

**A LOS JUZGADOS DE PRIMERA INSTANCIA E INSTRUCCIÓN
DE PARLA**

DOÑA CARMEN BALFAGÓN LLOREDA, con DNI. Núm. _____ en nombre y representación de la **ASOCIACIÓN “PLATAFORMA DE AFECTADOS POR EL COVID-19”**, en calidad de Presidenta de la misma y ejerciendo las facultades que le conceden sus Estatutos, ante la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo comparece, y como mejor proceda en derecho, **DICE:**

Que en la citada representación y mediante el presente escrito, al amparo de los arts. 259 y siguientes de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrím., en adelante) formula **DENUNCIA POR DELITOS DE HOMICIDIO IMPRUDENTE Y OMISIÓN DEL DEBER DE SOCORRO (ASISTENCIA SANITARIA)** contra las personas implicadas en los hechos que se denuncian y cuya intervención en los mismos se acredite durante la instrucción, sobre la base de los siguientes

HECHOS

PRIMERO.- ANTECEDENTES DE LA PANDEMIA OCASIONADA POR EL COVID-19.

El **31 de diciembre de 2019**, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, CHINA) informó sobre un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae, que ha sido posteriormente denominado como SARS-CoV-2, cuya secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el **12 de enero de 2020**.

El Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005) declaró el brote de nuevo coronavirus, con casos exportados a otros países, como una **Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)** en su segunda reunión, del **30 de enero de 2020**.

El Comité de Emergencias reconoció que aún existen mucho desconocimiento e incertidumbre acerca del 2019 (n-CoV). Se han notificado casos en cinco regiones de la OMS en un mes y existe evidencia de transmisión persona a persona fuera de Wuhan y de China. Sin embargo, el Comité cree que todavía es posible interrumpir la propagación del virus, siempre que los países adopten medidas firmes para detectar la enfermedad de manera precoz, aislar y tratar casos, hacer seguimiento de contactos y promover medidas de distanciamiento social acordes con el riesgo.

El Comité de Emergencias hace, por una parte recomendaciones específicas para China y por otra, para el resto de los países. Las principales recomendaciones, no difieren de las dadas en la reunión anterior del Comité el 23 de enero, y son las siguientes:

- Tener preparada una **vigilancia activa, detección precoz, aislamiento y manejo de casos, y seguimiento de contactos** con el objetivo de reducir la infección humana, prevenir la transmisión secundaria y la propagación internacional.
- Informar a la OMS de forma continuada y contribuir a la respuesta internacional a través de la comunicación y la colaboración multisectoriales y la participación activa para aumentar el conocimiento sobre el virus y la enfermedad, así como el avance en la investigación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha denominado a esta nueva enfermedad COVID-19, la declaró oficialmente con fecha **11 de marzo de 2020** como PANDEMIA.

SEGUNDO.- LA PROPAGACIÓN DEL VIRUS COVID-19 EN ESPAÑA.

El primer caso de Covid-19 en España tuvo lugar el día **31 de enero de 2020**. Se trata de un paciente ingresado en La Gomera que se habría contagiado tras mantener contacto en Alemania con un infectado por el virus de Wuhan. El positivo en COVID-19 fue confirmado por el Centro Nacional de Microbiología, dependiente del Instituto de Salud Carlos III pasadas las 22:00 horas de dicho día y comunicado por el Gobierno poco después.

Durante el mes de febrero se sucedió en evolución ascendente el goteo de casos de personas infectadas del COVID-19 en España, al igual que en otros países europeos:

	3-FEB	17-FEB	2-MARZO	9-MARZO
ESPAÑA	1	2	120	1.073
ITALIA	2	3	2.036	9.172
FRANCIA	6	12	191	1.209
ALEMANIA	12	16	159	1.175

*cifras acumuladas de casos nuevos

* fuente ElDiario.es

El día **4 de febrero de 2020** el Consejo de Ministros acordó la creación del Comité de Coordinación Interministerial ante la amenaza para la Salud Pública producida por el coronavirus. Se trata de un grupo de trabajo en el que se hará seguimiento y evaluación de la situación y se coordinará la respuesta transversal del Gobierno ante cualquier eventualidad que se pudiera producir. El Comité lo presidirá la vicepresidenta primera del Gobierno y ministra de Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática y la vicepresidencia la ostentará el ministro de Sanidad. El mismo día, el ministro de Sanidad, Salvador Illa, informa al Consejo de Ministros el seguimiento y actualización de la situación. El ministro subraya que España, y en concreto el Sistema Nacional de Salud, está preparada para afrontar la situación.

El día **11 de febrero de 2020**, el ministro de Sanidad da cuenta al Consejo de Ministros de la situación del coronavirus en España. En al Nota de prensa posterior a la reunión del Gobierno, se dice que **“Illa ha subrayado que el Sistema Nacional de Salud está preparado para hacer frente a la situación. La probabilidad de que suponga un riesgo para la población en nuestro país se considera bajo por haberse infectado fuera de España y porque todas las medidas de vigilancia y control están puestas en marcha.”** A dicha fecha se habían registrado 43.047 casos, 409 fuera de China; habían fallecido 1.017 personas, con un único caso fuera de China (letalidad 2,4%).

The screenshot shows the official website of the Spanish Government (Gobierno de España). The header includes the national coat of arms and the text 'GOBIERNO DE ESPAÑA' and 'MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL'. The main navigation bar contains 'ORGANIZACIÓN', 'SANIDAD', 'CONSUMO', 'SERVICIOS SOCIALES', and 'PRENSA'. A search bar is visible on the right. The page content is titled 'Notas de Prensa' and features a sub-header 'Salvador Illa informa al Consejo de Ministros de la situación del coronavirus en España'. The text of the note is partially visible, starting with 'En España hay dos afectados, uno en Mallorca y otro en La Gomera, que permanecen sin síntomas...' and '11 de febrero de 2020. El ministro de Sanidad, Salvador Illa, ha presentado esta mañana al Consejo de Ministros un nuevo informe donde detalla el seguimiento y actualización de la situación generada por el coronavirus...'. The page also includes a sidebar with 'GABINETE DE PRENSA' and 'Agenda de actos'.

