

## AL JUZGADO

D<sup>a</sup>. VALENTINA LÓPEZ VALERO, Procuradora de los Tribunales, en nombre y representación de quienes se indicarán *infra*, conforme acreditaré mediante el oportuno apoderamiento especial *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 QUERRELLA CRIMINAL por la presunta comisión de los delitos que se dirá.

### Que intervienen como **QUERELLANTES**

- [REDACTED], con [REDACTED] y [REDACTED] en representación de su madre [REDACTED]
- [REDACTED], con [REDACTED] en representación de su tía [REDACTED]
- [REDACTED] en representación de su madre [REDACTED]
- [REDACTED], con [REDACTED] en representación de su madre [REDACTED]
- [REDACTED] con [REDACTED] y [REDACTED] con [REDACTED], en representación de su respectivamente madre, y abuela [REDACTED].
- [REDACTED] con [REDACTED] en representación de su madre [REDACTED].
- [REDACTED] con DNI [REDACTED] en representación de su madre [REDACTED].
- [REDACTED] con DNI [REDACTED] en representación de su madre [REDACTED].
- [REDACTED] con [REDACTED] en representación de su madre [REDACTED].
- [REDACTED] con [REDACTED] en representación de [REDACTED]

- [REDACTED], con [REDACTED], en representación de [REDACTED]

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

- D<sup>a</sup>. 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.
- D. ENRIQUE LÓPEZ LÓPEZ, Consejero de Justicia, Interior y Víctimas, y coordinador con la Consejería de Sanidad y la de Asuntos Sociales, con domicilio a efectos de notificación en la Calle Gran Vía, nº 43, 28013, Madrid.

Estas tres personas también podrían ser citadas en la Asamblea de Madrid, en la Plaza de la Asamblea de Madrid, nº 1, 28018, Madrid

- [REDACTED] director de la residencia ARALIA SERVICIOS SOCIOSANITARIOS-PARQUE DE LOS FRAILES, quien podrá ser citado en el domicilio de la residencia en la C/ de los Frailes 10, CP, 28914, Leganés, Madrid.
- [REDACTED] directora de la residencia AMAVIR-EI ENCINAR, quien podrá ser citada en el domicilio de la residencia en la Calle Constitución de Cádiz, 5, CP 28914, Leganés, Madrid.
- [REDACTED] directora de la residencia DOMUSVI-LEGANÉS, quien podrá ser citada en el domicilio de la residencia en la C/ César García Contonente, 6, 28914 Leganés, Madrid.
- [REDACTED] Directora de la residencia VITALIA HOME-LEGANÉS, quien podrá ser citado en el domicilio de la residencia en la Av. de María Moliner, 7, 28919 Leganés, Madrid

La presente querrela se sustenta en la siguiente,

## RELACIÓN CIRCUNSTANCIADA DE HECHOS

### 1. HECHOS REFERIDOS A LA RESIDENCIA ARALIA SERVICIOS SOCIO SANITARIOS-PARQUE DE LOS FRAILES

Residencia de titularidad de la Comunidad de Madrid de gestión indirecta adjudicada a la empresa ARALIA SERVICIOS SOCIO SANITARIOS SA. Su director es D. [REDACTED]

#### **QUERELLANTE PRIMERA**

La querellante [REDACTED] y [REDACTED] son hijas de la fallecida [REDACTED]

El día 6 de marzo la doctora [REDACTED] indicó a [REDACTED] que la conveniencia de llevar a su madre a urgencias del hospital para hacerle un cultivo, ya que en la residencia no han conseguido que saliera sin contaminar, y según parecía tenía infección de orina, requiriendo antibiótico.

Salió de urgencias, tras varias horas de espera en un sillón rodeada de otros pacientes, con tratamiento antibiótico pautado, sin conocer el resultado del cultivo.

En los días siguientes [REDACTED] continuó con antibiótico haciendo vida normal en la residencia.

El domingo día 8 fue el último día que la querellante vio a su madre, como consecuencia del comunicado de la Consejería de Sanidad que restringía las visitas a las estrictamente necesarias.

[REDACTED] pudo ir el día 11 de marzo a ver a su madre con mascarilla, aunque le indicaron que no podía permanecer mucho tiempo, por lo que se llevó a [REDACTED] a dar un paseo al exterior de la residencia.

Desde el día 11, ya no volvieron las hijas a ver a su madre, aunque pudieron hablar a diario varias veces, dado que disponía de un teléfono móvil, no apto para video llamadas .

**Durante toda esa semana los trabajadores de la residencia no llevan mascarilla.** El centro de día sigue abierto hasta el día 13 incluido y los usuarios comen en el mismo comedor que los residentes, sin ningún tipo de precaución o prevención.

El día 18 de marzo [REDACTED] le dijo a la querellante que las habían separado en las mesas del comedor, estando de dos en dos, habiéndola puesto a ella en ella en el último rincón, hecho este que provocó el enfado de [REDACTED] y la discusión con la psicóloga del centro.

