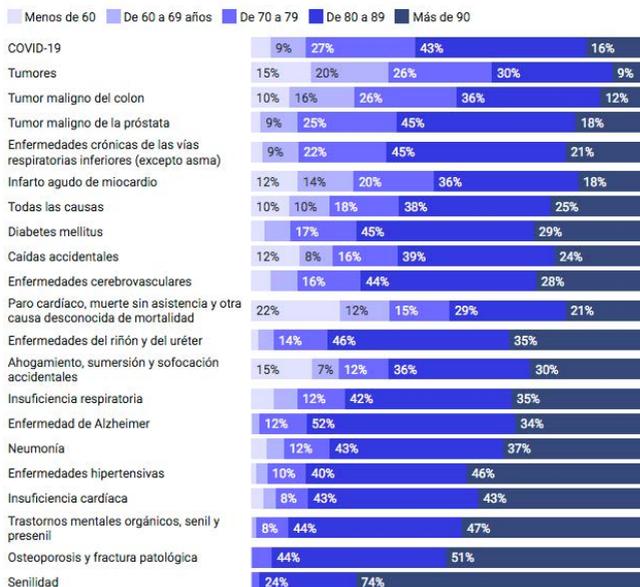
La media para el resto de patologías corresponde a los últimos cinco años

[Descargar los datos](#) - Creado con Datawrapper

6. El informe de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica nos informa de las edades de fallecimiento. [Informe sobre la situación de COVID-19 en España Informe COVID-19 nº 18. 30 de marzo de 2020.](#)

Las enfermedades más graves para los mayores de 60 frente al COVID-19

Porcentaje de fallecidos por edad para cada patología.



Fuente: INE y elaboración propia • [Descargar los datos](#) • [Creado con Datawrapper](#)

IMPACTO DE LOS RIESGOS BIOMÉTRICOS EN EL SECTOR ASEGURADOR

Las entidades aseguradoras asumen buena parte del riesgo de mortalidad y supervivencia que los ciudadanos les transfieren a través de las pólizas de seguro. Es decir, el seguro trata de dar cobertura a una posible situación de precariedad económica de las familias ante el fallecimiento de la persona asegurada (seguros de fallecimiento) o bien trata de garantizar el cobro de una prestación en forma de renta o capital en caso de que el

asegurado sobreviva a una determinada edad (seguros de supervivencia).

Bajo esta premisa tan básica de la propia actividad aseguradora, parece evidente que la pandemia COVID-19 tendrá un impacto a tener en cuenta sobre las prestaciones pagadas por las entidades aseguradoras que garanticen estas coberturas de riesgo biométrico, y por tanto sobre la cuenta de resultados y balance de estas entidades.

En concreto, si para el período del 17 de marzo al 25 de abril la sobremortalidad total de la población española era del 67% respecto de la observada en el mismo período de 2019⁷, esta se debería también trasladar al sector asegurador. Sin embargo, las coberturas de fallecimiento son habitualmente ofrecidas en el sector a ciudadanos menores de 65 años, colectivo que tan “sólo” ha experimentado una sobremortalidad del 16% para ese período, de tal forma que el impacto no es tan elevado como se podría prever.

Por otro lado, y respecto al riesgo de supervivencia, es decir, el riesgo que asume la entidad aseguradora ante la posibilidad de tener que pagar rentas a sus asegurados durante un período superior al inicialmente previsto por la propia entidad, se ve impactado por la COVID-19 pero en sentido contrario. Es decir, en la medida en que la población fallece más de lo esperado por un fenómeno imprevisto como una pandemia, las entidades aseguradoras pagarán también menos pensiones. A diferencia de lo comentado para el riesgo de mortalidad, las personas más

7. Datos MoMo. [Informe](#).

afectadas son las mayores de 75 años, que tienen una sobremortalidad del 72% para el período referido. Además, los asegurados en este riesgo de supervivencia suele ser generalmente pensionistas mayores de 65 años, siendo por tanto el impacto sobre este riesgo “positivo” en términos de cuenta de resultados, pues al fallecer más asegurados de este perfil, la aseguradora paga menos pensiones.

Dado que lo habitual en una entidad aseguradora de vida es que asuma riesgos biométricos de fallecimiento y de supervivencia, ambos tenderían a compensarse en la cuenta de resultados y en sus balances, si bien, puesto que los pagos de supervivencia suelen ser de largo plazo, el impacto en balance es dispar. A continuación, nos centramos en el riesgo de supervivencia por ser este el riesgo biométrico más elevado que suele asumir en su balance una entidad de seguros de vida.

RIESGO DE SUPERVIVENCIA

En la medida en que la medicina preventiva o al menos la curativa no ofrezcan una alternativa de garantías ante la COVID-19, no podemos considerar esta pandemia como un fenómeno único y extraordinario y por tanto tendrá posibilidad de repetirse en el tiempo. Es decir, mientras no haya una vacuna o cuanto menos un tratamiento contrastado, estos episodios de sobremortalidad se seguirán dando cada vez que el virus vuelva a manifestarse y por tanto habrá que tenerlo muy en cuenta en las proyecciones de supervivencia que las compañías realizan para estimar sus provisiones técnicas.

En cualquier caso, y adicionalmente a los aspectos antes comentados, la esperanza de vida de la población se verá impactada por las siguientes cuestiones:

- La sobremortalidad ya observada se prevé que tenga un impacto de entre dos y cinco meses en la esperanza de vida prevista para 2020
- Los hábitos de vida y de consumo han cambiado durante la pandemia, pero es también razonable pensar que serán diferentes, una vez se relaje el confinamiento. Su efecto tendrá consecuencias en el medio plazo sobre la esperanza de vida
- Si la actual crisis sanitaria como parece evidente deviene finalmente en una crisis económica, quizá la peor recesión desde la Segunda Guerra Mundial en palabras Kristalina Georgieva, la precariedad económica derivada de esta situación tendrá un impacto sobre la esperanza de vida en el medio plazo del mismo modo que ahora estamos comprobando el impacto que ya tuvo la crisis de 2008.
- La propia OMS ya prevé que este tipo de pandemias y la llamada superbacteria resistente a los antibióticos serán cada vez más habituales y pasarán a ser la principal causa de fallecimiento en próximas décadas.
- Por el contrario, la mortalidad adelantada y la mortalidad indirecta comentada al comienzo de este artículo, podrán tener un impacto positivo en la esperanza de vida de años futuros

Por todas estas cuestiones, resultará vital para las compañías de seguro revisar, corregir y estimar adecuadamente el subriesgo

de tendencia de la supervivencia respecto de las estimaciones hasta ahora realizadas.

CONSECUENCIAS EN LA MEDIDA DEL SUBRIESGO DE TENDENCIA EN 2020 Y SUCESIVOS DE LAS TABLAS DE SUPERVIVENCIA

Además del impacto de COVID-19 en la esperanza de vida de la población española, no sólo para el año 2020, sino muy probablemente para futuros años, para valorar adecuadamente el efecto en la tendencia de la pandemia debemos también prever los casos más optimistas como los siguientes supuestos:

- Que COVID-19 resulte finalmente un suceso circunscrito al primer semestre de 2020.
- Que no haya una segunda oleada en otoño-invierno 2020-2021.
- Que haya disponible una vacuna en 2021.
- Que se confirme la inmunidad de rebaño, entendiendo por tal cuando el 60% y 70% de la población mundial haya estado infectada y por tanto inmunizada.

Las tasas de mortalidad, que probablemente se sitúen entre el 2 y el 4% cuando se supere la pandemia⁸, tendrán un pico en estas cohortes de edad que en un modelo de longevidad a largo plazo dificultará los análisis históricos y por ello las proyecciones futuras.

8. Según prestigiosos virólogos como Adolfo García Sastre del Hospital Monte Sinaí de los EEUU.

Además, deberemos tener en cuenta cuando analicemos la tendencia de supervivencia que cuando aumenta la prevalencia de la mortalidad por una causa concreta como en este caso es COVID-19, se altera la natural evolución de la curva de supervivencia por otras causas, pues si un paciente por ejemplo con cáncer avanzado que se contagia por coronavirus se le asigna COVID-19 como causa de fallecimiento disminuye en consecuencia la incidencia de mortalidad por cáncer.

El reto por tanto de realizar proyecciones de tendencia de longevidad a medio y largo plazo se antoja muy complicado, pues el efecto de la pandemia aunque solo fuera significativo este año 2020, altera todo modelo de tendencia previsto. Además, hay que añadir los sesgos ya comentados y su impacto en la sobremortalidad como la de los mayores originada por las decisiones de exclusión al tratamiento por razón de la edad.

Disecionar por tanto el verdadero efecto de la incidencia de la mortalidad del coronavirus en condiciones de acceso universal al sistema sanitario no va a ser posible, y puesto que los modelos de tendencia ponderan los años más recientes en la serie histórica sobre la que se proyecta, el modelo actuarial estimado ofrecerá tasas de mejoras menores que las reales si en efecto la mortalidad por coronavirus está acotada a este episodio en el espacio temporal.

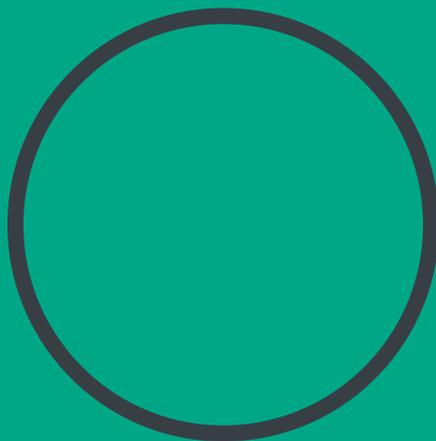
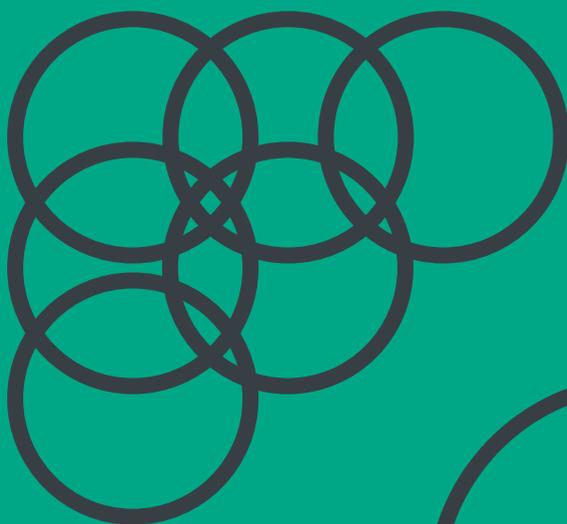
En sentido contrario, en 2021 y 2022 las tasas de mortalidad en edades altas disminuirán de manera considerable en relación con 2020. Por tanto, debemos extraer el efecto de la sobremortalidad y el déficit de esta en el periodo 2020-2022 en la proyección de la tendencia al menos por el exceso de

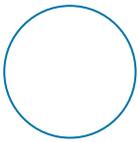
mortalidad por sesgo de edad y midiendo con rigor para las edades avanzadas la mortalidad anticipada en casos de pacientes con comorbilidades severas.

En cualquier caso, las incertidumbres que se generan en la medida de la supervivencia y antes comentadas, parten de una premisa aún superior, y es la inconsistencia de buena parte de los datos que manejamos. Y es que a la propia cifra final de fallecidos por la pandemia que algunos modelos la fijan en 23.000 personas según datos oficiales del Ministerio de Sanidad, habría que añadir unos 12.000 fallecidos más en residencias y en domicilio con evidencias de coronavirus sin confirmación por test. En nuestra opinión, y conociendo lo sucedido en China y en Italia donde el número de fallecidos presenta una cierta resistencia a la disminución cuando la pandemia parece estar en fase de control, consideramos que los fallecidos en España por o con coronavirus superarán finalmente los 40.000.

**Dr. Dr. José Miguel
Rodríguez-Pardo**

Edadismo, peligroso
efecto secundario del
coronavirus





La pandemia de COVID-19 nos ha dado la oportunidad de ver cómo el modelo ético tradicional de la medicina, basado en la justicia redistributiva y la dignidad de la persona, ha sido sustituido por el principio de coste de oportunidad, concepto en el que la edad del paciente y sus patologías previas han sido el criterio para decidir si entraba o no en UCI, o se le administraban cuidados paliativos. Así ha sido al menos hasta que a primeros de abril, una vez que bajaba la presión sobre las unidades de cuidados intensivos, el Ministerio de Sanidad prohíbe la discriminación de pacientes por ningún motivo ajeno a la situación patológica del paciente y las expectativas objetivas de supervivencia.

El estado de «medicina de guerra» que lleva a tomar estas decisiones muy cuestionables desde la ética muestra la insuficiencia de recursos del sistema sanitario español para afrontar esta emergencia sanitaria. En términos de deontología médica, los expertos en bioética lo califican como *ética utilitarista propia de situaciones de catástrofes*, lejos del sistema ético anglosajón de ética liberal, donde predomina la libre elección y el consentimiento informado, y no la maleficencia o

el sistema de beneficencia donde se destinan más recursos a quien más lo necesita, buscando el máximo beneficio al paciente y la mejor justicia redistributiva, el uso racional de recursos el secundario.

Durante la pandemia de coronavirus, tres documentos han establecido las normas de triaje para el acceso a cuidados paliativos en España: dos de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y de Unidades Coronarias (SEMICYUC), uno sobre recomendaciones éticas en **la toma de decisiones** en UCI y un **plan de contingencia** para los servicios de Medicina Intensiva, y un **documento técnico del Ministerio de Sanidad** sobre el manejo en urgencias de pacientes de COVID-19.

Además de los documentos anteriores, las comunidades más afectadas han tenido que retirar el protocolo de actuación que tenían previsto que descartaba trasladar al hospital a personas de más de 80 años, con demencias avanzadas, grandes dependientes, enfermos terminales y enfermos con cáncer terminal, o la recomendación de no intubar a mayores de 80 años y que el tratamiento de haga con mascarilla de oxígeno y si no mejora la saturación de oxígeno, se puede optar por la morfina para paliar la sensación de falta de aire. La modificación comentada eliminará el límite de edad, pero mantendrá los criterios de fragilidad para decidir quién es trasladado a un centro sanitario.

GERONTOFOBIA Y RECURSOS

Hemos podido leer testimonios que señalaban cómo con 45 años ingresabas directamente en UCI pero si tenías más de 80, no.

Una decisión que se explicaba basada en el sentido común desde la perspectiva médica. En Madrid, al parecer, más del 90% de los fallecidos no pasaron por UCI, lo que confirma que este recurso se reserva para pacientes graves con mayores posibilidades de supervivencia, y que la mayoría de los fallecidos en planta no superó el corte para acceder a cuidados intensivos. Por la falta de medios y la afluencia diaria de cientos de pacientes con manifestaciones graves de la enfermedad en muchos casos.

Esta decisión no incluye el consentimiento informado del paciente o de sus familiares si este no está en condiciones de firmar como requisito previo para administrar morfina tal y como reclama la asociación Derecho a Vivir.