Hasta el día **25 de febrero** el Ministerio de Sanidad no convoca el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En dicha reunión el ministro declara que “ante el aumento de casos detectados en diferentes países, y especialmente en Italia, **los expertos han recomendado aumentar la sensibilidad del sistema de detección para prevenir el coronavirus**”. Con este objetivo, el Ministerio y las CCAA han acordado ampliar la definición de caso a nuevas zonas de riesgo, según lo acordado también a nivel europeo.

El ministro cierra su intervención recalcando que “seguiremos haciendo un seguimiento permanente y diario de la situación **para adoptar cualquier medida adicional que sea necesaria**, guiados por un principio básico: garantizar la protección de la salud de la población”.

El día **3 de marzo** el Ministerio de Sanidad recomienda celebrar a puerta cerrada las competiciones deportivas masivos con equipos en zonas de riesgo.

Celebradas la manifestaciones multitudinarias del **8 de marzo**, con motivo del Día Internacional de la Mujer, el lunes **9 de marzo** el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, del que forman parte el Ministerio de Sanidad y las CCAA, acuerdan un conjunto de medidas de distanciamiento en el ámbito educativo y laboral, para zonas que se encuentren en fase de transmisión comunitaria significativa.

El **10 de marzo** el Gobierno aborda una serie de medidas para frenar la propagación del coronavirus que completan las ya adoptadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

El ministro de Sanidad explica que se han propuesto dos modificaciones legislativas para, por una parte, permitir el **suministro centralizado de todo tipo de productos que los expertos puedan considerar necesarios para combatir la enfermedad**, y por otra, para que las personas infectadas, o en aislamiento preventivo, sean consideradas en situación de Incapacidad Temporal por contingencias profesionales.

Las medidas que adopta el Gobierno para evitar la propagación masiva del virus aprueban progresivamente, y culminan con el **Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el ESTADO DE ALARMA** para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (BOE núm. 67, de 14 de marzo).

La norma se aprobó en virtud de lo dispuesto en el artículo cuarto, apartado b), de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio, que habilita al Gobierno para, en el ejercicio de las facultades que le atribuye el artículo 116.2 de la Constitución, declarar el estado de alarma, en todo o parte del territorio nacional, cuando se produzcan crisis sanitarias que supongan alteraciones graves de la normalidad.

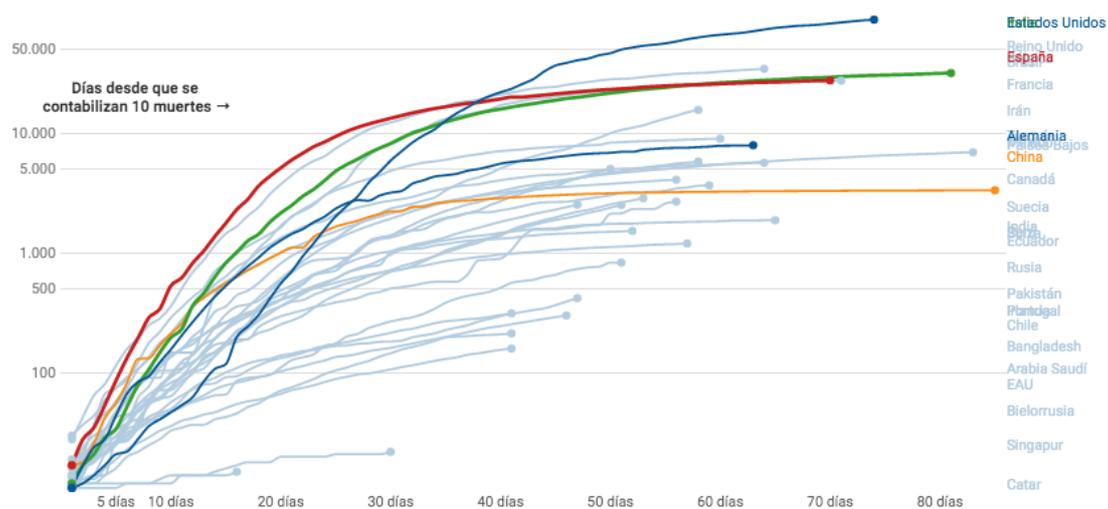
El ESTADO DE ALARMA se justifica en las circunstancias extraordinarias que constituyen, sin duda, una crisis sanitaria sin precedentes y de enorme magnitud tanto por el muy elevado número de ciudadanos afectados como por el extraordinario riesgo para sus derechos.

TERCERO.- EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN ESPAÑA, EN COMPARACIÓN CON OTROS PAISES.

A 16 de mayo de 2020, en España son ya 276.505 los casos confirmados, **27.563 las personas fallecidas con COVID-19**, y 146.446 las curadas de la enfermedad, según la última actualización publicada por el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES).