El día 15 de marzo, [REDACTED] terminó con el antibiótico que le habían pautado en el hospital por la infección de orina, y a partir del día 16 de marzo la doctora [REDACTED] comenzó a llamar a la hermana de la querellante por un supuesto catarro pero sin fiebre, administrándole nebulizaciones y algo de la farmacia de la residencia.

La doctora llamaba cada dos días para darlas el parte del estado de [REDACTED], cosa que las resultó muy raro porque la queja generalizada era la falta de información de la residencia.

El día 19 de marzo, [REDACTED] contó a la querellante que **las auxiliares ya llevan mascarilla, aunque no todas.**

El día 23 de marzo se presentaron en la residencia, según comento [REDACTED], unos camilleros, los bomberos y la policía, quienes hablaron con una trabajadora de la residencia, la cual llevaba unos plásticos como bolsas de basura por bata.

El día 26 de marzo [REDACTED] llamó muy asustada para decirles que no la dejaban salir de la habitación, ni siquiera asomarse al pasillo. A partir de ese día la querellante y su hermana empiezan a notar que su madre estaba perdiendo la noción del tiempo, no sabiendo si era por la mañana o por la tarde, ni el día de la semana.

**Durante esos días pudieron conocer que la acostaban sobre las 16h hasta el día siguiente.**

El día 27 de marzo la doctora las indicó que escuchaba a [REDACTED] algo de ruido en el pulmón y que le cambia de antibiótico, pero que no tenía fiebre, y que dejaría la pauta escrita para los doctores del fin de semana.

El sábado 28 de marzo llamó [REDACTED] a la residencia y la dijeron que el doctor no se podía poner, dejando recado para que la llamaran, llamándola una doctora a las 22:45h aproximadamente, y diciéndola que [REDACTED] tenía 37,7°.

Al día siguiente por la mañana, ██████████ volvió a llamar, aunque hasta la noche no le devuelven la llamada, diciéndola que su madre no tenía fiebre y que el día anterior tampoco tuvo, apuntando la querellante que el día anterior la había dicho que tenía 37,7°, aunque según la doctora la debió entender mal.

El 30 de marzo, de nuevo la doctora ██████████ se puso en contacto con ██████████ y cuando su hermana le habló de la supuesta fiebre, la doctora ██████████ la indicó que estaba apuntado que el sábado tuvo fiebre aunque no muy alta, y que no había vuelto a tener.

A partir del lunes 30 de marzo, la doctora llamó todos los días a ██████████, diciéndola que seguía sin fiebre.

Las hijas de ██████████ seguían hablando con su madre por teléfono móvil todas las mañanas, dado que por las tardes no lo cogía, y percibían como se iba quedando cada vez más afónica, perdiendo por momentos la voz totalmente

El día 1 de abril ██████████ les hizo una video llamada a través de Zoom, no viéndola muy bien, aunque dadas las circunstancias no les pareció demasiado raro.

El viernes 3 la doctora ██████████ informó que **seguía sin fiebre pero que los ruidos que le escucha le parecían crepitaciones y que creía que eran en ambos pulmones.**

El sábado 4, la querellante llamó varias veces a la residencia, preguntó por la doctora de fin de semana que no pudo ponerse, y pidió en recepción que le cargaran el teléfono, lo que hicieron, aunque ██████████ siguió sin atenderlo. La doctora ese día no la llamó, aunque extrañamente lo hizo al teléfono del hijo de la querellante, al cual nunca habían llamado, y éste no lo escuchó. No se pudo hablar ese día con la doctora.

El domingo 5 de abril ██████████ volvió a intentar hablar con la doctora, con el mismo resultado. No se podía poner por las urgencias, dejó el recado de que me la llamara lo antes posible. No fue hasta las 20:10 cuando la llamó la doctora desde el móvil de su madre porque estaba en su habitación y vio sus numerosas llamadas perdidas. La dijo que veía muy mal a ██████████ y que no la cogía el teléfono porque no tenía fuerzas.

██████████ la preguntó por saturación en sangre, diciéndola que 80, por lo que la imploró que la derivase inmediatamente al hospital. La

dijo que sí, pero que tenía que pedir autorización a la geriatra de zona. Pasada más de una hora la doctora la llamó desde su propio móvil y la dijo que ya tenía la autorización, y que desde el hijo tenía en espera para pedir una ambulancia. La comentó que **la geriatra le había preguntado si “la paciente caminaba”** y contestó que sí porque ella lo creía así.

La ambulancia llegó a las 22:50h e ingresó en el hospital Severo Ochoa el 5 de abril a las 23h. A las 2 horas del ingreso les informaron de que **tenía neumonía bilateral con muy baja saturación y 38 de fiebre**. Al día siguiente las llamaron para decirles que habían hecho analítica y la prueba del Covid. **La analítica dio infección muy alta y confirmado Covid positivo**. También nos hablaron de deshidratación y úlcera en sacro (esto último ya se lo habían comentado en la residencia).