Si el 90% de los fallecidos en hospitales no pasó por UCI, y de ellos el 80% falleció por efecto de la sedación en planta, podemos estimar el 66% de los fallecidos hospitalizados en Madrid en el mes de marzo han fallecido por sedación en planta. A estas cifras hay que añadir aquellos fallecidos en domicilio o residencias de ancianos que presentaron sintomatología compatible con coronavirus pero que no pudieron acceder a test diagnósticos. Solo en la Comunidad de Madrid de los 4.750 mayores fallecidos del 8 de marzo al 8 de abril, 781 dieron positivos y el resto 3.479 no se les realizó la prueba. Esto lleva a confirmar la sospecha de que como dicen algunos informes las cifras de fallecidos hay que aumentarla en 10.000 personas, o lo que es lo mismo haya que incrementar en un 40-50% el número de fallecimientos.

SANIDAD PROHÍBE DISCRIMINAR POR EDAD

La discriminación por razón de edad es contraria a los fundamentos de Estado de Derecho, según establece el artículo 14 de la Constitución española. Ante la situación que estábamos viviendo, el Ministerio de Sanidad estableció principios objetivos, generalizables, transparentes, públicos y consensuados.

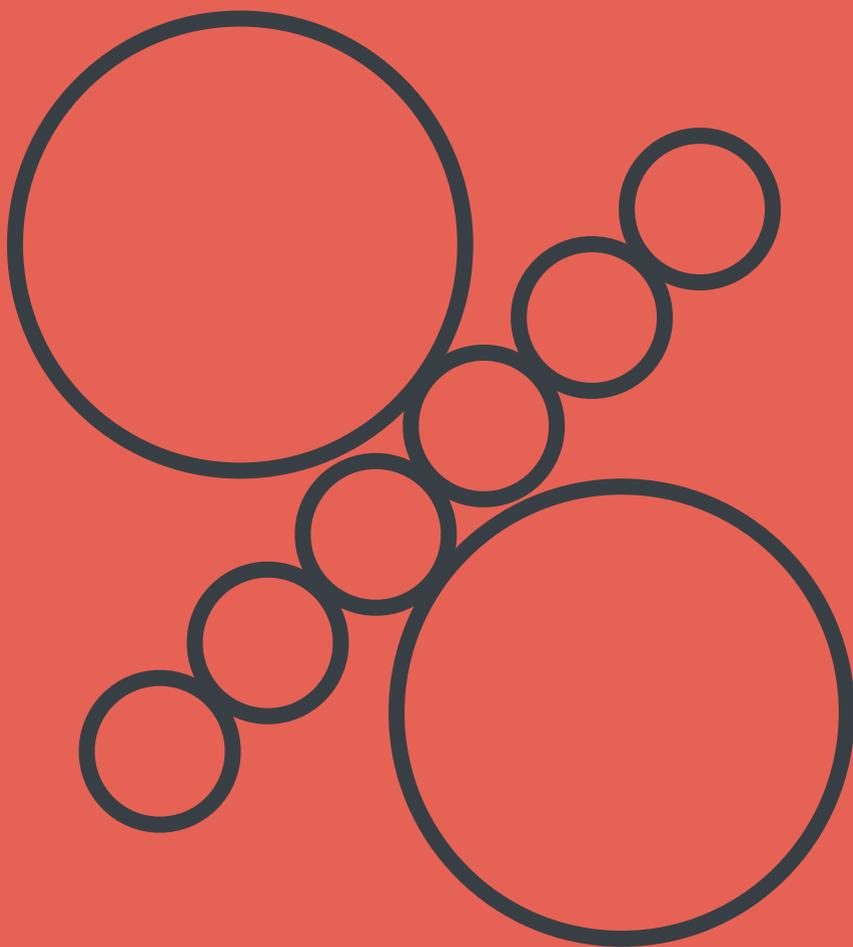
- No discriminación por ningún motivo ajeno a la patología del paciente y expectativas objetivas de supervivencia.
- Máximo beneficio en la recuperación de vidas humanas.
- Gravedad del estado de enfermedad del paciente que evidencie la necesidad de cuidados intensivos.
- Expectativas objetivas de recuperación en el corto plazo a su estado previo de salud, teniendo en cuenta la concurrencia o no de patologías acompañantes que evidencien un pronóstico fatal (enfermos terminales con pronósticos de irreversibilidad, estado de coma irreversible, etc.) aunque pueda comportar una atención clínica añadida.

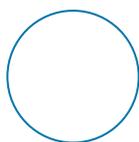
Si el sistema sanitario no hubiera colapsado en marzo, el edadismo hospitalario no se hubiera producido. El informe del Ministerio de Sanidad es una garantía para evitar que se reproduzcan situaciones tan dolorosas y que han afectado fatalmente a miles de personas tan solo por ser ancianas. Solo cuando la presión sobre las urgencias hospitalarias se ha rebajado, las autoridades han restituido el criterio de acceso al mejor tratamiento sin distinguir por edad.

Pero la situación puede repetirse en el futuro y la sociedad española debe hacer una profunda reflexión acerca de la medicina de guerra o de catástrofe, que prioriza la atención médica a las personas con mayor esperanza de vida.

**Dr. Dr. Carlos María
Romeo Casabona**

La pandemia de
la COVID-19:
sus problemas
jurídico-sanitarios





Las situaciones creadas por la enfermedad COVID19 han planteado variados y a veces muy graves problemas sanitarios individuales y colectivos, principalmente relacionados con la salud pública, que afectan a toda la sociedad, además de otros laborales y económicos, también de enorme transcendencia social.

Esta pandemia ha provocado situaciones de verdadera emergencia, que se insertan en la Medicina de Emergencia o de Catástrofes; tienen en común no haber sido provocadas voluntariamente por el ser humano. Es importante separarlos de la “situación de guerra”, como se ha calificado en ocasiones esta pandemia, pues aquélla es provocada por la voluntad humana. No sólo es ética y legalmente incorrecta esta asimilación, sino también peligrosa, al poder identificar algunas acciones sanitarias como objetivos de guerra, con una afectación más intensa a los derechos fundamentales y libertades públicas de las personas.

Para asegurar la unificación de todas las medidas necesarias, el Consejo de Ministros declaró el estado de alarma (RD 463/2020),

sustentado en la Constitución (art. 116) y en la ley de desarrollo (art. 4.b de la LO 4/1981), dando así cobertura legal al máximo nivel a las medidas afectantes a los derechos fundamentales de todos los ciudadanos. Algunos juristas han defendido que lo procedente hubiera sido la declaración del estado de excepción, al comportar en algún caso no la limitación de derechos fundamentales, sino su auténtica suspensión, como ha comportado la decisión de confinamiento para la libertad ambulatoria (art. 17 CE), que ha afectado a otros derechos fundamentales.

Los problemas sanitarios más importantes sufridos son:

Acceso a las pruebas diagnósticas de confirmación de la enfermedad o de infectado asintomático. Jurídicamente lo relevante es destacar el derecho que tienen los ciudadanos a acceder a estas pruebas, sobre todo las personas de riesgo, y acceder a materiales fiables; y el deber de someterse a ellas si la autoridad lo decide con el objetivo de controlar la extensión de la pandemia y tomar las medidas adecuadas de aislamiento o de cuarentena. El problema sanitario surgió con la escasez de estos productos diagnósticos y la carencia inicial de fiabilidad de los mismos; ello facilitó el contagio de miles de profesionales sanitarios (especialmente médicos y personal de enfermería) y de otros más directamente implicados en la lucha contra la pandemia.

Selección de pacientes a tratamientos intensivos. Ha sido un asunto muy delicado, grave y en ocasiones trágico. También ha sido muy debatido, sobre todo en los primeros momentos de la pandemia, y no sólo en nuestro país. La cuestión se refiere a los

critérios de prioridad de acceso a las unidades de cuidados intensivos, en particular a los medios de ventilación mecánica. Sobre este particular debe destacarse el Informe del Ministerio de Sanidad publicado el pasado 2 de abril sobre “Aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2”. Con este Informe se sale así al paso de los numerosos, variados y discrepantes criterios de algunas autoridades autonómicas, sociedades científicas, comités, centros sanitarios, etc., que estaban generando una gran confusión tanto entre los profesionales de la salud como entre la población, unificando y jerarquizando los principios aplicables; y se pronuncia inequívocamente contra la discriminación para acceder a cuidados intensivos por los solos motivos de edad (personas mayores) u otros (discapacidad, menores confinados en residencias), por ser radicalmente opuesta a la dignidad de la persona y contraria a los fundamentos mismos de nuestro estado de derecho (art. 14 CE). Estos son, resumidos, los **critérios que establece este Informe**:

- *No discriminación por ningún motivo ajeno a la situación patológica del paciente y a las expectativas objetivas de supervivencia.*
- *Máximo beneficio en la recuperación de vidas humanas, que debe compatibilizarse con la continuación de la asistencia iniciada de forma individual de cada paciente.*
- *Gravedad del estado de enfermedad del paciente que evidencie la necesidad de cuidados intensivos (asistencia en unidades de cuidados intensivos y acceso a ventiladores mecánicos o, en su defecto, acceso en todo caso a estos últimos).*
- *Expectativas objetivas de recuperación del paciente en el corto plazo a su estado previo de salud, teniendo en cuenta la*

conurrencia o no de patologías graves acompañantes que evidencien un pronóstico fatal (enfermos terminales con pronóstico de irreversibilidad, estado de coma irreversible, etc.), aunque su presencia pueda comportar una atención clínica añadida.

- *Orden temporal de entrada en contacto con el sistema de salud*, consistente en este caso en la data de ingreso en el centro, con el fin de objetivar el punto de partida de los pacientes de los que se responsabiliza el sistema. Sin embargo, *este criterio nunca debe anteponerse a los anteriores.*

El confinamiento como medida preventiva del contagio de la enfermedad Covid 19. No se ha discutido la corrección constitucional del confinamiento general de la población, a salvo de la pertinencia de la herramienta legal preferible, a lo que he aludido más arriba.

También en estos casos prevalecen los intereses de la salud pública, siempre que se adecue esta medida al principio de proporcionalidad, en tanto que medida preventiva sanitaria eficaz frente a la expansión de los contagios por el virus SARS-CoV-2.

En resumen, el marco legal utilizado durante este tiempo parece el adecuado (sin perjuicio de la probable preferencia del estado de excepción), al estar presidido por el principio de proporcionalidad. Distinto es el acierto de las decisiones tomadas por el Gobierno de la Nación y de las Comunidades Autónomas; errores que a pesar de las graves consecuencias que han podido desencadenar, pueden ser asumibles por la carencia de experiencia previa y por otros motivos de organización,

previsión y gestión. Pero en la opinión pública se manifiestan dudas sobre otras decisiones de proyección más política ajenas a la salud tomadas en los primeros momentos de la pandemia, en particular las convocatorias de manifestaciones y de otros actos públicos el pasado 8 de marzo; y una vez declarado el estado de alerta, el abandono y aislamiento sin ayudas de las personas mayores alojadas en residencias, impidiendo incluso su traslado a centros hospitalarios cuando manifestaban los síntomas de la enfermedad, lo que en principio es competencia directa de las CCAA.

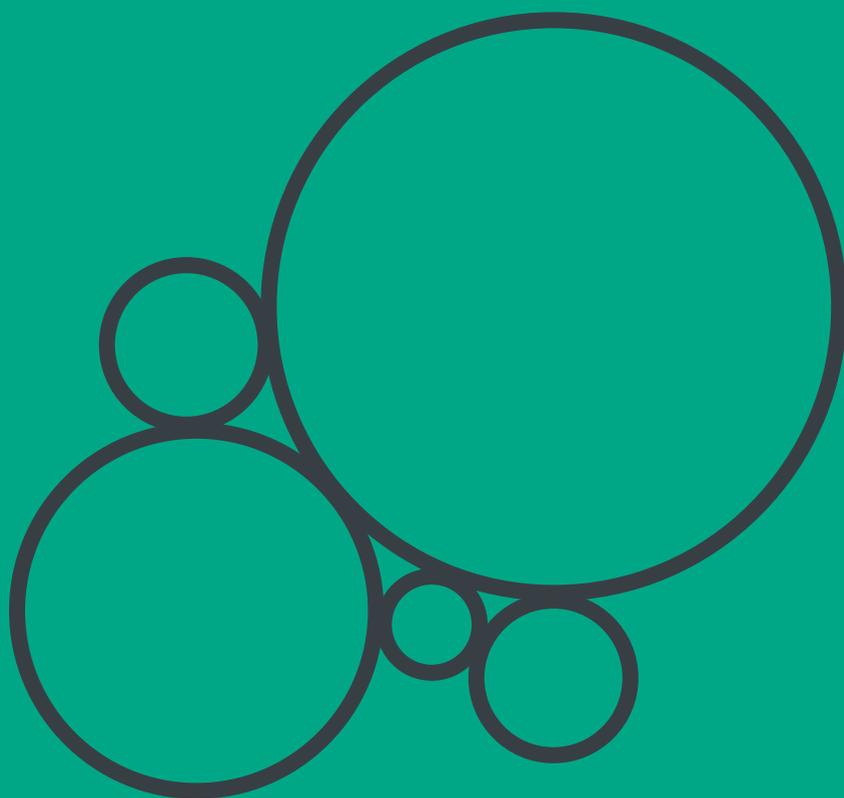
El progresivo desconfinamiento puede requerir proseguir con el recurso al soporte constitucional mencionado, mientras comporte restricciones significativas de la libertad ambulatoria. Cuando solo sean necesarias medidas restrictivas a los pacientes y a los contagiados, ya no será necesario ni procedente, pues disponemos de otro instrumental legal más adecuado, en particular la Ley Orgánica 3/1986, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. Ciertas medidas de seguridad obligatorias para deambular por espacios públicos pueden asimismo ser impuestas a la población sin tener que recurrir a medidas excepcionales, como el estado de alarma. Y respecto a los controles de geolocalización de portadores de anticuerpos del virus o de personas de riesgo o que hayan estado en contacto con infectados o pacientes, aprobados por Orden SND/297/2020, de 27 del Ministerio de Sanidad, puede comportar una excesiva y hasta tal vez desproporcionada intromisión en el derecho a la intimidad personal y familiar que garantiza la Constitución (art. 18.1); sin embargo, se indica que la información obtenida será anonimizada, lo que en este caso y si se hace con las garantías

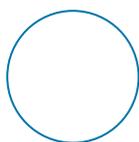
técnicas suficientes, no implicaría, al menos de entrada un conflicto con el derecho fundamental.

En todo caso, siendo conscientes de que una situación tan extraordinaria y desbordante como esta pandemia justifica las medidas tomadas, el Gobierno ha de ser asimismo consciente de los excepcionales y también extraordinarios poderes que le otorga la Constitución, que debe utilizar con la máxima prudencia, y el Congreso de los Diputados debe velar porque ello sea así, al margen de otras consideraciones políticas. Una situación tan grave como la que estamos padeciendo no puede justificar nunca una quiebra o debilitamiento del Estado Democrático de Derecho.

**Dr. Juan Manuel
Martínez Gómez**

Las personas
mayores en España
y el coronavirus





España es uno de los países más envejecidos de Europa, casi un 20 % de su población (unos 9 millones de personas en cifras absolutas) tiene edades superiores a los 65 años. Sin embargo, solo se le dedica un 0,6 % del PIB del país, una de las cifras más bajas de Europa, al desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Con una esperanza de vida media al nacer que supera los 83 años, en lo referente a la salud, los mayores en España dicen encontrarse bien o muy bien el 45 % de los mayores de 65 años, independientemente de que el 27 % de ese grupo de edad presente algún grado de pérdida de autonomía para la realización de Actividades de la Vida Diaria (AVD), uno de cada tres personas que acuden al centro de salud de atención primaria son mayores de 65 años y además ocupan el 50% de las camas hospitalarias.