Según datos de eldiario.es :

Evolución del número de muertes con COVID-19 desde el día en el que se contabilizaron más de 10 fallecidos en cada país. Eje en escala logarítmica. Destacados, Italia, China, EEUU y España



Fuente: Universidad de John Hopkins · Creado con [Datawrapper](https://dataviz.com)

Casos y muertes en cada comunidad autónoma por 100.000 habitantes

Número de casos y fallecidos de coronavirus por cada 100.000 habitantes en cada comunidad autónoma

Comunidad Autónoma	Por 100.000 hab. ▼	Casos	Muertes por 100.000 hab.	Muertes
La Rioja	1.722	5.417	111	349
Comunidad Foral de Navarra	1.271	8.293	77	503
Castilla-La Mancha	1.222	24.908	142	2.893
Comunidad de Madrid	1.071	71.631	132	8.847
Castilla y León	1.028	24.696	81	1.946
País Vasco	859	18.733	67	1.459
Cataluña	755	57.467	78	5.944
Aragón	542	7.177	63	838
Cantabria	477	2.773	36	207
Galicia	406	10.960	22	606
Extremadura	371	3.948	47	500
Principado de Asturias	328	3.344	31	315
Comunidad Valenciana	294	14.680	27	1.366
Ceuta	207	175	5	4
Andalucía	195	16.432	16	1.358
Islas Baleares	175	2.096	18	218
Región de Murcia	172	2.566	10	144
Melilla	159	134	2	2
Canarias	103	2.289	7	151

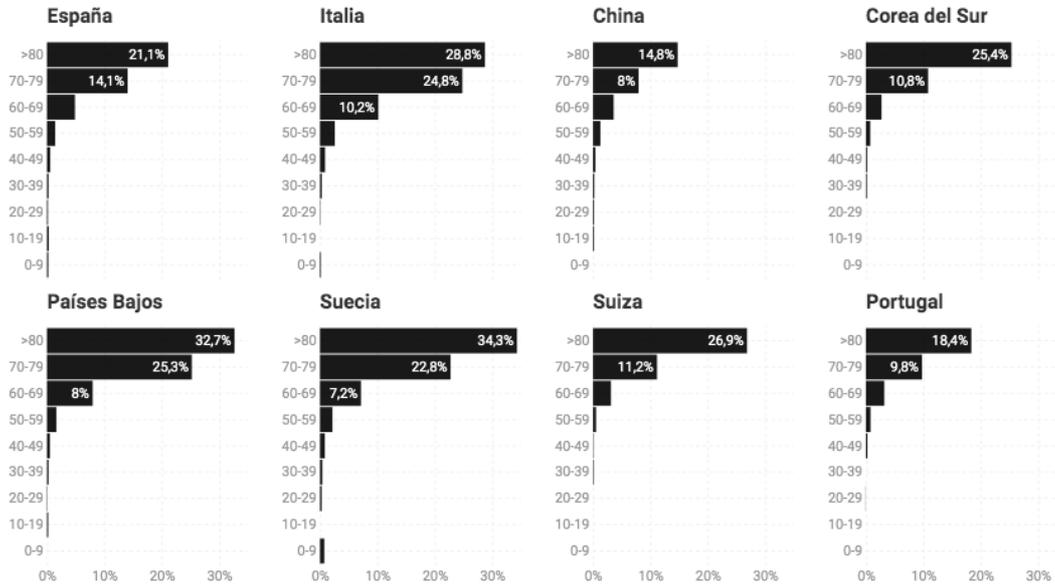
Fuente: Ministerio de Sanidad · Creado con [Datawrapper](#)

Los datos evidencian que el colectivo más vulnerable es el de las personas mayores de 70 años, tanto en el índice de letalidad, de % de muertes y % de casos confirmados:

Las personas mayores, las más vulnerables al virus

Tasa de mortalidad (muertos sobre casos), porcentaje del total de muertes y porcentajes de de casos de COVID-19 confirmados en cada grupo de edad en España, Italia, China, Corea del Sur, Países Bajos, Suecia, Portugal y Suiza

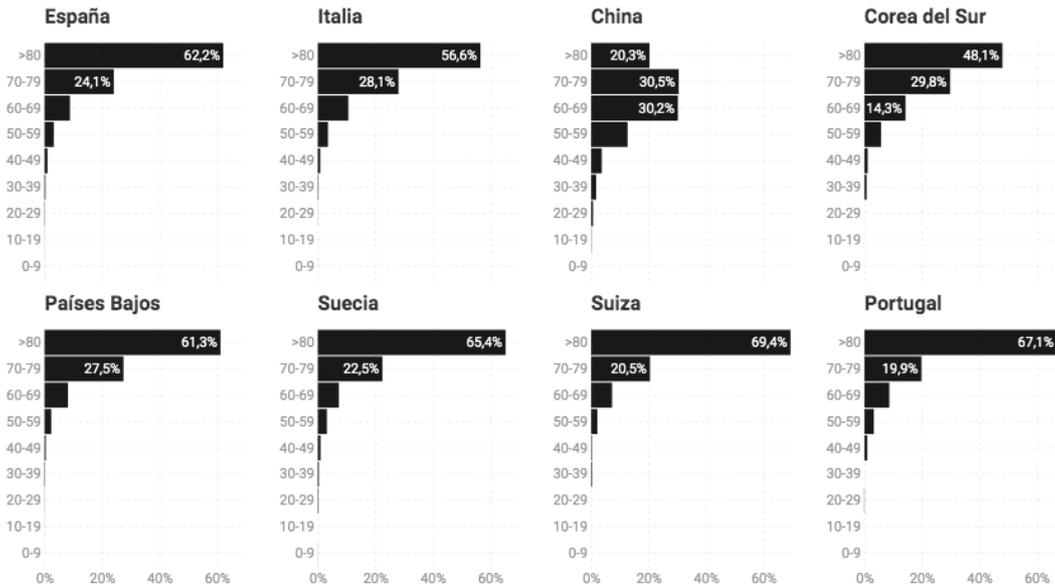
Letalidad % de muertes % de casos



Made with Flourish

Fuente: Istituto Superiore di Sanità, Gobierno de la República de Corea, Centro Chino para control de enfermedades y prevención

Letalidad % de muertes % de casos



Made with Flourish

Fuente: Istituto Superiore di Sanità, Gobierno de la República de Corea, Centro Chino para control de enfermedades y prevención



CUARTO.- ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS MAYORES PROCEDENTES DE RESIDENCIAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

Respecto de las Residencias de ancianos de la Comunidad de Madrid, la Administración regional se plantea al menos el **5 de marzo de 2020** cerrar los centros de día y restringir las visitas a residencias de mayores cuando se hallaban contabilizados 14 casos de COVID-19.

