

JUZGADO DE 1a INSTANCIA E INSTRUCCIÓN No 05 DE LEGANÉS

Pza. de la Comunidad de Madrid, 5 , Planta 2 - 28912 Tfno: 913307575
Fax: 913307493

43005690

NIG: 28.074.00.1-2020/0003376 **Procedimiento: Diligencias previas 479/2020** Delito:
Del homicidio y sus formas

Querellante

[REDACTED]

Querellado:

[REDACTED]

AUTO NÚMERO 477/2021

EL/LA JUEZ/MAGISTRADO-JUEZ QUE LO DICTA: [REDACTED]

Lugar: Leganés

Fecha: 13 de julio de 2021.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO: En fecha 28 de Mayo de 2020 fue turnada a este Juzgado Querrela Criminal interpuesta por la Procuradora [REDACTED], en nombre y representación de los 11 querellantes que se reflejan en el encabezamiento de la misma, por la que se solicitaba la apertura de Diligencias penales ante la posible comisión, por parte de los querellados, de los delitos de HOMICIDIO IMPRUDENTE, LESIONES IMPRUDENTES, OMISIÓN DEL DEBER DE SOCORRO, TRATO DEGRADANTE Y PREVARICACIÓN.

Mediante Auto de 17 de Agosto de 2020, se acordaba, por parte de este Instructor, INADMITIR A TRÁMITE LA QUERRELLA CRIMINAL interpuesto por LA Procuradora [REDACTED], en nombre y representación de los querellantes [REDACTED]

[REDACTED]

por no ser los hechos relatados en la misma constitutivos de ningún tipo de infracción penal, procediéndose, en consecuencia, al archivo de la presente causa.

SEGUNDO: Contra dicha resolución recurrió en apelación la parte querellante, oponiéndose al recurso el Ministerio Fiscal mediante Informe de 1 de Octubre de 2020. Elevadas que fueron las actuaciones a la Audiencia Provincial de Madrid, y correspondiendo por reparto el conocimiento de dicha apelación a la Sección 23, bajo el número 1056/2020, la misma dictó Auto en fecha 5 de Noviembre de 2020, estimando parcialmente el recuro de apelación interpuesto, y acordando “dejar sin efecto la inadmisión s los efectos de practicar las diligencias a las que se refiere la presente resolución y las que la Juez de Instrucción, en su caso, considere necesarias, declarando de oficio las costas de este recurso”.

TERCERO: En cumplimiento de lo marcado por nuestra Audiencia Provincial, se han practicado las referidas diligencias de investigación, con el resultado obrante en autos. Asimismo, y mediante Auto de 13 de Abril de 2021, se declaraba “ LA NECESIDAD DE AMPLIAZIÓN DEL PLAZO DE INSTRUCCIÓN POR OTROS 6 MESES MÁS, a contar desde la fecha de la presente resolución, y sin perjuicio de nuevas prórrogas que puedan acordarse”.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO: Con carácter previo a analizar el resultado de las diligencias de investigación que se han practicado en la presente causa penal, en orden a determinar su prosecución o no, hemos de partir de lo marcado por nuestra Audiencia Provincial de Madrid, Sección 23, en Auto de 5 de Noviembre de 2020, en el que se deja palmaria constancia de que “vaya por delante que respecto de la Presidenta de la Comunidad de Madrid y los consejeros de la citada Comunidad Autónoma contra los que se dirige el escrito de querrela, el recurso ha de ser desestimado, ya que es necesario señalar que es la Sala de lo Civil y Penal de los Tribunales Superiores de Justicia la competente, según el art. 73.3 a) y b) de la LOPJ, para la instrucción y enjuiciamiento de las causas penales; 1o Que le atribuya el correspondiente Estatuto de Autonomía. Pues bien normalmente los Estatutos atribuyen a esta Sala las causas penales contra: 1) Presidente y consejeros de Gobierno de la Comunidad Autónoma (sin perjuicio de que en alguna ocasión se atribuya a la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo) y 2)Parlamentarios de la Comunidad Autónoma (suele decirse por los delitos cometidos en el territorio de la Comunidad, mientras que si el delito se comete fuera de ella la competencia corresponde al Tribunal Supremo) En relación a lo anterior, El estatuto de Autonomía de la CA de Madrid, en el artículo 25.I establece que la responsabilidad penal del Presidente del Gobierno, Vicepresidentes y de los Consejeros será exigible ante la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo. No obstante, la de los Vicepresidentes y Consejeros para los delitos cometidos en el ámbito territorial de su jurisdicción será exigible ante el Tribunal Superior de Justicia de Madrid; 2 Ante las Salas correspondientes de los

mismos Tribunales, será exigible la responsabilidad civil en que dichas personas hubieran incurrido con ocasión del ejercicio de sus cargos”. En definitiva, concluye la Audiencia Provincial, para los mencionados querellados no es competente el Juzgado de Instrucción que conoce de las presentes Diligencias Previas, como tampoco lo es esta Audiencia Provincial. Se confirma, de esta forma, la inadmisión de la querrela frente a los mismos.

Respecto del resto de los querellados frente a los que la Audiencia Provincial ordenó seguir adelante con la instrucción, debemos partir de su enumeración y de su posición en esta investigación. Se trata de [REDACTED], director de la Residencia ARALIA SERVICIOS SOCIO- SANITARIO-PARQUE DE LOS FRAILES, [REDACTED], directora de la Residencia AMAVIR-EL ENCINAR, [REDACTED], directora de la Residencia DOMUS VI-LEGANÉS y [REDACTED], Directora de la Residencia VITALIA HOME- LEGANÉS, a los que posteriormente se añadieron otros dirigentes de esta última residencia, en concreto [REDACTED]

Pues bien, y respecto de los mismos, tal y como se exponía ya en el Auto de 17 de Agosto de 2020, del relato de hechos contenidos en el escrito de querrela no se deduce la existencia de indicios racionales de criminalidad que hayan de dar lugar al inicio de un procedimiento penal, tal y como pretenden los querellantes. En efecto, lo que se describe en la querrela es, en primer lugar, la dolorosa situación por la que han atravesado treinta y dos familias en relación a familiares suyos que han enfermado, y, en algunos casos fallecido, durante la pandemia por COVID-19 que afecta a nuestro país, de manera públicamente conocida, desde el pasado mes de Marzo de 2020. Sin embargo, de tal descripción de desgraciados acontecimientos, así como de la que se hace posteriormente sobre los pasos seguidos por las Residencias socio-sanitarias existentes dentro de la Comunidad de Madrid para responder a dicha situación de alarma social no se desprende, a los ojos de este Instructor, indicio alguno de la comisión de uno o varios ilícitos.

En primer lugar, se pretende englobar en una misma situación fáctica los casos de los treinta y dos querellantes, cuando del propio relato de la querrela se desprende la existencia de esenciales diferencias entre ellos. Cumplidas las exigencias de instrucción marcadas por la Audiencia Provincial de Madrid, y recabadas todas y cada una de las historias clínicas de dichos residentes, familiares de los hoy querellantes, así como el tratamiento médico-asistencial que recibieron durante la explosión de la pandemia, en el mes de Marzo de 2020, se confirma que, en efecto, y aunque todo lo relatado parece referirse a la situación generada por la interrupción del virus bautizado por la OMS como COVID-19 en nuestro país, la situación de cada uno de ellos fue diferente, así como su propio punto de partida y posterior evolución, de manera que, incluso, nos encontramos con que en varios de los casos descritos no se habla ni de sintomatología compatible con dicha infección, ni menos aún de prueba de diagnóstico positiva de la misma.

En efecto, y comenzando por los residentes de **LOS FRAILES:** [REDACTED]

[REDACTED], la última de las cuales afortunadamente no falleció en la época de los hechos.

Pues bien, comenzando por [REDACTED], tenía 87 años cuando falleció, habiendo dado positivo en covid. Ingresó en la residencia con múltiples patologías, entre ellas, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, HVI ligera e incontinencia urinaria, sin capacidad de deambulación y siendo portadora de sonda vesical permanente. Es el día 6 de Abril de 2020 cuando ingresa en el Hospital Universitario Severo Ochoa por fiebre y deterioro de su estado general. En el parte de ingreso se habla de “mujer de 87 años, derivada desde su residencia por disminución de su actividad habitual desde hace 48 horas, acompañado hoy de fiebre, dificultad en la deglución y desaturación”. Es entonces cuando se le realiza una PCR con resultado positivo en COVID, objetivando a través de una resonancia que presenta neumonía biltateral difusa compatible con Covid-19. Tras varios días de discreta mejoría la tarde del 30 de Abril de 2020 requiere de nuevo de oxigenoterapia a alto flujo, falleciendo la madrugada del día 1 de Mayo. Es, por tanto, cierto, que la citada paciente fallece por COVID, pero también lo es que recibió asistencia hospitalaria hasta su fallecimiento y que ya presentaba un cuadro médico complejo antes de su infección e ingreso.