El 1 de mayo a las 3:10h, tras cuatro semanas luchando sola entre la vida y la muerte, falleció , también sola, en una habitación del hospital.

██████████ se contagió en la residencia, muy probablemente por la falta de medidas de prevención de contagios adoptadas por las trabajadoras de la misma, ante la falta de medios facilitados por la residencia. Así mismo, es muy probable , y para ello habrá de estarse a la historia que obre en poder de la residencia, que desde fecha muy anterior al 5 de abril, sobre el 27 -28 de marzo, ya estuviera contagiada y no se reaccionara a tiempo por parte de la residencia, incurriendo en negligencia con resultado de muerte.

Así mismo, habrá de investigarse si hubo instrucciones para no derivar a determinados residentes, entre las que se encontraría la madre de la querellante, a centros hospitalarios, y estas decisiones pudieron determinar que se demorara la asistencia médica.

Se adjuntan como Documentos, los DNI de las querellantes, el Libro de Familia y el Certificado de Defunción.

## **QUERELLANTE SEGUNDA**

La querellante ██████████, es sobrina de la fallecida ██████████

El día 23 de marzo ██████████ habló con la terapeuta de su tía de la residencia y le dijo la veían estable y que si enfermería o los médicos no se habían puesto en contacto con ella era porque no había nada importante que señalar.

Ese mismo día la querellante habló por teléfono con su tía pero no consiguió que la dijera nada. Según la terapeuta era porque hablaba muy bajo. En esa llamada ██████████ oyó que su tía tosió, siendo

lo que más le extrañó su tía no hablara, dado que hablaba con plena normalidad.

El día 24 de marzo llamó la doctora [REDACTED] y para decirles que [REDACTED] tenía insuficiencia respiratoria y la saturación baja. A partir de ese día la doctora llamó prácticamente todos los días para informar de la situación **y de que estaba en contacto con un geriatra que les han asignado.**

Cuando se le sugirió a la doctora que llevaran a [REDACTED] al hospital, ésta dijo que **para derivarla tenía que cumplir una serie de criterios: patologías previas, esperanza de vida, grado de dependencia, tipo de vida que llevaba antes, edad, etc.....criterios que, según la residencia o el/la geriatra, [REDACTED] no cumplía.**

[REDACTED] tenía 85 años, alzheimer y aunque se mantenía de pie, no caminaba e iba en silla de ruedas. Nunca tuvo problemas respiratorios ni ninguna otra patología previa ni enfermedades crónicas.

A partir de ahí el geriatra y la doctora [REDACTED] estuvieron en contacto. La doctora informó al geriatra de la situación de los residentes, siendo éste el que da las pautas para tratar a los residentes.

La residencia de los Frailes no está medicalizada, por lo que desde que se decide el tratamiento del residente hasta que las medicinas llegaban a la residencia pasaba un tiempo en perjuicio del residente a tratar.

[REDACTED] fue empeorando día tras día hasta que el día 9 de abril llamo el doctor por la mañana informándonos de su fallecimiento en la residencia.

Se precisa conocer las razones por las que [REDACTED] no fue derivada al hospital, dejándola morir en la residencia sin asistencia sanitaria.

Se adjuntan como Documentos los DNI de la querellante y de su tía.

### **QUERELLANTE TERCERO**

El querellante [REDACTED], es hijo de la contagiada [REDACTED]

[REDACTED] se ha contagiado de Coronavirus, en lo que todo apunta que ha sido una falta de diligencia por parte de la residencia.

Ya había tenido cuatro caídas seguidas, con rotura de cadera, debiendo ser operada, dejándola postrada en una silla de ruedas , y posteriormente , con un andador y mucha dificultad.

Por problemas de la boca tuvo que ir dos veces y hacerle dos curretajes para quitarle la acumulación de sarro por la falta de atención e higiene.

También le salieron unas heridas en los pies como consecuencia de la falta de movimiento y estar permanentemente en la cama como consecuencia de la rotura de cadera.

El tratamiento duró mucho tiempo , porque al no tener pañal puesto y ser diabética no podía retener los líquidos y al no tener pañal las úlceras no la curaban nunca.

Ha de investigarse las circunstancias en que se ha contagiado D<sup>a</sup>. Ascesión, dado que es probable que tanto su estado de salud como el contagio de Covid-19 sean consecuencia de una falta de diligencia debida con resultado lesivo.

En este momento no se pueden aportar Documentos.

## **2. HECHOS REFERIDOS A LA RESIDENCIA AMAVIR- EL ENCINAR**

Residencia de titularidad privada de la empresa AMAVIR con plazas concertadas. Su directora es [REDACTED].

### **QUERELLANTE CUARTO**

El querellante [REDACTED], es hijo de la fallecida [REDACTED]

El 23 de febrero fue a visitar a su madre a la residencia y el 19 de marzo habló con ella por teléfono, para felicitarla por su cumpleaños. Hasta ese día le habían asegurado que su madre no se había contagiado de Coronavirus.