Estas medidas figuran un documento firmado por Carmen Yolanda Fuentes, ex directora general de Salud Pública y fechado el 5 de marzo, que se adjunta como **DOCUMENTO Nº 1**. "Ante la detección de casos confirmados en residencias de ancianos y centros de día de mayores, siendo la población más vulnerable ante el nuevo coronavirus consideramos prioritario", reseñan en este documento, han tomado la decisión de "cerrar la actividad en los centros de día de mayores de la Comunidad de Madrid incluyendo los centros dependientes de los diferentes ayuntamientos"

Madrid decide cerrar los centros de día y restringir las visitas a residencias de mayores por los 14 casos de COVID-19

SOCIEDAD

Madrid decide cerrar los centros de día y restringir las visitas a residencias de mayores por los 14 casos de COVID-19

El Gobierno autonómico dice que aún no hay fecha para la medida y que la orden llegó a los centros por "error" a pesar de estar fechada el 5 de marzo, ir firmada y registrada digitalmente

Laura Galaup [Seguir a @gallaup](#)

21 comentarios

05/03/2020 - 18:24h



El consejero de Políticas Sociales de la Comunidad de Madrid visitando una residencia

Tarifa móvil
Datos **ilimitados** +
Llamadas **ilimitadas**

Por solo
23,98 €/mes
12 meses
47,95 €/mes.

Con
amazon prime
24 meses

#quédateencasa

Llama gratis al
900 263 188

orange

Además, han comunicado a las residencias que se debe restringir el "acceso de familiares y visitas, haciendo hincapié en aquellos que presentan sintomatología". De esta forma, el Gobierno autonómico ha pedido a los profesionales que atienden a estos internos que "cesen su actividad" en caso de tener afecciones respiratorias. A pesar de que esta circular es un documento oficial, firmado y sellado por una directora general, y distribuido a trabajadores sanitarios, desde la Comunidad aseguran que es un "borrador de trabajo", que el documento no es definitivo y que "valoran cuándo aplicar" esta batería de medidas.

El Gobierno autonómico toma esta decisión después de detectar diez casos positivos de coronavirus en la residencia de mayores La Paz en Madrid, entre los afectados por esta patología hay un fallecido, ocho residentes y un trabajador. Por su parte, el sindicato CSIF eleva a catorce los casos contagiados. A día de hoy no existe un protocolo específico para centros de mayores, que son grupo de riesgo, respecto al coronavirus, pero la Secretaría de Estado de

Servicios Sociales informa a eldiario.es de que el Imsero está elaborando junto al Ministerio de Sanidad uno para que esté listo próximamente. Ya habían comenzado a trabajar en él antes de que se confirmaran casos en centros, pero los de Madrid "lo aceleran".

La firmante, D^a Carmen Yolanda Fuentes Rodríguez, dimitió de su cargo como Directora general de Salud Pública, el pasado 7 de mayo, por **no prevalecer los criterios de salud** en las decisiones adoptadas por el Gobierno regional. En su carta de dimisión remitida al consejero de Sanidad, Enrique Ruiz Escudero, explicita que deja su cargo por "responsabilidad" y subraya su desacuerdo con la decisión adoptada en el Consejo de Gobierno y en contra del criterio de la Dirección General de Salud Pública, basado en "indicadores tanto epidemiológicos como asistenciales".

EL  **MUNDO** ESPAÑA OPINIÓN ECONOMÍA INTERNACIONAL DEPORTES

COVID-19

La carta de dimisión de la directora de Salud de Madrid: no prevalecen "los criterios de salud" en la petición para ir a la fase 1

Según fuentes del Gobierno regional, las "tensiones" en la Consejería más importante durante la crisis del coronavirus han sido notables, y la renuncia las viene a sacar a la luz

En su **INFORME DE 5 DE MAYO** sobre el paso de la Comunidad de Madrid a la fase 1, al que ella se opone, la ex directora General de Salud Pública se afirma que **“EL SISTEMA SANITARIO ESTABA COLAPSADO A FECHA 27 DE MARZO DE 2020.”** (pag. 4 supra)

Sobre la base del Informe de la D.G. de Salud Pública de 5 de marzo antes referido, la Comunidad de Madrid envió una **INSTRUCCIÓN EL 8 DE MARZO DE 2020** a todas las residencias de mayores de la región, públicas y

privadas, para limitar las visitas para "disminuir el riesgo de infección entre las personas que residen en centros de mayores".

Según la Instrucción de la Dirección General de Salud Pública, se limitan las visitas a los residentes a las "estrictamente necesarias" y "no se permitirán visitas de personas con sintomatología respiratoria, como tos o dificultad respiratoria".

En la misma fecha, el Dr. Fernando Simón, Director del Centro de Emergencias del Ministerio de Sanidad, DESCARTABA EL CIERRE GENERALIZADO DE RESIDENCIAS DE ANCIANOS Y CENTROS DE DÍA EN MADRID:

≡ N I U S NACIONAL INTERNACIONAL ECONOMÍA CULTURA SOCIEDAD VIDA SALUD CIENCIA Y TEC. DEPORTES MULTIMEDIA

SOCIEDAD > SANIDAD EDUCACIÓN MEDIO AMBIENTE INMIGRACIÓN IGUALDAD SUCESOS TRÁFICO EL TIEMPO

PAYPAL TE TRAE EL ESTILO SIN COMPLICACIONES *Sujeto a términos y condiciones Crea una cuenta ahora PayPal

PORTADA | SOCIEDAD | SANIDAD

Fernando Simón descarta el cierre generalizado de residencias de ancianos y centros de día en Madrid

 Miguel Manso de Lucas
06/03/2020 · 12:03h.



