

AL JUZGADO

D^a. VALENTINA LÓPEZ VALERO, Procuradora de los Tribunales, en nombre y representación de quienes se indicarán *infra*, conforme acreditaré mediante el oportuno apoderamiento *apud acta*, y bajo la dirección letrada de quienes firman el presente escrito, ante el Juzgado comparezco y DIGO:

Que al amparo de lo dispuesto en el art.277 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrim), vengo a formular QUERELLA CRIMINAL por la presunta comisión de los delitos que se dirá.

Que intervienen como **QUERELLANTES**

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

-
-
-
-
-
-
-
-
-

La querrela se dirige contra los siguientes **QUERELLADOS**:

- D^a. ISABEL DÍAZ AYUSO , Presidenta de la Comunidad Autónoma de Madrid, con domicilio a efectos de notificación en la sede de la Presidencia en Pza Puerta del Sol 7, CP 28013, Madrid
- D. ENRIQUE RUIZ ESCUDERO, Consejero de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid, con domicilio a efectos de notificación en la sede de la Consejería de Sanidad en la C/ De la Aduana 29, CP 28013, Madrid.
- _____, Directora de la Residencia de mayores DomusVi-Mirasierra, quien podrá ser citada en el domicilio de la residencia en la C/ Portera del Cura N^o 1, CP 28034, Madrid.
- _____, Director de la Residencia de mayores Aralia-Ensanche de Vallecas, quien podrá ser citado en el domicilio de la residencia en la Avda. Cerro milano n^o 1, CP 28051, Madrid.
- _____, Director de la Residencia de mayores DomusVi-Usera , quien podrá ser citado en el domicilio de la residencia en la C/ Cristo de la Victoria 247, CP 28026, Madrid
- _____, Director de la Residencia de mayores Aralia-Isabel La Católica, quien podrá ser citado en el domicilio de la residencia en la C/ Joaquín Dicenta 27 vs C/ De los Mártires de la Ventilla, S/N, CP 28029, Madrid.
- _____, Directora de la Residencia de mayores Ballesol Pasillo Verde, quien podrá ser citada en el domicilio de la residencia en la C/ Amaltea 15, CP 28045, Madrid.
- _____, Directora de la Residencia Ballesol Mirasierra, quien podrá ser citada en el domicilio de la residencia en la C/ Collado del Cerro Malejo, 5-7, CP 28035 Madrid

- , Directora de la Residencia de mayores Gran Residencia, quien podrá ser citada en el domicilio de la misma en la C/ General Ricardos 177, CP 28025, Madrid.
- , Directora del Centro Integrado Municipal, Margarita Retuerto , quien podrá ser citado en el domicilio del centro en la C/ Francisco Altimira 2-4 , CP 28008 Madrid.
- , Director de la Residencia de Mayores Manoterías, quien podrá ser citado en el domicilio de la residencia en la C/ De Oña 3, CP 28050, Madrid.
- , directora de la Residencia de mayores AMAVIR-Ciudad Lineal, quien podrá ser citado en el domicilio de la residencia en la C/Gabriel Montero 3, CP 28017 Madrid.

La presente querrela se sustenta en la siguiente,

RELACIÓN CIRCUNSTANCIADA DE HECHOS

1. HECHOS REFERIDOS A LA RESIDENCIA DOMUSVI-MIRASIERRA

Residencia de titularidad pública y de gestión privada por parte de la empresa DOMUSVI. Su directora es ,

-QUERELLANTE PRIMERA

La querellante _____ s hija del fallecido en la citada residencia, _____

Con fecha 9 de marzo de 2020 se prohíbe las visitas de familiares a los residentes y, en consecuencia, se le prohíbe visitar a su padre. Ante esta situación [REDACTED] intenta recibir información telefónica por parte de la residencia del estado de salud de su padre. No lo consigue y es cuando [REDACTED] y otros familiares de residentes, utilizando la amenaza de denuncia a la residencia, logra que de vez en cuando le den información telefónica de la situación clínica de su padre.

Hasta el 19 de marzo la información que [REDACTED] recibe de la residencia es que su padre estaba bien (con ánimo, apetito...etc.).

El 20 de marzo, tras intentar durante todo el día hablar con alguien del personal sanitario sin conseguirlo, hacia las 18:00h, le llama un médico de la residencia, concretamente el Doctor [REDACTED] y le dice que su padre tiene fiebre y ruidos en los pulmones por lo que le ponen antibióticos y antihistamínicos y le aíslan en la habitación.

El 21 de marzo consigue comunicar con la residencia, poniéndose al teléfono una doctora, que no le da ningún dato, diciendo que es nueva y no conoce al residente.

Ante la situación que estamos describiendo [REDACTED] llama al centro de salud de guardia, ya que entendía que no se estaba actuando correctamente en la residencia. Conoce [REDACTED] que el centro de salud de guardia se comunicó con la residencia, pero ignora lo que se habló y si se tomó alguna medida. Ese mismo día, sobre el mediodía, recibe una llamada de la directora de la residencia que le dice que su padre tiene 87% de oxigenación y fiebre. También le indica que no se le ha puesto oxígeno, y que si empeoraba intentaría derivarlo a un hospital. Es la propia querellante, que es de profesión enfermera, la que tuvo que

sugerir a la directora que le pusieran oxígeno a su padre por la baja saturación.

El 22 de marzo, tras muchísimas llamadas e intentos de hablar con la residencia, por fin consigue hablar de nuevo con la directora que le dice que está mejor, que la saturación le ha subido al 99% y que estaba tomando papilla por boca. Le comunica también que le están poniendo un litro de oxígeno mediante las conocidas gafas respiratorias que se ponen en la nariz. Con respecto a esta conversación entendemos que lo del 99% de saturación resulta totalmente increíble, ya que el fallecido, desde hacía mucho tiempo, no tenía esa saturación y [REDACTED] también sugiere que un litro de oxígeno no es suficiente, que deberían de poner cinco litros, y que las gafas no valían porque los pacientes tan mayores se las solían quitar. Le pidió también a la directora que llevaran a su padre al hospital, pero la directora le contestó que en el 061 no le cogían el teléfono.

El 23 de marzo le comunicaron que estaba mejor y le facilitaron una video llamada para que pudiera verle. Comprobó que tenía una mascarilla de oxígeno puesta, pero no suero, y que estaba bastante apagado.

El 24 de marzo sobre las 09:00 h le llamaron y le dijeron que su padre había fallecido.

Se adjuntan como Documentos: Certificado de Defunción y Libro de Familia.

QUERELLANTE SEGUNDA

La querellante D^a. [REDACTED] hija de la fallecida D^a [REDACTED], de la citada residencia Mirasierra.

Desde el 9 de marzo que se cierra el acceso a los familiares de todos los residentes y por tanto también a la querellante D^e [REDACTED], la actuación de la residencia ha sido de opacidad y falta de información prácticamente absoluta a pesar de la preocupación que causaba a los familiares de los residentes y también a D^a [REDACTED], las noticias de los nuevos fallecimientos que se estaban produciendo.

D^a [REDACTED] y otros familiares de residentes, solicitaron, a través del Consejo de Usuarios de Residencias, que se les informara por correo electrónico. D^a [REDACTED], también a título personal, solicitó a la Residencia por correo electrónico que le informaran del estado de salud de su madre.

Hacia el 16 de marzo el Doctor [REDACTED] le dijo por teléfono que su madre tenía una infección de orina producida por el pañal sucio, pero a pesar que D^a [REDACTED] insistió, fue imposible conseguir que esa información se la remitieran por correo electrónico.

El 19 de marzo envió un correo a la residencia expresando su certeza de que sería informada si su madre se ponía enferma por cualquier causa, pero especialmente por el coronavirus.

El 20 de marzo mandó un segundo correo expresando su deseo de ver a su madre por video llamada. Unos días después la contactaron por video llamada sobre las 13:00 horas a través del teléfono de la psicóloga del centro cuyo nombre es [REDACTED], y comprobó que su madre estaba totalmente desorientada y en la cama, a pesar de ser las 13:00 horas. Le comentó la psicóloga que al no tener personal suficiente les acostaban pronto la siesta, sin saber [REDACTED] si antes su madre había comido o no. También le dijo la psicóloga que su madre se encontraba bien.

El 3 de abril volvió a solicitar información del estado de su madre y verla por video llamada. La psicóloga mandó un video sobre las 15:00 horas grabando a [REDACTED] y lo que vio fue terrible, ya que parecía

que había fallecido, cosa que evidentemente no puede asegurar, ya que no la vio personalmente. Media hora más tarde recibe una llamada del doctor [REDACTED] en la cual le comunica que su madre tenía 37'50 de fiebre, que se le había cambiado el antibiótico hace tres días, que estaba bien, que no se agobiase, que iba a pasarse ahora por su habitación y la volvería a llamar. Esa llamada no se produjo, por lo que [REDACTED] intentó reiteradamente ponerse en contacto telefónico con la residencia hasta las 22:00 h que dejó de insistir.

El 4 de abril le llama la enfermera que había entrado de turno para comunicarle que su madre había fallecido.

QUERELLANTE TERCERA

La querellante D^a [REDACTED] es hija del fallecido [REDACTED], de la citada residencia Mirasierra.

El 20 de marzo la hermana de D^e [REDACTED] realizó una llamada a la residencia sobre las 11:30 h de la mañana, momento en el que se entera de que su padre y según palabras textuales que le dijeron, tiene febrícula. Le comunican también que le harán una tira reactiva (para descartar una posible infección de orina). A las 18: 00 h D^a [REDACTED] llama a la residencia para conocer el estado de su padre, pasándole la llamada a la planta 5^a donde residía el fallecido. Allí habla con una auxiliar llamada [REDACTED] que le comunica que ella no sabe nada, y que acaba de llegar. D^a [REDACTED] le pide que se pase por la habitación a verle y la auxiliar le contesta que no va a ir sin más, de una forma un tanto inhumana. Le habla del protocolo que la trabajadora social, D^a [REDACTED], les ha comunicado, entre ellas la obligación de la residencia de contactar con el 112 cuando un residente enferma. La auxiliar [REDACTED] dice desconocer dicho protocolo. D^e [REDACTED] le pide que le intercomunique con el médico, a lo que contesta que ella no puede hacer eso, y que vuelva a llamar a la

residencia. D^e ■ llama de nuevo para saber del estado de salud de su padre, pasándole con la enfermera de su planta y le comunica que no le han hecho tira reactiva de ningún tipo y que tiene 37'30 de fiebre. Insiste en hablar con algún médico y a las 16:00 h le pasan con una doctora de la que desconoce su nombre y le dice que su padre tiene 39 grados de fiebre, y al preguntarle por el resultado de la tira reactiva le contesta que no existe porque no se la han realizado. Continúa la conversación que ■ grabó haciéndole las preguntas avaladas por el Consejo de Usuarios de la Residencia y las respuestas de la doctora son vagas, dice algo y luego se retracta y se levanta varias veces para preguntar información a otras personas. A las 19:00 horas ■ ■ vuelve a llamar a la residencia y habla con el doctor ■ que, ante la pregunta de cómo era el estado de su padre, responde que él no conoce su estado porque acaba de llegar, lo cual es inverosímil, puesto que el turno del doctor ■ comienza a las 15:00 horas como el mismo confirma posteriormente. Le solicita que vaya a ver a su padre, y supuestamente lo hace. Le informa que su padre está bien, con un poco de fiebre, y que se quede tranquila. D^a ■ le pide que le hagan la tira reactiva para descartar la infección de orina. Le comenta el doctor que le pedirá a una enfermera que se la haga y le pide que la llame para informarla.

Unas horas más tarde le llama el doctor y le dice que la prueba la ha tenido que hacer él diciendo, palabras textuales, “porque aquí no hacen nada”, sin especificar a quien se refería. Le comunica también que la prueba ha resultado negativa. Le pregunta así mismo que cual era la situación de la residencia y de los aislados y le contesta que los ha sacado del aislamiento porque ahí el que manda es él. Le habla también del protocolo de la trabajadora social y le contesta que “esa ■ de donde se ha sacado eso”. Le dice que su obligación según el protocolo es llamar al 112 y le contesta literalmente “señora, no nos hacen ni puto caso”.

Todo esto ocurre el día en el que ██████ se entera de que su padre está enfermo.

Los días posteriores le van dando informes esperanzadores pero contradictorios. ██████ consigue ver a su padre en tres ocasiones por video llamada y es en la tercera en la que se personó un médico a petición de la psicóloga y ve a su padre en muy mal estado. Le pregunta al doctor que ha entrado en la habitación y está atendiendo esa video llamada, el doctor ██████, que como se encuentra su padre a lo que responde que está estable y le dice además que el 26 de marzo se termina el antibiótico prescrito por el doctor ██████ y que hay que ver cómo evoluciona. También añade “no señora, no sabemos lo que tiene su padre”.

En días posteriores ██████ no mejora, sino que empeora y la doctora ██████ le comunica a ██████ que escucha, tras auscultación, agregados respiratorios en los pulmones. Le ponen un nuevo antibiótico. Indicar también que las conversaciones con la residencia no solo eran de ██████, sino también de sus hermanos, de los que hay audios que se aportarán en el momento procesal oportuno.

El día 4 de abril de 2020 la querellante habla con la doctora ██████ y le comenta que la saturación de su padre es del 90% de oxígeno, que no tiene fiebre y que sigue aislado.

El día 5 de abril ██████ fallece.

Así mismo hemos de manifestar que con fecha 7 de abril se difundió por los medios que se realizó una desinfección de la residencia Mirasierra que gestiona el grupo DOMUSVI y que se escondían en sus instalaciones más de 7.000 mascarillas encontradas por la Guardia Real.

Se adjuntan los siguientes Documentos: Certificado Nacimiento de la querellante e Informe de la Residencia.

2.HECHOS REFERIDOS A LA RESIDENCIA ARALIA-ENSANCHE DE VALLECAS

Residencia de la Comunidad Autónoma de Madrid gestionada por la Empresa Aralia Servicios Sociosanitarios SA , esto es, residencia pública de gestión privada. El Director es D. [REDACTED] : [REDACTED] .

-QUERELLANTES CUARTOS

Los querellantes [REDACTED] y [REDACTED] en representación de [REDACTED] [REDACTED] .

[REDACTED] ingresó en la citada residencia en septiembre de 2018 siendo enferma de Alzheimer por lo tanto a partir del 9 de marzo, fecha en la que se decretó la prohibición de las visitas de los familiares a los residentes [REDACTED] y [REDACTED] no han podido mantener ningún tipo de conversación a través de teléfono ni ninguna otra tecnología, puesto que por su enfermedad era difícil comunicar con ella personalmente, por lo que han dependido siempre de la información que le proporcionase la residencia, información que ha sido muy escasa como vamos a ir relatando.

El jueves 26 de marzo de 2020 [REDACTED] recibe llamada de una doctora de la residencia comunicando que su madre D^a [REDACTED] está con fiebre, que la van a dejar aislada y que la van a controlar más.

El 27 de marzo vuelve a recibir [REDACTED] una llamada de la residencia, concretamente de la doctora [REDACTED] que le dice que [REDACTED] [REDACTED] está con febrícula, que le han puesto antibióticos y que tiene insuficiencia respiratoria con un 93% de saturación. Le dicen también que no van a volver a llamar si no hay novedad, como pudiera ser una subida grande de fiebre o cualquier otra cosa destacable y además no le saben decir si tiene coronavirus porque no tienen test para comprobarlo.

No vuelven a tener ninguna comunicación por parte de la residencia, por lo que el 29 de marzo [REDACTED] llama a la misma intentando hablar con algún médico. Le responden que los médicos/as están muy ocupados y que no pueden ponerse al teléfono para dar información. Que toman nota y que llamarán de la residencia más tarde, pero esta llamada no se produce en todo lo que restaba de día, lo que hace que el día 30 de marzo vuelva a repetir la llamada con el mismo resultado que el día anterior en cuanto a lo ocupados que se encuentran los médicos/as y que toman nota para llamarle. Ese mismo día, a las 16:30 h. [REDACTED] escribe un e-mail al director de la residencia reclamando la información solicitada reiteradamente y que por otro lado está obligado a facilitar a los familiares. A las 16:51h recibe respuesta y se produce un intercambio de varios e-mails del director de la residencia.

En resumen, en dichos e-mails, el director D. [REDACTED] dice que, efectivamente están saturados, que si no se han puesto en contacto con ellos los médicos/as entiende que es porque está mejorando pero que no obstante hará llegar la queja al departamento médico; que le resulta imposible ponerse en contacto con todos los familiares tanto con sintomatología o sin ella pero que los doctores/as siempre tratan por todos los medios de avisarles. [REDACTED] le responde que conoce por otros casos de familiares de residentes en que se les comunica que están bien y a las pocas horas se les informa del fallecimiento y le insiste en que una llamada, aunque sea muy breve, para informar del estado sería suficiente. El director [REDACTED] dice que realmente pasa eso, que el residente supuestamente está bien y que en pocas horas empeora y se produce el fatal desenlace. [REDACTED] insiste en la necesidad de ser informado y el director le contesta que intentará que al día siguiente le informen.

El día 31 de marzo [REDACTED] recibe una llamada de la trabajadora social del centro, [REDACTED] que le informa que su madre está sin síntomas y en buen estado y ante la protesta de [REDACTED] sobre la falta de información diaria, aunque sea mínima, repite la trabajadora social las mismas excusas que el director.

En estos días, al mismo tiempo, se van cruzando varios e-mails entre el grupo de familiares y el director de la residencia con alguna carta además de ARADIA, en la que los familiares insisten y protestan por los protocolos aplicados y la falta de información. En uno de estos e-mails entre los familiares y el director, y ante las lógicas presiones de los familiares para recibir información, el director se enfada y dice, que desde ese momento, que es 1 de abril de 2020, se acaba la información general de la situación de la residencia referente a los familiares y quien pueda que consiga información individual. Por lo tanto se produce un verdadero apagón informativo y solo, después de una semana de varios intentos por parte de [REDACTED] y su hermana, consigue comunicar con el centro donde le vuelven a decir que ya les informarán, en la misma tónica que las veces anteriores.

En una carta dirigida también a Aralia volviendo a solicitar información sobre los residentes no se recibe respuesta alguna.

El día 7 de abril y ante la información que empiezan a transmitir algunos de los familiares de los residentes, de que se están produciendo más muertes, [REDACTED] vuelve a llamar a la residencia intentando hablar con algún responsable médico, sin conseguirlo y le dice la recepcionista que hará lo posible por que le llamen. Sobre las 12:50 h de ese mismo día llama [REDACTED], que es el terapeuta del centro, que dice que no localiza a la doctora pero que ha visto el informe médico y que no indica que tenga algún síntoma del Covid 19, que se encuentra en buen estado y que va a intentar ponerse en contacto con la doctora para informarle.

Hasta el 10 de abril y habiéndoles vuelto a informar a través del grupo de familiares de que se están produciendo más fallecimientos, informaciones nada claras de que se están ingresando en hospitales a residentes, la baja de una de las doctoras por contagio y otra multitud de noticias, pero ninguna de ellas información de la residencia, [REDACTED] vuelve a llamar desde otro teléfono móvil diferente, y que casualidad, le cogen a la primera y le dicen que la doctora le llamará luego. Sobre las 17:00 h de ese día la doctora llama a [REDACTED] y le indica que su madre tiene febrícula, que no tiene otros síntomas, que aparentemente está bien y que le van a hacer una analítica por si tiene infección de orina y les dirán algo lo antes posible.

El 11 de abril, desde la residencia se vuelven a poner en contacto con [REDACTED], lo hace un doctor llamado [REDACTED] que dice que solo lleva dos días trabajando en el centro, que le han hecho la prueba a su madre y que ha dado positivo en el Covid19. Que tiene febrícula, que está regular y que la van a derivar a un hospital.

D^a [REDACTED] fue derivada al hospital Infanta Leonor, llamando desde geriatría de dicho hospital, indicándoles que le van a hacer la prueba PCR para confirmar que tenía coronavirus y que le iban a poner un tratamiento mientras tanto. Además que la iban al trasladar al hospital Virgen de la Torre que es donde estaban trasladando a todas las personas de la residencia.