El día 21 de marzo llamó a la residencia y le dijeron que no podían decirle nada del estado de salud de su madre porque solo informan por correo electrónico a la tutora, que en este caso era la hermana del querellante, [REDACTED].

[REDACTED] contactó con su hermana y le dice que su madre está bien pero que tenían a los residentes aislados porque existían casos de Covid-19 en la residencia. En los días sucesivos le va trasladando que [REDACTED] está bien pero que existe malestar en la



residencia porque no les dan material de protección y no les hacen pruebas del virus.

Tras informarles en la residencia que [REDACTED] tenía neumonía y estaba en cama, posteriormente [REDACTED] que estaba bien y se movía por la habitación (padecía de Alzheimer, lo que extrañó a la familia), posteriormente volvió a recaer y al hacerle la prueba de Covid 19 dio positivo, aunque siguió en la residencia sin desplazarla al hospital.

El día 19 de abril, la hermana de [REDACTED] le informa trasladada a su madre al hospital. El 21 de abril a las 21h le vuelve a informar que estaba bien y el 22 de abril a las 1030h le informa de su fallecimiento.

[REDACTED] se contagió de Coronavirus en la residencia, muy probablemente por la falta de medidas de prevención de contagios adoptadas por las trabajadoras de la misma, ante la falta de medios facilitados por la residencia. Habrá de estarse a la historia que obre en poder de la residencia para conocer desde cuando pudo estar contagiada y las medidas adoptadas al respecto, ante la posible negligencia en la atención con resultado de muerte.

Así mismo, habrá de investigarse si hubo instrucciones para no derivar a determinados residentes, entre las que se encontraría la madre del querellante, a centros hospitalarios, y estas decisiones pudieron determinar que se demorara la asistencia médica.

En este momento no podemos adjuntar Documentos

## **QUERELLANTE QUINTO**

El querellante [REDACTED] y [REDACTED] son hijos y nietos de la fallecida [REDACTED]

[REDACTED] falleció el 8 de abril en hospital Quiron Sur Alcorcon derivada el día anterior desde la residencia Amavir El Encinar de Leganés, a petición de la familia ante el lamentable estado que se encontraba desde hacía días.

Se desconoce que ocurrió los días 3 a 5 de abril en los que a través de llamadas telemáticas se informó a la familia que iban a coger una vía a [REDACTED] para hidratarla.

Cuando la familia llega al hospital el día 7 de abril les indican que [REDACTED] estaba muy deshidratada y tenía una infección de orina considerable.

Como causa de fallecimiento se hace constar en el informe médico insuficiencia renal e hipernatremia.

Es necesario conocer qué provocó el estado de deshidratación y la infección que le provocaron la muerte a [REDACTED] dado de la información aportada se desprenden indicios de abandono en el cuidado y atención de la residente que provocaron el fatal desenlace.

Se adjuntan como Documentos el Libro de Familia y el Certificado Médico de Fallecimiento.

## **QUERELLANTE SEXTO**

El querellante [REDACTED] es hijo de la fallecida [REDACTED].

El querellante ha formulado varias quejas a la Comunidad de Madrid desde 2017 residencia en 2017, por negligencias. Legando incluso a denunciar en el Juzgado de Guardia de Leganés, por supuestos maltratos.

El pasado día 21 de marzo de 2020, sobre las 11:00h les comunicaron que [REDACTED] había fallecido, pudiéndola ver los familiares, tan sólo cinco minutos, ya fallecida, en una especie de garaje.

Los familiares no han tenido información sobre qué le ocurrió a [REDACTED] en la residencia, y si se contagió allí de Covid 19.

Hasta que se prohibió la entrada a los familiares en la residencia, D. [REDACTED] y su familia acudían todos los días a ver [REDACTED], diciéndonos ese día que no tenían ningún caso de contagio.

Es necesario investigar el contexto en que se ha producido el fallecimiento de [REDACTED], así como si pudiera haber habido imprudencia punible, tanto en su fallecimiento como en el contagio, por inobservancia del deber de cuidado

Se adjuntan como Documentos el Certificado de Defunción y los DNI del querellante y de su madre.

## **QUERELLANTE SÉPTIMA**

La querellante [REDACTED] es hermana de la fallecida [REDACTED]



El hermano de la querellante le visitó y lo encontró bien pero sin asear, por lo que puso una queja en recepción.

El 8 de marzo la residencia se puso en contacto telefónico con la hermana de la querellante para indicarle que se suspendían todas las visitas, manifestando su disconformidad porque entendía que no era bueno que estuvieran sin contacto familiar mucho tiempo.

El 10 de marzo la residencia se pone en contacto con la hermana de la querellante para indicarle que su padre estaba bien y tranquilo, que no había positivos en la residencia y que por precaución seguirían con las llamadas y sin las visitas.