Fernando Simón, director del Centro de emergencias sanitarias

“El director del centro de emergencias del Ministerio de Sanidad, Fernando Simón, se ha referido a las cinco personas fallecidas en España por el coronavirus. “Aunque fuera esperable, no deja de ser indeseable”, ha afirmado.

Ha hablado sobre las residencias de ancianos afectadas en Madrid. "Son centros que nos preocupan de manera especial". "Pueden generar alguna inquietud por la edad de los pacientes", ha afirmado. "No podíamos descartar que hubiese fallecidos y más con poblaciones como las de Europa Occidental", ha dicho aludiendo al peso demográfico de los mayores de 65 años y a la "fragilidad" que esa población presenta frente al COVID-19.

Simón ha dicho que las medidas en estos centros se concentran en la protección de las personas de riesgo. "Se debe reducir el contacto con personas con más posibilidades de transmitir el virus a más gente de lo habitual", ha dicho. Se está barajando la atención domiciliaria de las personas ancianas en esas zonas concretas, ha revelado.

"Tenemos un 92 por ciento de los casos están asociados a casos importados o conocidos, con lo cual resulta difícil pensar que hemos superado la fase de contención". Hay una sobrecarga del sistema en las zonas más afectadas, pero "el sistema está siendo capaz de asumir la carga", ha precisado.

Los centros de día no se tienen que cerrar de forma generalizada en la Comunidad de Madrid. "En zonas muy concretas de alguna comunidad autónoma, con agrupamiento de casos, se tiene que valorar la posibilidad de hacer acciones sobre esos centros", ha precisado.

Madrid concentra un gran número de casos (137), y ha tenido un incremento importante concentrados "en dos núcleos muy identificados". La buena noticia es que se sabe el foco del contagio, ha dicho Simón. Aun así hay doce casos en toda España sobre los que no está claro el origen.

Los casos de Madrid

Madrid ha pasado de 89 a 137 casos entre el jueves y el viernes. La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha realizado ya más de 1.000 pruebas a posibles infectados por coronavirus en la región

desde que se conoció la enfermedad. Lo que más preocupa son los casos en dos residencias de ancianos de Madrid y Valdemoro, con sendos ancianos fallecidos y 25 personas afectadas entre residentes y personal médico.

El Consejero regional de Políticas Sociales, D. Alberto Reyero, aprobó la **Orden SND/265/2020, de 19 de marzo**, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, que estableció una primera batería de medidas, fundamentalmente de carácter organizativo, encaminadas a luchar contra el COVID-19 en estos centros.

Dicha Orden establece que los residentes de los centros a los que resulta de aplicación la misma deben clasificarse en:

- a) Residentes sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.
- b) Residentes sin síntomas, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.
- c) Residentes con síntomas compatibles con el COVID-19.
- d) Casos confirmados de COVID-19.

Posteriormente, y ante el avance de la enfermedad, se aprobó la **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 residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Entre esas medidas complementarias, se faculta a las autoridades competentes de las comunidades autónomas a intervenir centros residenciales de personas mayores, personas con discapacidad u otros centros de servicios sociales de análoga naturaleza, ya sean de titularidad pública o privada, pudiendo, entre otras actuaciones, según establece el apartado tercero c) de dicha norma, designar un empleado público para dirigir y coordinar la actividad

asistencial de estos centros, en los casos en que los mismos cuenten con pacientes clasificados en los grupos b), c) y d) del apartado segundo.1 de la Orden SND/265/2020, de 19 de marzo.

Asimismo, la **Orden 1/2020, de 27 de marzo**, conjunta de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, por la que se dictan instrucciones para la aplicación de la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 establece en el apartado tercero 3 que la medida prevista en la letra c) del apartado tercero de la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, dado su carácter organizativo en el ámbito de los centros sociales afectados, será adoptada por la Secretaría General Técnica de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, previa propuesta de la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia o de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad.

QUINTO.- DENEGACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA A LOS ANCIANOS DE RESIDENCIAS EN EL HOSPITAL INFANTA CRISTINA DE PARLA.

En el día de hoy hemos conocido por el diario digital EL CONFIDENCIAL que el fecha 25 de marzo de 2020 hubo ÓRDENES de rechazar ancianos de residencias con síntomas de coronavirus en el **HOSPITAL INFANTA CRISTINA DE PARLA.**

Así se condenó a los ancianos: "No se permite ingresar pacientes de residencias al hospital"

Un parte de alta de las Urgencias del Hospital Infanta Cristina, de Parla (Madrid), del 25 de marzo confirma que había órdenes de rechazar a los ancianos de residencias con síntomas de coronavirus



En la información de EL CONFIDENCIAL se recoge lo siguiente:

"Ante la situación de saturación actual, y por indicación de dirección médica dada esta mañana, no se permite el ingreso de pacientes de residencia en el hospital". Esta es la sentencia escrita en el parte de alta de Urgencias al que ha tenido acceso El Confidencial y por el que se devolvió a su centro asistencial a una mujer menor de 80 años que presentaba "neumonía bilateral" y "probable covid 19 (pendiente PCR)", según se especifica en el "juicio clínico" del mismo documento. La paciente falleció tres días después en su residencia tras no ser ingresada en el Hospital Infanta Cristina, de Parla (Madrid).

El 25 de marzo, mientras el pico de la pandemia de coronavirus ascendía, estaba a punto de saturarse la capacidad de los hospitales madrileños y se abría el hospital Ifema para intentar paliar la debacle, la dirección del Hospital Infanta Cristina tomó la decisión de no admitir pacientes que llegaran de las residencias

de mayores de la comunidad. Esta denuncia —la orden de que los ancianos sospechosos de coronavirus no fueran ingresados en los hospitales y fueran devueltos a los centros con tratamientos simplemente paliativos— fue realizada varias veces por personal de esos centros y por la propia patronal de las residencias. Ahora, por primera vez, se desvela por escrito.