El día 14 de abril llegan los resultados del PCR donde se indica que ya ha pasado la enfermedad y que el test dio positivo porque tiene anticuerpos, es decir, que desde el 26 de marzo que tenía fiebre y dificultad para respirar, ya estaba padeciendo la enfermedad, y al no habersele realizado las pruebas, que no fueron facilitadas por la Comunidad de Madrid, ni haber sido trasladada a un hospital, bien pudo haber contagiado a trabajadores o residentes. Esa misma tarde la

El día 17 de abril, la querellante recibe una llamada de la doctora [REDACTED] que le informa que [REDACTED] se encuentra bastante mal y si daba permiso para trasladarla al hospital.

[REDACTED] fue trasladada al hospital Infanta Leonor ese mismo día.

El 18 de abril fue de nuevo trasladada desde el hospital Infanta Leonor al hospital Virgen de la Torre, ya que era en ese hospital donde se estaban atendiendo a los residentes de la residencia Ensanche de Vallecas. En dicho hospital falleció el día 20 de abril. En el certificado de defunción indicaron que había fallecido por insuficiencia respiratoria y posible sospecha de Covid 19. El día 20 por la tarde [REDACTED] hizo una llamada a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, donde la confirmaron que la prueba que le habían realizado en el Infanta Leonor había dado positivo al Covid 19.

QUERELLANTE SÉPTIMA

[REDACTED], y [REDACTED]
[REDACTED], en representación de su madre D^a [REDACTED]
[REDACTED].

El día 24 de febrero de 2020 fue trasladada de la residencia al Hospital virgen de la Torre con taquicardias. Tras estabilizarla en este hospital, es trasladada al Hospital Infanta Leonor para ser valorada por cardiología. Allí le vuelven a repetir las taquicardias y es derivada el día 27 de febrero al Hospital Gregorio Marañón, para ser intervenida de cirugía cardíaca. Es intervenida el día 2 de marzo y recibe el alta el día 18 de marzo, dado que ya empezaban a producirse problemas de carga asistencial y sólo se le estaba administrando Sintrom.

En la residencia se debería seguir el control de la medicación, tal y como se indicaba en el informe de alta que se le entregó a la doctora de la residencia

A los cuatro o cinco días de ingresar en la residencia llamó la doctora de la residencia para informar de que [REDACTED] tenía un poco de fiebre, quién desconocía que la existencia del informe de alta del Hospital Gregorio Marañón, en el que se recogía expresamente que dado que se le tuvo que adelantar el alta se la mantuviera en observación y se contactara con él ante cualquier problema.

Esta doctora resultó no ser la titular, dado que ésta estaba de baja, según se informó a la familia por su parte.

Los familiares ya no volvieron a mantener una conversación con [REDACTED], ni a tener noticias directas, ocultándoseles su verdadero estado de salud. Intentaron tener una conversación pero no fue posible dado la respiración tan forzada que tenía, así como el ruido que se escuchaba de los pulmones.

El día 10 de abril, el día siguiente de haber mantenido el intento de conversación, la doctora suplente les indicó que el estado de [REDACTED] había empeorado, que tenía taquicardias y la derivaban al Hospital Gregorio Marañón.

En realidad no llegó a dicho hospital dado que el SUMA decidió llevarla a urgencias del Hospital Infanta Leonor.

Esa tarde la doctora del Hospital Infanta Leonor contactó con la familia y les informó que [REDACTED] estaba infectada de Covid 19, y que la trasladaban al Hospital Virgen de la Torre.

El día 11 de abril informa la doctora del Hospital Virgen de la Torre diciendo que [REDACTED] está muy mal, que no pueden ponerle tratamiento por vía oral, que no come y no consiguen ponerle una vía, que respira con dificultad y que la iban a sedar.

El 12 de abril les llaman para informar del fallecimiento.

Los hechos apuntan a que [REDACTED] fue contagiada en la residencia, así como que deberían haberla derivado al Hospital , y la falta de personal , fruto de las bajas por enfermedad o cuarentena, ha forzado rotaciones de los profesionales que han repercutido negativamente en la salud de los residentes.

QUERELLANTE OCTAVA

[REDACTED] , en representación de su madre [REDACTED]
[REDACTED] .

Desde el día 9 de marzo y hasta el día 15 de abril no pudieron los familiares acudir a la residencia. Ese día le hicieron el del COVID 19, dando positivo.

En la residencia no disponían del material necesario para protegerse los trabajadores , por lo que es muy probable que [REDACTED] fuera contagiada como consecuencia de la falta de medidas preventivas.

Además, la residencia carecía del personal suficiente para atender a los residentes , llegando a haber 33 trabajadores en cuarentena, incluidos el director, médicos, ATS y auxiliares.

QUERELLANTE NOVENA

[REDACTED] , con DNI [REDACTED] ,
en representación de su madre [REDACTED] .

El miércoles 1 de abril cuando la familia llama para ver cómo se encontraba [REDACTED] , la auxiliar les nos comenta que ha devuelto la comida y que tiene la tensión baja. Por esta razón la tienen en la cama y no puede atender la llamada, aunque les indican que no está mal.

El jueves día 2 de abril la ponen al teléfono pero no se entiende nada de lo que dice, e indica a la familia que no orina. Se intenta hablar con la doctora, pero fue imposible. Por la tarde desde recepción, les indican que la doctora ha dicho que nos llamaría al día siguiente.

El viernes 3 de abril consiguen hablar con la doctora por la tarde y les dice que D^a. [REDACTED] tiene tos, fiebre y cuando le tocan la tripa se queja. Cree que son gases y para la tos le van a mandar unos sobres. Nos comenta que come poco y que ya había orinado.

El sábado 4 de abril la auxiliar les dice que tiene puesto el oxígeno y que no quiere comer. La doctora les llama a mediodía para decirles que ya no tiene fiebre, que tiene baja la saturación de oxígeno en sangre pero que está estable. Seguía sin comer y le iban a poner suero en 24 horas.

El domingo 5 de abril su estado empeora pero les dice que **no la pueden llevar al Hospital Infanta Leonor, que la residencia tiene un protocolo de actuación con el hospital** y están en contacto con los médicos de allí.

El lunes 6 de abril les indican que está en estado crítico. Y el martes 7 de abril por la mañana les informan que ha fallecido tranquila y sin sufrir dolor.

QUERELLANTE DÉCIMA

[REDACTED], en representación de [REDACTED]
[REDACTED]

Ingresan el 19 de noviembre de 2019 , Habitación nº2202. Desde el primer momento se observa por parte de los familiares dejadez,

desidia y falta de atención por sobrecarga de trabajo del personal, que aunque quieren no dan abasto.

Son 3 auxiliares [REDACTED] de 50 ancianos dependientes en la segunda planta. Las colas para ir al servicio son interminables, y no se puede solicitar a demanda ir al aseo aunque sea para realizar usos mayores, porque las tres auxiliares que atienden la planta, no están disponibles por unos u otros unos motivos, hasta el punto de decir que s más te piden que "te lo hagas encima"., algo totalmente humillante y denigrante.

Como consecuencia de esta situación, [REDACTED] dos reclamaciones a la Residencia: "Reclamación nº 49 (28/12/2019) y Reclamación 142(05/03/2020)" , con nulo resultado, dado que la práctica sigo siendo la misma.

Ya se habían producido graves errores en la distribución de la medicación. La familia se enteró por casualidad que a [REDACTED] no le estaban dando la medicación, cuando el 19/12/2019 es ingresado en el "Hospital Infanta Leonor" por insuficiencia respiratoria y al solicitar su medicación, nos dicen que no la tienen, que se le ha terminado. Y no se la estaban dando, no avisando a la familia que se había terminado.

En el tratamiento de alta se le prescribió AMOXICILINA CLAVULANICO cada 8 horas durante 5 días más, pero en la Residencia, no llevaban el control de horas del antibiótico, incluso algunas tomas no se las daban; con lo cual [REDACTED] recayó y tuvo que volver a ser ingresado por iniciativa de su hija, y no por parte de la Residencia como debería de haber sido, en el Hospital el 13/01/2020 por infección espiratoria, nuevamente.

La situación empeora tras restringirse las visitas, a partir del 8 de marzo, al no poder tener contacto con los residentes y carecer de información sobre el estado en que se encuentran.

El 26 de marzo el Director se encontraba en cuarentena, al igual que la Dra. [REDACTED] y varios trabajadores contagiados y en cuarentena.

██████████ llevaba en la residencia desde diciembre de 2017 y tenía solicitado el traslado desde hacía ocho meses por los diferentes problemas existentes en la misma, sobre todo desde el periodo de Navidades. La residencia estaba cada vez peor, con falta de personal, y descontrol en las comidas, pérdida de ropas, nula terapia, ni física ni mental, etc.

A partir del día 9 de marzo llamaron de la residencia para decir que se prohibían las visitas y que irían informando a los familiares sobre el estado de los residentes.

██████████ estaba en la tercera planta. Tenía deterioro cognitivo y por ello decidieron confinarla en su habitación para que no se contagiara.

██████████ intentaba llamar cada dos o tres días para preguntar por su estado o intentar hablar con ella para que no notara tanto el que no se pudiera visitarla, había días que lo conseguía y días que no. Le decían que ya la llamarían y **que en todo caso como tenían mucho trabajo y que si no la llamaban es que eran buenas noticias, porque no pasaba nada reseñable.**

El día 18 de marzo le llamo la doctora ██████████ que estaba en la habitación de su madre y pudo hablar con las dos. La dijo que había tenido fiebre algunos días antes pero le había bajado y ██████████ la dijo que estaba bien y que tenía muchas ganas de verla.

El lunes 23 siguiente llamó el trabajador ██████████ y la dijo que estaba todo bien. El jueves 26 llamó la Doctora ██████████ y la dijo que ese día ██████████ no había querido comer. Más tarde llamó ██████████ que estaba con ella, ya intente hablar y no podía, solo un hilo de voz, y el viernes a las 6h la llamaron para decir que debía haber fallecido durante la noche.

██████████ llamó el viernes 27 por la mañana la doctora ██████████ la que su madre había fallecido por parada cardiaca y posible Covid porque presentó falta de aire y fiebre.

Lo más probable es que a [REDACTED] le contagiaron los empleados. Desconocía cuantos días presento fiebre, y por supuesto lo mismo que a otros muchos no hicieron nada por salvarla ni por tratarla. El virus ha campado a sus anchas ya que las dos doctoras

3. HECHOS REFERIDOS A LA RESIDENCIA DE MAYORES DOMUSVI-USERA

Residencia de titularidad de la Comunidad de Madrid y de Gestión privada por parte de la empresa DOMUSVI, siendo todas sus plazas concertadas. Su director es [REDACTED]

QUERELLANTE DECIMOSEGUNDA

[REDACTED] hija del fallecido [REDACTED]
[REDACTED]

Desde el 9 de marzo en que se produce la prohibición de visitas a los familiares en la residencia y excepto ese fin de semana en que no dieron información alguna respecto a la salud de [REDACTED], en los restantes días y porque la familia llamaba insistentemente, ya que sabían que su padre era persona de riesgo, no recibieron más que informaciones contradictorias. Unos días les decían que estaba sedado y con oxígeno, otros que estaban mejor y le habían retirado la sedación, y así constantemente. Todas estas informaciones las proporcionaba el doctor [REDACTED]. Información esta que les parecía en base a lo contradictorias que eran bastante poco fiables.

El lunes anterior al fallecimiento que se produjo el día 26 de marzo pudieron tener una video llamada con la madre de la querellante y esposa de [REDACTED] que estaba en la misma residencia pero que no

Tras pedir explicaciones la dicen que la iban a duchar que la iban a duchar y se la encontraron en el suelo, a los pies de la cama. Que se que se habría salido del cinturón.

██████████ pudo verla por video llamada y observó que tenía un golpe en el lado derecho, la frente, ojo y corte profundo en nariz.

El día 4 de abril ██████████ estuvo todo el día intentando hablar con el doctor ██████████ para conocer el estado de salud de su madre. A las 21.30h pudo hablar con el doctor y la dijo que estaba la en cama, muy tranquila y que la noche anterior la dio unas gotas de Resperidona.

Le preguntó al doctor si ██████████ tendría un derrame en la cabeza y éste le dijo que no, que se habría manifestado a las dos o tres horas.

El día 5 abril, enfermería la informa que sigue en cama, que está bien y tranquila.

El día 6 de abril, después de llamar todo el día, a las 19h consigue verla a través de video llamada, en la cama y aprecia que sigue con el hematoma, con gafas nasales. La preguntó que por qué está con gafas nasales, pero no supo darle explicaciones.

El día 7 de abril volvió a contactar por video llamada, vio que estaba sentada y adormilada, y con gafas nasales. Preguntó el porqué y la enfermera le dijo que las gotas que la tiene pautadas (sin precisar) y respecto de las gafas nasales le dice que es por el golpe y para que respire mejor.

Los días 8 y 9 de abril la vio en video llamada le pregunto la auxiliar le dice a ██████████ le dijera todas las preguntas, que ella se las pasaría a los doctores ya que estaban muy ocupados con el “caos” que había en residencia.

El día 10 de abril a las 17.15h el doctor ██████████ la llama y la informa que ██████████ estaba grave, saturando al 82%. A la

sugerencia de trasladarla al hospital, la dice allí puede coger el Covid. ■■■ ■■■ insistió en que llevaran a su madre al Hospital 12 de Octubre , por la cada tan importante que había tenido, y el doctor la dice que antes tiene que llamar a GERIATRIA del hospital.

A la hora ■■■ volvió a llamar y el doctor la dijo que en el Hospital se negaban a recibirla y darla atención, indicándola que la iban a administrar un calmante y suero puses anteriormente no lo tenía.

El día 11 de abril a las 8.45h ■■■ llamó para hablar con la doctora ■■■ diciéndola en recepción que se encontraba pasando visita. Volvió a llamar a las 10.15h horas, la pasan con la doctora y ésta le comenta que si la han dicho que su madre había fallecido la noche anterior.

Sobre las 11.30h ■■■ se personó en la residencia y preguntó por el doctor ■■■ . Se reunieron el doctor, la doctora ■■■ y su hermana ■■■ .

En dicha reunión les dijeron que su madre había muerto a las 9h de esa mañana, cuando unas horas antes le habían dicho que falleció el día anterior.

En el Certificado de Defunción se hace constar: Deterioro cognitivo, Parada Cardiorespiratoria, Disfragia Ocasional y Fallo Multiorgánico.

La causa del fallecimiento de ■■■ podría encontrarse en la caída de los días anteriores y en la ausencia de la atención necesaria.

Se adjuntan como Documentos: Certificado Médico Fallecimiento, Certificado Familia e Informes Médicos

QUERELLANTE DECIMOCUARTA

■■■ , hija de ■■■ ■■■ .

El día 16 de marzo de 2020 [REDACTED] llamó a su madre por la tarde, y observó que se encontraba muy alterada. La dijo que se encontraba mal y que la habían pinchado mucho. Desde ese momento [REDACTED] intentó hablar con el médico o las enfermeras, no obtuvo respuesta. En los días posteriores tampoco consiguió averiguar por qué la pincharon.

El día 17 de marzo de 2020 la llamó el doctor [REDACTED] [REDACTED], sobre las 12h, para informarla de que su madre tenía fiebre y los ojos muy caídos. Para su sorpresa la preguntó que si la acostaba en la cama, a lo que ella respondió que el facultativo y especialista era él.

Como no consiguió aclararse, le pasó a D^a. [REDACTED] por teléfono y tras hablar con ella decidieron acostarla.

Tras intentar volver a hablar con el doctor [REDACTED] la dijo que su madre tenía diarrea pero que se encontraba bien y había estado hablando con ella.

Sobre las 18h, [REDACTED] el fisioterapeuta y [REDACTED] la terapeuta llaman a [REDACTED] para mantener una videoconferencia con su madre, tal y como tenían previsto. Observó que [REDACTED] tenía puesta una vía con suero, sorprendiéndose de que el doctor no le hubiera dicho nada en la llamada anterior.

[REDACTED] se pudo en contacto con una enfermera ([REDACTED]) y la comunica que su madre tenía una infección urinaria, que ella misma la había realizado un combur y había dado positivo. Ante esta situación, intentó comunicar de nuevo con las enfermeras que estaba trabajando en ese momento en la residencia o con los doctores sin obtener respuesta.

El día 18 de marzo de 2020 [REDACTED] habló con la enfermera [REDACTED] [REDACTED]. Acaba de llegar de librar dos días y no tenía información. La pide que la pasase con el Doctor [REDACTED] y al preguntárselo dice que estaba

ocupado y que ya me llamará. Al no obtener respuesta, volvió a llamar sobre las 16h y consiguió que la pasaran con el departamento médico. En esta ocasión el Doctor [REDACTED] la comentó que acaba de entrar y que no había leído nada sobre su madre.

Le comentó la situación y no fue capaz de afirmar o negar que su madre tuviera infección de orina. Aún así, le informó que en el último ingreso que tuvo su madre, la doctora del Hospital 12 de Octubre pautó que el tratamiento tenía que ser por vía intravenosa con un antibiótico específico puesto que es resistente a los antibióticos de vía oral. El Doctor [REDACTED] llamó al Hospital 12 de octubre para comunicar el caso y según sus palabras, la persona del hospital que le atiende, **le dijo que ni se podía derivar a su madre al hospital ni se la podía proporcionar el medicamento adecuado.**

[REDACTED] llamó al Hospital 12 de Octubre, y de ahí la derivaron al 061, comentándole aquí que **en ningún momento se puede negar la hospitalización de una persona y que si el hospital de referencia está saturado, se la puede mandar a otro hospital.** Además la dicen que los médicos de la residencia tienen las vías y los cauces necesarios para ponerse en contacto con el hospital y obtener la medicación oportuna para suministrarla en la residencia.

Con esta información volvió a llamar a la residencia a las 21.30h, pasándola con el Doctor [REDACTED] el cual la dijo que lo intentará gestionar pero que su hora de salida eran las 22h. A las 21.55h llamó de nuevo y la dicen que está en planta. A las 22.15h vuelvo a llamar y la comentan que ya se ha marchado de la residencia **sin darme respuesta alguna.**

Ante esta situación decidí mandar un correo a los organismos públicos de atención al paciente (reclamaciones@salud.madrid.org; dgm_control_centrol@madrid.org) , reenviándolo a la empresa y a la residencia. Desde el departamento de reclamaciones de atención al

paciente del ministerio de sanidad la contestan que todo se estaba realizando adecuadamente.

El día 19 de marzo de 2020 sobre las 16h aproximadamente se puso en contacto con ██████ el Doctor ██████ negándole la situación que se estaba viviendo con su madre. Muy alterado por el teléfono le transmitió que se le está dando un antibiótico vía oral para tratarla la infección de orina, lo que no se le había comunicado en ningún momento.

En los días posteriores la comentó que su madre estaba teniendo unas diarreas muy recurrentes, que estaba haciendo fiebre y observaba que la respiración que tenía era acelerada, que puede ser por el COVID-19.

Como consecuencia de ello decidió suprimir el antibiótico y administrar Fortasec. Todo esto, según el doctor, supervisado por un geriatra que asignaron a la residencia.

██████ fue empeorando, unos días con fiebre delirando y sin tratarla, otros días con diarreas excesivas que la provocaron úlceras en sus partes, otros días con falta de respiración... Así hasta que el día 25 de marzo el doctor ██████ la llamó para decirle que la situación médica de su madre era crítica.

Se le insistió en la derivación al hospital, a lo cual la dijo que **lo tienen prohibido y no se incluye dentro de los protocolos. El geriatra externo también afirmó que no se la podía derivar, que el hospital estaba colapsado y que la edad de su madre no entra dentro del perfil.**

El día 27 de marzo de 2020 a las 13h falleció [REDACTED], sola, sin tratamiento adecuado para los síntomas que presentaba, sin diagnóstico puesto que no se le realizó ninguna prueba o test, contagiada presuntamente por los trabajadores o incluso contagiándolos ella puesto que no tenían los EPIS adecuados tal y como pudo observar en la primera videoconferencia que le hicieron.