En el caso de [REDACTED], se trata de una residente de 86 años que

entró a vivir en la citada residencia en el año 2019, presentando entonces un cuadro de hipertensión esencial, trastorno depresivo, deterioro cognitivo, de origen degenerativo primario (Alzheimer) o mixto (vascular y degenerativo), con crisis comicial aislada, osteoporosis, queratosis seboirrea, hipercolesterolemia pura y enfermedad isquémica crónica cerebral de pequeño vaso grado II. EL 20 de Marzo de 2020 tiene un episodio de vómito, se le toman las constantes y se la deja en observación- Al día siguiente se la encuentra decaída, por lo que se da aviso al médico que le pauta tratamiento tras su exploración. EL 24 de Marzo se pone la residencia en comunicación con el Servicio de Geriátria del Hospital Universitario Severo Ochoa, exponiéndoles el caso de Juliana, indicándoles desde el hospital que no es una paciente derivable, por lo que debe mantenerse en la residencia con oxigenoterapia. Ese mismo día es trasladada a la unidad de aislamiento. Se mantiene contacto con Geriátria por los brotes de agresividad que presenta la paciente, y desde el hospital pautan la medicación y el tratamiento a seguir. El día 26 de Marzo empieza a presentar picos de fiebre y agitación, quitándose las gafas nasales todo el rato. Escupe la medicación y la comida y se muestra muy agitada. La médico de Geriátria del hospital insiste en mantener la pauta de hidratación. Se le colocan muñequeras para conseguir tratarla y se le coloca el día 28 mascarilla de oxígeno pediátrica. En analítica presenta alteración en niveles de sodio. Pese a las muñequeras sigue arrancándose el oxígeno y la vía y no cesa de dar patadas. El mismo día 28 presenta cuadro de adormilamiento y mal estado general. El día 30 de marzo, la Médico de Geriátria del Hospital, tras ser informada, manifiesta que la paciente está ya para cuidados paliativos que empiezan a serle administrados, con aumento de la morfina

paulatinamente. Fallece el día 9 de Abril. Nunca se le hizo la prueba para COVID ni mostró sintomatología compatible o común de tal infección.

Finalmente, [REDACTED]. Se trata de una paciente de 87 años que ingresa en la residencia Los Frailes en el año 2010, con cuadro de diabetes mellitus, demencia de perfil mixto, deterioro cognitivo probable demencia posiblemente mixta leve-moderada, carcinoma de mama y trastorno ansioso depresivo. El 17 de Abril de 2020, aunque se presenta asintomática, se le pone en aislamiento por posible contacto con covid. Presenta algo de tos, pero nada de fiebre, y buen estado basal. Una vez cumplido el periodo de 14 días de aislamiento sin síntomas, el día 30 de Abril se le da el alta. El 18 de Mayo le realizan PCR de control y sale positivo. Nuevo aislamiento. En PCR de 4 de Junio de 2020 vuelve a dar positivo. Sigue sin síntomas, afebril y con buen ánimo y sigue siendo tratada de sus restantes patologías, fundamentalmente de la diabetes, con controles glucémicos y ajustes de la alimentación. Varios episodios de hipoglucemia y agitación, probablemente por el aislamiento. El 19 de Junio de 2020, en la tercera prueba PCR que se le practica, por fin se obtiene resultado negativo. Sigue en residencia a día de hoy. Nunca precisó de ingreso hospitalario, puesto que siempre estuvo asintomática, con estabilidad en su estado basal, sin fiebre, y sin problemas respiratorios. Recibió asistencia médica y auxiliar en la residencia para todas sus patologías.

La situación de las tres pacientes de la Residencia LOS FRAILES, es completamente distinta, como también lo fueron sus necesidades asistencias y su evolución.

Otro tanto de lo mismo puede decirse respecto de los familiares de querellantes de la **Residencia AMAVIR-EL ENCINAR**. Estamos hablando de [REDACTED]

Comenzando por [REDACTED], se trata de una paciente de 84 años con patologías previa, más concretamente con Alzheimer, insomnio, depresión, osteoporosis. Diagnóstico de infección por covid pasada (PCR negativa, serología IgG e IGM positiva). Infección respiratoria no condensante con covid 19 pasado. La derivan de la residencia por pérdida de fuerza, de visión y afasia de 15 minutos de duración. Deterioro del estado general en relación con lo previo. Es derivada al Hospital Severo Ochoa el 20 de Abril de 2020, donde fallece dos días más tarde, siendo la causa fundamental del fallecimiento: infección por COVID 19 ya pasada confirmada por serología. Aun así, sí que fue derivada al hospital ante el empeoramiento de su situación basal.

En el caso de [REDACTED], se trata de una mujer de 92 años con deterioro cognitivo severo y enfermedad de Alzheimer. Pasa de cama a sofá y de sofá a cama. Desde el 30 de Marzo empiezan a observarla más detenidamente por síntomas de decaimiento e ingesta irregular de alimentos. Sin fiebre. El 7 de Abril empeora su estado basal y el Hospital Universitario Severo Ochoa no autoriza su traslado por no cumplir los requisitos marcados por protocolos Comunidad de Madrid (gran dependiente y deterioro cognitivo severo). Por la Mutua privada sus familiares consiguen que sea trasladada al Hospital Quirón de Alcorcón. Según informe de Quirón salud llega a ese Hospital el día 7 de Abril de 2020, con deterioro del estado general, malestar y decaimiento. ITU con mala evolución. Ingresa sin fiebre y con buenos

niveles de saturación. A su llegada desaturación importante. Se le practica resonancia con resultado no determinante. Se decide ingreso por situación de pandemia. Tras su exploración el diagnóstico es de deterioro estado general, fallo renal e hipernatremia. Fallece el día 8 de

Abril en el citado Hospital de Alcorcón sin que nunca se le llegue a practicar prueba PCR ni haya diagnóstico de positivo en Covid.

También fue residente de AMAVIR-EL ENCINAR [REDACTED]. Se trata de una paciente de 92 años con deterioro cognitivo severo grave y dependiente para todo. Desde su ingreso en residencia en el año 2017 presentó numerosos episodios de infecciones respiratorias de repetición e infecciones del tracto urinario. El 28 de Febrero se le cambia tratamiento de oxigenoterapia, por mala evolución de su problema respiratorio. A las 23:00 horas del día 20 de Marzo de le objetiva tos y secreciones al toser. Se la pone en observación sin que presente niveles de saturación anormales ni fiebre. El día 21 de Marzo, a primera hora, nuevas secreciones al toser. Desayuna bien, sufre una disnea y fallece. Nunca se le practicó la prueba para constatar contagio por COVID.

El último caso de esta residencia es el de [REDACTED], residente de 83 años con deterioro cognitivo moderado grave de perfil mixto. Vida cama/sillón. Varios ingresos por infección de orina y problemas digestivos, con vómitos. Todo el mes de marzo de 2020 se presenta estable en su cuadro patológico. El 1 de Abril empieza a presentar fiebre. Se pide análisis de orina. Se le trata con nolutil y paños húmedos y se aplica tratamiento de manera coordinada con el Hospital Severo Ochoa, con el que hay comunicación continua telefónica. Fiebre dispersa los días siguientes, pero buena saturación. Análisis de orina negativo. Como el cuadro no remite y la saturación empieza a ser baja, pese a oxigenación, es derivada al Hospital Severo Ochoa el día 9 de Abril de 2020. A su llegada llega con nivel de saturación a 85% y bajo nivel de conciencia. Se le practica PCR, con resultado positivo y se inicia tratamiento. Diagnóstico de neumonía bilateral con sospecha de covid-19, Posible sobreinfección (PCR muy alta. Leucocitosis con desviación izquierda).. Fallece el 12. Ingresó en el hospital indicando.

En el caso de esta residencia, por tanto, nos encontramos con dos pacientes en las que nunca se confirmó que fueran positivas en covid, ni que esa fuera la causa de su fallecimiento, mientras que las otras dos, siendo positivas, recibieron la debida asistencia que precisaban, tanto por parte de su Residencia, como posteriormente en el Hospital, al que fueron derivadas, previa autorización de dicho traslado por el Servicio de Geriátrica del mismo.