La paciente había sido derivada a Urgencias del hospital porque presentaba graves dificultades para respirar, con "una desaturación del 78%". En la residencia, tras presentarse los dos primeros casos de residentes con coronavirus, la derivaron al hospital por temor a que pudiera tratarse de un nuevo contagio. Tras recibir una sesión de hemodiálisis, el facultativo que la atendió en Urgencias deja anotado que la mujer mejora hasta llegar al 95% de saturación. Sin embargo, también deja por escrito la orden dada esa misma mañana por la dirección médica del hospital: "No se permite el ingreso de pacientes de residencia en el hospital" ante la "situación de saturación actual".

El facultativo también refleja en el parte de alta que había requerido la opinión del jefe de guardia para valorar el ingreso hospitalario de la mujer. "Comentado esta mañana también con el jefe de guardia que me autorizaron realizar diálisis y valoración inicial, pero no ingreso". Tras esto, la anciana es 'devuelta' a su residencia por la tarde pese a que el juicio clínico es "neumonía bilateral en paciente paliativa en hemodiálisis. Posible covid-19 (pendiente PCR)".

El hospital pautó para la anciana su tratamiento posdiálisis y, para los problemas de respiración, "si es posible, hacer inhaladores en la residencia". Y como cuidado paliativo, morfina a bajas dosis, algo que ya había denunciado precisamente el presidente de la patronal de las residencias, Ignacio Fernández Cid. La pasada semana, aseguró en EsRadio que "llevamos denunciando que nos habían abandonado y no nos dejaban hacer derivaciones" a centros hospitalarios y que solo les mandaban "medicamentos para sedación y morfina".

Fuentes oficiales del hospital aseguran que fue "una decisión clínica de la dirección médica del hospital, sobre un caso concreto en el que se trató de minimizar lo máximo posible el riesgo de contagio en un paciente frágil, en tanto se tuviera el resultado de la PCR. En la fecha referida, la situación era de alto riesgo epidemiológico y el resultado de la PCR podía tardar por entonces tres o cuatro días, por lo que la dirección médica consideró que lo más seguro para el paciente era no exponerlo a dicho riesgo".

"Cada caso clínico se adecúa a las condiciones del paciente y a la situación epidemiológica, y se toman las decisiones buscando siempre el menor riesgo para el paciente". Sin embargo, en el parte de alta, el facultativo no se refiere a una orden de la dirección para ese caso concreto sino genérica, ya que impide "el ingreso de pacientes de residencia".

Hasta ahora, además de las denuncias de los trabajadores de las residencias y de la patronal, la propia presidenta de la Comunidad de Madrid ha insinuado que esa orden de no hospitalizar a los ancianos existía. En la entrevista del pasado domingo en 'El Mundo', donde se habló mucho de las imágenes y poco del contenido, Isabel Díaz Ayuso decía sobre la denuncia de la patronal de residencias que "si ha habido criterios técnicos y sanitarios que te dicen que igualmente esta persona va a fallecer, que mejor se quede ahí, yo no lo puedo cuestionar ahora en frío y a toro pasado". En Cataluña, incluso, se puso un tope de edad —80 años— para ingresar en las UCI a los afectados por coronavirus, algo que tumbó por inconstitucional el Ministerio de Sanidad. Eso sí, cuando la ola de saturación ya había pasado.

Murió en la residencia 72 horas después

El parte de Urgencias del Hospital Infanta Cristina confirma que, "dada la saturación", se había dado la orden de no admitir los ingresos hospitalarios de pacientes derivados de residencias con posible covid-19. De hecho, en el caso de

esta paciente, se establecía que, si mejoraba su situación, podía acudir el viernes a su sesión de hemodiálisis "en ambulancia individual, aislada", remarcando en el parte esta circunstancia por temor a contagios. Sin embargo, la mujer nunca volvería al hospital: fallecía en la residencia el sábado 28 de marzo. Habían pasado 72 horas desde que se rechazara su ingreso.

Su caso es uno de los 4.706 ancianos "con síntomas compatibles de covid-19" muertos en las residencias de Madrid, según los datos actualizados a 12 de mayo por la Consejería de Asuntos Sociales y que el Gobierno central se niega a hacer públicos desde hace más de un mes porque, en palabras del ministro Salvador Illa, aún "los estamos valorando y analizando". A ellos hay que sumar los 1.180 fallecidos con PCR confirmado. En total, desde el 8 de marzo, 5.886 residentes fallecidos a los que en lo más duro de la pandemia de coronavirus se condenó a intentar sobrevivir fuera de los hospitales, según confirma el documento desvelado por El Confidencial.

SE ACOMPAÑA LA INFORMACIÓN COMO DOCUMENTO N° 3, Y EL INFORME DE ALTA DE URGENCIAS REFERIDO COMO DOCUMENTO N° 4



Hospital Universitario Infanta Cristina

Avda. 9 de Junio n° 2
28951 - Parla (Madrid - España)
Teléfono: 911913000
www.madrid.org/hospitalinfantacristina

INFORME ALTA DE URGENCIAS

- Prozac 20mg, 1 comprimido en desayuno y comida.
- Anafranil 10mg 1 comprimido en cena.
- Distraeurine una capsula justo al acostarse. En caso de mayor agitación aumentar a 2 cápsulas al día.
- De forma mensual, tomar Rifaximina 400mg cada 12h durante 1 semana, seguido de 7 días de ULTRALEVURA.
- Si estreñimiento, puede tomar Xilaplas.