El Doctor [REDACTED] firmó su defunción alegando posible COVID-19. Nunca llegaron las pruebas para diagnosticar.

Se adjuntan como Documentos: Certificado médico de fallecimiento, Libro de Familia

4.HECHOS REFERIDOS A LA RESIDENCIA ARALIA-ISABEL LA CATÓLICA

Residencia de la Comunidad Autónoma de Madrid gestionada por la Empresa Aralia Servicios Sociosanitarios SA, esto es, residencia pública de gestión privada. Su director es D. [REDACTED]

QUERELLANTE DECIMOQUINTO

[REDACTED], hijo D^a. [REDACTED]
[REDACTED].

[REDACTED], la fallecida y madre del querellante tenía 91 años de edad y había ingresado en la residencia Isabel La Católica, que es una residencia pública, pero de gestión privada, concretamente por el grupo Aralia, en marzo de 2019.

[REDACTED] tenía sus capacidades mentales en perfecto estado, se podía hablar de cualquier cosa con ella, realizaba todas las tareas que le indicaba el técnico de terapia ocupacional, teniendo como patología previa EPOC, pero con el oxígeno que se ponía durante varias

horas al día podía hacer una vida normal y participaba en todas las actividades de la residencia.

Durante la primera semana de marzo de 2020 [REDACTED] podía visitar durante un tiempo reducido y con mascarilla a su madre. Queremos hacer constar que el personal de la residencia carecía de EPIS y los residentes estaban todos juntos en una sala.

A partir del 9 de marzo se les indicó a los familiares de los residentes que no se podía visitar a los mismos y que se podían comunicar con [REDACTED] vía teléfono móvil para que fuera ella misma la que contara cuál era su estado de salud y cuestiones referentes a la residencia. Volvemos a insistir en que [REDACTED] nos comunicaba que el personal a cargo de los residentes no llevaban ningún tipo de protección, ni siquiera básica.

El día 13 de marzo [REDACTED] habla con su madre por teléfono y le nota a la misma unos ruidos raros que parecían de falta de oxígeno y como un poco agotada, aunque ella le dice que está bien.

La semana del 16 al 22 de marzo la comunicación tanto con [REDACTED] como con la residencia fue prácticamente imposible e inexistente ya que [REDACTED] no acertaba a coger el móvil y a pesar de la insistencia constante por parte de [REDACTED] y de más familiares de [REDACTED] en llamar tanto al móvil como al fijo de la residencia, incluso con un promedio de 12 veces al día, no obtenían respuesta alguna. Las pocas veces que cogieron en la centralita de la residencia alguna llamada, las respuestas eran siempre las mismas “ahora le paso la llamada al personal médico o al personal de servicio”, y al cabo de un rato le decían que no le podían atender porque estaban ocupados y que los auxiliares no podían acercarse a la habitación para coger el teléfono, añadiendo también siempre” si no os llamamos es porque está bien”. Nos comunicaron también que la trabajadora social estaba de baja por Covid

19 y que el director de la residencia había dado órdenes de que no se le pasasen llamadas ni a él ni a los responsables.

La semana del 23 al 29 de marzo se repitió la misma dinámica que en la semana anterior y también añadieron que no se podían pasar llamadas a la habitación de [REDACTED] porque había ido la UME, a desinfectar la residencia y que [REDACTED] no se encontraba en la habitación debido a esta causa, sin que pudieran concretar donde se encontraba.

El día 28 de marzo [REDACTED] consigue por fin que una empleada de la residencia le ponga el teléfono móvil a [REDACTED] en la oreja pero no pudo hablar nada con ella ya que se ahogaba cuando lo intentaba.

El 30 de marzo, [REDACTED] vuelve a llamar al teléfono móvil de [REDACTED], el cual se encuentra apagado, y así permaneció durante el resto de los días que [REDACTED] estuvo en la residencia. En la centralita le comunican que han cambiado de habitación a su madre y que ahora estaba en el pasillo C en vez de en el pasillo B donde antes tenía su habitación y a pesar de las preguntas de [REDACTED] no le explicaron cuál era el motivo del cambio efectuado y no le aportaron información adicional alguna.

El día 1 de abril una nieta de [REDACTED] llamó a la centralita de la residencia, y allí le consiguieron pasar con la habitación, donde había teléfono fijo, y lo coge una empleada y la nieta le pide a la empleada si puede hablar con su abuela. La nieta pone el manos libres y se oye que la empleada le dice "[REDACTED], su nieta quiere hablar con usted", le pone el teléfono en la oreja, y tanto la nieta como [REDACTED] fueron testigos y oyeron como [REDACTED] estaba en un ahogo continuo sin poder pronunciar palabra, a pesar de que la nieta insistía "abuela, abuela, háblame", posteriormente colgaron el teléfono desde la residencia.

El día 3 de abril le llama a [REDACTED] una doctora de la residencia y le comunica que su madre se encuentra muy mal, que le han subministrado antibióticos y que la saturación era del 50%, que no consiguen aumentársela, pero que no la van a trasladar al hospital. Ante esta situación llama al 061, explica la situación de su madre indicándoles que se está muriendo y le remiten al 112 donde se pone al teléfono un médico del SUMMA que le indica que por su edad y patología hay una orden de “no reanimación” y aunque solicitase una ambulancia al SUMMA porque en la residencia le había dicho la directora que estaban desbordados, el médico del SUMMA que le atiende le dice que no van a enviar ninguna ambulancia y que lo único que se puede hacer es ponerle paliativos.

Ante esta situación y estas respuestas [REDACTED] intenta ponerse en contacto con geriatría del hospital de la Paz, que es el que le correspondía a [REDACTED] por distrito sanitario, pero no consigue que le cojan el teléfono. Al no responderle en La Paz optó por llamar al hospital de Getafe y explicar la situación. En él le dan un teléfono donde le dicen que solo puede llamar la directora de la residencia. Posteriormente llama a la residencia y cuando consigue hablar con la directora le da el teléfono que le habían proporcionado en el hospital de Getafe para que sea ella la que llame. La directora le confirma que va a llamar al número que le ha proporcionado.

Más tarde recibe una llamada de la directora para decirle que le están subministrando media ampolla de morfina, y que decida si quiere llevarla al hospital o que muera en la residencia, aconsejando la doctora que en las circunstancias en las que se encuentra su madre es más conveniente de que se quede en la residencia y ya que los hospitales están colapsados y no le puede asegurar que no vaya a morir en el suelo de un pasillo de urgencias. [REDACTED] acepta la sugerencia de la directora y decide que se quede en la residencia.

Ese mismo día, sobre las 17:00h, la doctora se pone en contacto con D. Eusebio para comunicar el fallecimiento de [REDACTED], y que va a permanecer en el túmulo (sótano de la residencia), con otros cuerpos de fallecidos hasta que la funeraria retire el cadáver 72 horas después.

En el certificado de defunción que se les entrega aparece que la muerte se ha producido por “insuficiencia respiratoria, posible Covid 19 no confirmado”.

Es conveniente resaltar que la Comunidad de Madrid y a pesar de que se estaban produciendo bastantes fallecimientos en las residencias desde finales de febrero, no tomó ninguna medida hasta el día 9 de marzo que era prohibir las visitas de los familiares, y hasta el día 27 de marzo no se especificaron otras medidas para paliar la situación, cuando y había más de 1000 muertos en las residencias de la Comunidad de Madrid. A sí mismo, y por lo que se les contaba por la propia [REDACTED] cuando podía aún hablar, e incluso desde la misma residencia, por lo menos hasta mediados de marzo permanecían todos los residentes juntos en la primera planta, y también que el personal de la residencia no tenía EPIS ni tan siquiera métodos de protección, aunque fueran más simples. Por otro lado, no hubo nunca no solo una fluida comunicación con la residencia, sino que incluso no hubo casi comunicación, contestando siempre prácticamente lo mismo como hemos explicado en líneas anteriores.

La residencia entendemos hizo muy poco también para intentar salvarle la vida, ya que tuvo fiebre, cuestión esta que nos comunicaron un día y que estaba aislada por protocolo, y que se encontraba con síntomas desde primero de marzo. A pesar de esto, lo que hicieron fue aislarla en su habitación, incomunicarla y no trasladarla en ningún momento al hospital para que se le hubieran hecho las pruebas pertinentes y el test del Covid 19 para suministrarle lo que procediese.

Se adjuntan como Documentos: Libro de Familia e Informe Médico del Hospital La Paz.

QUERELLANTE DECIMOSEXTA

D^a. [REDACTED], hija de [REDACTED]
[REDACTED].

El día 19 de febrero de 2020 desde la residencia llamaron a la nieta, [REDACTED] para decirle que su abuela estaba saturando mal y que la derivaban al hospital La Paz.

[REDACTED] llevaba unas semanas alicaída, la doctora decía que era normal por el avance de su estado (sufrió un ictus el 31 de diciembre de 2017 y tenía un deterioro cognitivo muy avanzado).

En La Paz les dijeron que tenía una grave infección respiratoria y de orina y que no iba a salir adelante. No obstante salió adelante, le dieron el alta y volvió a la residencia, donde recayó a los pocos días.

Hasta el 11 de marzo [REDACTED] no volvió a visitar a su abuela(había estado enferma) , y ya no volvió a verla despierta.

El día 12 de se cerró la residencia , impidiéndose las visitas. La hija de [REDACTED] consiguió hablar en alguna ocasión con la residencia y le decían que su madre se encontraba bien.

Así mismo, el director de la residencia **enviaba mails** diciendo que todo estaba bien.

El 21 de marzo le informan telefónicamente a la hija que [REDACTED] estaba otra vez saturando mal y que estaba muy mal. La dijeron que el Hospital de la Paz les había dicho que no admitían a [REDACTED] como paciente, así que lo único que podían hacer por ella era ponerle oxígeno.

El domingo 22 de marzo la hija y la nieta pudieron ver a [REDACTED]. Les dieron guantes, una mascarilla y una bata verde desechable. Pudieron observar que la recepcionista no llevaba mascarilla, ni guantes, ni protección de ninguna clase.

[REDACTED] ya estaba inconsciente, con el oxígeno, probablemente sedada. Así se encontraban varios ancianos sus camas también dormidos.

Al cabo de unas horas les dijeron que [REDACTED] había fallecido, y que no había sufrido porque pasó al otro mundo dormida.

En su certificado de defunción figura "posible coronavirus", aunque nunca le hicieron el test.

QUERELLANTE DECIMOSÉPTIMO

[REDACTED], en representación de su madre [REDACTED].

El día 12 de marzo les dicen a los familiares que ya no podían entrar en la residencia. A partir del día siguiente les empieza a enviar correos el director de la residencia explicándoles la situación de la residencia, siempre diciéndonos que no había ningún caso de Covid confirmado, pero dentro la gente se empiezan a poner malos, y empiezan a llevarlos a su habitación según vayan poniéndose malos y los dejan hasta que se les pase la fiebre y les dan de alta.

El día 14 de marzo [REDACTED] va a hablar con el director porque se entera por trabajadores que la supervisora [REDACTED] quiere hacer cambios de los auxiliares por las plantas.

Una auxiliar pidió ella el cambio por estar embarazada. Si bien algunos trabajadores la dijeron que no era el momento de que los cambiaran, según estaban las cosas.

A los pocos días de cerrar la residencia para las visitas, [REDACTED] tiene conocimiento de que pocos días antes de cerrarla, cuando ya había comunicaciones colgadas de que no se dejara entrar a familiares que hubiesen estado en zonas de riesgo o con alguien con síntomas por Covid, dejaron entrar a unos familiares de la tercera planta, que en su familia ya había casos por Covid.

[REDACTED] habló con el director [REDACTED] y le dijo que no iban a hacer cambios y los familiares que entraron con síntomas, tras discutir con ellos pasaron y que él no tenía potestad para echarlos.

El día 16 de marzo, una trabajadora del turno de mañana de la segunda planta donde estaba [REDACTED], le dice a [REDACTED] que su madre no había comido bien y que esta decaída. Se pone en contacto con la residencia y habla la doctoras [REDACTED] diciéndole ésta que la harían una tira reactiva en la orina por si tuviese infección urinaria. La el COMBUR y le confirman que es positiva en infección de orina, y que se la pone un antibiótico de dos días, monourol de 3gramos durante dos días.

El día 18 [REDACTED] dejó unas mascarillas en recepción para los auxiliares de la segunda planta, porque ellos mismos le habían dicho que no tenían mascarillas para trabajar.

A los 3 ó 4 días de haber tomado el antibiótico, otra trabajadora del turno de tarde le dice a [REDACTED] que había visto muy rara y decaída a su madre, y que estaba preocupada, por si la pasaba algo. Le dijo que avisaría a la enfermera de turno.

El día 21 de marzo [REDACTED] quedó con la trabajadora mencionada y le entrega una tira reactiva para que la haga un COMBUR

de nuevo y le envíe la foto para saber si [REDACTED] seguía con la infección. Se constató que seguía con la infección de orina.

El lunes 23 de marzo se la doctora de turno [REDACTED] contacto con [REDACTED], y le dice que su madre había hecho un pico de fiebre esa misma noche, que se la había dado paracetamol y se la habían bajado.

El día 24 de marzo la [REDACTED] le llamó y le dijo su madre estaba afebril, sin decirle nada de la infección de orina y el conbur.

El día 25 la misma doctora le informa que [REDACTED] ha vuelto a tener otro pico de fiebre, y al día siguiente la Dra. [REDACTED] le llama sobre las 19h informándole que su madre había fallecido.

No llegaron a mirarle la infección de orina, pese a la insistencia de [REDACTED].

Desde el día 26 hasta el día 30 de marzo, recibiendo un email del Director el día 1 de abril diciéndole que le envía el informe médico que lo tenían preparado en el centro. El informe me llega con fecha del día 27, un día después del fallecimiento de mi madre.

El informe es un confuso. Se sabía que [REDACTED] tenía infecciones de repetición, y que estaba pendiente una autovacuna que se la tenía que administrar, pero no se recoge seguimiento de la infección de orina que últimamente tubo, ni de una segunda prueba (COMBUR) para hacer un seguimiento de la misma.

Se desconoce la causa del fallecimiento de [REDACTED]. Si fue por Covid, por infección de orina, o por abandono.

[REDACTED], no pudo despedirse de su madre. Es sanitario y durante 11 años estuvo cuidando de ella aunque estuviese en residencia. No faltó ni un solo día en ir a cuidarla. Se ocupaba de todos los cuidados aunque

estuviese en la residencia: cura de heridas, ingesta de comida y líquidos, levantarla y acostarla en la medida de lo posible etc.

En todo el tiempo desde que no nos permitieron la entrada a la residencia, nadie le llamo por video llamada para poder ver a su madre. Los únicos que se preocuparon fueron algunos auxiliares a escondidas, porque él se lo pedía.

Todos estos hechos relatados son constitutivos de los presuntos delitos de homicidio imprudente, trato vejatorio, prevaricación y denegación de auxilio, que habían sido cometidos tanto por la presidenta de la Comunidad de Madrid D^a Isabel Díaz Ayuso, el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid D. Enrique Ruiz Escudero y la directora de la residencia [REDACTED]

Se adjunto como Documentación: Certificado de Defunción, Libro Familia, Informe Médico.

QUERELLANTE DECIMOOCtava

[REDACTED] es la hija de [REDACTED]
[REDACTED] Y [REDACTED]

[REDACTED], fallecido, y [REDACTED], contagiada por Coronavirus, llevaban dos años en la residencia y ambos precisaban de silla de ruedas. Hasta que llegó la epidemia de Coronavirus se encontraban en buen estado.

[REDACTED] salió del hospital el día 16 de Marzo con Covid negativo y 15 días después fue infectado en la residencia.

A [REDACTED] le cambiaron de su habitación y no fue atendido adecuadamente, y su hija había dado indicaciones de que a la mínima la llamaran y le llevaran al Hospital.

Un domingo [REDACTED] llamó a la residencia y la pasaron con su madre, después de más de cincuenta intentos. La dijeron que tenía tos ,pero que saturaba bien.

El lunes, [REDACTED] notó que su madre estaba peor. Llamó a recepción para que la pusieran con la doctora, a la que le dijo que su madre no estaba bien, por lo que le dijo a la doctora que cogería un taxi y se llevaba a su madre al Hospital.

La doctora le dijo que el Hospital no les atendían. Finalmente, la doctora le comentó que el director le había dicho que le pidiera la ambulancia, llevándosela a las 23h.

A la mañana siguiente le llamó la doctora del hospital para preguntarle si su madre interactuaba, dado que no hacía nada, no habla.

A la mañana siguiente le llamó la misma doctora de la residencia para decirle que su padre tenía fiebre, por lo que le dijo que le enviaran al hospital. .

[REDACTED] falleció a los pocos días. Es evidente que se contagió en la residencia por falta de cuidados dado que salió del hospital con el test negativo.

Mi madre salió del hospital con negativo en Coronavirus, la llevaron a la residencia a su habitación de siempre.

La llamaron para decirle que como se levantaba la ataron en un sillón todo el día.

QUERELLANTE DECIMONOVENA

[REDACTED], con DNI [REDACTED], en representación de su madre D^a. [REDACTED]

[REDACTED] falleció en la residencia el día 2 de abril.

El día 1 de abril sobre las 18h llamaron a [REDACTED] de la residencia para decirle que se encontraba bien y que estaba en la habitación. Estuvo doce días llamando aunque no le dijeron nada hasta el día 1, llamándola el día 2 de abril a las 9h la doctora [REDACTED] para informarla que su madre había fallecido, que se había puesto mala por la noche, que llamaron al 061 y cuando llegó ya había fallecido.

En el informe de fallecimiento consta como causa del fallecimiento parada cardiorespiratoria posible corona virus.

Ante la ausencia de información sobre la evolución del estado de salud de [REDACTED] y la rapidez del fatal desenlace, procede investigar las circunstancias del fallecimiento.

5.HECHOS REFERIDOS A LA RESIDENCIA BALLE SOL DE PASILLO VERDE

Residencia de la Comunidad de Madrid concertada. Directora, [REDACTED].

QUERELLANTE VIGÉSIMA

[REDACTED] es hija de [REDACTED].

A partir del día 11 de marzo en que prohibieron las visitas de los familiares a las residencias, empezaron a comunicarse con [REDACTED] por teléfono móvil. Desde ese mismo día 11 hasta el 22, en el que se comunicaban tanto por la mañana como por la tarde.

El día 17 empezó con roncus, y le fue pautado antibiótico.

El día 19 la información médica que se les proporcionó era que se encontraba mejor, con una saturación al 92%.

El día 20 se les volvió a informar que [REDACTED] estaba animada y comiendo bien, y que estuvieran tranquilos ya que no había ningún residente con Covid 19, y que al menor síntoma que tuvieran los trabajadores se les mandaba a casa.

El día 22 de marzo no se recibe ninguna información médica.

El día 23 de marzo se recibe una llamada del médico de la residencia en el que les informaba que [REDACTED] estaba decaída porque se había deshidratado, ya que no bebía y había comido muy poco en el fin de semana, y que la iban a poner suero. Ese mismo día la hermana de la querellante comunicó con [REDACTED], comprobando que tenía muchísima tos y que apenas podía hablar

El día 24 de marzo fueron informados que seguía igual y tenía fiebre. [REDACTED] solicitó que por favor la llevaran al hospital y que valoraran cambiarle el antibiótico, incluso les dijo que si estaban muy ocupados podría llevarla ella misma. La contestación fue que lo comentarían con la doctora lo que proponía

El día 25 de marzo, a la salida del trabajo, [REDACTED] se presentó en la residencia sobre las 08:45h, consiguió entrar y subir a la habitación de su madre, encontrando a la misma en estado letárgico, no respondía ni abría los ojos ni incluso al estímulo. Estaba con mucha fiebre y con el suero y el oxígeno totalmente acabados. Salió al pasillo muy asustada y le rogó a una auxiliar que se encontraba por allí que avisara a una doctora. La auxiliar le dijo que qué hacía ahí, que como había entrado y que les estaban poniendo en peligro, aunque añadió que la entendía, y llorando dijo: no sabe usted lo que estamos pasando aquí. La querellante le preguntó que si tenía el Covid 19, a lo que le contestó que no se lo podía decir.