En la tercera de las residencias cuyo Director ha sido señalado como Querrelado, la **DOMUS VI-LEGANÉS**, encontramos un solo paciente, [REDACTED], quien ingresó en la referida residencia en Junio de 2016. Tenía 91 años y un cuadro médico de miocardiopatía hipertrófica no obstructiva, ictus isquémico en 2007 y desprendimiento de retina bilateral en 2000. Afasia por enfermedad cerebrovascular y demencia arterioesclerótica no complicada. El 18 de Marzo de 2020 empieza a presentar febrícula, dolor de cabeza y malestar general. Se le pone en observación. El día 23 de Marzo vuelve a presentar fiebre, pero buena saturación. Se le pone en aislamiento. No rebrota fiebre de nuevo hasta el día 28 de Marzo, en que ya presenta mal estado general,

decaído, poco reactivo a estímulos y leve disnea. Buena saturación. Se avisa al personal médico. El 29 de Marzo ya se habla de posible Covid-19. El médico le valora ese mismo día en su habitación. La saturación en 80%, por lo que se le coloca oxígeno, por signos de insuficiencia respiratoria aguda grave, y mal pronóstico. Se le prescribe morfina y se pauta tratamiento sintomático paliativo si precisa. Fallece la tarde del 29 de Marzo. Como causa de la defunción la médico habla de "causa inmediata: parada cardio-respiratoria; 2 Insuficiencia respiratoria aguda; 3² Infección respiratoria relación con Covid-19. Nunca se le llegó a realizar prueba PCR ni de otro tipo confirmatoria de que había sufrido infección por esta enfermedad.

Finalmente, nos encontramos con la **RESIDENCIA VITALIA HOME**, en la que vivían la mayor parte de los residentes cuyos familiares se han querellado. Analizaremos, pues, por separado, el caso de cada uno de ellos.

El primero es [REDACTED]: fallecida el 2 de Abril de 2020 en la residencia. Estaba diagnosticada de deterioro cognitivo grave por Alzheimer y precisaba de bastón para caminar. El 10 de Diciembre de 2019 ya presenta tos abundante con secreciones, con diagnóstico de resfriado común. En el mes de marzo de 2020 sufre una caída y un atragantamiento, ambos sin consecuencias, el 22 de marzo nueva caída con traumatismo nasal. El día 2 de Abril es cuando empieza con bajada de saturación sin fiebre y esa misma tarde se produce su fallecimiento. Nunca se le realizó prueba confirmatoria de estar contagiada por covid ni se determinó que esta fuera la causa de tan desgraciado desenlace.

El siguiente caso es el de [REDACTED]. Se trata de una paciente de 87 años, con trastorno afectivo bipolar y trastorno cognitivo moderado. El día 10 de Diciembre de 2019 es diagnosticada de catarro común, con abundante tos húmeda no expectorativa. Varias caídas durante los meses de Diciembre, Enero y Febrero, y derivación al psiquiatra por trastorno depresivo de larga evolución, más de 30 años, a petición del hijo que la ve decaída. El 17 de Marzo comenta que tiene tos y que le duele todo. Le pautan acetiscisteina durante 5 días. El 2 de Abril de 2020 da positivo en covid, sin fiebre, ni problemas para respirar. Algo de dolor a nivel de miembros superiores pero sin ruidos pulmonares ni problemas respiratorios. No llega a tener fiebre nunca. Por el mes de mayo empieza a tener problemas de sueño y manifiesta debilidad. Ya había dado negativo en covid el 23 de Abril y el 4 de Mayo. El 20 de Mayo vuelve a presentar tos sin agregados. Nada más, hidratada, buen estado general. Sin fiebre. El 28 de Mayo presenta problemas en la ingesta de líquidos. Se le pautan espesantes. Ya en Junio, el día 6, empieza con diarrea. Presenta cinco caídas durante el mes de Junio. Ahí sigue hasta día de hoy. Afortunadamente, superó la enfermedad sin más contratiempos y no falleció.

En tercer lugar encontramos al residente [REDACTED], quien ingresa en esta residencia en el año 2015. Cuenta con 81 años y sin patologías previas agudas. El 23 de Marzo de 2020 presenta fiebre de 38°. No tos y se le aísla por protocolo covid. El 26 de Marzo, ya sin fiebre, el paciente se queja de pérdida de gusto (ni el agua le sabe igual), y un poco inquieto por aislamiento. La evolución es buena, aunque persiste la pérdida del sentido del gusto. El 29 de Marzo comienza con diarrea. Es el día 1 de Abril de 2020 da positivo en covid. Se encuentra asintomático. Buena saturación, no fiebre, no problemas respiratorios, bien hidratado. Seguimiento diario en residencia. El

20 de Abril da negativo en covid. Supera la enfermedad. Serología positiva el 9 de Septiembre de 2020. No precisó nunca asistencia hospitalaria, sino que en residencia recibió los cuidados adecuados y consiguió vencer a la infección por covid.

A continuación encontramos el caso de [REDACTED], residente de 86 años. Ingresó en la residencia en el año 2018, procedente de otra residencia con demencia severa y deterioro cognitivo grave. Lenguaje incoherente e incontinencia. Camina sola. Toma sintrón. En abril de 2019 diagnóstico de Alzheimer. Varios episodios de desnutrición, por negativa a ingerir alimento, con pérdida notable de peso. El 10 de Diciembre de 2019 se le encuentra una masa móvil a nivel abdominal, sin dolor. Anteriormente ya apareció, creen que se trataría de una hernia, no operable dada su edad. El 15 de Diciembre de 2019 ya gran pérdida de peso y problemas de ingestión alimenticia. En Enero y Febrero paciente hiperactiva y con agitación, con problemas de insomnio. Deambula por la noche, alguna caída. El 9 de Febrero de 2020 pesa 47 kg. Sigue con la negativa a ingerir alimentos. Hernia umbilical. Se decide derivarla a cirugía, aunque la hija dice que ya se descartó operación en el pasado. Días con mucha agitación. No se le pueden tomar las constantes vitales porque no para. Deambulación irregular y lateralizada. El 14 de Marzo se cae, sin consecuencias. El 15 de Marzo presenta fiebre, con comburt positivo. No presenta tos ni problemas respiratorios. Se le aísla por protocolo covid, pese a saber origen de la fiebre. El 19 de Marzo de 2020 amanece en malas condiciones en general. Con fiebre, y disnea. En el Severo Ochoa no les cogen el teléfono. La doctora de la residencia recomienda comenzar con paliativos, morfina, buscapina y midazolán y no derivar al hospital porque está colapsado (Doctora Esther). Diagnóstico ITU. Se suspende el resto de la medicación. Fallece ese mismo día. Nunca fue diagnosticada de covid.

La siguiente residente cuya historia clínica obra en las actuaciones es [REDACTED]. Se trata de una paciente de 93 años, que ingresó en la residencia en 2004. Sin deterioro cognitivo. Es independiente. En Junio de 2019 empieza con deterioro en la función renal. Desde Julio de 2019 fuerte dolor en la región lumbar. El 26 y el 30 de Marzo de 2020 se cae en su habitación. El 27 de Marzo se queja de dolor en general, inapetente, con debilidad. Saturación baja desde el día 30. El 31 de Marzo de 2020 da positivo en covid, con fiebre y mal estado en general. El 1 de Abril se la deriva al Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, donde, dadas las nulas posibilidades de éxito y el pobre pronóstico derivado de su patología basal se suspende tratamiento activo y termina falleciendo el día 4 de Abril de ese mismo año. Sí que recibió, por tanto, asistencia médica tanto en residencia como en Hospital.

A continuación tenemos el caso de [REDACTED], residente de 88 años. Ingresó en residencia en 2016, con deficiencia severa pero lenguaje coherente. En marzo de 2019 se le diagnostica de carcinoma baso-celular en región fronto-lateral izquierda. La operan el 27 de Marzo. Toma sintrón. Portadora de marcapasos. Episodios recurrentes a lo largo del segundo semestre de 2019 de infección de orina (ITU), que le hacen mostrarse decaída. Más de dos en un mismo mes. El 25 de Enero de 2020 diarrea aguda. En Marzo persisten los problemas en la orina. Orina oscura, y ella decaída. El 6 de Marzo de 2020 Comburt positivo. El 27 de Marzo presenta orina hematórica y de mal olor. Fallece el 2 de Abril de 2020, sin haber presentado nunca sintomatología compatible con la enfermedad de covid ni prueba PCR confirmatoria de tal diagnóstico.