Bien es cierto que nadie podía delimitar con exactitud el alcance y magnitud de la pandemia originada por la COVID-19, no sólo en nuestro país, sino en todo el mundo, debido a los flujos de

información inconclusa que nos llegaban, así como falta de determinación por algunas instituciones relacionadas con el ámbito de la sanidad y la salud. Desde el sector sociosanitario hemos padecido como la falta de estudios sobre el impacto real de la pandemia y la ausencia de coordinación para la puesta en marcha de medidas preventivas, ha tenido efectos devastadores sobre los adultos mayores.

Según datos facilitados por el Ministerio de Sanidad a fecha de 20 de abril de 2020, fueron notificados 200.210 casos de los cuales los curados ascendían a 80.587 y fallecidos 20.852. De 145.358 casos confirmados, fueron hospitalizados 67.451 y de ellos el 72,3 % tenían más de 70 años, 48.760 personas, de las que fallecieron 10.576 que corresponden al 21,7 % de los mayores de 70 años hospitalizados. Información que evidencia como el virus atacaba con más facilidad y crudeza a las personas mayores con pluripatología, frente aquellas que no lo son.

A medida que cumplimos años, nuestros sistemas inmunológicos se van debilitando y requerimos atenciones y cuidados individualizados que den respuesta a las nuevas necesidades que nuestros cuerpos experimentan como consecuencia del paso de los años y la exposición de determinados agentes externos.

Cuando un patógeno invade el cuerpo, la diferencia entre la enfermedad y la salud se convierte en una carrera a contra reloj, donde desconocemos qué efectos colaterales se han producido. Con el envejecimiento, la reducción de la “capacidad de atención” de la respuesta inmunitaria innata y la adaptativa hace más difícil que el cuerpo responda a la infección viral,

dando ventaja al virus. Una ventaja que, si no es compensada con directrices y acciones preventivas por parte de las autoridades, permitiremos que el virus se haga rápidamente con el cuerpo, provocando enfermedades graves, complicaciones varias e incluso la muerte.

A diferencia de lo que piensan muchas personas, las residencias de ancianos, no son servicios sanitarios. Son centros de servicios sociales destinados a procurar una alternativa de alojamiento (temporal o permanente) a personas mayores de 65 años o a aquellas que, debidas algún tipo de contingencia o pérdida de autonomía, se han visto en la necesidad de recurrir a este tipo de recurso convivencial. En ellas, sus profesionales velan por ofrecer atenciones integrales a aquellas personas que no pueden ser atendidas en sus propios domicilios y necesitan de cuidados específicos, siendo conscientes que las personas que viven allí perciben estos centros como una extensión de lo que hace tiempo fueron sus hogares. Un lugar seguro donde vivir felices y sentirse seguros.

Pero, por otro lado, estos recursos sociales son centros especializados que ofrecen atenciones según tipo de necesidades diagnosticadas y que, para su máxima cobertura, requieren de una serie de protocolos de atención que, en el caso de una incidencia o emergencia sanitaria, como la que en estos tiempos estamos viviendo, den respuestas ajustadas y eficaces a cada tipología de residentes sin mermar la calidad de atención asistencial que cada persona merece.

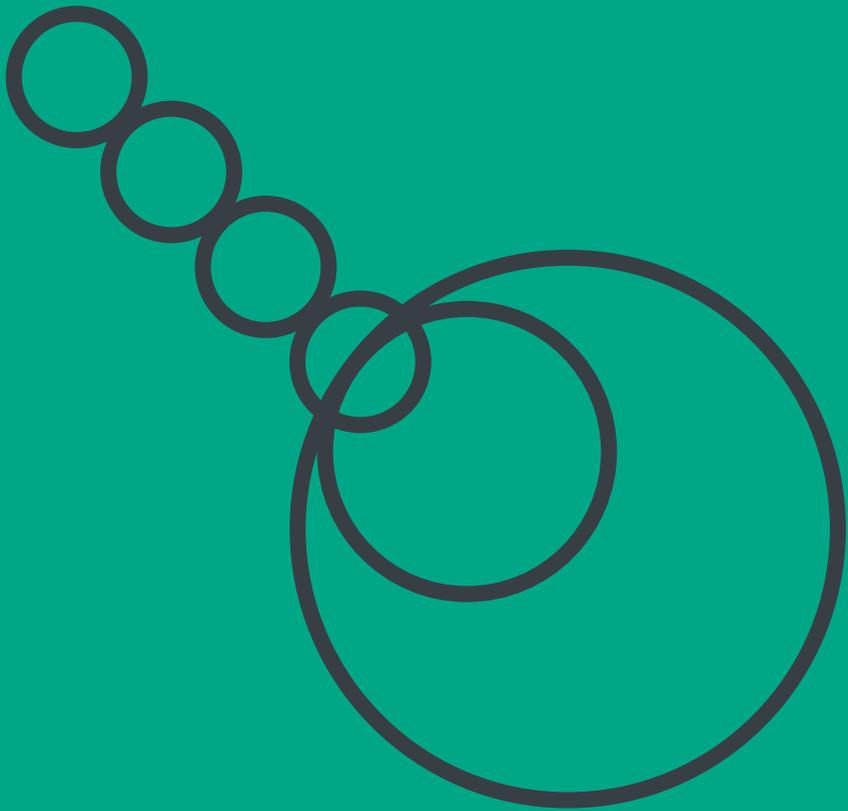
Independientemente de los aciertos y errores que la gestión de esta crisis sanitaria ha desvelado y de las consecuencias terribles

que han padecido los colectivos más vulnerables, como ciudadanos y ciudadanas debemos aspirar a un nuevo modelo de cuidado de la persona mayor, donde tanto familiares, como profesionales sepan bien lo que hacen y donde las residencias pasen a ser unidades convivenciales donde se puedan dar respuestas adecuadas a las diferentes situaciones que se produzcan, sin olvidar la integración de la geriatría y el cuidado de los enfermos crónicos en nuestro sistema de salud.

Si lo conseguimos, evitaremos que esta mala experiencia vuelva a producirse.

**Dr. Antonio
López Farré**

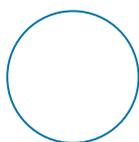
COVID-19: ¿por qué
su impacto en las
personas de edad
avanzada?



Dr. Antonio López Farré

Profesor de la Facultad de Medicina de la UCM y miembro de la Real Academia Nacional de Medicina de España

● SALUD Y MEDICINA



La alarma sobre que la población de más edad podría tener un riesgo mayor de fallecer por el virus COVID-19, saltó al mundo probablemente el 2 de febrero de 2020 cuando en el crucero Diamond Princess con 3.711 a bordo se dió la voz de alarma de casos de positividad para COVID-19. En concreto 699 personas fueron infectadas por el virus (un 19% del pasaje) con 7 fallecimientos todos ellos personas de mas de 70 años.

El crucero Diamond Princess fondeado en las costas del Japón fue entonces puesto en cuarentana, y se convirtió en el primer aviso de la vulnerabilidad al COVID-19 que tenían las personas de mayor edad. Pero también fue la primera oportunidad de analizar como evolucionaba el virus en un ambiente aislado. Entre otras cuestiones, se pudo calcular la tasa de letalidad corregida por caso confirmado que fue de un 2,3%

Un dato realmente interesante observado en el crucero Diamond Princess fue que la proporción de personas asintomáticas infectadas por COVID-19 fue del 17,9%, incluso un análisis posterior de sensibilidad mostró que la proporción de personas

asintomáticas podría haber llegado al 39,9%. Esto se ha observado después repetidamente en todas las poblaciones afectadas por el virus y sugeriría que podrían existir mecanismos de resistencia a la evolución del virus en estas personas, que los científicos comenzamos a relacionarlos con la existencia de ciertos genes o variantes genéticas que podrían promover resistencia al virus. También es interesante conocer que, al parecer, en los pacientes de mayor edad, la infección por COVID-19 suele presentar unos síntomas atípicos, siendo probablemente los cuadros de malestar general, aún sin fiebre, la primera manifestación de la infección en esta población.

La media de edad de los fallecidos por COVID-19 en España se sitúa entre 78 y 80 años. En concreto, el grupo de edad en el que más defunciones se han registrado es en mayores de 70 años (el 86,3% del total de fallecidos). En las personas en el intervalo de edad de 80 y 89 años han ocurrido el 41,3% de las muertes (7.117), siendo este el intervalo de edad con una mayor mortalidad. Entre los 70-79 años han ocurrido en el momento de escribir este artículo 4.273 muertes que supone un 24.8% del total de fallecimientos y en las personas mayores a 90 años 3.96 muertes que supone un 20.3% de los fallecimientos totales. Es muy destacable que casi el 50% de las hospitalizaciones debidas al COVID-19 ocurrieron en las personas mayores de 70 años. Italia, otro país que ha tenido una alta mortalidad por el virus en las personas de edad avanzada, ha señalado que la letalidad del virus en personas entre 70 y 80 años es del 34%, aumentando hasta casi un 45% en las personas de 80 a 90 años. En cambio, Alemania han publicado unas cifras muy distintas a las de España o Italia, donde solamente un 20% de los afectados por el virus superan los 60 años.

Se ha especulado mucho sobre las causas de estas diferencias tan notables particularmente entre España, e Italia respecto a Alemania. Entre las explicaciones barajadas está que en España e Italia las medidas de protección se establecieron tardíamente cuando el brote estaba ya implantado, o que el número de pruebas realizadas, sobre todo en las primeras semanas o meses de la pandemia, para identificar personas infectadas por el virus, fue mucho menor que en Alemania. De tal forma que al realizarse menos test que determinen la infección por COVID-19 se reduce mucho la capacidad de la identificación temprana de pacientes infectados, y aún más, de pacientes infectados asintomáticos, que no olvidemos que mantienen toda la capacidad de transmitir la COVID-19, favoreciéndose entonces la propagación y establecimiento de la enfermedad.

Esta última hipótesis vendría además avalada por el dato de que, en Corea del Sur, país donde la letalidad por el virus ha sido más baja (el 0.1% de los infectados) se realizaron un número muy importantes de pruebas de COVID-19 (5.000 test por millón de habitantes).

Todas las hipótesis son evidentemente válidas hasta que se compruebe lo contrario, pero hay un hecho diferenciador en España que no podemos en ningún caso obviar. España, es el segundo país más longevo del mundo después de la isla de Okinawa. La esperanza de vida al nacer media en España está en torno a los 83,03 años. En la Comunidad de Madrid, ha sido donde mayor letalidad ha demostrado el virus es también la región de la Unión Europea con mayor esperanza de vida. Sirva como ejemplo la Comunidad de Madrid en donde la esperanza

de vida media al nacer es de 85,2 años (87,8 años para las mujeres y de 82,2 años para los hombres). Sin embargo, en España los ciudadanos envejecemos mal, con múltiples enfermedades (comorbilidades). Así, el número de comorbilidades en la población mayor de 65 años es muy superior a la observada en países de nuestro entorno. Desde el punto de vista del envejecimiento, se ha descrito que en España el 24% de los mayores de 65 años y el 31,4% de los mayores de 85 años padecen más de dos-tres patologías crónicas, lo que convierte a España en uno de los países que peor envejece de la Unión Europea, distando mucho de Alemania. La Oficina Europea de Estadística, más conocida como Eurostat, publicó en 2018 datos señalando que los años de vida saludable en España a partir de los 65 años es de alrededor de 9 años. Sin embargo, en Alemania supera los 12 años. El acompañamiento de comorbilidades en el periodo de envejecimiento es sencillo predecir que supone una peor calidad de vida que tendrá un alto impacto no solamente en la salud de las personas sino también en aspectos como las relaciones sociales o alteraciones psicológicas y también evidentemente en aspectos económicos para el individuo y para el sistema sanitario.

Volviendo al COVID-19 y teniendo en cuenta estas consideraciones, podríamos asumir que es muy probable que uno de los factores que más haya podido influenciar la incidencia y mortalidad de la enfermedad en las personas de edad avanzada haya sido la presencia frecuente de las comorbilidades. Es decir, si esto fuera cierto, las personas de más edad en España tendrían un riesgo mayor de tener un peor pronóstico cuando fueron infectados por el virus porque tienen más enfermedades asociadas que el mero hecho de la edad.

La fortaleza de esta hipótesis puede también sustentarse en los datos provenientes desde Italia, y en concreto de Lombardía, donde el virus ha demostrado también tener una alta prevalencia de mortalidad (15.840 del total de 32.785 muertos en todo el país registrados a 24 de mayo de 2020). Recordemos entonces que Lombardía es, dentro de Europa, una de las áreas de alta esperanza de vida al nacer (84 años de media). Pero, como pasa en España, tienen un envejecimiento acompañado de altas tasas de comorbilidades. En este sentido, se ha publicado que en Lombardía la mortalidad debida al virus COVID-19 era mayor en las personas de una edad media de 80,5 años, pero sobre todo en personas de edad avanzada que tenían hipertensión arterial. La pregunta es clara. ¿Las comorbilidades en términos generales, y no particularmente hacen al virus mas mortal? En primer lugar, si hay que decir que hay comorbilidades que se han asociado a un riesgo mayor de infección por el virus COVID-19 y de peor evolución que otras. Entre las de mayor riesgo estarían la hipertensión, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer o las enfermedades respiratorias. Esto se ha relacionado por ejemplo con la presencia de algunas proteínas en las células humanas que el virus utiliza para infectarlas y que se relacionarían más con estas enfermedades. Una de esas proteínas es la conocida como ACE2 (enzima convertidora de angiotensina I-2). Esta proteína, que en realidad es una enzima, se puede encontrar en células de los alvéolos pulmonares, pero también en los vasos sanguíneos, en el corazón, células del intestino delgado o en los riñones por nombrar algunos de los órganos en los que la COVID-19 ha demostrado tener cierta preferencia por infectarlos. La proteína ACE2 tiene una relación directa con el control de la presión

arterial y es probable uno de los motivos por lo que la hipertensión, la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares se han convertido en principales factores de riesgo de infección por la COVID-19.