Los días 11, 12 y 13, ██████████ llamó a la residencia y le dijeron que su padre estaba bien, que comía y dormía pero que no podían ponerla con él.

██████████ solicitó información sobre las medidas que estaban tomando, indicándole que esa información se la darían al familiar de referencia que tiene la residencia.

El 17 de marzo la hermana de la querellante vio a su padre por vídeo llamada y le encontró como siempre, en la silla de ruedas.

El 18 de marzo la residencia les dijo que todos estaban más o menos bien. Que ya disponían de protección individual y de medicamentos. Había dos residentes positivos y estaban en el hospital Severo Ochoa. Y los que eran "posibles" no tienen grandes síntomas.

El 20 de marzo, el hermano de la querellante llamó a la residencia y le indicaron que su padre seguía bien y sin síntomas. El 22 de marzo volvió a llamar y le dijeron en recepción que su padre estaba cenando y que llamara al día siguiente.

El día 23 la UME fue a la residencia.

El 24 de marzo la residencia le dijo al hermano de ██████████ que su padre estaba bien, que no tenía fiebre y que estaba está como siempre asintomático. Por la noche hicieron la 2º video llamada a su hermana y lo vio bien, acostado en su cama medio dormido, pendiente y asombrado del que le llevaba el tfo... vestido con el EPI.

El 29 de marzo la hermana de ██████████ recibió al medio día una llamada de la residencia donde le indican que se pusiera en contacto con los hermanos porque su padre estaba muy grave y sedado.

██████████ falleció al anochecer.

Se hace preciso conocer qué ocurrió para que en tan breve espacio de tiempo ██████████ pasara de estar en perfecto estado de salud, a fallecer, sin que los familiares conocieran en momento alguno que hubiera sido contagiado de Coronavirus, ni la evolución de la

enfermedad. Así mismo, es necesario investigar las actuaciones llevadas a cabo en todo el proceso por la residencia.

Se adjuntan como Documentos los DNI del querellante y de su padre.

#### **4. HECHOS REFERIDOS A LA RESIDENCIA VITALIA HOME-LEGANÉS**

Residencia de titularidad privada de la empresa VITALIA HOME con plazas concertadas. Su directora es [REDACTED], intervenida por la CAM el 1 de abril de 2020.

#### **QUERELLANTE NOVENO**

El querellante [REDACTED] es hijo de la fallecida D<sup>a</sup> [REDACTED].

El martes 31 de marzo la residencia comunica a los familiares que [REDACTED] había dado positivo asintomática a Coronavirus. El jueves 2 de abril, sobre las 15h les informan que ha empeorado y que le han puesto una mascarilla respiratoria. A las 19h les comunican el fallecimiento de [REDACTED].

Dado que la madre del querellante estaba aislada en su habitación, era prácticamente imposible hablar con ella, incomunicación que se salvaba gracias a alguna cuidadora, que desde su móvil particular llamó en un par de ocasiones a la hermana del querellante para que pudiera hablar con [REDACTED].

Además, se dio la circunstancia de que se había caído y no pudo ser trasladada al hospital, porque **según les dijeron el Hospital Severo Ochoa no admitía ningún anciano de residencias.**

[REDACTED] se contagió de Coronavirus en la residencia, muy probablemente por la falta de medidas de prevención de contagios adoptadas por las trabajadoras de la misma, ante la falta de medios facilitados por la residencia. Habrá de estarse a la historia que obre en poder de la residencia para conocer desde cuando pudo estar contagiada y las medidas adoptadas al respecto, ante la posible negligencia en la atención con resultado de muerte.

Así mismo, habrá de investigarse porqué no fue trasladada al hospital Severo Ochoa de Leganés, si hubo instrucciones para no derivar a determinados residentes, entre las que se encontraría la madre del querellante.

## **QUERELLANTE DÉCIMO**

El querellante [REDACTED], es hijo de la contagiada [REDACTED].

[REDACTED] dio positivo por Covid-19 en la Residencia. Durante las primeras semanas nunca se facilitó información sobre su estado de salud, ni al querellante ni a su hermano.

Posteriormente la residencia sí informó y fue cuando tuvieron conocimiento que en los primeros días de de marzo [REDACTED] tuvo síntomas compatibles con Covid 19, y que luego mejoró. Posteriormente le hicieron el test y dio positivo.

[REDACTED] tiene 87 años y diversos problemas de salud, habiendo corrido riesgo cierto de fallecimiento, así como situación de desamparo.

Procede la investigación de la evolución del estado de salud de la querellante antes y durante su contagio, así como de las secuelas que le hayan quedado y la manera en que ha sido atendida en la residencia.

Se adjuntan como Documentos el Libro de Familia y los DNI de la querellante y su madre.

## **QUERELLANTE DECIMOPRIMERA**

La querellante [REDACTED], es hija del contagiado [REDACTED].

[REDACTED] se contagió de Covid-19 en la residencia.