Analizamos ahora la historia de [REDACTED], paciente de 96 años. Ingresó en residencia en Febrero de 2020, por fractura de cadera, con deterioro cognitivo moderado y dependiente total. El 26 de Febrero de 2020 se muestra decaída, y con bajo nivel de conciencia, y negativa a ingesta. El 27 de Febrero febrícula por la noche. El 18 de Marzo se le diagnostica ITU (Infección de orina). Sigue presentando somnolencia y ahora diarrea. Se la aísla de forma preventiva por regreso de hospital. Parece que la noche del 22 pudo volver a tener algo de fiebre. El 24 de Marzo sólo responde a estímulos dolorosos. El 26 de Marzo sigue en malas condiciones. Escasa reacción a estímulos dolorosos y fiebre. Fallece ese mismo día. Nunca fue diagnosticada de covid ni se refleja en su historia que dicha enfermedad pudiera ser la causa de su fallecimiento.

El siguiente residente es [REDACTED], de 84 años. Ingresó en residencia en 2017, con deterioro cognitivo leve y dependencia leve para actividades de la vida ordinaria. Tiene marcapasos, asma y Parkinson. Entre Marzo y Junio de 2019 tos húmeda que se incrementa durante la noche, que no desaparecía. Ya el 22 de Junio de 2019 valoran su demencia como moderada. Entre Septiembre y Octubre otra vez episodios de tos y flemas. Diagnóstico de IVRB. El 9 de Noviembre de 2019 se recoge que desde hace dos meses hay que darle de comer porque no sostiene la cuchara, se le cae. Presenta dolor en las manos. El 13 de Noviembre de 2019 se le deriva al Hospital para estudio completo por su estado general regular, con frecuentes infecciones respiratorias que no responden bien al tratamiento por vía oral. Persiste la tos y episodios de broncoespasmos. El 22 de Noviembre de 2019 regresa del Hospital, con anemia por falta de ácido fólico y continúa con tos y flemas. Diagnóstico de bronquitis crónica. El 17 de Marzo de 2020 presenta fiebre por la noche y mucha tos con flemas que fueron aspiradas. Se le pone en aislamiento preventivo. El día 22 mal estado general, con fiebre e insuficiencia respiratoria aguda. Se indica que se encuentra en etapa final de vida, y tratamiento de confort. Se le pauta morfina. Fallece ese mismo día, sin prueba PCR que permita confirmar que su sintomatología guarde relación con la enfermedad por Covid.

En el caso de [REDACTED] nos encontramos con una persona de 85 años. Ingresó en residencia en 2009, con deterioro cognitivo moderado, anemia, adenopatía tumoral en arteria ilíaca más isquemia y trombosis. En 2019 varios episodios de EMESIS. En Noviembre de 2019 varios episodios de agresividad. El 18 de Marzo de 2020 comienza con tos sin expectoración y fiebre alta (39°). Se le aísla por protocolo covid. El 19 de Marzo se llama al servicio de urgencias para derivar al hospital. Desde geriatría del Hospital niegan derivación. Roncus y flemas en ambos campos pulmonares. Diagnóstico de muy probable covid. Mal estado general. Presenta livideces en zona abdominal. Fallece sin prueba hecha pero con sintomatología compatible el 30 de Marzo de 2020.

También se encontraba en esta residencia viviendo [REDACTED] de 81 años. Ingresó en residencia en 2017, con miocardiopatía, fibrilación articular, insuficiencia cardíaca congestiva, deterioro cognitivo, con alteraciones de conducta y descompensación metabólica. Tratado con sintrón. Deterioro de la función renal y deshidratación proteica. Ya el 13 de Julio de 2019 se habla de deterioro cognitivo grave. El 19 de Agosto de 2019 presenta un cuadro de tos seca con diagnóstico de flemas bronquiales. Lo mismo el 10 de Noviembre de 2019, con diagnóstico de hiperactividad bronquial. Varios episodios de conjuntivitis durante el 2019. El 3 de Abril de 2020 da

positivo en covid, sin tos, ni fiebre, ni saturación baja, sin sintomatología respiratoria. El 6 de Abril y a presente neumonía vira' con saturación baja (66%) y febrícula de 37². Se informa al Severo Ochoa y se autoriza su traslado el

mismo día 6 de Abril. Cuando ingresa imposible interrogatorio por situación basal y actual. Derivado de residencia por saturación de hasta 77% y febrícula de 37'1² C, pautado oxigenoterapia y derivado para ingreso. Se presenta intranquilo y sin abrir los ojos. . Le suspenden el sitrón e inician tratamiento por covid. Fallece el día 11 de Abril a las 06:45. Causa inmediata: insuficiencia respiratoria aguda. Causa Fundamental: neumonía Covid 19.

Otro de los ingresados en esta residencia fue [REDACTED]. Ingresó en Residencia en Enero de 2020, con 89 años de edad, cáncer de próstata, diabetes melitus, isquemia arterial, aneurisma y artrosis, sin deterioro cognitivo y dependencia leve. En tratamiento urológico por el cáncer. El 1 de Marzo de 2020 presenta anemia ferropénica y deterioro de la función renal. El 23 de Marzo de 2020 presenta fiebre de 38 y cansancio general. Nivel de saturación normal. Es entonces cuando se acuerda ponerlo en aislamiento preventivo. El 25 de Marzo de 2020 sufre una caída de la cama, sin consecuencias. No hay más informes a partir del 25 de Marzo. Dice VITALIA que ese día es derivado al Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, donde falleció el 29 de Marzo. Consta, por tanto, que recibió asistencia hospitalaria, sin que de los datos recabados se desprenda que su fallecimiento tuviera que ver con una infección por covid.

El siguiente caso a estudiar es el de [REDACTED]: fallecida el 28 de marzo de 2020, a la edad de 79 años. Ingresó en residencia el 8 de Enero de 2020, con su marido Miguel Máximo. Tiene Parkinson, deterioro cognitivo grave por Alzheimer, bloqueo completo de la rama izquierda, hipotiroidismo y artrosis. No habla. Ingresó ya con infección de orina, y con UPP en zona sacra con mala evolución, parte necrótica. El 31 de Enero la derivan al Hospital para estudio completo complementario, puesto que su estado es regular, la herida está infectada, no admite ingesta de líquidos, y presenta fiebre que no remite con ingesta oral. Vuelve del hospital el 7 de Febrero. Vuelve estabilizada y se le realizan curas constantes de la herida del sacro. El 29 de Febrero presenta tos, fiebre y roncus en pulmones. Diagnóstico ERVB. La derivan al Hospital el 6 de Marzo, de donde vuelve a la residencia Hospital estabilizada. Se sigue con el tratamiento de la úlcera de grado IV del sacro. El 23 de Marzo de 2020 empieza con fiebre. No más síntomas, se la aísla por alta probabilidad de contagio por covid. El 27 de Marzo presenta roncus en los pulmones. No se le puede dar paracetamol oral porque no admite nada vía oral. Fallece el 28 de Marzo, siendo la causa fundamental del mismo, según parte de defunción: parada cardiorespiratoria, hipertensión arterial, Diabetes melitus, y sospecha de covid, no confirmada mediante prueba diagnóstica.

Otro de los afectados por la presente instrucción es [REDACTED]. Se trata de un paciente con diabetes, deterioro cognitivo leve-moderado por enfermedad tipo Alzheimer, dislipemia y depresión. Utiliza silla de ruedas y sufre una dependencia grave. Su historia clínica describe varios episodios de caídas desde la silla. Las caídas son muchas porque se levanta sólo de la silla y del sillón. El 5 de Marzo de 2020 se le encuentra muy dormido. Se le practica test de comburt con resultado negativo. Se aumenta dosis de hidratación. El 15 de Marzo presente tos

productiva sin fiebre. Se avisa a la doctora. El 21 de Marzo de 2020 se va con la familia para cuarentena en domicilio, aunque el doctor dice que no puede hasta que finalice estado de alarma. Regresa a la residencia el 3 de Junio de 2020, algo mareado. Desde entonces muy agitado por las noches. Se le pone cinturón para evitar caídas. Nada más destacable. Visita el Hospital varias veces en los meses siguientes. No consta que se le realizara prueba de diagnóstico que confirmara infección por covid.

Objeto de estudio ha sido también el caso de [REDACTED]: paciente de 91 años, que ingresa en residencia, no sabemos cuándo, con hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, accidente cerebrovascular y demencia mixta severa. Gran dependiente. En 2019 sufre varios episodios de hiperactividad bronquial con tos y flemas. El 22 de Marzo de 2020 empieza con fiebre, y algunos roncus pulmonares. Buena saturación. El 27 de Marzo sigue en aislamiento por sospecha de covid pero en parámetros normales, tras algunos episodios de fiebre en los días anteriores. Algo decaído. La noche del 28 de Marzo se aprecia baja saturación y se comienza con oxigenoterapia. Se da aviso al médico para que lo explore a la mañana siguiente pero fallece esa noche. No fue derivado al hospital porque se trató de una descompensación súbita.