EA

lisis I-X-V, derivada de residencia por episodio de desaturación de 78% hoy por la mañana que remonta según refiere personal de residencia). No cuentan episodios previos de tos, fiebre o diarrea. Últimos días se o dificultad para conciliar el sueño en relación con aislamiento en residencia debido a casos positivos (2 taba ansiedad por no poder ver a su familia. No se puede realizar anamnesis adecuada por tendencia al

lg, FC 67 lpm, afebril saturando el 100% basal. Se vuelve a colocar saturación a mi llegada y sigue con

al llamado, no obedece ordenes simples, localiza dolor. Moviliza las 4 extremidades.
o en bases. No sibilancias,
no doloroso a la palpación, RHA presentes
inferiores. Edema en ambos miembros superiores de forma habitual.

Reevaluación tras sesión de diálisis.

Mejoría del nivel de conciencia. Consciente y parcialmente orientada, pregunta por sus hijos, habla con ellos por teléfono y los conoce. Saturando el 95% con VM al 45%. Ante la situación de saturación actual, y por indicación de dirección médica dada esta mañana no se permite el ingreso de pacientes de residencia en el Hospital/ Comentado esta mañana también con jefe de guardia que me autorizaron realizar diálisis y valoración inicial, pero no ingreso. Pauto una dosis de certazidina postdiálisis cuyo efecto dura 48h. Si es posible, hacer inhaladores en la residencia (pauto en MUP). Hablo con enfermera de residencia y le indico métrico a bajas dosis por ser paciente de diálisis (ver tratamiento). Si buena evolución, acudiré el viernes a su sesión de diálisis en ambulancia individual, aislada.

JUICIO CLÍNICO

Neumonía bilateral en paciente paliativa en hemodiálisis, probable covid-19 (pendiente PCR)

TRATAMIENTO:

Inicio 25/03/2020 20:41 - METILPREDNISOLONA 40MG AMP - 1 AMP - INTRAVENOSA - CADA 12 HORAS (9-21).

Inicio 25/03/2020 20:40 - MORFINA CLORURO 10MG AMP 1ML (MORFINA CLORURO 10MG AMP 1ML) - 0,5 AMP (solo si

 Servicio Madrileño de Salud SaludMadrid	Parla, a 26/03/2020.
	Página 3 de 4

Le informamos que sus datos personales serán tratados con la finalidad de prestarle asistencia sanitaria y serán conservados durante los años necesarios para permitir una adecuada asistencia, así como para cumplir con la normativa vigente aplicable, y en cualquier caso, durante el mes de cinco años. El Responsable del Tratamiento es Hospital Universitario Infanta Cristina, cuyo Delegado de Protección de Datos (DPO) es el "Comité DPO de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en Plaza Carlos Tírris Bertrán nº7 (Edif. Salvo) Madrid 28020. La base jurídica que legitima el tratamiento es la Ley 14/1985, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente, y demás legislación vigente en materia sanitaria. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita al Responsable del Tratamiento, con domicilio en Avda. 9 de Junio nº 2, concurrido en solicitud, junto con su DNI o documento equivalente. Asimismo, le informamos de la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

A los anteriores HECHOS, le son de aplicación los siguientes

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Jurídico Procesales

QUINTO.- JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA.

La DENUNCIA se presenta ante el Juzgado de Instrucción de PARLA, por ser el competente objetiva, funcional y territorialmente, conforme a las reglas de competencia establecidas en los arts. 14 y ss. LECrim, por ser el lugar de comisión del presunto delito.

SEXTO.- DENUNCIANTE.

Interpone la DENUNCIA la ASOCIACIÓN “PLATAFORMA DE AFECTADOS POR EL COVID-19”, constituida legalmente de conformidad con la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de Asociación, representada por su Presidenta, que, a tenor de su Estatutos (Documento nº5) tiene facultad para ejercer acciones judiciales en nombre de la asociación.

El artículo 259 de la LECrim. dispone que “El que presenciare la perpetración de cualquier delito público está obligado a ponerlo inmediatamente en conocimiento del Juez de instrucción, de paz, comarcal o municipal o funcionario fiscal más próximo al sitio en que se hallare, bajo la multa de 25 a 250 pesetas.”

SÉPTIMO.- DENUNCIADOS.

Quien suscribe considera que, sin perjuicio de la instrucción judicial, son indiciariamente RESPONSABLES DE LOS HECHOS DENUNCIADOS LAS SIGUIENTES PERSONAS:

- DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL INFANTA CRISTINA DE PARLA.
- DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL INFANTA CRISTINA DE PARLA.

Así como cualesquiera personas que de la instrucción judicial pudiera derivarse su responsabilidad penal.

OCTAVO.- TIPICIDAD DE LOS HECHOS DENUNCIADOS.

Respecto del **DELITO DE HOMICIDIO IMPRUDENTE**, los arts. 142 y 142 bis del CÓDIGO PENAL disponen:

Artículo 142.

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.

Artículo 142 bis.

En los casos previstos en el número 1 del artículo anterior, el Juez o Tribunal podrá imponer motivadamente la pena superior en un grado, en la extensión que estime conveniente, si el hecho revistiere notoria gravedad, en atención a la singular entidad y relevancia del riesgo creado y del deber normativo de cuidado infringido, y hubiere provocado la muerte de dos o más personas o la muerte de una y lesiones constitutivas de delito del artículo 152.1.2.º o 3.º en las demás, y en dos grados si el número de fallecidos fuere muy elevado.

Respecto del **DELITO DE OMISIÓN DEL DEBER DE SOCORRO**, el art. 196 CP dispone:

Artículo 196.

El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años.