Posteriormente subió la doctora enfadadísima, le repitió lo mismo que la auxiliar, que como había entrado, que estaba poniendo a los

residentes en peligro y que ella era la responsable de todos ellos. ■
■ , muy nerviosa y llorando le contestó que la habían estado mintiendo, sobre el oxígeno dijo que se lo habían puesto para que estuviera mejor por la noche, pero que saturaba bien. La doctora le dijo que se fuera y que si no confiaba en ellos se la llevara a otra residencia o a su casa.

La doctora llamó más tarde a la querellante enfadadísima y diciéndole que tenía que haber desinfectado el ascensor. ■
■ le pidió que llevaran a su madre a un hospital a lo que la doctora le contestó que estaba haciendo lo que la geriatra o gerontóloga del hospital Jimenez Díaz le indicaba que era que ■ no cumplía los criterios, porque ya tenía 83 años, deterioro cognitivo y cardiopatía, añadiendo que si era cristiana rezara, y que además tenía que confiar en ellos.

Los días 26 y 27 de marzo les informaban por las mañanas del estado de la madre, que seguía igual y con saturaciones algo más bajas. Le pasaban el teléfono a ■ , pero no hablaba. La querellante insistía en que la llevaran al hospital y la respuesta era la misma a la que nos hemos referido en párrafos anteriores. Le solicitó que la hicieran un test y contestó que no tenían, añadiendo que ni se le ocurriera ir a la residencia porque llamaría a la policía y que lo iba a pasar muy mal, añadiendo incluso con que no vería a su madre, aunque falleciera (todo esto con voz muy alta). También sugirió que, ya que habían tenido que sedarla, que le pusieran oxígeno con mascarilla, ya que con gafas nasales se perdía el oxígeno al tener la boca abierta, a lo que me contesto como podía decir esto siendo sanitaria.

El día 28 de marzo se le informó que estaba tranquila, con saturaciones igual que los días anteriores y con fiebre, y que le iban a poner antitérmicos. Ese mismo día por la noche volvió a llamar la

doctora, indicándole que la fiebre le había bajado pero que saturaba bastante peor, al 82%.

El día 29 por la mañana le informa que satura mucho mejor, al 92%, que el pulmón estaba empezando a funcionar y que estaba muy tranquila. Por la noche le volvió a llamar para decirle que había empeorado, tenía muchísima fiebre y no conseguían bajársela y que la tenían sedada para que la transición fuera lo más tranquila y dulce posible.

El día 30 de marzo a las 09:30h le llamó la doctora para comunicarle que [REDACTED] había fallecido.

Con la situación de pandemia no pudo ser enterrada hasta el día 9 de abril.

Quince días después del fallecimiento, llamó la directora para que fueran a recoger sus pertenencias. La hermana de la querellante preguntó a la doctora que de que había fallecido su madre y les contestó que ya lo verán cuando les entreguen el certificado.

Todos estos hechos relatados son constitutivos de los presuntos delitos de homicidio imprudente, trato vejatorio, prevaricación y denegación de auxilio, que habían sido cometidos tanto por la presidenta de la Comunidad de Madrid D^a Isabel Díaz Ayuso, el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid D. Enrique Ruiz Escudero y la directora de la residencia D^a. [REDACTED].

6.HECHOS REFERIDOS A LA RESIDENCIA BALLE SOL MIRASIERRA

Residencia de la Comunidad de Madrid concertada. Directora.

[REDACTED]

QUERELLANTE VIGESIMOPRIMERA

La residencia siempre ha argumentado que la Comunidad de Madrid no les enviaba EPIS ni test, cosa que es cierta pero tampoco en la residencia, que es privada, se tomó medida alguna para saber si los trabajadores estaban contagiados o no y si podían contagiar a otras personas, fundamentalmente a los residentes. En consecuencia, no es excusa suficiente la actuación de la Comunidad de Madrid contra cuyos responsables se dirige también esta querrela, y más teniendo en cuenta que los residentes pagaban 3.000€ y la mayor parte de los trabajadores cobraban alrededor de 1.000€.

Todos estos hechos relatados son constitutivos de los presuntos delitos de homicidio imprudente, trato vejatorio, prevaricación y denegación de auxilio, que habían sido cometidos tanto por la presidenta de la Comunidad de Madrid D^a Isabel Díaz Ayuso, el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid D. Enrique Ruiz Escudero y la directora de la residencia [REDACTED]

7. HECHOS REFERIDOS A LA RESIDENCIA DE MAYORES GRAN RESIDENCIA

Residencia de titularidad pública, gestionada por la Agencia Madrileña de Atención Social. Directora [REDACTED]

QUERELLANTE VIGESIMOSEGUNDA

[REDACTED], hija de [REDACTED]
[REDACTED].

[REDACTED] ingresó en la residencia el día 5 de marzo sin ningún síntoma respiratorio ni fiebre.

Desde el día 8 de marzo por la tarde en que se impidió la entrada a los familiares estuvieron llamando por teléfono todos los días, pero pocas veces cogían el teléfono, y cuando lo cogían, era para decirles, que si había novedades, se lo dirían.

El día 14 de marzo al mediodía , [REDACTED] recibió una llamada del [REDACTED] , y la pregunta que si el día anterior no la llamó, la doctora que estaba ese día , a lo que le contestó que no. El doctor la dijo que su madre, sin saber el porqué, tuvo un episodio, con hiperglucemia, fiebre y que creían, que sería una infección de orina. Le dieron antibiótico y tenía suero puesto.

El día 17 volvió a llamar, y la dijo que su madre no remontaba , que la iban a hacer o la habían hecho analíticas de orina y sangre, y que ya la darían los resultados.

El día 21 de marzo, el doctor la llama diciéndola que su madre estaba mal, que no comía y que estaba más alertagada. Ese día pudo ver a su madre una pocas horas.

El día 25 la llaman. El pronóstico era muy malo. La dicen que no la pueden mandar al Hospital porque están los hospitales estos días, no la van a querer coger.

D^a. [REDACTED] ese día se va a la residencia, se me lleva una bata sanitaria, unos guantes y mascarilla. En recepción dice que quiere ver a su madre y que quiere hablar con la persona que tenga más autoridad en estos momentos en la residencia. Llamaron a la doctora que estaba esa tarde, y ésta se niega en rotundo, a que se la pueda ver.

El día 27 de marzo D^a. [REDACTED] falleció en la residencia.

¿ Qué ocurrió entre el día 8 y el 27 de marzo?.

8.HECHOS OCURRIDO EN LA RESIDENCIA MARGARITA RETUERTO

Residencia de titularidad municipal gestionada por la UTE formada por ASISPA e IGON , esto es, residencia pública de gestión privada.
Directora [REDACTED]

QUERELLANTE VIGESIMOTERCERA

[REDACTED], hija de [REDACTED]
[REDACTED] ..

A principio de marzo, justo dos días antes de que cerrarán el acceso a residencias, [REDACTED] habló con su madre y en ese momento estaba perfecta.

El lunes 11 de marzo la llamó y ya no hablaba. Sólo le dijo una auxiliar que estaba un “poquito de bajón” y que si no la había llamado el médico. Llamó de nuevo para intentar hablar con médico y la dijo que sería de su problema de Epoc y que estaba con antibióticos.

En la residencia estuvo así dos días, sin que pudiera hablar con ella y tampoco la daban datos. Le negaban que pudiera tener Coronavirus.

El miércoles 13 la llamaron para decirla que la derivaban al hospital La Princesa, de donde la llamaron y conformaron que era positiva en coronavirus. La indicaron que la pondrían un tratamiento de malaria y vih , bajo su consentimiento, que dio.

[REDACTED] no llegó a saber si su madre fue ingresada en la UCI. Unos días después la llamaron para decirla que su madre estaba en planta novena. Tenía un reservorio, **y la dijeron que por edad y por tener déficit cognitivo avanzado no era candidata a la UCI y a un respirador. Que era así por protocolo.**

██████████ preguntó qué harían y la dijeron que poco se podía hacer. Que estaba con reservorio (que ██████████ se retiraba de la nariz), que no comía, que no quería beber y estaba con deshidratación.

██████████ r pudo ir a ver a su madre y vio que tenía la dentadura de arriba pegada al labio superior con costras. No tenía la dentadura de abajo, sólo la de arriba. La residencia no le puso la dentadura completa y no le limpiaban la boca, por lo que debía tenía dolor en el labio, que la impedía comer.

El viernes 27 ██████████ la llevó un dulce que le pidió, porque tenía hambre, aunque no pudo comerlo por la dentadura. Tampoco podía beber, por lo que le quitó la dentadura , le limpió los labios y se quedó más relajada.

El sábado y domingo no recibió información, habló con ella por teléfono, gracias a una sanitaria que lo cogió.

El lunes 30 la llamaron y la dijeron que su madre estaba estable, que la analítica estaba mejor y la saturación estable y bien.

El día 31 a las 7.30h la llama una doctora para comunicarle que su madre había fallecido, que no sabían que había pasado por que estaba mejor.

Se adjuntan como Documentos: Certificado de incineración y Libro de Familia.

9. HECHOS OCURRIDOS EN LA RESIDENCIA DE MAYORES DE MANOTERAS

Residencia de titularidad pública, gestionada por la Agencia Madrileña de Atención Social. Director ██████████ .

QUERELLANTE VIGESIMOCUARTA

El día 19 de marzo [REDACTED], a pesar de que llamó insistentemente y a lo largo de todo el día, no consiguió comunicar con la residencia

El viernes 20 de marzo vuelve a intentar hablar con la enfermera, lo cual resulta imposible, puesto que además en la residencia decidieron que el horario para hablar con la enfermera era entre las 14:00 y las 14:30 h, siendo ese horario el mismo para todos los residentes, con lo cual era imposible hablar, ya que el bloqueo de la centralita de la residencia era permanente.

Desde el lunes 23 de marzo llamaba a todas horas solicitando hablar con alguna enfermera y ya que le resultaba imposible deja su teléfono móvil para que se pongan en contacto con ella.

El día 25, dos días más tarde de que hubiera dejado su teléfono móvil, la llaman de la residencia indicando que son los de rehabilitación. La dicen que su madre se encuentra bien y que no puede hablar más porque son muchas personas a las que tienen que llamar, y esa fue la única conversación, sin tan siquiera informarle si habían hablado con enfermeros, médicos o auxiliares.

En los días posteriores sigue insistiendo intentando que le pongan a su madre al teléfono, pero no había manera, la centralita no contestaba nunca.

El 31 de marzo le vuelven a llamar de la residencia indicándole lo mismo que la otra vez, que su madre se encuentra bien y no pueden hablar más porque tienen muchos teléfonos a los que llamar. [REDACTED] les interrumpe y les pregunta si tienen algún caso de Covid 19, a lo que responden que en la residencia no existe ningún contagio. Ella insiste en hablar con su madre pero le dan largas diciendo que se lo dirían a las enfermeras y que ellas se pondrían en contacto.

El día 7 de abril, por la tarde y a fuerza de insistir, pasan a la querellante con la planta en la que está su madre, pero la auxiliar que coge el teléfono le dice que no puede hablar con ella porque está aislada en su habitación. También la dice que ha entrado en su habitación, que estaba sentada en la silla de ruedas y que se le caía la cabeza por lo que la ha metido en la cama para que respirara mejor.

El día 8 de abril [REDACTED] se pasa el día entero intentando hablar con el médico de la residencia, y de esta manera es como se entera que el médico de la residencia en turno de mañana es el Doctor [REDACTED].

La querellante intenta hablar con él, pero nadie sabe nada, y pasan el teléfono de un sitio a otro hasta que se corta la comunicación, con lo cual vuelve a llamar pero ya no cogen el teléfono.

El 9 de abril le llaman de la residencia una persona que dice ser “el médico [REDACTED]” y le comunica que [REDACTED] tiene fiebre y tos, y que tal vez esté acatarrada. Le pregunta si le han hecho alguna prueba y que medicación le están dando respondiéndola que no se preocupase, que su madre está asistida y que tiene que atender otros casos.

Los siguientes días, 10, 11, 12 y 13, la querellante sigue insistiendo por teléfono tratando de averiguar cómo está su madre, y uno de esos días una persona en tono muy grosero le dice “no tenemos que informar de tratamientos médicos”, a lo que la querellante le contesta que si alguien no le explica con claridad y verazmente cómo está su madre, acudirá al centro con la policía.

El día 14 de abril le llaman desde la residencia a las 10:00h una persona que dice ser la [REDACTED], y le comunica que su madre está muy mal y que le van a trasladar con otros infectados a otro ala de la residencia. [REDACTED] le exige que trasladen inmediatamente a su madre al hospital Ramón y Cajal, que es el que corresponde a la

residencia por zona, y le contesta que el hospital no permite entrada de enfermos que estén prácticamente desahuciados y con escasas posibilidades de mejorar.

La querellante le responde que no se le había informado prácticamente nunca y menos que estuviera tan mal. También le dice que ella es trabajadora del Hospital Ramón y Cajal y que a quien tiene que dirigirse, indicándole la doctora que hable con geriatría.

Inmediatamente ██████████ se comunica con geriatría y allí le pasan a la doctora que lleva el tema de residencias, la cual un vez la querellante la hubo explicado el caso la doctora respondió que sí, que la ingresarían en el hospital.

██████████ llama a la residencia muchas veces hasta que le contestan, consigue hablar con la doctora ██████████ y le indica que envíen en una ambulancia a su madre al hospital, y que ya están avisados en urgencias de que va a llegar.

Sorprendentemente la doctora no sabe si le han puesto medicación contra el Covid 19 y si le han hecho alguna prueba.

██████████ va al hospital a esperar que su madre llegue a urgencias. ██████████ viene sola en la ambulancia y ahogándose, y el conductor dice que venía con miedo porque oía que estaba respirando mal. Tampoco trae ningún informe médico de la residencia, ni pauta de la medicación que en el momento estuviera tomando.

██████████ reconoce a su hija, le dice “hija, me han dejado muchos días sola en mi habitación, ¿dónde estabas?, y a papa ¿le ha pasado algo?, ¿Por qué no ha venido a verme?”

Los médicos del Ramón y Cajal hablan con la querellante, le dicen que no está en una primera fase del Covid 19 y la dejan ingresada.

Siete días después, el 21 de abril, ██████████ fallece.

El director de la residencia, o gestor de la misma es [REDACTED], cuyo perfil es, desde el punto de vista de la querellante, prepotente e intimidatorio, actuando casi como si fuera el directo de una cárcel, no de una residencia de ancianos.

La residencia de mayores de Manoteras y su gerencia ha sido mentirosa, oscurantista, sin prácticamente información alguna a los familiares y no solo a la querellante, y todo eso desde el minuto cero de la pandemia. Siempre la respuesta a la pregunta de cómo estaban sus familiares era que estaban todos perfectos y siempre tenían mucha prisa. No les informaban nunca y les mentían cuando los residentes iniciaba el contagio y estaban totalmente desasistidos. Posteriormente de enteran de que el médico del turno de mañana estaba de baja sin que esta situación les hubiera sido comunicada, ni si había sido sustituido no, y mucho menos enviaban las pautas de medicación o un informe periódico de evolución. Es decir, todo ocultación y nada de información.

Desde el punto de vista de la querellante, la residencia de Manoteras, es vieja, sucia, desvencijada, con puertas que no cierran o cierran mal, habitaciones exiguas, un baño para cada seis personas, importante falta de personal. En la planta 2B en la que se encontraba [REDACTED] así como en el resto de plantas de la residencia, solo había 2/3 de auxiliares, y cada una tenía que atender a 6 residentes, una enfermera por bloque y en la planta donde se encontraba [REDACTED], los residentes, después de tomar el desayuno, permanecían todo el día sentados en sus sillas de ruedas y en su puesto en la mesa, y los que podían moverse se sentaban en unos sillones de plástico que había en el pasillo, sin que en ningún momento durante todo el día hubiese ninguna actividad para los residentes.

Indicar también que dicha residencia tiene como acceso principal una rampa excesivamente inclinada para los residentes, y peligrosa incluso para los que utilizan andador. Se han producido a lo largo del

tiempo varias caídas, haciéndose también muy difícil el bajar o subir con silla de ruedas, ya que los ancianos carecen de la fuerza suficiente para manejarlas, lo cual hace que tengan que permanecer en los sillones desvencijados y roídos que están el hall, o en los primeros bancos de entrada.

La residencia también posee un magnífico jardín pero al que no se puede acceder en silla de ruedas a no ser ayudados por un personal de la residencia, cosa que no se hace por escasez de personal.

10. HECHOS OCRRIDOS EN LA RESIDENCIA AMAVIR CIUDAD LINEAL

Residencia con plazas concertadas. La directora es

QUERELLANTE VIGESIMOQUINTA

D^a. , hija de

había presentado varias reclamaciones tanto a la residencia como a la comunidad de Madrid, por las condiciones de la residencia, principalmente por la ratio entre trabajadores y residentes, y lesiones sufridas por su madre, la última de ellas en noviembre de 2019.

Desde el día 8 de marzo de 2020, ya no pudieron ver a los familiares, impidiendo el acceso a las instalaciones, salvo que fuera estrictamente necesario.

pudo observar que el centro de día siguió funcionando hasta el mismo día 13, así como que el personal trabajador del centro no tenía mascarilla, no tomaban ninguna medida de protección como lavarse las manos con el gel situado en la entrada, por lo que uno de los días solicitó hablar con alguien responsable, y atendiéndole , quien le dijo que revisaría el protocolo.

El lunes 9 de marzo _____ dio instrucciones para que se apuntase en el libro que a su madre no se la sacase de su habitación las únicas dos horas en las que procedían a sentarla en la silla de ruedas, ya que el resto del día permanecía encamada, a fin de evitar riesgo de contagio.

llamaba a la residencia todos los días, bien por la mañana, o por la tarde, para recordarles que levantasen a su madre de 18h a 20 h y que la diesen líquidos a esa hora, que es a lo que ella estaba acostumbrada. A veces se conseguía hablar con la auxiliar, que nos decía que estaba bien, y otras, las más, desde recepción les decían que estaba bien.

El día 16 de marzo _____ la llamó, para decirle que a partir de ese momento, llamarían una vez a la semana desde la Central de Amavir, para informar sobre el estado de su madre, manifestando su rechazo a esa medida.

Esa misma tarde, _____ llamó para preguntar por su madre, siendo atendida por la auxiliar del módulo, que era la misma que hasta el viernes anterior se encargaba de los traslados del centro de día, y diciéndole que estaba con su madre en la sala, diciéndole la querellante que eso no podía ser, dado que ella había dado instrucciones de no sacarla.

El día 17, la llamó la peluquera de la residencia, a la que la habían encargado llamar, para decirle que a su madre la iban a aislar preventivamente.

Durante los días posteriores no recibió ninguna llamada, ni por lo tanto información.

Ante sus sospechas de que a su madre no le estaban cuidando adecuadamente, el 30 de marzo envió por Messenger un mensaje al Grupo Amavir quejándome sobre la falta de información.

El día 1 de abril pudo hablar con la [REDACTED], y al pedirle hablar con video llamada semanal, ya que como mi madre no habla, le respondió que: "no vayamos a tensar la cuerda, a ver si se va a romper".

El día 2 de abril, a las 9.55h recibió un video por whatsapp grabado con su madre en la cama, con el texto: "Buenas tardes, os mandamos este video de vuestra madre", en el cual se veía a [REDACTED] con mala cara.

El día 3 de abril, a las 18h, pudo hablar con el auxiliar del módulo, quien le dice que su madre no había comido bien, diciéndole esa misma noche, el médico, que había vomitado, que tenía diarrea, 39.7° de temperatura, saturaba al 86% y le estaban administrando paracetamol.

El 4 de abril a las 8h, llamó la doctora, y la no dice que la saturación es del 97% con 4 litros, sin vómitos, ni deposición, con la fiebre controlada. La estaban suministrando antibiótico, ceftriaxona y ketorolaco (antiséptico). Ese mismo día por la noche la fiebre era de 39.9°.