En el supuesto de [REDACTED], nos encontramos con Paciente de 79 años, que ingresó en residencia en 2014, con diabetes mellitus, dislipemia, hiperuricemia, desnutrición, fibrilación auricular y dolicolon. Varios episodios de agitación y comburt positivo en 2019, y varias caídas sin consecuencias. Vagabundeo nocturno de varias semanas de evolución. Toma sintrón. En 2020 sigue con caídas reiteradas, gran agitación nocturna y agresividad cuando se le acuesta. El 23 de Enero de 2020 presenta fiebre y decaimiento. Diagnóstico de síndrome febril intermitente. El 1 de Abril de 2020 se le deriva a la Fundación Jiménez Díaz, donde fallece ese mismo día. Días antes ya presente BMT y mal estado. Según informe de la Fundación Jiménez Díaz, a su ingreso, se trata de un varón de 78 años, AP de epilepsia e ictus isquémico con alteración del lenguaje, que es remitido desde su residencia al Fundación para fallecer. Nunca se sospechó que su fallecimiento estuviera relacionado con el covid-19.

[REDACTED]: es una mujer 92 años. Ingresó en residencia en 2014 con diabetes mellitus, hipotiroidismo, hipoacusia, deterioro cognitivo con ideas delirantes y demencia degenerativa tipo Alzheimer. Durante el año 2019 sufrió varios episodios de estreñimiento y lesiones cutáneas, con ampollas. Algunas caídas también. Se movía sola con la silla de ruedas arrastrando los pies. Múltiples hematomas de origen desconocido desde principios de Diciembre de 2020. Las hijas la llevan continuamente al médico de la residencia por hematomas y decaimiento. El 21 de Marzo de 2020 se la pone en aislamiento por precaución. No presentaba fiebre y sus niveles de saturación eran normales. Tampoco signos de dificultad respiratoria. El 31 de Marzo da positivo en covid pero sigue asintomática. Sigue así, siempre sin fiebre y con buena saturación hasta el 14 de Abril, en que pierde el conocimiento súbitamente. Se sospecha que por posible ICTUS. El 17 de Abril se descarta el ICTUS, y se le realizan dos nuevas PCR con resultado negativo ya. Diagnóstico definitivo fue que sufrió un síncope. En la actualidad sigue viviendo en la residencia.

Otro de los pacientes de esta residencia fue [REDACTED]; Se trata de un varón de 89 años que entra a vivir en ella en el año 2011, con diabetes mellitus, dislipemia, fibrilación articular, insuficiencia venosa, bloqueo Juzgado de 1a Instancia e Instrucción no 05 de Leganés - Diligencias previas 479/2020 5 de 21

traifasicular cardiaco, inestabilidad para la marcha y temblor de reposo, sin otros datos de Parkinson, en seguimiento por neurología, hipocalcemia (audífonos), y alteración de la marcha. Sin deterioro cognitivo. Toma sintrón. Entre marzo y abril de 2019 varios episodios de tos y flemas, con diagnóstico de hiperactividad bronquial y faringitis. En Noviembre de 2019 otra vez tos sin flema con diagnóstico de hiperactividad bronquial. En Enero de 2020 presenta un Herpes Zoster manejado en residencia. El 29 de Marzo de 2020 la saturación le baja a 60%. Se le aplica oxigenoterapia y se decide derivarlo al Hospital Severo Ochoa, donde fallece al día siguiente. En el momento del ingreso el Hospital habla de paciente de 87 años que acude para ingreso programado desde la residencia donde vive, por empeoramiento de su estado. Según informe de residencia saturación de 81% con oxigenoterapia. PCR positiva. Ingresa ya con neumonía bilateral severa y fallece a las 00.30 horas del día 30 de marzo, siendo la causa fundamental del fallecimiento Neumonía bilateral por covid-19. Pese a ello presentaba un cuadro previo complejo y sí que recibió asistencia hospitalaria, desgraciadamente sin resultado positivo.

El siguiente caso de estudio es el de [REDACTED], de 78 años de edad, que ingresa en la residencia en el 2016 con demencia degenerativa tipo Alzheimer, artrosis generalizada e hipotiroidismo, más queratosis seborreica. Presenta ya en 2019 estado general regular, con desorientación en las tres esferas, lenguaje incoherente y deterioro cognitivo grave. Dependencia total para ACVD. El 24 de Septiembre de 2019 presenta un proceso viral agudo, con tos, con flemas y secreciones nasales. Varios meses con ITU (infección de orina). En Enero de 2020 fractura de húmero. El 12 de Febrero de 2010 presenta decaimiento, febrícula, diagnóstico de ITU que no responde al tratamiento. Se la deriva al Hospital y regresa el 28 de Febrero en condiciones regulares. El 29 de Febrero se la vuelve a derivar al hospital por cadera derecha desplazada, donde se le diagnostica fractura patológica de fémur derecho. Tiene neoplasia de pulmón izquierdo con metástasis óseas. Está ya en paliativos en Marzo de 2020. Fallece el 21 de Marzo de 2020 estando en paliativos, por padecimientos no relacionados con el coronavirus.

[REDACTED], era una mujer de 93 que ingresa en esta residencia en el año 2019 con diabetes, dislipemia, insuficiencia renal crónica, colon irritable, polimialgia reumática, depresión, cardiopatía, hernia de hiato y caídas de repetición. En 2019 sufre varios episodios de ITU. Algún episodio de tos húmeda y flemas. Por su demencia depresiva con alteraciones de conducta y sollozos se decide revisión por neurología y revisión por psiquiatría. Pasa de días de estar decaída, a noches de alteración conductual con gritos. En neurología le diagnostican de ideas delirantes en el contexto de deterioro cognitivo. El 22 de Enero de 2020 presenta un síndrome catarral de evolución, con tos y flemas. Sin fiebre. Sigue así hasta el 10 de Febrero de 2020 en que se le diagnostica de neumonía. Es derivada al Hospital. Regresa de allí el 19 de Febrero, persistiendo la tos húmeda no espectorativa. El 2 de Abril de 2020 se la deriva a la Fundación Jiménez Díaz. Ingresa allí como mujer de 92 años, institucionalizada, dependiente para las actividades de la vida diaria con deterioro cognitivo moderado, HTA, DL, DM, IRC y cardiopatía, que es traída al servicio por deterioro de estado general, con bajo nivel de consciencia, saturación al 70%, con reservaría, disociación toracoabdominal y livideces en miembros inferiores. Se pauta bomba de sedación y se cursa ingreso en cuidados paliativos. Allí fallece ese mismo día, indicándose en el parte "infección por COVID19 (probable neumonía) complicada con insuficiencia

respiratoria aguda. Recibió, pues, asistencia médica y hospitalaria, pero su complejo cuadro previo hizo imposible su recuperación.

██████████: por su parte, falleció el día 3 de Abril de 2020 en VITALIA MORATALAZ a la edad de 96 años. Ingresó en residencia en Diciembre de 2019, derivada de otra residencia, con diabetes, insuficiencia cardiaca congestiva, síndrome depresivo, artrosis, hipoacusia e hipertensión arterial. Orientada en persona, pero no en espacio ni tiempo, con lenguaje articulado. Demencia moderada y dependencia grave. El 3 de Enero de 2020 se muestra muy decaída, casi sin responder a estímulos, con diagnóstico de hipotensión arterial. El 5 de Enero presenta un cuadro de fiebre y vómito., con resultado positivo en ITU. Tras tres días con el mismo cuadro es derivada al Hospital, por no responder a tratamiento de ITU. Regresa del hospital el día 10, estabilizada. En Enero varios episodios de somnolencia. El 11 de Marzo de 2020 tiene comburt positivo e ITU baja, y el 3 de Abril de 2020, cuando presenta una bajada de saturación al 72%, se inician los trámites para trasladarla al Hospital. En el informe de enfermería consta que presentó febrícula la noche del 1 de Abril. En lugar de ser trasladada al Hospital, lo es la al Centro de VITALIA de Moratalaz el día 2 de Abril de 2020 como medida preventiva frente al COVID tras resultado negativo en PCR realizada por la Fundación Jiménez Díaz el día anterior. El día 3 de Abril vuelven a solicitar traslado a Leganés por cuadro de desaturación. Ellos gestionan traslado a residencia pero muere en Moratalaz antes de que llegue la ambulancia. La PCR que se le practicó descarta que su fallecimiento esté relacionado con la enfermedad de coronavirus, sin perjuicio, además, de que recibiera siempre el tratamiento médico, asistencial y hospitalario que precisó.