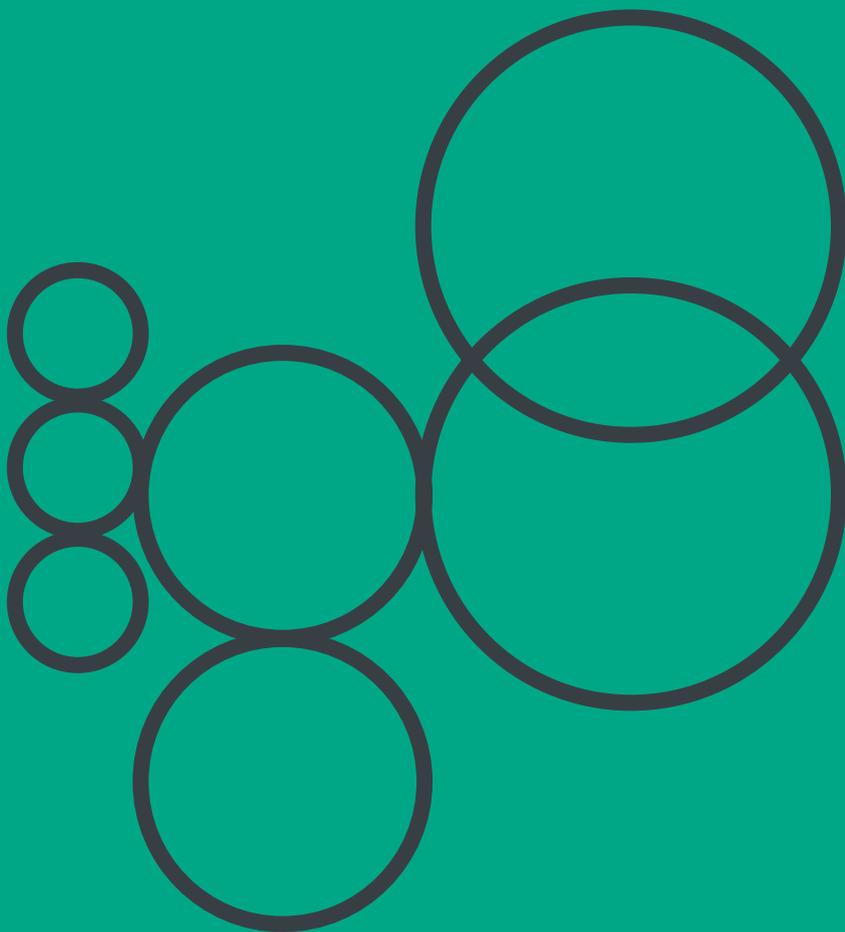
Un efecto demostrado y conocido de las comorbilidades es que estas van a afectar a las capacidades defensivas del organismo. En particular las comorbilidades van a reducir el funcionamiento del sistema inmunológico incluyendo la capacidad defensiva de linfocitos y leucocitos. Los linfocitos citotóxicos como los linfocitos T citotóxicos (CTL) y las células asesinas naturales (natural killer) son necesarios para el control de la infección viral. En los pacientes infectados por COVID-19 se han demostrado de forma muy común variaciones en el número de todas estas células en la sangre, lo que además se ha relacionado con el estadio de evolución de la enfermedad. Una de estas variaciones es la bajada en el número de linfocitos (linfopenia). Varios artículos publicados en revistas científicas de alto prestigio como puede ser el Lancet, demuestran que alrededor del 85% de los pacientes con COVID-19 grave tenían linfopenia. Además, parece que existe un “agotamiento de los linfocitos” en sus capacidades citotóxicas lo que reduce su potencialidad en la defensa celular. En el caso concreto de personas de edad avanzada, es conocida la existencia de una inmunosenescencia por la edad. Además, la edad por si misma y en mayor medida cuando se acompaña de patologías como la hipertensión, diabetes o enfermedades respiratorias, hace que las células endoteliales, células que recubren en su interior los vasos sanguíneos, pierden sus propiedades protectoras y se convierten en células protrombóticas y pro-coagulantes.

No olvidemos que la estimulación de la coagulación es probablemente la circunstancia principal asociada a la mortalidad del virus COVID-19. En este sentido, son muchos los datos existentes sobre como la edad es un factor de riesgo de enfermedad tromboembólica (trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar fundamentalmente). Por poner un ejemplo, un estudio analizó en la población del condado de Nord-Trøndelag en Noruega y concluyó que las personas de 70 años tenían una incidencia tres veces superior a la encontrada en personas de entre 45 y 69 años y que a su vez era tres veces más alta que en los sujetos de entre 20 y 44 años. Esto apoya el conocimiento que la enfermedad tromboembólica está altamente asociada a la edad.

En definitiva, la edad avanzada tiene un riesgo sobrevenido de infección por COVID-19 y de mala evolución de la enfermedad. Es evidente la necesidad de investigar en esta población de mayor riesgo las causas finales de este riesgo aumentado y si además una vez superada la enfermedad va a verse de alguna manera afectada factores como la edad biológica que pueden determinar la esperanza de vida real de las personas. Mientras tanto, es importante confiar que todo esto pase lo más pronto posible y volvamos en la medida de lo posible a la normalización de nuestras vidas. No será evidentemente un proceso sencillo, pero confiemos al menos en el saber de la ciencia. Ya dice un viejo aforismo del poeta persa Rumi «Esto también pasará». Seguro que será así. Mientras tanto cúdense, por favor

**Dra. María Luz
Durban Reguera**

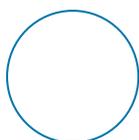
Los datos y la
COVID-19: ¿de qué
puedo fiarme?



Dra. María Luz Durban Reguera

Catedrática de Estadística y Vicerrectora Adjunta de Estudiantes en la Universidad Carlos III de Madrid

● SALUD Y MEDICINA



En los últimos tres meses nos hemos visto inundados por un maremágnum de cifras y conceptos que para la mayoría de nosotros son difíciles de entender o de interpretar: incidencia, prevalencia, tasa de contagio... Hemos vivido momentos de mucha incertidumbre, de baile de cifras, de cambio repentinos en la forma de medir lo que está ocurriendo, y que nos sumen en la inseguridad y nos hace desconfiar de la información que nos llega a través de las autoridades, de la prensa, e incluso a veces, de la comunidad científica. El baile de cifras ha llegado hasta tal punto que muchos grupos de investigación españoles han visto como los cambios en la metodología usada por las autoridades sanitarias en los informes del coronavirus daban al traste con su trabajo.

En los últimos días escuchamos constantemente el término “**exceso de mortalidad**”, y estas líneas quieren poner de manifiesto la importancia de este término a la hora de evaluar el impacto de la COVID-19. Para muchos es el criterio de referencia a utilizar, e incluso se considera la única cifra que permite comparar, de una forma justa, el impacto de la pandemia entre países, comunidades autónomas o municipios.

El exceso de mortalidad es un concepto usado frecuentemente en el ámbito de la Salud Pública y la Epidemiología y hace referencia al número de muertes que ocurren durante una crisis y que superan al número de muertes que se podían esperar en condiciones normales. En concreto, la Organización Mundial de la Salud define el exceso de mortalidad como:

«La mortalidad que es superior a la esperada en una determinada población en una situación de no-crisis, y que por lo tanto es atribuible a las condiciones de dicha crisis.»

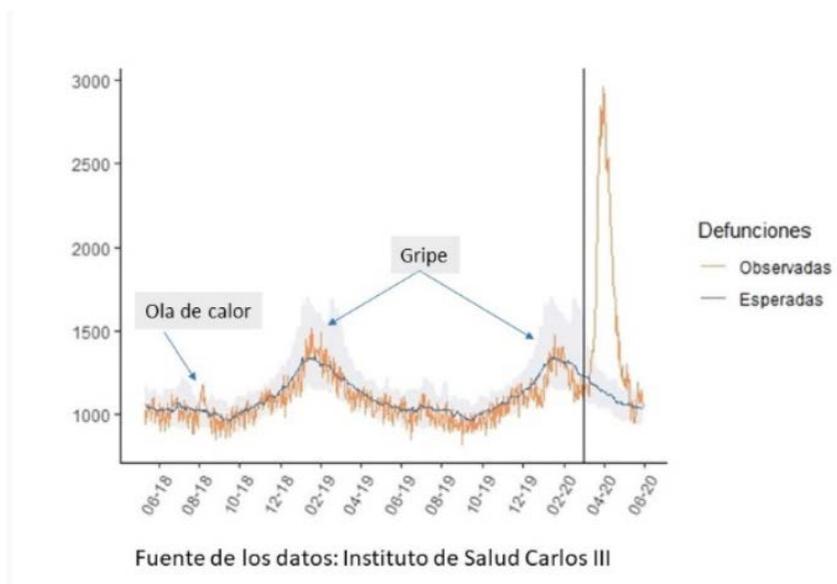
Para calcular el exceso de mortalidad en un periodo determinado miramos al número de personas que han fallecido en ese periodo y las comparamos con la que se esperaban que hubieran fallecido.

***Exceso de defunciones = Defunciones observadas -
Número de defunciones esperadas***

Pero, ¿cómo sabemos el número de personas que se espera que fallezcan en circunstancias normales?, para conseguirlo utilizamos el número medio de fallecimientos durante el mismo periodo en años anteriores (normalmente se utilizan los 5 años anteriores). En la ausencia de una crisis, en general, existe poca variabilidad en el número de años. Observando las defunciones en años anteriores podemos obtener este punto de referencia.

Por ejemplo, el siguiente gráfico muestra el número de defunciones diarias, esperadas y observadas, entre junio de 2018 y Mayo de 2020. Además de las defunciones esperadas, se incluye un “intervalo de confianza” (en gris) que nos indicaría

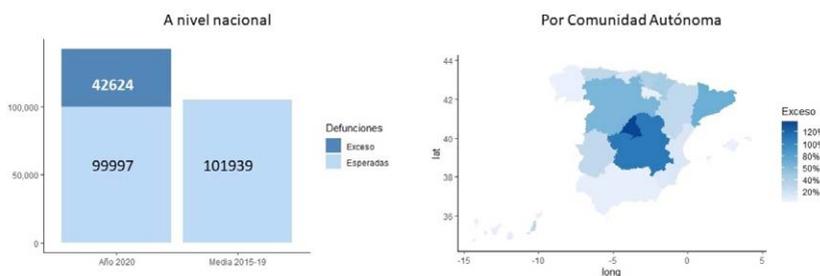
los límites razonables donde se podría mover la mortalidad (ya que asociada a cualquier estimación hay una incertidumbre que ha de ser tomada en cuenta). Vemos claramente como en otras situaciones hay incrementos en la mortalidad, algunos esperables, como los debidos a la gripe, y otros no tan predecibles, como son los debidos a las olas de calor que sufrimos ocasionalmente. Sin embargo, el incremento sufrido entre marzo (el inicio señalado por la línea vertical) y mayo de este año es algo sin precedentes.



Sin embargo, la fiabilidad de los datos diarios es cuestionable por varias razones: cambios de criterio en cuanto a al recuento, retrasos en los registros civiles, etc., por lo que quizás es más ilustrativo y menos susceptible a críticas estudiar el exceso de defunciones en un periodo más amplio. Ahora que ya han

pasado casi tres meses desde el inicio de la pandemia, empezados a tener un marco temporal más fiable. Miremos, por ejemplo, el periodo entre marzo y mayo de 2020 que comprende los meses más críticos de la epidemia. En este caso, el exceso de mortalidad se calcula como:

**Exceso de defunciones Marzo-Mayo 2020 =
Defunciones observadas Marzo-Mayo 2020 - Número
medio de defunciones Marzo-Mayo (2015 a 2019)**



Fuente: Instituto de Salud Carlos III

En este periodo, a nivel nacional, el exceso de defunciones es del alrededor del 45% sobre las que eran esperables. En algunas comunidades autónomas como la Canarias, Baleares, Galicia o Andalucía el exceso no ha llegado al 10% sobre lo esperado, mientras que en otras como Madrid o Castilla La Mancha el número de fallecidos ha sido más del doble de lo esperado.

Una característica de la medida del exceso de mortalidad es que no distingue entre la gente que murió por el virus, "muertes directas", y las "muertes indirectas" causadas por los daños colaterales de la interrupción masiva en el sistema sanitario, y

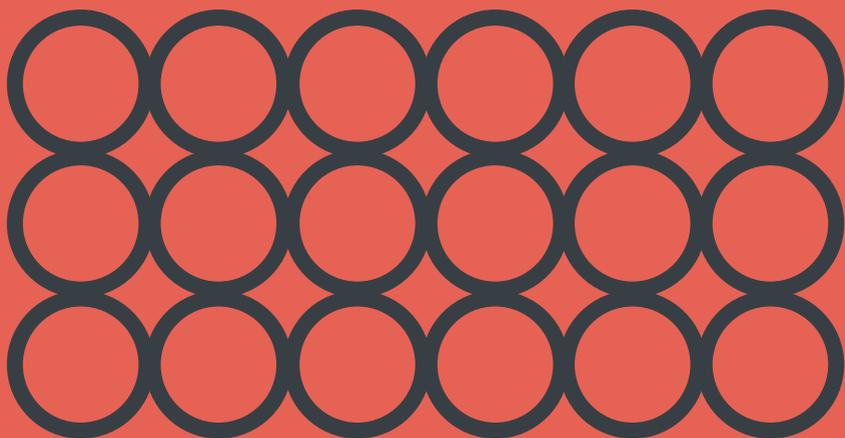
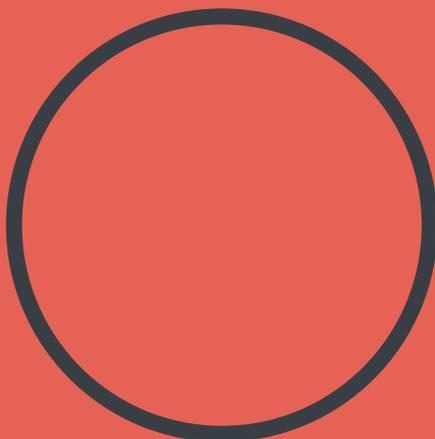
como resultado de la reticencia de muchas personas a ir al médico o al hospital (se estima que un 25% del exceso de mortalidad es debido a causas indirectas). Hay muchas voces del mundo de la política que no quieren atribuir estas muertes indirectas al COVID-19, pero hay que mirar los efectos de la COVID-19 en un ámbito más extenso, más allá de la causa de muerte en el certificado de defunción. Sobre todo, por la valiosa información que esta distinción nos está ofreciendo: si el exceso de muertes directo continúa subiendo, indicaría que son necesarias medidas más duras para controlar el virus, o que las medidas tomadas hasta ahora deberían prolongarse. Sin embargo, si lo que incrementa son las defunciones indirectas, esto puede sugerir que medidas de confinamiento han de relajarse o que las autoridades han de tomar medidas para asegurar que cualquier persona enferma por cualquier causa reciba tratamiento médico.

La buena noticia es que a finales de mayo las cifras de defunciones han vuelto a los márgenes de lo esperable y que en los próximos meses tendremos a nuestra disposición información mucho más fiable. Si dejamos de utilizar los datos para justificar nuestras decisiones o defender nuestros errores y los ponemos realmente al servicio de nuestra sociedad, nos daremos cuenta de que tenemos en nuestra mano una valiosísima fuente de información que nos puede permitir tomar decisiones más informadas y acertadas en el futuro, confiemos en así sea.

**Pachi Fernández
García**

**José Ángel
Palacios Merino**

El resistir de los
más vulnerables



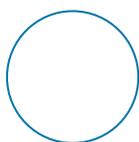
Pachi Fernández García  

Director Ejecutivo de Siete Estrellas - SocialMente

José Ángel Palacios Merino 

Coordinador de Comunicación y Fundraising de la ONG Grandes Amigos

● ECONOMÍA, CIENCIAS SOCIALES, JURÍDICAS Y HUMANIDADES



Si por algo se caracteriza el ser humano es por su gran capacidad de resiliencia. Momentos trágicos de la historia nos han demostrado que podemos enfrentarnos, adaptarnos y sobrevivir a casi cualquier situación, por compleja que parezca.

La crisis mundial sanitaria que estamos viviendo, provocada por la COVID-19, ha ido configurando una realidad diferente y casi distópica, en la que hemos pasado de lo coyuntural a lo estructural, viendo como nuestro día a día se alteraba de forma significativa.