El día 22 de marzo la residencia envió a la familia una carta informativa mediante whatsapp en la que les decía que tenían "...contacto a diario con los geriatras del Hospital severo Ochoa continuo y fluido para el seguimiento de residentes con cualquier sintomatología relacionada o no con el COVID19..." y que estuvieran tranquilos. El siguiente whatsapp se recibió el día 27 de marzo para indicarles que Sanidad iba a hacerse cargo de las residencias.

El día 23 de marzo un responsable de la residencia llamó por teléfono al hermano de la querellante (único día que llamaron a la familia por teléfono para darles esos datos) y le dijo que su padre tenía 38'5 grados de temperatura y que le van a dar paracetamol. Además de la temperatura alta tenía síntomas de abatimiento y falta de apetito. No comía y solo quería estar tumbado en la cama.

[REDACTED] le dijo a su padre que apuntara la temperatura y la saturación en un papel porque la fiebre y el cansancio no le dejaban recordar. En los días siguientes la fiebre persistió y la saturación iba

disminuyendo, sin que la residencia informara sobre el estado de salud de [REDACTED].

El día 26 de marzo, con una saturación de oxígeno de 92 y ya extremadamente preocupados por la salud de [REDACTED], pues apenas comía y se encontraba muy cansado y solo quería echarse en la cama, el hermano de la querellante contactó con el Hospital Puerta de Hierro el cual les dijo que le llevaran, aunque al comunicarlo a la residencia, ésta les dijo que si salía no podía volver a entrar.

El día 27 ante la inacción del equipo médico de la residencia, [REDACTED] habló telefónicamente con la geriatra del Hospital Severo Ochoa y le dijo que desconocía el estado salud de [REDACTED] y que la única comunicación que tenía con la residencia era a través de correos electrónicos muy generalizados, y que el teléfono no se lo cogían.

Geriatría la dijo que con los síntomas mencionados [REDACTED] probablemente estuviera infectado y que habría que medicarle (con medicamentos de fácil adquisición). Geriatría del Hospital ese mismo día consiguió comunicarse telefónicamente con la residencia (D<sup>a</sup>. [REDACTED] les proporcionó un número de teléfono móvil), pues lo había intentado anteriormente sin éxito.

Tras esa comunicación el médico de la residencia la llamó para decirle que quién era ella para llamar al Hospital y que su padre no estaba enfermo, pues no había llegado a una saturación del 89% y en ese momento no tenía fiebre (lo que podía deberse al paracetamol). El médico se mostraba reticente a proporcionarle medicamentos para el coronavirus, aunque tras la insistencia de [REDACTED] le pusieron la medicación.

El día 29 de marzo les informaron vía whatsapp que le iban a hacer la prueba de detección del coronavirus, y el día 31 que el test ha resultado positivo en Covid-19.

Es evidente que la residencia no actuó con la diligencia debida, dado que una persona de más de 80 años que muestra en breve tiempo, inapetencia, febrícula persistente y saturación a la baja, en medio de una pandemia, debió ser tratada mucho antes.

A [REDACTED] le deberían haber empezado a dar la medicación desde los primeros síntomas. Se debería haber actuado mucho antes. En ese momento deberían haber separado a los residentes que presentaban esos síntomas y haberles empezado a suministrar los medicamentos pertinentes.

[REDACTED] se contagio en la residencia y no fue atendido adecuadamente, pudiendo haber sido, a su vez, objeto de contagio. Procede conocer las condiciones y razones por las que se demoró su atención médica, así como por qué se le dijo a la querellante que en el caso de salir de la residencia no volvería.

En este momento no se pueden aportar Documentos.

## **5. HECHOS REFERENTES A LA ACTUACION DEL GOBIERNO DE LA COMUNIDAD DE MADRID Y CONCRETAMENTE DE SU PRESIDENTA D<sup>a</sup> ISABEL DÍAZ AYUSO , DEL CONSEJERO DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID D. ENRIQUE RUIZ ESCUDERO Y DEL CONSEJERO DE JUSTICIA , INTERIOR Y VÍCTIMAS , Y COORDINADOR CON LA CONSEJERÍA DE SANIDAD Y LA DE ASUNTOS SOCIALES D. ENRIQUE LÓPEZ LÓPEZ, PERSONAS QUERELADAS.**

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.

### **5.1 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.

Desde el día 8 de marzo, en la Comunidad de Madrid, los fallecidos en residencias al momento de redactar esta querrela a principios de mayo ascienden a 7.741, 5.929 por coronavirus, que representan más del 40% 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 10.300 ancianos (cifras de mediados de mayo). Del total de fallecimientos , 1.217 dieron positivo en coronavirus y otros 4.712 con síntomas del virus aunque no les fue confirmado

El **26 de marzo** se publica por el consejero de Políticas Sociales, el 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.



## 5.2 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 las siguientes:

- Se **prohíben 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 indican 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<sup>a</sup> 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** qué 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.