Tampoco fue nunca positivo por COVID, ██████████, quien falleció el 28 de Marzo de 2020 en esta residencia a la edad de 100 años, Vivía en ella desde el 2014, cuando ingresó con diabetes mellitus, artrosis, insomnio, depresión y deterioro cognitivo grave. En 2019 sufre varios episodios de artrosis en muñeca izquierda, tratada en hospital y de tos. Algunos ITU. El 17 de Febrero de 2020 presenta proceso respiratorio agudo, mucosidad sin fiebre. Buena saturación. Con somnolencia. El 19 de Febrero se la deriva al Hospital. El día 21 regresa del hospital con diagnóstico de IRVB. El 20 de Marzo de 2020 empieza con toso y fiebre. El 23 de Marzo consta en aislamiento preventivo, sin fiebre y buena saturación. El 25 de Marzo sigue sin fiebre y buena saturación, pero muy decaída. Sigue así dos días y con mala ingesta en desayuno. El día 28 de Marzo de 2020, empieza con fiebre, piernas frías y comienza a bajarle la saturación. Avisan al médico, pero fallece ese mismo día.

Sí pasó la enfermedad pero la superó ██████████: de 87 años. Ingresó en residencia en 2015 con diabetes mellitus, depresión, hipoterooidismo, demencia degenerativa tipo Alzheimer, moderado-severo, temblor y deslipemia. En julio de 2019 pesaba 35 kg. Varios episodios de ITU tratados en residencia. Un traumatismo facial por caída sin fracturas de huesos nasales. Varios episodios de hipotensión arterial en 2019. El 4 de Febrero de 2020 se indica anciana con deterioro cognitivo y funcional grave. El 2 de Abril de 2020 da positivo en covid. Asintomática. Sin fiebre, ni problemas respiratorios. Buena saturación. El 20 de Abril tiene PCR negativa ya. Superó la enfermedad sin síntomas.

El siguiente caso de estudio es el de [REDACTED], fallecida el 21 de Marzo de 2020, a la edad de 85 años. Ingresó en residencia en Febrero del año 2020, con hiperteconolesterolemia, obesidad, deterioro cognitivo grave, hipertensión pulmonar, artrosis, enfermedad de dos vasos, enfermedad de bowen, bocio nodular no tóxico, desorientada en las tres esferas y lenguaje incoherente. Cuando ingresa lo hace con lesión en zona bulbar e ITU positivo y un episodio de hipotensión arterial. El 1 de Marzo de 2020 comienza con fiebre, tos y decaimiento, con diagnóstico de hiperactividad bronquial. Se la deriva al Hospital, de donde regresa el día 9 de Marzo aconsejándose derivación a paliativos. Su diagnóstico es de hiperneatremia leve. El 11 de Marzo presenta fiebre. El 14 sigue con algo de fiebre. Como está todavía pendiente de valoración por paliativos, se decide iniciar tratamiento con morfina. El 16 de Marzo se intenta comunicación con Hospital Severo Ochoa pero imposible. El 17 de Marzo de 2020 el servicio de Geriatria del Hospital indica que no deriven a la paciente dado su estado, en paliativos, y deterioro cognitivo, físico y mental muy avanzado. El 19 de Marzo se le retira resto de medicación y fallece el día 21 de Marzo. Sólo tuvo fiebre. Nunca otro síntoma compatible con covid, siendo su situación basal ya delicada.

La situación de [REDACTED] fue la siguiente. Ella ingresa en residencia en 2018 con insomnio, hernia discal, diabetes mellitus, disfunción diastólica, deterioro cognitivo y alucinaciones visuales. Lenguaje coherente, desorientada en esfera espacial y temporal, con deterioro cognitivo moderado. Durante 2019 sufrió varios episodios de alteraciones conductuales y caídas, y agitación psicomotriz. También un episodio de síncope en Agosto de 2019. Otro el 30 de Octubre de 2019. El 7 de Marzo de 2020 se le diagnostica de hipertensión arterial. El día 21 de Marzo consta en asilamiento a prevención, sin fiebre, con buena saturación. El diagnóstico es de IRVB. El 25 de Marzo presenta fiebre y se considera posible caso de covid. Sigue con fiebre y fallece el día 31 de Marzo en la residencia. No se le llegó a hacer la prueba. Tenía 88 años.

Por su parte, [REDACTED] contaba también con 88 años en el momento de su fallecimiento, el 18 de marzo de 2020. Ingresó en residencia en 2017 con fibrilación articular, hipoacusia, poliposiscolonica en seguimiento por digestivo, cardiopatía isquémica, dislipemia, adenoma próstata, desnutrición y demencia en estado avanzado. En 2019 presentó varios episodios de tos y flemas con diagnóstico de IRVB recurrente. El 3 de Mayo de 2019 se le deriva al hospital porque persisten los síntomas. El 17 de Mayo de 2019 regresa del hospital con diagnóstico de neumonía, estabilizado. El 3 de Agosto de 2019 se le diagnostica de deterioro funcional severo tras varios episodios de no responder a estímulos y apagamiento. A final de año varios episodios de hiperactividad bronquial y varios cuadros de infección respiratoria tratada en residencia. Como persiste la tos el 12 Diciembre de 2019 se le deriva al Hospital. Regresa el día 18, habiendo sido tratado de sepsis respiratoria. El 31 de Enero de 2020 se le vuelve a derivar al hospital por un episodio de neumonía aspiratoria. Regresa el 4 de Febrero con episodios de agresividad. El 18 de Febrero de 2020 presente tos con flemas, con diagnóstico de IRVB de proceso crónico. Se le deriva al hospital el 21 de Febrero por un nuevo episodio de aspiramiento. Regresa del Hospital el 2 de Marzo con cuadro de infección respiratoria aguda. El 11 de Marzo sufre un síncope vaso-vagal. Se le mantiene en observación y fallece el día 18 de Marzo. Su fallecimiento no parece guardar relación con la enfermedad de covid, de la que nunca fue diagnosticado.

En situación similar, es decir, sin diagnóstico confirmado de covid, encontramos a [REDACTED], fallecida el 9 de Abril de 2020 en la residencia a la edad de 89 años. Ingresó allí en 2015 con diabetes mellitus, dislipemia y demencia degenerativa tipo Alzheimer. En 2019 sufría ya un deterioro cognitivo moderado grave, con desorientación en las tres esferas y lenguaje conservado. Dependiente total. En 2019 alguna caída y un episodio de hiperactividad bronquial. Nunca presentó fiebre, ni saturación indebida, ni problemas respiratorios. La pusieron, como a todos, en aislamiento preventivo. En esa situación a diario se le medía temperatura y niveles de saturación. Desconocemos las causas de su fallecimiento.

Y, finalmente, tenemos a [REDACTED] quien contaba con 85 años en el momento de su fallecimiento, el 17 de Marzo de 2020, Su ingreso en la misma se produjo en el año 2016, con hemiplejía izquierda, trastorno bipolar, Parkinson, demencia, deterioro cognitivo, atrofia, hipotiroidismo y diabetes mellitus. En febrero de 2019 ya presenta un deterioro cognitivo grave con alteraciones de conducta. En este año varios episodios de hiperactividad bronquial, con tos y flemas. Y de ITU recurrente. Varios episodios de diarrea. Luego varios episodios de herpes labial y pérdida de peso a un kilo por mes a finales de 2019. El 14 de Marzo de 2020 empieza con fiebre y somnolencia. Sin tos ni expectoración. El 16 de Marzo se llama en varias ocasiones al Severo Ochoa para posible derivación porque sigue decaída y con fiebre. Los niveles de saturación son buenos. No les cogen el teléfono. El día 17 fallece en residencia. No llegó a practicársele una prueba de diagnóstico para covid.

De cuanto se ha expuesto se desprende, pues, que no en todos estos casos se produjo el fallecimiento de los afectados, sino que algunos de ellos consiguieron superar la enfermedad, otros ni si quiera presentaron signos compatibles con la misma, y en bastantes casos no existe prueba de diagnóstico confirmatoria de que la llegaron a padecer. A ello se le suma que de la historia clínica de todos ellos se desprende que se trataba de personas con importantes antecedentes médicos y patológicos, y que a todos ellos se le prestó la asistencia médica, asistencial, y hospitalaria que las circunstancias permitieron, y adecuada a su situación basal en esos momentos. La decisión de ser o no derivados al Hospital en casi todos los casos no dependió de los propios centros asistenciales cuyos directores son objeto de esta querrela, sino que se trató de una decisión médica consensuada con el servicio de geriatría del Hospital Universitario Severo Ochoa, que era quien decidía en última instancia, teniendo en cuenta la situación clínica del paciente a derivar y sus propias posibilidades de ofrecerle tratamiento con visos de serle favorable (no olvidemos las imágenes de dicho Hospital en esa primera fase de la pandemia, totalmente colapsado, y que obligaron a la derivación de pacientes a otros Hospitales).