No hace falta caer en la hipérbole para reconocer la gravedad de la situación que estamos viviendo. Y es fácil comprender que aquellos grupos sociales y colectivos más desfavorecidos, o menos preparados, pueden haber sido los más impactados y perjudicados. Pero ¿están la infancia y los adultos mayores entre esos colectivos?

EL “SUPERPODER” DE LA INFANCIA

En **Siete Estrellas – SocialMente** llevamos más de 20 años trabajando con miles de niños, niñas y jóvenes en general, y con situaciones de exclusión en particular. Por ello, creemos que la respuesta a la pregunta que se plantea en este artículo es un no en general, y sí en particular.

Los niños y las niñas han sabido adaptarse a la nueva realidad desde el primer momento y también en las diferentes fases por las que hemos transitado. Se les ha prohibido salir de casa, ver a sus amigos y jugar con ellos, encontrarse con otros familiares no convivientes, ir al colegio, ... y pese a todo ello, el niño y la niña han mantenido su vitalidad, sus ganas de jugar, sus ganas de aprender, sus ganas de vivir y disfrutar del momento presente.

Pero junto a este “*superpoder*” de superar circunstancias no deseadas, no podemos obviar el acompañamiento que ha desarrollado la familia en este proceso que, más allá de sus dotes de “profesorado en funciones”, ha aportado la necesaria urdimbre afectiva para que el día a día se desarrollase sin un impacto emocional grave para los niños y las niñas.

Sin embargo, toda generalización conlleva un error intrínseco, natural, estadístico, por lo que hay casos en los que situaciones ajenas al niño han impedido que esta nueva situación se haya desarrollado con menor impacto para ellos. Nos referimos, como siempre ocurre, a los niños de aquellos hogares con menos recursos o en situación de exclusión social, bien porque ya estuvieran en esta situación, bien porque les ha sido sobrevendida a causa de la crisis.

Para muchos niños y niñas la privación del contexto socializador de la escuela les ha privado además de la posibilidad de una alimentación asegurada. Evidentemente, en estos menores las repercusiones de esta crisis sanitaria y social se han visto agravadas por su situación de exclusión, que ha acrecentado la brecha social en la que ya vivían instalados.

Pese a todo ello, durante estos meses hemos visto en nuestro trabajo diario con menores en situaciones de vulnerabilidad social esa misma vitalidad, esas mismas ganas de jugar, de aprender, y en definitiva, de ser niños y niñas, pese a todo y a todos. En los diferentes proyectos que **Siete Estrellas – SocialMente** desarrolla por todo el país hemos visto a niños y niñas afrontar su día a día con ilusión y, una vez más, todo nuestro equipo de profesionales ha aprendido de la infancia una nueva lección.

¿Y CÓMO HA AFECTADO LA COVID-19 A LAS PERSONAS MAYORES?

La forma en que las personas mayores han sido tratadas durante la crisis de la COVID-19 es un termómetro para analizar cómo ha actuado la sociedad ante el virus y cómo este ha afectado a la población mayor.

La falta de reconocimiento de la diversidad de las personas mayores, en edades, perfiles, estilos de vida, preferencias o necesidades es parte de la discriminación por edad, un reto ético que arrastramos como sociedad y que ahora ha emergido al negar recursos sanitarios que podían salvar la vida de mayores y

dependientes, así como la desprotección que este colectivo ha experimentado desde diferentes residencias.

Lo vivido estos meses debería servir para que toda la sociedad, desde los poderes públicos y privados, a la ciudadanía, erradique de una vez la infravaloración de la vida y de los derechos de las personas mayores, tanto en esta crisis como en el trato diario que reciben -y que recibiremos todos al envejecer si no lo cambiamos ya-.

El confinamiento, aunque necesario para salvar vidas, también está teniendo sus consecuencias. Por ejemplo, la pérdida de movilidad y autonomía física en personas que antes no eran dependientes y a partir de ahora lo serán. El abandono obligado del poco o mucho ejercicio físico que hacían antes de la pandemia ha empeorado la salud de bastantes mayores, un segmento poblacional donde ha calado el miedo a salir. Generar confianza desde ya, garantizando la seguridad en la vuelta a los paseos y a las actividades cotidianas fuera de casa -lo cual es responsabilidad de todos- resulta clave para revertir cuanto antes estos efectos del aislamiento en su salud. Así lo estamos comprobando en los reencuentros presenciales entre mayores y voluntarios/as de Grandes Amigos.

Las personas mayores han tenido que soportar un impacto emocional muy negativo. No ha sido fácil saberse las principales víctimas del virus y escuchar durante las 24 horas del día noticias sobre muertes y contagios en ciudadanos de edades parecidas, temer el estar solos si enfermaban o les pasaba algo... Más de 2 millones de mayores viven en hogares unipersonales.

Este contexto podía agravar los factores de riesgo de la soledad: pérdida de autoestima, ansiedad, depresión, deterioro cognitivo, hipertensión, daño del sistema inmunológico, enfermedades cardiovasculares, incluso mortalidad temprana.

Así que era -y sigue siendo- fundamental contener emocionalmente, facilitar que las personas mayores tuvieran apoyo afectivo y compañía, una voz amiga a la que pedir ayuda, pero a la vez compartir buenos momentos, alguien de confianza con quien desahogarse, evadirse o distraerse del “monotema”. Y, aunque fuera a distancia, en Grandes Amigos hemos contribuido a conseguirlo. Entre otras medidas, hemos puesto en marcha un proyecto de acompañamiento afectivo telefónico para personas de toda España (900 22 22 33), que seguirá funcionando tras la crisis. En esta acción, además, ha colaborado la Fundación Mutualidad de la Abogacía poniendo el servicio a disposición de sus mutualistas de más de 65 años.

¿Y cómo se sienten las personas mayores? Pues, en lugar de que otros hablen por ellas, les hemos preguntado directamente. En concreto hemos realizado un **seguimiento específico** a más de 500 de las casi 1.000 personas mayores que acompañamos telefónicamente. Y, a pesar de todo lo anterior, el 87% afirma encontrarse con “buen estado de ánimo”. No solo eso, sino que casi 7 de cada 10 muestran un nivel de preocupación bajo o moderado ante la COVID-19, como reflejan nuestras estadísticas.

VOLUNTAD POLÍTICA E INVERSIÓN SOCIAL

Todas las crisis afectan más severamente a los menos favorecidos, a los más excluidos, a los que tienen menos

oportunidades. Es por ello que las autoridades deben velar más que nunca por un marco de protección sólido y profesional que sepa intervenir en aquellos ámbitos y colectivos en desventaja social para generar oportunidades. Ahora más que nunca la inversión social en alimentación, educación social, atención psicosocial, compensación de las desigualdades, etc., debe ser más contundente y decidida.

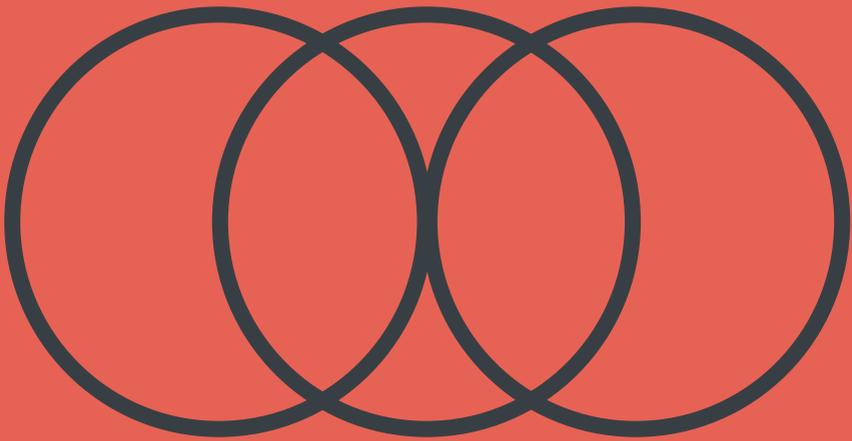
En la mano de las administraciones, como garantes de los derechos de la ciudadanía, y en las nuestras propias, como profesionales de la intervención social, está la responsabilidad y la oportunidad de que esta crisis global no se vuelque injustamente con los más desfavorecidos, especialmente con la infancia y las personas mayores.

En definitiva, pese a todo, las personas mayores, así como los niños y niñas, nos están explicando con su comportamiento el significado de la palabra resiliencia.

Han demostrado ser un ejemplo de cómo relativizar y valorar las cosas realmente importantes de la vida, dándonos lecciones de prudencia y disciplina a la hora de cumplir las medidas de seguridad y no bajar la guardia durante el desconfinamiento.

**Dra. Victoria
Ortega Benito**

Ser, estar y servir:
una abogacía
comprometida





La crisis Covid, con sus impactos brutales a todas las escalas y sus cambios de paradigmas, ha situado a las naciones y sus sociedades ante un escenario inédito en el que, en tres meses, han tenido que responder con los recursos a su alcance, con más incógnitas que certezas y al abrigo de un Estado de Derecho que en el mundo -como alertaba Naciones Unidas a principios de este mismo año- se está “erosionando”, convocando a las democracias a los mayores esfuerzos para su protección.

Es una llamada global, ante una amenaza global y una incertidumbre global, ensanchada por la pandemia, que nos medirá ante los grandes desafíos colectivos de nuestro tiempo, llámense desigualdades, sostenibilidad, tecnologías, educación, inclusión o derechos humanos.

La justicia es una pieza estratégica en este proceso, máxime cuando la crisis ha extendido sus tentáculos más allá del ámbito estrictamente sanitario, alcanzando de lleno y con virulencia extrema territorios altamente sensibles como el económico o el social, donde el Derecho juega un papel insustituible como

vertebrador de sistemas, de relaciones, de confianzas y de convivencia, la clave de bóveda que sostiene a las sociedades libres y a las democracias plenas.

De nuevo, ante una crisis sin precedentes y sin finales nítidos en el horizonte, la justicia vuelve a ser la *conditio sine qua non* será imposible pensar, no ya en salidas rápidas y más o menos solventes de esta coyuntura, sino sobre todo responsables, ecuánimes e inteligentes. Sin duda, el mejor reconstituyente para un Estado social y democrático de derecho y todo lo que se refugia a su amparo. Así lo entiende la Abogacía Española, cuyas instituciones, desde los Colegios a los Consejos de la Abogacía, han venido desempeñando un papel activo, sensato y tan leal como exigente en todo este tiempo de crisis, alineada con el llamamiento a la responsabilidad colectiva invocada por todo el sector profesional español, en el sentido de actuar desde sus instituciones “*con solidaridad, conciencia, cooperación y prudencia*” y de alejarnos de todo “*desgaste improductivo*” que nada aporta, alivia ni construye. Y nuestra justicia necesita ahora, quizá más que nunca, apoyo, reformas y voluntad para edificar desde el consenso las mejores respuestas.

Así lo ha entendido la Abogacía Española desde el principio de esta crisis, y así, fiel a lo que representa y al legado de siglos de historia acompañando a la sociedad, se ha venido mostrando en todo este tiempo voluble y complejo. Tocaba ser Abogacía en su más pura esencia y lo hemos sido. Tocaba estar a la altura y lo hemos estado. Y tocaba servir a la sociedad en un momento difícil para ella y para la profesión, lo que hemos hecho centrifugando esfuerzos y sumando compromisos.

Aquí no cabía la cuestión hamletiana de si ser o no, teníamos que **SER** esa Abogacía que siempre se ofrece y eleva su mirada ante los problemas, la que quiere y defiende el Estado de Derecho, la que exige esa defensa, quien la conoce y ejerce, la Abogacía que cualifica la justicia porque es también justicia, porque forma parte de ella y porque, sin nuestra profesión, las fronteras de lo justo se diluyen y los ecosistemas jurídicos se deshidratan en derechos y libertades. Por eso nuestra labor ha seguido siendo esencial desde que se decretó el estado de alarma. Por eso fuimos los primeros en reclamar cuanto antes una recuperación paulatina de la actividad judicial, como al principio lo fuimos también a la hora de exigir la suspensión de actos y plazos procesales en todo el territorio nacional. Por eso la justicia gratuita ni ha hibernado ni se ha confinado, prestándose por unos profesionales extraordinarios en un ejercicio emocionante de pasión y compromiso. Y por eso, conscientes también del nuevo ciclo al que nos dirigía esta crisis, hemos sido la mejor versión de la Abogacía transformadora: la que planteó intensificar el uso de medios tecnológicos como piedra angular de las medidas de urgencia para paliar el efecto Covid en la justicia; la que hace apenas un año se preparó con un nuevo Portal de Servicios de la Abogacía, cuyo acceso a sus servicios durante la crisis ha aumentado un 150%, como además lo ha hecho en un 220% el número de nuevos usuarios; o la que, también hace un año, puso en marcha la Biblioteca Digital de la Abogacía, alcanzado hoy los 7.500 usuarios registrados con acceso -ilimitado durante la pandemia- a más de 15.000 documentos disponibles.

Como decía, tocaba **ESTAR** a la altura y la Abogacía no ha faltado a la cita. Hemos estado apoyando, defendiendo y

amparando a los profesionales del Turno de Oficio, bien exigiendo la asistencia telemática al detenido y a las víctimas de violencia de género, bien reclamando las máximas garantías sanitarias en su labor, o incluso facilitándoles material profiláctico en un contexto crítico en cuanto a disponibilidad y suministro, mientras en paralelo conseguíamos la normalización del calendario de pagos del Turno, un servicio público que requiere -y así lo demandamos- de mayores recursos.

También exigimos estar donde se toman decisiones que atañen a la justicia y a la profesión, y allí estamos, llevando la voz de la Abogacía a la Comisión de Coordinación de la Justicia del Ministerio de Justicia, a las Comisiones de Seguimiento de los TSJ, en la elaboración del Plan de actuación de agilización de la justicia tras el estado de alarma o al grupo de trabajo del CGPJ para colaborar en el diseño e implantación de un plan de choque para la justicia post estado de alarma. Lo importante es que estamos en esos foros para proponer y demandar medidas procesales y sustantivas beneficiosas para la justicia y para nuestra profesión, con una presencia activa, propositiva, constructiva y exigente, defendiendo siempre el interés del ejercicio, de nuestros profesionales, del servicio público de la justicia y de los derechos y libertades de los ciudadanos.

Esta implicación es la que permitió que el RD-Ley 16/2020 incorporase muchas de las propuestas que habíamos planteado, como la forma de efectuar el cómputo de los plazos procesales y la ampliación del plazo para recurrir, la redistribución de asuntos y cargas entre juzgados para evitar colapsos, o la fijación de un orden de preferencia en la tramitación de determinados

expedientes y procedimientos, como en los relativos a Derecho de Familia, al social o al concursal, en tanto que ámbitos especialmente afectados en un contexto de especial gravedad como el que vivimos. O que el CGPJ, al igual que la fiscalía, en línea con nuestros argumentos, finalmente recomendase limitar las vistas en agosto y comunicar los señalamientos antes del 15 de junio, así como, en relación con las vacaciones de jueces y magistrados este año, instar a que se utilice como criterio, en primer lugar, la concentración en el mes de agosto del periodo de disfrute de sus vacaciones, para poder intensificar en los meses de julio y septiembre la celebración de juicios y comparecencias. O las medidas adicionales que hemos sugerido implementar para aliviar la sobrecarga de asuntos generados por la crisis, desde el fomento de la mediación o el arbitraje, a facilitar la segunda oportunidad, la redefinición de figuras como la cláusula rebus o resolver la problemática detectada, en el ámbito de la asistencia jurídica gratuita, con motivo de las diferencias generadas entre el salario mínimo y el IPREM.