### **5.3 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<sup>a</sup>. 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 explicó que sus poderes estaban limitados por el estado de alarma, ya que en una situación así el gobierno central tiene mucho poder. También dijo 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 estaban 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. Añadió que las residencias estaban medicalizadas, y también dijo, 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.

#### **5.4 ACTUACIONES DE LA PRESIDENTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, EL CONSEJERO DE SANIDAD Y EL CONDEJERO DE JUSTICIA , INTERIOR Y VÍCTIMAS QUE PUDIERAN SER CONSTITUTIVAS DE DELITOS DE HOMICIDIO IMPRUDENTE, LESIONES IMPRUDENTES, Y PREVARICACIÓN.**

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<sup>a</sup> 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, pasando por la medicalización de las residencias, 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 residencial.

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 Rejero 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.**

## **5.5 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 PATOLOGÍA: 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 los hospital.*”

[https://www.lespanol.com/espana/madrid/20200325/polemico-documento-madrid-ancianos-discapacidad-no-derivaran/477453553\\_0.html](https://www.lespanol.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”.

El pasado 18 de mayo, el diario digital El Confidencial titulaba un artículo “ Así se condenó a los ancianos: No se permite ingresar a pacientes de las residencias al hospital”

[https://www.elconfidencial.com/espana/2020-05-18/ancianos-orden-pacientes-residencias-hospital\\_2593211/](https://www.elconfidencial.com/espana/2020-05-18/ancianos-orden-pacientes-residencias-hospital_2593211/)

El artículo se ilustra con la fotografía de un informe de alta del servicio de urgencias del Hospital Infanta Cristina , en Parla en el que se hace constar que “ 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**".

Como consecuencia de ello se devolvió a su centro asistencial a una mujer menor de 80 años que presentaba "neumonía bilateral" y "probable covid 19 (pendiente PCR)", quien habría fallecido tres días después.

La propia presidenta de la Comunidad Autónoma de Madrid en la entrevista realizada por el diario El Mundo el día 10 de mayo de 2020 sugirió que se había dejado sin asistencia sanitaria a personas mayores.

<https://www.elmundo.es/madrid/2020/05/10/5eb6d37d21efa0181e8b457a.html>

A la pregunta del periodista: **La patronal de las residencias denunció que durante el pico de la pandemia no se aceptaron hospitalizaciones de residentes.**

La señora Ayuso contestó “ **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.”

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. O, como hemos visto, se les ha devuelto a las residencias para que falleciera allí sin la asistencia médica necesaria.

Los protocolos aludidos **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.

## **5.6 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<sup>a</sup> 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](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.

## **5.7 SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS RESIDENCIAS DE LEGANÉS**

Como consecuencia del elevado número de fallecimientos que se produjeron en las ocho residencias de Leganés, y atendiendo a las carencias de las mismas, el Ayuntamiento de dicha localidad, instó la adopción de medidas cautelarísimas ante el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, solicitando que se adoptaran medidas que garantizaran la protección de la salud en las residencias de mayores, tales como la dotación de personal sanitario, test de diagnóstico y material de

protección ( medidas de ubicación y aislamiento de pacientes, y de limpieza de centros) todo ello en ejecución de la Orden SND/265/2010, de 19 de marzo. Así mismo se solicitaba que se establecieran medios para controlar dicha medidas.

En concreto, las residencias sobre las que se solicitaba la adopción de esta medida de carácter urgente eran: En concreto, las residencias sobre las que se solicitaba la adopción de esta medida de carácter urgente eran: Aralia-Parque de los Frailes, Domus VI-Leganés, Vitalia Home-Leganés, Amavir-El Encinar, Los Balcones, Nuestra Señora de Butarque, y Valdepeelayo

Al momento de la solicitud de la medida provisionalísima se habían producido más de 150 fallecimientos y multitud de contagios, considerando el Ayuntamiento que la autoridad autonómica no estaba cumpliendo sus obligaciones de inspección y control de las residencias al objeto de mitigar los efectos del Covid-19, ni o entre sus pacientes, ni entre los trabajadores de las mismas.

Desde la administración local se habían realizado distintos requerimientos a la Consejería de Sanidad, en los que se exponía la situación crítica de las residencias, que no recibieron respuesta.

La Sección Octava de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, mediante Auto de 27 de abril de 2020 acordó la medida cautelarísima consistente en que la Consejería de Sanidad dotara de **manera inmediata** a las residencias de mayores de Leganés, de **personal sanitario necesario**, así como de las **medidas y los medios materiales precisos para llevar a cabo pruebas diagnósticas**.

En definitiva, lo que el TSJM le ordena a la Consejería de Sanidad es cumplir con la Orden SND/265/2020.