El día 5 por la mañana, no tiene fiebre y satura al 94%, por la noche tiene fiebre, y satura al 98% con 3 litros.

Ese mismo [REDACTED] exige que se derive a su madre a algún Hospital. Habló con urgencias de la Fundación Jiménez Díaz, para que enviaran una ambulancia, **diciéndola que son los médicos de la residencia quienes deben solicitarlo**. Habló con la doctora Laura para que pidiera una ambulancia, llamándola al rato y diciéndola que no la derivan dado que en el Hospital Ramón y Cajal no la pueden admitir.

El día 6 de abril vuelve a tener 39.9°, diciéndola que van a intentar suministrarla Dolquine, vía oral, pero que no van a poder ya que no respondía a estímulos, proponiéndola, los cuidados paliativos.

Preguntó porqué esa medicación no se la suministraban en vena, diciéndola que no la tienen, que sólo existe en los Hospitales.

El 7 de abril a las 05.07 h falleció [REDACTED], sola, sin ser atendida en la sanidad de ningún hospital.

Se adjuntan como Documentos: Certificado Médico de Fallecimiento, Intercambio de mensajes, Resolución judicial de tutela.

11. HECHOS OCURRIDOS EN LA RESIDENCIA DOMUSVI-MADRID SUR

Residencia pública de gestión privada. La Directora es [REDACTED]
[REDACTED]

QUERELLANTE VIGESIMOSEXTA

[REDACTED], hija de la fallecida D^a
[REDACTED]

A partir del día 9 de marzo que fueron restringidas las visitas de los familiares a los residentes [REDACTED] consigue de vez en cuando alguna información de que su madre se encuentra bien hasta el día 27 de marzo. Ese día, cuando llamó para preguntar cómo se encontraba, le comunican que su madre tenía unas décimas de fiebre, y que por protocolo la habían aislado en una habitación en la tercera planta, pero que no se preocupase porque ella se encontraba bien y con apetito. La hija le pregunta al doctor si presenta algún síntoma de Coronavirus y le responde que no tiene tos, insuficiencia respiratoria ni está deshidratada que según el médico esos son los síntomas del Covid 19. También la indican que la han hecho una prueba para comprobar si tiene infección de orina. Según la querellante su madre había sufrido hace ocho años un aneurisma cerebral, estaba paralizada y llevaba pañal, con lo cual se le producían de vez en cuando infecciones de orina.

El día 28 por la mañana [REDACTED] vuelve a llamar y le informan que sigue con décimas y que los análisis confirman que tenía

infección de orina y que le han puesto antibióticos, pero que no tenía ningún síntoma más.

A las 21:30h recibe una nueva llamada de la residencia, donde le comunica que su madre ha sufrido un retroceso importante, que ahora ya tiene fiebre y que comienza a tener insuficiencia respiratoria. Le informan que le han puesto oxígeno. ■■■■■ le pregunta que porque no le llevan al hospital y el médico le responde que había hablado el día anterior con los médicos geriátricos del hospital y le habían aconsejado que no se movieran a los residentes, que ese mismo día había vuelto a hablar con los médicos geriátricos del hospital y les había pedido ayuda, ya que en el fin de semana se habían producido muchos casos, a los le responden desde el hospital que no mandarían ambulancias a recoger a los residentes porque en el hospital no podían hacer más de lo que estaban haciendo en la residencia, es decir, solo poner oxígeno.

El día 29 volvió a llamar a la residencia, ya que su madre cumplía 84 años y le comenta que su madre está reaccionando bien al oxígeno, que parece que respira mejor y que le van a bajar la intensidad de oxígeno.

■■■■■ quiere felicitar a su madre por teléfono pero el médico la dice que no es posible hablar con ella, ya que probablemente la emoción que sintiera no le sentaría bien.

El lunes 30 recibe la llamada del médico donde le indica que su madre ha empeorado, le cuesta respirar y no reacciona al oxígeno. ■■■■■ le dice al médico que si no la van llevar al hospital al menos que no se sienta abandonada ni la dejen sufrir

El martes 31 vuelve el médico a llamar para decirle que desgraciadamente su madre estaba muy grave y que la habían sedado y que empezado a sufrir. Que el deterioro es muy rápido y que se mentalizaran que seguramente no pasase de esa tarde. Más tarde habla con la directora para solicitarla que por favor la dejen llamarla y despedirse de ella, y le contesta que está sedada y no puede

hablar. Insiste en que deje entrar a su hermano para despedirse y le responde que está prohibido.

A las 15:30h recibe otra llamada del médico en la que le indica que le han puesto más dosis de sedación porque estaba muy intranquila y sufriendo y que él cree que va a ir muy rápido el desenlace.

Después de muchísimas llamadas consigue a las 21:30h hablar con el médico, que le indica que después de la crisis del mediodía estaba estable y que pensaba que podría sobrevivir a la noche y que iban a ver su evolución.

El día 1 de abril, a las 02:15h se comunican con el hermano de la querellante para indicarle que su madre había fallecido, y a pesar de las suplicas de su hermano por pasar a la residencia a despedirse le dijeron que no, que era imposible.

Esta situación provocó una grave crisis en el padre de la querellante, que con 87 años iba todos los días a ver a su mujer y que al no dejarle ni felicitarla por su cumpleaños, ni verla tras el fallecimiento, entró en estado de ansiedad grave.

La pesadilla continuo el mismo día 1 de abril cuando no pudo conseguir que ninguna funeraria fuera a recoger el cadáver de su madre, ya que estaban desbordadas, y la Comunidad de Madrid había prohibido que las funerarias privadas llevaran cadáveres al Palacio de Hielo, y que además había una lista de espera para la incineración de 30 a 40 días.

La única solución que encuentra la querellante fue incinerar a su madre en Murcia, previo pago del traslado, y les aconsejaron que no le acompañaran en el traslado ya que luego seguramente no podrían salir de Murcia, por lo tanto, en toda la ceremonia de incineración no hubo ningún familiar.

El día 3 de abril, a las 8:00h fue incinerada, según les comunica la funeraria.

El 18 de abril a las 13:30h recibe una llamada de la funeraria informándola que por la tarde recibiría en casa las cenizas de su madre, que llamarían a la puerta y les dejarían las cenizas en el pasillo.

La querellante quiere creer que le entregaron las cenizas de su madre, ya que ni la vio morir ni pudo asistir a su incineración.

Desde el punto de vista de la querellante es que su madre fue abandonada, ya que no le dieron la oportunidad de luchar contra el virus ni de despedirse de su familia.

Entendemos que el no traslado al hospital de la fallecida sin que las residencias estuvieran medicalizadas, unido a la falta de sensibilidad para que algún familiar pudiera haberse despedido de la residente y asistir a la incineración, hacen que se hayan cometido homicidio imprudente, omisión del deber de socorro, prevaricación y trato degradante.

12. HECHOS REFERENTES A LA ACTUACION DEL GOBIERNO DE LA COMUNIDAD DE MADRID Y CONCRETAMENTE DE SU PRESIDENTA D^a ISABEL DÍAZ AYUSO Y DEL CONSEJERO DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID D. ENRIQUE RUIZ ESCUDERO, PERSONAS QUERELLADAS

La crisis provocada por el Covid 19, que ha terminado convirtiéndose en una pandemia que tuvo sus primeras manifestaciones a mediados de febrero de 2020 en el Estado español, aunque ya había conocimiento del mismo por los casos que se habían producido fundamentalmente en China y en Italia entre otros países, no fue abordada por la Comunidad de Madrid que tiene plenas competencias,

como indicaremos más adelante, en sanidad y en el control de las residencias de personas mayores.

12.1 NÚMERO DE RESIDENCIAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID Y SU SITUACION DESDE EL INICIO DE LA PANDEMIA

En la Comunidad de Madrid existen 475 residencias con unos 50.000 residentes, de las cuales solo 25 son totalmente públicas, el resto son o privadas totalmente o concertadas, pero con propietarios de las mismas privados que a veces son fondos de inversión opacos.

En la Comunidad de Madrid, los fallecidos en residencias al momento de redactar esta querrela a principios de mayo ascienden a 7.092, 5.688 por coronavirus , que representan casi el 50% de los fallecidos en residencias en todo el país, cifra muy alarmante teniendo en cuenta, por ejemplo, que en toda Francia en residencias de mayores han fallecido 7.000 ancianos y en Italia 7.200 en total (cifras a finales de abril).

El **26 de marzo** se publica por el consejero de Políticas Sociales es señor Reyero, los datos desagregados de todas las residencias. En dichos datos los porcentajes de fallecidos en residencias totalmente públicas es de 1,63% y las residencias privadas un 2,18%. En las trece residencias privadas intervenidas los fallecidos superan el 10% del total de fallecidos en las Residencias de la Comunidad de Madrid.

12.2 ACTUACIONES DEL GOBIERNO DE LA COMUNIDAD DE MADRID CON RESPECTO A LA SITUACION DE LA SANIDAD Y RESIDENCIAS POR MEDIO DE COMUNICACIONES, CARTAS Y DECRETOS.

La Comunidad de Madrid no actúa hasta **el día 9 de marzo** en que el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid expresa que se van a aplicar medidas extraordinarias durante 15 días, siendo en lo referente a sanidad y residencias de mayores eran las siguientes:

-Se **prohíbe las visitas** a familiares de residentes; los centros informaran a las familias de la situación de la residencia y de los residentes por carta circular informativa o telefónicamente.

-En circunstancias excepcionales las familias con autorización podrán acceder al centro con los equipos de protección adecuados

-Se suspenden actividades de voluntariado.

-Se evitará el ingreso de nuevos usuarios.

-Atención hospitalaria; se suspenden intervenciones no urgentes y consultas y se crearan unidades de Covid 19.

-Se habilitarán camas en los hospitales para pacientes del Covid 19.

-Con respecto a la residencia de mayores, se indica que se fomentarán los servicios telemáticos donde haya casos positivos de Covid 19 **y se establecerá un plan específico de urgencias y de UCIS.**

El **día 12 de marzo**, por el gobierno de la Comunidad de Madrid se emite otro comunicado en el que se indica las siguientes medidas a tomar:

-Sistema centralizado de UCIS

-Plan histórico que **unidad sanidad pública y privada bajo una misma coordinación.**

-Se llegarán a las 1.000 camas UCIS para los afectados.

-Medicalización de las residencias, pudiendo ser atendidos en las mismas los mayores contagiados.

-Creación de un comité **de coordinación presidido por el consejero de sanidad y con representantes de las diversas especialidades médicas** que intervienen en el tratamiento del Covid 19.

- Cada hospital público o privado tendrá **un equipo de trabajo integrado por responsables de todas las especialidades médicas** que intervengan en el tratamiento del Covid 19.

En este comunicado se dice también que el Gobierno de la Comunidad de Madrid ha reorganizado el sistema sanitario contratando a más de 1.700 profesionales y también se dice que la Comunidad de Madrid está comprando nuevo material sanitario (mascarillas, epis...etc.)

El 26 de marzo se anuncia por la presidenta de la Comunidad de Madrid D^a Isabel Díaz Ayuso un **plan de choque** para controlar la pandemia en las residencias de mayores con las siguientes medidas:

-**Mando único** que asume la consejería de Sanidad y la colaboración de bomberos, protección civil, etc.

-Mapeo de las residencias de la Comunidad para analizar bajo un **mismo protocolo** que actuaciones se van a llevar a cabo.

-Colaboración de la UME en tareas de desinfección y aislamiento de infectados.

-Traslado de fallecidos; el consejero de Sanidad firma una orden relativa al reglamento de sanidad mortuoria por lo que se permite a la UME, bomberos y protección civil, realizar el traslado de fallecidos de personas mayores internas en las residencias.

También en dicho comunicado del 26 de marzo se dice que **se ha contratado desde el 5 de marzo, como refuerzo para las residencias, 2.278 profesionales** (médicos, técnicos de enfermería y personal auxiliar).

-Manejo de cadáveres y autopsias; se recomienda **no realizar autopsias por el riesgo de contagio**. Los casos en los que fuera imprescindible realizar dichas autopsias se aconseja que antes de realizarlas se hagan a los fallecidos test de PCR para descartar infección por Covid 19.

12.3 MEDIDAS TOMADAS POR EL GOBIERNO DE LA COMUNIDAD DE MADRID DESDE EL 26 DE MARZO, FECHA EN LA QUE COMUNICA EL PLAN DE CHOQUE PARA LAS RESIDENCIAS Y EL EFECTO DE LAS MISMAS.

Desde el día 26 de marzo, el control de las residencias de mayores de la Comunidad de Madrid fue asumido por la Consejería de Sanidad, dirigida por D. Enrique Ruiz-Escudero del Partido Popular, apartando de la competencia al Área de Políticas Sociales, liderada por D. Alberto Reyero, del partido político Ciudadanos.

La Comunidad de Madrid, a través de su presidenta D^a. Isabel Díaz Ayuso ponía en marcha el denominado Plan de Choque, que se traducía en un mando único sanitario que asumía la Consejería de Sanidad, en coordinación con la de Políticas Sociales y Justicia, Interior y Víctimas, a través de la Agencia de Seguridad y Emergencias de la Comunidad de Madrid (ASEM).

En la comparecencia realizada por el consejero de Justicia D. Enrique López en la comisión de Justicia de la Asamblea de Madrid celebrada el día **20 de abril**, y según consta en el diario de sesiones de la Comunidad de Madrid, D. Enrique explica que sus poderes estaban limitados por el estado de alarma, ya que en una situación así el gobierno central tiene mucho poder. También dice que se habían repartido 1.871 EPIS a fecha 7 de abril, requeridos en relación al número de residencias, trabajadores y residentes, y que el plan de choque desde

el 26 de marzo de apoyo a la sanidad pública y con respecto a las residencias, que se están haciendo dos veces por semana revisión in situ de las mismas por parte de la policía local, teniendo en cuenta los datos facilitados por la UME y los bomberos. Añade que las residencias estaban medicalizadas, y también dice, y vamos a citar textualmente “*Los datos oficiales cuentan la historia por sí solos: el 20 de marzo, apenas seis días después de la declaración del estado de alarma, Políticas Sociales contabilizaba 200 muertos en toda la red de residencias; cuatro días más tarde, el 24 de marzo, el número había aumentado un 300 por ciento, alcanzándose la cifra de 841 fallecidos. Al día siguiente superábamos la trágica cifra de las 1.000 víctimas, y la escalada siguió en los días siguientes. Precisamente por eso, el día 27, la presidenta Ayuso, ya con ese número de fallecidos al que acabo de hacer referencia, cogió el toro por los cuernos”.*

Es decir que entre el día 20 y el 25 de marzo ya se habían superado los 1.000 fallecidos en las residencias de la Comunidad de Madrid, pero no fue hasta el día 27 cuando la presidenta de la Comunidad de Madrid decide adoptar medidas.

12.4 ACTUACIONES DE LA PRESIDENTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID Y EL CONSEJERO DE SANIDAD QUE PUDIERAN SER CONSTITUTIVOS DE DELITOS DE HOMICIDIO IMPRUDENTE, LESIONES Y PREVARICACIONES.

La última fase que hemos entrecomillado y que dijo el consejero de Justicia en su intervención en la comisión parlamentaria, demuestra ya una actuación injustificable del equipo de gobierno de la Comunidad de Madrid y fundamentalmente de la presidenta D^a Isabel Díaz Ayuso y del Consejero de Sanidad D. Enrique Ruiz Escudero, ya que conociendo el

número de fallecidos que había a primeros de marzo, no deciden implantar un plan de choque hasta el día 27 de marzo, en que ya habían fallecido 1.000 personas mayores en las residencias. Habrá que preguntarles cuando declaren como investigados, si para ellos no había que tomar medidas hasta que fallecieran 1.000 personas, ya que 200, 400 u 800 no era preocupante. Esto ya sería suficiente para que se hubiera cometido un delito de prevaricación, homicidio imprudente y lesiones.

Pero es que hay más, el consejero de Justicia también dice en esa comparecencia que las residencias están medicalizadas a partir del 27 de marzo, fecha en el que se iniciaba el supuesto plan de choque, cosa que no responde a la realidad, ya que **el señor Reyero, consejero de Políticas Sociales, había afirmado que las residencias no estaban medicalizadas y que él era partidario de hacerlo**, comentario que le supuso ser relegado a un segundo plano por parte de la presidenta de la Comunidad de Madrid, e incluso la advertencia de cesarle como consejero de Políticas Sociales. Circunstancia que igualmente habrá de aclararse en la fase instructora.

También es incierto que la Consejería de Sanidad no tuviera competencias, como afirma en esta misma comparecencia D. Enrique López, debido al estado de alarma. Tal y como se desprende de los artículos 6 y 12 del Real Decreto 463/2020 que declara el estado de alarma, decretado y publicado en el BOE el día 14 de marzo.

Además, se dictaron toda una serie de Órdenes por parte de la Secretaría de Estado del Ministerio de Sanidad que habilitaban a la Comunidad de Madrid para adoptar medidas, que van desde la posibilidad de hacer uso de los recursos de la sanidad privada, hasta la información que había de transmitirse al Ministerio de Sanidad. Entre dichas Órdenes destacan:

. Orden SND/232/2020 , de 15 de marzo, de medidas en materia de RRHH y medios. Punto Octavo de la Orden.

. Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención. Puntos Tercero, Cuarto c) y Quinto

. Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, sobre adopción de medidas en residencias de personas mayores y centros sociosanitarios. **Esta Orden está directamente relacionada con la medicalización de las residencias.**

. Orden SND/275/2020, de 23 de marzo por la que se establecen medidas complementarias de carácter organizativo, así como de suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencia

Por último, con respecto al plan de choque, indicar, como ya hemos dicho, que fue **anunciado el 12 de marzo, pero no se puso en marcha hasta 15 días después, el 27 de marzo.** También indicar que a pesar de que según se dice por el gobierno de la Comunidad de Madrid, se activó el plan de choque al haberse llegado a los 1.000 fallecimientos, lo cierto es que **en los 20 días posteriores a activarse ese plan hubo 4.829 ancianos que fallecieron en residencias, esto es, más del triple de fallecidos con plan que sin plan de choque.**

Repetir también que, como hemos dicho, el señor Reyero reconoce que, a pesar del gran número de fallecidos, no se habían medicalizado las residencias.

En este sentido, es necesario mencionar el Auto de 21 de abril de la Sección Octava de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM), que acordó como medida cautelarísima, a instancias del Ayuntamiento de Alcorcón, que las residencias de dicha localidad debían recibir por parte de la Comunidad

de Madrid y con la mayor urgencia posible el personal sanitario necesario y todas las pruebas diagnósticas precisas tanto para los ancianos como para el personal que trabaja en ellas, y todo ello en cumplimiento de lo previsto en la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo.

El TSJM tuvo en consideración para adoptar la medida cautelar los dos informes emitidos por el Servicio de Bomberos y Protección Civil —de 7 y 15 de abril—, en los que se exponía la situación de extrema gravedad en que se encontraban las cuatro residencias de la localidad. Del último se extrajeron los datos más sangrantes: Desde el 29 de marzo, fallecieron 116 residentes en los cuatro centros. Entre todas las residencias, 143 mayores fueron consideradas positivas por coronavirus, 262 sin síntomas y 111 con posibles afecciones. Según el informe, había 352 ancianos aislados. El documento también recoge que el 50% de los 579 residentes del municipio habían dado positivo en los test PCR.

La resolución del TSJM fue recurrida por la Comunidad de Madrid, habiendo sido desestimado el recurso íntegramente el recurso, y señalando a la CAM que medicalizar una residencia es “modificar el uso de los centros para “su utilización como espacios de uso sanitario”. “Medicalizar una residencia de mayores puede considerarse lo que, en la propia Comunidad de Madrid, se ha llevado a cabo de forma notoria y públicamente conocida en algunos hoteles de la capital y en el recinto ferial de Ifema”

Además de la medicalización de las residencias, se habló también de contratar hoteles para trasladar a los residentes que fueran asintomáticos, pero en realidad es que, a finales de abril, sobre 50.000 plazas de residentes, no habían sido trasladados a estos hoteles más de 90 personas.