Como señala la SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO 648/2015, DE 22 DE OCTUBRE DE 2015m resolviendo el Recurso 385/2015 (PONENTE SR. PALOMO DEL ARCO):

“En relación al tipo básico de la omisión de socorro ordinaria (artículo 195.1 CP); la jurisprudencia de esta Sala (STS núm. 647/1997, de 13 de mayo, 42/2000, de 19 de enero, luego reiterada en las núm. 1422/2002 de 23 de julio, 1304/2004 de 11 de noviembre, 140/2010 de 23 de febrero, 482/2012 de 15 de junio, 706/2012 de 24 de septiembre) ha indicado como requisitos precisos para su existencia:

1º) 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.

2º) Una repulsa por el ente social de la conducta omisiva del agente.

3º) 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 (SSTS 23 de febrero de 1981; 27 de noviembre de 1982 ; 9 de mayo de 1983 ; 18 de enero de 1984 ; 4 de febrero y 13 de marzo de 1987 ; 16 de mayo, 5 de diciembre de 1989, 25 de enero, 30 de abril y 18 de mayo de 1991 y 13 de mayo de 1997).

La existencia de dolo se ha de dar como acreditada en la medida en que el sujeto tenga conciencia del desamparo y del peligro de la víctima, bien a través del dolo directo, certeza de la necesidad de ayuda, o del eventual, en función de la probabilidad de la presencia de dicha situación, pese a lo cual se adopta una actitud pasiva".

La alusión a la "repulsa social", debe ser reinterpretada conforme a los criterios del Código Penal actual; pues proviene de resoluciones jurisprudenciales nacidas al amparo del anterior Código, donde con tal expresión se alude a la antijuridicidad material (vd STS 25 de junio de 1983) y en concreto, en relación al delito de omisión de socorro, formaba parte de una locución más amplia, donde entre los elementos de este delito, señalaba: una antijuridicidad o repulsa por el ente social, de la conducta omisiva, captada a través de cuantas circunstancias concurren en los hechos, mediante una valoración racional, que ha de hacerse teniendo en cuenta, por una parte, el interés o bien que se tutela en el ordenamiento penal (STS 17 de noviembre de 1983) #, estando incluido el entonces 489 bis, en el Título que recogía los delitos contra la libertad y la seguridad.

Tras el inicial precedente en el artículo 698 del Código Penal de 1822 y su degradación a falta en el Código de 1848 (artículo 472, apartado 12), su inclusión en el catálogo de infracciones penales, se debe a la Ley de 17 de julio de 1951, que en su preámbulo indicaba que los preceptos existentes eran "insuficientes en ciertos casos para salvaguardar el bien jurídico de la solidaridad humana, siempre de valía inestimable, y que en los tiempos actuales ha alcanzado relieve legislativo de alta importancia en las disposiciones protectoras de auxilio dictadas por el poder público".

Ahora bien, la solidaridad en cuanto mero valor ético-social, precisa ser concretada en su valor instrumental en la defensa de determinados bienes jurídicos individuales concretos, al menos en el caso de la vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual, si lo correlacionamos con el tipo omisivo del deber de impedir determinados delitos del artículo 450 CP, así como por su ubicación sistemática en el actual Código Penal, en el Título IX, entre el VIII dedicado a los delitos contra la libertad e indemnidad sexual y el X referido a los

delitos contra la intimidad; es decir, entre los derechos personales, puente entre los que los tutelan intereses vitales de una mayor dimensión biológica y los de dimensión social de la persona.

Consecuentemente, donde con la "repulsa social", se aludía al interés o bien que se tutela en el ordenamiento penal, cuando la norma se incluía entre los delitos contra la libertad y seguridad; en el actual código, tal seguridad se concreta en la expectativa de auxilio con que contamos en determinadas situaciones de riesgo para esos bienes jurídicos vitales. Así la STC 180/2004, de 2 de noviembre, señala que el interés jurídicamente protegido por el delito de omisión del deber de socorro es "la mínima cooperación social exigible, la solidaridad humana, la vida o integridad física en peligro, la protección de los bienes primarios en desamparo, junto con el escaso riesgo en prestar el socorro; por tanto, la perspectiva dominante es la del interés de la persona desamparada y, secundariamente, el interés social en el recto comportamiento cooperativo entre los hombres". En autos, "la gravedad de la situación", obviamente al menos para la salud, fue apreciada por los agentes y de ahí que tanto Guardia Civil como Policía Local requirieran la asistencia de médico de urgencias hospitalaria."

La Orden de desatención hospitalaria a los ancianos procedentes de Residencias, en caso de confirmarse, ha dejado a su suerte a miles de personas vulnerables en la Comunidad de Madrid, condenándoles a una muerte segura pues las residencias carecen de medios sanitarios para atender la pandemia del COVID-19.

NOVENO.- DILIGENCIAS A PRACTICAR PARA LA COMPROBACIÓN DE LOS HECHOS. –

Al derecho de esta parte denunciante, para el esclarecimiento de lo ocurrido, la averiguación de los autores y partícipes, y la determinación de las responsabilidades en que hayan incurrido, se interesa la práctica de las siguientes diligencias de investigación:

- Que se tome declaración ante el instructor a los DENUNCIADOS.

En virtud de lo expuesto,

SUPLICO AL JUZGADO Que admita la Denuncia y las diligencias de investigación propuestas por esta parte y disponga lo necesario para su práctica.

OTROSÍ DIGO que se da la situación actual de estado de alarma, y ser imposible la presentación directa en el Tribunal, se presenta por medio del Procurador de Madrid D. **D. JESÚS DE LA CRUZ HERNANDEZ MOYANO**, a quien designamos como representante a efectos de notificaciones.

OTROSÍ SEGUNDO DIGO que en caso de iniciarse procedimiento, interesa a esta Asociación ser considerada PARTE en el oportuno procedimiento penal, para el impulso de la instrucción.

Es Justicia que pide en Madrid, a 18 de mayo de 2020.

Fdo: D^a Carmen Balfagon Lloreda

Pta. Plataforma de Afectados COVID-19

Fdo: EL PROCURADOR