Y, desde luego, teníamos que estar con la profesión, acompañándola y asistiéndola. Por ello hemos desarrollado diversas acciones informativas y divulgativas específicamente centradas en el Covid, desde una web monográfica a un *Manual para abogados y abogadas* o una *Guía de protección ante la COVID-19* para facilitar una vuelta segura a los juzgados. Por ello hemos multiplicado esfuerzos para ofrecer online más información, servicios y formación (p.ej. *Conferencias Especial Covid*). Y por ello, sensibles a la especial naturaleza de nuestra profesión y a las dificultades a las que se enfrentan muchísimos compañeros y compañeras, hemos exigido medidas de apoyo a nuestro sector y a nuestros profesionales autónomos. Algunas

se han acordado (p.ej. flexibilización del acceso a la prestación por cese de actividad de los autónomos, exoneración de pagos a la Seguridad Social para empresas que se acojan a ERTes, moratoria en el pago de las cuotas hipotecarias o de las cotizaciones para los autónomos, etc.). Otras, como la equiparación de autónomos RETA a mutualistas en las ayudas al pago de cuotas o de apoyo a su actividad, se vienen implantando en algunas CCAA (Madrid, Andalucía, Navarra, Castilla y León, Cantabria o Extremadura), aunque reclamamos su extensión a toda España para asegurar un trato igualitario y justo. Y allí donde consideramos que ha habido normas discriminatorias en el trato, allí las recurrimos, como ha hecho el Consejo Valenciano de Colegios de Abogados (CVCA) presentando una demanda contra el Decreto del Consell de ayudas a los autónomos durante el estado de alarma, por no incluir a los abogados/as mutualistas.

Proteger al sector de actividades jurídicas, que representa el 1% del PIB español, debería ser una absoluta prioridad, máxime cuando en la cumbre empresarial celebrada recientemente se reclamaba para nuestro país estabilidad y seguridad jurídica, cuando el INE ya ha confirmado un desplome del 5,2% de la economía española en el primer trimestre de este año, o cuando la recesión a finales de 2020 en España podría estar entre 8% pronosticado por el FMI y el 15,1% en el peor de los escenarios proyectados por el Banco de España.

En este contexto crítico, una Abogacía Española plenamente operativa, organizada, dinámica, digitalizada y rindiendo al máximo se ha volcado para **SERVIR** y trabajar en múltiples iniciativas de mejora de nuestra justicia y de nuestras

prestaciones. Desde la firma de un convenio con el Ministerio de Política Territorial para que los abogados/as puedan tramitar documentación de extranjería por vía telemática, a nuestra reciente incorporación al CTAJE (Comité Técnico Estatal de la Administración Judicial Electrónica), a la firma de un *Manifiesto por una recuperación económica sostenible*, al impulso del IV *Simposio Tribunales y Mediación* organizado por GEMME (Grupo Europeo de Magistrados por la Mediación España), al apoyo a la abogacía amenazada desde el *Observatorio Internacional de la Abogacía en Riesgo*, a la reagenda del examen de acceso a la Abogacía que quedó suspendido por la declaración del estado de alarma y que finalmente se celebrará online el 4 de julio, a la liberación que reclamábamos de internos de todos los CIEs o a la presentación de un plan de choque para agilizar la política de extranjería, a velar siempre por las mejores prácticas deontológicas y la ética profesional, a impulsar nuestro *Registro de Impagados Judiciales* -el primer y único fichero de solvencia negativa basado en resoluciones judiciales firmes- que en su primer año de vida ya ha gestionado 9,8 mill.€ de deuda, o a formar parte de la Comisión ministerial que dará forma de anteproyecto a una histórica reivindicación de nuestra profesión, la Ley de Derecho de Defensa, que podría situar a España a la vanguardia mundial en materia de protección de derechos de los ciudadanos ante la justicia.

Y todo ello sin dejar de mirar nunca a Europa, el proceso colectivo más estimulante y audaz de la historia contemporánea de nuestro continente, estrechando lazos de colaboración con las Abogacías europeas y siguiendo y difundiendo las decisiones de las instituciones comunitarias adoptadas durante la crisis Covid, además de trabajar con ellas en sus iniciativas, como en la

consulta que la Comisión Europea está realizando para conocer la situación del Estado de Derecho en los Estados miembros. Europa, además de la ONU, también tiene interés en este asunto.

En todo caso, superar el estado de alarma no significa, ni mucho menos, superar una crisis que deja tras de sí efectos devastadores, ni eliminar las terribles consecuencias que ha sufrido una justicia que ya venía muy castigada por déficits históricos. El primero de ellos, no contar aún con un Pacto de Estado para su reforma integral, estable y duradera que, inexplicablemente, sigue pendiente desde la Transición.

Mientras llega, esas consecuencias que sí han venido con la pandemia necesitarán con urgencia remedios adicionales, empezando lógicamente por un incremento exponencial de recursos económicos que den cobertura a las múltiples necesidades que se le acumulan a nuestra justicia. Como se requerirá también de un nuevo marco legislativo que estimule, refuerce y amplíe el uso de las tecnologías en la justicia y en los procesos donde sea posible, garantizando siempre la integridad de principios esenciales para el derecho de defensa como la oralidad, la intermediación, la contradicción o la publicidad. Como se precisarán, desde luego, numerosas medidas organizativas, sin olvidar entre ellas las que refuercen la especialización y la justicia de proximidad (los partidos judiciales juegan un papel vertebrador de primer orden en la España que envejece y se vacía) o las que inyectarán más eficacia en la gestión de señalamientos y plazos procesales, con el fin de evitar faltas de puntualidad, retrasos difícilmente justificables, excesivas suspensiones, agendas infernales o señalamientos imposibles de cumplir. Y como se hará indispensable impulsar, además, otras

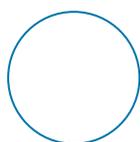
medidas complementarias y procesales, bien para corregir la exasperante lentitud e ineficacia en la ejecución de sentencias en todos los órdenes jurisdiccionales, bien para facilitar la conciliación de la vida personal, familiar y laboral -que en nuestra profesión está muy castigada- mediante las reformas puntuales de la LOPJ, de la LECrim y de la LEC que hemos planteado, bien para redefinir el régimen actual de las costas procesales para que no sea un obstáculo para el acceso a la justicia, o bien medidas concretas en prácticamente todos los órdenes y ámbitos jurisdiccionales: en el civil, en la Ley de Jurisdicción Voluntaria, en el Derecho de Familia, en los métodos de resolución extrajudicial de conflictos, en cuanto a las víctimas de accidentes de circulación y al sistema de valoración de daños y perjuicio, en el penal, en el contencioso-administrativo o en el social.

Frente a este panorama, si la justicia no está en la agenda de prioridades públicas para salvar esta crisis sin precedentes, será imposible salir de ella. Cuanto más pensemos en nuestra justicia, cuanto más la apoyemos, cuanto más y mejor la dotemos y organicemos, antes y con más fuerza remontaremos. Como defendemos desde la Abogacía Española, nada debería alejarnos de este objetivo.

**Dr. Antonio
López Farré**

¿Influirá la COVID-19
en la edad biológica
de la personas?





Más de un centenar de estudios están en la actualidad investigando distintos aspectos del SARS-CoV-2, con el fin de comprender bien sus peculiaridades para obtener terapias eficaces y medidas preventivas que nos permitan recuperar nuestra vida tal y como la conocíamos antes de la pandemia.

La Fundación Mutualidad de la Abogacía, a través de la Escuela de Pensamiento, y junto a la Universidad Complutense de Madrid, Universidad Carlos III de Madrid y el Instituto Gerontológico pusieron en marcha a comienzos de 2020 un estudio sobre distintos aspectos que determinan la edad biológica de las personas. Ante la irrupción de la pandemia, se decidió incluir aspectos relacionados con la COVID-19 por motivos obvios. Este estudio, denominado Proyecto Aristóteles, se suma así a los esfuerzos globales para combatir al coronavirus y ha sido mencionado recientemente por el **Dr. Antonio López Farré** en una sesión científica celebrada en la **Real Academia Nacional de Medicina**, de la que es miembro como académico correspondiente. Farré, profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), es

además miembro del Consejo Científico de la Escuela de Pensamiento, y en su intervención, destaca el papel que el Proyecto Aristóteles puede tener de cara a facilitar un envejecimiento activo y sano, y a procurar una vida plena a quienes alcanzan edades avanzadas.

Como detalla el doctor Farré en esta sesión científica, el estudio permitirá calcular mejor la edad biológica de las personas, atendiendo a distintos factores como comorbilidades (hipertensión, diabetes) o medicación (anticoagulantes, p.e.). La derivada añadida sobre la COVID-19 incluye estudiar la incidencia cruzada de estos factores, así como de determinados polimorfismos genéticos. Todo ello, estudiado junto a datos de salud de cada persona, como la actividad física que realiza, la edad real, los hábitos alimenticios o el lugar de residencia, se incorporará al proyecto y ofrecerá información de valor para conocer más a fondo el efecto del SARS-CoV-2.

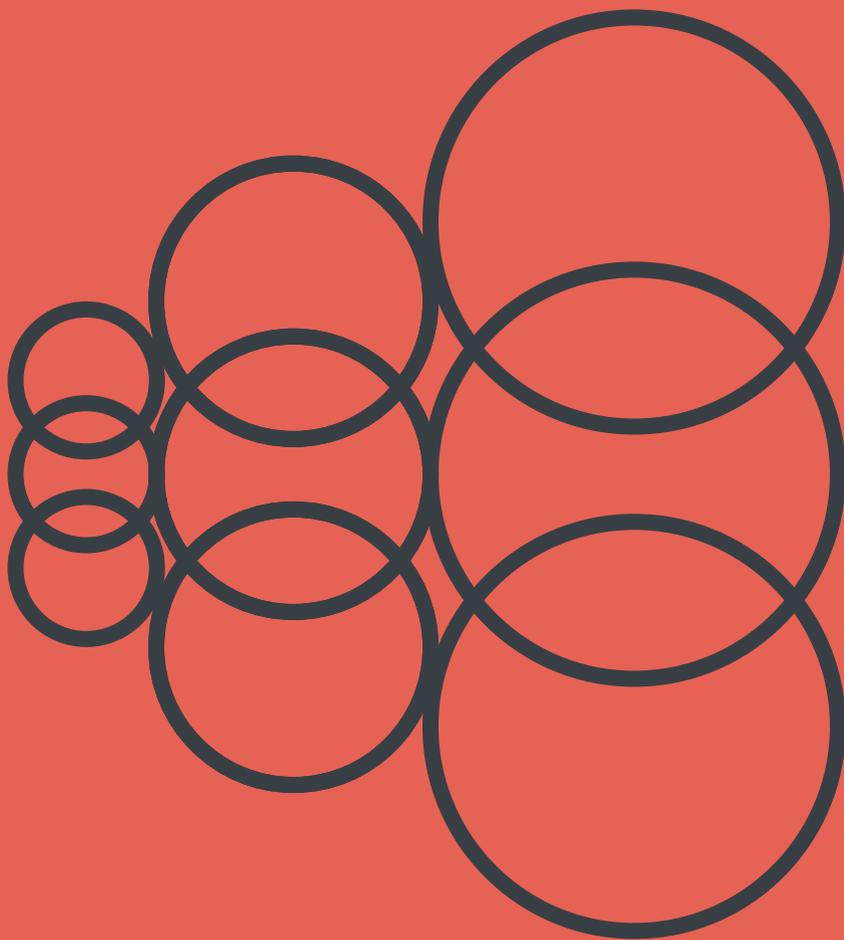
Destacamos, entre las conclusiones que apunta Farré en esta conferencia, que es muy probable la existencia de un componente genético en la evolución de la enfermedad, que cursa de forma tan diferente en cada paciente. Aunque por ahora, son pocos los estudios sobre la implicación genética de la COVID-19.

Video del Dr. Antonio López Farré en la sesión científica de la Real Academia Nacional de Medicina de España.

**Dr. Dr. José Miguel
Rodríguez-Pardo**

**Dr. Fernando Ariza
Rodríguez**

Economía del
Envejecimiento en la
época del coronavirus



Dr. Dr. José Miguel Rodríguez-Pardo

Profesor y Coordinador Académico MCAF UC3M

Presidente Escuela de Pensamiento Fundación Mutualidad Abogacía

Dr. Fernando Ariza Rodríguez  

Director General Adjunto Mutualidad de la Abogacía

Director Escuela de Pensamiento Fundación Mutualidad Abogacía

● ECONOMÍA, CIENCIAS SOCIALES, JURÍDICAS Y HUMANIDADES



La pandemia del coronavirus está provocando un desastre primero en la salud, y después en la economía de todos los países del planeta. Como dijo recientemente el presidente de Francia Emmanuel Macron “Es una conmoción antropológica profunda, hemos detenido medio planeta para salvar vidas: no hay precedentes en nuestra historia”. Es probable que el siglo XXI sea dividido y analizado en dos periodos económicos, antes y después del coronavirus. De hecho la Organización Internacional de Trabajo (OIT), en una primera valoración y dimensión de la catástrofe económica mundial, estima que se van a destruir de forma inmediata en torno a 230 millones de empleos en el mundo.

En términos de variación del PIB, los analistas han simulado diferentes escenarios, así por ejemplo, desde Francia se ha publicado un informe que estima que por cada mes de confinamiento de la población el PIB disminuye el 4%, o Luis de Guindos vicepresidente del Banco Central Europeo (BCE), que considera esta pandemia la peor crisis económica para España desde la Guerra Civil, cree que por cada mes de cuarentena el

PIB se contraerá entre un 2% y un 3%, con el agravante de la elevada exposición de nuestra economía al sector servicios.

La realidad ha confirmado estas previsiones, pues sólo en el primer trimestre la economía española ha registrado una caída sin precedentes del 5,2% por el hundimiento del consumo de los hogares, la inversión y la exportación, no muy lejos de la caída experimentada por otros países de su entorno tales como Francia un 5,8%, Alemania un 5,6% o Estados Unidos un 4,8%. Los empleos en el mes de marzo cayeron en España en más de 303 mil personas respecto al mes de febrero, siendo esta la peor cifra mensual desde que hay registros. En el medio plazo, el Fondo Monetario Internacional (FMI), estima que para España la caída del PIB será a diciembre de 2020 del 9%, alcanzando una tasa de desempleo del 21%,. Además de la caída del empleo y del PIB se estima un crecimiento del endeudamiento del 20% del PIB y ya se leen pronósticos que dicen que a mitad de la década el déficit público llegará al 200% del PIB.

Pese a estos catastróficos datos, son varios analistas económicos los que consideran que la recuperación no tendrá forma de “L” (el peor de los escenarios), “V”, “U”, o incluso de “W”, sino que será más similar a la figura conocida como “curva Nike”. Puesto que en esta crisis el sector privado está más saneado que en la crisis anterior de 2008, el propio FMI estima una vuelta a la senda del crecimiento del entorno al 5% en 2021, siendo hasta 2023 cuando como pronto no se recupere el nivel previo a la pandemia.