En segundo término, lo que encontramos en la querrela, en cuanto a su relato fáctico, son meras prospecciones de los querellantes, no conteniendo indicio alguno en que basar sus sospechas de actuación irregular, por parte de las residencias, constitutivas de infracción penal. Se utiliza frecuentemente, a lo largo de toda la querrela, expresiones hipotéticas, tales como “decisiones que pudieron determinar”; “es probable que...”; “investigar si pudiera haber habido”; “esta circunstancia pudo haber sido determinante”; “investigar si hubo instrucciones”. Etc. Los querellantes entienden que la actuación llevada a cabo por las residencias, siguiendo las instrucciones que les iban dando desde las autoridades autonómicas y estatales, provocaron, en primer lugar, el contagio, y posteriormente, el fallecimiento de sus familiares, y extraen dicha conclusiones de

meras conjeturas y subjetividades que lejos quedan de la aportación de hechos de los que se deduzca la posible comisión de un delito, que se entienden desvirtuadas, además, con el estudio exhaustivo tanto de las medidas de protección, precaución y cuidado adoptadas por las mismas, siguiendo las directrices marcadas por la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, como por el propio Ministerio de Sanidad, y que constan aportadas también a las actuaciones, a requerimiento de este instructor, como de las propias historias clínicas de los treinta y cinco pacientes cuyos familiares interponen la presente querrela, en los términos antes expuestos.

En tercer lugar, se presenta querrela contra los Directores de cuatro residencias de ancianos ubicadas en Leganés, [REDACTED]

[REDACTED], ampliada posteriormente también frente a [REDACTED]

[REDACTED], respecto a los cuales ninguna imputación criminal se realiza posteriormente, en el relato de lo acontecido, según la querrela. En efecto, de la lectura de la misma se constata que a lo que se alude en todo momento es a la actuación, a su entender negligente, de la Comunidad de Madrid, y en concreto de su Presidenta y de dos de sus consejeros respecto de los cuales, ya hemos dicho, y por resolución de nuestra Audiencia Provincial de Madrid, no sigue adelante la presente instrucción, pero nada se dice respecto de las residencias, o de una actuación imprudente, negligente o culpable de las mismas, sino más bien se las presenta como meras ejecutantes de las directrices que marcaba la Comunidad Autónoma, autoridad a la que se debían, al menos desde el 12 de Marzo de 2020, cuando se decretó su medicalización. Si los protocolos decretados, aprobados y a aplicados fueron o no acertados es cuestión ajena a los directores y demás personal de las residencias, que se limitaron a cumplir lo que se les ordenaba, y a llevar a cabo su trabajo, en unas condiciones extremadamente complicadas y difíciles, aún a riesgo de sus propias vidas, de la mejor manera posible. Ningún indicio se aporta de lo contrario.

En este punto, hacer constar que también siguiendo el camino de investigación ordenado por nuestra Audiencia Provincial, se mandó traer a la causa copia de todos los protocolos y resoluciones que sobre esta cuestión fueron aprobadas por las distintas Administraciones Públicas para intentar paliar, regular y coordinar la actuación en este tipo de centros, y, en general, respecto de una pandemia sin precedentes, no sólo a nivel nacional, sino mundial, por una enfermedad hasta el momento desconocida y de la que, a día de hoy, más de un año después, se siguen sin conocer muchas cosas que expliquen su forma de propagación, sus efectos y su contagio. Incluso el tratamiento médico que precisa según el tipo de paciente a quien afecte. Pues bien, si estudiamos con detenimiento tales protocolos, podemos resaltar que, en un intervalo de apenas tres meses, casi a diario se adoptaron resoluciones para intentar paliar los efectos de la pandemia, sobre todo dirigidas a los grupos de población más vulnerables, cuáles eran las personas de avanzada edad, con patologías médicas e institucionalizadas.

A groso modo, El 6 de Marzo de 2020 se aprueba por la Consejería de Políticas sociales, Familia, Igualdad y Natalidad el Protocolo de Medidas de Precaución Covid-19 en residencias de la Comunidad de Madrid, donde se adopta, entre otras, la decisión de suspender los nuevos ingresos desde el día 11 de Marzo.

El día 11 de Marzo de 2020 se actualiza el protocolo anterior, con medidas más amplias y concretas para el sector. Se incluyen medidas de información general para conductores y trabajadores del transporte y rural en carretera, e información general para las familias de usuarios del centro.

El 13 de Marzo de 2020, se aprueba la Orden 367/20, de Medidas Preventivas de Salud Pública de la Comunidad de Madrid., en la que se ordena el cierre de los centros de día y la suspensión de actividades no esenciales.

Mediante Real Decreto 463/2020, del día siguiente, se impone la suspensión de las visitas en Residencias Asistenciales.

Mediante Resolución de 16 de Marzo de 2020 se refuerza el servicio de apoyo de Geriatría.

El día siguiente, el 17 de Marzo de 2020, se impone la obligación de facilitar el contacto telefónico diario con las familias y, en caso de no ser el mismo posible, la información diaria desde estos centros asistenciales a cada una de las familias de los residentes.

El 19 de Marzo de 2020 se aprueba Resolución de la Dirección General de Salud suspendiendo las actividades de Tanatopraxia.

El mismo día 19 de Marzo de 2020 se aprueba Orden SND/265/2020, de adopción de medidas relativas a ñas residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el CPVID-19, incluyendo medidas relativas a los profesionales sanitarios en relación con la atención sanitaria en estos centros.

El día 23 de Marzo de dicta Orden Ministerial de Salud 275/2020 de medidas complementarias de carácter organizativo.

El 24 de Marzo de 2020 se aprueba el Protocolo para la gestión de los cadáveres.

El 26 de Marzo del mismo año se dicta Orden Ministerial de SND/295/2020 de Medidas en Materia de Recursos Humanos, aprobando a través de la misma la posibilidad de imponer a los trabajadores de estos centros la obligación de prestar servicios extraordinarios.

El 27 de Marzo de dicta Orden 1/2020 aprobando instrucciones de comunicación diaria de datos.

El 1 de Abril de 2020 se remite carta a las familias, con información y recomendaciones de la Consejería de Políticas sociales, familia, igualdad y natalidad. A través de la misma se les autoriza para que los residentes puedan salir de sus centros y acudir al domicilio bajo petición de las familias y siempre que se encuentren asintomáticos o presenten un test negativo.

El mismo día 1 de Abril de 2020 se aprueban instrucciones para la comunicación de los fallecimientos.

El 2 de Abril de 2020 se impone a las residencias parte diario a las autoridades sanitarias del número de fallecidos, número de positivos, plantilla asistencias, profesionales positivos o en aislamiento, etc.

El 18 de Abril de 2020 se aprueba el Protocolo para las Pruebas Diagnósticas en las centros socio- sanitarios, que es revisado posteriormente el 19 de Abril.

El 29 de Abril de 2020 se dicta la Guía de Prevención y Control del Ministerio de Sanidad frente al Covid.19 en residencias de Mayores y otros Centros de Servicios Sociales de carácter residencial.

El 8 de Mayo de 2020, se publican las bases del Estudio de Seroprevalencia en Centros Socio-sanitarios de la Comunidad de Madrid.

El 25 de Mayo de 2020 se aprueba el Plan de Desescalada para los Centros Residenciales y de Día de la Comunidad de Madrid.

El 5 de Junio de 2020, sale a la luz el Protocolo de Coordinación de la Consejería de Sanidad frente a la infección por coronavirus para centros socio- sanitarios.

El día 19 de Junio de 2020 se inicia la Fase 3 de la desescalada.

El 19 de Junio de 2020 se dicta Orden 668/2020 de Medidas Preventivas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el Coronavirus por Covid-19 una vez finalizado la prórroga del Estado de Alarma.

Que las residencias objeto de investigación cumplieron con todas estas resoluciones viene acreditado mediante los sendos informes aportados por las mismas a la causa a requerimiento judicial, en los que se explica pormenorizadamente cómo se condujeron en tales fechas y ante la situación sanitaria a la que se enfrentaban, como organizaron la residencia, repartieron los epis, atendieron a los residentes, doblaron turnos, facilitaron la información a las familias, hicieron gestiones con el hospital para derivar a los pacientes que podían ser derivados, etc.