En definitiva, la actuación del gobierno en la Comunidad de Madrid, aunque podríamos decir mejor la “no actuación del gobierno de la Comunidad de Madrid”, hasta el plan de choque que se inicia el 27 de

marzo, con 1.000 fallecidos ya en las residencias, ni desde el plan de choque en la que muchas de las medidas que se plantearon no han sido aplicadas (medicalización de las residencias, traslado a hoteles de personas asintomáticas, intervención de las residencias por parte de la Comunidad de Madrid, etc.), demuestra también, como diremos más adelante en los fundamentos jurídicos de la querrela, los delitos cometidos por los imputados que tendrán que ser investigados de los delitos de prevaricación , homicidio imprudente y lesiones.

Y esta inacción, fue desde el principio de la crisis. El mismo día **5 de marzo** en que desde la Dirección General de Salud Pública , se hacían llamamientos a la tranquilidad, y se afirmaba que se sabía que “ las personas infectadas que no habían desarrollado sintomatología NO transmitían la enfermedad”, o que “la población en general debía seguir con su actividad con toda normalidad “, ese mismo día , se conocía que en la Comunidad de Madrid ya había 76 casos de Coronavirus de los que tenía constancia la Consejería de Sanidad, 28 afectados seguían en su casa, **41 en centros hospitalarios, y 7 estaban ingresados en una unidad de cuidados intensivos.**

12.5 SOBRE LOS PROTOCOLOS DE COORDINACION PARA LA ATENCION A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE MADRID DURANTE EL PERIODO EPIDEMICO OCASIONADO POR EL COVID-19

El 25 de marzo de 2020 se aprobaba por parte de la Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria uno de los dos protocolos.

Son varios los testimonios de los querellantes que refieren haberles sido alegado un protocolo, bien en la residencia, bien en los

hospitales, bien en el SUMMA 112, por el cual se habría dejado de atender a sus familiares, al considerarles que no estaban incluidos dentro del mismo.

El objetivo general del Protocolo es establecer un modelo de coordinación entre los centros residenciales de mayores, públicos, concertados y privados dependientes de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid y Centros Asistenciales dependientes de la Consejería de Sanidad de los hospitales de la Red Sanitaria Pública del Servicio Madrileño de Salud, que permita garantizar una atención a las necesidades de los residentes afectados por el Covid-19 **con criterios de calidad, adecuación científico técnica y seguridad.**

Así mismo, como objetivos secundarios, se señalan:

- 1) Contribuir a la sostenibilidad del Sistema de Salud evitando las graves consecuencias que el colapso del mismo tendría tanto para la población afectada por el Covid-19 como para los pacientes no afectados por el virus y cuya salud debiera sufrir las menores consecuencias posibles de la actual crisis.
- 2) **Identificar los pacientes** que se beneficien de una derivación a centros hospitalarios por mejorar el pronóstico de supervivencia y calidad de vida a corto y largo plazo.
- 3) Responder adecuadamente a los **principios de la bioética y el código deontológico** de las profesiones sanitarias en situaciones de emergencia y catástrofes sanitarias.
- 4) Asegurar el acceso **a los recursos indicados y al confort** de los pacientes en cada fase de la enfermedad.
- 5) Identificar los procesos sanitarios y los profesionales que mejoren y agilicen la implantación de las medidas a adoptar

6) Minimizar la expansión de la enfermedad, protegiendo a los convivientes y al personal que atiende a los pacientes

7) Asegurar el acceso de los centros residenciales al material y medicación necesarios

Dichas medidas habían de implementarse sobre una población con características diferenciales respecto del universo de pacientes enfermos, que representa a uno de los grupos de mayor riesgo y que van a ser atendidos mayoritariamente en un medio con peculiaridades.

Los destinatarios del protocolo de coordinación eran todos los residentes en centros residenciales de mayores, públicos, privados y concertados dependientes de la Consejería de Políticas Sociales y Familia en **particular los considerados como caso confirmado, caso probable o posible de infección por Covid-19.**

Se establecen como nuevos profesionales, **el Geriatra de enlace y el Coordinador de Plazas Sociosanitarias.**

En el punto 5) del Protocolo se fija el **Desarrollo Operativo**, estableciéndose que ante la detección, por parte del personal del centro residencial de mayores, de un paciente con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda compatible con infección por Covid-19, se procederá con:

1) Establecimiento de las medidas para la prevención, control de la infección y limitar la transmisión según los estándares establecidos.

2) Contacto telefónico con su GERIATRA DE ENLACE en horario entre 8.00 y 22.00 h. Fuera de este horario, si la situación clínica del paciente lo requiere, se contactará con SUMMA 112.

3) Valoración, **conjuntamente** con el geriatra de enlace, las *RECOMENDACIONES DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA ANTE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA* según sintomatología y valorando el estado de las urgencias hospitalarias, priorizando la cobertura sanitaria en residencia:

- Los protocolos de determinación de PCR diagnóstica serán los que se establezcan en el “Procedimiento de actuación frente a casos de nuevo coronavirus” del Ministerio de Sanidad (ultima actualización disponible). Igualmente con los *kits rápidos*, una vez disponibles.

- **Valorar clínicamente** la derivación al hospital a los pacientes que cumplan estos **criterios**:

- Pacientes en **situación de final de vida** subsidiarios de cuidados paliativos .
- Pacientes con criterios de terminalidad oncológica, de enfermedades de órgano avanzada.
- Pacientes con criterios de terminalidad neurodegenerativa (GDS de 7)
- Criterio de **Fragilidad igual o mayor de 7**

4) Valoración, **conjuntamente** con el geriatra de enlace, de las *RECOMENDACIONES DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA ANTE OTRA PATOLOGIA*: **valorar clínicamente la derivación al hospital** a los pacientes que cumplan con los siguientes criterios:

- Criterios de **gravedad de la patología** aguda a tratar
- Pacientes en **situación de final de vida** subsidiarios de cuidados paliativos

- Pacientes con criterios de terminalidad oncológica, de enfermedades de órgano avanzada.
- Pacientes con criterios de terminalidad neurodegenerativa (GDS de 7)
- Criterio de Fragilidad igual o mayor de 7.

En el punto 5) se establece el procedimiento de derivación, indicándose que será el **médico responsable** del paciente (Residencia) quien activará el traslado a **su centro hospitalario de referencia** -o centro de apoyo, o al hospital de IFEMA cuando ello sea posible- y el transporte, traslado **consensuado con el geriatra de enlace**. Mientras espera el transporte al hospital al paciente **se le debe colocar una mascarilla quirúrgica** y aislar en una habitación con la puerta cerrada. Durante el traslado, el paciente portará una mascarilla quirúrgica.

Conforme al punto 6) **cada residencia deberá elaborar un plan de contingencia** para prevenir el contagio del personal sanitario y sus bajas consecuentes, así como **planificar turnos de cuidadores y voluntarios** en equipos fijos para evitar el contagio entre el personal.

El punto 7) recoge los aspectos referidos a los reingresos tras el alta hospitalaria y nuevos ingresos , señalando que:

- Durante el tiempo de la pandemia, las residencias podían admitir a cualquier persona que normalmente admitiría en sus instalaciones, incluidas las personas que han estado en hospitales donde hay casos de COVID-19, **asegurando sus medidas de aislamiento o tratamiento** que así lo requieran, **reservando una unidad / ala exclusivamente** a los residentes que vengan o regresen del hospital. **En caso de pacientes que no sean grandes dependientes (según AVBVD), pueden ser trasladados del hospital a uno de los hoteles medicalizados.**

- De acuerdo con el desarrollo de la Orden SND/275/2020 del BOE de 23 de marzo de 2020, podrían desarrollarse medidas aplicables en los centros de servicios sociales de carácter residencial. Para ello se crearía la figura del **Coordinador de plazas sociosanitarias**. Todas las residencias deberán **informar diariamente** de sus datos al SGT de la Consejería de Políticas Sociales.

En el punto 8, y Anexo I, se regula la provisión de material y apoyo sanitario específico, estableciéndose que tras el adecuado abastecimiento de material de protección (EPIs) a las residencias de mayores, distribución centralizada desde la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Natalidad, las residencias que lo precisen solicitarán dicho material a través de esa vía. Excepcionalmente, si no hubiese disponibilidad, se solicitará ayuda al hospital. Dicho hospital de referencia sí debe atender el suministro de medicación y material fungible.

El ANEXO 2 DEL Protocolo indica las pautas a seguir en los pacientes que no responden al tratamiento conservador y tienen criterios de exclusión de derivación.

Se fija la medicación imprescindible para el abordaje de los pacientes en situaciones graves de pacientes sin criterios de derivación o de últimos días:

- LEVOMEPRUMACINA, 25 MG, AMP
- HALOPERIDOL 25 MG, AMP
- MIDAZOLAM 5MG/ML, AMP DE 3 ML (es la mejor presentación para vía subcutánea)
- Sistemas de administración de fármacos por vía SC (si el paciente no necesita vía IV es preferible el empleo de SC y más sencillo de manejar para cualquier profesional.

- DICLOFENACO 75, AMP

- Si fuera posible, INFUSORES BAXTER DE 5 DÍAS, (se optimiza el uso de recursos humanos y el paciente está controlado durante ese tiempo)

El día **26 de marzo** el diario El País se preguntaba en su edición digital , *¿ Por qué no va la ambulancia a la residencia?. Madrid descarta a terminales, grandes dependientes...*

<https://elpais.com/espana/madrid/2020-03-26/por-que-no-va-la-ambulancia-a-la-residencia-los-cuatro-criterios-en-madrid-para-seleccionar-quien-es-hospitalizado.html>

Según el artículo el protocolo habría sido elaborado por un grupo de geriatras basado en la ética de la medicina de catástrofes. Serían ellos, distribuidos en 22 hospitales de la región, los encargados de **valorar cada llamada** de una residencia madrileña para decidir quién debería ingresar en los hospitales.

Según se indica , los geriatras de los hospitales usaron versiones con los mismos criterios antes de que el director general de Coordinación Socio-Sanitaria, Carlos Mur, firmara el protocolo el día 25 de marzo.

Así mismo, se indica que hay un segundo documento, de 29 páginas, que incluye los detalles para facilitar la selección, de modo que quede menos margen para el arbitrio. Contiene una escala de fragilidad con nueve niveles, siendo descartados quienes tengan un **criterio de fragilidad de siete o mayor** (fragilidad grave, con dependencia total para el cuidado personal; fragilidad muy grave, es decir, totalmente dependientes; y enfermos terminales, con una esperanza de vida menor a seis meses)

En el artículo se hace referencia a un primer documento de la Consejería de Sanidad, revelado por el diario digital El Español, que habría sido descartado por el referido grupo de geriatras porque se rechazaba la hospitalización de personas con discapacidad.

El día **25 de marzo** el diario digital El Español publicaba un artículo titulado “ *El polémico documento de Madrid : los ancianos con discapacidad y síntomas no se derivarán al hospital.*”

https://www.elespanol.com/espana/madrid/20200325/polemico-documento-madrid-ancianos-discapacidad-no-derivaran/477453553_0.html

Según se señalaba en el cuerpo del artículo la semana anterior a su publicación, la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria de Madrid habría enviado a las residencias de mayores un documento con el protocolo, dictado por la Consejería de Sanidad, a seguir en cuanto al Covid-19. El documento fue facilitado al diario por una residencia de la capital, y en él se indicaban los pasos a seguir por parte de los centros geriátricos en caso de que acumulen positivos.

En un apartado se indica **cuándo una infección respiratoria, como la que causa el coronavirus, puede ser derivada a un hospital.**

Unos de los criterios que aparecerían en dicho documento serían : Cuando “el paciente es independiente para la marcha o Índice de Barthel >60”; y cuando el paciente lo es “sin deterioro cognitivo, o deterioro cognitivo con GDS <6”.

Es necesario conocer en la fase instructora el alcance que hayan podido tener la aprobación, y difusión de los protocolos en las distintas residencias. Cómo se han aplicado y a qué residentes. Se trata de saber, en primer lugar, si los protocolos permitían dejar sin asistencia a personas mayores que se encontraban en residencias, qué criterios se

han seguido para tomar dicha decisión, quién la tomaba y qué personas no fueron trasladadas al hospital en aplicación de alguno de esos dos protocolos.

Ambos protocolos podrían haber sido el soporte normativo con el que la Comunidad de Madrid ha pretendido descongestionar la presión asistencial en los hospitales, objetivizando los criterios de selección, aún a sabiendas que la aplicación de los mismos implicaba que cientos de personas podrían morir en las residencias sin la asistencia sanitaria que precisaban.

12.6 SOBRE EL MANDO ÚNICO Y LOS RECURSOS EMPLEADOS POR LA COMUNIDAD DE MADRID

La Orden SND/232/2020, de 15 de marzo adoptaba una serie de medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, entrando en vigor ese mismo día tras su publicación en el BOE.

En su **punto 8** se establece que durante el tiempo en el que por la progresión o afectación de la epidemia de COVID-19 no se pueda atender adecuadamente la asistencia sanitaria de la población con los medios materiales y humanos adscritos a cada comunidad autónoma, **éstas tendrán a su disposición los centros y establecimientos sanitarios privados, su personal,** y las Mutuas de accidentes de trabajo.

Ya se señalaba anteriormente, que no fue hasta el 26 de marzo cuando la presidenta de la Comunidad de Madrid D^a Isabel Díaz Ayuso anunció un **plan de choque** para controlar la pandemia en las residencias de mayores, creándose, entre las medidas adoptadas, el mando único que asumía la Consejería de Sanidad.

El **2 de abril de 2020** el diario digital Eldiario.es publicaba un artículo titulado “ *La sanidad privada calcula que tiene 2.200 camas de UCI, sin usar en toda España*”

https://www.eldiario.es/sociedad/sanidad-privada-calcula-UCI-Espana_0_1012449010.html

Por su parte el diario digital Público publicaba el **día 3 de abril un** artículo titulado “ *Más de 2000 respiradores de la sanidad privada, sin uso porque nadie los reclama mientras las UCI están al límite*”, según datos de la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE), la patronal de la sanidad privada, que engloba al 80% de empresas y centros sanitarios privados del país.

Ante una situación excepcional de crisis sanitaria el Gobierno declaró el estado de alarma mediante el Real Decreto 463/2020. Su art. 12 regula las medidas dirigidas a reforzar el Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional estableciendo que todas las autoridades civiles sanitarias de las administraciones públicas del territorio nacional, así como los demás funcionarios y trabajadores al servicio de las mismas, quedarán bajo las órdenes directas del Ministro de Sanidad en cuanto sea necesario para la protección de personas, bienes y lugares, pudiendo imponerles servicios extraordinarios por su duración o por su naturaleza.

Añade, no obstante, que **las administraciones públicas autonómicas y locales mantendrán la gestión, dentro de su ámbito de competencia, de los correspondientes servicios sanitarios, asegurando en todo momento su adecuado funcionamiento.**

Teniendo en cuenta la evolución de las cifras de fallecimientos por Coronavirus en la Comunidad de Madrid, y en concreto de las personas residentes en residencias para mayores, desde antes que se declarara el estado de alarma el día 14 de marzo, es preciso conocer qué medidas,

conforme a las atribuciones de la Orden SND/232/2020, de 15 de marzo ha adoptado la Comunidad de Madrid.

¿El sistema sanitario de la Comunidad de Madrid (público y privado) ha operado como un todo, en beneficio única y exclusivamente de los ciudadanos que necesitaban asistencia sanitaria en un momento de emergencia sanitaria?. ¿ La máxima autoridad de la Comunidad de Madrid diseñó algún plan de coordinación desde el mismo día 15 de marzo en que se encontraba habilitada para ello?.

Hemos de recordar que los protocolos a los que nos referíamos en el punto anterior tenían, entre otros objetivos, el de contribuir a la sostenibilidad del Sistema de Salud, identificando a los pacientes que se beneficiarían de la derivación hospitalaria. Y para ello se fijaron criterios que discriminan entre enfermos, discriminación, aparentemente basada en la consecución de la protección de un bien jurídico superior, que sería la salud colectiva.

La sobrecarga asistencial en las UCIS, y la carencia de medios, fundamentalmente respiradores, se ha producido en la red hospitalaria pública. Esta circunstancia exige aclarar por parte de los responsables de la Comunidad de Madrid, principalmente su Presidenta y el Consejero de Sanidad, las medidas llevadas a cabo para evitar llegar a esa situación. Máxime si su acción u omisión tuvo una incidencia directa en la falta de selectiva de atención sanitaria, mediante la cobertura de los protocolos señalados anteriormente.

A la anterior relación de hechos son de aplicación los siguientes

FUNDAMENTOS DE DERECHO

I. DE LA COMPETENCIA AUTONÓMICA EN MATERIA DE SANIDAD Y POLÍTICAS SOCIALES: El art. 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud y atribuye a los Poderes Públicos la competencia para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, estableciendo al mismo tiempo que los derechos y deberes de todos al respecto constituyen reserva de Ley, lo que implica que el contenido del derecho a la protección de la salud ha de ser fijado por el legislador ordinario, en el marco de competencias que corresponden al Estado y a las Comunidades Autónomas de acuerdo con la distribución constitucional (arts. 148.1.21 , 149.1.16 y 17 CE) **y con lo que establezcan en cada caso los respectivos Estatutos de Autonomía.**

En base a la potestad normativa otorgada por la Constitución la Ley General de Sanidad, y el Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid (arts. 27.4. 27.5 y 28.1.1) el Gobierno de la Comunidad de Madrid, dentro de su ámbito competencial, por medio de Ley 12/2001 , de 21 de diciembre de Ordenación Sanitaria, efectúa a través del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid la ordenación sanitaria, así como la regulación general de todas las acciones que permitan, hacer efectivo el derecho de protección a la salud.

El art. 1 de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid establece como objeto de la misma la ordenación sanitaria en la Comunidad de Madrid, así como la regulación general de todas las acciones que permitan, a través de la constitución del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en el art. 43 de la Constitución, en su ámbito territorial y en el marco de las competencias que le atribuyen los arts 27 y 28 del Estatuto de Autonomía.

En lo que a las políticas sociales respecta el art.148.1 de la Constitución faculta a las Comunidades Autónomas a asumir plenitud de

competencias en materia de asistencia social, y así lo ha hecho Comunidad de Madrid a través del art. 26.18 del Estatuto de Autonomía.

Por su parte, la Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales, prevé la organización y establecimiento de servicios sociales especializados tendentes a evitar la marginación de las personas mayores y a promover su integración y participación en la sociedad favoreciendo su mantenimiento en el medio.

El art. 1 del Decreto 72/2001, de 31 de mayo señala como objeto del mismo o regular el régimen jurídico básico de prestación del Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias, Centros de Día y Pisos Tutelados.

Su art.8 establece como forma de gestión del Servicio Público la gestión directa por parte de la Comunidad de Madrid; el concierto con persona natural o jurídica; y la concesión o a través de cualquier mecanismo de gestión indirecta previsto por la normativa aplicable en la materia.

Consiguientemente, tanto en materia sanitaria como en lo que a las residencias respecta la Comunidad de Madrid ostenta plenas competencias en su ámbito de actuación.

El Decreto 463/2020 que declara el estado de alarma , entrando en vigor el día 14 de marzo de 2020, no altera el marco competencial de las Comunidades Autónomas, tal y como se desprende de sus arts. 6 y 12 .

En esta línea el Ministerio de Sanidad dictó una serie de Órdenes por parte de su Secretaría de Estado que **habilitaban a la Comunidad de Madrid para adoptar medidas, que van desde la posibilidad de hacer uso de los recursos de la sanidad privada, hasta la información que había de transmitirse al Ministerio de Sanidad.**

Entre dichas Órdenes destacan:

. Orden SND/232/2020 , de 15 de marzo, de medidas en materia de RRHH y medios. Punto Octavo de la Orden.

. Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención. Puntos Tercero, Cuarto c) y Quinto

. Y principalmente la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, sobre adopción de medidas en residencias de personas mayores y centros sociosanitarios. **Esta Orden está directamente relacionada con la medicalización de las residencias.**

II. DEL DELITO DE HOMICIDIO IMPRUDENTE: Los hechos relatados son constitutivos, a priori, y sin perjuicio de una ulterior calificación jurídica de un delito de delito de homicidio imprudente previsto en el artículo 142 del Código Penal. Dicho precepto dispone lo siguiente:

1. 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.

Si el homicidio imprudente se hubiera cometido utilizando un vehículo a motor o un ciclomotor, se impondrá asimismo la pena de privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores de uno a seis años. A los efectos de este apartado, se reputará en todo caso como imprudencia grave la conducción en la que la concurrencia de alguna de las circunstancias previstas en el artículo 379 determinara la producción del hecho.

Si el homicidio imprudente se hubiera cometido utilizando un arma de fuego, se impondrá también la pena de privación del derecho al porte o tenencia de armas por tiempo de uno a seis años.

Si el homicidio se hubiera cometido por imprudencia profesional, se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un periodo de tres a seis años.

2. El que por imprudencia menos grave causare la muerte de otro, será castigado con la pena de multa de tres meses a dieciocho meses.

Si el homicidio se hubiera cometido utilizando un vehículo a motor o un ciclomotor, se podrá imponer también la pena de privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores de tres a dieciocho meses. Se reputará imprudencia menos grave, cuando no sea calificada de grave, siempre que el hecho sea consecuencia de una infracción grave de las normas sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, apreciada la entidad de ésta por el Juez o el Tribunal.

Si el homicidio se hubiera cometido utilizando un arma de fuego, se podrá imponer también la pena de privación del derecho al porte o tenencia de armas por tiempo de tres a dieciocho meses.

El delito previsto en este apartado solo será perseguible mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.

Los elementos que integran el tipo penal referido son los siguientes:

a) una acción u omisión voluntaria, no maliciosa o intencional, es decir, que se halle ausente en ella un dolo directo o eventual.

b) una actuación negligente o reprochable por falta de previsión más o menos relevante. Ello constituye el elemento subjetivo de la conducta imprudente en cuanto propiciador del riesgo, al apartarse de la racional presencia de consecuencias nocivas de la acción u omisión empeñadas, siempre previsibles, prevenibles y evitables.

c) factor normativo externo, representado por la infracción del deber objetivo de cuidado, traducido en normas convencionales y experienciales tácitamente aconsejadas y observadas en la vida social

en evitación de perjuicios de terceros, en normas específicas reguladoras y de buen gobierno de determinadas actividades; hallándose en la violación de tales principios o normas socio-culturales o legales, la raíz de la antijuridicidad detectable en las conductas culposas o imprudentes;

d) originación de un daño; temido evento mutatorio o alteración de la situación preexistente, que el sujeto debía conocer como previsible y prevenible, y desde luego evitable, caso de haberse observado el deber objetivo de cuidado que tenía impuesto y, que por serle exigible, debiera haber observado puntual e ineludiblemente;

e) adecuada relación de causalidad entre el proceder descuidado e inobservante, o acto inicial conculcador del deber objetivo de cuidado y el mal, daño o resultado antijurídico sobrevenido.

f) relevancia jurídico penal de la relación causal o acción típica antijurídica, no bastando la mera relación causal, sino que precisa, dentro ya de la propia relación de antijuridicidad, que el resultado hubiese podido evitarse con una conducta cuidadosa, o al menos, no se hubiera incrementado el riesgo preexistente y que, además, la norma infringida se orientara a impedir el resultado.

En suma, el precepto penal transcrito se integra por elementos objetivos y subjetivos, siendo los primeros la infracción de la norma de cuidado, y, la producción de un resultado dañoso. Los últimos, esto es, los elementos subjetivos, consisten en que el sujeto activo debe conocer que la conducta desarrollada entraña peligro o riesgo sin buscar la producción del resultado.

Ante de analizar si los hechos descritos integran todos esos elementos, debe efectuarse una breve apreciación en lo que respecta al concepto de imprudencia o negligencia que hemos referido en el b) de los elementos definidores del delito de homicidio imprudente. Así, debe admitirse que NO existe una definición legal de la imprudencia. La mejor aproximación

al concepto, o dicho de otro modo, el punto de partida para analizar y comprender el concepto de imprudencia es sin duda el art. 14 del CP, precepto en el que se prevé que la infracción será castigada como imprudente cuando *atendidas las circunstancias del hecho y las personales del autor el error de tipo fuera evitable*.

Así pues, para la integración del tipo penal se requiere la concurrencia de una conducta humana consistente en hacer o no hacer, pero no dolosa o maliciosa. Dicha conducta habrá de infringir un deber objetivo de cuidado. El sujeto activo podía y debía haber previsto las consecuencias de su conducta, o lo que es lo mismo, el resultado lesivo y su vinculación causal con su propio hacer u omitir, y si no lo hizo fue a causa de su propia dejadez o descuido. El Tribunal Supremo ha declarado al respecto que la distracción o desatención en la conducta constituye la raíz de la culpa y afecta a dos elementos de que esta se compone: El psicológico, al no apreciar el grado de previsibilidad del resultado en relación con el riesgo suscitado, y el normativo, al disminuir la intensidad de la conciencia del deber de cuidado infringido constituido ya por normas elementales de común experiencia, ya por preceptos de menor rango incorporados o no a reglamentos (Sentencia de 13 de marzo de 1982).

Hechas estas importantes precisiones, volvemos a lo que afirmábamos en los párrafos que al presente anteceden. Los elementos definidores del delito a la sazón consisten en la infracción de la norma de cuidado, y, la producción de un resultado dañoso.

En lo que respecta a la infracción de la norma de cuidado, es necesario que el sujeto activo advierta la presencia del riesgo, preverlo aunque solo aprecia la potencialidad del mismo, de manera que no se comporta conforme a la norma de cuidado previamente advertida, a fin de conjurar el peligro o riesgo. Sin embargo, nuestro derecho no se cuenta con un concepto positivo de lo que haya de entenderse por norma de cuidado ni,

en consecuencia, se sabe cuál es el módulo o criterio con que valorar la actitud del sujeto en la situación concreta, ya sea al tiempo de prevenir el riesgo, ya sea en el de evitar sus consecuencias.

A este respecto la doctrina jurisprudencial ha señalado que el deber de cuidado es un elemento que puede establecerse en un precepto jurídico o en la que se conoce como norma de la común y sabia experiencia general tácitamente admitida y guardada en el ordinario y prudente desenvolvimiento de la actividad social, que se objetiva, según afirma la jurisprudencia en el módulo objetivo de la comparación o contrastación de la conducta del agente con la que se supone hubiera observado un hombre medio normal colocado en la misma situación concreta en la que se encontraba el sujeto activo.

Se analiza seguidamente la conducta de los querellados, que como se apreciará integra todos y cada uno de los elementos definidores de este tipo penal.

Como ya se ha señalado en el apartado correspondiente al relato fáctico del presente escrito, en la Comunidad de Madrid, los fallecidos en residencias al momento de redactar esta querrela a finales de abril ascienden a 6.400, que representan el 46% de los fallecidos en residencias en el Estado español, cifra muy alarmante teniendo en cuenta, por ejemplo, que en toda Francia en residencias de mayores han fallecido 7.000 ancianos y en Italia 7.200 en total (cifras a finales de abril).

Como es público y notorio, la crisis provocada por el COVID 19, tuvo sus primeras manifestaciones a mediados de febrero de 2020 en el Estado español (y es muy probable que incluso antes), aunque ya había conocimiento del mismo por los casos que se habían producido fundamentalmente en China y en Italia entre otros países, no fue **abordada por la Comunidad de Madrid que tiene competencias**

totales, como indicaremos más adelante, en sanidad y en el control de las residencias de personas mayores.

La Comunidad de Madrid no actúa hasta el día 9 de marzo en el que el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid expresa que se van a aplicar medidas extraordinarias durante 15 días, y que en lo referente a sanidad y residencias de mayores eran las siguientes:

-Se prohíbe las visitas a familiares de residentes; los centros informaran a las familias de la situación de la residencia y de los residentes por carta circular informativa o telefónicamente.

-En circunstancias excepcionales las familias con autorización podrán acceder al centro con los equipos de protección adecuados

-Se suspenden actividades de voluntariado.

-Se evitará el ingreso de nuevos usuarios.

-Atención hospitalaria; se suspenden intervenciones no urgentes y consultas y se crearan unidades de Covid 19.

-Se habilitarán camas en los hospitales para pacientes del Covid 19.

-Con respecto a la residencia de mayores, se indica que se fomentarán los servicios telemáticos donde haya casos positivos de Covid 19 y se establecerá un plan específico de urgencias y de UCIS.

El día 12 de marzo, por el gobierno de la Comunidad de Madrid se emite otro comunicado en el que se indica las siguientes medidas a tomar:

-Sistema centralizado de UCIS

-Plan histórico que unidad sanidad pública y privada bajo una misma coordinación.

-Se llegarán a las 1.000 camas UCIS para los afectados.

-Las residencias se van medicalizar y los mayores contagiados podrán ser atendidos en las mismas.

-Se creará un comité de coordinación presidido por el consejero de sanidad y con representantes de las diversas especialidades médicas que intervienen en el tratamiento del Covid 19.

- Cada hospital público o privado tendrá un equipo de trabajo integrado por responsables de todas las especialidades médicas que intervengan en el tratamiento del Covid 19.

En este comunicado se dice también que el Gobierno de la Comunidad de Madrid ha reorganizado el sistema sanitario contratando a más de 1.700 profesionales y también se dice que la Comunidad de Madrid está comprando nuevo material sanitario (mascarillas, epis...etc.)

El 26 de marzo se anuncia por la presidenta de la Comunidad de Madrid D^a Isabel Díaz Ayuso un **plan de choque** para controlar la pandemia en las residencias de mayores con las siguientes medidas:

-Mando único que asume la consejería de Sanidad y la colaboración de bomberos, protección civil, etc.

-Mapeo de las residencias de la Comunidad para analizar bajo un mismo protocolo que actuaciones se van a llevar a cabo.

-Colaboración de la UME en tareas de desinfección y aislamiento de infectados.

-Traslado de fallecidos; el consejero de Sanidad firma una orden relativa al reglamento de sanidad mortuoria por lo que se permite a la UME, bomberos y protección civil, realizar el traslado de fallecidos de personas mayores internas en las residencias.

También en dicho comunicado del 26 de marzo se dice que se ha contratado desde el 5 de marzo, como refuerzo para las residencias, 2.278 profesionales (médicos, técnicos de enfermería y personal auxiliar).

-Manejo de cadáveres y autopsias; se recomienda no realizar autopsias por el riesgo de contagio. Los casos en los que fuera imprescindible realizar dichas autopsias se aconseja que antes de realizarlas se hagan a los fallecidos test de PCR para descartar infección por Covid 19.

En la comparecencia realizada por el consejero de Justicia D. Enrique López en la comisión de Justicia de la Asamblea de Madrid celebrada el día 20 de abril, y según consta en el diario de sesiones de la Comunidad de Madrid, D. Enrique explica que sus poderes estaban limitados por el estado de alarma, ya que en una situación así el gobierno central tiene mucho poder. También dice que se habían repartido 1.871 EPIS a fecha 7 de abril, requeridos en relación al número de residencias, trabajadores y residentes, y que el plan de choque desde el 26 de marzo de apoyo a la sanidad pública y con respecto a las residencias, que se están haciendo dos veces por semana revisión in situ de las mismas por parte de la policía local, teniendo en cuenta los datos facilitados por la UME y los bomberos. Añade que **las residencias estaban medicalizadas**, y también dice, y vamos a citar textualmente *“Los datos oficiales cuentan la historia por sí solos: el 20 de marzo, apenas seis días después de la declaración del estado de alarma, Políticas Sociales contabilizaba 200 muertos en toda la red de residencias; cuatro días más tarde, el 24 de marzo, el número había aumentado un 300 por ciento, alcanzándose la cifra de 841 fallecidos. **Al día siguiente superábamos la trágica cifra de las 1.000 víctimas, y la escalada siguió en los días siguientes. Precisamente por eso, el día 27, la presidenta Ayuso, ya con ese número de fallecidos al que acabo de hacer referencia, cogió el toro por los cuernos**”*

Pues bien, ello evidencia una falta de actuación injustificable del Equipo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, especialmente de los querellados D^a Isabel Díaz Ayuso y del Consejero de Sanidad D. Enrique Ruiz Escudero.

Ambos conocen el número de fallecidos que había a primeros de marzo, y no deciden implantar un plan de choque hasta el día 27 de marzo, casi un mes después, cuando ya habían fallecido 1.000 personas mayores en las residencias.

Así, en tales conductas omisivas concurren todos los elementos que configuran el delito tipificado por el art. 142 CP, al existir o haberse producido una evidente infracción de un deber de cuidado interno (deber subjetivo de cuidado o deber de previsión de la situación que se desencadenaría ante la absoluta inacción del los querellados), que o no advirtieron la presencia de un peligro perfectamente cognoscible (o que debía serlo) y la extremada gravedad del mismo. A la vez, dicha conducta omisiva, supone la creación o generación de riesgos no permitidos, o, si se prefiere decir así, la omisión de los querellados, su inacción impidió controlar o neutralizar los riesgos que desencadenaba la pandemia.

Es evidente que esa demora en el actuar de los querellados implica la existencia de un nexo causal entre su imprudente omisión y el resultado producido que ha sido el enorme número de fallecimientos que se han producido en las residencias de personas mayores de la Comunidad de Madrid, de manera que la ausencia de adopción de toda medida hasta finales del mes de Marzo, se ha materializado en el trágico resultado del elevadísimo número de decesos acaecidos en la residencias para personas mayores de la Comunidad de Madrid, siendo evidente que la ausencia de adopción de medidas hasta finales de marzo es un evidente nexo de causalidad porque la adopción de medidas habría evitado, con una probabilidad rayana en la certeza, el trágico resultado que se ha producido, y que no es otro que el fallecimiento de 6.400 personas mayores en las residencias de la Comunidad de Madrid, y ello a finales del mes de Abril.

Por los querellados no se adoptaron medidas tendentes a medicalizar las residencias ni se adoptó medida eficaz alguna para evitar la propagación

del virus entre los residentes (por ejemplo no se trasladó a hoteles a todos o la mayoría de los residentes asintomáticos, algo que se apuntaba en el plan de choque ya que solo 90 de los más de 50.000 ancianos residentes fueron realojados en hoteles). Si quiera las residencias fueron medicalizadas a fecha 27 de Marzo (fecha en la que daría comienzo el supuesto plan de choque y que fue anunciado el 12 de Marzo) ya que el señor Rellero, que es el consejero de Servicios Sociales, había afirmado que las residencias no estaban medicalizadas y que él era partidario de hacerlo, comentario que supuso el ser relegado a un segundo plano por parte de la presidenta de la Comunidad de Madrid, e incluso la advertencia de cesarle como consejero de Políticas Sociales.

III. DEL DELITO DE LESIONES IMPRUDENTES: Los hechos pueden asimismo ser constitutivos de un **delito de lesiones por imprudencia grave**. *Dispone el art. 152 CP que:*

1. El que por imprudencia grave causare alguna de las lesiones previstas en los artículos anteriores será castigado, en atención al riesgo creado y el resultado producido:

1. ° Con la pena de prisión de tres a seis meses o multa de seis a dieciocho meses, si se tratare de las lesiones del apartado 1 del artículo 147.

2. ° Con la pena de prisión de uno a tres años, si se tratare de las lesiones del artículo 149.

3. ° Con la pena de prisión de seis meses a dos años, si se tratare de las lesiones del artículo 150.

Si los hechos se hubieran cometido utilizando un vehículo a motor o un ciclomotor, se impondrá asimismo la pena de privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores de uno a cuatro años. A los efectos de este apartado, se reputará en todo caso como imprudencia grave la conducción en la que la concurrencia de alguna de las

circunstancias previstas en el artículo 379 determinara la producción del hecho.

Si las lesiones se hubieran causado utilizando un arma de fuego, se impondrá también la pena de privación del derecho al porte o tenencia de armas por tiempo de uno a cuatro años.

Si las lesiones hubieran sido cometidas por imprudencia profesional, se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de seis meses a cuatro años.

2. El que por imprudencia menos grave causare alguna de las lesiones a que se refieren los artículos 147.1, 149 y 150, será castigado con la pena de multa de tres meses a doce meses.

Si los hechos se hubieran cometido utilizando un vehículo a motor o un ciclomotor, se podrá imponer también la pena de privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores de tres meses a un año. Se reputará imprudencia menos grave, cuando no sea calificada de grave, siempre que el hecho sea consecuencia de una infracción grave de las normas sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, apreciada la entidad de esta por el Juez o el Tribunal.

Si las lesiones se hubieran causado utilizando un arma de fuego, se podrá imponer también la pena de privación del derecho al porte o tenencia de armas por tiempo de tres meses a un año.

El delito previsto en este apartado solo será perseguible mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.

Al igual que en el delito de homicidio imprudente, los elementos definidores de este delito son a) la producción de un resultado que sea la parte objetiva de un tipo doloso del delito de lesiones; b) la infracción de una norma de cuidado cuyo aspecto interno es el deber de advertir el peligro y cuyo aspecto externo es el deber de comportarse conforme a las normas de cuidado previamente advertido; y c) que se haya querido

la misma conducta descuidada, con conocimiento del peligro, o sin él, pero no el hecho resultante de tal conducta.

En aras a la brevedad, y a fin de evitar reiteraciones innecesarias nos remitimos a lo expuesto respecto al delito de homicidio imprudente en relación con la concurrencia en la conducta de los querellados de todos los citados elementos integradores de este tipo penal, con la salvedad de que en este caso, la omisión de la adopción de medidas por los querellados lo que provocó fue la propagación del contagio en muchos residentes, que si bien ha superado la infección, es lo cierto que han requerido tratamiento médico y hospitalización para su sanidad, padeciendo en algunos casos secuelas pendientes de determinación, lo que evidencia que estamos ante el resultado típico, esto lesiones constitutivas de delito que son consecuencia de las omisivas conductas de los querellados, quienes han eludido ejecutar y desarrollar las más elementales normas de precaución lo cual como hemos expuesto anteriormente supone una vulneración clara y flagrante del deber objetivo de cuidado que les incumbe. Así se ha producido una omisión por los querellados que o bien no advirtieron el riesgo que se creaba con su conducta omisiva, o bien lo conocían pero lo ignoraron, vulnerando así el deber objetivo de cuidado, el deber de advertir el peligro y el deber de evitarlo, siendo absolutamente previsible que la inacción tendría las nefastas consecuencias que conocemos.

IV. DEL DELITO DE OMISIÓN DEL DEBER DE SOCORRO: Además, los hechos podrían ser constitutivos de un **delito de omisión del deber de socorro** previsto en el art. 195 del CP. Dicho precepto establece que:

1. 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 terceros, será castigado con la pena de multa de tres a doce meses.

2. En las mismas penas incurrirá el que, impedido de prestar socorro, no demande con urgencia auxilio ajeno.

3. Si la víctima lo fuere por accidente ocasionado fortuitamente por el que omitió el auxilio, la pena será de prisión de seis meses a 18 meses, y si el accidente se debiere a imprudencia, la de prisión de seis meses a cuatro años.

Los elementos de este tipo penal son los siguientes:

Una conducta omisiva sobre el deber de socorrer a una persona desamparada y en peligro manifiesto y grave, es decir, cuando necesite protección de forma patente y conocida y que no existan riesgos propios o de un tercero, como pueda ser la posibilidad de sufrir lesión o perjuicio desproporcionado en relación con la ayuda que necesita.

Una repulsa por el ente social de la conducta omisiva del agente.