EL CAPITALISMO DE ESTADO Y LA ECONOMÍA SOCIAL

La escritora y periodista Naomi Klein, sostiene que las consecuencias de la crisis no deberían pagarlas las clases medias tal como ya sucedió en la crisis de 2008, y advierte que “existe el riesgo cierto de que gobier nos y multinacionales aprovechen la ocasión para crear más desigualdades e injusticias¹”.

Puesto que los gobiernos e instituciones pueden limitar de manera permanente los derechos civiles de los ciudadanos con la excusa del control epidémico, corremos el riesgo de que caminemos hacia una sociedad de vigilancia bajo el amparo del Estado protector, que será quien garantice como último recurso la resiliencia de la sociedad cuando el seguro no llegue a garantizarla o las finanzas no puedan atender los impagos.

Puesto que los gobiernos van a intervenir masivamente en los mercados financieros y reales, entramos en la era de lo que ya se conoce como “capitalismo de Estado” , lo que supone, tal como sostiene el economista francés Giraud, dar por finalizado el neoliberalismo de los años 80 del siglo pasado al haber sometido el derecho a la lógica de la propiedad privada, destruyendo en consecuencia parte del Estado de Bienestar, incluido los servicios públicos sanitarios. Es posible que este nuevo escenario sea incompatible con la democracia y el derecho, y recuerda el propio Giraud que el liberalismo del siglo XVIII buscaba defender las libertades frente a la tiranía de la ley.

1. Ver entrevista en el diario Huffington Post de 10 de abril de 2020 en Naomi Klein: [La crisis del coronavirus es una oportunidad para construir otro modelo económico.](#)

La mayor intervención pública y la expansión del gasto, supone en cierto modo una vuelta al Keinesianismo como única forma posible para que la economía real salga de una crisis similar a la de la Gran Depresión de los años 30 del siglo pasado. Podemos por tanto dar quizá por concluido el modelo capitalista desenfrenado de Occidente en periodo 1980-2020, caracterizado por las políticas de austeridad que han marcado los presupuestos comunitarios europeos, y remontándonos en el tiempo el fin de la mano invisible de Adam Smith.

Tenemos por tanto ante nosotros un nuevo paradigma, pues los pilares de la economía social serán la protección del bienestar del ciudadano y del medio ambiente. Este New Deal requiere, como dice Naomi Klein, de la participación de todos los agentes sociales y la sociedad en general al contrario de lo que lo que sucedió con la crisis financiera de 2008. En definitiva, lo comunitario, lo solidario y la necesidad de ayuda mutua en todos los aspectos de la economía - desde la deuda europea mutualizada hasta las nuevas formas de ayuda solidaria a nivel de barrio - serán las características de la nueva economía.

La conocida como triple cuenta de resultados (beneficio, personas y planeta), que comenzaba a generalizarse en la industria socialmente responsable, se verá intensificada después de la crisis. De hecho, ya en 2013, el premio Nobel de Economía Robert J. Shiller decía en relación con los periodos de guerra, que “el efecto a largo plazo podrían ser unas instituciones políticas y económicas más redistributivas de los ricos a los pobres y con mayor preocupación por los marginados sociales y los ancianos”.

Respecto al papel de la Unión Europea, este debería salir fortalecido en sus instituciones políticas y fiscales. Sin embargo, si no se transita por la vía de la cooperación y la mutualización, el euro puede verse comprometido en su futuro. En esta línea de pensamiento, el propio Papa Francisco en el Domingo de Resurrección, expresó su preocupación ante la crisis y falta de consenso a la hora de aprobar un mecanismo conjunto de ayudas para superar la emergencia, y reclamó a la Unión Europea que deje al lado las rivalidades y le egoísmo para combatir el virus, recordando que después de la Segunda Guerra Mundial, Europa pudo resurgir gracias a un auténtico espíritu de solidaridad que le permitió superar las rivalidades del pasado.. Por último pedía que este momento de peligro nos sacara del piloto automático, sacudiera nuestras conciencias dormidas y permitiera una conversión humanista y ecológica que termine con la idolatría del dinero y ponga la dignidad y la vida en el centro, reclamando un mecanismo de solidaridad internacional que se materialice en la condonación de la deuda para los países pobres y la relajación de las sanciones internacionales.

En este sentido, Rafael Domènech - analista de BBVA Research- también afirma que “el bienestar mundial será mucho mayor si los países optan por la cooperación, la ayuda y la solidaridad y por compartir información y avances científicos en lugar de hacerlo por la autarquía y la confrontación. Y es que existe un riesgo real de aumento del nacionalismo cuando aumenten las tasas de desempleo, los salarios se vean reducidos y aumenten las deudas con hacienda, la seguridad social y las entidades financieras”.

Para evitar estos riesgos, el filósofo esloveno Slavoj Žižek² „ cree que “el virus ideológico beneficioso es pensar en una sociedad alternativa, más allá del Estado-Nación, una sociedad que busque nuevas formas de solidaridad y cooperación”. Piensa que el coronavirus es el golpe definitivo contra el capitalismo³.

EL FIN DE LA DESLOCALIZACIÓN Y LA VUELTA A LA REINDUSTRIALIZACIÓN DE LOS PAÍSES DESARROLLADOS

Occidente en el proceso más intenso de la pandemia ha puesto de manifiesto que al no disponer de tejido industrial propio, no ha podido hacer frente a los suministros sanitarios que demanda la pandemia. Esta situación ha hecho reflexionar a los gobiernos occidentales sobre si debe producirse una reindustrialización de sus sectores estratégicos, con un replique de la cadena de suministros hoy por hoy deslocalizada. De llevarse a cabo se produciría un detrimento de la posición de China e incluso India como proveedor mundial.

Esta visión la defiende, entre otros, el economista francés Gaël Giraud, quien además advierte que podemos estar ante una depresión económica terrible que puede durar hasta 10 años, y donde el sur de Europa debe reindustrializarse levantando un tejido industrial destruido por la globalización – por ejemplo una fábrica de mascarillas que podía producir millones de unidades localizada en – Bretaña cerró en 2018 -, .

2. En su nuevo libro ensayo: *Pandemia Covid 19, el virus que estremece al mundo*.

3. Ver [Pandemia. COVID-19: el virus que estremece al mundo, Žižek](#).

Giraud recuerda también que la Revolución Industrial del siglo XIX se hizo bajo un elevado proteccionismo, y por tanto, para mitigar la previsible recesión propone aplicarlo mediante unas tasas verdes contra el dupling social, tasas que por ejemplo se apliquen sobre productos que han servido para la deforestación y la destrucción de la biodiversidad⁴.

Ante este enfoque, la reacción de China condiciona la toma de decisiones de las economías occidentales. Así por ejemplo, en el caso español la industria representa el 14% del PIB, lejos del 20% que se fijó como objetivo el gobierno en el año 2000. La vuelta por tanto a las producciones industriales nacionales, además de mover el tablero geoestratégico de las grandes potencias económicas mundiales, significaría para los países en vías de desarrollo una vuelta a la pobreza y precariedad al no poder ser suministradores de productos de poco valor añadido a Occidente, agravando en consecuencia la desigualdad del planeta y convirtiéndose en un aliciente para iniciar procesos masivos de emigración de consecuencias que no podemos valorar.

Si se imponen las visiones nacionalistas bien por parte de los Estados o bien nivel de Europa, habrá que medir muy bien sus consecuencias, pues el bien común de Europa no debería ser nunca un acelerador de las desigualdades e insolidaridad con otras zonas del planeta.

4. Ver Giraud: [Europa tiene que ser algo más que la Costa Azul de la burguesía de Shanghái](#)

LA RECONCILIACIÓN CON LA NATURALEZA

Donde no parece haber debate acerca de la sociedad que tendremos en la etapa post-coronavirus, es el modo en el que nos relacionaremos con la naturaleza, pues el ser humano ha tomado conciencia de su vulnerabilidad y de que la protección del planeta es parte del escudo de su supervivencia, como también lo será la mayor conciencia por la salud individual, la alimentación saludable o la seguridad laboral entre otros.

Algunos estudios relacionan el incremento de enfermedades infecciosas recientes tales como COVID-19, Ébola o SARS entre otras con la pérdida de la biodiversidad y la destrucción de ecosistemas del planeta⁵, por lo que ahora tenemos la gran ocasión de reconciliarnos con el maltrato que los seres humanos hemos hecho durante muchos años sobre el planeta.

En este sentido, el reputado sociólogo norteamericano Jeremy Rifkin, nos advierte que la actividad humana ha generado diversas epidemias y pandemias porque hemos alterado el ciclo del agua y el ecosistema que mantiene el equilibrio del planeta, y va más allá cuando dice que “estamos ante la amenaza de una extinción y la gente ni siquiera lo sabe”⁶. Más allá de la veracidad o no de estas hipótesis, lo que no hay lugar a dudas, es que el urbanismo de las megaconcentraciones con tan alta densidad de población puede haber contribuido a la propagación del virus.

5. Ver artículo de Nature de 2010 de Natasha Gilbert: [Más especies significa menos enfermedades.](#)

6. [The Conversation 22-4-2020.](#)

SECTORES GANADORES

Las megatendencias de la nueva economía nos apuntan a sectores o servicios que se van a ver fortalecidos o incluso que nacerán al amparo de la nueva forma de vida de distancia social o al menos desconfineda sólo parcialmente; estas son:

La telemedicina: Las consultas por telemedicina se verán incrementadas de manera muy considerable. Tal es así que por ejemplo el caso de Teladoc Health -servicio de telemedicina más grande de los EEUU- ha aumentado en un 50% el nivel de servicio en las primeras semanas del confinamiento y está agregando miles de médicos a su red. El teletrabajo y automatización del trabajo: El teletrabajo puede ser la primera fuerza laboral del mundo en pocos años. Un informe de McKinsey Global Institute en 2017, estimó que en la próxima década el 60% de los trabajos (30% de las tareas clave) podrían ser automatizados, esto afectaría en 2030 a unos 400 millones de trabajadores. Compras on-line: Sirva de ejemplo China, donde buena parte de ciudadanos de pequeñas y menos prósperas ciudades han comenzado a comprar on-line, o Italia donde las transacciones por comercio electrónico han aumentado un 81% desde finales de febrero. Biotecnología y robótica: Las grandes Big Tech verán fortalecer su modelo de negocio sobre todo en el manejo y análisis de datos de rastreo de la salud, asunto no exento de polémica, monitorizando a los individuos en sus desplazamientos. Durante el confinamiento además de ver incrementar su negocio, estas firmas están recopilando datos sobre nuestros hábitos, lo que les puede abrir la puerta para entrar en sectores no habituales como la salud o las finanzas.

- La educación a distancia, ocio por internet, servicios financieros y de seguros que no requieran inspección física para su contratación.
- Productos y servicios relacionados con la ciberseguridad

La gestión empresarial también debe ser reenfocada a la nueva economía. Según McKinsey esta debe actuar en cinco etapas: resolución, resiliencia, retorno, reinversión y reforma tanto para abordar la crisis como para enfrentarse al nuevo orden económico. De esta forma los sesgos cognitivos, basados en la intuición y la experiencia son particularmente peligrosos en la gestión y propuesta de valor del negocio.

GENERACIONES Y COLECTIVOS MÁS AFECTADOS

La mortalidad ya ha afectado con severidad a muchos países, pero además, esta se ha manifestado de manera diferencial por generaciones afectando más a las de mayor edad, por sexo afectando a los hombres más que a las e incluso, en Estados Unidos, se ha observado que la pandemia ha afectado más a afroamericanos que a blancos quizá motivado no tanto por una cuestión de raza sino probablemente por el hecho de que estos ciudadanos suelen vivir en zonas más contaminadas y por lo tanto con mayores problemas de respiración, lo que supone una desventaja a la hora de afrontar la pandemia.

Advertimos que esta nueva situación puede aflorar brotes de xenofobia en algunas sociedades, existiendo por tanto el riesgo real de que los migrantes ya residentes o en proceso de

migración sean los primeros en ser expulsados de los sistemas económicos de los países desarrollados y afectados por la crisis,. De hecho, muy probablemente aumentarán los controles en las fronteras. Si esto fuera así puede producirse además un aumento de las infecciones en los países originarios de los emigrantes deportados, lo que sería un drama en el caso de África donde los sistemas sanitarios son muy precarios o a penas inexistentes.

Los primeros afectados por la crisis económica, en España los menores de 34 años han sido los peores parados, pues esta cohorte poblacional representa el 25% de los asalariados y en cambio en el mes de marzo de 2020 representaron el 53% de los despidos de lo que ha sido la mayor destrucción de empleo de la historia de España, 68.500 trabajadores al día. Los jóvenes pueden por tanto encontrar motivos para la protesta social al encadenar dos crisis en 12 años, siendo en este caso la generación Z la más perjudicada en el acceso al mercado de trabajo.

Por sectores, los más golpeados por la crisis, son aquellos de bajo valor añadido, como hostelería, comercio o construcción y no así el sector público. No olvidemos además que el reducido tamaño de las empresas españolas provoca que estas tengan una menor capacidad de resistencia respecto de sus homólogas del centro de Europa (96% del censo empresarial son pequeñas empresas).

LA ECONOMÍA DEL ENVEJECIMIENTO DESPUÉS DE LA PANDEMIA

La población más afectada por la pandemia en términos de mortalidad en España han sido sin lugar a duda las personas mayores. Se trata de una enfermedad cuyo impacto no tiene precedentes en los últimos 100 años, donde los fallecidos a nivel mundial ya están cerca de los 300.000, si bien no puede aún ser comparadas con la mortalidad de la gripe Española donde fallecieron unos 50.000.000 de personas de enero de 1918 a diciembre de 1920. Si nos remontamos más en el tiempo la peste Negra del Siglo XIV provocó el fallecimiento de 75 millones de personas entre 1331 y 1353.

No debemos de perder la perspectiva de las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que anuncian que para 2050 la población mayor de 60 años alcanzará los 2.000 millones (el 22% de la población), frente a las cifras actuales de 900 millones (el 12% de la población).

Si bien entendemos que el edadismo propio de la sociedad del siglo XX debe dejar paso a otra forma de entender el proceso de envejecimiento en la nueva visión del mundo que nace después de la pandemia, estedeseo está lejos de ser una realidad. Los grandes perdedores en la mortalidad han sido los ancianos, vivieran en domicilio o en residencias. En la fase de desconfinamiento no parece que vaya a ser mejor, la asimilación de persona mayor a colectivo vulnerable a limitar al menos temporalmente los movimientos, derivará en una contracción del consumo forzada y evitando todo gasto no esencial.

En Italia el 14 de abril, en las medidas de desescalada consideraban que la población mayor de 70 años, será junto con los enfermos crónicos los últimos en retomar la actividad cotidiana. En Italia el 70% de los fallecidos tenían entre 70 y 90 años. Misma intención la ha manifestado el gobierno británico 5 días después.