Finalmente, y atendiendo a las figuras delictivas apuntadas en la querrela, decir que los hechos descritos no tienen cabida legal en los mismos. A saber:

Respecto de **los delitos de homicidio y lesiones imprudentes**, se encuentran tipificados en los artículos 142 y 152 respectivamente, Dicen dichos preceptos que “el que por imprudencia grave causare la muerte de otro, será castigado, como reo de homicidio imprudente, con la pena de prisión de uno a cuatro años”, señalando el segundo que “el que por imprudencia grave causare alguna de las lesiones previstas en los artículos anteriores será castigado, en atención al riesgo creado y al resultado producido...”. Pues bien, en ambos casos se exige, no sólo la acreditación de la concurrencia de una imprudencia que pueda ser calificada como grave, sino, además, que dicha imprudencia sea la causante del resultado, de muerte en el primero de los casos, y de lesiones en el segundo. En la presente causa nos encontramos con la descripción del fallecimiento de varias personas, algunas de ellas diagnosticadas de COVID, y otras por causas hasta el momento desconocidas, sin confirmación de dicha enfermedad. También presentan querrela familiares de otros dos afectados que consiguieron superar la enfermedad.

En todos y cada uno de los casos es dicha enfermedad la que produjo el resultado lesivo, drástico cuando terminó en fallecimiento, y menos doloroso, cuando se trató de personas que consiguieron recuperarse. Es la pandemia que nos acecha la que hizo enfermar a estas personas, y no la actuación de los directores de las residencias o de los consejeros querellados de la Comunidad de Madrid. tanto es así que incluso en el primero de los casos que se describe, la víctima estuvo recibiendo tratamiento hospitalario durante cuatro semanas, y, aun así, no pudo superar la enfermedad. Como ya se apuntó anteriormente, nos encontramos ante un virus nuevo, cuya incidencia en el cuerpo humano se ha demostrado demoledora, del que no se conoce, ni siquiera ahora, en el mes de Agosto, cómo actúa, a qué sistemas afecta, mostrándose de forma distinta en cada país, del que ya se han producido, al menos que se conozcan hasta el momento, dos mutaciones, y que, en el momento de su aparición en el mes de Marzo de 2020, ni siquiera se sabía cómo tratarlo desde un punto de vista médico/clínico. Dicha situación dista mucho, por tanto, de los supuestos de hecho contemplados en los tipos penales antes señalados, e impiden su subsunción en los mismos, en cuanto a la actuación que pudieran haber llevado a cabo los querellados, desde un punto de vista administrativo y/o gubernativo, para intentar su control y minimizar su impacto.

En cuanto al tipo penal también apuntado de **omisión del deber de socorro**. Viene regulado en el artículo 195 de nuestro Código Penal, que dice que “el que no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiese hacerlo sin riesgo propio ni de tercero, será castigado con la pena de multa de tres a doce meses”. El Tribunal Supremo interpreta que concurre desamparo en aquella: *“Situación en que la víctima no puede valerse por sí misma y nadie le está asistiendo”*, añadiendo que *“el desamparo persiste aunque concurran en el lugar del peligro una o varias personas, de manera que el mismo no desaparece «hasta el momento en que empieza realmente la ayuda»*. Quiere ello decir que la única interpretación posible del término “desamparo” es la que viene determinada por las circunstancias de la situación en la que se encuentra la víctima. En el caso de los afectados por covid en residencias de ancianos, en el mes de Marzo y siguientes del año en curso, la situación era la de colapso absoluto del sistema sanitario, tratamiento de una enfermedad nueva y desconocida, con herramientas aún no probadas, y de las que se desconocía, por tanto, su eficacia, y contagio masivo del personal sanitario y asistencial de las residencias, que pusieron en peligro sus propias vidas para intentar salvar al mayor número posible de gente. Dicha situación no puede obviarse a la hora de analizar la concurrencia del elemento objetivo del injusto de este tipo penal, puesto que lo que no es exigible a una persona es prestar un auxilio que no está en sus manos, que supera con creces lo razonable y moralmente exigible, y que, además, implica poner en peligro su propia integridad física, como ocurrió en España con el personal sanitario. Por lo que respecta a los querellados de carácter político, por más que se insista en la querrela en que no actuaron de manera eficaz ni a tiempo, no podemos olvidar que la falta de material de protección /los denominados epis) era una carencia a nivel estatal, que hubo de comprarlo de manera urgente a otros países, que el mercado estaba colapsado porque la pandemia se extendía a nivel mundial, y que tampoco el Estado español, autoridad suprema en la materia desde la declaración del Estado de Alarma el 14 de Marzo de 2020, garantizó esas dotaciones. Baste recordar la polémica suscitada en cuanto a la compra de tests masivos a una empresa china que luego resultaron inadecuados para el fin para el que fueron adquiridos.

Respecto del **delito de trato degradante** exige, conforme a lo dispuesto en el artículo 175 del Código Penal, que se atente contra la integridad moral de una persona de manera dolosa, no existiendo indicio alguno de ese dolo ni de ese daño en la presente causa, cuando hablamos de daño físico y fallecimiento de personas.

Finalmente, se apunta en la querrela a la posible comisión de **un delito de prevaricación**. Señala el artículo 404 de nuestro Código Penal que “A la Autoridad o funcionario público que, a sabiendas de su injusticia, dictare una resolución arbitraria en un asunto administrativo, se le castigará con la pena de inhabilitación especial para empleo o cargo público y para el ejercicio de sufragio pasivo por tiempo de nueve a quince años”. Dice el **Tribunal Supremo (Sala 2a), en Sentencia de 30.05.2019 que: “...hemos declarado reiteradamente que no es lo mismo la infracción de las normas administrativas, que la infracción penal derivada de la comisión de un delito de prevaricación, que requiere el elemento de la arbitrariedad junto a la injusticia de la resolución”** La jurisdicción penal no puede convertirse en una suerte de jurisdicción de control de la actividad administrativa de los servicios públicos, suplantando a la jurisdicción contencioso-administrativa. Únicamente **cuando se constaten**, más allá de toda duda razonable, **los elementos del tipo**, puede procederse a sancionar penalmente los hechos. De manera que cualquier duda sobre la legalidad de la actuación administrativa, así como el conocimiento de la acción (u omisión) por parte del agente, debe operar la absolución del acusado, conforme al principio «in dubio pro reo».

El delito de prevaricación no puede cometerse mediante dolo eventual, requiriendo **dolo directo** (al exigirse actuara sabiendas de la injusticia de la resolución), con la finalidad de dictar una resolución arbitraria en un asunto administrativo.

En suma, en el artículo 404 del código Penal es necesario que la autoridad o funcionario público realice un **acto que suponga la absoluta incompatibilidad con el ordenamiento jurídico y con los principios que lo inspiran**.

En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo 723/2009, de 1 de julio de 2009, declara que no toda resolución administrativa ilegal es arbitraria por el mero hecho de resultar contraria a las disposiciones del ordenamiento jurídico. De esta forma, es necesario de la actuación sea manifiestamente arbitraria, esto es, carente de justificación alguna mediante interpretaciones que tengan cabida en el ordenamiento jurídico.

O lo que es lo mismo, que para que pueda apreciarse prevaricación administrativa, no basta la mera ilegalidad. No hay delito cuando nos encontramos ante una interpretación errónea, equivocada o discutible, como tantas veces ocurre en el ámbito del derecho; se precisa una discordancia tan patente y clara entre esta resolución y el ordenamiento jurídico que cualquiera pudiera entenderlo así por carecer de explicación razonable.»

De las descripción de hechos contenidos en la Querrela no se desprende indicio alguno que permita apreciar la concurrencia de los elementos del tipo. A saber: se apunta a una actuación tardía, insuficiente y no ejecutada de manera conveniente, sobre todo en relación con la medicalización de las residencias de ancianos y con la dotación al personal asistencial de EPIS, pero no se señala qué resolución dictó la Comunidad de Madrid que pueda tildarse de manifiestamente injusta. Más evidente es la ausencia del elemento subjetivo del injusto, puesto que se pretende achacar a errores políticos, de gestión y/o previsión la cualificación de actuación manifiestamente injusta, sin prueba ni indicio de ningún tipo al respecto. Manteniéndose abierta, además, la presente causa penal sólo respecto de los responsables directivos de las residencias de ancianos objeto de investigación, y no concurriendo en los mismos la condición de Autoridad o