Una culpabilidad constituida no solamente por la conciencia del desamparo de la víctima y la necesidad de auxilio, sino además por la posibilidad del deber de actuar

Pues bien tal y como se ha expuesto en el relato de hechos del presente escrito, los querellados ejecutan el núcleo de la acción delictiva, que radica en haber omitido acciones tendentes a evitar la propagación del virus en las residencias de ancianos, e incluso habiéndose producido más de 1.000 decesos no se adopta medida alguna **omitiendo así los querellados cumplimiento del deber de socorrer a los residentes que es evidente que dada la propagación del contagio en las residencias se encontraban en peligro manifiesto y grave.** Así, ante un peligro no ya inminente sino existente y grave que generó una situación que por desgracia puso en peligro la vida de los residentes no se adoptaron medidas, siendo lógicamente conocido por los autores que era absolutamente necesaria la adopción de las mismas para socorrer a las personas mayores. Así, la responsabilidad de los querellados se genera por el mero “no hacer”

Y es innegable por evidente que concurría una situación de peligro al

existir no ya una probabilidad racional de que se produzca un determinado resultado perjudicial para la vida o la integridad de los residentes, sino que tales trágicos resultados ya estaban teniendo lugar, por lo que la situación de peligro era manifiesta y absolutamente perceptible.

Como elemento subjetivo, el delito de omisión **debe ser doloso**, esto es, que el autor **conozca la situación de peligro en la que se encuentra una persona**, que esta desamparada. Como hemos venido señalando, los querellados tenían conocimiento de la situación en las residencias, y sabían y conocían en números de fallecimientos que se había producido en las residencias de la Comunidad de Madrid. Más de 1.000 hasta que deciden actuar aprobando un plan de choque. Por tanto resulta del todo punto innegable que los querellados conocían la situación de peligro en la que se encontraban los ancianos residentes, concurriendo en consecuencia todos los elementos del tipo penal.

Los hechos también podrían subsumirse en el **delito de trato degradante** que tipifica el art. 175 del Código Penal que dispone que: *“La autoridad o funcionario público que abusando de su cargo y fuera de los casos comprendidos en el artículo anterior, atentare contra la integridad moral de una persona, será castigado con la pena de prisión de dos a cuatro años, si el atentado fuera grave, y de prisión de seis meses a dos años si no lo es. Se impondrá, en todo caso, al autor, además de las penas señaladas, la de inhabilitación especial para empleo o cargo público de dos a cuatro años.”*

En primer término ha de delimitarse el concepto penal de integridad moral, que, evidentemente, no cabe confundir con el derecho fundamental a la misma. Es cierto que falta una precisa definición jurisprudencial del concepto indeterminado de integridad moral, pero no lo es menos que las referencias normativas residenciadas en legislaciones extranjeras, Convenios, Convenciones y Declaraciones

Internacionales sobre Derechos Humanos (los Europeos de 1950 y 1987 de las Naciones Unidas de 1984 y la Universal de 1948) y en el art. 15 CE, permiten acotar un quebranto para la seguridad jurídica y para el principio de taxatividad la esencia del bien jurídico protegido bajo el título de integridad moral, dado que ésta (como manifestación directa de la dignidad humana) comprende todas las facetas de la personalidad como las de la identidad individual, el equilibrio físico, la autoestima o el respeto ajeno que debe acompañar a todo ser humano, de suerte que cualquier conducta arbitraria de agresión o ataque ejecutada por funcionario público abusando de su cargo que, sin causar lesión y por las circunstancias que lo rodean de cierta intensidad, causa humillación, quebranto degradante de tales componentes personales a través de dichos efectos y con finalidades distintas de las comprendidas en el art. 174, presuponga, fuerce o competa al agredido o sufridor de aquéllos a actuar en una determinada dirección contra su voluntad o conciencia, encajaría en el precepto cuestionado, dado que, aunque lo sea con carácter residual, en el mismo se tipifica un delito especial impropio, implícitamente definido en las determinaciones precedentes y concurrente en el supuesto enjuiciado, dadas las circunstancias expresadas.

La STS de 3 de Octubre de 2.001 analiza el concepto de integridad moral, que es el bien jurídico protegido, declarando:«El *art. 15 CE reconoce a todos el derecho a la "integridad moral y proscribire con carácter general los 'tratos degradantes'*". La integridad moral es un atributo de la persona, como ente dotado de dignidad por el solo hecho de serlo; esto es, como sujeto moral, en sí mismo, investido de capacidad para decidir responsablemente sobre el propio comportamiento. La garantía constitucional de la dignidad, como valor de la alta calidad indicada, implica la proscripción de cualquier uso instrumental de un sujeto y de la imposición al mismo de algún

menoscabo que no responda a su fin constitucionalmente legítimo y legalmente previsto.»

Los elementos del tipo son los siguientes:

a) En cuanto al sujeto activo, tiene que tratarse de un funcionario público o autoridad, ya que en caso contrario la Ley prevé la sanción por la vía del art. 173, si bien este último precepto refuerza la acción infringiéndose un trato degradante, adjetivación que no se predica del acto comisivo en este delito aunque puede considerarse implícito.

b) En cuanto a la acción, el sujeto activo tiene que abusar de su cargo, lo que significa un comportamiento extralimitativo, prevaliéndose de su condición pública.

c) El resultado consiste en atentar contra la integridad moral de una persona. El derecho a la integridad moral está reconocido constitucionalmente en el art. 15 de nuestra Carta Magna, que proscribire con carácter general los tratos degradantes y se conecta directamente con la seguridad de la persona, cuyo art. 10 atribuye a la misma ser el fundamento del orden político y de la paz social.

d) Por último, los hechos no pueden ser constitutivos del delito de torturas, lo que confiere un carácter residual. Los hechos que se imputan a los querellados, y pese al dolor, profundo pesar y perturbación que han supuesto a los querellantes no podrían subsumirse en el tipo del delito de torturas.

En este caso, por parte de los querellados se han ejecutado conductas que atentan contra la dignidad de los querellantes. Así, en la terrible situación que se vivía en las residencias en las que se encontraban los familiares de los querellantes, apenas se les informa sobre su estado, cuando se hace ello tiene lugar con total falta de transparencia y sin transmitir información veraz, toda vez que la proporcionada es incorrecta o incompleta, algunos pasan días sin obtener la más mínima información

de la situación y estado de sus seres queridos, rara es la vez que son atendidos telefónicamente y en no pocas ocasiones reciben respuestas desabridas. Y en una situación de propagación de un virus que ha sido letal para muchas personas mayores estas conductas suponen un plus de sufrimiento añadido a los querellantes, una adicional perturbación a la enorme inquietud que sufrían que ha atacado frontalmente a su dignidad y que es consecuencia de las conductas de los querellados.

V. DEL DELITO DE PREVARICACIÓN: Los hechos podrían subsumirse en el tipo previsto que describe el art. 404 del Código Penal, pudiendo ser constitutivos de un **delito de prevaricación administrativa, en su modalidad tanto comisiva como omisiva**. Dicho precepto dispone lo siguiente: ***“A la autoridad o funcionario público que, a sabiendas de su injusticia, dictare una resolución arbitraria un asunto administrativo se le castigará con la pena de inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de siete a diez años.”***

Del tenor literal de la norma transcrita se infiere que la prevaricación administrativa es un delito especial propio, en la medida que el sujeto de la misma debe ser una autoridad o funcionario público

Son varios, en atención a todo lo expuesto, los elementos que han de concurrir para que se entienda cometido el delito de prevaricación.

1.- En cuanto al sujeto activo del delito, este, según el tenor literal del precepto ha de tener la condición de Autoridad o funcionario público.

2.- Es necesario que se dicte una resolución arbitraria a sabiendas de su injusticia, si bien, la doctrina jurisprudencial admite la posibilidad de la comisión por omisión, en aquellos casos en los que la autoridad o funcionario se vea impelida al dictado de una resolución bien porque exista una petición de un ciudadano y el silencio de la autoridad o funcionario equivalga legalmente a una denegación de la petición, o bien

porque exista una norma que de forma imperativa imponga la adopción de una resolución.

Debe aclararse que en cualquier caso, en la jurisdicción penal y en relación al delito de prevaricación, por resolución ha de entenderse todo acto que comporte una declaración de voluntad de contenido decisorio que afecte a la órbita de los derechos de los administrados. De este modo, con independencia de cuál sea la forma que revista la resolución, lo esencial es que ésta posea en sí misma un efecto ejecutivo, esto es, que decida en sentido material o que decida sobre el fondo del tema sometido a juicio de la Administración.

La resolución a que hace referencia el art. 404 podría considerarse principalmente como un acto administrativo que suponga una declaración de voluntad, de contenido decisorio no meramente ejecutorio de una decisión de la que tal acto traiga causa y que además "*afecte a los derechos de los administrados y a la colectividad en general, quedando excluidos los actos puramente políticos*",(en este mismo sentido las sentencias del Tribunal Supremo de 21 de febrero de 1994 afirma que es resolución "*cualquier acto administrativo que suponga una declaración de contenido decisorio que afecte a los derechos de los administrados y a la colectividad en general, bien sea expresa o tácita, escrita u oral*".)

El elemento subjetivo del tipo penal de prevaricación implica la conciencia de la arbitrariedad o injusticia de la resolución, que no es otra que el apartamiento consciente y deliberado de las ordenaciones legales y normativas que rigen las decisiones o actividades administrativas. Por ejemplo, y en este sentido, entre otras se expresa la Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 21-10-2002.

Existe amplio consenso en la doctrina jurisprudencial al señalar que la arbitrariedad no es equivalente a ilegalidad, cuyo control es propio, en principio, de la jurisdicción contencioso-administrativa. Para apreciar la

conurrencia de esa arbitrariedad deberá producirse por la resolución un verdadero retorcimiento del Derecho, por constituir una contradicción insuperable y de grado notorio con la legalidad vigente (en este sentido STS 15-12-98). No es suficiente que una resolución sea contraria a Derecho para que constituya un delito de prevaricación. La injusticia supone un plus de contradicción con la norma, que es lo que justifica la intervención del derecho penal, el cual sólo debe aplicarse cuando la ilegalidad sea evidente, patente, flagrante y clamorosa. (en este sentido SSTS 20 abril 1994, de 1 de Abril de 1.996, 23 de Abril de 1.997, 6 mayo 1999, 2 de Noviembre de 1.999, 10 diciembre 2001 y 16 marzo 2002).

Pues bien, como se ha relatado en el apartado correspondiente a los hechos del presente escrito, con fecha 14 de Marzo se dicta el RD 463/2020 por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID 19. No es hasta el 26 de Marzo, cuando la pandemia ya ha afectado a un buen número de residencias de ancianos, cuando el Gobierno de la Comunidad de Madrid presenta un plan de choque para controlar la pandemia, que por desgracia ya está muy extendida. Tanto es así que como hemos visto en el apartado fáctico de este escrito el Consejero de Justicia D. Enrique López reconoció en la Asamblea de Madrid los siguientes datos: el 20 de marzo, apenas seis días después de la declaración del estado de alarma, Políticas Sociales contabilizaba 200 muertos en toda la red de residencias; cuatro días más tarde, el 24 de marzo, el número había aumentado un 300 por ciento, alcanzándose la cifra de 841 fallecidos. Al día siguiente se superaba la trágica cifra de las 1.000 víctimas.

Es decir, que con 1.000 fallecidos, y 12 días después de la declaración del estado de alarma es cuando los querellados actúan.

Y es evidente que ese plan de choque debió adoptarse mucho antes, habiendo incumplido los querellados normas imperativas que les obligaban a adoptar tal plan de choque (el cual puede y debe ser

considerado una resolución según se ha expresado en los párrafos antecedentes) habiendo en consecuencia incurrido en todos y cada uno de los elementos que definen el delito de prevaricación omisiva.

Debe en todo caso valorarse que los querellados debían actuar para velar por la seguridad y salud de los ancianos residentes conforme dispone la normativa aplicable. Así, la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid en su artículo 2 dispone que:

- 1. Los servicios sociales tendrán por finalidad la promoción del bienestar de las personas, la **prevención de situaciones de riesgo** y la compensación de déficits de apoyo social, centrando su interés en los factores de vulnerabilidad o dependencia que, por causas naturales o sobrevenidas, se puedan producir en cada etapa de la vida y traducirse en problemas personales.*

El art. 3 de la citada norma dispone que *Los servicios sociales se regirán por los siguientes principios: a) **Responsabilidad pública: en la promoción, planificación, coordinación, control, ejecución y evaluación de los servicios sociales para dar respuesta a las necesidades detectadas**, a través de análisis objetivos, conforme a criterios de equidad y justicia social.*

También pudiera haberse incurrido en un delito de prevaricación como consecuencia de la decisión de la Consejería de Sanidad, en la persona de su consejero, y el visto bueno de la presidenta de la Comunidad de Madrid, en la redacción, aprobación y aplicación de los protocolos referidos en el relato de hechos.

Interesa averiguar si en la elaboración de los mismos y en el establecimiento de criterios de “criba” se consideró como un “mal menor” la desatención sanitaria de determinadas personas con un sesgo

preestablecido; nos referimos a los “criterios de fragilidad” encuadrados en nueve niveles.

En lo que al primer protocolo, cuya fecha y existencia oficial se desconoce (el que se tuvo conocimiento público a través de la publicación en el diario digital El Español) será preciso averiguar su fecha exacta de elaboración, los partícipes en la misma así como la difusión y efectos que pudo tener entre las residencias.

Para determinar la existencia de indicios de criminalidad en los querellados, procede conforme al art. 277 de la LECrim. la práctica de las siguientes

DILIGENCIAS DE INVESTIGACIÓN

- 1) Declaración de los querellantes para ratificación y ampliación en su caso del relato de hechos.
- 2) Declaración de los querellados, que habrán de comparecer como investigados.
- 3) Se proceda a citar como TESTIGOS de los hechos relatados a :
 - Consejero de Políticas Sociales D. Alberto Reyero Zubiri, quien podrá ser citado en la sede de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y natalidad, quien podrá ser citado en la sede de la Consejería en la C/ O´Donnell 50, CP 28009, Madrid.

- Director general de Coordinación Socio-Sanitaria, D. Carlos Mur, con domicilio a efectos de notificación en la sede de la Consejería de Sanidad en la C/ De la Aduana 29, CP 28013, Madrid.
 - Directora de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (al momento de ocurrir los hechos objeto de querrela) D^a. Carmen Yolanda Fuentes Rodríguez, quien podrá ser citada en la C/ O'Donnell, 55, 4^a planta (Centro de Salud Goya), CP 28009.
- 4) Se acuerde la unión a los autos de los Documentos que se acompañan con la querrela.
- 5) Se libre atento oficio a:
- Consejería de Sanidad , para que aporte al Juzgado:
 - Plan de choque, anunciado el 26 de marzo de 2020. Desarrollo, implementación y recursos utilizados en el mismo.
 - Protocolos de Coordinación para la atención a pacientes institucionalizados en residencias de personas mayores de la comunidad de Madrid durante el periodo epidémico ocasionado por el covid-19, adoptados por la Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria.
 - Número e identidad de los fallecidos desglosados por residencias.

- Número e identidad de fallecidos comunicados por la CAM al Ministerio sanidad.
 - Número e identidad de los residentes que fueron ingresados en hospitales tanto públicos como privados, así como las derivaciones interhospitalarias.
 - Recursos sanitarios, y EPIS facilitados por la CAM a las residencias, desglosados por fechas.
 - Test PCR, rápidos y/o serológicos de detección del Coronavirus realizados en las residencias, tanto a los residentes como a los trabajadores de las mismas.
 - Relación de residencias medicalizadas, en las que se ha modificado su uso para poder ser utilizadas como espacios de uso sanitario.
- Asamblea de Madrid , para que aporte el acta del diario de sesiones de la comparecencia del Consejero Justicia D. Enrique López López en la comisión de Justicia celebrada el día 20 de abril de 2020, con dirección en la Avda. Pablo Neruda 142, CP 28018 Madrid.
 - Diario electrónico El Español, para que aporte al Juzgado el documento al que se refiere el artículo publicado del día 25 de marzo de 2020 con el título “ *El polémico documento de Madrid :los ancianos con discapacidad y síntomas no se derivarán al los hospital.*”, debiendo remitirse el oficio a dirección Avda. de Burgos 16, CP 28036 Madrid, EL LEÓN DE EL ESPAÑOL PUBLICACIONES S.A...

- Residencias de Mayores en las que residieron los familiares fallecidos o perjudicados de los querellantes, para que aporten: a) el Historial personal de cada uno de ellos, incluyéndose los informes médicos que obren en su poder; b) Planes de Contingencia para prevenir el contagio del personal sanitario sirviendo como domicilio al que remitir el oficio el que figura para cada una de las residencias que se enumeran, el que consta en la relación de Directores/as de las residencias querellados :
 - DomusVi-Mirasierra.
 - Aralia-Ensanche de Vallecas.
 - DomusVi-Usera
 - Aralia-Isabel La Católica
 - Ballesol Pasillo Verde
 - Ballesol Mirasierra
 - Gran Residencia
 - Centro Integrado Municipal, Margarita Retuerto
 - Manoteras
 - AMAVIR-Ciudad Líneal
 - DomusVi-Madrid Sur: Dado que la directora de esta residencia no forma parte de las querelladas, no habiéndose hecho anteriormente referencia al domicilio de la misma, se indica que es Calle de Javier de Miguel, 42, 28018 Madrid.

En virtud de lo expuesto,

SUPLICO AL JUZGADO que teniendo por presentado este escrito junto con sus copias y los documentos que se acompañan, se sirva admitir la presente querrela por los hechos y los delitos indicados en el cuerpo de la misma contra las personas que se enumeran en la relación de querrellados, y ello sin perjuicio de ampliarla posteriormente contra quienes se pudiera derivar responsabilidad penal en el transcurso de la fase instructora, proceda a la práctica de las diligencias propuestas y disponga la citación de los querrellados.

Es de Justicia que pido en Madrid a 7 de mayo de 2020

OTROSÍ DIGO, que se adjuntan DOCUMENTOS de los siguientes querellantes, no habiendo sido posible, en las circunstancias actuales, haber podido recabar más documentos. Los iremos aportando sucesivamente al Juzgado, y ello independientemente de que se puedan adjuntar por los querellantes en el momento que presten declaración ante el Juzgado.:

- [REDACTED] : Certificado Nacimiento, Informe Médico, Libro Familia y Certificado Médico de Fallecimiento.
- [REDACTED] : Certificado médico de fallecimiento, Libro de Familia
- [REDACTED] : Libro Familia, Certificado Médico de Fallecimiento, DNI querellante, Informe Residencia, Informes Médicos, Fotografías.
- [REDACTED] : Certificado de incineración y Libro de Familia.
- [REDACTED] : Certificado Médico de Fallecimiento, Intercambio de mensajes, Resolución judicial de tutela.

- [REDACTED] : Certificado Nacimiento de la querellante e Informe de la Residencia.
- [REDACTED] : Certificado Médico Fallecimiento, Certificado Familia e Informes Médicos.
- [REDACTED] : Certificado de Defunción, Libro Familia, Informe Médico.
- [REDACTED] : Certificado de defunción y Libro de Familia.
- [REDACTED] : Libro de Familia e Informe Médico del Hospital La Paz

SEGUNDO OTROSÍ DIGO, que conforme a lo dispuesto en el art. 281.1º de la LECrim. los querellantes están exentos de prestar fianza.

Por ello,

SUPLICO AL JUZGADO, que tenga por realizada la manifestación anterior, eximiéndose a los querellantes de prestar fianza.

TERCER OTROSÍ DIGO, que no obstante dirigirse la presente querrela contra la Presidenta de la Comunidad Autónoma de Madrid, y el Consejero de Sanidad de la misma, y establecer el art. 25 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, que la responsabilidad penal de la primera será exigible ante la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo y del segundo ante el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, dado el número de querrellados no aforados (10) , se dirige la misma a los Juzgado de Madrid, con el fin de que si tras la práctica de las primeras diligencias de investigación se desprendieran indicios de criminalidad de las personas aforadas , el Juzgado se declare incompetente remitiendo las actuaciones al Tribunal Superior de Justicia o al Tribunal Supremo.

No obstante lo anterior, si se considerara incompetente para conocer del asunto *ab initio*, remita la querrela al tribunal competente.

Por ello,

SUPLICO AL JUZGADO, que tenga por realizado la manifestación anterior, resolviendo sobre la asunción de competencia como mejor proceda en derecho.

Es de Justicia que pido en el lugar y fecha indicados