Este encapsulamiento de los ancianos puede tener efectos psicológicos devastadores. La secretaria de Estado de Salud de Italia Sandra Lampa afirma que si hubiera que resolver un dilema de la “bolsa o la vida” (economía o salud), los perdedores no pueden ser otra vez los ancianos. En cualquier caso, confiemos aún que no necesariamente haya que elegir entre economía y salud

Los geróntólogos recomiendan denunciar el edadismo del desconfinamiento por edad y que esconde un cierto paternalismo mal entendido, el aislacionismo del anciano agrava el problema de la soledad de la tercera edad, además es necesario recuperar la actividad física. A modo de ejemplo La Fundación Pilares por Autonomía Personal recomienda caminar diariamente entre 30 y 45 minutos como elemento preventivo de patologías cardiovasculares, osteoarticulares, respiratorias, musculares...

La salida a la pandemia en opinión de Rafael Ortí, presidente de la Sociedad de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene nos llevará a situaciones vitales propias de hace 20 años, es decir

una vida sin tantas aglomeraciones y un ritmo más pausado, una vida más natural como la de nuestros abuelos⁷.

Al contraerse el consumo, el ahorro por tanto aumentará, otra circunstancia es si se recupera el patrimonio perdido por el desplome del valor de la inversión desde que se inició la pandemia. El aumento de deuda pública de cada país, unido a unos tipos de interés bajos y un repunte de la inflación deriva en que el ahorro de los particulares en activos vean como pierden valor real salvo que tengan componente asegurado, lo que hace más vulnerable al segmento senior pues ve cómo se desvalorizan sus ahorros, además se estima que el precio de la vivienda se reducirá un 15%, a 20% el patrimonio inmobiliario y mobiliario del pensionista

Por otro lado, los Baby Boomers que hoy tienen entre 50 y 60 años han visto cómo ya se ha destruido su fortuna, lo que les hace más vulnerables para afrontar su jubilación. Necesitan aumentar sus ahorros por lo que su gasto en consumo se deprimirá.

Como sucedió en la crisis financiera de 2008, los jubilados en España al tener la pensión garantizada no parece que vayan a sufrir el impacto de esta nueva tragedia económica, tan solo tendremos que valorar si la recaudación fiscal del gobierno al caer dramáticamente la actividad económica permitirá actualizaciones de las pensiones al IPC, se estima una pérdida de ingresos fiscales de unos 40.000 millones de euros

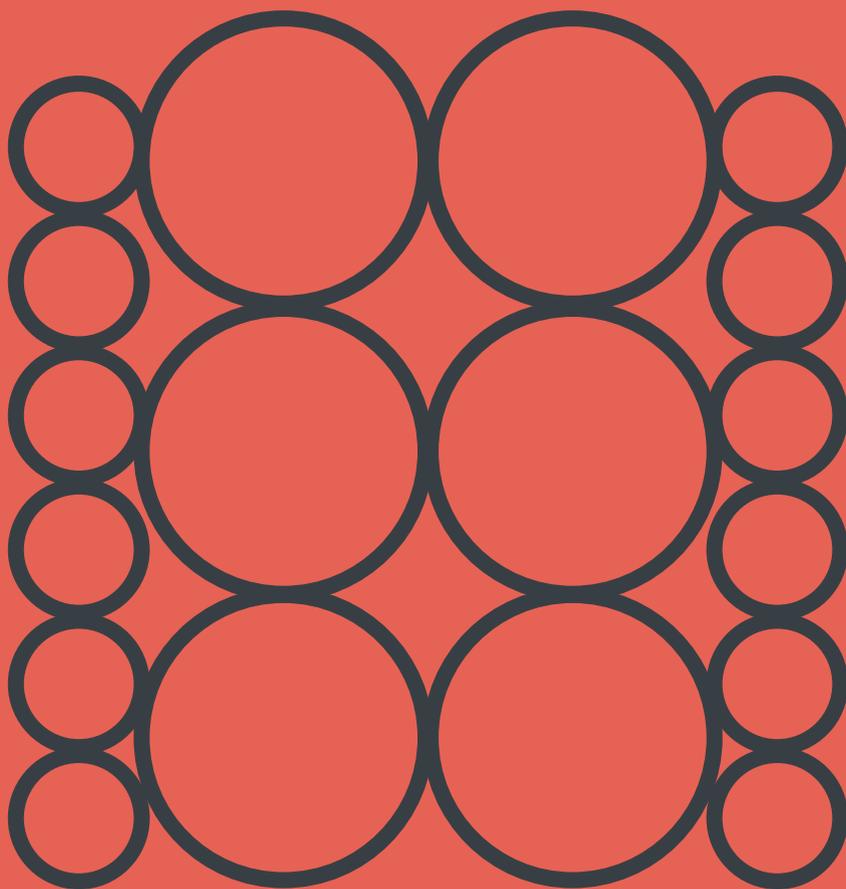
7. Ver [Nius 19-4 2020](#).

Veremos como de nuevo los jóvenes buscaran amparo económico y habitacional en sus padres que actuarán como cojín social, a pesar del sacrificio en vida, en aislamiento prolongado y como dice la escritora Elvira Lindo “hay una especie de arrogancia del que está vivo frente al que no está, del que es más joven hacia el más viejo”⁸.

8. Ver Elvira Lindo: [Debemos empezar a ver a nuestros mayores sin superioridad](#)

**Dr. Fernando Ariza
Rodríguez**

El futuro del sector
asegurador en la era
postCovid



Dr. Fernando Ariza Rodríguez  

Director General Adjunto Mutualidad de la Abogacía

Director Escuela de Pensamiento Fundación Mutualidad Abogacía

● ECONOMÍA, CIENCIAS SOCIALES, JURÍDICAS Y HUMANIDADES

Artículo de opinión publicado en el número de julio de 2020
de la revista Aseguranza



La conmoción sanitaria, económica y social de la COVID-19 implicará un cambio radical en las actuales formas de movilidad, conectividad, habitabilidad, trabajo, ocio, consumo y ahorro entre otras.

Ante este cambio en nuestras prioridades, hábitos y comportamientos, el seguro, como principal actor de la resiliencia de una sociedad, también se verá transformado. De forma inmediata se ha visto alterada la suscripción de pólizas, la siniestralidad, los riesgos asumidos, la cuenta de resultados y la situación de solvencia. Pero sería un error analizar el impacto de la COVID-19 sólo bajo este enfoque cortoplacista, y es que los cambios estructurales que estamos viviendo como sociedad provocarán que algunas tendencias de transformación del sector se vean acentuadas, y algunas otras se vean al menos alteradas.

TECNOLOGÍA

Tras la COVID-19 surge un nuevo ecosistema del riesgo entorno a la tecnología que sin duda transformará las organizaciones y el seguro en los próximos años. Y es que ante las nuevas formas de

trabajo las coberturas de ciberriesgos eclosionan; la inmediatez exigida por el cliente y la necesidad de optimizar los procesos provocará que los robots, la inteligencia artificial o la tecnología blockchain encuentren por fin su lugar en la industria; las insurtech facilitarán economías de escala permitiendo su consolidación definitiva; la telemática y la personalización de la oferta gracias al Big Data y al IoT facilitará que el seguro conectado sea lo habitual y no lo excepcional en ramos tan tradicionales como autos, hogar, vida o salud.

BIENESTAR Y LUCHA CONTRA LA DESIGUALDAD

El colapso de nuestro sistema sanitario y asistencial, unido a los ingentes recursos movilizados por el Estado para hacer frente a la situación de emergencia nacional por la COVID-19, nos debe hacer repensar el estado de bienestar o, al menos, tal como ahora lo concebimos, pues la distribución de los recursos públicos debería, en todo momento, garantizar unas prestaciones y servicios mínimos vitales a todos los ciudadanos, sin excepción.

Esta realidad, unida a la creciente preocupación de las familias por asegurar su bienestar futuro, acrecienta la urgencia de que sea el sector asegurador quien, mediante una oferta diferencial que tenga en cuenta los nuevos patrones de demanda, consumo y ahorro, canalice y complemente esta protección mínima vital del Estado, y sirva de red de seguridad familiar a lo largo de todo el ciclo vital, incluso en situaciones sobrevenidas como esta crisis, muy especialmente en ámbitos tan esenciales como la salud o el ahorro previsional y precautorio.

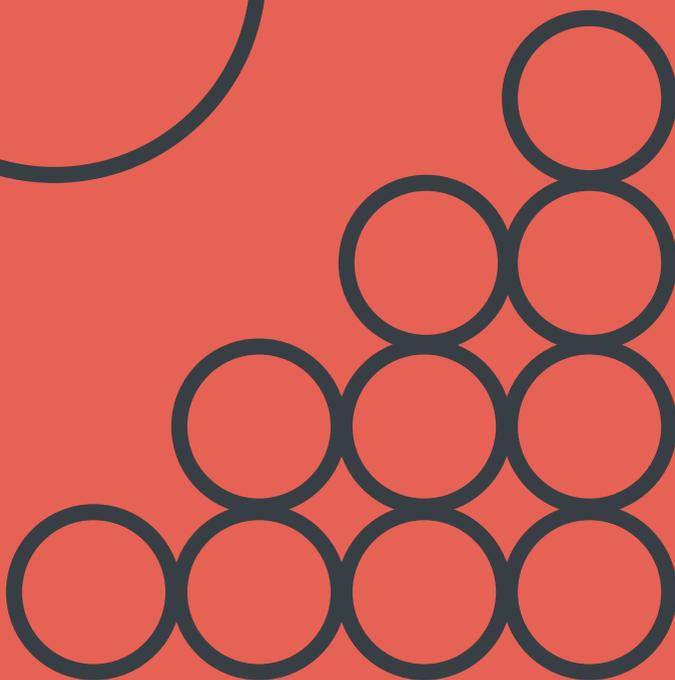
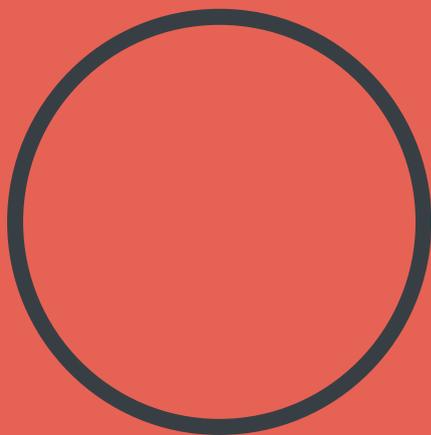
ESTRATEGIAS GANADORAS

En tiempos de pandemia se hace aún más urgente abordar de forma coordinada y multidisciplinar los grandes desafíos de las sociedades del Siglo XXI tales como los retos tecnológicos y digitales, el cambio climático, el envejecimiento poblacional o la lucha contra las desigualdades. Ante esta nueva realidad, si el sector asegurador quiere seguir siendo actor principal, deberá reconsiderar sus prioridades estratégicas, pues algunas que eran necesarias, ahora son urgentes, y otras, que no estaban en la hoja de ruta, ahora deberán ser protagonistas. Estas estrategias pasan por conseguir organizaciones flexibles, transparentes, con valores, y dejar de ser un mero proveedor de pólizas para convertirse en un instrumento que proporcione prevención, acompañamiento, seguridad, servicio y bienestar a los asegurados y sus familias.

Pero no veamos estos cambios como algo negativo. La nueva sociedad postCovid será sin duda más tecnológica, sostenible, saludable y solidaria, y en la medida en que el riesgo de vulnerabilidad se ha manifestado en todos los estratos sociales, la nueva economía mutua, razón de ser del seguro, se abrirá paso como un nuevo modelo económico de sostenibilidad, solidaridad, cooperación y progreso.

Albert Jané

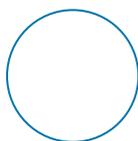
Hacer frente
al edadismo



Albert Jané  

Miembro del Consejo Joven de Fundación Mutualidad Abogacía y Vicepresidente del Comité Ejecutivo del Grupo de la Abogacía Joven de Barcelona

● ECONOMÍA, CIENCIAS SOCIALES, JURÍDICAS Y HUMANIDADES



Como es bien sabido el Consejo de Ministros, en fecha 9 de Junio de 2020 ha aprobado remitir a las Cortes Generales el Proyecto de Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia, que trata de dar respuesta a la obligación de protección de las personas menores de edad establecida en la Convención sobre los Derechos del Niño, (adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y ratificada por España en 1990), en el artículo 3 del Tratado de Lisboa y en el artículo 39 de la Constitución Española.

Lejos de intentar resumir y detallar las principales novedades que el proyecto de Ley introduce, queremos centrarnos en la nueva regulación que se da a los delitos de odio, incorporando la edad como causa de discriminación, tanto sobre niños, niñas y adolescentes, como sobre las personas de edad avanzada e incluyendo la aporofobia y la exclusión social de estos tipos penales.

En resumen, se incluye el **edadismo**, entendido como la discriminación por razón de edad, y la **aporofobia**, entendida

como la discriminación a las personas pobres o desamparada, como agravantes genéricos (art. 22 Código Penal) y, específicamente, en el delito de odio (art. 510 y siguientes Código Penal).

En primer lugar, cabe reseñar que el tipo penal de ODIO únicamente incluye aquel tipo derivado de una **violencia directa (DISCRIMINACIÓN o violencia directa)** y excluye el **odio extra-penal (INTOLERANCIA o violencia cultural)** que deriva de actuaciones violentas indirectas que suelen ser, indudablemente, más sutiles. Evidentemente, las actuaciones tipificadas en el Código Penal como delito de odio deben ser erradicadas de cuajo de nuestra sociedad, pero siempre respetando el principio de “ultima ratio” del derecho penal.

Sin embargo, la mayoría de situaciones de **intolerancia** (violencia cultural extra-penal) son las que realmente generan y perpetúan situaciones de desigualdad con vocación de permanencia en nuestra sociedad. En consecuencia, a mi entender, las medidas penales que pretendan erradicar cualquier desigualdad deben llevar aparejadas ciertas medidas de tipo educativo que permitan impregnar a toda la sociedad. Si la medida es únicamente penal, algunos comportamientos de violencia directa pasarán a formar parte de la violencia cultural, pero no se extinguirán de la sociedad.

El riesgo que puede correr el legislativo al no emprender dichas medidas de tipo no penal es que pueda parecer que las reformas instadas, únicamente sobre el Código Penal, tengan una voluntad más electoralista que de una verdadera transformación de la sociedad.

En segundo lugar, con la incorporación de edadismo en el código Penal podrán surgir ciertas situaciones que podrán ser consideradas discriminatorias y objeto de cierto agravante por discriminación. Me refiero principalmente a las discriminación en la atención sanitaria, exacerbada, sin lugar a duda, por el efecto COVID-19. En estos casos se podrían dar situaciones muy extrañas y que determinadas conductas sanitarias pudieran ser subsumidas sorprendentemente en el tipo penal.

En tercer lugar, las residencias de ancianos, las guarderías y colegios deberán ser más escrupulosos en el cumplimiento de todo tipo de normativa, pero en todo caso deberán tener un programa de cumplimiento normativo penal que permita detectar aquellas conductas penalmente reprochables, con el riesgo claro de incremento de su responsabilidad.

Finalmente, si hablamos de los delitos de odio no podemos dejar de intentar apreciar la línea divisoria con la libertad de expresión. Sin duda la libertad ideológica y la libertad de expresión son y deben ser baluartes de nuestro estado de derecho, sin embargo no pueden dar cobertura al menosprecio y al insulto contra personas o grupos que generen sentimientos de hostilidad contra ellos.



ESCUELA DE PENSAMIENTO

FUNDACIÓN MUTUALIDAD ABOGACÍA
WWW.ESCUELADEPENSAMIENTO.ORG