Para adoptar dicha medida, el TSJM tuvo en cuenta la documentación aportada por el Ayuntamiento de Leganés en la que se hacía constar que **la situación de extrema gravedad por la que atravesaban las residencias**, constatando que en los 8 centros de mayores de la localidad residían a 15 de abril de 2020 un total de 637 personas y que **desde el 19 de marzo al día 15 de abril han fallecido un 12 % de los residentes**, que resulta considerable el aumento en 64 fallecidos en el espacio de 15 días, que el número de personas aisladas son 153, esto es el 24 % de los residentes y que **a las carencias de personal sanitario que se indicaban por los centros, algunas residencias también señalan la carencia de medios equipos de protección, mascarillas FFP2, batas impermeables, gafas de protección, pulsómetros o termómetros**.

La Comunidad de Madrid se opuso a la adopción de la medida cautelarísima y la sección Octava de la Sala de lo Contencioso-Administrativo Tribunal Superior de Justicia de Madrid, dictó Auto el 5 de mayo de 2020 ratificando la medida acordada el 27 de abril, ordenaba por segunda vez a la Comunidad de Madrid que dotara de manera inmediata a las residencias de mayores Leganés de personal sanitario necesario, así como de las medidas y los medios materiales precisos para llevar a cabo pruebas diagnósticas, **incluida su medicalización.**

Para ello se indicaba a los órganos y centros directivos competentes que las dotaran de personal médico-sanitario y medios materiales que fuera necesario para el uso sanitario de tales instalaciones, prestando en la misma residencia la asistencia sanitaria adecuada

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.**

En concreto, en el art. 12 se establece 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.

Entre las referidas 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, que establecía 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.

El apartado tercero de la mencionada Orden faculta a las autoridades competentes de cada comunidad autónoma para adoptar una serie de medidas de intervención en dichos centros, mientras que el apartado séptimo habilita a las autoridades competentes de cada comunidad autónoma dictar las resoluciones, disposiciones e instrucciones interpretativas que, en la esfera específica de su actuación, sean necesarias para garantizar la eficacia de lo dispuesto en la misma.

**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 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<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> Isabel Díaz Ayuso y del Consejero de Sanidad D. Enrique Ruiz Escudero, así como del titular la consejería de justicia, D. Enrique López, que era quien coordinaba las actuaciones de sanidad y políticas sociales

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.

**V. DEL DELITO DE TRATO DEGRADANTE:** 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 proscrib[e] 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 querrelados, 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 querrelados 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 querrelados.

**VI. 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 ejecutivo 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 sentencia 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 concurrencia 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<sup>a</sup>. Carmen Yolanda Fuentes Rodríguez, quien podrá ser citada en la C/ O'Donnell, 55, 4<sup>a</sup> planta (Centro de Salud Goya), CP 28009.

4.) 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 (personal médico y personal de enfermería) , 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 haya 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.



- Diario electrónico El Confidencial, para que aporte al Juzgado el informe de urgencias del hospital Infanta Cristina que ilustra el artículo publicado el día 18 de mayo de 2020 con el título “ Así se condenó a los ancianos: No se permite ingresar a pacientes de las residencias al hospital”, debiendo remitirse el oficio a la dirección Vía de las Dos Castillas , 33, Edif. Atic.Planta 1, CP 28224, Pozuelo de Alarcón, Madrid, TITANIA COMPAÑÍA EDITORIAL, S.L
- 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:
  - ARALIA SERVICIOS SOCIO SANITARIOS-PARQUE DE LOS FRAILES, con domicilio en la C/ de los Frailes 10, CP, 28914, Leganés, Madrid.
  - AMAVIR-EL ENCINAR, con domicilio en la Calle Constitución de Cádiz, 5, CP 28914, Leganés, Madrid.
  - DOMUSVI-LEGANÉS, con domicilio en la C/ César García Contonente, 6, 28914 Leganés, Madrid.
  - VITALIA HOME-LEGANÉS, con domicilio en la Av. de María Moliner, 7, 28919 Leganés, Madrid
- Ayuntamiento de Leganés, para que aporte al Juzgado el expediente/es referido a las residencias de la localidad que dio lugar a la solicitud ante el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid de la solicitud de medidas cautelares del art.135.1 LRJCA, principalmente los informes elaborados por la policía local y los bomberos sobre cada una de las residencias.

En virtud de lo expuesto,

**SUPLICO AL JUZGADO** que teniendo por presentado este escrito junto con sus copias , 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 querellados.

Es de Justicia que pido en Madrid a 26 de mayo de 2020

**OTROSÍ DIGO**, que no habiendo sido posible, en las circunstancias actuales, haber podido recabar la totalidad de los documentos de los querellantes, aportaremos al Juzgado a la mayor brevedad, y ello independientemente de que puedan complementarse en el momento que prestar declaración ante el Juzgado.

Se adjunta Anexo Documental, con la relación de documentos que se aportan de cada querellante.

Por ello,

**SUPLICO AL JUZGADO**, que tenga por realizada la manifestación anterior.

**SEGUNDO OTROSÍ DIGO**, que conforme a lo dispuesto en el art. 281.1º y 2º 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, constando querellados no aforados, se dirige la misma a los Juzgados de Leganés, 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